

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 3

München, März 1966

21. Jahrgang

Aus der Universitäts-Kinderklinik Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. Adolf Windorfer)

Beitrag zum Problem der Vergiftungen bei Kindern

Von P. Schuch

Während es in den zurückliegenden Jahrzehnten gelungen ist, Morbidität und Mortalität vieler Erkrankungen, insbesondere der Infektionskrankheiten, wesentlich zu senken, wird das Leben unserer Kinder heute zunehmend durch Unfälle im weitesten Sinne bedroht. Neben den großen Gefahren des Verkehrs treten häusliche Unfälle, besonders in Form von Vergiftungen, sehr in den Vordergrund. In den Jahren 1958 bis 1962 verstarben in der Bundesrepublik 354 Kinder an Vergiftungen, 209 Knaben und 154 Mädchen. Die meisten Todesfälle wurden im Kleinkindesalter beobachtet (Tab. I).

Die Kenntnis der am häufigsten zugeführten Giftstoffe und der Symptomatik typischer Vergiftungen, das Wissen um eine gezielte Behandlung, das Erkennen der sich oft wiederholenden, charakteristischen Umstände, die zur Giftaufnahme führen — all dies wird den Arzt nicht nur erfolgreiche Therapie leisten lassen, sondern ihn auch befähigen, immer wieder auf die Vergiftungsprophylaxe hinzuweisen. Der hohe Prozentsatz kindlicher Vergiftungen mit meist ärztlich verordneten Arzneimitteln muß jedem Arzt eindringliche Mahnung sein.

Eigene Beobachtungen

Wir selbst haben in den Jahren 1959 bis 1964, also in 6 Jahren, 201 Kinder mit Vergiftungen behandelt. In dieser Zahl sind sowohl stationär behandelte Patienten mit Vergiftungssymptomen aller Schweregrade enthalten, wie auch die Gruppe jener Kinder, bei denen die toxischen Substanzen so rechtzeitig durch Magenspülung entfernt wurden, so daß die Patienten ambulant behandelt und anschließend nach Hause entlassen werden konnten.

Arten der Vergiftungen

Üblicherweise werden Vergiftungen unterteilt in Arzneimittelvergiftungen, in sogenannte ökonomische Vergiftungen (Haushaltsmittel, wie Reinigungsmittel und Desinfektionslösungen, Konservierungsstoffe, Schmier- und Lösungsmittel und andere in Haushalt und Technik verwendete Substanzen) und in Lebensmittelvergiftungen. Dazu kommen noch Vergiftungen mit Genußgiften, die auch bei Kindern in letzter Zeit deutlich zunehmen.

Arzneimittelvergiftungen

Im genannten Zeitraum wurden 87 Kinder wegen Aufnahme toxischer Arzneimittelmengen behandelt (Abb. 1).

13 davon konnten nach ambulanter Versorgung wieder nach Hause gegeben werden. Sehr ausgedehnt ist der Katalog der zugeführten Substanzen; er spiegelt die ganze Reihe der heute von der Bevölkerung eingenommenen Arzneimittel wider. An erster Stelle stehen Sedativa, häufig als Kombinationspräparate mit Belladonna-Alkaloiden (19 Patienten), gefolgt von 8 Vergiftungen mit Tranquillizern. Die Symptome einer Belladonnavergiftung sind bekannt, dagegen kann der Verlauf einer Tranquillizervergiftung sehr unterschiedlich sein: Das Bild der Fluphenazinvergiftung kann zur Differentialdiagnose Tetanus Anlaß geben. Die Verschiedenartigkeit solcher Bilder mag durch zwei Beispiele demonstriert werden:

(1481/64) Der 1 Jahr, 9 Monate alte Junge wird 3 Stunden nach Einnahme von 5 bis 6 Dragées Omca (Fluphenazin) in die Klinik gebracht. Es besteht motorische Unruhe, Schreien und Sichaufbäumen. Das Kind schlägt ständig mit dem Kopf gegen die Wand. Außer diesen schweren erethischen Erscheinungen besteht noch eine Tachycardie. Nach der Magenspülung, die trotz der lange zurückliegenden Aufnahme des Medikaments durchgeführt wird, wird das Kind ruhiger. Am folgenden Morgen tritt ein parkinsonartiger Tremor mit erhöhtem Muskeltonus auf. Rückbildung der Erscheinungen nach 8 Tagen. Entlassung.

Ein Rigor der Muskulatur, verbunden mit Grimassieren, das einem Rismus sardonius ähnlich wird, ist bei Fluphenazinvergiftungen häufig.

(2222/64) Der 9jährige Junge, in einem auswärtigen Krankenhaus appendektomiert, erhält dort wegen nächtlicher Unruhe Psyquil in größerer Menge. Mehrere Injektionsstiche sind erkennbar. Es stellt sich ein Hartspann der Nackenmuskulatur und ein Rismus sardonius ein. Wegen Verdachts auf Tetanus wurde uns das Kind zugewiesen. Ohne eine Behandlung mit Akineton — dem Mittel der Wahl in solchen Fällen — bildeten sich die Erscheinungen rasch zurück. Entlassung, beschwerdefrei nach 8 Tagen.

7 Kinder hatten Antikonvulsiva in toxischen Mengen eingenommen, zumeist den Eltern oder Geschwistern verordnete Präparate. Diese Vergiftungen verlaufen meist ähnlich wie Schlafmittelvergiftungen, doch kamen auch länger anhaltende Exzitationszustände vor. Hustensäfte wurden 6mal in toxischen Mengen eingenommen, 6 Kinder nahmen Schmerzmittel zu sich, davon 2 Opta-

354 VERGIFTUNGEN MIT TODESFOLGE BEI KINDERN
IN DER B.R.D. 1958 - 1962

	Lebensjahre				
	1JAHR	2.-5.	6.-10.	11.-15	
KNABEN	28	132	30	19	209
MÄDCHEN	27	74	27	17	145
GESAMT	55	206	57	36	354

Tabelle I

lidon, das wegen seiner rosafarbenen Draglerung besonders „beliebt“ ist. Borsäurevergiftungen durch orale Borsäurezufuhr oder Resorption durch große, nässende, mit Borsäurepulver behandelte Wundflächen, haben wir nicht beobachtet.

Ökonomische Vergiftungen

Die Aufnahme von im Haushalt und Gewerbe benutzten giftigen Substanzen ist in unserem Bereich etwa gleich häufig mit den Arzneimittelvergiftungen (82 Kinder) (Abb. 2). Neben der Aufnahme sehr wenig toxischer Substanzen, bei denen mehr die Tatsache der Aufnahme überhaupt erstaunt (Penatencreme, Waschpulver, Schmierseife), kommen nicht selten ökonomische Vergiftungen sehr ernster Natur vor. Wir beobachteten allein 15 zumeist schwere Verätzungen, davon 13(!) mit Esslössen, 1mal mit Lötwasser und 1mal mit Ätznatron. Lötwasservergiftungen verlaufen häufig sehr schwer:

(1282/62) Das 3jährige Mädchen trinkt in der väterlichen Werkstatt einen Schluck Lötwasser, es wird sofort Milch gegeben, das Kind erbricht daraufhin; nach 60 Minuten Klinikaufnahme. Dabei zeigten sich Verätzungserscheinungen der Mundschleimhaut. Das Kind verfällt rasch, die Augen sind haloniert, der Puls ist schlecht gefüllt. Nach typischer Behandlung mit Magenspülung, Gaben von Pufferlösung und Milch, Anlage einer Dauertropfinfusion und Cortisongabe unter antibiotischem Schutz, erholt sich das Kind langsam innerhalb von 12 Stunden. Nach 16 Tagen wird das Mädchen in zufriedenstellendem Zustand entlassen. Ösophagus- und Magenpassage ist noch unauffällig. 33 Tage nach der Verätzung erfolgt wegen anhaltenden Erbrechens neuerlich die Aufnahme. Die Röntgenuntersuchung ergibt eine fast völlige Stenose des Pylorus, so daß eine Magenresektion nach BILLROTH I notwendig wird. Das Kind verträgt den Eingriff gut und wird beschwerdefrei entlassen.

In 10 Fällen hatten die Kinder Terpentin getrunken, in weiteren 10 Fällen Petroleum, Benzin und Lösungsmittel wie Trichloräthylen oder Tetrachlorkohlenstoff. Die übrigen Patienten hatten die verschiedensten Substanzen ohne Bevorzugung eines besonderen Stoffes aufgenommen.

Vergiftungen mit Kohlenmonoxyd beobachteten wir 5mal, davon 3 Rauchvergiftungen, 2 Leuchtgasvergiftungen, letztere beide durch Verlöschten der Flamme beim Überkochen des Kochgutes entstanden.

Lebensmittelvergiftungen

Insgesamt wurden 10 Kinder mit Lebensmittelvergiftungen aufgenommen. Erfreulicherweise verliefen alle gutartig. Darunter waren 6 Pilzvergiftungen, die durch verdorbene Pilzgerichte bzw. Gerichte aus alten Pilzen hervorgerufen wurden. Bei gerichtsmedizinischer und botanischer Untersuchung ließen sich keine Giftpilze dabei nachweisen.

Alkoholvergiftungen

Ein hoher Anteil unserer Patienten wurde wegen einer Alkoholvergiftung aufgenommen: Es wurden 17 Kinder deswegen behandelt, davon 2 ambulant. Interessant ist, daß hiervon 12 Kinder sich Spirituosen zuführten, 4 Kinder Wein und nur 1 Kind mit einem Bierrausch behandelt werden mußte. Es zeichnet sich hier die aus soziologischen Untersuchungen her bekannte Änderung der Trinkgewohnheiten der Erwachsenen ab, wobei der Alkoholismus „in den vier Wänden“ nicht zuletzt unter dem Einfluß des Fernsehens zunimmt. Einen Überblick über die von uns beobachteten Vergiftungsarten ergibt die Abb. 1.

Alters- und Geschlechtsverteilung

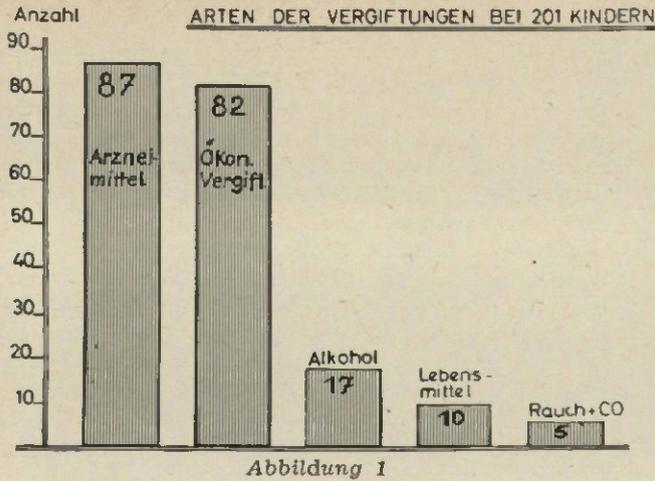
Die Bevorzugung des Kleinkindesalters bei den akzidentellen Vergiftungen ist bekannt und auf allen Kontinenten etwa gleich (GÄDEKE, JAKOBZINER, ISKRANT). Die Mehrzahl der ökonomischen Vergiftungen fällt in die ersten 2 bis 3 Lebensjahre, während später die Arzneimittelvergiftungen überwiegen. Aus dem wahllosen „Alles in den Mund stecken“ wird später ein Handeln aus Neugier und Nachahmung, wobei auch der Reiz mitspielen mag, eine Arzneimittelpackung „wie die Großen“ öffnen zu können.

Eine tabellarische Aufstellung der Alters- und Geschlechtsverteilung unserer Patienten (Abb. 2) zeigt den überwiegenden Anteil der Zwei- bis Vierjährigen mit 142 von 201 Patienten, das sind rund 71%. 122 unserer Kinder mit Vergiftungen waren Knaben, das sind rund 61%; es kommt hier die größere Aktivität der Knaben schon bei Klein- und erst recht bei Schulkindern zum Ausdruck.

Behandlungszeitpunkt und Behandlungsdauer

Wirksamkeit, Erfolg und Dauer der notwendigen Behandlung einer Vergiftung hängen von Art und Menge des aufgenommenen Giftes, von rascher Diagnose und vom Zeitpunkt des Beginns einer gezielten Behandlung ab.

Von 157 stationär behandelten Patienten konnte die Zeitspanne zwischen Giftaufnahme und Eintreffen in der Klinik bei 140 Patienten genau ermittelt werden, bei 17 blieb sie unklar. Es ergaben sich hierbei drei Gruppen: Die größte bestand aus Kindern, die relativ rasch, d. h. Minuten bis wenige Stunden, nach der Gifzufuhr in die Klinik gebracht wurden. Es waren 119 Kinder, die nach durchschnittlich 2 1/2 Stunden aufgenommen wurden. Diese Zeit erscheint recht lange. Es sind hier jedoch die oft sehr weiten Anfahrtswege unseres ländlichen Einzugsgebietes enthalten. Eine weitere Gruppe ergab sich bei Patienten, die erst mehrere Stunden nach der Giftaufnahme, meist nach Auftreten deutlicherer Symptome, gebracht wurden. Es handelt sich um 20 Kinder, die durchschnittlich nach 13 Stunden hospitalisiert wurden. Bei weiteren 13 Kindern waren



Späterscheinungen oder der nur zögernde Rückgang von Krankheitszeichen der Anlaß zur Klinikbehandlung. Sie kamen erst nach durchschnittlich 3 bis 4 Tagen zur Aufnahme.

Die Zeitdauer der Klinikbehandlung schwankte zwischen knapp 24 Stunden und 60 Tagen, sie betrug im Mittel bei 157 Patienten 6,5 Tage. Bei den ambulant behandelten Kindern war die Zeit zwischen der Einnahme des Giftes und dem Eintreffen in der Klinik wesentlich kürzer. Bei 21 von 44 Patienten betrug diese Zeit im Durchschnitt 61 Minuten. Diese noch immer viel zu lange Frist kommt häufig dadurch zustande, daß zunächst sogenannte „Hausmittel“ versucht und angewandt werden, daß vergebliche Telefonate geführt werden mußten und erst nach solchen Bemühungen die Klinik aufgesucht wird. Meist gelingt es daheim nicht, die Kinder zum Erbrechen zu bringen. Solche häuslichen Versuche kosten viel Zeit.

Besondere Umstände und Vergiftungsmechanismen

Bei einer Vorgeschichte mit klaren Angaben der Eltern liegt die Therapie der Vergiftungen in der Regel fest. Aber gerade die anamnestischen Angaben lassen uns meist im Stich, sei es, weil die Eltern Angst vor solchen Mitteilungen haben, sei es, daß sie selbst über den Hergang nicht orientiert sind. Auch wurden Kinder oft ohne Begleitperson mit dem Vermerk „z. B. Vergiftung“ eingewiesen. Biswellen erfolgte die Einweisung, vor allem bei Schlafmittelvergiftungen, unter der Diagnose „Unklarer zerebraler Prozeß“; an eine Giftaufnahme war entweder nicht gedacht worden oder sie erschien Eltern und einweisendem Arzt unwahrscheinlich.

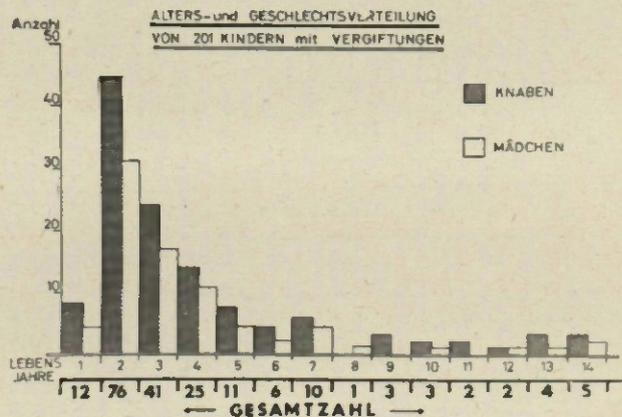
(335/64) Ein 9jähriger Junge erkrankt plötzlich mit Schwindelerscheinungen und Blässe, wird müde und erbricht. Unter dem Verdacht auf Appendicitis wird das Kind in eine auswärtige Klinik eingewiesen und uns von dort zugeleitet. Bei der Aufnahme ist der Patient soporös, die Untersuchung ruft heftige Abwehr hervor. Sopor und Unruhezustände wechseln. Unsere Diagnose einer Schlafmittelvergiftung wird später durch die gerichtsmedizinische Harnuntersuchung bestätigt. Die Eltern versichern, kein derartiges Medikament zu besitzen, auch Rückfragen beim Hausarzt bleiben ergebnislos. Die Giftaufnahme bleibt unklar, der Junge selbst macht widersprechende Angaben.

(1399/60) Ein 2 Jahre 3 Monate alter Junge erleidet

aus voller Gesundheit einen Krampfanfall, bleibt darnach bewußtlos und wird eine Stunde später stationär aufgenommen. Es besteht ein Krampfstatus mit rechtsseitigen tonisch-klonischen Krämpfen, Erbrechen, Einkoten. Die Eltern geben an, daß die erste Pockenimpfung drei Wochen zurückliege. Eine Giftaufnahme wird verneint. Liquorbefund regelrecht. Klinisch kein krankhafter Organbefund. Unter symptomatischer Therapie und Corticoidgabe erholt sich das Kind langsam. Die Krämpfe sistieren auf Somnifen. Wegen der Unklarheit des Krankheitsbildes wird nochmals telefonisch rückgefragt, dabei geben die Eltern an, daß das Kind 1/2 Stunde vor dem Krampfanfall 14 bis 16 Tabletten Irgapyrin zu sich genommen habe. Entlassung in gutem Zustand nach sieben Tagen.

Bei der Diagnostik der Schlafmittelvergiftungen war uns die EEG-Untersuchung in Zweifelsfällen eine nützliche Hilfe, da sie rasch mit einer eindeutigen β -Aktivität wertvolle Hinweise zu geben vermag. Besonders wertvoll waren die Untersuchungen asservierter Substanzen im Gerichtsmedizinischen Institut der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor Professor Dr. WEINIG). Oft war so die Aufklärung von Zusammenhängen möglich, die uns die Eltern aus den verschiedensten Gründen, oft wohl aus falscher „Geniertheit“ über ihre Nachlässigkeit oder aus einem Schuldgefühl heraus verheimlichten.

2426/64) Das 4 Jahre 6 Monate alte Mädchen wird 21 Stunden vor der Aufnahme bewußtlos, erbricht mehrfach. Der Hausarzt gibt den Rat, zunächst nichts zu unternehmen. Das Kind wird soporös bis stuporös; 18 Stunden nach den ersten Symptomen fragen die Eltern neuerlich den Hausarzt, der sich zur Einweisung in die Klinik entschließt. Bei der Aufnahme ist das Kind bewußtlos, die Sehnenreflexe schwach auslösbar. Eine Harnverhaltung führt zu einer 3 QF über der Symphyse stehenden prallgefüllten Blase. Mittelweite, träge auf Licht reagierende Pupillen. Die Möglichkeit einer Giftaufnahme wird von den Eltern verneint. Die Hirnstromkurve zeigt jedoch eine stark ausgeprägte β -Aktivität, die gerichtsmedizinische Untersuchung des Harns läßt Abbauprodukte von Optalidon erkennen. Die neuerlich angesprochenen Eltern erklären nun, daß die Großmutter des Kindes Optalidon einnehme und weisen nun auch ein geleertes Röhrchen vor. Entlassung des Kindes in gutem Zustand nach wenigen Tagen.



Bei telefonischer Anmeldung einer Vergiftung müssen die Eltern stets aufgefordert werden, die vermuteten Giftstoffe oder deren Behälter mitzubringen. Wird dies versäumt, so muß es unbedingt nachgeholt werden, da in der Aufregung häufig falsche Angaben gemacht werden. Bei einem Kind mit Eusedon-Vergiftung wurde als zugeführtes Gift vom Vater hartnäckig „Aceton“ angegeben. Bei allen unklaren akuten Erkrankungen sollten die Eltern aufgefordert werden, sofort genau zu Hause zu prüfen, ob nicht herumliegende Flaschen oder Pakungen von Medikamenten oder Haushaltsmitteln Hinweise auf eine Vergiftung des Kindes geben. Was in der ersten Erregung, in der die Sorge dem erkrankten Kind gilt, oft nicht gefunden wird, entdecken die Eltern oft nach einer ruhigen Aussprache mit dem Arzt, der sie auf die Wichtigkeit dieser Suche hingewiesen hat. Eine besondere Gefährdung für Kleinkinder ist der Aufenthalt in einem nicht für Kinder eingerichteten Haushalt, z. B. dem der Großeltern. Hier liegen häufig Arzneimittel und auch Haushaltsmittel leicht erreichbar in Regalen und Schubladen. Die Vorsicht, die im Haushalt mit einem oder mehreren Kindern herrschen sollte, ist hier an sich nicht nötig. Es wird versäumt, das Hauswesen „kindersicher“ zu machen. In über 5% unserer stationär behandelten Kinder erfolgte die Giftaufnahme in der großelterlichen Wohnung, in der die Kinder nicht ständig lebten.

Die Folgen einer Giftaufnahme werden bisweilen durch Ratlosigkeit, einfaches Abwarten, „ob etwas passiert“, und vor allem durch falsche Maßnahmen verschlimmert. Das Musterbeispiel für eine nicht nur unzweckmäßige, sondern in den meisten Fällen ausgesprochen schädliche Maßnahme ist die Gabe von Milch! Immer wieder wird — nicht nur von Laien! — dies als erste Maßnahme empfohlen. Die Resorption aller fettlöslichen Gifte wird durch die Gabe von Milch erheblich gefördert oder erst ermöglicht, so z. B. bei den Terpeninölvergiftungen. Die Gabe von Milch hat einzig und allein bei Säuren- und Laugenverätzungen ihre Berechtigung, wo sie als Eiweißpuffer wirkt.

Die Gabe eines Antidot oder die symptomatische Behandlung sollte stets in der Hand des informierten Arztes liegen. Als Muster einer unzweckmäßigen Behandlung durch die Angehörigen diene das folgende Beispiel:

(2559/64) Ein 6 Jahre 9 Monate altes Mädchen trinkt $\frac{1}{4}$ l Wein. Darauf stellen sich Leibscherzen ein. Der Großvater entsinnt sich des Hellmittels Alkohol und flößt dem Kind zwei große Gläser Schnaps ein. Nach kurzer Zeit wird das Kind somnolent und kommt in unterkühltem, kreislaufunfähigen Zustand zur stationären Aufnahme. Es zeigt sich ein schwerer Rauschzustand, das Kind erbricht mehrfach spontan. Nach Magenspülung und Gabe von Kreislaufmitteln kann das Kind am folgenden Tage entlassen werden.

Eine besondere Bedeutung bei der Behandlung von Vergiftungen des Erwachsenen haben *suicidale Intoxikationen*. Derartige Vergiftungsmechanismen sind im Kindesalter bei uns noch selten. Es sind bei Kindern in diesem Zusammenhang zwei Gruppen zu unterscheiden:

1. Die Vergiftung von Kindern im Zusammenhang mit dem Suicid von Erwachsenen. Hier kommen in erster

Linie Gas-(Kohlenmonoxyd-)vergiftungen und die Beibringung von Schlafmitteln in Frage. Unter unseren Patienten fand sich ein derartiger Fall:

(652/63) Die Mutter eines 8 Monate alten Säuglings unternimmt mit Schlafmitteln einen Suicidversuch. Acht Stunden nach der Giftaufnahme findet der Vater die Familie; der Säugling ist somnolent und zeigt zusätzlich Zeichen von Strangulation am Hals mit petechialen Blutungen. Es war versucht worden, mit Brei dem Säugling zehn Tabletten Nolidar beizubringen, wobei allerdings nur drei Tabletten aufgenommen wurden; der Rest fand sich noch im Brei. $8\frac{1}{2}$ Stunden nach der Giftaufnahme war der Säugling nicht mehr wesentlich bewußtseinsgetrübt. Der weitere Verlauf war günstig.

2. Die aktive Giftaufnahme größerer Kinder mit dem Ziel des Suicids. Ein derartiges Motiv fand sich bei zwei Jungen im Alter von 11 und 12 Jahren, die wegen Schulschwierigkeiten Schlafmittel eingenommen hatten. Ein Mädchen von 13 Jahren unternahm nach einem Streit mit den Eltern mit sieben Tabletten Stelabid einen Selbstmordversuch. Instrukтив in mehrfacher Hinsicht ist folgendes Beispiel:

(1230/61) Ein 12jähriger Junge wird vom Vater am Nachmittag stark verschlafen aufgefunden. Der Junge gibt einen Sturz mit Schädeltrauma an. Wegen Verschlimmerung der Erscheinungen wird der Junge unter dem Verdacht auf eine intrazerebrale Blutung stationär aufgenommen. Der Patient ist hier bewußtlos, beide Pupillen seitengleichend. Der Hausarzt äußert gleichzeitig den Verdacht auf das Vorliegen einer Vergiftung, da der Junge am Tage vorher in seiner Praxis erschienen war, um — angeblich für seine Mutter — ein Schlafmittelrezept zu holen. Ihm war ein Rezept für eine O. P. Revonal ausgehändigt worden. Der Junge hatte die Tabletten um die Mittagszeit eingenommen. Nach Magenspülung und Gabe von Kreislaufmitteln wird der Junge nach einigen Stunden ansprechbar und kann nach wenigen Tagen entlassen werden. Als Grund für seinen Suicidversuch gibt er schlechte Noten im Schulzeugnis an.

Kinder, die einen Suicidversuch unternommen haben, bedürfen nach Ausheilung der Vergiftungserscheinungen der Nachsorge. Sie werden bei uns in der Erziehungsberatungsstelle der Klinik mit ihren Eltern weiter betreut. Selbstmord und Selbstbeschädigung sind keine ganz seltene Todesursache bei Kindern und vor allem bei Jugendlichen (Tab. II). Bei den registrierten

TOD DURCH SELBSTMÖRD ODER
SELBSTBESCHÄDIGUNG BEI KINDERN IN DER B.R.D.
1958 - 1962

	Lebensjahre	
	6 - 10	11 - 15
KNABEN	1	171
MÄDCHEN	1	55
GESAMT	2	226

Tabelle II

427 VERGIFTUNGSFÄLLE von 1949 - 1964

(Univ. Kinderklinik Erlangen und Städtische Kinderkliniken Stuttgart)

	Erlangen Stuttgart 1949 - 1958	Erlangen 1959 - 1964
Arzneimittel	86	87
Ökon. Vergiftung	92	82
CO Vergiftung	14	5
Lebensmittel	34	10
Alkohol		17
GESAMT	226	201

Tabelle III

Fällen von Suicid und Selbstbeschädigungen überwiegt der Tod durch Erhängen gegenüber den Schlafmittelvergiftungen. In der Zahl der Erhängungstodesfälle dürften jedoch echte Unfälle mit enthalten sein.

Am Rande sei noch ein Vergiftungsmechanismus erwähnt, der ebenso häufig wie banal ist: Die Aufbewahrung toxischer Substanzen in Behältern, die einen anderen Inhalt vortäuschen, also in Genußmittelbehältern, z. B. Bier- und Sprudelflaschen, Bechern und Tassen. Trotz der vielfachen Aufklärung in dieser Richtung verursachen Leichtsinn und Gedankenlosigkeit oft schwere gesundheitliche Schäden.

Als große Gefahr muß noch das Spielen mit Plastikbeuteln erwähnt werden; die Kinder stülpen die Beutel über den Kopf und können rasch darin ersticken.

Zunahme der Vergiftungen

Durch eine Übersicht der letzten 16 Jahre konnten wir nach eigenen Erfahrungen eine wesentliche Zunahme der Vergiftungen bei Kindern feststellen. In den Jahren 1949 bis 1958, also in zehn Jahren, hatten wir in zwei Kliniken zusammen (Stuttgart und Erlangen) 226 derartige Patienten; von 1959 bis 1964 in fünf Jahren in der hiesigen Klinik allein 201 Vergiftungen; das heißt also, in der halben Zeit fast ebensoviel wie damals in der doppelten Zeit an zwei Kliniken (RITINIS) (Tab. III). Todesfälle erlebten wir insgesamt neunmal (von 1949 bis 1956). So verstarb ein Kind an einer Arzneimittelvergiftung (Megaphen), ein Kind an einer Talliumvergiftung, ein Kind an einer Essigessenzvergiftung, zwei Kinder an Botulismus, zwei Kinder an Verätzungen und zwei Kinder an Gasvergiftungen. In den letzten fünf Jahren konnten wir erfreulicherweise alle Kinder am Leben erhalten.

Die Zunahme der Vergiftungen ist einmal sicher durch die vermehrte Anwendung von Haushaltsmitteln zu erklären, die in den letzten Jahren in erweitertem Umfang in den Handel kamen. Die Zunahme des Arznei-

mittelkonsums in allen Bevölkerungskreisen vermag das Ansteigen der Arzneimittelvergiftungen in den letzten Jahren zu begründen. Auffallend ist der Rückgang der Lebensmittelvergiftungen, die ihre Ursache wohl in der verbesserten Lagerungsmöglichkeit hat. Der überwiegende Teil der Haushaltungen ist heute mit Kühlschränken ausgerüstet. Allerdings wird deren Frischhaltungsmöglichkeit oft erheblich überschätzt, wodurch neue Gefahren entstehen.

Prophylaxe

Aus den sich immer wieder ähnelnden Vergiftungsmechanismen, dem Auftauchen häufig gleichartiger Stoffe, die zur Vergiftung führen, ergibt sich die dringende Notwendigkeit der Vorsorge. Die Prophylaxe kindlicher Vergiftungen ist praktisch schwierig. Die Vielzahl der heute verwendeten Haushaltsmittel, die Menge der verordneten oder im Freiverkauf bezogenen Arzneimittel werden nie gänzlich sicher vor dem Eingriff spielender Kinder sein. Zu fordern ist bei giftig wirkenden Haushaltsmitteln die Angabe der Art der toxischen Substanz auf der Packung und die eventuelle Angabe eines Antidot. Letztere Angabe sollte auch auf keiner Arzneimittelpackung fehlen.

Bei der sonstigen Strenge des Lebensmittelgesetzes ist es unverständlich, daß ein Ätzgift wie die Essigessenz, die zu schwersten Gesundheitsschäden, ja zum Tode, führen kann, als „Lebensmittel“ feilgehalten wird. Diese Substanz verursachte fast alle Verätzungen in unserer Klinik.

Dem rezeptierenden Arzt obliegt es, stets und eindringlich auf die Gefahren der Arzneimittel für Kinder hinzuweisen. Besonders toxische Substanzen sollten durch Sicherheitsverschüsse der Packung dem Zugriff der Kinder entzogen werden (GÄDEKE).

Ist eine Giftaufnahme erfolgt, kann nur rasches und richtiges Handeln des Hausarztes und die schnellstmögliche Verbringung in eine größere Klinik größeren Unheil vermeiden. In prägnanter und allgemein zugänglicher Weise hat MOLL in den „Ärztlichen Mitteilungen“ dargelegt, was für den praktisch tätigen Arzt zur Soforthilfe bei der Vergiftung von Kindern wichtig ist.

Zusammenfassung

Es wird über 201 Vergiftungsfälle bei Kindern in den Jahren 1959 bis 1964 berichtet, die an der Universitäts-Kinderklinik Erlangen behandelt wurden. Auf frühere Untersuchungen aus Erlangen und den Städtischen Kinderkliniken Stuttgart aus den Jahren 1949 bis 1956 über 226 Fälle wird vergleichend eingegangen. In kasuistischen Mitteilungen werden besonders Vergiftungen, Vergiftungszustände und Vergiftungsmechanismen besprochen.

Literaturverzeichnis

- GÄDEKE, R.: Der Unfall im Kindesalter, Georg Thieme Verlag, Stuttgart (1962).
 GÄDEKE, R.: Mat. Med. Nordmark, XV/ 12, 459-470 (1963).
 GÄDEKE, R.: DMW 90, Nr. 13, 557-565 (1965).
 JAKOBZINER, H.: Amer. J. Dis. Child. 93, 647 (1957).
 ISKRANT, A. P.: in „Accident prevention“, S. 351, Blakiston/McGraw-Hill, New York - Toronto - London (1961).
 MOLL, H.: Dtsch. Ärztebl. 61, 2191 (1964).
 RITINIS, I.: Inaug. Diss., Erlangen (1959).

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Peter Schuch, 852 Erlangen, Universitäts-Kinderklinik

Die Familie in der modernen Welt*)

Von Georg Telchtweler

Der verstorbene Münchener Pädagoge Aloys FISCHER hat die umgreifende, unersetzliche, zutiefst dem menschlichen Wesen zugeordnete Bedeutung der Familie durch folgende Definition umrissen. Die Familie ist „diejenige Lebensgemeinschaft, die Menschen als Ganze, in all ihren Lebensentfaltungen, Tätigkeitsrichtungen und Zwecken umfaßt, die Gemeinschaft der Liebe und des Geistes, aus ihr folgend eine Glaubens- und Kultgemeinschaft, eine Arbeits- und Besitzgemeinschaft in Konsum und Erwerb, eine Wohn- und Raumgemeinschaft, eine solche der Sitte, der Geselligkeit, des Verkehrs, der Schicksale, eine Erziehungsgemeinschaft, nicht etwa nur für die Aufzucht, Pflege und Veredelung der Kinder, sondern auch für das selbsterzieherische Wachstum der Eltern“. Professor Ludwig PRELLER, Frankfurt, hat diese umfassende Wesensbestimmung der Familie voll bejaht, wenn er sie in kürzerer Fassung auf der XV. Internationalen Familienkonferenz in München, im Juli 1964, einen „spirituell-materiell-biologischen Bund“ nannte¹⁾. Über die so bestimmte Familie als Verleiblichung und Verwirklichung des menschlichen Lebens in Gemeinschaft sind seit Jahrhunderten die Stürme der geistigen, sozialen, politischen und wirtschaftlichen Fortentwicklung und Auseinandersetzung hinweggegangen. Überaltet und Morsches wurde abgerissen, Gesundes hat sich verstärkt, wenn es auch oft so schien, als sei das Ende der Familie gekommen.

1. Die Mächte, welche die Familie zur heutigen Gestalt wandelten

Wenn ich diese Kämpfe um die Familie, die im wesentlichen zu ihrer heutigen Gestalt geführt haben, kurz skizziere, so halte ich mich hier vor allem an die Ausführungen eines erstangigen Fachmannes, des Schweizer Arztes Theodor BOVET²⁾.

Aus völkerkundlichen und geschichtlichen Forschungen glaubte man, nachweisen zu können, daß die auf der Einehe beruhende Familie nicht die ursprüngliche Stätte der Geschlechterbegegnung und der Erzeugung und Erziehung der Nachkommenschaft gewesen sei. Am Anfang habe vielmehr Promiskuität, wahllose Geschlechterverbindung, geherrscht oder doch Polygamie und Gruppenehe. Heute ist diese Auffassung allgemein aufgegeben. Die Forschungen von WESTERMARK, W. SCHMIDT, KOPPERS und anderen haben erwiesen, daß in geographisch weit auseinanderliegenden Bezirken der Erde zur selben Zeit die lebenslängliche Einehe die ursprünglichste Form der Geschlechterverbindung war. Die Versuche mit Ehe auf Zeit und dergleichen Parolen werden sich einfach deshalb nicht durchsetzen, weil sie dem Menschenleben zuinnerst fremd sind.

Über Jahrhunderte hinweg war mindestens im Abendland die Großfamilie mit den Eltern, den Söhnen und deren Familien, den sonstigen Verwandten und Dienst-

boten die normale Lebensform. Der pater familias im römischen Staat, das Familienoberhaupt, besaß darin unbedingten Vorrang und eine Machtstellung, die sich in allen Bereichen auswirkte, nicht zuletzt darin, daß der Familienvater bestimmte, welche Frau sein Sohn, welchen Mann seine Tochter zu nehmen hatte. Nicht das persönliche Glück oder gar die Liebe zweier junger Menschen gaben dabei den Ausschlag, sondern die Frage, welcher Partner ist für die Fortexistenz der Familie auf Grund seiner biologischen, sozialen und wirtschaftlichen Kraft am günstigsten. Aus vier Richtungen erhob sich der Widerstand gegen eine solche Gestalt des Familienlebens.

Je mehr mit dem Anbruch der Neuzeit auch das Recht der Einzelperson und nicht nur das Gewicht der Gemeinschaft gewertet wurde, desto entschiedener verlangte man für die Eheschließung die persönliche Entscheidung der beiden Partner, zuerst im Blick auf ihr eigenes Glück und ihre gegenseitige Liebe und dann erst in Rücksicht auf das Wohl der Gesamtfamilie. Hieß bisher die Parole, „ihr seid jetzt verheiratet, also müßt ihr euch lieben lernen“, so lautete jetzt die Umkehrung, sie scheint uns menschlicher und darum sinnvoller: „Weil wir zwei uns lieben, wollen wir Mann und Weib werden.“ Das Institut der traditionellen Großfamilie, zum Teil im Verein mit den Mächten des Staates und der Religion, schien sich dieser Vermenschlichung und Personalisierung der Geschlechterverbindung zu weigern. So finden wir, angefangen vom Minnesang, die Verherrlichung der Geschlechterliebe außerhalb und entgegen der Ehe, Tristan und Isolde, Dante und Beatrice, Romeo und Julia, bis dann Fr. ENGELS³⁾ die freie Liebe zum Prinzip der Geschlechterbegegnung erhob und mit Berufung auf sie die unauflösliche Ehe ablehnte. Tatsächlich aber wurde die zunächst gefährlich scheinende Bedrohung der Familie aus dem Anspruch einer persönlichen Partnerwahl aus Liebe zu einer Bereicherung für sie. Es gibt doch heute eine große Zahl von Familien, in denen die Gatten sich redlich mühen, die Institution der Ehe mit dem Glanz und dem Schwung ihrer persönlichen Liebesgemeinschaft zu erfüllen. Der Ehering ist für sehr viele, gerade auch unserer jungen Ehen, nicht mehr bloß das Zeichen eines rechtlichen Vertragsverhältnisses und einer bürgerlichen, scheidungsfriedlichen Lebensgemeinschaft, sondern das Bekenntnis zu einer tiefen Liebeseinheit.

Ein zweiter Angriff gegen die patriarchalisch verfaßte Großfamilie erhob sich aus der modernen Tiefenpsychologie, namentlich aus der Psychoanalyse von S. FREUD und der durch ihn angeregten Sexualforschung. Hier stand die traditionelle Familie unter der Anklage, sie verursache mit ihren sanktionierten Herrschaftsverhältnissen Neurosen und Anormalitäten. Man denke nur an den Ödipuskomplex! Dennoch hat auch die Forderung extremer Freudianer, man müsse in einen irdengdwle gedachten Urzustand ohne Familie zurück, wo es den Zwang ihrer Gemeinschaft nicht gäbe, es nicht vermocht, die Familie überflüssig zu machen.

*) Vortrag auf der Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins am 9./10. 7. 1965 in Nürnberg

1) Die Familie, Fundament der Gesellschaft in Gegenwart und Zukunft, Dokumentation XV. Internationale Familienkonferenz München 19.-26. Juli 1964, 10.

2) Ehekunde I, Allgemeiner Teil. Tübingen 1961, 105-114.

3) Der Ursprung der Familie, des Privateigentums und des Staates. Zürich 1884.

Dagegen sind die Erkenntnisse Freuds für uns heute eine wichtige Hilfe, um insbesondere Krisensituationen in den Familien, zwischen den Ehepartnern, wie zwischen Eltern und Kindern, sachkundig erkennen und meistern zu können.

Gefährlich schien der Familie sodann der sich abzeichnende gesellschaftliche Wandel zu werden, signalisiert durch die Emanzipation der Frau. Sie wollte nicht mehr länger nur die Gebärerin der Kinder und die unbezahlte, unbedankte Hausangestellte sein. Sie verzichtete darauf, als Heimchen am Herd besungen zu werden oder das Spielzeug und Schmuckstück des Heims in einer Art Puppenheim-Ehe à la IBSENS Nora abzugeben, und dennoch blank der Willkür und Laune ihres herrischen Mannes ausgeliefert zu sein. Das ganze Gefüge der Ehe wankte unter den Forderungen der Frauenrechtlerinnen. Juristen und Prediger sagten mit düsterer Miene die Anarchie voraus. In der Wirklichkeit aber sind wir heute auf dem Wege zu einer partnerschaftlichen Ehe, in der nicht mehr die Diktatur des Mannes herrscht, sondern wo das verantwortliche Gespräch, das gegenseitige Vertrauen und das echte Interesse aneinander zum Grundgefüge der Familie werden. Wenn man noch im vergangenen Jahrhundert bereit war, dem Mann ein mäßiges Züchtigungsrecht gegenüber seiner Frau einzuräumen, so ist das heutige Leitbild das der echten Gefährtschaft.

Was soziologisch der Kampf um die Gleichberechtigung der Frau, das war wirtschaftlich der ungeheure Wandel von einer landwirtschaftlich und handwerklich bestimmten Struktur zur industriellen Arbeitswelt. Auch hiervon wurde die überkommene Gestalt der Familie folgeschwer betroffen. Während die Familie der vergangenen Tage als bäuerlicher oder handwerklicher Betrieb eine Produktionsgemeinschaft war, in der alle unter der Leitung des Hausvaters schafften, mußten nunmehr außerhalb der bäuerlichen Arbeitswelt die einzelnen Familienmitglieder irgendwo im Betrieb, meist an getrennten Arbeitsplätzen, dem Erwerb nachgehen. Während bisher die Kinder für das familien-eigene Unternehmen arbeiteten und hier echte Mitverdener waren, gehen sie nunmehr ihre eigenen Wege. Die kinderreiche Familie hat jetzt zwar die Last der Erziehung und der Lebenssorge für die Nachkommenschaft, aber nicht mehr den Gewinn aus ihrer Leistung. „Kinder sind die wichtigste Ursache der Armut“, sagt Alva MYRDAL⁴⁾. Wenn in der vorindustriellen Gesellschaft nur die heiraten konnten, die einen festen Besitz, einen Hof oder einen Handwerkerbetrieb in Händen hatten, während ihre weniger glücklichen Geschwister ledig bleiben mußten, so eröffnet sich in der industriellen Arbeitswelt die Chance der Ehe für alle. Zugleich aber löst sich die patriarchalische Großfamilie endgültig auf. Die Kinder ziehen weg in die Stadt und in die Industriegegend und gründen dort ihre Familie, sehr oft, gezwungen oder beabsichtigt, ohne jede Bindung mit der bisherigen elterlichen Heimat. G. MACKENROTH⁵⁾ faßt klassisch den durch die veränderte Arbeitswelt hervorgerufenen Wandel in der Familie so zusammen: „Die vorindustrielle Gesellschaft war gekennzeichnet durch niedrige Heirats-häufigkeit, hohes Heiratsalter, hohe Fruchtbarkeit und hohe Sterblichkeit. In der neuen Gesellschaft begegnen

wir hoher Heiratshäufigkeit, niedrigem Heiratsalter, niedriger Fruchtbarkeit und geringer Sterblichkeit“.

So können wir zusammenfassend feststellen, daß vieles, was in den zurückliegenden Zeiten auf die Familie bedrohlich einströmte, sie doch nicht beseitigen konnte, im Gegenteil vielfach zu ihrer richtigeren Gestaltung mithalf. Es erweist sich die Wahrheit des Satzes: „Die Familie ist die naturgegebene Lebensform des Menschen, nicht bloß die Erfindung einer Epoche“⁶⁾. Andererseits werden wir auch Th. Bovet zustimmen können, wenn er behauptet: „Es gibt eine Reihe objektiver Gründe, um anzunehmen, daß wir heute tatsächlich das Ende einer vieltausendjährigen Epoche der Familie erleben und den Beginn einer neuen“⁷⁾.

2. Herausragende Charaktermerkmale der Familie von heute

Führende Soziologen, wie René KÖNIG und Helmut SCHELSKY⁸⁾, zeigen uns, welche Chancen und Gefährdungen zugleich für die Familie in der modernen Situation ihres Lebensbereiches sich auftun. Drei klare Tendenzen glaubt man feststellen zu können.

a) Die Kontraktionstendenz

Die frühere Großfamilie mit Großeltern, Eltern, verheirateten Kindern, möglichst noch verheirateten Enkeln, Tanten und Dienstboten existiert nicht mehr. Der Normalfall der modernen Familie ist die Kleinfamilie, in der aus verschiedenen, achtbaren oder verwerflichen Gründen die Zahl der Kinder beschränkt wird, die in ihrer Umgebung fremd ist und darum sich bewußt auf die Pflege des Gattenverhältnisses und der Eltern-Kind-Gemeinschaft zurückzieht. Der knappe Wohnraum läßt es kaum zu, auch nur einen Großeltern teil aufzunehmen. Lebt er dennoch in der Familie mit, werden ihm die Kinder anvertraut; denn ein nicht geringer Teil der Ehefrauen geht, wiederum aus billigen oder verdächtigen Motiven, dem wirtschaftlichen Erwerb außerhalb der Familie nach.

b) Der Desintegrationsprozeß

War früher die Großfamilie wirklich eine *societas completa*, eine Gemeinschaft, die alle Lebensbereiche in ihrem Schoße umgriff, von der Gemeinschaft des Betens bis zur wirtschaftlichen Zusammenarbeit, so gehen nunmehr viele Aufgaben auf andere gesellschaftliche Einrichtungen über. Das Schwergewicht der wissenschaftlichen Bildung der Kinder liegt beim Schulsystem der öffentlichen Hand; häufig genug ist die Gemeinschaft des Tisches durch die Werkskantine abgelöst; der Felerabend und die Freizeit werden nicht mehr von den Familienmitgliedern, sondern von den Massenmedien Fernsehen, Funk, Schallplatte und Illustrierte gestaltet; für die Versorgung der alten und arbeitsunfähigen Familienmitglieder kommen soziale Gesetzgebung und Versicherung auf.

c) Die **Desorganisationstendenz** ist vor allem markiert durch die Überwindung der patriarchalischen Familie.

⁴⁾ SCHMITZ H., Renaissance der Familie, Naturordnung in Gesellschaft, Staat, Wirtschaft. Herausgeg. v. J. HÖFFNER, A. VERDOSS, Fr. VITO. Innsbruck-WIEN-München 1961, 284.
⁵⁾ a.a.O. 115.

⁶⁾ KÖNIG R., Materialien zur Soziologie der Familie. Bern 1946; SCHELSKY H., Wandlungen der deutschen Familie in der Gegenwart. Stuttgart 1954; WURZBACHER G., Leitbilder gegenwärtigen deutschen Familienlebens. Stuttgart 1954; HÄRING B., Ehe in dieser Zeit. Salzburg 1964; TEICHT-WEIER G., Die Familie in der industriellen Gesellschaft, Theologie und Glaube. Paderborn 1961, 241-258; BROCKMÖLLER K., Industriekultur und Religion. Frankfurt/M. 1964; LECLERCQ J., Familie im Umbruch. Luzern/München 1965.

⁹⁾ bei BOVET, a.a.O. 113.

⁸⁾ Bevölkerungslehre, Theorie, Soziologie und Statistik der Bevölkerung. Berlin 1953.

Weil der Mann seine ausgesprochene Vormachtstellung verloren hat, zieht er sich häufig schmolend aus dem Engagement in der Familie zurück und spielt höchstens die Rolle des Geldgebers am Beginn des Monats. In der amerikanischen Öffentlichkeit redet man witzig vom „Familienoberhauptschwächling“. Durch diese Resignation des Mannes steigert sich der Einfluß der Frau und Mutter, die häufig als Mitverdienerin auch über eine eigene Geldbörse verfügt. Die gleiche Erscheinung bahnt sich bei den manchmal sehr gut verdienenden Kindern an. Weil sie daheim finanziell zum Haushalt etwas beitragen, betrachten sie die Familie mehr als Hotel, statt als den Ort wahrer Lebensgemeinschaft.

Der knappe Hinweis auf die bedeutsamen Formen der Umwandlung unserer Familien wird wohl unsere gemeinsame Auffassung bestärken, daß weder zu einem rosenroten Optimismus noch zu einem schwarzen Pessimismus Anlaß besteht. Die Lage ist keinesfalls so, daß sie unaufhaltsam einer Zerstörung der Familie entgegenreibt, aber auch nicht so, daß sie notwendig zum Besten der Familie sich auswirken muß. Damit erwachsen unserer Gesellschaft, mit Schwerpunkt all denen, die in dieser Gesellschaft durch Einsicht und Beruf qualifizierte Verantwortung tragen, und dazu gehören Sie alle, entscheidende Aufgaben, von denen jetzt zu reden ist.

3. Aufgaben, die gelöst werden müssen

„Der Aufbau einer guten Ehe und Familie ist das größte Kunstwerk, das zwei Menschen vollbringen können“, meint Bovert völlig zu Recht⁹⁾. Wie unberaten aber und wie unvorbereitet gehen die Menschen diesem großen Abenteuer ihres Lebens entgegen!

Wichtig ist die Gestaltung der ehelichen Lebensgemeinschaft. Sie muß getragen sein vom Wissen um die Wesensart des Ehepartners, von der Ehrfurcht vor seiner Personwürde und von der Bereitschaft, auf ihn einzugehen. Es erhebt sich die zweifelnde Frage, ob die Sexualisierung unseres öffentlichen Lebens mit den geschlechtlichen Früherlebnissen schon im Pubertätsalter dieser notwendigen Grundlegung der Familie günstig ist. Mehr als bisher müssen jedenfalls Kirche und Staat Möglichkeiten der Ehevorbereitung anbieten, gerade der Arzt nimmt dabei eine besondere Schlüsselstellung ein, wenn er als Fachmann die Fragen der ehelichen Geschlechts- und Liebesgemeinschaft behandelt. Danken möchte ich im Namen der jungen Menschen allen aus Ihren Reihen, die sich schon bisher für solche Aufklärung im besten Sinne des Wortes zur Verfügung gestellt haben.

Bewältigt werden muß sodann das große Anliegen der ehelichen Fruchtbarkeit im Sinne einer verantworteten Elternschaft. Grundsätzlich glaube ich, so sagen zu dürfen: Die moderne junge Ehe, soweit sie überhaupt ernsthaft gelebt wird, ist kinderfreundlicher als die der vorausgehenden Generation. Wenn wir von verantworteter Elternschaft reden, so will das besagen, daß Mann und Frau in echtem Verständnis füreinander und in Würdigung ihrer Lebenssituation jene Zahl von Kindern sich wünschen sollen, die sie nicht bloß ins Dasein rufen, sondern auch zu wertvollen Menschen erziehen können. Mehr und mehr muß jene mißliche Lage verschwinden, wo der Mann der hoffenden Frau täglich Vorwürfe macht, daß sie schon wieder Mutter

geworden sei, und entschieden muß der Kampf gegen die Abtreibung aufgenommen werden, weil dieses Verbrechen erfahrungsgemäß, insbesondere bei der Frau, nicht nur körperliche Schäden, sondern seelische Schockwirkungen hinterläßt, die ein ganzes Leben nachwirken und sie unfähig machen, ihrer Bestimmung als Frau und Mutter gerecht zu werden. Das große Problem, das im Augenblick auch die katholische Kirche in der kommenden Konzilsperiode beschäftigen wird, heißt Geburtenregelung entsprechend der Menschenwürde und dem Gewissen der Ehepartner.

Die Erziehungsfunktion der Familie ist so vielschichtig, daß in diesem Referat nur Stichworte fallen können. Gerade der Arzt erfährt ja, wie gesundheitliche Störungen, seelische Erschütterungen und Neurosen junger Menschen eine Folge der fehlenden Nestwärme in der Familie sein können. Ein Arzt formuliert es sehr scharf: „Ein Kind erkältet sich nicht am Durchzug, sondern an der kalten Mutter“¹⁰⁾. Ob ein junger Mensch später einmal zur Gründung einer eigenen Familie geeignet ist, hängt stark von der glücklichen und harmonischen Ehe seiner Eltern ab. Die Erziehung ist freilich wesentlich schwieriger geworden als früher. Sie gelingt nicht mehr mit Autorität und polterndem Befehle allein. An die Stelle eines furchtsamen Gehorsams müssen Vertrauen und Offenheit gegenüber den Eltern treten¹¹⁾. Dazu müssen die Eltern eine weise und kundige Berücksichtigung der verschiedenen Altersstufen ihrer Kinder praktizieren. Zehnjährige verlangen eine andere Betreuung als Achtzehnjährige. Gewaltig ist der positive oder negative Einfluß der geheimen Miterzieher, vor allem der Massenmedien. Wir können sie vor den jungen Menschen nicht verstecken. Daß unsere Eltern sich Zeit nehmen, um mit ihren Kindern über all diese Einwirkungen zu sprechen, wäre eine unbedingte Notwendigkeit, bleibt aber leider nur zu oft ein unerfüllter Wunsch!

Überwunden werden muß die Wirkung der zentrifugalen Kräfte in der Familie. Die praktischen Materialisten fragen eben nur danach, was kann mir die Familie bieten? Meist bleibt dann an der Frau und Mutter alle Belastung hängen, so daß auch sie, des Ausgenütztwerdens müde, sich innerlich von der Familie distanzieren. So manche Frau geht auswärts arbeiten, weil der Egoismus von Mann und Kindern ihr in ihrer Familie keine Freude und keine echte Erfüllung läßt.

Schließlich muß einer allzugroßen Abkapselung der Familien vom öffentlichen Leben in Gemeinde, Gesellschaft, Staat und Kirche vorgebeugt werden. So sehr es zu begrüßen ist, daß die moderne Familie zusammenhält und die Familienmitglieder einander stützen, wodurch die Familie zum großen Gegenspieler der modernen Kollektivierungstendenzen wird, ebenso sehr braucht die Familie aber auch die Begegnung mit ihrer Umwelt und umgekehrt ist diese auf die Familien angewiesen. Die Familienmitglieder müssen also einen lebendigen Bezug zu ihrem Berufsleben und ihrer Arbeitsstätte, und zu den entscheidenden Lebensfragen unserer Zeit und Welt bekommen.

Ich mache mich nicht anheischig, damit alle zu lösenden Aufgaben in der Familie der modernen Zeit auch nur mit Namen genannt zu haben. Aber eines darf ich zum Schluß doch sagen: Hier ist ein Brennpunkt unseres

⁹⁾ bei BOVET, 117.

¹¹⁾ vgl. ARSHAMBAULT P., La Famille, oeuvre d'amour. Paris 1950.

gegenwärtigen menschlichen Daseins, hier ist eine Wegkreuzung in die Zukunft der Menschheit hinein, an der alle interessiert sein müssen. Es bietet sich ein Feld der Zusammenarbeit, das über Konfession, Parteizugehörigkeit und weltanschauliche Verschiedenheit hinweg, alle Menschen und alle ihre Potenzen zu einer wahren Arbeitsgemeinschaft verbinden soll. Diese erstreckt sich von wirtschaftlichen Maßnahmen zugunsten der Familie in einer echten Familienpolitik über die gesundheitliche Fürsorge für die Familie als Ganzheit, die speziell Ihnen aufgetragen ist, über die modernen Ausbildungsmöglichkeiten für unsere jungen Menschen bis zur religiösen Betreuung in einer lebendigen Familienseelsorge. Es ist wohl nicht zutreffend, wenn es in einem Buche heißt¹⁾, daß „die Kirche dazu neigt, das konservative patriarchalische Gesellschafts- und Familienbild als das gültige

¹⁾ BEGEMANN H., Strukturwandel der Familie. Hamburg 1960.

und biblische vorzuziehen“. Ein rascher Blick in die wissenschaftliche Literatur beider Konfessionen hätte eines Besseren belehren müssen. Verdächtigen wir uns nicht gegenseitig, wo rasche Hilfe in verstehender Zusammenarbeit alles bedeutet! Und vor allem, handeln wir aus einer tiefen Überzeugung davon, daß die Familie für unsere Zukunft unentbehrlich ist, daß sie die entscheidende Stätte auf dem Wege zur echten Humanität bleibt, und daß sie auch, und gerade heute, trotz einzelner negativer Erfahrungen, Lebenskraft genug hat, um ihrer Aufgabe gerecht zu werden, wenn ihr nur materiell, physisch, psychisch und spirituell geholfen wird.

So wünsche ich Ihrer Landesversammlung reiche Erkenntnisse und allen Teilnehmern neuen Mut, wenn sie an ihre Wirkungsstätte zurückkehren.

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. Georg Teichtweier, 463 Bochum-Querenburg, Gutenbergstraße 10

Medizinstudium in München

Von W. v. Gugel

Wer sich die Mühe nimmt, den 535 Seiten umfassenden I. Teil der „Empfehlungen des Wissenschaftsrates zum Aufbau wissenschaftlicher Einrichtungen“ durchzulesen, wird im wesentlichen feststellen, daß im Bereich der Hochschulen alles im Flusse ist, daß insbesondere der Standort der Medizin recht schwer zu fixieren ist. Zwar resorbiert sie seit dem hohen Mittelalter im Gebiet des Heiligen Römischen Reiches bei den Universitäten, seit die starre galenische Lehre durch die Wlederentdeckung des hippokratischen Wissens über Arabien und die Schule von Salerno befruchtet wurde. Das Überwiegen der deduktiven Spekulation hielt sie jahrhundertlang in der engsten Nachbarschaft der Geisteswissenschaft. Je mehr die Naturwissenschaften fortschreiten, deren Erkenntnisse gegen theologisch-philosophische Voreingenommenheit hart durchgekämpft werden mußten, um so fragwürdiger wurde das Verhältnis der einzelnen Disziplinen zueinander.

Erst nachdem unter dem Druck der Aufklärung neue Universitäten entstanden waren, um dem naturwissenschaftlichen Fortschritt eine Heimstätte zu bieten, vermochte sich die Medizin von der Naturphilosophie zu lösen und frei zu entfalten. Die in Berlin Anfang des 19. Jahrhunderts entwickelten Bildungsrichtlinien versuchen der reinen Forschung, dem Finden der Wahrheit den Weg zu ebnet: „Der Universität ist vorbehalten, was nur der Mensch durch und in sich selbst finden kann“, schrieb damals HUMBOLDT, „die Einsicht in die reine Wissenschaft, die von der Elendigkeit des bürgerlichen Lebens und seinen praktischen Bedürfnissen befreit sein müssen.“ (1)

¹⁾ Wilhelm von Humboldt: Im „Italauschen Schulplan“, Zit. n. Helmut Schelsky, Einsamkeit und Freiheit, Idee und Gestalt der deutschen Universität. rde. 171/72, S. 82. Reinbeck 1963. Der herangezogene Text lautet im Original: „Der Universität ist vorbehalten, was nur der Mensch durch und in sich selbst finden kann, die Einsicht in die reine Wissenschaft. Zu diesem Selbst-Actus im eigentlichsten Verstand ist notwendig Freiheit und hilfriche Einsamkeit, und aus diesen beiden Punkten fließt zugleich die ganze äußere Organisation der Universitäten.“ — Unmaßgebliche Gedanken über den Plan zur Einrichtung des Litausischen Stadtschulwesens. Wilhelm v. Humboldt, Werke IV, S. 187. Darmstadt 1964.

Die in dieser Forderung begründete Lern- und Lehrfreiheit ließ unter dem Sonnenstrahl der ökonomischen Prosperität der sich konsolidierenden Industriegesellschaft die Naturwissenschaften reiche Ernte einbringen. Die wegweisenden Erkenntnisse dieser Epoche vertrieb die letzten Spekulationen aus dem medizinischen Bereich. Als die „Miasmen“ verweht waren, blieb die Heilkunde als empirische Disziplin, als angewandte Naturwissenschaft zurück, die sich durch die Betrachtung morphologischer Phänomene fortentwickelte. Seit diesen Tagen sind die damals geknüpften Fäden zur Physik, Chemie und Biologie nicht mehr abgerissen, ohne die keine pathologische Überlegung mehr möglich ist. Ja, es wurden längst Brücken zum rein Technischen, zur Statik, zur Mechanik und zur Elektronik geschlagen.

Damit ist die Medizin kategorial in die Mitte zwischen Geisteswissenschaft und angewandte Naturwissenschaft gerückt. Auf der einen Seite stehen als Säulen der Universität Theologie, Philosophie, Jurisprudenz und die mathematisch-naturwissenschaftlichen Disziplinen, auf der anderen Seite die Ingenieurwissenschaftler, Elektrotechniker, Maschinenbau und Architektur, angewandte Physik und Chemie.

Diese letztgenannten Fachgebiete haben in der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts den Rahmen der Universität gesprengt und sich größtenteils in Technischen Hochschulen selbständig gemacht. Das gründete auf der rapid fortschreitenden technischen Entwicklung und dem daraus verständlichen hohen Bedarf der Industrie, des Staates, insbesondere seiner Wehrmacht, an wissenschaftlich wohlausgebildeten Fachleuten. Den Universitäten gleichgestellt, waren die Technischen Hochschulen jedoch von vornherein auf die „bürgerliche Elendigkeit“ eines Zweckstudiums ausgerichtet. Ein solches Ziel wurde traditionsgemäß von den Universitäten kompromißlos abgelehnt. Es liegt in dieser besonderen Tendenz, und nicht nur in der Tatsache der immer höher steigenden Zahl der Medizinstudenten begründet, wenn das ursprünglich als praktische Ausbildung gedachte „Klinikum“ allmählich zu

einer rein theoretischen Unterrichtung wurde, obwohl die Theorie eigentlich vom Ablegen des Physikums an hätte von der Praxis begleitet sein sollen. Heute ist die im Benehmen mit den Fakultäten entstandene Bestallungsordnung für Ärzte dergestalt abgefaßt, daß die Universität, die Wert darauf legt, alleinige Ausbildungsstätte für zukünftige Ärzte zu sein, aus der Verantwortung für deren praktische Ausbildung entlassen ist. Diese findet während der Famulatur und der Medizinalassistentenzeit statt, ohne daß jemals irgendwer erforscht oder überprüft, mit welchem Erfolg hier praktisches Wissen vermittelt und erworben worden ist. Dieser Zustand, der angesichts der Bemühungen anderer Länder, ihre Ärzte so exakt wie möglich auf ihren Beruf vorzubereiten, kann nur als leichtfertig bezeichnet werden. Man hätte gehofft, daß sich das Bundesgesundheitsministerium doch zu einer Planung bereit findet, die das Studium wieder zusammenrafft und auf die praktische Erfahrung konzentriert. Es ist nicht möglich, eine Erfahrungswissenschaft rein theoretisch zu vermitteln, ohne sie optisch durch die Praxis zu ergänzen, und noch weniger kann die Praxis bieten, wenn sie in einer Zeit zur Erfahrung wird, wo die theoretischen Grundlagen bereits vergessen worden sind.

Es ist nun ein glücklicher Umstand, daß gleichzeitig mit der Diskussion dieses Problemkreises der Mangel an Ausbildungsstätten akut geworden ist. Die aktuelle Situation zwingt dazu, so schnell wie möglich Auswege aus dem Engpaß zu suchen, in den wir durch die grundsätzliche Konstruktion unserer Universitäten einerseits, die fortschreitende Entwicklung der Medizin und das Anschwellen der Studierenden andererseits geraten sind.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt deshalb, eingehend zu prüfen, ob nicht außerhalb der wissenschaftlichen Anstalten bestehende Krankenhäuser dem Lehrbetrieb erschlossen werden können. Es „könnte ferner gedacht werden, in bestehende Universitäten oder Technische Hochschulen, je nach den sich örtlich bietenden Möglichkeiten, Einrichtungen, die bisher nicht zu den Hochschulen gehörten, einzubeziehen oder anzugliedern.“ (2) Außerdem sei zu ermitteln, ob nicht größere Krankenhäuser Grundlage einer 2. Fakultät oder mindestens einer klinischen Fakultät einer bestehenden Universität sein könnten.

Diese letztere Lösung scheidet nach Lage der Dinge für München aus, weil die hier bestehende Medizinische Fakultät bereits bis zur Unüberschaubarkeit angeschwollen ist. Mit Recht führt der Wissenschaftsrat zur optimalen Größe einer wissenschaftlichen Einrichtung folgendes aus:

„Eine Erweiterung der bestehenden wissenschaftlichen Hochschulen, die wesentlich über unsere Vorschläge hinausgeht, halten wir für nicht vertretbar: Die akademische Selbstverwaltung ist nur möglich, wenn die Zahl der Hochschullehrer nicht über ein bestimmtes Maß hinauswächst. Die Fakultäten werden nach unseren Ausbauvorschlägen in Zukunft ohnehin größer werden und ihre Arbeitsweise wird sich wohl der erhöhten Anzahl ihrer Mitglieder anpassen müssen. Aber für ihre Größe gibt es eine obere Grenze. Ebenso lassen sich auch die Einrichtungen der Hochschulen

nicht beliebig erweitern und vermehren. Daher verdient die Gründung neuer Hochschulen den Vorzug.“ (3)

Nach letzten an uns gelangten Nachrichten plant die Universität seit kurzem eine 2. Medizinische Fakultät auf dem Gelände des vorgesehenen Klinikums Großhadern zu errichten. Da sein Weiterbau vom Wissenschaftsrat als nicht vordringlich angesehen wird, bleibt das eine Lösung für eine unbestimmte Zukunft. Die gleichen Bedenken gelten natürlich auch für die Akademieplanung in Augsburg.

Diese Vorhaben betreffen nur die klinische Ausbildung, bei der es nach gutachtlichen Äußerungen der Universität gar keinen Engpaß gibt. Weil sie sich nur für die theoretische Ausbildung verantwortlich fühlt, sieht sie keinen Mangel darin, daß bei ihr auf einen Studenten nur 1, 2 und nicht 3 Betten fallen, wie dies empfohlen wird.

Tatsächlich ist der Mangel umfassend — bei den Betten, den Hochschullehrern, den Übungs- und Kursplätzen. Von 100 Studenten, die in München studieren wollen, werden 42 abgewiesen. Das trifft Auswärtige wie Einheimische gleichermaßen. Dazu wird ein Teil der Plätze von Ausländern eingenommen, die offensichtlich weniger scharf beurteilt werden. Sie stellen in der Bundesrepublik 10%, in den Vereinigten Staaten nur 1% der Medizinstudenten.

Entweder bestätigt der Staat unseren jungen Leuten mit dem Abiturzeugnis die Hochschulreife, dann muß er ihnen auch die Möglichkeit zum entsprechenden Studium bieten, oder er wünscht eine weitere Qualifikation. Sie kann gerechterdings nicht in einer neuen Auslegung der Zeugnisnoten bestehen. Soll eine nachträgliche, dann aber medizinisch bezogene Nachbeurteilung eingeführt werden, kann sie nur durch ein spezielles Studienjahr, durch ein dem eigentlichen Hochschulstudium vorgeschaltetes Examen erfolgen, wie das auch in manchen anderen Ländern üblich ist. Solange nicht im grundsätzlichen umgeschaltet wird, kann nicht daran gedacht werden, die Studenten auch weiterhin auf Nebenwege abzudrängen, oder immer wieder auf fremde Ausbildungsstätten zu verweisen.

Wer den Wunsch hat, sich in München medizinisch ausbilden zu lassen, wo sich eine unermeßliche Zahl von Stätten klinischer Tätigkeit anbietet, wo, wie selten an einem anderen Ort, der Anreiz zum Ausbau des Allgemeinwissens geboten wird, wo überdies der Körpererächtigung junger Menschen einmalige Chancen eröffnet werden, weiß noch lange nicht, ob er erfüllbar ist. Hier muß sich zunächst der Staat anstrengen, dem Willen der jungen Leute zu entsprechen, der durch das Hereindrängen in die reizvolle Stadt dokumentiert wird. Das legt den Anschluß der Münchner Krankenhäuser an die Technische Hochschule nahe, deren Kapazität in diesen Jahren sowieso in den in Frage kommenden vor-klinischen Disziplinen zu vergrößern beabsichtigt ist. Durch ihre bewußte Hinordnung zum praktischen Berufsleben, ist die Technische Hochschule außerdem von Anfang an nicht auf den Grundsatz der Lehr- und Lernfreiheit abgestellt. Sie schreibt ihren Hörern den Besuch der für ihr Studienziel nötigen Vorlesungen und Übungen vor. Darin kann ein Ansatz zum Straffen der Ausbildung mit dem Endergebnis einer wirklich effektiven theoretischen und praktischen Ausbildung gesehen werden. Der Anschluß der städtischen Krankenanstalten

²⁾ Empfehlungen des Wissenschaftsrates zum Ausbau der wissenschaftlichen Einrichtungen, Teil I, Wissenschaftliche Hochschulen, Tübingen, 1960, S. 52.

³⁾ a. a. O. S. 53.

Münchens als Kern einer Medizinischen Fakultät der Technischen Hochschule, die in diesem Zusammenhang zur Technischen Naturwissenschaftlichen Universität umbenannt werden sollte, hätte folgende Vorteile:

1. Schnelle Beseitigung eines aktuellen Notstandes, bei relativ niedrigen Kosten;
2. es könnte nicht bloß der Engpaß des klinischen, sondern auch des vorklinischen Sektors behoben werden;
3. Möglichkeiten zur Reform des Medizinstudiums wären geboten;
4. die enge Berührung der angewandten naturwissenschaftlichen Gebiete könnte eine Anregung zu neuen Fortschritten werden.

Aus all diesen Gründen kann zunächst der Stadt München nicht genug dafür gedankt werden, daß sie sich bereiterklärt, einen Teil ihrer Krankenanstalten als Kern der geplanten neuen Ausbildungsstätten bereitzustellen, wie dem Bayerischen Staatsminister für Unterricht und Kultus, der die diesbezüglichen Anregungen des Bayerischen Senates so positiv aufgegriffen hat.

Es ist zu hoffen, daß sich der Bayerische Landtag ebenfalls der hier gebotenen Lösung aufgeschlossen zeigen wird.

Anschr. d. Verf.: Senator Dr. jur. Dr. med. Wolfram von Gugel, 8121 Dürnhausen, Post Sindelsdorf

Hilfe für sprachgestörte Patienten

Medizinische Aspekte zur Rehabilitation von Sprachgelähmten

Von Klaus Fliege

Nach neueren Untersuchungen leben in den Vereinigten Staaten etwa 1 Million Aphasiker. Über die Verhältnisse in Deutschland liegen keine genauen Unterlagen vor. Wenn wir jedoch ähnliche Verhältnisse der Morbidität zugrunde legen, gelangen wir zu der überraschend hohen Zahl von ca. 250 000 Sprachgelähmten in Deutschland.

Ein eigener Fall möge das Problem veranschaulichen:

Der 20jährige Abiturient fühlte abends Unwohlsein, am nächsten Tag hatte er 39° Fieber, war schlapp und müde. Zwei Tage später fand ihn die Mutter gegen 5.00 Uhr morgens mit einer Sprachstörung und einer Halbseitenschwäche rechts.

Bei der stationären Aufnahme war er somnolent, zunehmend aphasisch, außerdem fand sich eine schlaffe Hemiplegie rechts. Im Hirnstrombild fand sich links fronto-präzentroparietal eine herdförmige Verlangsamung. Die Karotisangiographie ergab einen Verschuß der A. cerebri media sinistra.

Innerhalb von 6 Wochen besserte sich auf entsprechende interne Behandlung mit Antikoagulation und Antibiotika sowie durchblutungsfördernde Maßnahmen der Zustand. Es wurde angenommen, daß eine parainfektöse Thrombose der A. cerebri media vorlag.

Die Nachbehandlung erfolgte mit physikalischen Maßnahmen (Luftperlbäder, Tretbäder, Unterwassermassagen, Heilgymnastik) und mit einer Sprachheilbehandlung. Die Lähmungen sprachen auf die Behandlung gut an. Der Aphasiestatus zeigte, daß vor allem die Spontansprache betroffen war. Die Satzbildung war grammatisch falsch, die Wortfindung deutlich erschwert. Weiter ergaben sich Schwierigkeiten beim Vorlesen, Rechnen und Schreiben.

Da die Merkfähigkeit und das Gedächtnis des Patienten nicht schwer gestört waren, konnte eine Besserung der Aphasie im Verlauf einer zweimonatigen Behandlung erzielt werden. Weitere intensive Behandlungen mit sprachlichem und geistigem Training werden zur Berufsvorbereitung noch erforderlich sein.

Bei Rechtshändern führen Schäden in der linken Frontal-, Parietal-, Temporal- und Occipitalregion zu Störungen der Sprachmotorik, des Sprachverständnisses, außerdem zu Alexie und Agraphie. Die Ursache muß nicht immer eine arterielle Durchblutungsstörung sein, wie im vorliegenden Falle, es kommen auch Defektzustände nach Hirnoperationen und, in letzter Zeit in zunehmendem Maße, Unfallfolgen in Betracht. Aufgabe des Arztes ist es, die Ursache der Aphasie zu diagnostizieren und zu behandeln, wobei die allgemeinen Behandlungsgrundsätze für Hirngeschädigte gelten. Bei der Sprachlähmung ist eine gewisse Spontanrestitution möglich, sie wird aber nie vollkommen sein. Die Behandlung der Aphasie obliegt daher besonders ausgebildeten Sprachheilpädagogen. Es besteht ein Mangel an diesen Fachkräften, nur wenige Aphasiker werden von ihnen betreut.

Einen Lichtblick in dieser unglücklichen Behandlungssituation glauben wir, in einem in den USA entwickelten Sprachübungsgerät „Language Master“ zu sehen, das mit Bildtonkarten arbeitet.

Wir erwarten Vorteile, insbesondere für die Rehabilitation der noch jüngeren, unfallgeschädigten Sprachgelähmten, für die auch eine Eingliederung ins Berufsleben noch möglich erscheint. Aus ärztlicher Sicht erwarten wir von dem Gerät weiter, daß die Einzelbehandlung intensiviert werden kann und damit die Gesamtbehandlungsdauer kürzer wird. Ein einzelner Sprachheillehrer kann nach Programm eine größere Anzahl von Sprachgelähmten behandeln. Nicht zuletzt arbeitet der Patient dabei selbst an seiner Gesundheit mit, was psychische Kräfte weckt und aktiviert, und damit auch die psychische und physische Schädigung günstig beeinflusst. Schließlich ist eine ambulante Behandlung möglich, wodurch die Gesamtkosten für die Rehabilitation gesenkt werden können.

Die soziale und berufliche Rehabilitation von Aphasikern bedarf aber in erhöhtem Maße unserer Aufmerksamkeit und Fürsorge, da die Erkrankten selber oft nicht fähig sind, ihre Ansprüche zu vertreten und voranzutreiben.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Klaus Fliege, Hirnverletztenheim, 8 München 23, Tristanstraße 20

Aphasietherapie mit dem „Language Master“

Von Helmut Ruge

In einer Zeit, wo der programmierte Unterricht mit neuartigen Lerngeräten Schülern das Lernen erleichtern soll, empfanden wir den Mangel an geeigneten Übungsgeräten für sprachgestörte Menschen besonders schmerzlich. Trotz bester Lernmethoden und guter Lehr- und Lernmittel wurde uns klar, daß mit diesen konventionellen Hilfsmitteln der aufgewendeten Mühe nicht der entsprechende Erfolg beschieden sein konnte, und daß deshalb nichts unversucht bleiben durfte, auch die schwersten Fälle in die menschliche Gesellschaft zurückzuführen.

Endlich, vor 5 Jahren, stießen wir in der Fachliteratur auf den „Language Master“, den der bekannte Neurologe Howard RUSK entwickelt hat. Eine Studienreise 1962 zu den Instituten für Rehabilitation der Universität New York und der Columbia-Universität gewährte einen Einblick in die Arbeit der Amerikaner an Aphasikern. Bei einer zweiten Studienreise 1964 nach den USA lernten wir das neueste, viel handlichere Modell des „Language Master“ in der Speech- and Hearing-Clinic der Columbia-Universität kennen. In einem Kolloquium praktizierten wir das neue Modell und überzeugten uns von seinen vielen Übungsmöglichkeiten.

Für den sprachtherapeutischen Erfolg ist das fleißige Üben des Patienten von entscheidender Bedeutung. Für das Üben reicht die Zeit der Sprachbehandlung nicht aus, sie nimmt seine labilen Kräfte voll in Anspruch — oft bis zur Erschöpfung —. Das Üben muß nach einer angemessenen Ruhepause auf den Nachmittag verlegt werden.

Nach halbjähriger Arbeit mit diesem „Language Master“ liegen nun die ersten Erfahrungen vor.

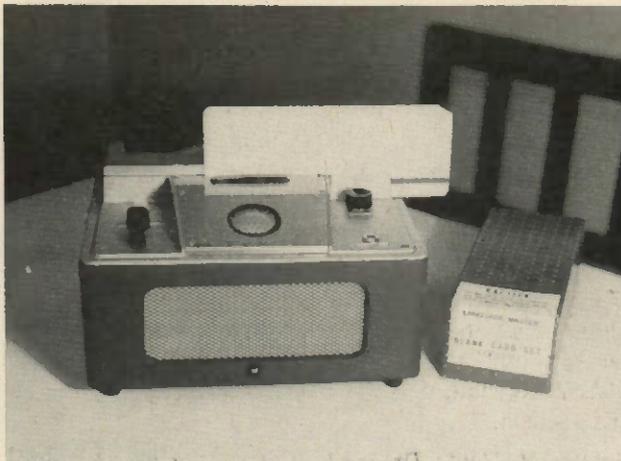
Aus der Kasuistik:

Am „Language Master“ sind in den letzten Monaten zwölf aphasisch gestörte Patienten im Alter von 30 bis 70 Jahren mit erheblichen Ausfallerscheinungen der Sprache behandelt worden (Schwerkriegsbeschädigte, Apoplektiker, u. a. — alte und frische Fälle —). Bei allen Patienten wurde die Sprache durch das beharrliche Üben am Gerät beweglicher und zügiger; in den schweren Fällen bahnten sich die ersten sprachlichen Regungen an. Alle Patienten zeigten eine Steigerung des Antriebs und eine Kräftigung des Selbstvertrauens.

Wir haben nun die ersten Tonkarten-Serien in deutscher Sprache in engster Anlehnung an das dazugehörige Anschauungsmaterial hergestellt. Mit aufgeklebten Bildwortkarten auf die Tonkarten wird die Sprache vom Wort über die einzelnen Wortarten mit dem bildlich dargestellten Wortsinn bis zum einfachen und erweiterten Satz aufgebaut. Gute Anschauungsbilder werden in Sprechheiten aufgegliedert und von jeder Sprechheit Sätze auf Tonkarten gesprochen und mit Schreibmaschine geschrieben. Auf jeder Tonkarte steht ein Satz. Es werden nur so viele Sätze gebildet, als zum Verständnis der Situation des Anschauungsbildes ausreichen. Jeder Patient, auch der halbseitig gelähmt, kann das leichthandliche Gerät selbst bedienen. Beim ersten Durchgang hört er die Stimme des Therapeuten und sieht auf dem vor ihm hängenden Anschauungsbild die entsprechende Handlung dazu; beim zweiten Durchgang der Tonkarte hört er den gleichen Satz und liest ihn auf der Tonkarte mit. Nun kann er beliebig oft nachsprechen und üben. Sein syntaktisches Sprachgefühl kräftigt sich, die Erinnerung für Wort- und Wortklangvorstellungen kehrt wieder, die ungeübten Artikulationszonen werden durch immer neue Sprechreize innerviert und die Beweglichkeit für den Wiedererwerb der abhanden gekommenen Sprache auf breiter Basis gelegt.

Ist die Sprache leidlich restituiert, kann man es wagen, vom Patienten den unteren Teil des Tonbandstreifens der Tonkarte besprechen zu lassen, d. h. er spricht den gehörten Satz nach und nimmt ihn durch das Bedienen eines Schalthebels selbst auf. Diese Selbstkontrolle ist wichtig, falls Rückfälle eintreten; man kann den Patienten damit ermutigen und ihm beweisen, wie gut er bereits früher schon hat sprechen können. Eine Verfrühung dieser Selbstkontrolle ist jedoch unangebracht. Der große Wert des Gerätes besteht darin, daß es jederzeit griffbereit ist, und daß der Aphasiker weiß, daß er nun eine Stütze, eine echte Lebenshilfe besitzt und die eigene mühevoll und zumeist erfolglose Plageerei zum Wiedererwerb der Sprache ein Ende hat. Daß der Erfolg beim beharrlichen Üben nicht ausbleiben kann, wird dadurch erreicht, daß sich dieses Lehrverfahren an die noch intakten Perzeptionswege des Patienten zu gleicher Zeit wendet, und zwar an den visuellen, den akustischen und taktilen.

Anschr. d. Verf.: Rektor a. D. Helmut Ruge, 8 München 23, Tristanstraße 20



Der „Language Master“ arbeitet mit Tonkarten



Das Anschauungsbild ist in Sprechheiten aufgegliedert (römische Ziffern). Für jede Einheit sind Sätze auf Tonkarten gesprochen (arabische Ziffern)

Zur Schaffung einer Zentralkartei für Aphasiker

Von Klaus Fliege

In den zwei vorhergegangenen Artikeln wurde das Problem der Rehabilitation von Aphasikern mit einem neuen Gerät vom ärztlichen und heilpädagogischen Standpunkt aus kurz skizziert. Um eine Arbeitsgrundlage für die Rehabilitation von Aphasikern zu schaffen, soll zunächst als Versuch in Bayern eine Zentralkartei für Sprachgelähmte geschaffen werden. Eine ähnliche Einrichtung besteht beim Landschaftsverband Rheinland. Wir können dann auch unsere Zahlen mit den uns etwas hoch erscheinenden amerikanischen vergleichen. Die Bedenken, die bei der Schaffung der Kartei bestehen, richten sich vor allem auf die Schweigepflicht. Es sollen deshalb nur solche Kranke mit Namen gemeldet werden, die selbst dem behandelnden Arzt ihr Einverständnis dazu gegeben haben. Es sollte jedoch nicht schwer sein, dieses Einverständnis zu erlangen, da es sich dabei um Erkrankungen handelt, die das Schamgefühl nicht verletzen. Patienten, die mit einer namentlichen Meldung nicht einverstanden sind,

sollten mit Initialen gemeldet werden, um eine möglichst genaue Übersicht zu erhalten.

Um nicht unnötige Hoffnungen zu wecken, sollte dem Patienten gesagt werden, daß es sich zunächst nur um eine rein zahlenmäßige Erfassung handelt, und daß eine eventuelle Behandlung erst möglich wird, wenn im Laufe der Zeit die personellen und technischen Voraussetzungen geschaffen werden.

Ich darf nun alle praktizierenden und im Krankenhaus tätigen Kollegen bitten, an der Aufklärung der Dunkelziffer von Aphasikern mitzuhelfen und eine entsprechende Meldung abzugeben unter Angabe von Adresse, erstem Auftreten der Erkrankung und eventuell bisher erfolgter Sprachbehandlung. Die Meldungen sollen schriftlich an die unten aufgeführte Anschrift erfolgen. Sollten irgendwelche Hilfsmaßnahmen, eventuell nach § 39 BSHG, eingeleitet werden, wird der behandelnde Arzt selbstverständlich davon benachrichtigt.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Klaus Fliege, Hirnverletztenheim, 8 München 23, Tristanstraße 20

Geburtenkontrolle mit künstlichen Mitteln oder auf natürlichem Wege?

Von H. H. Knaus

Die Frage der Geburtenkontrolle bzw. Empfängnisverhütung beherrscht heute die Geister aller Klassen der menschlichen Gesellschaft und hat soweit zu einer übereinstimmenden Stellungnahme geführt, daß die Notwendigkeit einer verlangsamten Vermehrung der Menschen allseits bejaht wird. Dabei wird allerdings immer wieder der Fehler gemacht, daß sich die Gedanken der Europäer vor allem nach dem Fernen Osten richten und die Schwierigkeiten in den eigenen Ländern nicht wahrnehmen oder unterschätzen. Der Unterschied der Verhältnisse in Asien und in Europa liegt aber nur darin, daß dort die Schwangerschaften ausgetragen und hier in großer Zahl künstlich unterbrochen werden. Würden die Europäerinnen alle Schwangerschaften austragen, dann hätten wir in der alten Welt dieselbe hohe Geburtenziffer wie in den asiatischen Ländern, denn in Europa werden angeblich mindestens ebenso viele Schwangerschaften künstlich unterbrochen, wie Kinder geboren werden. Während in den unterentwickelten Ländern der Fortschritt der Zivilisation durch eine zu rasche Vermehrung ihrer Völker gehemmt ist, werden die Gesundheit und die Moral der weißen Menschen durch eine immer noch erschreckend häufige Fruchtabtreibung untergraben. Daher ist das Problem der Geburtenkontrolle in Europa nicht weniger ernst als in Asien, wo die demographischen Verhältnisse nicht durch die Europäer, sondern nur durch die eigenen Regierungen, wie z. B. in Japan, geregelt und allmählich verbessert werden können. Das Bedürfnis nach einer ehestmöglichen Lösung des eigenen Problems muß uns also stärker bewegen als die Zustände in Asien, auf deren Entwicklung wir kaum einen Einfluß auszuüben vermögen.

Bei der Inangriffnahme der Bekämpfung der Fruchtabtreibung müssen wir von der Erfahrung ausgehen, daß so lange Schwangerschaften illegal unterbrochen werden, so lange diese unerwünscht eintreten. Dieses europäische Problem kann also nur durch eine Verminderung der Zahl der unerwünscht eingetretenen

Schwangerschaften gelöst werden, was zur Voraussetzung hat, daß schon die Mädchen sowie auch die jungen Männer rechtzeitig darüber aufgeklärt werden, wie sie den Eintritt einer Schwangerschaft verhindern können, wenn diese ganz ungelegen käme. Diese frühzeitige Aufklärung erweist sich durch die beiden folgenden Tatsachen als dringend notwendig: Erstens gelangen die Fehlgeburten viel häufiger an Mädchen als an verheirateten Frauen zur Beobachtung und zweitens werden, z. B. in Deutschland, etwa 40% der Ehen mit bereits graviden Mädchen geschlossen. Diese einwandfreien Belege für die Existenz eines weitest verbreiteten vorehelichen Verkehrs rechtfertigen die Forderung nach einer Belehrung aller erwachsenen Mädchen und Jungen über die Möglichkeit einer gesundheitlich unschädlichen sowie ethisch und ästhetisch einwandfreien Empfängnisverhütung.

Dieses Bedürfnis nach einer zeitgerechten Vermittlung des notwendigen Wissens für eine wirksame Empfängnisverhütung an unsere Jugend haben aber bisher nicht die Ärzte, sondern vielmehr die illustrierten Zeitungen, eine gewöhnlich nicht sehr wertvolle Literatur, und die pharmazeutischen Industrien wahrgenommen. So wurden in der jüngsten Zeit Deutschland und Österreich überschwemmt mit den Erzeugnissen der amerikanischen Firma Ortho in New Jersey, die alle Mittel und Behelfe zur Antikonzeption erzeugt und mit deren erfolgreicher Propagierung bereits zu einem kapitalkräftigsten Weitunternehmen geworden ist. Die Ortho-Propaganda läßt begreiflicherweise eine Empfängnisverhütung auf natürlichem Wege nicht gelten, räumt aber ein, daß die Applizierung des Gelees, der Creme und des Gummischutzes kurz vor dem Geschlechtsakt stimmungstötend sein kann. Die Firma Ortho bringt auch, wie die großen europäischen pharmazeutischen Industrien, die sogenannten „Anti-Baby-Pillen“ auf den Markt, um mit diesen ein gutes Geschäft, aber sich keine Sorgen zu machen, welche nachteilige Nebenwirkungen mit der dauernden Einnahme

dieser Gestagene ausgelöst werden können. Die warnende Stimme, die Professor Dr. Carl MÜLLER, in Bern (Therap. Umschau 21, 512, 1964) gegen die hormonale Ovulationshemmung erhoben hat, ist sehr beachtenswert. So sehr auch diese Pillen von ihren Erzeugern gepriesen und angeboten werden, stoßen sie bei den Umworbenen dennoch auf einen intuitiven Widerstand und werden daher von der Mehrzahl der Frauen abgelehnt. Alle diese künstlichen Mittel und Methoden, mit welchem Höchstmaß an Überlegung und Sorgfalt sie auch immer erfunden oder konstruiert sein mögen, stören die von der Natur beabsichtigten und von beiden Teilen erwarteten körperlichen Empfindungen. Daher ist das starke Verlangen der Menschen nach unangetasteter Natürlichkeit in der Liebe durchaus verständlich und erklärt die Behauptung des Berliner Frauenarztes B. SCHÄTZING, nach der in Deutschland bereits jede fünfte Frau, also Millionen Frauen, nach dem Kalender leben sollen. Nicht anders ist es in Nordamerika, wo nach der Mitteilung des sehr bekannten Bostoner Gynäkologen John ROCK ebenso viele, also auch Millionen Frauen, nach der Rhythmus-Methode leben, wie sich zum Zwecke der Empfängnisverhütung Pessare einsetzen lassen. Und auf der im Indischen Ozean liegenden Insel Mauritius hat deren Regierung vor zwei Jahren begonnen, die 700 000 Einwohner zählende Bevölkerung unter Einsatz aller 170 auf der Insel tätigen Ärzte rasch und gründlich im Geiste meiner Lehre aufzuklären, um damit der drohenden Übervölkerung wirksam zu begegnen.

Mit dieser hervorragenden sozialen Tat hat Mauritius ein nachahmenswertes Beispiel gegeben, das verdient, in einem dazu geeigneten Land Europas wiederholt zu werden, um allen Kritikern und Zweiflern zum Trotz,

die praktische Zuverlässigkeit der natürlichen Empfängnisverhütung in großem Maßstab zu beweisen. Für eine solche Aktion scheint mir Bayern alle Voraussetzungen für dieses erstrebenswerte Ziel aufzuweisen. Denn in Bayern sind die staatlichen sowie die kirchlichen Behörden an meinen Bemühungen lebhaft interessiert und werden eine groß angelegte Aktion zur Aufklärung ihrer Bevölkerung sehr begrüßen. Für diese Aktion der Aufklärung kann ich aber auf die Unterstützung meiner Fachkollegen und Prager Schüler, die sich in großer Zahl nach ihrer Vertreibung aus der Heimat in Bayern niedergelassen haben, nicht verzichten und rufe sie daher auf, ihrem einstigen Lehrer in der Geburtshilfe und Gynäkologie zu folgen und mit ihm der Welt ein Beispiel zu geben, daß die sexuelle Aufklärung in menschenwürdiger Weise zu erfolgen hat. Damit sich meine an dieser Aktion interessierten Schüler und Kollegen die dazu notwendigen Kenntnisse jederzeit erneuern können, biete ich ihnen die Zusendung meines Werkes „Die Physiologie der Zeugung des Menschen“, 4. Auflage, an, das ihnen nach Einsendung von 2 DM auf das Postscheckkonto Frankfurt/M., Nr. 3000 38, durch den Verlag Wilhelm MAUDRICH, Wien, zugesandt wird.

Ich selbst erkläre mich außerdem bereit, in allen Städten Bayerns mit mehr als 30 000 Einwohnern gemeinverständliche Vorträge zu halten, um damit die Menschen dieser Städte auf die von den praktizierenden Ärzten Bayerns unternommene Aktion aufmerksam und ihnen diese Art der Aufklärung zugänglich zu machen.

Anschr. d. Verf.: Prof. Dr. med. Dr. h. c. H. H. Knaus,
8 München 27, Lamontstraße 29

Der Laser und Möglichkeiten seiner Verwendung in Medizin und Biologie

Von Franz Hillenkamp

In der Fach- und Tagespresse sind in letzter Zeit immer wieder Meldungen über medizinische Verwendungen von Lasern erschienen. Es ist das Ziel dieser Arbeit, über einige physikalische Eigenschaften der Laserstrahlung sowie wichtige technische Daten von Lasern zu informieren, um dann auf die wichtigsten medizinischen Aspekte einzugehen.

Das Wort Laser ist ein Akronym aus: Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation, zu deutsch: Licht-Verstärkung durch induzierte Strahlenemission. Tatsächlich handelt es sich allerdings bei den Lasern, die hier von Interesse sind, stets um Lichtquellen und nicht um Lichtverstärker. Bei allen klassischen Lichtquellen (z. B. Temperaturstrahler, Lumineszenzquellen) werden die einzelnen Lichtquanten durch regellose, besser gesagt statistische, Einzelvorgänge erzeugt. Diese Regellosigkeit bezieht sich auf die Energie, die das einzelne Quant transportiert, auf die Richtung, in die es ausgesandt wird, und auf den Zeitpunkt, zu dem es entsteht. Tatsächlich senden all diese Quellen Licht der verschiedensten Wellenlängen, d. h. der verschiedensten Energien, aus. Selbst bei Quellen, bei denen sich dem kontinuierlichen Spektrum einzelne scharfe Linien überlagern, sind diese Linien immer noch so breit, daß

man nicht von nur einer Wellenlänge sprechen kann. Eine Bündelung des Lichtes erfordert stets optische Hilfsmittel, wie Spiegel, Blenden und Linsen. Die Regellosigkeit der zeitlichen Entstehung der Quanten äußert sich darin, daß sich mit solchen Quellen stets nur eine unvollständige Interferenz, z. B. am Gitter oder Spalt, erreichen läßt.

Im Gegensatz dazu erfolgt die Entstehung der einzelnen Lichtquanten beim Laser geregelt, d. h. synchron untereinander. Im Idealfall löst nur ein einziges Lichtquant durch sukzessive Induzierung eine Quantenlawine aus, in der sich die Information über Wellenlänge, Richtung und Zeitpunkt der Entstehung (Phase) sozusagen von Generation zu Generation weitervererbt. Die Folge ist, daß die Laserstrahlung auch in Wirklichkeit praktisch aus Quanten nur einer Wellenlänge und einer Richtung besteht, die zudem noch kohärent sind, d. h. die dieselbe Phase haben. Natürlich läßt sich auch hier der Idealfall nur annähern erreichen. Die Wellenlängen sind im günstigen Fall über einen Bereich von nur einigen Angström, bei einer Mittelwellenlänge von einigen tausend Angström, verteilt und der Öffnungswinkel des Strahles läßt sich bis zu einigen Bogensekunden herabdrücken. Die Eigenschaft der Kohärenz soll später noch

an einem Beispiel demonstriert werden. Zusammenfassend ist also zu sagen: Der Laserstrahl ist monochromatisch, parallel und kohärent, weit über ein mit anderen Quellen erreichbares Maß hinaus. Es handelt sich aber, das möge ausdrücklich betont werden, um nichts anderes als elektromagnetische Strahlung im sichtbaren oder infraroten Spektralbereich.

Nun noch einige technologische Anmerkungen. Je nach Art des aktiven Mediums unterscheidet man Fest-

körper-, Gas- und Halbleiterlaser. Für die Medizin sind zur Zeit der Rubin- und Neodymgaslaser als Festkörperlaser und der Helium-Neon- und, in geringem Umfang, der Argon-Gaslaser von Bedeutung. Prinzipiell lassen sich alle Typen sowohl im kontinuierlichen als auch im Impulsbetrieb verwenden, doch überwiegt der Impulsbetrieb bei den genannten Festkörperlasern und der kontinuierliche bzw. quasikontinuierliche Betrieb bei den Gaslasern. Es lassen sich dabei folgende Energien bzw. Leistungen erreichen:

Lasertyp	Betriebsart	Ausgangsenergie bzw. -leistung
Rubin-, Glasneodymlaser	Impuls	$E \leq 1000 \text{ Ws}$ in ~ 1 Millisekunde
Rubin-, Glasneodymlaser	Impuls	$E \leq 100 \text{ Ws}$ in ~ 50 Nanosekunden
Helium-Neon-Gaslaser	kontinuierlich	$N \leq 150 \text{ mW}$
Argon-Gaslaser	kontinuierlich	$N \leq 10 \text{ W}$

Ehe auf medizinische Anwendungen eingegangen wird, soll noch eine technische Anwendung erläutert werden, weil sie die Eigenschaft der Kohärenz besonders eindrucksvoll demonstriert. Es handelt sich um die Holographie, die Photographie ohne Optik. Dabei wird das Licht eines Lasers geteilt. Ein Teil fällt direkt auf eine photographische Schicht, ein zweiter Teil beleuchtet das aufzunehmende Objekt. Licht, das von diesem Objekt reflektiert wird, interferiert mit dem Licht, das direkt vom Laser kommt, und formt auf dem Film das Interferenz-Abbild des Objektes. Das so gewonnene „Negativ“ besteht aus scheinbar willkürlich verteilten hellen und dunklen Flecken, die jedoch in Wirklichkeit in hohem Grad geordnet sind. Nach dem Prinzip, daß jeder optische Weg reversibel ist, entsteht nun wieder ein Bild des Objektes im Raum, wenn man das „Negativ“ mit einem Laser beleuchtet. Es entsteht im Raum, d. h. nicht auf einer Leinwand, und ist echt dreidimensional.

Die Güte des Bildes hängt fast nur von der Kohärenz des Lichtes bei Aufnahme und Wiedergabe ab. Holographie ist zwar auch mit klassischen Lichtquellen möglich, doch ermöglicht erst der Laser eine technische Nutzung.

Die Monochromasie der Strahlung hat zur Folge, daß alle einzelnen Lichtquanten dieselbe Energie E besitzen. Diese Energie hängt mit der Wellenlänge über das PLANCKSche Wirkungsquant h und der Lichtgeschwindigkeit c zusammen:

$$E = \frac{h \cdot c}{\lambda}$$

Es wäre denkbar, daß dadurch im biologischen Objekt auch nur ein bestimmter Vorgang ausgelöst würde. Es könnten damit unerwünschte Nebeneffekte ausgeschlossen und die Analyse der Ergebnisse erleichtert werden. Zur Auslösung fast aller bekannten, nichtthermischen Vorgänge in solchen Objekten bedarf es aber einer Mindestenergie der Quanten, die etwa der Wellenlänge des grünen Lichtes entspricht ($E \sim 5,5 \text{ eV}$). So wird z. B. ein Hauterythem im Bereich der optischen Strahlung vorzugsweise durch UV-Strahlung hervorgerufen. Alle bisher technisch einsetzbaren Laser emittieren hingegen bei größeren Wellenlängen, d. h. geringerer Quantenenergie (Rubin: 1,8 eV; Neodymgas: 1,1 eV). Bei Bestrahlung mit diesen Lasern werden also auch die unspezifischen, d. h. Wärmewirkungen, dominieren. Die

theoretische physikalische Grenze für den Betrieb von Lasern liegt allerdings bei Wellenlängen im Bereich des ultravioletten Lichtes, so daß hier noch Fortschritte zu erwarten sind.

Die Richtungs Bündelung kann in doppelter Hinsicht von Bedeutung sein. Da das Lichtbündel in Entfernungen von einigen Metern von der Quelle noch praktisch den gleichen Durchmesser hat, können Quelle und Objekt ohne Energieverlust räumlich weit entfernt sein. Vor allem aber läßt sich ein solches Lichtbündel mit Hilfe einer einfachen Optik oder auch durch ein System eines binokularen Mikroskops auf sehr kleine Areale fokussieren. Es wurden Brennflecke in der Größenordnung von 1μ Durchmesser erreicht, was die Bestrahlung auch einzelner Zellteile ermöglicht. Selbst die Energie schwacher Laserquellen genügt, um in diesen kleinen Arealen irreversible Schäden hervorzurufen oder sogar das Material zu verdampfen.

Es ist experimentell noch nicht geklärt, ob die Kohärenz spezifische biologische Effekte hervorzurufen vermag. In physikalischen Versuchen (z. B. Zwei-Quanten-Photoeffekt) sind solche nachgewiesen worden, doch ist zu befürchten, daß in biologischen Objekten die starke thermische Wirkung spezifische Effekte überdecken wird. Bei Verwendung von Impulslasern ist die kurze Bestrahlungszeit von Vorteil. Diese Zeit ist im allgemeinen kurz, verglichen mit den biologischen Reaktionszeiten, was zu einer einfacheren Analyse der Ergebnisse führen kann. Darüber hinaus schließen diese Zeiten aber auch Nebeneffekte durch Wärmeleitung in umliegende Bereiche weitgehend aus. Bei Verbrennungen, die mit Laser erzeugt wurden, war beispielsweise die Übergangszone zum gesunden Gewebe nur etwa 1μ breit.

Bei Bestrahlung von Objekten ist wie bei ionisierender Strahlung zwischen eingestrahelter und absorbierte Energie zu unterscheiden. Im Gegensatz zu ionisierender Strahlung wird hier der nicht absorbierte Teil der Energie im allgemeinen reflektiert. Generell ist zu sagen, daß dunkle Objekte mehr Energie absorbieren als helle, raue Oberflächen besser als glatte. Unpigmentierte Haut zum Beispiel reflektiert den weitaus größten Teil der eingestrahelten Energie. Auf diese Weise kann es auch zu sehr inhomogener Absorption in einzelnen Zentren kommen, seien diese nun von Natur aus dunkel oder eigens angefärbt.

Bei der Analyse der Ergebnisse kommt vielfach erschwerend hinzu, daß sich gleich zu Beginn des Im-

pulses vor dem bestrahlten Objekt eine Wolke von verdampftem Material bildet, die die nachfolgende Energie absorbiert und dadurch die Wirkung unkontrollierbar vermindert. Da Haut und Knochen von Mensch und Tier im wesentlichen lichtundurchlässig sind, müssen innere Organe oder Zellkomplexe zur Bestrahlung im allgemeinen freigelegt werden. In einigen Fällen genügt es allerdings, das Strahlenbündel so zu fokussieren, daß der Brennfleck bis zu einigen Millimetern unter der bestrahlten Oberfläche liegt. Bei genügender, eingestrahelter Energie kann die erwünschte Wirkung in der Tiefe so erreicht werden. Eine zusätzliche Schädigung des Oberflächengewebes ist dabei aber kaum zu vermeiden. Auch an eine Lichtleitung durch Fiberglasfasern in Körperhöhlen ist gedacht worden.

Große Vorsicht ist bei der Beurteilung der Strahlenwirkung geboten. Auch wenn das äußere Erscheinungsbild eines bestrahlten Areals nicht mit dem nach anderen „Verbrennungen“ übereinstimmt, so bedeutet dies keineswegs, daß es sich nicht um eine thermische Wirkung im strengen Sinn handelt. Im Gegensatz zu Verbrennungen mit heißen Gegenständen, z. B. Elektro-Kauterisationsnadeln usw., wird die Energie nicht an einer Grenzfläche absorbiert und durch Wärmeleitung auf das umliegende Gewebe übertragen. Entlang des bis zu einigen Millimetern langen Strahlenkanals können durch Pigmenteinlagerungen oder andere absorbierende, d. h. dunkle, Gewebestandteile, lokale Energiekonzentrationen entstehen. Dort steigt dann die Temperatur innerhalb von extrem kurzen Zeiten auf Werte von einigen hundert Grad, was bis zu einer Verdampfung führen kann. Als Folge davon treten explosionsartige Erscheinungen auf. Auch die Bildung von Ultraschallwellen und sogar hochionisierten Festkörperplasmen mit ihren Folgeerscheinungen liegt im Bereich des Denkbaren. Diese Sekundäreffekte nach einer ursprünglich thermischen Wirkung können das Erscheinungsbild sehr verändern. Man sollte also den Begriff der thermischen Wirkung genau definieren, um bei Diskussionen Mißverständnisse auszuschalten.

Aktuelle Bedeutung kommt dem Strahlenschutz beim Umgang mit Lasern zu. Es ist naheliegend, daß das Auge besonders gefährdet ist, weil die Strahlen nicht nur eine besonders empfindliche Schicht, die Retina, praktisch ungedämpft erreichen können, sondern weil die Augenlinse die Energie auch noch auf einem Brennfleck von ca. 50–100 μ ϕ konzentriert. Allgemeine Aus-

sagen über die Grenzenergie bei Impulslasern zu machen, die sicher noch zu keiner Schädigung führt, begegnet großen Schwierigkeiten. Es sind dabei so verschiedene Gesichtspunkte, wie: Impulsdauer, Öffnungswinkel und Wellenlänge des Lasers, Adaptation der Pupille, Pigmentierung des Augenhintergrundes, Ort des Brennflecks und Akkommodation des Auges zu beachten. Zudem muß mit Spätschäden gerechnet werden, auch wenn unmittelbar nach Bestrahlung eine Veränderung mit dem Augenspiegel nicht beobachtet werden kann. Legt man die derzeit in USA und England schon geltenden Sicherheitsbestimmungen zugrunde, so kann man davon ausgehen, daß eine Energiedichte von etwa 10^{-2} Ws/cm² die Retina noch nicht schädigt. Dieser Wert enthält über die bislang bekannten experimentellen Beobachtungen hinaus einen Sicherheitsfaktor von etwa 100. Wie wichtig Schutzmaßnahmen sind, ergibt sich aus folgendem Beispiel: Bei einem Rubinlaser von 2 Ws/Blitz Ausgangsenergie, nach dem derzeitigen Stand der Technik ein mittlereenergetischer Laser, einem Öffnungswinkel des Strahlers von 3,5 Bogenminuten und Innenraumadaptation der Pupille (0,5 cm ϕ) beträgt der Sicherheitsabstand für direktes Hineinsehen in den Strahl etwa 3,5 km. Bei einem Abstand von nur 2 m würde die oben erwähnte zulässige Energiedichte um einen Faktor 10^5 überschritten. Besonders gefährlich sind spiegelnde Flächen aller Art, die den Strahl in vorher nicht genau bekannte Richtungen reflektieren. Auch diffus weiße Flächen können eine Gefahr bedeuten. Bei einem Laser von 2 Ws Energie/Impuls beträgt der Sicherheitsabstand von einer Leinwand im dunklen Raum immer noch 60 m. Die wirkungsvollste Schutzmaßnahme ist das Tragen von Schutzbrillen. Breitbandige Farbrgläser, z. B. die Gläser BG 18 und BG 38 von SCHOTT aufeinandergelegt, eignen sich am besten, da sie robuster sind als Interferenz-Schmalbandfilter und die Laser-Wellenlänge sicher überdecken. Daß dabei auch anderes Nutzlicht verlorengeht, muß als Nachteil in Kauf genommen werden.

Schädigungen der Haut sind demgegenüber weit weniger wahrscheinlich und gefährlich. Allein zur Erzeugung eines Strahlenerhythems der Haut weißer Menschen ist bei der Wellenlänge des Rubin (6943 Å) eine Energiedichte von etwa 10–60 Ws/cm² erforderlich.

Doch nun zu den medizinischen Anwendungen des Lasers:

Es sollen hier nur die bislang bekanntgewordenen Arbeiten referiert werden, ohne sie auf ihre Bedeutung

Revonal®

Revonal® retard

Einschlaf- und Wiedereinschlafmittel
Tabletten zu 0,2 g Methaqualon Packungen mit 10 und 20 Tabletten

Einschlaf- und Durchschlafmittel
Zweischichttabletten zu 0,3 g Methaqualon
Packungen mit 10 und 20 Tabletten

Zwei »patente« Schlafmittel

EM
DARMSTADT

und Zuverlässigkeit zu untersuchen. Zudem muß darauf hingewiesen werden, daß sich alle diese Arbeiten noch im Versuchsstadium befinden und daß Abschließendes über die Ergebnisse oder auch über weitere Anwendungen noch nicht gesagt werden kann.

Auf dem Gebiet der Retina-Photokoagulation liegen bisher die besten Ergebnisse vor. Verglichen mit der Anordnung von MEYER-SCHWICKERATH, die als Lichtquelle eine Xenon-Lampe benutzt, versprach man sich von der Verwendung des Lasers als Lichtquelle folgende Vorteile:

1. Die kurze Impulsdauer von nur etwa 0,5 ms macht eine Anästhesie überflüssig. Eine Bewegung des Auges in dieser Zeit ist nicht zu befürchten.
2. Bei der Wellenlänge des Rubin- oder Glasneodymlasers besteht keine Photophobie.
3. Die koagulierte Fläche ist kleiner und die Herabsetzung der Sehkraft deshalb vermindert.
4. Laser-Koagulatoren könnten billiger und vor allem handlicher werden.

Die bisherigen Erfahrungen haben nun gezeigt, daß diesen Vorteilen ein großer Nachteil entgegensteht. Die Energie wird in nur einem Impuls appliziert und muß deshalb vorher genau festgelegt werden. Die Gefahr einer Schädigung ist deshalb relativ hoch, und der Bereich zwischen der unbedingt notwendigen Energie und einer solchen, die schon schwere Schäden hervorruft, sehr klein. Die Höhe der notwendigen Energie hängt zudem außer von den oben geschilderten Faktoren wesentlich von der Pigmentierung des Augenhintergrundes ab, die innerhalb eines Auges stark wechselt. Mit diesen Einschränkungen kann gesagt werden, daß man für Schweißungen Energien in der Größenordnung von 1 mWs benötigt. Eine Erhöhung der Energie um einen Faktor 2—3 führt zur Verdampfung einzelner Gewebetelle, wobei häufig kleine Partikel explosionsartig in den Glaskörper geschleudert werden. Weitere Erhöhung der Energie führt zur Perforation des Auges. Zwar sind mit Hilfe des Lasers schon einige hundert Patienten erfolgreich behandelt worden, doch muß erst die Zukunft zeigen, ob sich auf diesem Gebiet der Laser gegenüber der klassischen Anordnung durchzusetzen vermag.

Besonderes Interesse haben die Bestrahlungen von Tumoren mit Lasern gefunden. Die weltweit überwiegende Zahl der Arbeiten wurde allerdings an experimentellen Tumoren durchgeführt, insbesondere Melanomen, transplantiert in Hamsterbacken, deren Pigmentierung eine gute Absorption der Energie im Tumor gewährleistet.

Um reproduzierbare Ergebnisse zu erreichen, müssen die Tumoren in jedem Fall frei zugänglich sein. In allen Fällen wurden Nekrosen des bestrahlten Gewebes dort beobachtet, wo die Energiedichte einen für den jeweiligen Tumor charakteristischen Schwellwert über-

schrift. Um dies zu erreichen, wurden in einem oder mehreren Impulsen bis zu 2000 Wsek Energie appliziert. Selbst diese hohen Energien reichen aber nur aus, um relativ kleine Tumoren wirkungsvoll zu behandeln. Andererseits traten schon bei diesen Energien bei Mäusen direkt nach Bestrahlung einzelne Todesfälle unbekannter Genese auf. Bestrahlt man dagegen einen Tumor nur partiell, so ist zwar vielfach eine Ausweitung der Nekrose auf angrenzendes, nicht bestrahltes Gewebe zu beobachten, doch bleibt diese meist auf kleine Bereiche beschränkt. Der Rest des Tumors entwickelt sich weiter.

Eine Forschergruppe (McGUFF et. al.) aus Boston berichtete u. a. auf dem Röntgenkongreß in Rom über Versuche mit Melanomen, in Hamsterbacken transplantiert, die sich nach Totalbestrahlung mit sehr geringen Energien, und vor allem nach Teilbestrahlung mit Energien in der Größenordnung von 100 Ws, vollkommen zurückgebildet hätten. Solche Ergebnisse konnten hingegen bislang noch von keiner anderen Seite bestätigt werden, doch ist andererseits nicht bekannt, ob diese Versuche unter den gleichen Bedingungen, d. h. insbesondere mit den gleichen Tumoren, wiederholt wurden. Diesen Ergebnissen steht auch entgegen, daß eine andere Gruppe von zwei benachbarten transplantierten Tumoren einen mit Hilfe eines Lasers nekrotisierte, was aber auf das Wachstum des zweiten Tumors ohne Wirkung blieb. McGuff und Mitarbeiter berichteten auch von der endgültigen Heilung eines Patienten, dessen sichtbare Melanom-Metastasen, ca. 60 an der Zahl, einzeln partiell bestrahlt wurden. Derselbe Patient war vorher mit praktisch allen bekannten Methoden erfolglos behandelt worden. Zwei andere Patienten, deren Karzinome als inoperabel galten und bei denen Bestrahlungen mit ionisierenden Strahlen ohne Erfolg geblieben waren, wurden von einer anderen Forschergruppe mit Lasern bestrahlt. Dies führte wiederum lediglich zur Nekrose des bestrahlten Teils der Karzinome. Eine Beobachtung dieser beiden Fälle über längere Zeit wurde durch den krankheitsbedingten Tod der Patienten unmöglich gemacht. Interesse verdient vielleicht auch eine Arbeit, bei der festgestellt wurde, daß Behandlung von Mäusen mit Cyclophosphamid die Laserwirkung auf Melanome erheblich verstärkte.

Hautbestrahlungen sind vorwiegend an Mäusen vorgenommen worden. Dabei sind zwar zum Teil erhebliche Abweichungen im äußeren und histologischen Erscheinungsbild von solchen bei anderen Verbrennungen beobachtet worden, doch lassen sich diese durchaus durch die besondere Art der Energieabsorption, wie sie oben beschrieben wurde, erklären. Über den Einfluß von Laserbestrahlungen auf die Enzymaktivitäten liegen noch kaum Unterlagen vor. Erwähnt werden muß noch, daß u. U. eine erhebliche, häufig letale Schädigung innerer Organe, z. B. auch des Gehirns, dadurch erreicht wurde, daß der Brennfleck bei fokussierter Bestrahlung einige Millimeter unter der bestrahlten Oberfläche

Salistoperm

Das percutane Heilanaestheticum

Inasthmon

Das percutane Expectorans

lag. Die Oberflächenschädigung kann dabei minimal bleiben.

Anwendungen auf anderen Gebieten, wie z. B. Genetik, Cytologie oder Zahnheilkunde, dürften hier von geringerem Interesse sein, zumal der Laser dort mehr als neues Untersuchungsinstrument eingesetzt wurde denn als Quelle mit besonderen, bisher nicht verfügbaren Eigenschaften.

Zum Schluß soll noch auf mögliche militärische Verwendungen von Lasern kurz eingegangen werden, weil

diese Frage immer wieder diskutiert wird. Zwar sind die Ergebnisse militärischer Laserforschungen durchweg geheim, doch ist zu sagen, daß allein aufgrund von Betrachtungen der Energiebilanz eine Verwendung des Lasers als Vernichtungswaffe beim derzeitigen Stand der Technik unrealistisch erscheint. Die Bedeutung des Lasers liegt auch hier sicher mehr auf dem Gebiet der Nachrichtentechnik.

Anschr. d. Verf.: Dipl.-Ing. Franz Hillenkamp, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1

Soziale Leistung für den psychisch Kranken im Krankenhaus

Zur Neufassung der bayerischen Vereinbarung anstelle des Halbierungserlasses

Von H. Kramm

Die nachfolgenden Ausführungen wenden sich an den klinisch tätigen Psychiater und haben den Zweck, erstens um Verständnis für die Arbeit der Kostenträger des stationären Aufenthalts der Kranken und zweitens um Mitarbeit bei deren Bemühungen zu bitten, die darauf abzielen, in aller Interesse — und keinesfalls zuletzt in dem der Kranken — diese Arbeit und Zusammenarbeit im Sinn einer modernen sozialen und humanen Einstellung zu fördern.

Krankenhausarzt und Verwaltungen

Was die Einstellung des Krankenhausarztes zu jeder Verwaltung betrifft, so ist er verständlicherweise bestrebt, sich die ärztliche Tätigkeit nicht durch die Verwaltung einengen oder gar vorschreiben zu lassen. Gar zu häufig fällt aber das nicht immer angebrachte Wort „Bürokratie“. Nicht nur im ärztlichen Bereich ist die Stellungnahme gegen eine Verwaltung sicher dann berechtigt, wenn sie zum Selbstzweck zu werden droht, d. h. wenn sich die Verwaltung nicht als im Dienst einer sozialen und menschlichen Aufgabe wirkend betrachtet, also im noblen Sinn des Wortes „dient“, sondern ihrerseits herrschen wolite. Nichts anderes besagt aber der Terminus „Bürokratie“ = Verwaltungsherrschaft. Es würde jedoch eine unsachliche Einstellung verraten, wenn auf jede notwendige Verwaltungsmaßnahme, deren Sinn zuweilen nicht ohne einschlägige Vorkenntnisse erkennbar ist, vom Krankenhausarzt sogleich ärgerlich reagiert wird. Wenn etwa eine Bank sich bei der Verwaltung der ihr anvertrauten Konten keine „geniale Großzügigkeit“ leisten kann, etwa durch Auszahlungen auf Grund zweifelhafter Unterlagen, ohne gröblich gegen ihre Sorgfaltspflicht zu verstoßen, so begegnet sie im allgemeinen einem größeren Verständnis, als die Krankenkasse oder die Sozialhilfverwaltung bei entsprechenden Verwaltungsvorgängen.

Die jahrelange Zusammenarbeit als Vertrauensarzt mit Krankenhäusern, Krankenkassen und Sozialhilfverwaltungen hat mhr aber den Beweis dafür erbracht, daß bei auftretenden Schwierigkeiten eine geduldige Aussprache zwischen allen Beteiligten zu sehr positiven und erfreulichen Erfolgen führen kann. Gerade bei vertraglichen Regelungen zwischen den einzelnen Verwaltungszweigen können solche Erfolge wesentliche Arbeitserleichterungen bringen und sich für die Kran-

ken segensreich auswirken. Bei Streitigkeiten ist das Gegenteil der Fall.

Der Halbierungserlaß und seine Problematik

Da die hier angesprochene vertragliche Vereinbarung an die Stelle des Halbierungserlasses tritt, muß dieser Erlaß erwähnt werden. Es handelt sich um den gemeinsamen Erlaß des früheren Reichsarbeitsministers und des früheren Reichsministers des Innern vom 5. 9. 1942 (1). Er ist heute noch gültig, falls die Krankenkassen und die Sozialhilfverwaltungen nicht eine andere vertragliche Regelung an dessen Stelle gesetzt haben. Die ganze Problematik dieses sogenannten Halbierungserlasses womöglich darstellen zu wollen, ist hier weder beabsichtigt noch möglich, weil das Thema in seiner Verwickeltheit nahezu unerschöpflich ist. Beweise für diese Behauptung sind u. a. die vielen Sozialgerichtsurteile, die in einschlägigen Streitfällen in den letzten Jahren ergangen sind.

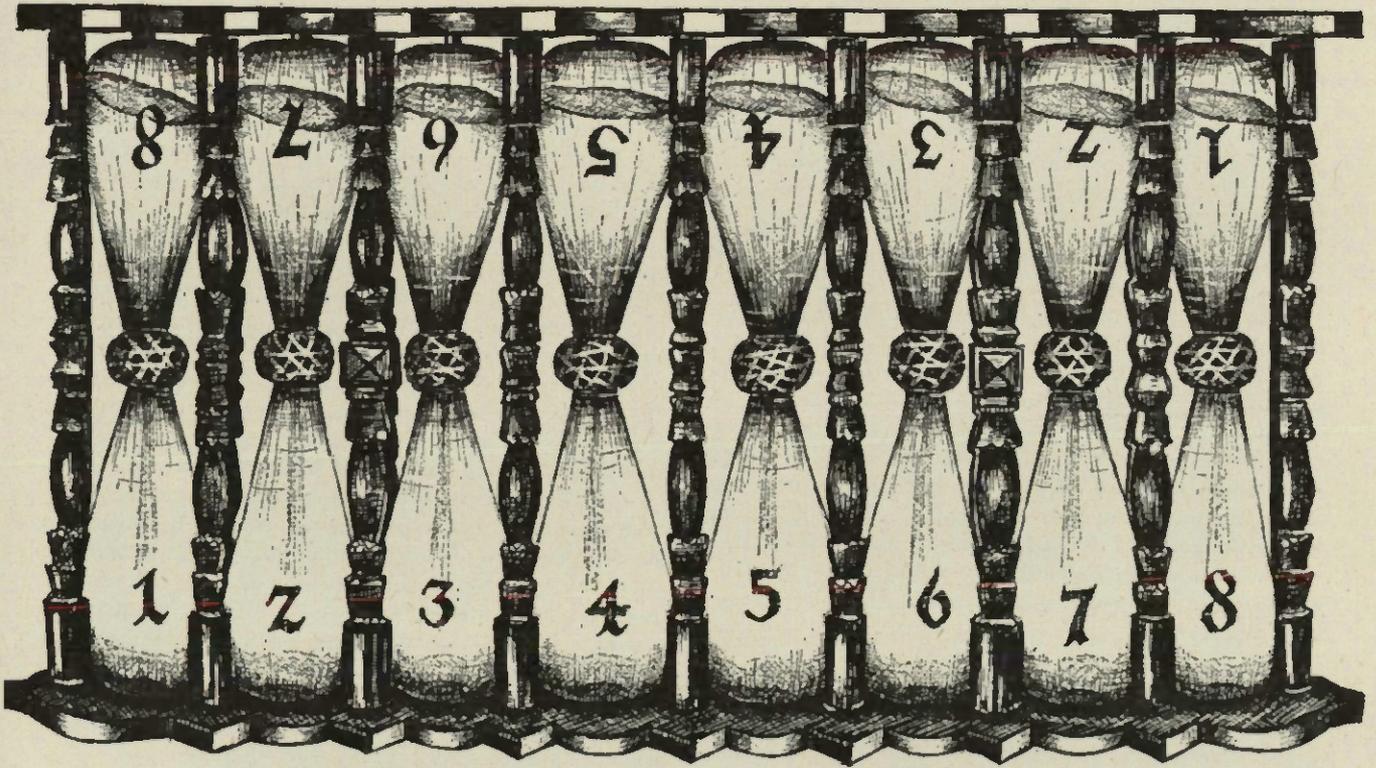
Kern des Erlasses ist folgende Bestimmung: „Werden gegen Krankheit versicherte Geisteskranke von anderen Stellen als den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung in Heil- und Pflegeanstalten eingewiesen und treten die Fürsorgeverbände als Kostenträger auf, so sind die den Fürsorgeverbänden durch die Unterbringung entstandenen Kosten — ungeachtet der Gründe, auf denen die Unterbringung beruht — ... je zur Hälfte von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung und den Fürsorgeträgern zu tragen.“

Der Sinn dieses Erlasses bestand darin, durch eine Pauschalierungsbestimmung Streitigkeiten zwischen Krankenkassen und Fürsorge (jetzt Sozialhilfverwaltung) darüber auszuräumen, ob der betreffende Geisteskranke zu seiner Behandlung und Aushellung (Behandlungsfall) oder im Interesse der Öffentlichkeit wegen seiner Gefährlichkeit (Verwahrungsfall) in der betreffenden Anstalt untergebracht wurde.

Der Pauschalierungsgedanke ist zweckmäßig und fortschrittlich. Ein ähnliches Prinzip wenden auch z. B. Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherungen an, indem die Gesellschaften unter sich in bestimmten Schadensfällen nicht erst Geld und Zeit in Prozessen verlieren, sondern sich den Schaden teilen. Den Kraftfahrzeugversicherungsnehmern kann es ja gleichgültig sein, wie

Aus der
HOMBURG-FORSCHUNG

Langzeittherapie
über 8 STUNDEN



AKRINOR[®]

bei
HYPOTONIE

AKRINOR wirkt gleichmäßig und anhaltend

Ampullen iv./im.
Tabletten



Chemiewerk HOMBURG Frankfurt/Main

sie zu ihrem wohlverordneten Versicherungsschutz und der Leistung kommen.

Der Halbierungserlaß hat aber nachteilige Folgen, unsoziale Härten und z. T. sogar Diskriminierungen der Versicherten zur Folge, d. h. ausgerechnet der Kranken, die des besonderen Schutzes der sozialen Einrichtungen bedürfen.

Wurde ein Geisteskranker vom behandelnden Arzt in eine Heil- und Pflegeanstalt (Nervenkrankenhaus) eingewiesen, ohne vorher die Zustimmung der gesetzlichen Krankenkasse einzuholen, so ergaben sich häufig Schwierigkeiten bei der Kostenregelung, weil es sich eben um einen Geisteskranken handelte und der niedergelassene Kassenarzt rechtlich zwar einweisen, aber nicht im Namen der Krankenkasse eine Kostenübernahmeerklärung abgeben kann. Er ist „andere Stelle“ und nicht Träger der gesetzlichen Krankenversicherung. Auch dieser Sachverhalt war strittig und wurde eindeutig in den ausführlichen Erläuterungen zu dem Urteil (2) des Bundessozialgerichts vom 29. 1. 1959 abgeklärt.

Die Rechtsprechung zum Halbierungserlaß ist teilweise schwer verständlich. So hieß es in dem bereits erwähnten Urteil (2), daß das erklärte Ziel dieser Regelung sei, die Verwaltung zu vereinfachen und Ersatzstreitigkeiten zu vermeiden. Dieses Ziel könne nur erreicht werden, wenn alle Fälle erfaßt würden, in denen der Fürsorgeverband die Kosten für die Unterbringung eines versicherten Geisteskranken getragen habe. Einzelne Fälle oder Fallgruppen könne man aus der Regelung nicht herausnehmen, z. B. „die reinen Behandlungsfälle“, weil sich sofort das Problem der Abgrenzung stelle gegenüber den Fällen, die zur Behandlung und Verwahrung in einer Anstalt untergebracht wären.

Der gleiche Senat hat aber Bedenken gegen die Anwendung des Halbierungserlasses, wenn die Krankenkasse die aus medizinischen Gründen notwendige Einweisung eines Geisteskranken in die Krankenanstalt in einem klaren Behandlungsfall ablehnte und dadurch erst den Fürsorgeträger zur Übernahme der Unterbringungskosten veranlaßt habe. Fälle offensichtlicher Behandlungsbedürftigkeit müßten daher vom Halbierungserlaß ausgeschlossen werden (3).

Nachdem aus den ehemaligen Heil- und Pflegeanstalten, von denen der Halbierungserlaß noch spricht, im Zuge der modernen Entwicklung der Psychiatrie „Nervenkrankenhäuser“ bzw. „Landeskrankenhäuser“ (4) geworden waren, hatte ein Landessozialgericht im Berufungsverfahren die Ansicht vertreten, daß der Begriff „Heil- und Pflegeanstalt“ nicht eng auszulegen sei. Dem widersprach das Bundessozialgericht in seinem Urteil (5) vom 11. 2. 65 mit der Begründung, „Heil- und Pflegeanstalten“ hätten neben der Heilbehandlung die besondere Aufgabe, Geisteskranke zu verwahren und zu betreuen, während dies bei den übrigen allgemeinen Krankenhäusern, psychiatrischen und Nervenkliniken nicht der Fall sei. Sie seien in erster Linie für die Heilbehandlung eingerichtet, wenn sie auch in der Lage seien, geistig oder seelisch Erkrankte im Bedarfsfalle vorübergehend in einer geschlossenen Abteilung zu behandeln.

Wie soll eine Krankenkasse oder Sozialhilfeverwaltung angesichts dieser Rechtsprechung verfahren?

Es kommt im Halbierungserlaß das Problem hinzu, daß ja doch ein Versicherter bei seiner Krankenkassenschutz hat; was sollte aber geschehen, wenn nach geprüfter Hilfsbedürftigkeit seinerzeit der Fürsorgeverband die Hälfte der betreffenden Kosten bezahlt und dann vom Unterstützten zurückgefordert hatte? Dann hätte doch der Versicherte, nur weil er „geisteskrank“ war, lediglich einen halben Versicherungsschutz gehabt. Dieses Problem ist durch das Bundessozialhilfegesetz (6), in dem die Erstattungspflicht praktisch entfällt, gelöst.

Schließlich bestand und besteht noch die Frage, was das eigentlich sein soll, ein „Geisteskranker“, und wie man ihn als solchen sofort bei der Aufnahme im Krankenhaus zweifelsfrei erkennen kann. Vielleicht ist es aber eher ein Glück als ein Mangel, daß es darüber höchststrichterliche Urteile nicht gibt. Besonders erfreulich wäre es, wenn man den unseligen Begriff „Geisteskranker“ überhaupt aus der Terminologie der gesetzlichen Krankenversicherung ausmerzen und durch den Begriff „psychisch Kranker“ ersetzen würde. Hier möchte ich wiederholen, was ich in einer früheren Arbeit (7) bereits ausgeführt hatte: Viele Unklarheiten und Schwierigkeiten wären beseitigt, wenn man sich entschließen könnte, das Wort „Geisteskranker“ bei Vereinbarungen anstelle des Halbierungserlasses durch die Worte „psychisch Kranker“, wie sie neuerdings in der Diskussion bereits verwendet werden, zu ersetzen. Diese Bezeichnung schützt vor Versuchen, sie mit einem forensischen Begriffsinhalt zu erfüllen oder einem solchen anzunähern. Sie hat aber noch den bedeutenden Vorteil, daß sie einen Kranken nicht mit einem so schicksalsschweren Begriff abstempelt. Schließlich war es ja auch möglich, einen solchen Weg zu beschreiten, als man endlich dazu übergang, nicht mehr von einem „Krüppel“, sondern von einem „Körperbehinderten“ zu sprechen, einer doch fraglich nicht nur richtigeren (weil den Schweregrad der Störung außer Betracht lassenden), sondern auch humaneren Bezeichnung.

Es wurde das Argument vorgebracht, daß bei dieser Definition die Sozialhilfe auch bei leichten Fällen psychischer Störung ganz ungerechtfertigt sich an den Kosten zu beteiligen hätte. Da hier aber nur solche Kranke in Betracht kommen, die wegen ihrer psychischen Erkrankung der stationären Krankenhausbehandlung im Sinne des § 184 RVO bedürfen, handelt es sich nur um die schwereren oder schweren Fälle.

Vereinbarung anstelle des Halbierungserlasses (8)

Angesichts der hier nur angedeuteten Problematik war es sehr zu begrüßen, daß fast im ganzen Bundesgebiet die Krankenkassen und Sozialhilfeverwaltungen den Halbierungserlaß durch andere vertragliche Regelungen ersetzten. Diese Regelungen werden von der Rechtsprechung, die sich mit dem Halbierungserlaß selbst befaßt, nicht berührt, da solche Abmachungen ihrer Natur nach zweiseitige Verträge sind, die an die Stelle der im eigentlichen Halbierungserlaß vorgesehenen Regelung treten. In Bayern trat am 1. 4. 1961 die erste solche Vereinbarung in Kraft. Sie brachte allen Beteiligten, und vor allem den Kranken, beachtliche Verbesserungen gegenüber dem Halbierungserlaß. Die psychisch Kranken werden dadurch erheblich

besser betreut. Die betreffende Krankenkasse konnte sofort ihre Kostenübernahmeerklärung gegenüber dem Nervenkrankenhause abgeben, sie verzichtete auf die Überprüfung, ob und wann ein „Pflegefall“ (für den sie ja bei Rentnern entsprechend § 216 Abs. 1 Ziff. 4 RVO nicht leisten müßte) eintrat und übernahm, wenn nötig, ohne weitere Formalitäten die Leistung für 1½ Jahre. Gegenüber der Sozialhilfeverwaltung regelte sie ihre Ansprüche, ohne daß der Versicherte damit irgendwie behelligt wurde. Die Vereinbarung sah nicht mehr eine Halbierung (50:50), sondern ein Verhältnis von 70:30 (Krankenkasse—Sozialhilfeverwaltung) vor. Andererseits haben die Sozialhilfeverwaltungen ebenfalls wesentliche Vergünstigungen in den Vertrag eingebracht, indem sie in diesen Fällen ausnahmsweise auf Prüfung der Hilfsbedürftigkeit der Vereinbarungsfälle verzichteten. Die Rückzahlung bzw. Kostenersatzpflicht des Unterstützten war ja — wie erwähnt — durch den § 92 BSHG praktisch beseitigt worden.

Diese bayerische Vereinbarung brachte für die in Anstalten untergebrachten psychischen Kranken einen wesentlichen Fortschritt. Jedoch bestanden leider erhebliche Meinungsverschiedenheiten bezüglich der Auslegung „Geisteskranker im Sinne der Vereinbarung anstelle des Halbierungserlasses“, d. h., welche Kranken in die Vereinbarung einzubeziehen sind.

In meiner bereits genannten Arbeit (7) schlug ich eine Definition vor, die sich eng an diejenige der gesetzlichen Krankenversicherung anschließt. Krankheit im Sinne des Gesetzes (RVO) ist ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand, der in Arbeitsunfähigkeit und (oder) Behandlungsbedürftigkeit wahrnehmbar zutage tritt. Geht man von diesem versicherungsrechtlichen Begriff aus, so wäre es zweckmäßig, unter einem Geisteskranken im Sinne der Vereinbarung anstelle des Halbierungserlasses einen Menschen zu verstehen, der an einem regelwidrigen geistigen Zustand leidet, der ihn nicht nur arbeitsunfähig, sondern stationär behandlungsbedürftig macht. In seiner sehr gründlichen rechtlichen Untersuchung „Der Begriff Geisteskrankheit im Sinne des Halbierungserlasses“ (9) hat Sozialgerichtsrat Dr. Norbert BAIERL, Nürnberg, zu meiner Arbeit Stellung genommen und kam zu dem Ergebnis, daß bei dieser Definition auch die Irrenschutzgesetzgebung berücksichtigt werden müsse, d. h., daß auch die Verwahrungsfälle einzubeziehen seien. Dr. Baiert formuliert: „Gemeint sind jene Personen, deren geistige Fähigkeiten auf Grund eines angeborenen oder später, auf gleich welche Art, erworbenen Defektes am Gehirn, Gemüt oder an den Nerven so weitgehend ausgeschaltet sind, daß sie sich unter dessen Einfluß als für sich selbst oder andere, oder für die öffentliche Ordnung, Ruhe und Sicherheit

gefährlich erweisen, oder daß der von der Norm abweichende Geisteszustand einer Krankenhausbehandlung zugänglich und bedürftig ist.“

Die Unterscheidung zwischen körperlich und geistig-seelisch Kranken teilt die Patienten für den Arzt in Kategorien ein, die es in dieser Abgrenzung im ärztlichen Denken nicht geben kann, ja ihm belnahe widersprechen. Trotzdem ist es erforderlich, daß der Arzt schon bei der Aufnahme oder wenige Tage danach der betreffenden Verwaltung mitteilt, ob eine geistig-seelische oder eine körperliche Regelwidrigkeit überwiegt. Daß das ohne Schwierigkeiten möglich ist und zu einer sehr einfachen praktischen verwaltungsmäßigen Einordnung eines Leistungsfalles führt, wurde insbesondere in mehrjähriger zügiger Zusammenarbeit zwischen Krankenhausärzten, -verwaltungen, Krankenkassen und Sozialhilfeverwaltungen bewiesen. Hierbei entfallen schwierige psychiatrisch-differentialdiagnostische Überlegungen, und man kann von der Symptomatik ausgehen. Auf diagnostische Feinarbeit kann und muß hier verzichtet werden. Sollte sich jedoch hernach einmal nach längerem Anstaltsaufenthalt eine irrtümliche Einordnung ergeben, d. h., sich doch überwiegend ein körperliches Leiden herausstellen, so wird ein solcher Fehler durch einen umgekehrten anderen Fall wieder im Rahmen der Fehlerquote aufgehoben. Solche irrtümlichen Einordnungen sind allerdings extrem selten.

Die Neufassung der bayerischen Vereinbarung anstelle des Halbierungserlasses sieht eine weitere Verschiebung der Kostenbeteiligung vor: 80:20 (Krankenkasse—Sozialhilfeverwaltung). Diese Vereinbarung ist ab 1. Oktober 1965 in Kraft. Man ist nun auch bestrebt, sich darüber zu einigen, welche Fälle in die Vereinbarung einzubeziehen sind und welche nicht. Natürlich wäre es denkbar, einen Katalog von regelwidrigen geistigen Zuständen in Anlehnung an das Diagnoseschema der „Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde“ (Würzburger Schema) aufzustellen, so daß dann der Verwaltungssachbearbeiter seltener auf Grund der vom Anstaltspsychiater gestellten Aufnahmediagnose entscheiden kann, ob der betreffende Fall in dem Katalog enthalten ist und daher in die Vereinbarung einzubeziehen ist oder nicht. Angesichts der großen Schwierigkeiten in der psychopathologischen Terminologie (vgl. Prof. Dr. STÖRRING (10)) erscheint es aber nicht unbedenklich, die Verwaltung mit einer Aufgabe zu belasten, die nur ein Arzt befriedigend lösen kann. Es gehören eben mehr medizinische und insbesondere psychiatrische Kenntnisse zu einer solchen Einordnung als die Fähigkeit, mit einem derartigen Katalog zu vergleichen.

Aus diesen Gründen wurde ein einfacher und sehr praktischer Antrag auf Kostenübernahme entwickelt,

Cefadysbasin[®]

TROPFEN

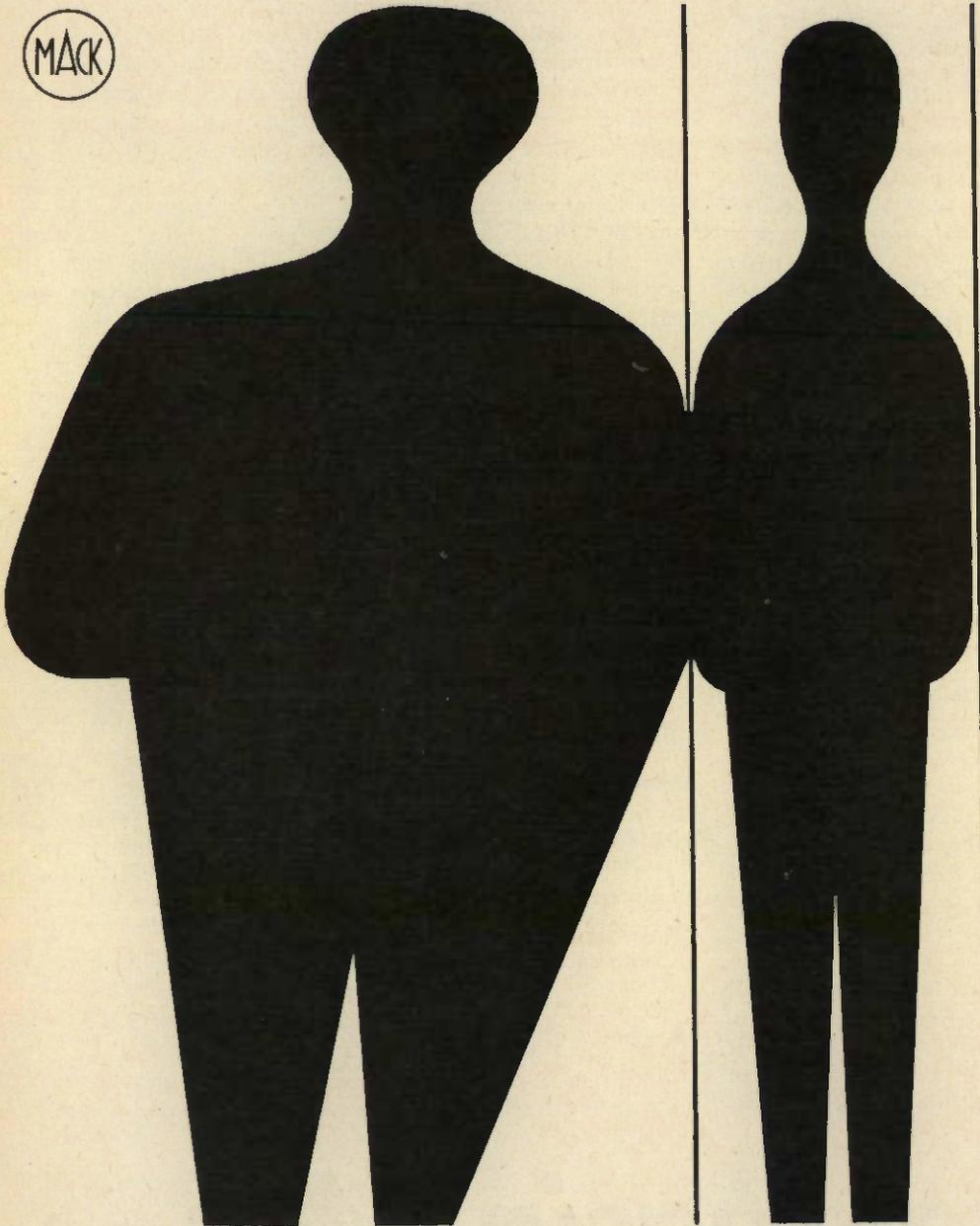
TABLETTEN

AMPULLEN

CEFAK
KEMPTON

PERIPHERE UND KORONARE DURCHBLUTUNGSSTÖRUNGEN

Mirapront®



Mirapront der Appetithemmer
mit Langzeitwirkung
reduziert übermäßige Eblust
reguliert Nahrungsbedarf
und Nahrungsaufnahme
gewährleistet hohe
Wirtschaftlichkeit durch
Depotwirkung
1 Kapsel morgens
= Tagesdosis
besitzt ungewöhnlich große
therapeutische Breite
ist gut verträglich und frei von
Nebenerscheinungen
Muster auf Wunsch

Heinrich Mack Nachf.
7918 Illertissen/Bayern

dessen einen Teil die Krankenhausverwaltung und dessen anderen der Abteilungsarzt ausfüllt. Dieser Antrag ist so gestaltet, daß ein Exemplar an die Kasse und die Durchschrift an die Sozialhilfeverwaltung geht. Schon so wird Doppelarbeit vermieden. Der Arzt soll sich unter anderem dazu äußern, ob ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand den Anstaltsaufenthalt nötig macht. Hierbei ist zu unterscheiden, ob die körperliche oder geistige (besser geistig-seelische) Regelwidrigkeit überwiegt. Keinesfalls sind beide Begriffe zugleich zu verwenden. Diese Art der Abwicklung hat sich als sehr rationell erwiesen und — da der aufnehmende und behandelnde Anstaltsarzt dem Verwaltungsmann diese notwendigen Angaben macht — brauchen auch keine sachverständigen ärztlichen Gutachter (Vertrauensärzte usw.) mehr in das Verfahren einbezogen zu werden.

Schlußbemerkung

Wie eingangs bereits bemerkt, hat diese Arbeit den Zweck, die Anstaltspsychiater in Bayern anzusprechen und zu bitten, daß das in mühevoller Kleinarbeit ausgearbeitete Vertragswerk zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Sozialhilfeverwaltungen ihre Unterstützung findet und sich so zum Segen für die soziale Betreuung der Kranken in der Anstalt auswirkt. Wenn ein Formular auszufüllen ist, so sollte der betreffende Arzt nicht denken: „Schon wieder ein Fetzen Papier!“ Gerade der Anstaltspsychiater hat es mit wenigen Bemerkungen in der Hand, daß ein notwendiger Verwaltungsablauf rasch, zügig und klar die verschiedenen beteiligten Stellen durchläuft.

Anmerkungen

1. Gemeinsamer Erlaß des Reichsarbeitsministers und des Reichsministers des Innern vom 5. 9. 42 — AN 1942, S. 490.
2. Urteil des 3. Senats des Bundessozialgerichts vom 29. 1. 1959, Nr. 3 RK 71/55 „Die Betriebskrankenkasse“, 1959, Sp. 416; „Die Ersatzkasse“, 1959, S. 225.
3. Urteil des 3. Senats des Bundessozialgerichts vom 20. 12. 1961, Nr. 3 RK 52/57; „Mittellungsblatt des Landesverbandes der Ortskrankenkassen in Bayern“, Folge 12/1962, S. 187.
4. Vgl. hierzu das grundlegende Werk von Prof. Dr. Panse: „Das psychiatrische Krankenhauswesen. Entwicklung, Stand, Reichweite und Zukunft“. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1964. Diese umfassende, nahezu 800 Seiten lange Arbeit wurde im Auftrag der „Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde“ verfaßt.
5. Urteil des 3. Senats des Bundessozialgerichts vom 10. 2. 1965, Nr. 3 RK 39/62; „Zentralblatt für Sozialversicherung, Sozialhilfe und Versorgung“, 1965, S. 91; „Deutsches Ärzteblatt“, Nr. 26/26. 6. 1965, S. 1426.
6. BSHG § 92 (2).
7. Kramm H.: „Der Begriff ‚Geisteskrankheit‘ in der gesetzlichen Krankenversicherung und öffentlichen Fürsorge unter besonderer Berücksichtigung des sogenannten Halbierungserlasses“, Ärztl. Mitteilungen, 5/1962, 235 ff.
8. Vgl. hierzu Hoffmann W.: „Geisteskranken-Vereinbarungen an Stelle des Halbierungserlasses“. „Die Ersatzkasse“, Heft 10, Okt. 1962, S. 235 ff; Heft 11, Nov. 1962, S. 259 ff.
9. „Zeitschrift für Sozialreform“, 10/1962, S. 596 ff.
10. Prof. Dr. Störing: „Psychiatrie heute“. In „Die Arbeiterversorgung“, Heft 2/1961, S. 45 ff.

Anschr. d. Verf.: OMR Dr. H. Kramm, Vertrauensarzt, 8 München 23, Giselstraße 5.

AUS DEM STANDESLEBEN

Präsident der Bundesärztekammer zum Honorarprofessor ernannt



Auf Vorschlag der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg hat der Senat der Hansestadt Hamburg den Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Herrn Dr. Ernst FROMM, wegen seiner wissenschaftlichen Verdienste im Bereich der Bakteriologie, Serologie und des Landesrechts zum Honorarprofessor ernannt. Die Überreichung der Urkunde erfolgte durch den derzeitigen Rektor der Universität Hamburg in einer Fakultätssitzung.

69. Deutscher Ärztetag in Essen Veranstaltungsablauf

Freitag, 13. 5. 1966:

Gegen 10 Uhr Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

18 Uhr Eröffnungsveranstaltung des 69. Deutschen Ärztetages.

Im übrigen steht dieser Tag den ärztlichen Organisationen für Tagungen zur Verfügung.

Samstag, 14. 5. 1966:

20 Uhr Empfang der Delegierten, des Präsidiums und besonders geladener Gäste des Deutschen Ärztetages durch die Stadt Essen in „Villa Hügel“ (mit Damen).

Im übrigen steht dieser Tag den ärztlichen Organisationen für Tagungen zur Verfügung.

Sonntag, 15. 5. 1966:

8.30 Uhr Festgottesdienste der evangelischen, katholischen und jüdischen Religionsgemeinschaften.

Dieser Tag hat keine weiteren offiziellen Veranstaltungen des Ärztetages; er steht daher für das Rahmenprogramm und am Abend für den Gesellschaftsabend mit Tanz zur Verfügung.

Montag bis Mittwoch, 16. bis 18. 5. 1966:

Jeweils 9 Uhr s. t. im Großen Saal des Städtischen Saalbaus Essen: Arbeitstagung des Plenums des 69. Deutschen Ärztetages mit der nachfolgenden

Tagesordnung:

1. Die Weiterentwicklung der Facharztordnung
2. Zweite Vorlage des Entwurfs einer neuen ärztlichen Gebührenordnung

3. Satzung der Bundesärztekammer
4. Vorsorgeuntersuchungen beim Kind im Vorschulalter
5. Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer mit Kurzreferaten der Mitglieder des Geschäftsführenden Vorstandes aus ihrer Referatstätigkeit
6. Finanzbericht der Bundesärztekammer für 1965
7. Bericht des Finanzausschusses der Bundesärztekammer
8. Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer
9. Voranschlag für das Geschäftsjahr 1967
10. Wahl des Finanzausschusses der Bundesärztekammer
11. Wahl des Tagungsortes des 70. Deutschen Ärztetages

Mittwoch, 18. 5. 1966:

An diesem Tage enden die Sitzungen des Ärztetagsplenums gegen 13 Uhr.

Um 17 Uhr s. t. beginnt im Großen Saal des Städtischen Saalbaus die „Öffentliche Abschiedskundgebung“ des 69. Deutschen Ärztetages mit nachstehender

Veranstaltungsfolge:

1. Musikalische Einleitung
2. Eröffnung durch den Ehrenpräsidenten des 69. Deutschen Ärztetages, Dr. med. Ernst EICK, Essen
3. Begrüßung durch den Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Professor Dr. med. Ernst FROMM
4. Ansprachen der Gäste
5. Verleihung der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft
6. Referat des Präsidenten des Deutschen Ärztetages mit Bericht über die Ergebnisse des 69. Deutschen Ärztetages und Rück- und Ausblick auf wichtige gesundheits-, sozial- und berufspolitische Fragen der deutschen Ärzteschaft
7. Musikallscher Ausklang

Als Fortbildungsveranstaltung wird, wie in den vergangenen Jahren, auch beim 69. Deutschen Ärztetag ein besonderes Programm ärztlicher Fortbildungsfilme demonstriert werden. Das Filmprogramm wird vom Film Ausschuß der Bundesärztekammer zusammengestellt und enthält überwiegend Neuerscheinungen, die erstmals der deutschen ärztlichen Öffentlichkeit durch das Filmprogramm des Deutschen Ärztetages vorgeführt werden. Es ist geplant, einige der neuen Filme durch deren wissenschaftliche Autoren in Form eines kurzen Vortrages interpretieren und kommentieren zu lassen.

FAKULTÄT

Erlangen-Nürnberg

Der emer. ordentl. Professor für Haut- und Geschlechtskrankheiten Dr. med. Carl Max HASSELMANN wurde bis zur Wiederbesetzung des Lehrstuhls mit der vertretungsweisen Wahrnehmung seines bisherigen Lehrstuhls und mit der kommissarischen Vorstandschaft der Klinik und Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten beauftragt.

Professor Dr. Ludwig DEMLING, Direktor der Medizinischen Klinik Stuttgart, wurde auf den ordentlichen Lehrstuhl für Innere Medizin in der Medizinischen Fakultät berufen.

Der apl. Professor für Medizinische Strahlenkunde Dr. med. Wolfgang FRIK wurde zum Vorsitzenden der Bayerischen Röntgengesellschaft gewählt.

Der apl. Professor an der Universität Frankfurt und 1. Assistent am Max-Planck-Institut für Biophysik in Frankfurt/Main, Dr. Dr. Helmut PAULY, wurde zum ordentl. Professor für Medizinische Strahlenkunde ernannt.

Der wissenschaftliche Assistent bei der Medizinischen Klinik mit Poliklinik Privatdozent Dr. med. Gerhard BERG wurde zum Oberassistenten ernannt.

Der wissenschaftliche Assistent und Privatdozent der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Dr. med. Dr. med. dent. Raimund HARNDT wurde zum Universitätsdozenten ernannt.

Der wissenschaftliche Assistent bei der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik Dr. med. Gerhard KEMMERER, wurde zum Konservator ernannt.

München

Privatdozent Dr. Gerhard RIECKER wurde mit Wirkung vom 13. 1. 1966 die Bezeichnung „außerplanmäßiger Professor“ verliehen.

Dr. Konrad BÜHLMAYER wurde am 21. 12. 1965 die Lehrbefugnis für Kinderheilkunde erteilt.

Dr. Fritz SEBENING wurde am 21. 12. 1965 die Lehrbefugnis für Chirurgie erteilt.

Dr. Ivar TRAUTSCHOLD wurde am 21. 12. 1965 die Lehrbefugnis für Klinische Chemie erteilt.

sucht für Vertretungen, vor allem in den Monaten März, Mai, Juni, August und September,

Praktische Ärzte und Fachärzte (insbesondere Gynäkologen, Pädiater, Röntgenologen, Neurologen)

Meldungen erbeten an die Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85, Telefon 36 11 21.

Die Vertreterzentrale der
Bayerischen Landesärztekammer

AUS DER GESCHICHTE DER MEDIZIN

Dem großen Entdecker August Paul von Wassermann aus der Ära der Serologie der Berliner Medizin um die Jahrhundertwende

zum Gedächtnis seines 100. Geburtstages

Von Georg Heinrich Schneider

„Geheimnisvoll am lichten Tag,
Läßt sich Natur des Schleiers nicht berauben,
Und was sie Deinem Geist nicht offenbaren mag,
Das zwingst Du ihr nicht ab mit Hebeln und mit
Schrauben“,

sagt Goethe in der Zeit vor der naturwissenschaftlichen Richtung in der Biologie und Heilkunde, die mit Johann Lukas SCHÖNLEIN aus Bamberg (1793—1864) begann.

Goethe ruft uns aber auch mahnend und auffordernd zu: „Immer strebe zum Ganzen, und kannst Du selber kein Ganzes sein, als dienendes Glied schließ an ein Ganzes Dich an“. Und gleichsam prophetisch stellt er fest: „Blut ist ein ganz besonderer Saft.“ Mit diesem beschäftigt sich, ausgehend von der Bakteriologie, die Hämatologie, Serologie und Immunologie. Einer der größten dieser Forschung war, ist und bleibt Dr. August Paul von WASSERMANN. Der Chronist findet verzeichnet, daß, unter dem Beistand der Hebamme Markert, dem Vater Angelo Wassermann von dessen Gattin Dora, geborene Bauer, am 22. 2. 1866 ein zweiter Sohn geboren wurde, der den Namen August Paul erhalten hat. Von den Eltern ist zu berichten, daß der Vater Angelo am 20. 5. 1835 in Wallerstein geboren war, im bayerischen Schwaben, nordwestlich von Nördlingen. Hier hatten die Fürsten von Öttingen-Wallerstein ihr neues Schloß 1805 umgebaut, nachdem die alte Burg Wallerstein 1648 zerstört wurde. Seine Gattin Dora, geborene Bauer, war am 27. 11. 1841 in Buttenwiesen bei Donauwörth geboren. Sie verschied am 21. 2. 1912 in Meran, ihr Gatte am 8. 5. 1914 in Charlottenburg. Die Großeltern unseres zu Gedenkenden waren Samuel Wassermann, geboren am 12. 8. 1810 in Wallerstein, und dessen Frau Karoline, geborene Eger, geboren am 9. 2. 1809 in Bamberg, Großvater Samuel starb am 16. 2. 1884 in Bamberg, wurde aber in Wallerstein beigesetzt. Er hatte in Wallerstein eine Tuchhandlung und einen Geldwechsel. Da aber dessen Gattin Karoline aus Bamberg stammte, seinerzeit Wallerstein etwa 1200 bis 1500 Einwohner hatte, Bamberg aber etwa 17 000, siedelten sie nach Bamberg über, da die Frau Karoline die Familie wieder nach Bamberg, ihre Heimat, zog.

Der Urgroßvater unseres zu Gedenkenden war der Schutzjude Amschel Elkan, dessen Geburtstag nicht mehr zu ermitteln war. 1808 war er als Handelsmann verzeichnet. Erst um 1820, als die Juden gesetzlich gezwungen wurden, Familiennamen anzunehmen, tritt er mit dem Familiennamen Wassermann erstmalig auf. Frühestens 1800 handelte er mit Tuchen und betrieb natürlich, wie alle sogenannten Schutzjuden, Geldgeschäfte. Das Lernen eines Handwerkes, der Erwerb von Grundbesitz, außer einem Getto, war ja seit dem Konzil im Lateran 1215 allen Juden im ganzen Mittelalter verboten. Und rechtlich endet das Mittelalter erst

mit dem Frieden zu Münster und Osnabrück 1648. Von einer Emanzipation aber kann man erst nach der Französischen Revolution sprechen, da die regierenden Duodezfürsten von den Juden auch eine Fron verlangten, die sie auf deren Betätigung, ihren Handel, legten. Bei seinem Tode, am 23. 11. 1932, wird er bereits als Großhändler bezeichnet. Samuel erhielt frühestens 1842, offiziell 1849, die Genehmigung für seinen Handel; 1850 erfolgte die Geschäftseröffnung im Hause Nr. 134, heute Lange Straße 26. Die Bezeichnung „Banquier“ gebrauchte Samuel Wassermann erstmals am 16. 1. 1863 in einem Antrag auf Umbau des Hauses für die Zwecke des Bankgeschäftes.

August Paul Wassermann hatte noch einen älteren Bruder Max, geboren am 21. 4. 1863, Inhaber des Bankhauses, ab 1. 1. 1889 Leiter der Filiale Berlin und am 1. 1. 1909 zum königlich-bayerischen Kommerzienrat ernannt. Die Eltern Angelo Wassermann und Dora, geborene Bauer, verheirateten sich am 7. 1. 1862 zu Donauwörth.

Der Vater Angelo Wassermann hatte noch einen jüngeren Bruder Emil, der am 12. 5. 1842 in Wallerstein geboren war, am 12. 11. 1911 in Berlin verstarb; verheiratet mit Emma Oppenheimer, geboren am 6. 1. 1847 in Frankfurt a. M., gestorben am 1. 11. 1889. Das war also der Onkel unseres zu Gedenkenden. Er führte mit seinem Bruder Angelo zusammen das Bankhaus, das dann immer als Bankhaus A. & E. Wassermann bekannt war. Dieser Onkel Emil hatte acht Kinder, nämlich Oskar, geboren am 4. 4. 1869, gestorben am 8. 9. 1934, Inhaber des Bankhauses und ab 1912 im Vorstand der Deutschen Bank in Berlin; Dr. jur. Albert, geboren am 14. 1. 1872, Justizrat, Inhaber des Bankhauses noch 1938, verheiratet mit Frieda, geborene Plaut, aus Kassel, geboren am 25. 5. 1882; Julius, geboren am 14. 6. 1873 (18. 2. 1873?), noch 1938 Inhaber des Bankhauses, verheiratet mit Elsa Neuberger aus Fürth, geboren am 18. 1. 1882; Jutta, geboren am 30. 5. 1877; Jakob, geboren am 4. 1. 1879; Ernst, Chemiker, Dr. phil.; Michael, geboren am 19. 3. 1882, Arzt, Bakteriologe und Serologe, Dr. med. in Berlin, später noch in Bamberg, bis er dann nach Prag emigrierte; Sigmund, geboren am 16. 10. 1889, Dr. und Diplomkaufmann, auch in Hamburg und in der Türkei tätig, noch 1938 Inhaber des Bankhauses, alles Vettern und Base von August Paul.

August Paul verheiratete sich mit 29 Jahren am 3. 12. 1895 in Wien mit Alice von Tausig, der Tochter des Direktors der Österreichischen Bodenkreditanstalt, die am 16. 9. 1874 in Wien geboren war. Dieser Ehe sind zwei Söhne entsprossen, Robert und Franz.

Neben dem erwähnten älteren Bruder Max hatte der zu Gedenkende noch einen jüngeren Bruder Karl, der 1869 geboren wurde und nach sechs Wochen verstarb, und einen Bruder Eugen, geboren am 15. 3. 1870, der

Bankier in Brüssel in der dortigen Zweigbank und später in Berlin in der Firma war. Das Bamberger Bankhaus, das Samuel Wassermann in der Langen Straße gegründet hat und das dann später in das Marschalk von Ostheimsche Anwesen am Schönleinplatz verlegt wurde, übernahmen dessen Söhne Angelo und Emil, so daß die Firma dann A. & E. Wassermann sich nannte. Der genannte Sohn Max des älteren Bruders Angelo, der die Filiale Berlin dann leitete, aber immer auch in der Zentrale Bamberg mittätig war, wurde am 1. 1. 1909 bayerischer Kommerzienrat, und die beiden Inhaber Angelo und Emil wurden am 2. 8. 1909 zu königlich-bayerischen Hofbankiers ernannt, solange sich der Sitz des Hauptgeschäftes in Bayern befindet. Bekannt war die vorbildlich mildtätige Hand der Wassermanns, die auch die gesamte oberfränkische Industrie und speziell die bedeutende Textilindustrie finanziell aus der Taufe hoben. Für kulturfördernde Bestrebungen hatten sie ein freigebiges Mäzenatentum, besonders auch die neue Bamberger Synagoge hat ihnen viel zu verdanken. Der Teilhaber Angelo Wassermann stellte dem Prinzregenten LUITPOLD seinerzeit 5 Millionen Mark, damals echte Goldmark, zur Verfügung und erhielt als allerhöchste Anerkennung für sich und seine Abkömmlinge die Erhebung in den erblichen Adelsstand mit dem Prädikat „von Wassermann“.

Bezüglich der Arisierung der Firma, die am 15. 6. 1938 erfolgte, ist zu berichten: 1938 war außer den Inhabern Dr. Albert, der Justizrat, Julius und Dr. Sigmund Wassermann, noch ein Georg A. von Wassermann Mitinhaber, ferner war im Bankhaus noch ein Wilhelm Wassermann tätig. Der Gesellschaftsvertrag vom 25. 4. 1938 sah ursprünglich folgende Kapitalbeteiligungen vor: Dr. Wunder 180 000 RM, Fr. v. Wendland 200 000 RM, Julius Wassermann 100 000 RM und das Bankhaus A. & E. Wassermann 100 000 RM. Der Reichskommissar für das Kreditwesen gab am 2. 5. 1938 die Zustimmung zur Arisierung.

Der Bruder Max von Wassermanns war ein bedeutender Bankexperte, der die Berliner Zweigstelle 1889 gründete, die natürlich bald an Umsatz und Bedeutung das Bamberger Stammhaus überflügelte. In der Berliner Börse war er in der Wertpapier-Zulassungsstelle und unter den „Börsenältesten“. Er verschied am 14. 10. 1934 in Berlin. Er überlebte seinen Vetter Oskar, der sechs Jahre jünger war, nur um einen Monat. Die Firma hatte blühende Niederlassungen noch in London und Brüssel.

August Paul war zwar auch für das in der Familie erbliche Bankfach bestimmt. Aber sein Vater erzählte vor dem ersten Weltkrieg, daß er für Rechnen und Mathematik gar keine Anlagen hatte, er war aus der Art geschlagen, man konnte ihn im Bankfach nicht brauchen. Er hatte immer Interesse an Naturwissenschaft und Biologie. Er besuchte das Humanistische Gymnasium zu Bamberg, das nach Errichtung eines zweiten, des „Neuen Gymnasiums“, 1890 das „Alte Gymnasium“ heißt. Anfangs der achtziger Jahre begann er sein Universitätsstudium der Medizin an der Fakultät zu Erlangen, wechselte noch über nach Wien, München und Straßburg, wo er 1888 das Staatsexamen ablegte und zum Dr. med. promovierte. Die Doktorarbeit hatte den Titel „Über die Wirkung des Sulfonals“ — ein damals viel gebräuchliches Schlafmittel.

Wassermann wurde ausgebildet in der Periode der naturwissenschaftlichen Medizin, die Johann Lukas

Schönlein begründet hat nach der Ablösung der Spekulation, des Mystizismus, des Magnetismus, des Brownianismus, der RINGSEISSchen Sündhaftigkeit als Ursachen der Krankheiten. Er übernahm Chemie und Physik in das Laboratorium der Klinik. Und der Stern von Rudolf VIRCHOW (1821—1902), mit der Lehre „omnis cellula e cellula“, 1855 verkündet, stand hoch allein im Zenit. Virchow schuf das Verständnis für alle Arten der benignen und malignen Formen von Erkrankungen, er brach Bahn für physiologisches Heranwachsen und/oder krankhaftes Wuchern nach Abschluß der Wachstumsperiode oder schon vorher von ihr unabhängig. In seinem Werk über die Tumoren ergibt sich, daß die „Organpathologie“ in seinem Sinne keineswegs nur organgebundene Vorstellungen umfaßte. Ludwig TRAUBE, Lieblingsschüler von Schönlein, und Johannes MÜLLER (Traube 1818—1876, Müller 1801 bis 1858) führten die Raison der Physiologie, die pathologische Physiologie, in die Krankenbehandlung ein, die erst von Rudolf KREHL und Gustav von BERGMANN voll vertieft wurde, nachdem sie auch schon Schönlein übernommen hatte, der auch schon das Funktionelle neben dem Organischen als eine Betriebsstörung anerkannt hat. Der alte Chirurg Johann Christian JÜNGKEN (1793—1875) an der Charité, der auch noch die Augenheilkunde vertrat, trat 1868 zurück. Bernhard von LANGENBECK (1810—1887) wollte gerne Theodor BILLROTH (1828—1894) aus Wien, den Pfarrerssohn von der Insel Rügen, als Nachfolger berufen sehen. Er schrieb damals an ihn: „Mit unserer Fakultät sieht es im Augenblick schlimm aus. GRIESINGER (1817—1868) liegt schwer krank (war Psychiater); Traube liegt in diesem Semester nicht, er ist noch immer sehr leidend und zum Skelett abgemagert; ROMBERG (1795—1873) liegt seit Wochen an der Gicht schwer darnieder. Daß bei der bevorstehenden Beratung in der Fakultät uns Griesingers Stimme fehlen muß, beklage ich sehr.“ Die Fakultät war damals in zwei Lager gespalten: einerseits Virchow, DU BOIS-REYMOND Emil (1818—1896, Physiologe), Langenbeck, Traube, andererseits FRIEDRICHS Friedrich Theodor (1819—1895, Internist, Nachfolger Schönleins), REICHERT Bogislav, der alte Anatom (1811—1883), Jüngken. Virchow und Frerichs waren über Kreuz, Frerichs und Traube. Ohne sich zu beachten, schritten beide mit dem Gefolge ihrer Assistenten auf den Korridoren der Charité aneinander vorbei, höchstens ein verstohlener Gruß der Assistenten hinter dem Rücken der Chefs, so schreibt der spätere große Kliniker NAUNYN in Straßburg (1839—1925). Soviel auch von der Schattenseite der damaligen großen Zeit. Anstelle von Jüngken wurde dann nicht Billroth, sondern Adolf BARDELEBEN aus Greifswald (1819 bis 1895), der zuerst Karl Ludwig SCHLEICH (1859—1922) trotz seiner Neueinführung der Lokalanästhesie auf dem Chirurgenkongreß abservierte, berufen.

Trotz des Medizinpapstes mit seinem allein seligmachenden Zellulardogma fängt aufgrund der Bakteriologie die moderne Serologie und Immunologie als neue Humoralpathologie an, die Zellulärpathologie indizierend zu ergänzen und zu erweitern.

Louis PASTEUR (1822—1895), der französische Chemiker, Biochemiker und Bakteriologe, im friedlichen Wettstreit mit Robert KOCH (1843—1910) führen Schönleins Entdeckung des ersten Infektionskleinbewesens, der Entdeckung des die Hauterkrankung Favus verur-

sachenden Pilzes „Achorion schönleini“ fort und weiter und erforschen die Ursachen vieler Infektionskrankheiten exogener Natur. 1880 wurde der Kreisarzt aus Wollstein im Kreis Bomst, der bereits die Milzbrand-erreger trotz seiner primitiven Arbeitsmethoden entdeckt hat, an das Kaiserliche Gesundheitsamt in Berlin berufen. Die klassische Lehre, daß jede Zelle nur von einer Mutterzelle herkommen kann, hat ja wesentlich dazu beigetragen, daß die Lehre von der Generatio spontanea, von der Urzeugung kleinster Lebewesen, überwunden wurde und ihr zahlreiche Gegner erwachsen sind. Gerade hierin hat sich mit verschiedenen anderen Gelehrten Louis Pasteur besonders als Führer ausgezeichnet. An seinen Namen knüpft sich der unwiderlegliche Nachweis der ursächlichen Beziehung von Kleinlebewesen zur Entstehung der Fäulnis und Gärung. Seine Arbeiten und Züchtungsmethoden bilden den Ausgangspunkt für alle weiteren Ergebnisse auf dem Gebiet der Mikrobiologie und führten in ihren Folgen zur wissenschaftlichen Begründung der ursächlichen Infektionslehre durch Robert Koch, die vor ihm schon Jakob HENLE (1809—1885) prophetisch klar vorausgesagt hatte. Robert Koch hat 1878 eine Monographie veröffentlicht „Über die Ätiologie der Wundinfektionskrankheiten“ und „Über die Ätiologie des Milzbrandes“. Pasteur hat das Naturgesetz der spezifischen Erreger der Fäulnis und Gärung nachgewiesen, und Robert Koch hat es auf die krankheitsregenden Kleinlebewesen ausgedehnt mit der Grundtatsache, daß nur ein bestimmter Erreger eine bestimmte Seuche hervorrufen kann. Deshalb beginnt mit Koch die neue Pathologia animata, die Lehre von lebenden Krankheitsursachen, wozu Wassermann Bedeutendes beigetragen hat.

Dazu kamen die bedeutenden Verbesserungen der Mikroskope durch Ölimmersion und ABBESchen Beleuchtungsapparat, die Einführung von Färbemethoden. So entdeckte der Däne Christian GRAM (1853—1938) im Laboratorium der Inneren Klinik unter Leopold Peter RIESS (1840—1886) die nach ihm benannte Gramfärbung, die die Bakterien in grampositive und gramnegative einteilt. So wechselte langsam aber stetig gegen stärksten Widerstand die ärztliche Tiara des Medizinpapstes vom Haupte Rudolf Virchows auf den Kopf des neuen Gegenpapstes Robert Koch, besonders, seitdem er auf dem Internationalen medizinischen Kongreß

37. Augsburger Fortbildungskurs für praktische Medizin:

▶ 25. bis 27. März 1966

in Berlin am 4. 8. 1890 seine ersten Versuche bekanntgab, daß er bei Meerschweinchen durch ein neues Mittel die Tuberkulose vollkommen zum Stillstand gebracht habe. „Aus diesen Versuchen möchte ich vorläufig keine weiteren Schlüsse ziehen, als daß die bisher mit Recht bezweifelte Möglichkeit, pathogene Bakterien im lebenden Körper ohne Benachteiligung des letzteren unschädlich zu machen, damit erwiesen ist. Schon jetzt die Anregung zu weiteren Versuchen nach dieser Richtung zu geben, war einzig und allein der Grund, daß ich, von meiner sonstigen Gewohnheit abweichend, über noch nicht abgeschlossene Versuche eine Mitteilung gemacht habe.“ Er entfachte damit ohne Absicht ein Strohfeuer der Begeisterung bei kritiklosen Laien, besonders bei Journalisten, aber auch bei Ärzten. Die Deutsche Medizinische Wochenschrift meldete „Unvergleichlicher Ruhmesglanz umgibt den Namen Robert Koch“ in Ihrer Nummer vom 20. 11. 1890. Schon 1882 beschrieb er erstmals in der Berliner Klinischen Wochenschrift Nr. 19 den Tuberkelbazillus. Als Assistenten und Hilfsärzte waren am Kaiserlichen Gesundheitsamt besonders kommandierte Militärärzte tätig, wie Georg GAFFKY (1850—1918), Friedrich LÖFFLER (1852—1915), Richard PFEIFFER (1858—1933), August GÄRTNER (1848—?), Ferdinand HUEPPE (1852—1927) und Ludwig HEIM (1857—1931). Letzterer in Erlangen mein Lehrer für Hygiene und Bakteriologie. Sie alle wurden bedeutende Professoren und Institutsvorstände, da sie bei Koch Entdecker neu aufgefundener Kleinlebewesen wurden und durch den schier allmächtigen Mentor Koch die beste Protektion hatten.

1885 übernahm Koch den neu in der Fakultät errichteten Lehrstuhl für Hygiene und Bakteriologie im Universitäts-Hygiene-Institut in Berlin. Hier möchte ich von seinen Adepten nur noch Bernhard NOCHT (1857 bis 1945), den späteren berühmten Hamburger Tropen-

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

Dilaoprominhydrochlorid

stellt an der
Magenschleimhaut
physiologische
Verhältnisse wieder her

Bismut. aluminicum, Succus Liquiritiae

bedeutet gleich-
zeitige Leberschutztherapie

Cholin orotat

Im Auftrag der Ärztlichen Pressestelle für Baden-Württemberg und dem Einvernehmen mit dem Auslandsdienst der Bundesärztekammer führt das DER vom 8. bis 21. Mai 1966 eine

Studienreise zu den Kurorten in der Tschechoslowakei

durch. Es werden folgende Bäder besucht:

Karlsbad	Piestany
Marienbad	Teplice
Franzensbad	Gräfenberg
Luhatschowitz	

Ein Besuch von Prag ist ebenfalls vorgesehen. Kosten für Beförderung, Unterbringung, Verpflegung und Besichtigungen insgesamt 657 DM.

Anmeldung unter ST 6642 beim Deutschen Reisebüro, 6 Frankfurt/M., Eschersheimer Landstr. 25.

forscher, nennen, Erich WERNICKE (1859—1928) und Karl FRAENKEL (1861—1915). 1890 trat Koch von der Professur, die ihn wegen des Unterrichts zu sehr zersplitterte, zurück und übernahm das für ihn neuerbaute, zur Weltberühmtheit gekommene Institut für Infektionskrankheiten, das am 8. 7. 1891 im Zusammenhang mit der berühmten Charité an der Schumannstraße eröffnet wurde. Hier errichtete Koch seine berühmte Kochsche Schule, die dann in Berlin und in der internationalen Bakteriologie und Serologie einen hervorragenden Namen sich erwarb. Die Zahl der berühmten Mitarbeiter wurde Legion; Wassermann war der bedeutendste. Charakteristisch für den überragenden Geist Kochs ist die Tatsache, daß er auch deshalb den Lehrstuhl für Hygiene verließ, weil er da den Zusammenhang mit der Klinik, mit den Patienten, für die ja die ganze bakteriologische und serologische Arbeit geleistet wurde, entbehren mußte. Und so hat er für sein Institut, das zwar ein reines Forschungsinstitut war, auch eine relativ große Krankenabteilung gefordert und bekommen, nämlich 10 neue Baracken im anschließenden Charitégelände, bis er dann, noch 1905, das neue Institut plante, das heutige Robert-Koch-Institut, das dann sein Schüler Gaffky bis 1913 leitete, dessen Nachfolger dann Friedrich Löffler von 1913—1915 wurde, um in den Sieben zu sterben, und den Fred NEUFELD (1869—1945) von 1915—1933 ablöste. Sein späterer Schwiegersohn Eduard PFUHL (1852—1917) gehörte zu den Schülern und auch August Paul Wassermann. Dieser kam 1891 an das Institut für Infektionskrankheiten. Zu erwähnen wäre noch Hans TOEPFER (1876—1965), der später Chef der bakteriologischen Abteilung am Rudolf-Virchow-Krankenhaus war. Im Kriege (1916) entdeckte er unter Wassermann an der militärisch dienstbar gemachten bakteriologischen Abteilung des später zu erwähnenden Kaiser-Wilhelm-Instituts für experimentelle Therapie den Erreger des Wolhynischen Fiebers, die *Rickettsia quintana*. Er war der letzte Assistent von Koch und hatte auch beim Chirurgen von Bergmann

gearbeitet, sowie bei Virchow in dessen Pathologie. Mit Wassermann trat auch Paul EHRlich (1854—1915) in das Institut für Infektionskrankheiten ein. Vorher kam auch der Stabsarzt Emil BEHRING (1854—1917) durch Kommandierung an das Hygienische Universitätsinstitut. Er begründete die Entwicklung des Tetanus- und Diphtherieantitoxins. Das war auch eine Großtat, da doch seit Menschengedenken zahllose Kinder den Epidemien des Kroup und verletzte Menschen dem Wundstarrkrampf zum Opfer gefallen waren, ohne daß man eine ursächliche Behandlung oder symptomatische Mittel zur Heilung gekannt hätte. Auch Paul Ehrlich fing seine ärztliche Tätigkeit an der Klinik mit der Behandlung der Kranken bei Theodor Frerichs an, Nachfolger Johann Lukas Schönleins als Chef der 1. Medizinischen Klinik der Charité, und dann bei Karl GERHARD, ab 1876 Chef der 2. Medizinischen Klinik (1833—1902, geborener Pfälzer, der vom Julius-Spital in Würzburg dorthin kam). Ehrlich war der Begründer der Färbungen der Blutzellen und Bakterien und führend in diesen neuen Methoden, so daß ihm 1884 mit 30 Jahren der „Professor“-Titel verliehen wurde. 1887 holte er dann nachträglich die Habilitation nach. Diese war erst durch die Revolution 1848 für Juden ermöglicht worden. Er erkrankte an einer im Beruf erworbenen Tuberkulose der Lunge und mußte sich in Ägypten auskurieren. 1890 übertrug Koch ihm im Krankenhaus Moabit eine klinische Krankenabteilung zur Beobachtung und eine Stelle im Institut für Infektionskrankheiten. Später finden wir ihn in Frankfurt/M. als Chef des Königlichen Institutes für Experimentelle Therapie im Sinne der Arbeit der Entwicklung der Chemotherapie, besonders durch Salvarsan, das er mit HATA veröffentlichte. In Berlin aber baute er die Hämatologie und die Immunitätslehre der Serologie aus. Koch selbst wies ihn, Wassermann, zuerst ab, wie er oft witzig und launig erzählte, zuerst nahm sich seiner B. PROSKAUER (1851 bis 1915) an, dann Ludwig BRIEGER (1849—1919), der dann später unter von LEYDEN (1832—1910), zuerst Chef der 2. Medizinischen Klinik, dann der 1. Internen Klinik der Charité, vorher Kliniker in Straßburg und alter Pépin, von der Pépinière die Universitätsanstalt für Wasserheilverfahren bekam. KITASATO (1852 bis 1931) war einer der bedeutendsten japanischen Schüler Kochs, der schon seit 1885 bei ihm arbeitete, auch mit Behring an Diphtherie und Tetanuserregern, gegen die sie dann das Heiiserum entdeckten.

Wassermann wurde zunächst auf die klinische Krankenabteilung eingeteilt, der er immer, auch später, sein großes Interesse zuwandte, um nicht ein einseitiger Theoretiker zu werden. 1901 wurde er dann nach 10 Jahren als besoldeter etatmäßiger Assistent fest übernommen und 1902 zum Abteilungsleiter ernannt, bald zum etatmäßigen Oberarzt in der klinischen Krankenabteilung. Er entwickelte so ein besonderes Talent für praktische Möglichkeiten und einen sicheren Blick für spekulativen Forschergeist. Die Serologie mit ihrer Lehre von der Immunität der Abwehrkräfte war sein ureigenstes Arbeitsgebiet. Als die Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft 1913 ein Institut für Experimentelle Therapie errichtete, in Dahlem, wobei auch Theodor BOVERI (Zoologe) in Würzburg ein gewichtiges Wort mitzusprechen hatte, obwohl er selbst die Übernahme eines Institutes wegen seiner Tuberkulosebeschwerden ablehnte, da kam auch nach Gaffkys Autorität niemand anderer als August Paul von Wassermann, auf den der

erbliche Adel seines Vaters übergang, in Frage. Er baute bis in alle damals vorhandenen Möglichkeiten die serologische Immunität aus. Er vereinigte die spekulativen Arbeitshypothesen, für die Ehrlich typisch war, mit der Kochschen Genialität für praktisch mögliche Erreichbarkeiten.

Wir finden ihn nicht als Einzelgänger, sondern in der Gemeinschaftsarbeit, die Koch in seinem Institut schon damals zur Institutsraison gemacht hat, wie Ernest RUTHERFORD in der Atomphysik und -chemie in Großbritannien, mit Kitasato und Brieger, mit Pfeiffer und Ehrlich in der Erforschung der Cholera, Diphtherie und Immunität. Ihm gelang es, zuerst in eingehenden Untersuchungen an den Patienten der klinischen Krankenabteilung nachzuweisen, daß alle Menschen eine gewisse Immunität haben, erworben und teils angeboren, infolge der seit Jahrhunderten in allen Familien durchgemachten Infektionen. Er konnte nämlich nachweisen, daß sehr zahlreiche Individuen schon normalerweise einen manchmal ganz erheblichen Blutspiegel von Antitoxinen, speziell Diphtherieantitoxin, haben. Er gewann daraus die Erkenntnis, die heute Allgemeingut geworden ist, daß jedes Individuum eine verschiedene Widerstandsfähigkeit gegen Infektionen aufweist. Die Immunität der Neugeborenen immuner Mütter ist eine passive und vorübergehende. Die berühmten Ammenversuche Ehrlichs erwiesen, daß Immunkörper mittels der Milch bei der Säugung auf die Säuglinge übergehen, da die Milch der aktiv immunisierten Mütter verschiedene Antikörper enthält und sie sich auf die säugenden Kinder übertragen. August Paul Wassermann wies schon 1899 in einer Diskussionsbemerkung auf dem Internistenkongreß darauf hin, daß die Antikörper der Präzipitine als Differenzierungs- und Identifizierungsmittel für die verschiedenen Eiweißarten geeignet sind. MORGENROTH, Wassermann, SCHÜTZE und UHLENHUTH veröffentlichten dann die beweisenden Versuche. So konnte dann auch z. B. für gerichtliche Zwecke die Herkunft von Blutflecken eindeutig nachgewiesen werden. Wassermann und Schütze haben somit auch zuerst die nahe Verwandtschaft der Menschen mit dem Affen erwiesen. Die Agglutination, Zusammenballung und die Präzipitation hat er als gleichartig identifiziert, nur an verschiedenen Eiweißkörpern verschieden wirksam erscheinend. Die damalige von BAIL aufgestellte „Aggressinimmunität“, die auch auf KRUSEschen Gedankengängen und Versuchen mitberuhte, lehnte er auf Grund eindeutiger Nachweise insofern ab, als sie eine weitere andersartige Form von Immunität sei. Er machte sich jedoch die Gedankengänge von Bail dienstbar in der Ausarbeitung neuer und verbesserter Methoden zur aktiven Immunisierung. Auf diesem Gebiete arbeitete auch mit ihm zusammen am Institut Julius CITRON (1878—?), der bei Koch begonnen hatte, und mit Wassermann interessante Arbeiten ausführte und publizierte. Er ist dann zu dem überragenden Kliniker Friedrich KRAUS (1858—1936), dem Chef der Charité — Innere Klinik —, Nachfolger von Karl Gerhard, gegangen. Kraus war die Verkörperung der ärztlichen Intuition in einer genialen Konzeption einer Zusammenschau einer Lebens-, Konstitutions- und Erblehre, weiterbauend auf der Konstitutionslehre des alten Friedrich MARTIUS (1850—1923) in Rostock, an deren Vorlesungen ich mich noch mit Freude und mit großem Gewinn erinnere, die den Reaktionstyp, die Leib-Seele-Einheit und die Umwelteinflüsse umfaßte.

Wassermann machte auch zuerst auf die Mannigfaltigkeit im deimmunen und antigenen Verhalten der verschiedenen Stämme der gleichen Kleinlebewesen mit aufmerksam und verlangte polyvalente Sera und Impfstoffe für die Praxis. Erwähnenswert ist auch seine Darstellung der Influenza aus seiner Zeit als Oberarzt der klinischen Krankenabteilung des Institutes für Infektionskrankheiten. Mit Scharfblick erkannte er zuerst die für die Epidemiologie wichtige Tatsache, welche ausschlaggebende Rolle der Immunität der Population nach allgemeiner Durchseuchung zukommt. Durch Herabwandern gelangt der PFEIFFERsche Bazillus gegen die Bewegung des Flimmerepithels über Trachea und Bronchien auch zur Erzeugung einer Bronchopneumonie oder Lobärpneumonie. Die große Pandemie 1889 brachte noch nicht den Nachweis des Erregers, der dann 1892 Pfeiffer gelang. So kommt es eben dann auch zu periodischem Auftreten von Influenza-Epidemien leichterer und schwerer Art; Perioden mit großen Zwischenräumen, mit kleinen endemischen Herden, von denen aus immer wieder epidemische Schübe des verschiedensten Ausmaßes verbreitet werden. Seit 1743 finden sich darüber im Schrifttum Berichte. In Frankreich findet sich im gleichen Jahre das erste Mal die Bezeichnung Grippe (vom Verbum „gripper“ = fassen, erwischen). Von großer Bedeutung waren seine Arbeiten mit TAKAKI, wobei in experimentellen Ergebnissen einwandfrei erhärtet wurde, daß eine elektive Bindung des Wundstarrkrampfgiftes an das Zentralnervensystem vorhanden ist, eine Bestätigung im Versuch der sogenannten Seitenkettentheorie von Ehrlich. Mit dem schon erwähnten Citron verfaßte er eine Publikation, die den Nachweis erbrachte, daß es nicht nur eine humorale Serumimmunität gibt, sondern, daß auch nach dem Überstehen einer ansteckenden Erkrankung auch lokal in dem betroffenen Organ eine örtliche und spezifische Gewebimmunität durch Umstimmung sich herausbildet, so z. B. nach einem durchgemachten Typhus eine zelluläre Gewebimmunität im Dünndarm, speziell in den PEYERschen Plaques.

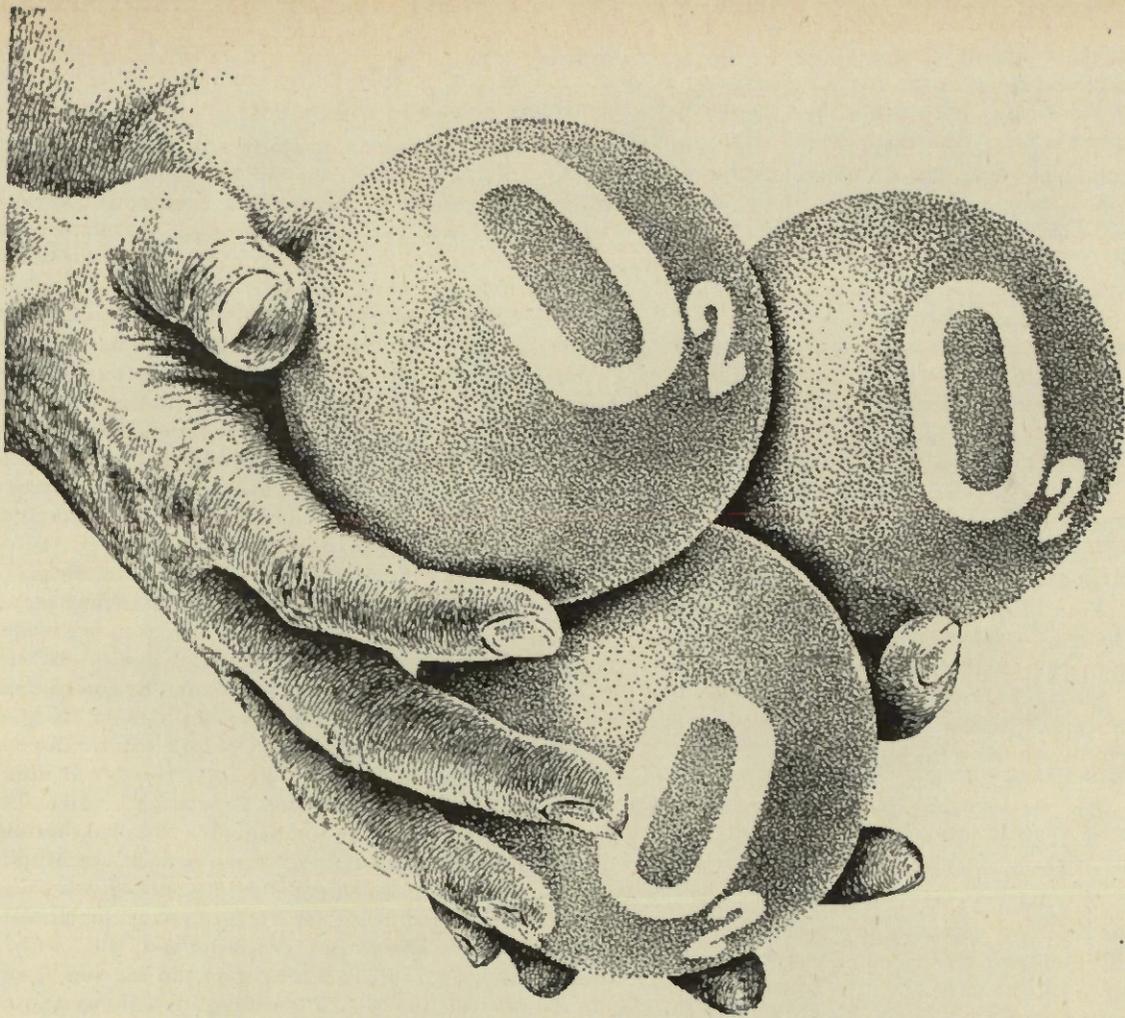
Die Hämolyse haben an praktischer Bedeutung gewonnen, als man lernte, die durch sie verursachte Hämolyse als Indikator zu benutzen. 1901 berichteten BORDET und GENGOU aus Brüssel über die Entdeckung biologischer Serumreaktionen, die man als Komplementbindung und Komplementablenkung bezeichnet. Man kann auch, wie Ehrlich gezeigt hat, mit pflanzlichen Giften Immunität erzeugen. Der Organismus, speziell die Plasmazellen des Blutes, die die Bildungsstätten der humoralen Antikörper im menschlichen Knochenmark sind und beim Fötus noch nicht vorkommen, produziert nicht nur gegen Infektionserreger und deren Gifte. Vielmehr ist diese Antikörperbildung nur ein Spezialfall eines allgemeinen biologischen Gesetzes. Die Antigene von Kleinlebewesen verschiedenster Art, sowohl der Flora als auch der Fauna, und jedes körperfremde Eiweiß überhaupt, vermögen im zellulären und humoralen Apparat die Bildung von Antikörpern anzuregen. Es gibt verschiedene Antikörper, die weder mit der natürlichen Immunität, noch mit der durch überstandene Krankheit erworbenen in Zusammenhang gebracht werden können. Durch die verschiedenen Antigene bei Gesunden und Kranken nachweisbare und immunisierungsverursachte Antikörper sind Agglutinine, Präzipitine, Antitoxine, Zytolysine, Hämolyse und komplementablenkende Antikörper.

Diese Komplementbindung stellte ein Verfahren dar, um die Anwesenheit spezifischer Sensibilisatoren festzustellen. METSCHNIKOFF und ROUX lehrten 1903, die Syphilis auf Tiere zu übertragen. Als Ursache der Syphilis entdeckte SCHAUDINN 1905 die Spirochaeta pallida oder das Treponema pallidum, gleichzeitig auch HOFFMANN. Die Klärung der wichtigen biologischen Zusammenhänge zwischen den sogenannten Stadien der Lues und ihrer Nacherkrankungen, wie Tabes, Paralyse, wurde erst möglich durch die Großtat der WASSERMANNschen Reaktion, die auch die vielen adaptomatischen Fälle und differentialdiagnostisch ähnliche Krankheitserscheinungen einfach und sicher zu klären erlaubte. War doch die Lues wie die Tuberkulose eine Geißel der Menschheit in allen 5 Kontinenten, bei den hochzivilisierten und unterentwickelten Völkern, ohne eindeutige ätiologische Diagnostik. Mit Albert NEISSER, dem späteren Dermatologen in Breslau, und C. BRUCK veröffentlichte er 1906 in der Zeitschrift für Hygiene diesen Markstein der Heilkunde. Er änderte die Bordet-Gengou-Methode grundlegend dahin gehend ab, daß er Schüttelextrakte aus Bakterien und Organextrakte mit spezifischer Erkrankung anwendete. Er erreichte so, daß man mit Hilfe des Wassermann auch bei Erkrankungen mit unbekanntem Erregern oder nicht züchtbaren Erregern entweder spezifisches Antigen oder spezifische Antikörper nachweisen konnte. Zuerst bei syphilitischen Affen, dann auch bei Menschen, konnte er Antigen und Antikörper feststellen. Schon vorher wies er mit Bruck zusammen in der Umgebung tuberkulöser Herde Antikörper gegen Tuberkulin nach, und begründete damit die einfachste Erklärung, nämlich die spezifische Herdreaktion, auf die schon Koch aufmerksam gemacht hat. Der spätere Nobelpreisträger LANDSTEINER (1868—1943), der Blutgruppenentdecker und Rhesusfaktorbeschreiber, WEIL und BRAUN, führen die sichere WASSERMANNsche Reaktion auf Antikörper und Ambozeptorencharakter zurück gegen körpereigene Lipide. Es wurden zahlreiche Modifikationen und Kontrolluntersuchungen, noch später auf seinen Ergebnissen fußend, angegeben, aber keine Modifikation brachte eine wesentliche Verbesserung. Sein Freund Citron, aus der bakteriologisch-serologischen Schule stammend, hat unter fördernder Anteilnahme seines Chefs, des großen, schon erwähnten Friedrich Kraus', in ganz großem Umfang in der Inneren Charité-Klinik die einwandfreie kritische Kontrolle der WASSERMANNschen Reaktion durchgeführt und sie in ihren klinischen Ergebnissen voll und ganz bestätigt und mit seinem Eifer im Benehmen mit der Dermatologischen Klinik unter Edmund LESSER (1852—1918), bei dem der schon genannte Neisser Oberarzt war. Friedrich Kraus setzte seine ganze gewichtige Autorität für die WASSERMANNsche Reaktion ein, nachdem seinerzeit solche Widerstände dagegen aus antisemitischen Kreisen kamen, daß die Berliner Klinische Wochenschrift seinerzeit sich weigerte, den ersten Vortrag Citrons in der Medizinischen Gesellschaft referierend zu bringen. Kraus war ja auch sofort für die Einführung des Elektrokardiogramms durch NIKOLAI, und er war einer der ersten und größten Förderer des Röntgenverfahrens in der Klinik. Mit Recht war er von etwa 1900 bis 1930 der am meisten gesuchte Konsiliarius der oberen Zehntausend von Europa. Ernst WOLLHEIM in Würzburg (geboren am 24. 3. 1900) hat als Internist viel von der Art seines Lehrers Kraus.

Hier ist noch zu erwähnen, daß die Immunität nicht erst bei den bakteriellen Erkrankungen eine Rolle spielt. Sie ist vielmehr viel älter. Die Immunität ist schon bei allen Wirbeltieren nach den Ergebnissen von KLEIN in Stockholm und PREHN in Seattle eine Reaktion, auch schon lange Millionen von Jahren, auf die potentiell gefährlichen Mutatine, Zellentartungen im Sinne der Krebsentstehung. Schon 1959 stellt THOMAS fest, daß die somatische Mutation einer Organzelle zu einer Krebszelle diese als Antigen empfindet und Antikörper dagegen erzeugt. Die neuen Autoren der Zytologie fassen diese alte Immunität als zuerst die Integrität der Gewebszellen überwachend und erst später auf das Gebiet der Infektionen durch Krankheitserreger ausgedehnt auf. Denn atomare Änderungen im Zelleiweiß in den Makromolekülen der Chromosomen und der Gene schaffen schon die Voraussetzungen für Aggresine gegen die entarteten Zellen.

In dem neuen Robert-Koch-Institut für Infektionskrankheiten hatte August Paul von Wassermann seine selbständige Abteilung, nachdem Kochs Verdienste durch den Nobelpreis 1905 anerkannt wurden. Es hat das Institut mit und ohne ihn zahlreiche Expeditionen in die Länder Asiens, Afrikas und Australiens zur Erforschung von ansteckenden Erkrankungen durchgeführt. 1908 wurde Wassermann mit dem Titel eines Geheimen Medizinalrates ausgezeichnet, so daß zu der Anerkennung in der weiten Welt auch eine äußere Ehrung in der Heimat kam. Wassermann beschäftigte sich auch weiter mit allen Fortschritten der Serologie im Kampfe gegen Lues, Tuberkulose und bösartige Geschwülste.

Die Universitätsinstitute waren noch bis in das erste Jahrzehnt des 20. Jahrhunderts gemeinsam der Lehre und Forschung dienend. Als die Alma Mater Berolinensis 1910 ihren 100. Geburtstag feierte, besann man sich auch wieder auf die Gedanken des Gründers, Wilhelm von HUMBOLDT. Der hatte schon damals die Notwendigkeit erkannt, für den wissenschaftlichen Fortschritt von der Lehre und Ausbildung des Nachwuchses unabhängige Forschungsinstitute zu errichten. Die Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften wurde 1911 unter dem Präsidenten, dem Theologen Adolf von HARNACK, ins Leben gerufen. 1912 wurde die Gründung eines Kaiser-Wilhelm-Institutes für Experimentelle Therapie in Dahlem beschlossen und dieses am 28. 10. 1913 eingeweiht. Als Direktor wurde August Paul von Wassermann ernannt. Damit bekam der immer bescheidene und nur auf die Ergebnisse seiner Arbeit bedachte, international anerkannte Gelehrte endlich eine Arbeitsstätte mit ausreichendem Raum und repräsentativer Ausstattung. Hier konnte er seine Tumorforschungen an den tierischen Tumoren beginnen. Leider unterbrachen die Schüsse von Sarajewo auf den Erzherzog-Thronfolger FRANZ FERDINAND von Österreich und seine Gattin die friedliche Arbeit zur Wohlfahrt der Kranken. Für seine bahnbrechenden wissenschaftlichen Arbeiten wurde er seinerzeit mit dem Professor-Prädikat ausgezeichnet. 1901 habilitierte er sich bei dem Nachfolger seines Lehrers Koch Karl Georg FLÜGGE (1847—1923) und wurde wegen seiner nachgewiesenen qualifizierten wissenschaftlichen Arbeiten schon 1902 zum außerordentlichen Professor in der Fakultät ernannt. 1908 wurde er in der selbständigen Abteilung für Experimentelle Therapie und Biochemie deren Vorstand, bis ihm dann wegen seiner



Sauerstoffangebot
für den
Asthmatiker

Dilavert[®]

Asthma-Tabletten

sprengen die Sauerstoffsperr
kräftigen das geschwächte Herz
befreien von Angst und Unruhe

Indikationen:

Asthma bronchiale,
spastische Bronchitis, Emphysem-Bronchitis,
Berufsasthma, Asthma cardiale
und Asthma nervosum

Tabletten: 10 u. 20 St., Anst.-P. 100 St.

Dolorgiet Arzneimittelfabrik Bad Godesberg



überragenden Bedeutung das genannte Kaiser-Wilhelm-Institut für Experimentelle Therapie übertragen wurde, dessen wissenschaftlicher Mitarbeiter und Leiter der chemischen Abteilung Carl NEUBERG (1877—1956) war.

In seinem anfänglichen Weg, die Krebserkrankung mittels chemischer Arzneimittel zu bekämpfen und zu heilen, hatte er zunächst zur Bekämpfung des Krebses der Mäuse eine Verbindung des Selens mit Farbstoffen gefunden, das bei diesen Tieren vollen Erfolg brachte. Natürlich ist noch ein weiter Weg von da zu Erfolgen beim Menschen, die sich heute angebahnt haben in der Anwendung zytostatischer Substanzen, zum Teil geknüpft an die Namen DOMAGK und DRUCKREY. Im ersten Weltkrieg 1914 wurde bei dem Hauptquartier „Oberorst“ nun Wassermann beratender Hygieniker, da die Gefahr des Einschleppens von Infektionskrankheiten durch die russischen Truppen voraussehbar war und auch einige Fälle auftraten, besonders bei den Kriegsgefangenen bei der Episode der Schlacht von Tannenberg in den Masurischen Seen. Fleckfieber, Cholera, Wolhynisches Fieber, Typhus, Ruhr und Paratyphus mußten bekämpft werden, wie auch Gasbrand der Wunden. Deshalb wurde ihm unter SCHJERNING, dem Generalstabsarzt der Preussischen Armee, auch die Leitung der obersten Dienststelle im Preussischen Kriegsministerium für Hygiene und Bakteriologie übertragen. Er konnte in seinem Institut für Experimentelle Therapie unendlich Gutes leisten für die Bekämpfung der Seuchen und die Wiederherstellung der Erkrankten.

Nach dem Abschluß des ersten Weltkrieges wandte er sich wieder voll und ganz den Aufgaben der experimentellen Therapie zu, hauptsächlich der Syphilis, der Tuberkulose und dem Krebs. Am 18. 12. 1922 wurde das Institut umbenannt und sein Wirkungsbereich erweitert im Sinne des Fortschrittes der Biochemie als neuer Wissenschaft in erster Linie aus der Physiologie und Chemie der Zellen und Zellmoleküle und Eiweiße. Es hieß ab 18. 12. 1922 Institut für Experimentelle Therapie und Biochemie. Die selbständige Abteilung für Biochemie erhielt Carl Neuberger aus der Abteilung für Physiologische Chemie, die Ernst SALKOWSKY (1844 bis 1923) unterstand und von dem großen Johannes ORTH (1847—1923), Schüler und Nachfolger Rudolf Virchows, im Pathologischen Institut eingerichtet wurde. Hier wurde eine Synthese der Organischen Chemie mit der Medizin und Biologie erarbeitet, und große Ergeb-

nisse für die theoretische und praktische Heilkunde wurden erzielt. Ferner war auch eine Abteilung für Tabakforschung im Institut tätig.

August Paul Wassermann starb am 16. 3. 1925 und wurde auf seinen Wunsch im Familienbegräbnis in Bamberg beigesetzt. Neuberger wurde zum Institutsdirektor ernannt, bis er 1934 in den Ruhestand versetzt wurde und bis zum 31. 10. 1946 kommissarischer Direktor blieb. 1936 übernahm Adolf BUTENANDT das Kaiser-Wilhelm-Institut für Biochemie in Dahlem. Hier hatte seinerzeit der Preussische Staat das große Gelände einer Staatsdomäne für die Kaiser-Wilhelm-Institute zur Verfügung gestellt. Der Name der Experimentellen Therapie wurde nicht mehr eigens genannt, weil ja das Gebiet der Biochemie auch die Experimentelle Therapie in sich einschließt. 1941 wurde die „Arbeitsstätte für Virusforschung“ der Kaiser-Wilhelm-Institute für Biochemie und Biologie errichtet, an der hauptsächlich R. DANNEEL, G. MELCHERS, G. SCHRAMM u. G. BERGOLD tätig waren. 1943/44 wurde während der Bombardierung von Berlin das Institut nach Tübingen verlagert, wobei es unter 8 verschiedenen Kliniken und Instituten verteilt werden mußte. 1945 wurde es im Physiologischen Institut der Universität untergebracht, dessen Leitung als Professor publ. ordin. der Chef in Personalunion mitübernahm. 1949 wurden die Institute der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft, wie die Gesellschaft selbst, in MAX-PLANCK-Institute umbenannt, zur Erinnerung an den Nachfolger von Adolf von Harnack, da Planck (1858—1947) dann Präsident der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft nach dem letzteren wurde. Er war Nobelpreisträger wie auch sein Nachfolger Butenandt. 1954 wurde die Abteilung für Virusforschung in ein eigenes Max-Planck-Institut für Virusforschung in Tübingen umgewandelt und in Tübingen belassen. 1956 zog das Institut nach München, wieder in Personalunion mit der Physiologischen Chemie, und Butenandt als Chef. 1957 wurde das neue Institut in der Goethestraße bezogen. 1960 gab er das Universitätsinstitut der Medizinischen Fakultät ab und ist Präsident der Max-Planck-Gesellschaft und des Institutes für Biochemie. Sein Stellvertreter DANNENBERG ist stellvertretender Direktor.

So sehen wir, wie die Experimentelle Medizin Wassermanns auch heute noch fortentwickelt fortlebt und sein Andenken gesegnet ist und hochgehalten wird. Er verdient es auch. Denn er war, wie seine bescheidenen, ja kümmerlichen Bedingungen, unter denen er besonders anfänglich hauste und arbeitete, immer, auch später, lebenswürdig, hilfsbereit und verbindlich, oft sarkastisch humorvoll geblieben. Er war überaus beredt, und seine Persönlichkeit übte auf jeden einen großen Eindruck aus. Er hatte die Gabe, einfach, verständlich und eindringlich seinen Zuhörern seine Gedankengänge nahezubringen, sei es im persönlichen Gespräch, sei es in einer Vorlesung, sei es in einer wissenschaftlichen Versammlung mit großem Auditorium. Verwickelte Zusammenhänge legte er klar auseinander und erschloß sie dem Verständnis auch Fernstehender. Für ihn gilt der Ausspruch VERGILS: „macta nova virtute puer sic itur ad astra“ (Aeneis 9,641). — Heil Dir wegen Deiner neuen Entdeckung — So geht man zu den Sternen — Er war ein leuchtendes Gestirn am Himmel der Heilkunde.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Georg Heinrich Schneider, 86 Bamberg, Oberer Stephansberg 3

Nutzen Sie die Vorteile

unseres Gruppenversicherungsvertrages

mit der Vereinigten Krankenversicherung

AUS DER BUNDESPOLITIK

Geistige Leistung – eine Ware?

„Billigt Ihre Partei die Heranziehung der Honorare für ärztliche Leistung zur Umsatzsteuer bzw. zu der zu erwartenden Mehrwertsteuer, und welche Vorstellungen hat sie im einzelnen hierzu?“ Dies war eine der Fragen, die die Deutsche Ärzteschaft im Junli 1965 an die im Bundestag vertretenen politischen Parteien gerichtet hatte. Sie wurden auf dem Deutschen Ärztetag 1965 in Berlin von prominenten Vertretern der CDU/CSU, FDP und SPD beantwortet.

Staatsminister a. D. Josef Hermann DUFHUES, Geschäftsführender Vorsitzender der CDU: „Ärztliche Leistungen sind ebenso wie die Leistungen im Bereiche der anderen freien Berufe geistige Leistungen und keine Ware. Maßstäbe, die bei der Besteuerung des Warenumsatzes angebracht sein mögen, sind hier völlig fehl am Platze. Die CDU wird die Bedenken der Ärzteschaft sorgfältig prüfen.“

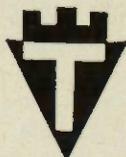
Dr. Ewald BUCHER, damals Bundesminister a. D. und jetzt Bundesminister für Wohnungswesen, Stellvertreter Bundesvorsitzender der FDP: „Die ärztliche Tätigkeit darf nicht mit dem Umsatz wirtschaftlicher Güter und Leistungen gleichgesetzt werden. Deshalb widerspricht die Umsatzbesteuerung der Arzthonorare sowohl der Aufgabe des Arztes als auch dem Sinn und Zweck dieser Steuer. Es geht hier — von den finanziellen Auswirkungen abgesehen — um Bedeutung und Inhalt des Arztberufes. Die FDP tritt deshalb für eine Umsatz- und Mehrwertsteuerfreiheit der Honorare für ärztliche Leistungen ein.“

Dies und anderes mehr erklärten diese Repräsentanten der CDU und FDP zu einem Zeitpunkt, wo der Wahlkampf zur Bundestagswahl 1965 entbrannte, und es darum ging, die Wähler für ihre Parteien zu gewinnen. Ungeachtet dieser Versprechungen und konkreten Zusagen brachten die Fraktionen gerade dieser Parteien nach der Wahl, d. h. nach Konstituierung des 5. Bundestages, den Entwurf eines Umsatzsteuergesetzes ein, der den gleichen Inhalt hat wie der im letzten Bundestag nicht mehr verabschiedete Regierungsentwurf eines Mehrwertsteuergesetzes, und also wieder die Umsatzsteuer für geistige Leistungen enthält.

Interessant dabei ist, daß es die FDP war, die in der Vergangenheit durch einen im Bundestag eingebrachten Initiativantrag gefordert hatte, die Umsatzsteuer für die Leistungen der freien Berufe abzuschaffen. Allerdings geschah dies in der 3. Legislaturperiode, als der Finanzminister, im Gegensatz zu heute, nicht von der FDP, sondern von der CDU gestellt wurde.

Seit Jahren weisen die freien geistigen Berufe und mit ihnen die Ärzteschaft immer wieder darauf hin, daß die von den Ärzten erbrachten geistigen Leistungen nicht mit Dienstleistungen der gewerblichen Wirtschaft zu vergleichen sind, sondern Leistungen eigener Art darstellen, die sich ihrem Wesen nach nicht in das System der „Verbrauchs“-Steuern einordnen lassen. Mit Recht sind die freien geistigen Berufe einschließlich der Ärzteschaft darüber enttäuscht, daß der von den Koalitionsparteien CDU und FDP nunmehr im Bundestag eingebrachte Entwurf eines Umsatzsteuergesetzes die wiederholt in Aussicht gestellte Befreiung geistiger Berufe von der ihnen wesensfremden und sinnwidrigen Umsatzsteuer nicht vorsieht. Im Gegenteil wird — wie auch in dem seinerzeit von der Bundesregierung vorgelegten Entwurf — eine Reihe von Umsatzsteuerteilbefreiungen wieder beseitigt. Es sind u. a. die vor einigen Jahren als erste Schritte zur endgültigen Freistellung der freien, geistig schaffenden Berufe eingeführten Freibeträge, sowie die Herausnahme der für die Sozialversicherungsträger erbrachten kassenärztlichen Leistungen. Die dafür vorgesehene Ermäßigung der Nettoumsatzsteuer für freie Berufe ist irrelevant. Sie entspricht — zumindest im Bereich des ärztlichen Berufs — lediglich der Tatsache, daß ein ins Gewicht fallender Vorsteuerabzug nicht zu erwarten ist, womit die Belastung mit dem vollen, mehrere umsatzsteuerpflichtige Produktions- oder Handelsphasen umfassenden Steuersatz ohnehin sinnwidrig wäre.

Auch von Finanzpolitikern der CDU und FDP gegebene Hinweise über die Überwälzbarkeit der Umsatzsteuer ist für die von den freiberuflich tätigen Ärzten erbrachten geistigen Leistungen nicht stichhaltig, wie die Erfahrungen auf diesem Gebiet eindeutig beweisen.



TAESCHNER



Bei hartnäckigem
Husten
hilft zuverlässig

Hypertussin®

Kapseln

Täglich 3-5 Kapseln beseitigen
den quälenden Hustenreiz und
erhalten die Arbeitsfähigkeit

Schnelle Wirkung durch moderne Wirkstoffkombination

Obwohl die vor rund 45 Jahren in Deutschland eingeführte Umsatzsteuer bei den Ärzten, deren Honorar sich nach der staatlichen Gebührenordnung bemäß, stets offen überwältigbar war, hat die Ärzteschaft, dem Charakter der von ihr erbrachten Leistungen und dem Wesen des ärztlichen Honorars entsprechend, von dieser Möglichkeit keinen Gebrauch gemacht. Bei der Beratung der Regierungsvorlage während der 4. Legislaturperiode hatte der Bundesrat seinerzeit den Vorschlag gemacht, die Leistungen der Kassenärzte für die gesetzliche Krankenversicherung wie bisher von der Umsatz bzw. Mehrwertsteuer freizuhalten. Aber auch dieser Vorschlag ist unbefriedigend, da er lediglich die Möglichkeit eines ohnehin geringen Vorsteuerabzugs für diesen Bereich weitestgehend ganz aufheben und zu einer Sondersteuer auf alle für Privatpatienten erbrachten Leistungen führen würde.

Bei der Beratung des Gesetzentwurfs eines Umsatzsteuergesetzes im Finanzausschuß des Bundestages sollten sich insbesondere die Abgeordneten der Koalition an die ebenfalls auf dem Deutschen Ärztetag 1965 gemachten Ausführungen des Bundeskanzlers Prof. ERHARD erinnern, der seinerzeit erklärte: „Die Bundesregierung steht den Anregungen, Wünschen oder auch Forderungen von Berufsorganisationen um so aufgeschlossener gegenüber, je mehr sie die Überzeugung hegen kann, daß diese in ihrer Gesinnung und in ihrer Haltung ihre Verantwortung gegenüber der Gemeinschaft bezeugen.“

Aber nicht nur diese Erklärungen und die der Vertreter der CDU und FDP, sondern auch die vom Ausschuß für Gesundheitswesen und dem Ausschuß für Sozialpolitik bei der Beratung der Regierungsvorlage am 15. und 16. Juni 1964 abgegebene Stellungnahme sollten im Finanzausschuß ihre Berücksichtigung finden. Die Gesundheits- und Sozialpolitiker kamen nämlich damals einmütig zu dem Ergebnis, daß eine Mehrwertsteuer für die freien Berufe nicht vertretbar sei. Dabei

wurde auch darauf hingewiesen, daß die bisherige Umsatzsteuer nicht als Präjudiz für die geplante Mehrwertsteuer gelten könne. Es wurde vielmehr zum Ausdruck gebracht, daß die grundsätzliche Reform des Steuerrechts Veranlassung sein sollte, die bisher schon als unbefriedigend empfundene Umsatzsteuer für die freien Heilberufe völlig abzuschaffen. Die Ausschüsse hielten in ihrer Stellungnahme die Freistellung deshalb für gerechtfertigt, weil die von den freien Heilberufen erbrachten Leistungen anders als die anderer freier Berufe angesehen werden müßten. Im Vordergrund der Beratungen müßte die Tatsache stehen und berücksichtigt werden, daß der Patient als „Verbraucher“ schicksalhaft auf die Leistungen der freien Berufe angewiesen sei. Die Belastung der freien Heilberufe durch die geplante Mehrwertsteuer würde auch deshalb abgelehnt, weil sie zwangsläufig eine Mehrbelastung der Sozialversicherungsträger und damit der Versicherten-gemeinschaft mit sich bringen müßte. In einer Freistellung nur der Sozialversicherungsträger von der geplanten Mehrwertsteuer sahen die Gesundheits- und Sozialpolitiker des 4. Bundestages nicht nur eine arbeits-technische Mehrbelastung der freien Heilberufe, sondern auch eine nicht vertretbare steuerliche Diskriminierung des nicht pflichtversicherten Personenkreises. Gleichzeitig wurde auch gefordert, andere Leistungen der Sozialversicherungsträger, wie zahnärztliche und ähnliche Hilfeleistungen, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, entsprechend der bisherigen Regelung von einer Umsatzsteuer oder Mehrwertsteuer zu befreien.

Bei dem Verlangen nach einer Befreiung von einer sinnwidrigen Umsatzsteuer für geistige Leistungen und einer vollständigen Herausnahme dieser Bestimmungen aus dem Gesetzentwurf geht es nicht um Sonderrechte oder Steuervorteile, sondern in erster Linie um die Verwirklichung einer seit vielen Jahren von der Ärzteschaft und anderen freien Berufen immer wieder vortragenen idealen Grundsatzforderung.

(aus „Bonner Informationsdienst“, Nr. 2/66)

Proteste gegen Bundespflegesatzverordnungs-Novelle

Sozialleistungsträger und Ärzte, Arbeitgeber, Arbeitnehmer und Bundestags-Fraktionen reagierten ablehnend

Die elf Spitzenverbände der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung hatten für den 21. 1. 1966 zu einer Protest-Kundgebung in die Bad Godesberger „Redoute“ eingeladen. „Die Finanzierung der Krankenhäuser — eine öffentliche Aufgabe“ hieß das Thema, das bereits auf der Einladung angekündigt wurde und das sich — auch das wurde nicht geleugnet — „infolge der geplanten Änderung der Bundespflegesatzverordnung“ als äußerst aktuell in bezug auf die Finanzierung der Krankenhäuser erweisen sollte. In der Tat entbehrte die Veranstaltung für den neutralen Beobachter nicht einer gewissen Delikatessität, der Seltenheitswert zukommt, denn: Sozialleistungsträger und Ärzte, Arbeitgeber und Arbeitnehmer sowie die drei Bundestags-Fraktionen und die Presse bezogen geschlossen ablehnend Stellung zu dem Entwurf einer Novelle der Bundespflegesatzverordnung, den das Bundesgesundheitsministerium vorgelegt hatte.

Ministerin Dr. Elisabeth SCHWARZHAUPT müssen eigentl. an diesem winterlich-trüben Freitagmorgen

im „Lande der unbegrenzten Möglichkeiten“ die Ohren geklungen haben: Während sie mit US-Präsidenten-Gattin Mrs. JOHNSON jenseits des „Großen Teiches“ einen konventionellen „tea for two“ nahm, wurde in der Kritik an ihrer Absicht, die Gesamtlast der Krankenhaus-Finanzierung den Patienten über den Pflegesatz aufzubürden, kein Blatt vor den Mund genommen. Es wurde zwar allenthalben anerkannt, daß die finanzielle Not der Krankenhäuser beseitigt werden muß, doch auch von allen beteiligten Seiten erklärt, daß darin eine wesentliche Gemeinschaftsaufgabe von Bund, Ländern, Gemeinden und karitativen Verbänden zu sehen sei. So hieß es zum Beispiel: „... die Vorschläge des Bundesministeriums für das Gesundheitswesen machen sich die Dinge zu einfach. Es ist geradezu primitiv, die Begründung zu hören, daß die Krankenkassen... nun soviel Mehreinnahmen hätten, daß man ihnen vollkostendeckende Pflegesätze zumuten könne. Ein solches Argument ist nicht nur sachlich falsch, es ist verantwortungslos...“ (Direktor Dr.

BISCHOFF, Vorsitzender des Vorstandes des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen).

„Die Gewerkschaften werden in Zukunft mehr als bisher auf der Verwirklichung eines Krankenhauswesens bestehen, das seiner überragenden gesundheitspolitischen Funktion gerecht wird und das zugleich dem Kulturanspruch unserer Zeit entspricht. Daß wir davon teilweise noch weit entfernt sind, steht außer Zweifel. Wir beklagen dies außerordentlich, weil Patienten, Ärzte und Pflegepersonal darunter leiden“ (Hermann BEERMANN, Stellvertretender Vorsitzender und Sozialexperte des Deutschen Gewerkschaftsbundes).

„Durch die geplante Änderung der Bundespflegesatzverordnung sollen praktisch auf kaltem Wege, nicht einmal durch ein Gesetz, Kosten in Milliarden-Höhe von der Öffentlichen Hand auf die Sozialversicherungsträger und ihre Beitragszahler verlagert werden“ (Dr. OBERWINSTER, Geschäftsführer der Deutschen Arbeitgeberverbände).

„Es ist unverständlich, daß die Bundesregierung nunmehr versucht, eine so grundsätzliche Frage von sich aus und ohne Einschaltung der gesetzgebenden Körperschaften im Wege der Änderung einer Verordnung zu lösen. Sie schafft damit vollendete Tatsachen und diskriminiert gleichzeitig die in ihrem Auftrag tätige Kommission aus Wissenschaftlern, die sich mit der Sozialenquete beschäftigt...“ (Hans KATZBACH, Stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Angestellten-Gewerkschaft).

„Besonders verwundert, ja schockiert dabei die Versicherungsträger, daß solche Änderungspläne, die vor der Wahl von der Frau Bundesgesundheitsministerin für Gesundheitswesen bereits mehrfach vorgelegt wurden, aber durch Kabinettsbeschluß zurückgestellt worden waren, jetzt

1. nach der Wahl,
2. zu einer Zeit ernster Bemühungen um die Stabilität unserer Währung und
3. kurz nachdem in der Regierungserklärung über das Deutsche Gemeinschaftswerk ein genau umgekehrter Standpunkt vertreten wurde,

wieder aus der Schublade hervorgeholt werden... In diesem Augenblick der finanziellen Not der Krankenversicherung wird nun nicht etwa versucht, die Krankenversicherung zu entlasten, nein, man glaubt, der Krankenversicherung noch eine Milliarden-Aufgabe zusätzlich aufbürden zu können — und dies zu einem Zeitpunkt, in dem die gesamte Bundesregierung bemüht ist, den Preisauftrieb in Deutschland zu bremsen. Meint man denn, daß Mehraufwendungen von über einer Milliarde Mark, die sich in vollem Umfang auf die Beiträge und damit wieder auf die Löhne und über die Kalkulationen der Arbeitgeber auf die Preise niederschlagen, nicht preistreibende Tendenzen enthalten? ... Wird die Frage der Krankenhaus-Finanzierung jetzt in der vom Bundesgesundheitsministerium geplanten Weise geregelt, so ist die Krankenversicherungsreform weitgehend präjudiziert. Eine angestrebte Lösung der Lohnfortzahlung würde die dadurch gewünschten Beitragssenkungen nicht mehr zur Folge haben, so daß die Arbeitgeber und die Versicherten nicht durch niedrigere Beiträge entlastet werden können“ (Hans HARTMANN, Vorsitzender des Vorstandes des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen, in dem Hauptvortrag des Tages).

Übereinstimmend sprachen sich als Vertreter der drei Bundestags-Fraktionen die Bundestagsabgeordneten Josef STINGL für die CDU, Arthur KILLAT für die SPD und Kurt SPITZMÜLLER für die FDP für den sogenannten „zweigeteilten Pflegesatz“ aus, was praktisch bedeutet, daß die Öffentliche Hand die Unterhaltung und den Ausbau der Krankenhäuser finanzieren soll, die Krankenkassen aber für die Pflegekosten der Versicherten aufzukommen haben.

Und die Ärzte?

Der Vorsitzende des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. med. Friedrich VOGES, Hamburg, hatte bereits auf der Vertreterversammlung seines Hauses am 10. Dezember 1965 unter anderem ausgeführt:

„Die Debatte über die Änderung der Bundespflegesatzverordnung hat wieder einmal die Frage aufgeworfen, ob es wirklich Aufgabe der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sein kann, praktisch durch den kostendeckenden Pflegesatz zum Beispiel die Investitionen der Krankenhausträger zu finanzieren. Das Problem berührt uns berufspolitisch erst in zweiter Linie — wir haben sicher alle eine persönliche Einstellung dazu; aus meiner möchte ich keinen Hehl machen.

Ich bin in Übereinstimmung mit vielen Kollegen der Meinung, daß die sogenannten Vorhaltekosten eines Krankenhauses — das heißt: Die Grundkosten für Errichtung, Investitionen usw. — von der Öffentlichen Hand in gleicher Weise getragen werden sollten, wie dies auch bei anderen Einrichtungen zum Schutze des einzelnen und der Allgemeinheit üblich ist. Fällt die Entscheidung über die neue Pflegesatzverordnung aber im Sinne kostendeckender Pflegesätze, muß mit einer erheblichen Mehrbelastung aller Krankenversicherungsträger gerechnet werden.“

Und der Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. med. Rolf SCHLÖGELL, Köln, stellte zwar in Bad Godesberg nicht offiziell — dafür waren es der Redner zu viele — aber doch für alle, die es hören wollten, ein Rechenexempel auf, das an Überzeugungskraft nicht mangeln ließ. Es lautete:

„Es fehlen jährlich 1,8 Milliarden DM für 520 000 Krankenhausbetten, das sind etwa 3600 DM je Bett. Wenn die Krankenhäuser über 200 bis 300 Betten im Durchschnitt verfügen, dann schwanken die Beträge zwischen 720 000 und 1 080 000 DM. Und die sollten die Gemeinden unschwer aufbringen können, denn schließlich sparen sie ja auch Gelder ein, seit die Fürsorge (durch das Bundessozialhilfegesetz), die Arbeitslosenversicherung und die Rentenversorgung nicht mehr zu ihren Lasten gehen. Man muß eben davon ausgehen, daß der Benutzer auch Kriminalpolizei und Feuerwehr nicht zu bezahlen braucht. Warum also das Krankenhaus?“

Gemeinsame Erklärung

Die Krankenhäuser seien für die Allgemeinheit nicht weniger wichtig als etwa Einrichtungen des öffentlichen Verkehrs, hieß es in einer gemeinsamen Erklärung, die in Bad Godesberg gefaßt wurde. Diesem Grundsatz habe die Öffentliche Hand bisher Rechnung getragen, indem sie sich an der Finanzierung der Krankenhäuser weitgehend beteiligt habe. Die deutschen Sozialversicherungsträger hielten eine Sanierung der notleidenden Krankenhäuser durch eine volle Deckung der bei wirt-

schaftlicher Anlage und Betriebsführung entstehenden Kosten dringend für erforderlich. Sie sahen darin eine „der wesentlichsten und vornehmsten Gemeinschaftsaufgaben von Bund, Ländern, Gemeinden sowie karitativen Trägerorganisationen einerseits und der Träger der Sozialversicherung andererseits“. Die Kosten der Vorhaltung sollten Bund, Länder und Gemeinden sowie karitative Organisationsen gemeinsam tragen, für die Benutzung der Krankenhäuser private Stellen und Sozialversicherungsträger für ihre Versicherten. Der Pflegesatz soll zwischen Sozialversicherungsträger und Krankenhausträger — wie bisher — in erster Linie im Rahmen von amtlich festgesetzten Höchstätzen vereinbart werden. „Die mit dem Änderungsentwurf geplante Einführung von amtlichen Festpreisen stellt einen Anachronismus, einen Rückfall in die Zeiten ambulanter staatlicher Bewirtschaftung und totalitärer Preisbildung während des Krieges und in den Notzeiten der ersten Nachkriegsjahre dar“, heißt es wörtlich.

Auch verfassungsrechtliche Bedenken

Auch werden schwerwiegende verfassungsrechtliche Bedenken angemeldet, weil mit diesem Entwurf Bundestag und Bundesrat als Gesetzgebungsorgane von ihrer Entscheidung ausgeschaltet würden. „Mittels einer einfachen und keinesfalls aus der Ermächtigung des Preisgesetzes herleitbaren Verordnung“ werde ein Vorgriff auf die Finanzreform unternommen, „Indem die Öffentliche Hand aus der Finanzierung der Krankenhäuser entlassen wird“.

In der zusätzlichen Mehrbelastung allein der Krankenversicherungsträger von bis zu 1,8 Milliarden DM jährlich, durch die ihre bisherige Beitragsgestaltung „funktionsunfähig gemacht wird“, wird ein Vorgriff auf die Sozialreform gesehen sowie eine Einschränkung der Selbstverwaltung der Sozialversicherung, „weil auf jeden Fall bei der Krankenversicherung Gewährleistungszuwendungen der Garantieverpflichteten der einzelnen Träger erforderlich werden, da die Krankenkassen überwiegend mit dem bisherigen Beitragshöchstsatz nicht auskommen werden und eine Erhöhung dieses Beitragshöchstsatzes unverantwortlich wäre“.

Bundestag und Bundesrat wurden aufgefordert, ihre Kompetenz „im Interesse der Gesunderhaltung der deutschen Sozialversicherung und ihrer Versicherten und Arbeitgeber, aber auch der Allgemeinheit, zu wahren“. Die Bundesregierung aber wurde gebeten, ihren „bereits bekundeten Grundsätzen auch gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium und seinen Plänen Geltung zu verschaffen und dafür zu sorgen, daß das Bundesministerium für das Gesundheitswesen in Zukunft Stellungnahmen und Vorschläge der Sozialversicherungsträger ernster nimmt, als dies bisher geschehen ist. Es wäre einer sachgerechten Vorarbeit dienlich, wenn auch dieses Ministerium der Arbeitsweise des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung folgen und den Rat der Sozialversicherungsträger als den Rat der Sachverständigen werten und berücksichtigen würde“, hieß es weiter. Sogar die Gefahr, daß jede Möglichkeit „einer bundesweiten, langfristigen Krankenhausplanung“ verhindert wird, wenn die Gemeinschaftsaufgabe der Öffentlichen Hand beseitigt werde, wurde offen angesprochen. Fehlinvestitionen könnten nur dann vermieden werden, wenn Bund, Länder und Gemeinden die von ihnen selbst als Finanzierungsträger aufzubringenden Vorhaltekosten gezielt einsetz-

ten. Nur auf diese Weise sei die unerläßliche Planung im Interesse der Allgemeinheit möglich.

Krankenhausgesellschaft dagegen

Der Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Msgr. W. MÜHLENBROCK, Köln, bedauerte inzwischen offiziell, daß die Krankenkassen mit ihrer Weigerung, die kostendeckenden Pflegesätze zu zahlen, die Lösung des Finanzierungsproblems des Krankenhauses „hinausschieben wollen“. Er hoffte auf die Einsicht der Bundesregierung, daß die Krankenhauskosten in vollem Umfang über die Pflegesätze gedeckt werden sollten. Die Forderungen der gesetzlichen Krankenkassenverbände kommen nach seiner Auffassung einer „eigenen Bankrotterklärung sehr nahe“. Die staatliche Pflegesatz-Politik bezeichnete er als unzureichend. Sie führe darum zu Betriebs- und Substanzverlusten der Krankenhäuser. Im übrigen betrage die Mehrbelastung der Sozialversicherungsträger nicht mehr als 1 Milliarde DM, sondern — nach Berechnungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft — nur 450 Millionen DM. „Nachdem das Honorar für die frei praktizierenden Ärzte nach der neuen Amtlichen Gebührenordnung um die doppelten Hundertsätze erhöht wurde, haben wir kein Verständnis dafür, daß die weit bescheideneren Forderungen der Krankenhäuser abgelehnt werden“, erklärte er in Düsseldorf.

Nordrhein-Westfalen ging voran

Auf den Tag zwei Wochen nach der Bad Godesberger Protest-Veranstaltung überraschte die Landesregierung von Nordrhein-Westfalen mit Änderungen ihrer Landespflegesatzverordnung, mit denen zumindest Landesarbeits- und -sozialminister Konrad GRUNDMANN annimmt, einen produktiven Beitrag zu der „einspurigen Diskussion um die Bundespflegesatzverordnung“ geleistet zu haben. Ja, er gab sogar der Vermutung Ausdruck, daß dadurch die in dem Entwurf einer Novelle zur Bundespflegesatzverordnung gemachten Vorschläge als überholt angesehen werden könnten. Immerhin gelang es ihm gemeinsam mit dem nordrhein-westfälischen Landesminister für Wirtschaft, Mittelstand und Verkehr, Dipl.-Ing. Gerhard KIENBAUM, rückwirkend vom 1. Februar 1966 an eine „Individualisierung“ des Pflegesatzes durchzusetzen: Die Abschreibungssätze des Bettenwertes, der unverändert mit 12 500 bis 25 000 DM zugrunde gelegt wurde, erfuhren dadurch eine Erhöhung von 4,9 auf 7 Prozent. Der Pflegesatz für Krankenhäuser wird somit in der Spitzenklasse von 32,40 DM um etwa 1,70 DM auf insgesamt 34,10 DM, für die unterste Gruppe von mindestens 14,90 DM um rund —,80 DM auf 15,70 DM je Pflegetag angehoben.

Die Steigerung entspricht einer Anhebung der Pflegesätze um 5,3 Prozent.

Eine weitere Verbesserung wurde durch die Vermehrung der Preisstufen erreicht, um stärkere Differenzierungen des Pflegesatzes im Einzelfall zu ermöglichen.

Richtschnur war dabei, daß in Nordrhein-Westfalen

zur Klasse S Krankenhäuser der Großstädte sowie Universitätsklinken mit insgesamt	10 600 Betten
zur Klasse A Krankenhäuser	
mit zusammen	37 900 Betten
zur Klasse A 1 Krankenhäuser	
mit zusammen	51 900 Betten

Ein Gehirn
hungert
bei cerebraler
Insuffizienz



Helfergin®

HELFENBERG AG 4049 WEVELINGHOVEN (RHLD)



- zur Klasse A 2 Krankenhäuser
mit zusammen 10 300 Betten
- zur Klasse A 3 Krankenhäuser
mit zusammen 4 851 Betten
- zur Klasse A 4 Krankenhäuser
mit zusammen 910 Betten

der insgesamt 125 000 Betten in nordrhein-westfälischen Krankenhäusern gehören. Außerdem ist neu, daß die Pflegesätze für Erwachsene und Kinder gleichgestellt wurden. Darüber hinaus können Krankenhäuser, die ihre Leistungsfähigkeit durch Baumaßnahmen verbesserten, künftig Sonderabschreibungen beantragen.

Das Land Nordrhein-Westfalen sah sich zu diesen Regelungen veranlaßt, weil eine wirtschaftliche Soforthilfe für die Krankenhäuser für erforderlich gehalten wurde. Darum wurde auch nicht der Bitte der Verbände der Sozialversicherungsträger entsprochen, den Erlaß der Landespflegesatzverordnung bis zur Entscheidung über den Entwurf einer Novelle zur Bundespflegesatzverordnung zurückzustellen. „Dieser ist bekanntlich sehr umstritten und sein Schicksal daher völlig ungewiß“, erklärten die Landesminister Kienbaum und Grundmann dazu. Selbst wenn aber eine neue Bundespflegesatzverordnung in absehbarer Zeit erlassen werden sollte, werde ihre Durchführung noch Monate erfordern, betonten sie weiter. Die Krankenhausverbände hätten demgegenüber bereits den Änderungen zugestimmt. Im übrigen seien Grundsatzfragen der Krankenhausfinanzierung — etwa die des gespaltenen Pflegesatzes — nicht in einer Landesverordnung zu lösen, die auf der Grundlage der noch geltenden Bundespflegesatzverordnung ergehe. Die dadurch anfallende Mehrbelastung der nordrhein-westfälischen Krankenkassen, die im vorigen Jahr für die Krankenhauspflege ihrer Mitglieder rund 800 Millionen DM aufgebracht hätten, von nahezu 60 Millionen DM jährlich erscheine dabei durchaus tragbar, wurde erklärt. Überdies habe Nordrhein-Westfalen den Benutzern durch seine großzügige Krankenhausförderung jährlich mindestens 75 Millionen DM gespart, da in den letzten fünf Jahren allein 1,5 Milliarden DM für das Krankenhauswesen ausgegeben worden seien. Da es sich dabei um zinslose Darlehen für Baumaßnahmen oder Zuschüsse gehandelt habe, hätten wenigstens die marktüblichen Zinsen eingespart werden können, die anderenfalls über den Pflegesatz zu finanzieren gewesen wären. Damit werde in Nordrhein-Westfalen nur noch ein Teil der Vorhaltekosten vom Benutzer durch den Pflegesatz aufgebracht.

Inzwischen hat sich auch die SPD dafür ausgesprochen, daß Bund und Länder gemeinsam den Investitionsbedarf der Krankenhäuser aufbringen sollen. Die Länder sollten wie bisher nicht mehr als eine Milliarde Mark aufbringen. Der Bund müsse sich mit 500 Millionen bis zu einer Milliarde Mark beteiligen. O.-R.

Arbeitsplan des Bundesgesundheitsministeriums

Nach einer Mitteilung des Bundesgesundheitsministeriums stehen für die laufende Legislaturperiode u. a. die nachstehend aufgeführten Fragen auf dem Arbeitsprogramm:

- Novelle zum Gesetz über die Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten
- Novelle zum Bundesseuchengesetz
- Trinkwasserverordnung auf Grund des § 11 Abs. 2 BSeuchG

- Verordnung über das Arbeiten und den Verkehr mit Krankheitserregern
- Verordnung zur Änderung der VO PR Nr. 7/54 über Pflegesätze von Krankenanstalten
- Gesetz über die allgemeine Gesundheitsfürsorge
- Gesetz über die Fürsorge für psychisch Kranke
- Ratifizierungsgesetz zum europäischen Übereinkommen über den Austausch von Reagenzien zur Blutgruppenbestimmung
- Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen
- Bundesapothekenbetriebsordnung
- Dritte Novelle zum Arzneimittelgesetz (AMG)
- Verordnung über das Deutsche Arzneibuch
- Ratifizierungsgesetz zur „Einheitskonvention über Suchtstoffe 1961“ der Vereinten Nationen
- Neufassung der Verordnung über das Verschreiben Betäubungsmittel enthaltener Arzneimittel
- Bundesgiftgesetz
- Neuordnung des ärztlichen und pharmazeutischen Ausbildungswesens einschließlich der Heilhilfsberufe
- Neue Bestallungsordnung für Ärzte
- Neue Bundesapothekerordnung
- Neufassung des Gesetzes über die Ausübung des Berufs der medizinisch-technischen Assistentin
- Gesetz über die Ausübung des Berufs der Beschäftigungstherapeutin
- Neue Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Krankenschwestern (Krankenpfleger) und Kinderkrankenschwestern
- Neue Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Krankenpflegehelferinnen (Krankenpflegehelfer)
- Änderung der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Krankengymnastinnen
- Änderung der Verordnung über die von den Krankenkassen den freiberuflichen Hebammen und Hebammenhilfen zu zahlenden Gebühren

Bayerische Fortbildungsveranstaltungen

April 1966

- 13.—16. 4. **München** — 83. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
- 18.—22. 4. **Neuherberg** — Einführungskurs in den Strahlenschutz
- 18.—28. 4. **Erlangen** — Kurs für Röntgenhelferinnen
18. 4.—6. 5. **Neuherberg** — Strahlenschutz
- 20.—22. 4. **Würzburg** — Frühjahrstagung der Deutschen Physiologischen Gesellschaft
- 25.—29. 4. **Neuherberg** — Strahlenschutzkurs
25. 4.—7. 5. **Lindau** — 16. Lindauer Psychotherapiewoche
- 26.—30. 4. **München** — IV. Internationaler Kongreß für Infektionskrankheiten
- 29.—30. 4. **München** — Fortbildungslehrgang in der Phonokardiographie

Nähere Angaben entnehmen Sie bitte dem **Kongreßkalender** auf Seite 273.

INTERESSANTES AUS ALLER WELT

Gemeinsame Ausschüsse des Weltärztebundes und der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS)

Für die geplanten gemeinsamen Untersuchungen, über die wir in Nr. 11/1965 des „Bayer. Ärzteblattes“ berichtet haben, liegt nunmehr eine Liste vor, die die folgenden Punkte enthält:

Zur Frage der Ausbildung der Ärzte, die Aufnahme der Sozialmedizin in die Lehrpläne der medizinischen Fakultäten der Universitäten, die Fortbildung der Ärzte nach dem Abschluß des Universitätsstudiums bzw. die Weiterbildungskurse für Allgemeinpraktiker und Fachärzte, die materiellen Probleme, die sich aus der Abwesenheit der Ärzte infolge der Teilnahme an Fort- und Weiterbildungskursen ergeben und schließlich die Rolle, die die Sozialversicherungseinrichtungen auf dem Gebiet der ärztlichen Aus- und Fortbildung spielen können.

Bei den Problemen, die den beruflichen und sozialen Status des Landarztes berühren, werden sich die Untersuchungen auf die Tendenz der Niederlassung der Ärzte in den großen Städten und ihre Konsequenz, nämlich den Mangel an Allgemeinpraktikern und Fachärzten auf dem Land, erstrecken. Ferner auf die Maßnahmen, die ergriffen werden müssen, um den Ärzten die Niederlassung auf dem Land zu ermöglichen.

Hinsichtlich der wirtschaftlichen Aspekte der modernen Medizin werden zu den Untersuchungsthemen gehören: die Zusammenarbeit der Ärzteschaft mit den Institutionen der Sozialen Sicherheit bei den Forschungen über die Ursachen der Erhöhung der Kosten der ärztlichen Hilfe, ferner die Probleme, die sich aus der Verordnung von Pharmazeutika ergeben und endlich die Untersuchung über die maßgeblichen Faktoren bei den Kosten der Krankenhausbehandlung.

Für den Bereich der Präventiven Medizin soll zu den Beratungsthemen gehören: das Zusammenwirken der Ärzte und der Institutionen der Sozialen Sicherheit auf dem Gebiet der Präventiven Medizin. Im Zusammenhang damit soll versucht werden, die Präventive Medizin genauer zu umschreiben, soweit es die Früherkennung und Frühdiagnostik und die Verhütung von Krankheitszuständen betrifft. Schließlich sollen die

möglichen Leistungen einer Präventiven Medizin sowohl vom Standpunkt des einzelnen, als auch vom Standpunkt der Allgemeinheit untersucht werden. Dazu wird die Frage aufgeworfen und untersucht werden, ob die Medizin in diesem Bereich ein Mittel sein kann, um Ersparnisse zu machen. Und endlich soll die Rolle des Haus- oder Familienarztes, der Einfluß der in den verschiedenen Zweigen der Sozialen Sicherheit vorgesehenen Leistungen und die Zusammenarbeit der Ärzteschaft mit den Institutionen der Sozialen Sicherheit bei der Verhütung der Frühinvalidität näher untersucht werden.

Über den Fortgang und die Ergebnisse dieser Arbeiten werden wir seinerzeit an dieser Stelle weiterberichten.
v. L-n.

Rückläufige Geburtenzahl in Israel

Während Ägypten von einer Bevölkerungsexplosion bedroht ist, die alle mühsam vorbereiteten Maßnahmen zur Erhöhung des Lebensstandards der Bevölkerung und vor allem der Fellachen des Niltales (wie der Bau des Assuan-Dammes) zur Unwirksamkeit verurteilen müßte, werden in Israel die jüngst veröffentlichten Statistiken über Geburten und Todesfälle mit Sorge betrachtet, weil sie von einem Rückgang des natürlichen Wachstums der jüdischen Bevölkerung sprechen. Während die Geburtenrate im Jahre 1950 noch 33 pro Tausend betrug, sank sie im Jahre 1964 auf 22 pro Tausend. Allerdings verläuft die Entwicklung in den nicht-jüdischen Bevölkerungsgruppen ähnlich wie in Ägypten. Die Geburtenrate unter der hauptsächlich arabischen nicht-jüdischen Bevölkerung, die im Jahre 1951 46 pro Tausend betragen hatte, stieg im Jahre 1964 auf 53 pro Tausend. Sie ist somit zweieinhalbmal größer als die prozentuale Geburtenzahl bei den Juden.

Radiolotope und Lebensmittel

In drei Kontinenten finden gegenwärtig Lehrgänge statt, deren Zweck es ist, die Teilnehmer mit den Auswirkungen von Strahlen und Radioisotopen auf Lebensmittel bekanntzumachen. Die Lehrgänge werden veranstaltet von der Internationalen Atomenergie-Organisation (IAEO), der Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (FAO) und der Welt-Gesundheits-Organisation (WHO).

Lohnende Schmerztherapie

ZENTROMID

Trigeminus-Neuralgie
genuine Migräne
Kopfschmerzanfälle
Gesichtsneuralgien



IFAH GMBH
2 HAMBURG 22

Pro Drogée:

Diphenylhydantoin 0,1 g
Koffein 0,025 g

O. P. 25, 100 Dragées

Die Verwendung von Radioisotopen und Strahlen in der Entomologie ist das Thema eines Lehrganges an der Universität von Florida. In Vorlesungen und Laborarbeiten werden die Studierenden aus 19 Ländern mit den Verfahren zur Insektenbekämpfung vertraut gemacht. Dazu gehört die „Markierung“ von Insekten mit Radioisotopen, damit ihre Bewegungen beobachtet werden können, ferner die Anwendung chemischer Methoden und Bestrahlungsverfahren für die Sterilisierung der Männchen. Die Sterilisierung besteht darin, daß große Mengen männlicher Insekten auf chemischem Wege oder durch Bestrahlung sterilisiert und dann in einem Befallsgebiet freigelassen werden, wo sie sich mit den nicht bestrahlten Weibchen paaren. Dadurch wird die Fortpflanzung verhindert.

Ein regionaler Lehrgang über Verwendung von Radioisotopen zur Erforschung der Beziehungen zwischen Boden und Pflanzen findet in Bogotá (Kolumbien) statt. Er soll eine Grundausbildung für die Verwendung von Isotopen in der Landwirtschaft vermitteln.

Bei dem dritten Lehrgang über den Nachweis radioaktiver Substanzen in Lebensmitteln zeichnet die WHO als Mitveranstalterin. Dieser Lehrgang findet am Laboratorium der IAEO in Seibersdorf bei Wien statt und soll gewährleisten, daß die zuständigen Funktionäre in Staaten, die Kernreaktoren und deren Nebenanlagen besitzen, eine entsprechende Vorbildung erhalten, damit sie in der Lage sind, eine eventuelle Kontamination von Lebensmitteln durch Freisetzung von Radioaktivität beurteilen und bekämpfen zu können.

Um das Leben der Säuglinge

Ein Bericht des britischen Gesundheitsministeriums stellte fest, daß Hunderte von Neugeborenen, die alljährlich sterben, durch zwei simple Vorsichtsmaßnahmen gerettet werden könnten: durch Verwendung eines harten Kissens in Wiege oder Kinderwagen und durch ärztliche Anordnung, daß jeder Säugling, zumindest während der beiden ersten Lebenswochen, von seiner Mutter oder einer Amme gestillt wird.

Seit dem Jahre 1954 hat ein Ärzte-Komitee unter Vorsitz von Professor A. L. BANKS, Cambridge, die näheren Umstände plötzlicher Todesfälle bei Kindern im Alter zwischen zwei Wochen und zwei Jahren untersucht. Die Ärzte schätzten, daß in England alljährlich mehr als tausend Kleinkinder dieses Alters an unaufgeklärtem Versagen der Atmungsorgane sterben. Das ist fast doppelt soviel wie die jährliche Zahl tödlicher Verkehrsunfälle, denen Kinder unter 15 Jahren zum Opfer fallen. Zunächst dachte man an eine Virus-Erkrankung, aber entsprechende Tests blieben ohne Ergebnis. Daraufhin wurden verdächtige Fälle in London und Cambridge einer in alle Einzelheiten gehenden Untersuchung unterzogen. Obduktionen wurden durchgeführt, und Untersuchungsrichter, Ärzte und Angestellte des Gesundheitsdienstes wurden gebeten, umfassende Fragebogen auszufüllen. Vergleichende Studien wurden bei Gruppen gleichaltriger Kinder angestellt.

Dabei kam man zu der Erkenntnis, daß drei Gründe für die „unaufklärbaren“ Todesfälle verantwortlich waren: Infektion, Erstickung und Allergie gegen Kuhmilch. Dem Bericht zufolge ist die Wahrscheinlichkeit, daß Säuglinge diese gefährliche Allergie entwickeln, besonders hoch, wenn sie während der ersten beiden Wochen nach der Geburt mit Kuhmilch ernährt werden.

Zwang und Versicherung

Gegen eine „Zwangskrankenversicherung der Selbständigen“ haben die Delegierten der Reichsorganisation der Kaufleute in Österreich anlässlich ihrer Generalversammlung Stellung genommen.

Die Organisation bezeichnet eine Zwangskrankenversicherung als gegen die Prinzipien des freien Unternehmertums verstoßend. Es sei zweckmäßiger, einen Versicherungszwang ohne Zwangsversicherung, wie z. B. bei der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung, zu schaffen. Dies würde einen echten und gesunden Leistungswettbewerb unter den privaten Versicherungsanstalten garantieren und dem Versicherungsnehmer eine echte Wahl lassen.

Miniatur-Gehörtester für den Praktischen Arzt

Stimmgabeln oder Uhren für einen ersten Test bei vermuteten Gehörschäden werden vielleicht schon bald einem preiswerten Gehörtester in Kleinformat Platz machen. Mit diesem Gerät kann der Praktische Arzt rascher und genauer als bisher Verschlechterungen des Gehörsinns feststellen, ehe er den Patienten sodann zur weiteren Beratung und Behandlung an einen Spezialisten überweist.

Das neue Miniatur-Testgerät wurde von einer Firma für chirurgische und ophthalmologische Instrumente, in Zusammenarbeit mit einem Londoner Arzt und dem Royal Institute for the Deaf, entwickelt. Es ermöglicht einen raschen und sicheren Gehörttest nicht nur in der ärztlichen Praxis, sondern auch in Industriebetrieben, in denen das Hörvermögen oft durch die ständige Geräuschkulisse des Maschinenlärms beeinträchtigt wird, oder aber auch in der Schule, weil die Kinder auch dort fallweise starker Lärmbelastung ausgesetzt sind.

Das transistorisierte Gerät, das von kleinen Batterien mit einer Betriebszeit von mehreren Monaten gespeist wird, soll jedoch nicht das kostspielige Audiometer des Spezialisten ersetzen, es soll lediglich dem Praktischen Arzt eine zuverlässige Diagnose erleichtern.

Der Patient hört eine Reihe von Tönen, deren Lautstärke in Dezibel abgestuft ist und die im Frequenzbereich des normalen Gehörs liegen. Der Hörverlust läßt sich im Dezibelbereich von der „Hörschwelle“ bis zu 65 Dezibel messen, wobei die Töne in Frequenzen von 250, 1000 und 4000 Schwingungen pro Sekunde in Dezibelstufen über einen Kopfhörer an das Ohr gelangen.

Kann der Patient alle drei Frequenzen auf jedem Ohr hören, und ist der Hörverlust nicht größer als 10 Dezibel, dann darf — je nach Alter und Umständen — sein Hörvermögen als normal gelten. Bei einem Hörverlust von nicht mehr als 20 Dezibel in einem oder in allen drei Frequenzbereichen würde sein Gehör noch für den normalen Beruf ausreichen. Bei Hörverlusten von 20 bis 30 Dezibel wäre eine genauere Untersuchung angebracht. Ein Hörverlust von mehr als 30 Dezibel auf einem Ohr in einem der drei Frequenzbereiche macht eine fachärztliche Behandlung unerlässlich. A.-St.

wiotax[®]



Antibiotischer Wundpuder
mit schmerzstillender und
granulationsanregender Wir-
kung zur Therapie des

Ulcus cruris

und zur allgemeinen Wund-
behandlung

Zusammensetzung :

Tetracyclinhydrochlorid	70 mg
Dekamethylen-bis-(4-aminochinal- diniumacetat)	15 mg
Oxypolyaethoxydodecan (Pistocain)	90 mg
Oleylium oleinicum	90 mg
Cholesterinum	4 mg
SiO ₂ - Pudergrundlage ad	1 g

Packungsgröße :

Plastikatreudose zu 1,8 g · DM 3,15



DR. FRIEDRICH SASSE · 1 BERLIN 10 · POSTFACH 640

FEUILLETON

Ärztliche Impressionen aus Uruguay

„Pensions-Recht“ schon mit 37 Jahren

Von Bruno Leo FRITON, VDI

Republica Oriental del Uruguay macht zur Zeit Schlagzeilen: Der Arzt Joseph MENGELE aus Günzburg ist tot; der Student Jesus Puritano Roian ROJAS spuckte Dean RUSK ins Gesicht; Uruguay bricht die diplomatischen Beziehungen zur Sowjetunion ab; neue Devisenbestimmungen in Montevideo in Vorbereitung.

Ich war viermal in Uruguay! Mein Schiffstagebuch aus Lateinamerika ruft zahlreiche Erinnerungen wach von der See, dem Urwald und den Bergen, von einsamen Ritten und Kanufahrten, von gesunden und kranken Menschen, von arm und reich. Südamerika ist unerschöpflich an Naturwundern und ein unbegrenztes Arbeitsgebiet für jedermann. Es ist der Schauplatz alter und neuer Kulturen, das Land, wo die verschiedensten Völker und Rassen zusammenleben, wo die primitivsten (Abb. 1) und fortschrittlichsten Menschen gemeinsam am gleichen Kulturwerk arbeiten. Ich weiß niemand, der das gewaltige Land in all seinen Teilen aus eigener Erfahrung kennt. Um seine Eigenart ganz zu verstehen, braucht es nämlich viel Zeit und viel — patienzia.

Dieser Aufsatz erhebt natürlich keinerlei Anspruch auf irgendwelche Vollständigkeit, sondern versucht nur,



Abbildung 1

auf Grund interessanter Reiseerlebnisse einen winzigen Einblick in das unermeßlich reiche und schöne Land im Süden des amerikanischen Doppelkontinents und Uruguay zu gewähren, so wie es sich blitzlichtartig einem Schiffsarzt zeigt. In Ergänzung meines Beitrages über „die Weltangst des modernen Massenmenschen, projiziert auf die heutige Sozialordnung“ in „Bayer. Ärzteblatt“ (1959, 11) und zur Vervollständigung meiner „Miszellanea aus Südamerika“ in „Medizin heute“ (1956, 7) plaudere ich diesmal etwas über einen kleinen Staat dieses jungen Kontinents, der noch nicht die überreife Kultur besitzt wie Europa. Die Blutmischung von Indianern, Weißen und Negern hat zu einem Menschentyp geführt, der sich stetig weiterentwickelt.

Aber „Uruguay ist heute ein sehr kranker Wohlfahrtsstaat. Man hat einige Kuren vorgeschlagen, aber das ist nicht viel mehr, als wenn man einem Krebsopfer Aspirin verschreiben würde“ — sic US NEWS & WORLD REPORT. Merkwürdig: Dem Hafenarbeiter und ersten Kolonisten, also dem Arbeiter, sind an der Strandpromenade in Montevideo Denkmäler gesetzt; dennoch ist das nur 2,7 Millionen Menschen zählende Land König der Wohlfahrtsstaaten. Der Boden ist hier eben sehr fruchtbar. Es heißt: „Steckt man den Finger in den Boden — wächst er sofort an...“

Montevideo, eine der meistgenannten Städte Südamerikas, ist die Hauptstadt. Sie hat am linken Ufer des La Plata-Trichters eine schöne Lage auf einer am östlichen Ende der Bai von Montevideo ins Meer vorspringenden Halbinsel, der gegenüber — auf der anderen Seite der Bucht — der Monte Video sich erhebt, gekrönt von einem alten Fort und Leuchtturm. Von der 150 m hohen Bergkuppe, die der Metropole einst den Namen gab, besichtigte ich derelinst die Stelle, wo im Dezember 1939 die „Graf Spee“ sich selbst versenkte. Die City hat schöne breite Straßen, sie ist nach dem Schachbrettplan erbaut. Interessant ist der Boulevard „diez y ocho de Julio“. Die Altstadt erstreckt sich von der Plaza de Independencia bis zum Fort S. José. An den „Maisons de mauvaise vie“ sind Taxe und Besuchsdauer angeschlagen. Hier lauert die Demimonde, besessen von einer maßlosen Gier, sich mit zahlenden Geschöpfen zu paaren.

Die Plaza de la Constitucion wird durch die Hauptkirche, das Kongreßhaus, die Universität, das Zollhaus, die Englische Kirche und die Börse zu einem Konzentrationspunkt des Stadtlebens. An der Plaza Mayor erhebt sich das Regierungsgebäude. Ein Bummel über die Plaza Artigas und die Calle Sarandi war stets imponierend. Die Vorstädte Aguada, Paso Molino und Pocitos sind schmucke Villen-Vororte, in denen die ausländischen Kaufleute inmitten prächtiger Gärten sich häuslich niedergelassen haben. In den modernen Luxushotels geben sich „Hacendados“-Millionäre von Buenos Aires und die Kaffeebonzen von Santos mit ihren in Pariser Toiletten prangenden Señoritas ein Rendezvous. In Montevideo werden 80% des Exports und 95% des Imports verladen. Hier, so sagte man mir



Abbildung 2

auch, sei der Ort, in dem notorisch widerrechtlich weggenommen wird... Trotzdem erblickte ich in der Wallfahrtskirche „Zum geißelten Herrn“ einen Bronze-Christus mit den saubersten und reinsten Händen, die ich je gesehen — weil jeder sie berührt...

Die Beschäftigungsstelle ist hier in Uruguay ein Anspruch auf Lebenszeit. Werden Arbeitsplätze stillgelegt, erhalten die Betroffenen ihren Lohn in unveränderter Weise. Einkommensteuern werden von nicht einem Prozent der Arbeiter gezahlt. Von fünf Personen arbeitet jeder zweite für den Staat — meist unproduktiv. Eine Staatsangestellte, die 20 Akten am Tag bearbeitete, wurde gerügt, weil sie doch nicht mehr als fünf bearbeiten dürfe. Im Staatsdienst herrscht zwar wohl der Sechsstundentag, selten aber arbeitet man länger als vier Stunden. Alle dem Staat dienenden Frauen werden ab 47 Jahren pensioniert. Rund 20% der Beschäftigten, über 210 000 Menschen, arbeiten in der Regierung. Bei jedem Regierungswechsel wird hierorts niemand demissioniert; die Verfassung verbietet grundsätzlich Entlassungen. All das hörte ich im Radio-National-Sender, der sich hoch oben im H. de Clinicas — dem „größten Krankenhaus Südamerikas“ — befindet. Non plus ultra — dieses Nosokomlon; es faßt 1200 Kranke in 21 Stockwerken. Jede ärztliche Behandlung in den Krankenhäusern ist kostenlos! Alles ist hier super-usa-isch! Auf Beobachtungen in dieser hypermodernen Mammutklinik (Abb. 2) habe ich meinen seinerzeitigen Artikel „Sanitärtechnik im Krankenhaus“ („BÄBl“: 1965, 7) aufgebaut. Danach kostet ein Bett 45 000 DM.

In der Wirtschaft geht es selten über 30 Stunden in der Arbeitswoche hinaus. Erst 27 Stück Rindvieh ergeben in Uruguay eine Tonne Fleisch; Argentinien benötigt dafür 10 Stück weniger. In der Fleischverarbeitung — infolge Fehlens von Kohle und Erz, die einzige Industrie — erhält jeder Arbeiter 4 Pfund Fleisch täglich umsonst. Die Bevölkerung verbraucht die ganze Fleischproduktion bald selbst, so daß die Zahlungsbilanz passiv wird und der Export schwindet.



Abbildung 3

Generell liegt das Pensionsalter bei 55 Jahren. In Uruguay werden aber die meisten schon früher Rentner, oft bei Zahlung der Höchstpension. Wer nach 40 Jahren schuldlos seine Stellung verliert, behält sein Gehalt auf Lebenszeit. In Uruguay kann man aber auch schon mit 37 Jahren Vollpension beziehen. Frauen, die ein Kind bekommen, können sogar bereits nach zehn Jahren Arbeit mit vollem Einkommen pensioniert werden, selbst wenn sie erst 30 Jahre alt sind.

Alle Ausbildung und Schulung ist in einem solchen Wunderland ebenfalls gratis. Dieser Wohlfahrtsstaat wirkt aber wie eine Droge — er erschläft. Man sieht daher allerortens ein, daß es anders werden muß, wenn es gut werden soll; aber man tut nichts dagegen und niemand weiß, ob es besser werden wird, wenn es anders wird.

Schweden ist ein „Waisenknabe“ dagegen. Niemand hat mehr Lust zur Arbeit. Jeder glaubt, vom Reichtum des Bodens allein leben zu können. Die ungeheure Steuerlast kann aber von der Landwirtschaft nicht mehr getragen werden; die Produktivität sinkt zusehends. Hier nur ein Beispiel: Bloß 3 kg Wolle jährlich bringt das uruguayische Schaf gegenüber 4 kg in Australien und 5 kg in Neuseeland. Viel Schur also — und wenig Wolle...

Wiederholt besuchte ich in einem Villenvorort von Montevideo „das schönste Denkmal der Welt“ — La Carreta. Ein Kolonist zu Pferd begleitet seinen von acht Ochsen gezogenen Zweiräderkarren, der mit einem Rad tief im Morast steckt. Das lebensgroße Bronzemonument (Abb. 3) ist symptomatisch für das ganze Land: Die Staatskarre steckt im Dreck — Uruguay lebt vom Defizit. Die permanente Inflation ist garantiert; jede Gehaltserhöhung nimmt die nächste Geldentwertung wieder durch massenhafte Ausgabe ungedeckten Papiergeldes vorweg. Die Lebenskosten in Uruguay stiegen in den letzten fünf Jahren um 300 Prozent. Non vivat sequens terra...

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Bruno Leo Friton, VDI, 8261 Hart an der Alz

RECORSAN[®]

- LIQUID.

Crataegustherapie des Altersherzens

30 ml DM 2,25o. U.

- Gesellschaften Gräffing und Lüneburg

AMTLICHES

Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer hat in seiner Sitzung am 5. 2. 1966 die nachstehend abgedruckte Prüfungsordnung für Arzthelferinnen beschlossen:

Prüfungsordnung für die Lehrabschlußprüfung „Arzthelferin“ der Bayerischen Landesärztekammer

Abschnitt I

Allgemeines

§ 1 (Prüfungsorgane)

Zur Durchführung der Lehrabschlußprüfungen für Arzthelferinnen werden bei der Bayerischen Landesärztekammer mehrere Prüfungsausschüsse für Arzthelferinnen errichtet.

§ 2 (Zusammensetzung des Prüfungsausschusses)

- (1) Der Prüfungsausschuß besteht aus
 - a) dem Vertreter der Bayerischen Landesärztekammer als Vorsitzenden,
 - b) einem ärztlichen Fachlehrer für Arzthelferin-Lehrlinge,
 - c) einer hauptamtlichen Lehrkraft einer Berufsschul-Fachklasse für Arzthelferin-Lehrlinge.
- (2) Es werden bestellt
 - a) der Vorsitzende des Prüfungsausschusses und der ärztliche Fachlehrer von der Bayerischen Landesärztekammer,
 - b) die hauptamtliche Lehrkraft der Berufsschule von der Berufsschule.
- (3) Für jedes Mitglied des Prüfungsausschusses ist ein Stellvertreter zu bestellen.

§ 3 (Beschluß des Prüfungsausschusses)

- (1) Der Prüfungsausschuß ist beschlußfähig, wenn alle in Absatz 1 bezeichneten Mitglieder, im Verhinderungsfalle ihre Vertreter, anwesend sind.
- (2) Der Prüfungsausschuß entscheidet mit Stimmenmehrheit.
- (3) Stimmenthaltung ist nicht zulässig.

Abschnitt II

Inhalt, Ziel und Gliederung der Prüfung

§ 4

Inhalt, Ziel und Gliederung der Prüfung sind durch die Berufsordnungsmittel und insbesondere durch die Prüfungsanforderungen für den Lehrberuf „Arzthelferin“ (veröffentlicht im „Bayerischen Ärzteblatt“ 1965, Heft 4) bestimmt.

Abschnitt III

Zulassung zur Prüfung

§ 5 (Antrag auf Zulassung zur Abschlußprüfung)

- (1) Der Antrag auf Zulassung zur Abschlußprüfung ist von dem Lehrherrn bei der Bayerischen Landesärztekammer einzureichen. Er muß bis zum 1. März gestellt sein, wenn der Lehrvertrag bis zum 30. September des gleichen Jahres abläuft. Bei Ablauf des Lehrvertrages zu einem anderen Zeitpunkt verschiebt sich der Anmeldetermin entsprechend.
- (2) Dem Zulassungsantrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

a) vom Lehrherrn

eine Beurteilung der Kenntnisse und Fähigkeiten des Lehrlings sowie seines Verhaltens während der Lehrzeit. Aus dieser Beurteilung muß sich ergeben, daß der Lehrherr den Lehrling danach für befähigt hält, sich der Prüfung zu unterziehen;

b) vom Lehrling

ein handgeschriebener Lebenslauf, das Abschlußzeugnis der allgemeinbildenden Schule, in beglaubigter Abschrift, das Versetzungszeugnis in die zweite Klasse, das Zwischenzeugnis und gegebenenfalls das Abschlußzeugnis der Oberstufe der Berufsschule in beglaubigter Abschrift, nach Möglichkeit eine Bescheinigung einer anerkannten Hilfsorganisation über die erfolgreiche Teilnahme an einem Kurs in Erster Hilfe sowie ähnliche Nachweise.

§ 6 (Prüfungsgebühr)

- (1) Die Prüfungsgebühr beträgt 30.— DM. Sie ist vom Lehrherrn zu tragen.
- (2) Die Gebühr für die Wiederholungsprüfung beträgt 20.— DM. Sie ist vom Lehrling zu tragen.
- (3) Bei Ablehnung des Antrages oder bei Rücktritt des Lehrlings vor dem festgesetzten Prüfungstermin wird die Prüfungsgebühr unter Einbehaltung einer Verwaltungsgebühr von 5.— DM erstattet.

§ 7 (Entscheidung über die Zulassung zur Prüfung)

- (1) Die Bayerische Landesärztekammer entscheidet über die Zulassung zur Prüfung.
- (2) Für die Zulassung zur Prüfung ist maßgebend, daß
 - a) der Lehrling seine Lehrzeit im Rahmen eines vom Ärztlichen Kreisverband in die Lehrlingsrolle eingetragenen Lehrvertrages bis zum 30. September bzw. 31. Januar des Prüfungsjahres beendet haben wird, und die Fachklasse für Arzthelferinnen an einer Berufsschule ordnungsgemäß besucht hat,
 - b) die in § 5 Abs. 2 bezeichneten Unterlagen vorliegen,
 - c) das Berichtsheft ordnungsgemäß geführt hat,
 - d) die Prüfungsgebühr entrichtet ist,
 - e) die fachliche und charakterliche Eignung des Lehrlings zur Arzthelferin angenommen werden kann.
- (3) Eine ablehnende Entscheidung ist dem Antragsteller schriftlich unter Angabe der Gründe mitzuteilen. Gegen diese Entscheidung steht dem Lehrherrn innerhalb von 2 Wochen nach Zugang derselben das Recht der Beschwerde zur Bayerischen Landesärztekammer zu.
- (4) Die Lehrabschlußprüfung darf frühestens nach 6 Monaten und spätestens innerhalb eines Jahres einmal wiederholt werden. Für die Zulassung zur Wiederholungsprüfung gilt § 18 Abs. 3.

Abschnitt IV Durchführung der Prüfung

§ 8 (Gliederung der Prüfung)

Die Prüfung erfolgt schriftlich und mündlich-praktisch.

§ 9 (Ausschluß der Öffentlichkeit)

- (1) Die Prüfung ist nicht öffentlich.
- (2) Zur Prüfung sind der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer und der Vorsitzende des zuständigen Ärztlichen Bezirksverbandes einzuladen. Sie sind nicht stimmberechtigt und haben sich auch sonst jeder Einwirkung auf den Prüfungsablauf zu enthalten.

§ 10 (Durchführung der schriftlichen Prüfung)

- (1) Die schriftliche Prüfung ist unter Aufsicht durchzuführen. Mit der Aufsicht können auch Personen betraut werden, die nicht Mitglieder des Prüfungsausschusses sind.
- (2) Es dürfen nur ausdrücklich zugelassene Hilfsmittel benutzt werden.
- (3) Die Prüfungsaufgaben sollen dem Aufsichtsführenden im verschlossenen Umschlag übergeben werden, der erst bei Prüfungsbeginn zu öffnen ist.

§ 11 (Ausschluß von der Prüfung)

Prüflinge, die unerlaubte Hilfsmittel benutzen, sich ungebührlich benehmen oder bei wiederholter Aufforderung den ergangenen Anweisungen zuwiderhandeln, können von der weiteren Teilnahme an der Prüfung ausgeschlossen werden.

§ 12 (Niederschrift)

Über die schriftliche und mündliche Prüfung sind Niederschriften anzufertigen, die bei der schriftlichen Prüfung vom Aufsichtsführenden, bei der mündlichen Prüfung von den beteiligten Mitgliedern des Prüfungsausschusses zu unterzeichnen sind. Den Umfang der Niederschrift bestimmt der Vorsitzende des Prüfungsausschusses.

Abschnitt V

Bewertung der Leistungen

§ 13 (Allgemeine Grundsätze der Bewertung)

- (1) Die Bewertung der Leistungen des Prüflings richtet sich nach § 14. Die Gesamtleistung des Lehrlings in der Berufsschule und in der praktischen Ausbildung beim Lehrherrn ist bei der Bewertung zu berücksichtigen.
- (2) Die schriftlichen und mündlich(-praktischen) Leistungen werden in den einzelnen Prüfungsfächern getrennt bewertet. Das Mittel der beiden Noten für die schriftliche und mündliche Prüfung ergibt die Bewertungsnote für das jeweilige Prüfungsfach.
- (3) Als Endbewertung sind nur ganze Noten zulässig.
- (4) Die schriftlichen Arbeiten werden von dem Fachlehrer für das jeweilige Prüfungsfach korrigiert und bewertet. Die endgültige Bewertung obliegt dem Prüfungsausschuß.
- (5) Ergeben sich bei der Bewertung der Prüfungsleistungen eines Prüflings erhebliche Unterschiede gegenüber der in der Berufsschule gezeigten Gesamtleistung, so hat der Prüfungsausschuß vor seiner

Entscheidung die Prüfungsleistungen durch weitere Maßnahmen nachzuprüfen.

- (6) Erreicht der Prüfling in mindestens 2 Fächern der Prüfungsgebiete A, B oder im Prüfungsgebiet C (ohne Kurzschrift) nur die Note 4,6 oder in einem Fach die Note 5,6, so kann der Prüfling von der weiteren Prüfung ausgeschlossen werden. Die Prüfung gilt dann als nicht bestanden.

§ 14 (Bewertungsmaßstab)

Für die Bewertung werden 6 Notenstufen verwendet:

- 1 = sehr gut
- 2 = gut
- 3 = befriedigend
- 4 = ausreichend
- 5 = mangelhaft
- 6 = ungenügend

§ 15 (Prüfungsgebiet A)

- (1) Im Prüfungsgebiet A (Fachkunde, Hilfe in der Sprechstunde und Hilfeleistung bei der Behandlung) werden die Noten für folgende Prüfungsfächer getrennt ermittelt:
 1. Aufsatz aus der Fachkunde
 2. Fachkundliche Fragen
 - a) schriftlich
 - b) mündlich
 3. Praktische Übungen
- (2) Die Prüfung im Teil A gilt als bestanden, wenn in zwei dieser Prüfungsfächer mindestens die Note 4,5 erreicht wurde. Unter diesen Fächern muß sich auch das Fach „Laborarbeiten“ befinden.

§ 16 (Prüfungsgebiet B)

1. Rechnen
 - Praxisnahe rechnerische Aufgaben
2. Buchführung
 - Aufgaben aus der praktischen Buchführung für den Arzt
3. Ärztliches Abrechnungswesen
4. Büroarbeiten
 - Festzustellen ist das Mittel aus den Bewertungsnoten für
 - a) Schriftverkehr
 - b) Bürokunde
- (2) Die Prüfung im Teil B gilt als bestanden, wenn in jedem der Prüfungsfächer „Buchführung“, „Ärztliches Abrechnungswesen“ und „Büroarbeiten“ mindestens die Note 4,5 erreicht wurde.

§ 17 (Prüfungsgebiet C)

- (1) Es werden geprüft:
 1. Kurzschrift

Der Prüfling hat zwei Ansagen eines fachbezogenen Textes (z. B. aus einem Arztbrief, Befundbericht, Gutachten) von je 5 Minuten Dauer in der Geschwindigkeit von 100 Silben in der Minute aufzunehmen. Zwischen den beiden Ansagen ist eine Pause von 3 Minuten einzulegen. Die Ansagen sind unverzüglich in Maschinenschrift zu übertragen. Übertragungszeit 60 Minuten.

Das Stenogramm ist auf Wiederlesbarkeit und Silbenleistung zu beurteilen.

Bei der Übertragung sind deren Richtigkeit, die formgerechte Gestaltung und die Unterschriftsreife zu bewerten.

2. Maschinenschreiben

Der Prüfling hat einen Brief im Umfang von 120 Anschlägen in der Minute nach Vorlage innerhalb von 15 Minuten formgerecht zu schreiben.

- (2) Die Prüfung im Teil C gilt als bestanden, wenn im Prüfungsfach „Maschinenschreiben“ mindestens die Note 4,5 erreicht wurde.

§ 18 (Gesamtbewertung)

- (1) Die Prüfung gilt als bestanden, wenn Teil A, B und C der Prüfung für bestanden erklärt wurden. In allen anderen Fällen gilt die Prüfung als nicht bestanden. Das Ergebnis der Prüfung ist dem Prüfling im Anschluß an die Prüfung mitzuteilen.
- (2) Die Gesamtnote ergibt sich aus dem Mittel der Bewertung der Teile A, B und C der Prüfung.
- (3) Lautet die Gesamtbewertung „nicht bestanden“, so bestimmt der Prüfungsausschuß den frühesten Zeitpunkt (§ 7 Abs. 2) und den Umfang der Wiederholungsprüfung. Der Prüfungsausschuß kann den Prüfling dabei von den Teilen der Prüfung befreien, in denen bei der nichtbestandenen Prüfung mindestens die Note „befriedigend“ erzielt wurde; die bisher erzielten Noten werden bei der Wiederholungsprüfung anerkannt.

§ 19 (Rücktritt während der Prüfung)

- (1) Rücktritt während der Prüfung ist nur aus Gründen zulässig, die nicht in der Prüfung selbst liegen. Hierüber entscheidet der Prüfungsausschuß. Ist der Rücktritt hiernach zulässig, so gilt die Prüfung als nicht abgelegt.
- (2) Wenn der Prüfling während der Prüfung ohne zwingenden Grund zurücktritt oder durch den Prüfungsausschuß ausgeschlossen wird, so gilt die Prüfung als nicht bestanden.

§ 20 (HelferInnen-Brief, Zeugnis)

- (1) Die Bayerische Landesärztekammer erteilt nach bestandener Prüfung den HelferInnen-Brief.
- (2) Daneben wird ein Prüfungszeugnis erteilt, das die Gesamtnote der Prüfung (§ 18 Abs. 2) enthält. Die Noten lauten:
- sehr gut
gut
befriedigend
bestanden
- (3) Bei Bestehen des Prüfungsgebietes C (§ 17) ist eine Bescheinigung über die Leistungen in Kurzschrift und Maschinenschreiben zu erteilen.

Abschnitt VI

Übergangs- und Schlußvorschriften

- (1) Bewerberinnen, die in der Bundesrepublik Deutschland oder im Lande Berlin vor dem 1. 1. 1960 eine Tätigkeit als Arzthelferin bei einem niedergelassenen Arzt begonnen und diese Tätigkeit seither ohne Unterbrechung ausgeübt haben, können auf ihren Antrag vom Prüfungsausschuß zur Prüfung zugelassen werden, wenn zu erwarten ist, daß sie die von Lehrlingen zu fordernden Kenntnisse erworben haben.
- (2) Deutsche Bewerberinnen, die in die Bundesrepublik Deutschland und das Land Berlin aus einem Gebiet

zugezogen sind, in dem es keine geregelte Ausbildung von Arzthelferinnen gibt, können auf ihren Antrag vom Prüfungsausschuß zur Prüfung zugelassen werden, wenn sie im Herkunftsbereich mindestens fünf Jahre wie eine Arzthelferin tätig waren und wenn zu erwarten ist, daß sie die von Lehrlingen zu fordernden Kenntnisse erworben haben.

- (3) Bewerberinnen, die ohne vorangegangene Lehre in einer ärztlichen Praxis mindestens sieben Jahre im Aufgabenbereich einer Arzthelferin tätig waren, können auf ihren Antrag vom Prüfungsausschuß zur Prüfung zugelassen werden, wenn zu erwarten ist, daß sie die von Lehrlingen zu fordernden Kenntnisse erworben haben.
- (4) Einem Zulassungsantrag nach den Absätzen 1 bis 3 sind folgende Unterlagen beizufügen:
- a) ein handgeschriebener Lebenslauf,
 - b) das Abschlußzeugnis der allgemeinbildenden Schule in beglaubigter Abschrift,
 - c) soweit vorhanden ein Zwischenzeugnis und gegebenenfalls das Abschlußzeugnis einer weiterführenden Schule in beglaubigter Abschrift,
 - d) Nachweise über die in den Absätzen 1 bis 3 bezeichneten Beschäftigungszeiten (Zeugnisse u. ä.),
 - e) nach Möglichkeit eine Bescheinigung einer anerkannten Hilfsorganisation über die erfolgreiche Teilnahme an einem Kurs in Erster Hilfe sowie ähnliche Nachweise.

§ 22 (Berufsnahe Vorbildung)

- (1) Die Ausbildungszeit in einer Krankenpflegeschule im Sinne des Krankenpflegegesetzes oder eine entsprechende berufsnahe Ausbildung, z. B. in einem privaten Lehrinstitut für kaufmännisch-praktische Arzthilfen, kann bis zur Dauer eines Jahres auf die Lehrzeit angerechnet werden.
- (2) Über den Antrag entscheidet die Bayerische Landesärztekammer. Ihm sind die in § 20 Abs. 4 bezeichneten Unterlagen sowie Nachweise über Art und Dauer der berufsnahe Vorbildung beizufügen.

§ 23 (Inkrafttreten)

Diese Prüfungsordnung tritt am 5. 2. 1966 in Kraft.

Nächster Kurs für

Röntgenhelferinnen

vom 18. bis 28. April 1966
in Erlangen.

Anmeldung umgehend bei der Bayerischen Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85/IV.

Aescosulf[®]



Arznei Müller
Bielefeld

dynamisiert den arteriovenösen Reflux



Thromboseprophylaxe

Monapax[®]

erlöst die Bronchen



Arznei Müller
Bielefeld

Phyto-Antitussivum
für jedes Alter
(ohne Opiate)

STEUERFRAGEN**Das Kapital und die Börse**

Von Bernd Baehring

Es ist ein ständiges Kommen und Gehen an der Börse. Damit sind nun nicht die Händler und Makler gemeint, sondern die Papiere, mit denen gehandelt und gemakelt wird. Wir denken auch zunächst nicht an die Papiere, die es schon lange gibt, und deren amtlicher Handel auf neue Börsenplätze ausgedehnt wird, oder die eine Börse von ihrem Kurszettel streichen läßt (weil die Qualität bestimmten Anforderungen nicht mehr entspricht).

Es tauchen immer wieder Aktien in den Kurszetteln auf, die es bisher überhaupt noch nicht gegeben hat. Andere Aktien dagegen, die dem Sparerpublikum manchmal schon seit Jahrzehnten vertraut sind, verschwinden völlig von der Bühne. In den letzten Jahren haben sich diese beiden Bewegungen etwa die Waage gehalten. Wenn davon abgesehen wird, daß es zahlreiche Kapitalerhöhungen, also neue Aktien alteingeführter Börsengesellschaften, gegeben hat, und wenn weiter davon abgesehen wird, daß rund 25 ausländische Großunternehmen ihre Aktien an deutschen Börsen amtlich einführen ließen, dann muß also gesagt werden: Kein frisches Blut für die deutschen Börsen, dem nicht an anderer Stelle eine Blutentnahme gegenübergestanden wäre.

Das ist an sich erstaunlich. Man sollte meinen, der gewaltige Kapitalbedarf, den eine moderne Volkswirtschaft zumal dann hat, wenn sie — wie die deutsche nach 1948 — praktisch wieder vom Nullpunkt anfangen mußte, würde dazu führen, daß die Börse als Handels- und Umschlagplatz für Kapital einen ungefähr ebenso gewaltigen Aufschwung nimmt. Nun wird an der Börse kein Kapital produziert, und sie ist auch nicht der Platz, an dem der Kapitalnachfrager seine Papiere direkt verkaufen könnte. Neue Aktien und Obligationen, durch deren Verkauf neues Geld in die Kassen der Industrie und anderer Emittenten fließt, werden von Banken und Sparkassen direkt an das anlagewillige Publikum oder an Kapitalsammelstellen (Versicherungen usw.) abgesetzt. Die Börse ist davon nicht berührt; es sei denn insoweit, als sie die Preisschwankungen registriert, die eine solche Transaktion für die bereits umlaufenden Papiere des Emittenten zur Folge hat bzw. (bei Obligationen) haben mag. Außerdem übt die Börse bei der Aktienemission eine wichtige Funktion aus, indem sie die Wertschwankungen des Bezugsrechts für die jungen Aktien signalisiert (vgl. die früheren Beiträge über Kapitalerhöhung).

Mit der Plazierung, mit dem Vorgang der Kapitalbeschaffung also, hat die Börse unmittelbar nichts zu tun. Die neuen Wertpapiere werden von Bankkonsortien fest übernommen; der Emittent erhält den Geldbetrag, der sich aus den Emissionsbestimmungen ergibt, von den Banken. Aufgabe der Banken ist es dann, diese Wertpapiere im Kreise ihrer Kunden zu verkaufen. Da die Banken prinzipiell nur über mehr oder weniger kurzfristiges Geld verfügen — das sind im wesentlichen die Einlagen ihrer Kunden, unter denen die Spareinlagen aus Liquiditätsgründen besonders beliebt sind —, findet die volkswirtschaftlich, aber

auch bankpolitisch notwendige langfristige Industriefinanzierung erst durch die Weiterleitung der konsortialer Wertpapieremittenten übernommenen Papiere an das sparende Publikum statt. Mit all dem hat die Börse noch nichts zu tun. Sie wird — im Kapitalbeschaffungsvorgang — erst eingeschaltet, wenn es den Konsortialbanken nicht gelungen ist, die neuen Wertpapiere in ihrem Kundenkreis zu plazieren, speziell, wenn die Aktionäre die ihnen auf die jungen Aktien zustehenden Bezugsrechte nicht ausgeübt haben.

Aber auch dann ist es noch nicht unbedingt nötig, die Börse zur Kapitalbeschaffung einzuschalten. Es könnte sein, daß die Konsortialbanken den Besitz solcher nicht plazierter Wertpapiere selbst als reizvoll ansehen. Dann behalten sie sie, entweder in der Absicht, eine feste Beteiligung aufzubauen (bei Aktien) bzw. eine schon vorhandene Beteiligung zu verstärken, oder (bei Obligationen und anderen Anleihen) weil sie sich unter dem Eindruck großer Geldfülle sagen, daß eine so gute Verzinsung auf längere Sicht außerhalb des reinen Kreditgeschäfts nirgendwo sonst zu erlangen sein wird. Schließlich behalten die Banken übernommene Wertpapiere auch nur ganz einfach, weil sie damit rechnen, sie in näherer oder fernerer Zeit mit Gewinn abstoßen zu können.

Scheiden solche Überlegungen aus, und gelingt es auch nicht, für bei einer Emission übriggebliebene Wertpapiere außerhalb der Börse potente Interessenten zu finden, dann tritt der offene Markt der Börse in Funktion. Dann gibt die Bank, wenn eine andere Bank an der Börse Papiere der gleichen Art sucht, aus ihren Eigenbeständen ab. Solche Eigenbestände bestehen freilich nicht ausschließlich aus „Restanten“, sondern werden in den gängigeren Wertpapieren auch eigens zu Handelszwecken gebildet; ihr hurtiges Umschichten ist an flauen Börsentagen oft das einzige Geschäft, das im Börsensaal überhaupt abgewickelt wird. Man nennt das: „der Berufshandel — die Kulisse — ist unter sich“. Da werden dann kurzfristige Spekulationsgewinne gemacht oder -verluste realisiert.

Im übrigen haben wir in der Bundesrepublik keinen Börsenzwang. Wenn beispielsweise eine Großbank von einem Kunden ihrer Filiale in Bremen den Auftrag bekommt, X-Aktien im Nominalbetrag von 5000 DM zu verkaufen, und gleichzeitig beauftragt in München ein Mann die gleiche Bank, dieselben Aktien im Nominalbetrag von z. B. 6000 DM für ihn zu erwerben, dann kann diese Bank Angebot und Nachfrage bis auf 1000 DM im eigenen Hause ausgleichen; sie wird aus diesem Kompensationsgeschäft nur in Höhe von nom. 1000 DM an der Börse in Erscheinung treten, und zwar nachfragend. Wann immer die Börse auf solche Weise ausgeschaltet werden kann, wird sie ausgeschaltet, denn die Bank kann ihrem Kunden dennoch die Spesen berechnen, die an der Börse entstanden wären.

Eines aber ist von größter Bedeutung: Solche Kompensationen müssen zu den amtlichen Börsenkursen abgewickelt werden. Die Zeitungen veröffentlichten täglich den Kurszettel, damit auch der Wertpapiersparer

jederzeit kontrollieren kann, ob der Kauf- oder Verkaufskurs, zu dem sein Auftrag durchgeführt worden ist, mit dem Kurs übereinstimmt, der am fraglichen Tag an der Heimatbörse oder an der nächsten Börse mit amtlicher Notiz in diesem Papier notiert worden ist. Man kann übrigens verlangen, daß ein Effektenkauf bzw. -verkauf an einer bestimmten Börse durchgeführt wird. Das wäre zum Beispiel dann denkbar, wenn man weiß, daß an dieser bestimmten Börse die Umsätze in dem fraglichen Papier besonders groß sind, so daß „Zufallskurse“ nicht oder kaum befürchtet werden müssen. In einem solchen Fall muß der an der gewünschten Börse zum Zeitpunkt der Auftragsausführung notierte Kurs dem Geschäft zugrunde gelegt werden, einerlei, ob die Börse in Anspruch genommen worden ist oder ob bankintern kompensiert wurde. Es gibt — je nach der regionalen Lage von Angebot und Nachfrage — an den Börsen eines Landes für ein und dasselbe Papier unterschiedlich hohe Kursnotizen. Diese Unterschiede werden aber in aller Regel nicht beträchtlich sein, denn die Banken wissen ein regionales Kursgefälle, sobald es sich während einer Börsensitzung ergibt, auszunutzen. Im Wege dieser Effektenarbitrage kann z. B. ein Angebot aus Hamburg den Kurs in Frankfurt prompt etwa auf das Hamburger Niveau drücken, so wie eine Nachfrage aus Düsseldorf in München den Münchener Kurs in die Nähe des Düsseldorfers bringen wird.

Das Gesagte läßt klar erkennen: Erstens nimmt der Rang der Börse als Institution nicht notwendig in dem Maße zu, in dem Kapital für die Volkswirtschaft bedeutsamer wird; das Kapital findet seinen Weg großenteils an der Börse vorbei. Zweitens: Darin liegen gewisse Gefahren, denn wenn die Umsätze an der Börse unter ein bestimmtes Niveau sinken, oder wenn die Umsätze zunehmend nur auf Grund eines mehr oder weniger spekulativen Gewimmels der Berufshändler zustande kommen, dann kann die Börse ihre alleinige Funktion, echter Markt mit einer im Schnitt zuverlässigen Preisermittlung zu sein, nur noch unvollkommen erfüllen. Da nützt dann auch die Vorschrift nichts, nach der eine Gesellschaft, die ihre Aktien an einer Börse amtlich notiert sehen möchte, ein bestimmtes Mindestaktienkapital haben muß (von diesem Aktienkapital darf nicht allzu viel in ganz festen Händen, etwa in Familienbesitz, beim Staat usw. sein).

Es wäre aber für eine freie Wirtschaft ein unabsehbarer Schaden, wenn die Börse ihre Funktionsfähigkeit verlöre. Denn wo und wie sollte sonst — unter amtlicher Überwachung durch einen staatlichen Börsenkommissar und unter obligatorischer Einschaltung beidseitiger Makler! — fortlaufend der Wert von Papieren festgestellt werden können, die ständig den Besitzer wechseln können und wechseln können müssen! Es

könnte keinem Menschen zugemutet werden, sich durch Wertpapiererwerb an der Industrie- und Staatsfinanzierung zu beteiligen, wenn man der Öffentlichkeit nicht einen Markt zur Verfügung stellte, an dem Käufe und Verkäufe solcher Papiere jederzeit unter amtlicher Aufsicht und zu Preisen möglich sind, die sich durch ein genügend breit basiertes Spiel von Angebot und Nachfrage ergeben. Der Sparer als Wertpapierbesitzer wird aber immer wichtiger — das zeigen schon die beiden bisher bei uns durchgeführten Volksaktienausgaben —, und zwar nicht nur im Interesse der Volkswirtschaft, sondern auch im Rahmen der sogenannten Vermögensbildungspolitik.

Daher sind alle Maßnahmen, die zur Stärkung der Börse als Institution ergriffen werden können, notwendige Maßnahmen. Daher auch ist es grundsätzlich bedauerlich, daß die Zahl der Börsengesellschaften, d. s. Aktiengesellschaften, deren Aktien an einer Börse oder mehreren Börsen amtlich notiert werden, per Saldo nicht oder kaum zunimmt. Es gibt einige Unternehmungen, die in der letzten Zeit Börsengesellschaften wurden. Neckermann gehört dazu, die Investitions- und Handelsbank AG, Pschorrbräu in München ebenfalls, um nur einige zu nennen. Andere Gesellschaften, wie die Feldmühle AG, verschwanden vom Kurszettel, weil jemand (hier Herr Friedrich Flick) nach und nach so viele Aktien dieses Unternehmens gekauft hat, daß er die letzten freien Aktionäre schließlich mit Hilfe eines bestimmten Gesetzes schlicht ausbooten konnte.

Im nächsten Artikel wollen wir uns mit den Fragen etwas näher beschäftigen, die sich für den wertpapierinteressierten Sparer im Zusammenhang mit der Neueinführung von Aktien an der Börse ergeben.

Anschr. d. Verf.: Bernd Baehring, 8021 Straßlach, Frundsbergstraße 3.

Mehrwertsteuer

Bundesverband der freien Berufe wendet sich an die EWG

Auch auf europäischer Ebene fordern die freien Berufe ihre vollständige Freistellung von der Umsatzsteuer. Dies hat der Bundesverband der freien Berufe in einer kritischen Stellungnahme zum Entwurf der zweiten Umsatzsteuer-Harmonisierungsrichtlinie des EWG-Ministerrates erklärt, die er der EWG-Kommission und den Mitgliedern des Wirtschafts- und Sozialausschusses der EWG zugeleitet hat.

Diese Richtlinie zur Einführung des Mehrwertsteuersystems in allen EWG-Ländern sieht vor, daß eine Reihe von „Dienstleistungen“ und Tätigkeiten freier Berufe mehrwertsteuerpflichtig werden sollen. Für eine andere Gruppe von freien Berufstätigkeiten wird es allen Mitgliedsländern der EWG freigestellt, die freien

(Fortsetzung Seite 266)

Tropfen, Elixier
hormonfrei

erleichtert
den Schritt
in die Menopause

feminon®

Julius Redel · Cesra-Arzneimittelfabrik · Haueneberstein b/ Baden-Baden

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Januar 1966*

(Zusammengestellt auf Grund der Wochenmeldungen)

Die Häufigkeit von Scharlacherkrankungen ging im Januar merklich zurück, im Dezember 1965 trafen auf 100 000 der Bevölkerung (auf ein Jahr umgerechnet) noch 96 Fälle, im Januar nur mehr 66 Fälle.

Der Jahreszeit entsprechend traten Typhus, Paratyphus und bakterielle Ruhr nur in wenigen Fällen auf. Die Zahl der Salmonellose-Erkrankungen (durch Sal-

monella-Bakterien erregte Darmentzündung) nahm im Berichtsmonat erneut ab, und zwar von 25 Fällen im Vormonat auf 10 Fälle, jeweils auf 100 000 der Bevölkerung bezogen. Erkrankungen an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) wurden dagegen im Januar häufiger gemeldet als im Dezember des vorigen Jahres; die Erkrankungsziffer stieg von 33 auf 43 je 100 000 der Bevölkerung.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 2. bis 29. Januar 1966 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3				4			5		6		7		8		9		10		11	
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare				Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa										
					Kinderlähmung		Hirnhautentzündung								Gehirnentzündung		Salmonellose		Übrige Formen						
					dar. paral. Fälle		Meningokokken Meningitis		übrige Formen																
E ¹⁾ ST ²⁾		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST			
Oberbayern	—	—	204	—	—	—	—	10	—	3	—	1	—	2	—	—	—	4	—	38	—	—	—		
Niederbayern	—	—	25	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	4	—	—	—	3	—	—	—		
Oberpfalz	1	—	27	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	8	1	—	—		
Oberfranken	—	—	61	—	—	—	—	3	1	6	—	—	—	2	—	—	—	—	—	9	—	—	—		
Mittelfranken	—	—	70	—	—	—	—	3	—	2	—	1	—	1	—	—	—	1	—	4	—	—	—		
Unterfranken	—	—	48	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	1	—			
Schwaben	—	—	74	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	10	—	—	—			
Bayern	1	—	509	—	—	—	—	21	1	14	—	2	—	6	—	4	—	6	—	75	1	1	—		
München	—	—	91	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	22	—	—	—		
Nürnberg	—	—	26	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	4	—	—	—			
Bayreuth	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—			
Regensburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	4	—	—	—		
Würzburg	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—			

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22	
	Butterrismus		Hepatitis infectiosa		Oraltheose				Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾		Bang'sche Krankheit		Kloßbettfieber ⁴⁾		Malaria-Ersterkrankung		Q-Fieber		Toxoplasmose		Wundstarrkrampf	
					Psittacose		(Übrige Formen)															
					E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	4	—	65	—	—	—	1	—	13	—	—	—	1	—	1	—	2	—	—	—	—	
Niederbayern	1	—	52	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Oberpfalz	—	—	31	—	—	—	—	—	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Oberfranken	—	—	36	—	—	—	—	—	15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Mittelfranken	—	—	32	—	2	—	2	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	
Unterfranken	—	—	88	—	—	—	—	—	31	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	
Schwaben	—	—	33	—	—	—	—	—	52	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	
Bayern	5	—	337	—	2	—	3	—	131	—	1	—	1	—	1	—	6	—	1	—	1	
München	—	—	28	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	
Nürnberg	—	—	11	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Bayreuth	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Würzburg	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

2) ST = Sterbefälle.

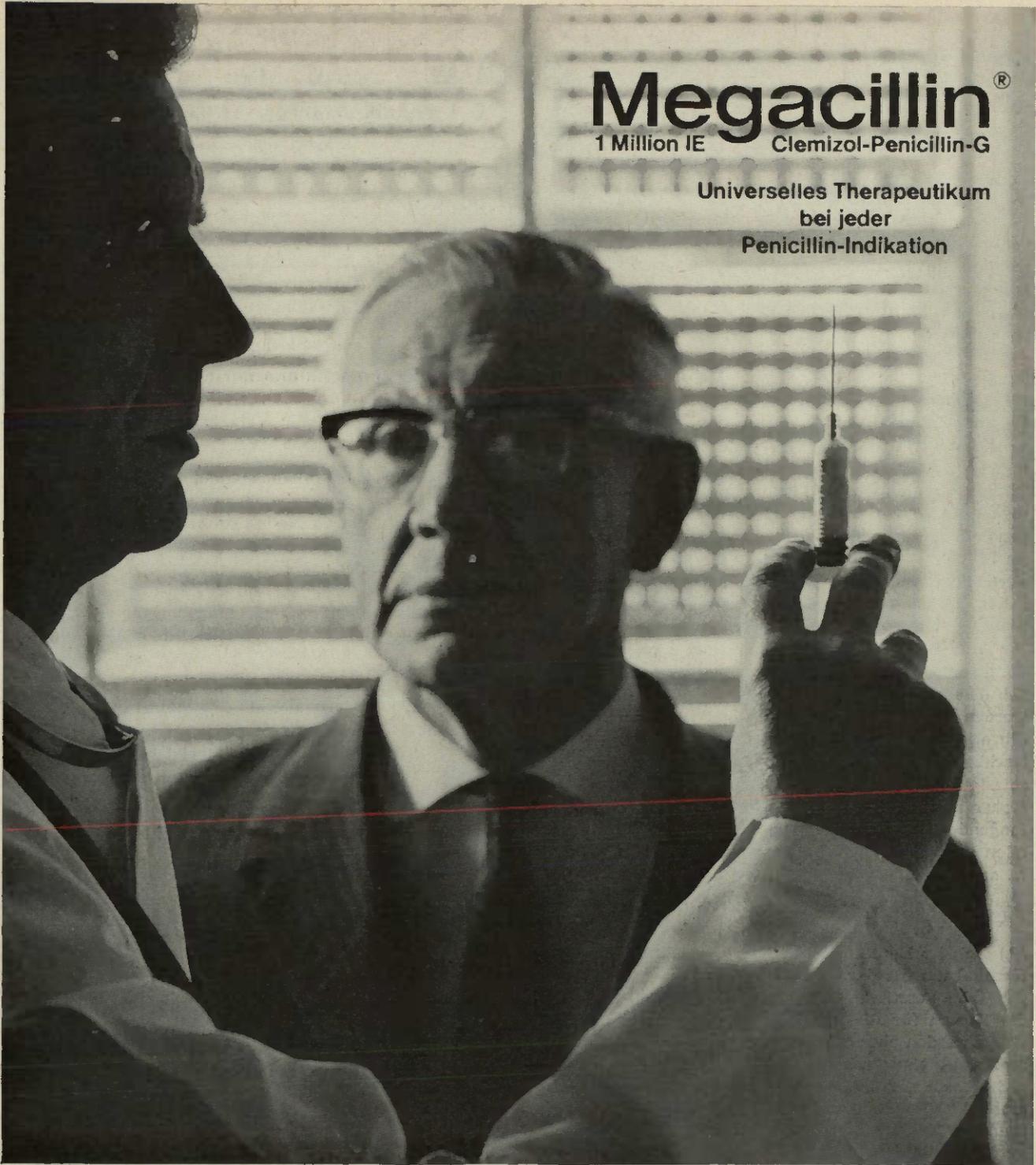
3) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

4) Kindbettfieber bei oder nach (standesamtlich meldepflichtiger) Geburt.

Megacillin[®]

1 Million IE Clemizol-Penicillin-G

Universelles Therapeutikum
bei jeder
Penicillin-Indikation



**WIRKSAMES
EINGREIFEN**



**BASIS DES
VERTRAUENS**



Chemie Grünenthal GmbH
Stolberg im Rheinland

Durchgreifende Wirkung mit der massiven Dosis von 1 Million Einheiten
Ausgeprägter Depoteffekt bis zu 96 Stunden nach einer Injektion
Reduziertes Allergierisiko durch Clemizol (Antihistamin)-Penicillin-G
Sichere Applikation mit der bewährten Grünenthal-Spritzampulle

(Schluß von Seite 263)

Berufe von der Mehrwertsteuer auszunehmen. Nach Auffassung des Bundesverbandes der freien Berufe ist es jedoch bedenklich, die freien Berufe in dieser Weise steuerlich aufzuspalten. Die in der EWG-Richtlinie vorgesehene Heranziehung u. a. von Schriftstellern, Architekten, Ingenieuren, Wirtschafts- und Steuerberatern, Rechtsanwälten und wissenschaftlichen Gutachtern mit einem Teil ihrer Tätigkeiten zur Mehrwertsteuer ist nicht gerechtfertigt. Der Bundesverband der freien Berufe hat deshalb beantragt, die EWG-Richtlinie zur Einführung der Mehrwertsteuer zu revidieren und davon abzusehen, die freiberuflichen „Leistungen“ der Mehrwertbesteuerung zu unterwerfen. Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen Dienstleistungen anderer Einkommensbezieher und den Tätigkeiten der freien Berufe seien nicht vorhanden. Im geltenden deutschen Umsatzsteuerrecht sei für diese Abgrenzung zwischen Dienstleistungen anderer Einkommensbezieher und den Tätigkeiten der freien Berufe auf eine klare, befriedigende Abgrenzung im Einkommensteuergesetz Bezug genommen (§ 18 EStG). Diese gleiche Bezugnahme sei im EWG-Raum zu empfehlen.

Ferner entstehe mit der Ausklammerung der freiberuflichen Tätigkeiten aus der Mehrwertbesteuerung kein Steuerausfall. Denn die unterschiedliche Behandlung für freie Berufstätigkeiten, die in der EWG-Richtlinie vorgenommen ist, sei darauf abgesteilt, daß vornehmlich die Tätigkeiten zur Mehrwertsteuer herangezogen werden sollten, die gegenüber Unternehmungen erbracht werden. Wegen der im Gesetz verankerten Nachholwirkung werden, wenn man die mit der Umsatzsteuer belasteten Tätigkeiten von der Mehrwertsteuer ausnimmt, die Entgelte hierfür bei dem empfangenden Unternehmer erfaßt, wenn er seinerseits von allen seinen Einnahmen die Mehrwertsteuer abführt. (s. auch Seite 237: „Geistige Leistung — eine Ware“)

Wann sind bei der Erbschaftsteuer Grabpflegekosten abzugsfähig?

(F.) Bei der Berechnung der Erbschaftsteuer wird der Nachlaß um die darauf entfallenden Verbindlichkeiten gekürzt. Es erscheint selbstverständlich, daß hierzu auch die Kosten für die laufende Grabpflege gehören. Die Erben werden aber erstaunt feststellen, daß das Finanzamt unter Umständen diese laufenden Aufwendungen nicht berücksichtigt, sondern nur die Kosten für die erstmalige Anpflanzung des Grabes. Dieser Fall wird immer dann eintreten, wenn nicht in einem Testament verfügt ist, daß die Erben für die laufende Grabpflege zu sorgen haben. Das Finanzamt wird diese Ablehnung damit begründen, daß auch im bürgerlichen Recht die Grabpflegekosten nur dann zu den Nachlaßverbindlichkeiten zählen, wenn sie letztwillig verfügt wurden. Dieser Ansicht des Finanzamts stimmen übrigens auch sämtliche Kommentare zum Erbschaftsteuergesetz bei. Ein Rechtsmittel hätte also nur wenig Aussicht auf Erfolg.

MITTEILUNGEN

Ehrung verdienter Arzthelferinnen

Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer hat in seiner Sitzung am 16. 2. 1963 beschlossen, Arzthelferinnen, welche mehr als 20 Jahre bei freipraktizierenden Ärzten tätig waren, für ihre treuen Dienste durch die Verleihung einer Ehrenurkunde und einer Goldmünze zu ehren.

Seither konnte diese Auszeichnung an insgesamt 53 Arzthelferinnen und 3 Röntgenassistentinnen verliehen werden.

Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns in Dachau

Die nächste Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns findet am

26. März 1966, 10 Uhr, in Dachau (Schloß Dachau) statt.

Nach § 4 Abs. 1 der Geschäftsordnung ist die Vertreterversammlung öffentlich für ordentliche und außerordentliche Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Die Zuhörer weisen sich durch einen Personalausweis und eine Bestätigung der für sie zuständigen Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns aus.

Vorläufige Tagesordnung:

1. Bericht des Vorsitzenden des Vorstands
2. Haushaltsvoranschlag 1966

Dr. Meider

Vorsitzender der Vertreterversammlung

Ehrenamtliche Finanzrichter

Zu ehrenamtlichen Finanzrichtern wurden für den Zeitraum von 4 Jahren benannt für

Finanzgericht Nürnberg

Dr. med. Hermann DOERFLER, Weißenburg

Dr. med. Martin KRESSMANN, Nürnberg

Finanzgericht München

Dr. med. Friedrich SEUSS, Gröbenzell

BUCHBESPRECHUNGEN

Hans Wilhelm SMOLIK: „Das rote Blutkörperchen — Näpfl“, 1965, 64 S., div. Abb., kartoniert, 2,80 DM. Süddeutscher Verlag, München.

Der Autor schildert Näpfls wundersame Reise durch den menschlichen Körper so ansprechend und legt die auch vielen Erwachsenen schwer vorstellbaren Lebensvorgänge so allgemeinverständlich dar, daß die ursprünglich für Kinder geschriebenen und von Wilhelm Hartung sehr anschaulich illustrierten Geschichten sich bei jung und alt großer Beliebtheit erfreuen und sogar Eingang in den Unterricht verschiedenster Schulgattungen fanden.

Noricaven® entstaubt Venen

BIONORICA KG.
NURNBERG

**Geh lieber
sicher —
geh in die
Vereinigten!**

Der Gruppenversicherungsvertrag, den die Bayerische Landesärztekammer mit Wirkung vom 1. September 1965 mit der Vereinigten Krankenversicherung A.G. und deren Tochtergesellschaft, der Salus Krankenhauskosten-Versicherungs-A.G., abgeschlossen hat, bietet:

Krankentagegeld bis 200 DM

für den niedergelassenen Arzt

Krankentagegeld bis 100 DM

für den angestellten Arzt

Krankenhaustagegeld bis 100 DM

zusätzlich für jeden Arzt

Krankenhauskostenversicherung

für Familienangehörige bis 100 DM täglich.

Die Ärzte im Bereich der Bayerischen Landesärztekammer haben Anspruch auf Versicherungsschutz zu besonders günstigen Bedingungen: Keine Wartezeiten, Einschluß von Vorerkrankungen, Leistungen auch bei Kuraufenthalten und Erkrankungen im Ausland sowie bei Berufs- und Sportunfällen. Gegenüber der Einzelversicherung sind die

Prämien bis zu 25% niedriger.

Hinzu kommt bei schadenfreiem Verlauf während eines Kalenderjahres eine hohe Prämienrückgewähr. Sie betrug in den vergangenen Jahren für Tagegeldversicherungen 25%. Allein 1965 zahlte die Vereinigte auf diese Weise an ihre Versicherten insgesamt 25 Millionen DM zurück. Für die Versicherten noch dem Salustarif besteht – in Form eines Sterbegeldes – Anspruch auf Gewinnbeteiligung.

Die Vereinigte unterhält mit zahlreichen ärztlichen Organisationen und Landesvertretungen Empfehlungs- und Gruppenversicherungsverträge. Sie ist mit mehr als 1,2 Millionen Versicherten eines der größten Unternehmen ihrer Art. Bitte nutzen auch Sie – wie viele Ihrer Berufskollegen im ganzen Bundesgebiet – die Vorteile, die Ihnen der Gruppenversicherungsvertrag bietet.



VEREINIGTE KRANKENVERSICHERUNG A. G.

Generaldirektion · 8000 München 23 · Leopoldstraße 24

Vertragsgesellschaft der Bayerischen Landesärztekammer

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

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 Messegeländes 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 Folgeerscheinungen:
 - Pathologische Grundlagen der chronischen Bronchitis
 - Bakteriologie
 - Cytologische und histochemische Diagnostik
 - Klinik:
 - Chronische Pneumonie und Folgen
 - Die chronischen Erkrankungen und Folgeerscheinungen 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-Pressestelle kann auch das genaue Tagungsprogramm angefordert werden.

Ärztliche Fortbildung im Chiemgau

„Fortbildung vor der Tür des Praktischen Arztes“

Mal:

7./8. 5.: „Klinisches Wochenende“ in Salzburg, gemeinsam mit dem Ärzte-Verein Salzburg. Themen-Vorschlag durch den Ärzte-Verein Salzburg: „Die Blutung“. Gegenvorschlag der „Ärztlichen Fortbildung im Chiemgau“: „Der Schmerz als Warnsignal“

Junl:

15. 6.: „Pyelonephritis“

Jull:

13. 7.: „Diabetes-Probleme“

September:

14. 9.: „Prophylaxe und Therapie der Erkältungskrankheiten“

Oktober:

8./9. 10.: „Klinisches Wochenende“ in Bad Reichenhall
Programm-Entwurf: „Herzinsuffizienz“

Vortragsfolge:

Samstag, Vormittag: Begrüßung

Hempel, Mainz:

„Pathologische Anatomie: Morphologie und Funktionsstörung bei Herzinsuffizienz“

Hegglin, Zürich:

„Energetisch-haemodynamische Herzinsuffizienz“

Schimert, München und Hirsch, Traunstein:
„Praktische Diagnostik ohne Hilfsmittel bei Herzinsuffizienz“

Halhuber, Innsbruck:

„Klinische Diagnostik bei Herzinsuffizienz“

Reindell:

„Altersherzinsuffizienz“

Nachmittag:

Schmengler:

„Prophylaxe / Rehabilitation bei Herzinsuffizienz“

Blumenberger:

„Grundsätzliches zur Pharmodynamik bei Herzinsuffizienz“

Blömer:

„Therapiefehler bei Herzinsuffizienz“

Sonntag, 9.30—11.30 Uhr:

Diskussion zu den Themen des Vortages

November:

23. 11.: „Diagnostik und Therapie der peripheren Durchblutungsstörungen“

Auskunft: Sekretariat Ärztliche Fortbildung im Chiemgau, Dr. med. H. Matusczyk, 821 Prien am Chiemsee, Rathausstraße 9.

NUCONVAL®

Nukleasidhaltiger
Organextrakt mit
Convallaria-Extrakt

3 mg Adenasin
und 2000 MSE
Convallaria-Glykoside/ml

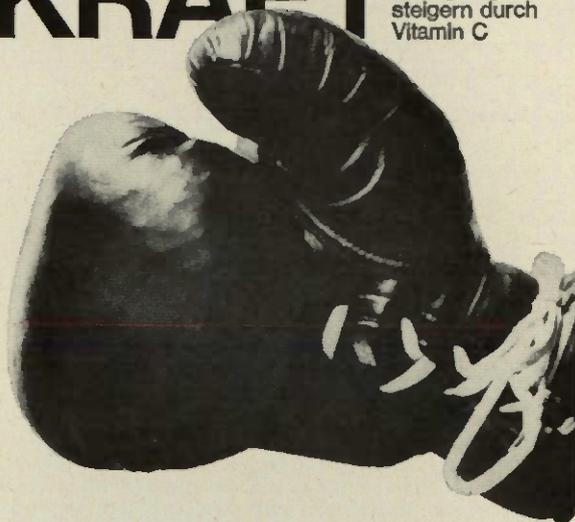
Zur Therapie der Karanar-
und Myakard-
erkrankungen



HORMON · CHEMIE · MÜNCHEN

ABWEHR KRAFT

schlagartig
steigern durch
Vitamin C



CEBION

E. Merck
DARMSTADT



Da gehört aber Mut dazu

Wieviel Bewunderung
steckt in diesem Satz.
Man hört ihn gerne,
wenn man gemeint ist.
Man ist stolz darauf.
Nur gibt es vielerlei
Arten Mut.
Der mit Verantwortung
ist der beste.

Der MÜNCHNER MERKUR
hat ihn.
Deshalb haben die
Verantwortlichen Achtung
vor dieser Zeitung.
Jedem Leser nützt das –
vielen macht es Mut.

Münchener Merkur **Die**
Zeitung
für Sie

83. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie vom 13. bis 16. 4. 1966 in München

Für die 83. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie vom 13. bis 16. April 1966 in München sind folgende Hauptthemen vorgesehen:

Allgemeine Chirurgie

1. Die postoperative Blutung
2. Die Rezidivstruma
3. Die Chirurgie der chronischen Pankreatitis
4. Spätergebnisse nach chirurgischer Therapie arterieller Gefäßverschlüsse
5. Fettembolie
6. Chirurgie des portalen Hochdrucks

Unfallchirurgie

7. Die Gelenksteife
8. Luxationsfrakturen im Hüftbereich
9. Schleudertrauma der Halswirbelsäule

Themen der experimentellen Chirurgie, der Plastischen und Wiederherstellungs-Chirurgie, der Urologie, der Kinder-Chirurgie, der operativen Cardiologie, der Intensivtherapie und der Dokumentation und Klinischen Statistik werden zum Teil gemeinsam mit den entsprechenden speziellen Fachgesellschaften in Parallelsitzungen behandelt. Für freie Vorträge (10 Minuten) ist reichlich Zeit vorgesehen.

Auskunft: Professor Dr. L. ZUKSCHWERDT, Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik, 2 Hamburg 20, Martinstraße 52.

Fortbildungskurse der Vereinigung der Proktischen Ärzte Bayerns Frühjahr 1966

4. **Diabetes-Fortbildung** (Wiederholung)
Beginn: Samstag, 26. 3. 1966 und Samstag, 2. 4. 1966, jeweils 15.30 Uhr (zwei Doppelstunden), in der Med. Univ.-Poliklinik, Pettenkoflerstraße. Leitung: Priv.-Doz. Dr. MEHNERT.
5. **Abrechnungskurs (Ügo)**
Beginn: Samstag, 26. 3. 1966, 15.30 Uhr, in der Chir. Univ.-Klinik, München 15, Nußbaumstraße. Leitung: Dr. KELLNER.
6. **Laborkurs für Ärzte und fortgeschrittene Laborkräfte**
Beginn: Letzte Märzwoche und die ersten beiden Aprilwochen 1966, jeweils Samstag, 15.30 Uhr. Leitung: Prof. Dr. O. WIELAND.
7. **Diagnostik und Therapie der rheumatischen Erkrankungen**
Beginn: Samstag, 14. 5. 1966 und Samstag, 21. 5. 1966, 15.30 Uhr, in der Med. Univ.-Poliklinik, München, Pettenkoflerstraße.

Anmeldungen erbeten an das Sekretariat der Vereinigung, z. Hd. v. Frau Bommel, 8 München 55, Gräfelinger Straße 22/I.

Nächster Kurs für Röntgenhelferinnen

Der nächste Kurs für Röntgenhelferinnen wird in der Zeit vom 18. bis 28. April 1966 in Erlangen stattfinden. Meldungen zu diesem Kurs sollen umgehend bei der Bayerischen Landesärztekammer, 8 München 23, Königstraße 85, erfolgen.

7. Kongreß der Gesellschaft für Skitroumatologie

Vom 21. bis 23. April 1966 kommt in Cortina d'Ampezzo der 7. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Skitraumatologie zur Durchführung. Auskunft erteilt das deutsche Sekretariat Dr. Paul König, 8 München 8, Rosenheimer Straße 181.

Fortbildungslehrgang in der Phonokardiographie

Durch ein Versehen wurde bisher als Termin für diesen Kurs der 29. und 30. März 1966 angegeben. Wir weisen darauf hin, daß dieser Kurs unter der Leitung von Chefarzt Professor Dr. MICHEL

am 29. und 30. April 1966, Beginn jeweils 9 Uhr, in der Stiftsklinik Augustinum in München stattfindet. Anfragen und Anmeldungen nur an die Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23, Königstr. 85/III.

Neurologischer Fortbildungskurs in Würzburg am 6./7. Mai 1966

Tagungsort:

Großer Hörsaal der Medizinischen Universitätsklinik, Bau 4, Luitpoldkrankenhaus

Freitag, den 6. 5. 1966

9.00 Uhr

Prof. Schaltenbrand:

Begrüßung

9.15 Uhr

Prof. Wahren:

„Steuerung des Endokriniums durch Zwischenhirn und Hypophyse“

9.50 Uhr

Doz. Nadjmi und Doz. Börner:

„Indikationsstellung über die gezielte Hypophysenimplantation von Yttrium 90“, Technik des Verfahrens

10.15 Uhr

Prof. Gerlach und Prof. Jensen:

„Möglichkeit der operativen Behandlung intrazerebraler Blutungen“

11.00—11.20 Uhr:

Pause

11.20 Uhr

Prof. Bammer:

„Epidemiologie der Multiplen Sklerose“

11.45 Uhr

Prof. Schaltenbrand und Dr. Müller:

„Epidemiologie und Klinik der durch Arthropoden übertragenen Infektionen des Nervensystems“

12.35 Uhr

Doz. Hopf:

„Nachbehandlung peripherer Lähmungen“

13.00—15.00 Uhr:

Mittagspause

15.00 Uhr

Prof. Scheller:

„Zur Anthropologie des Stirnhirnsyndroms“

15.45 Uhr

Prof. Broser:

„Die moderne Behandlung epileptischer Anfälle“

16.30—16.50 Uhr:

Pause

16.50 Uhr

Prof. Schaltenbrand:

„Technik und Indikation der stereotaktischen Methoden“

Samstag, den 7. 5. 1966

9.00 Uhr

Dr. Henn:

„Fettembolie des Hirns und hämorrhagische Pseudoenzephalitis“

9.30 Uhr

Doz. Börner und Doz. Nadjmi:

„Die Bedeutung des Hirnzintigrams in der neuroradiologischen Diagnostik“

9.50 Uhr

Prof. Hufschmidt:

„Myographische Befunde bei zentralen Tonusstörungen“

10.10 Uhr

Doz. Hopf:

„Myographischer Befund bei peripheren Nervenschäden“

10.30 Uhr

Prof. Bammer:

„Neue Liquoruntersuchungsmethoden“

10.50—11.00 Uhr:

Pause

11.00—13.00 Uhr:

Klinische Demonstrationen und Führung durch die Laboratorien der Neurologischen Universitätsklinik

15.00 bis gegen 18.00 Uhr:

Wissenschaftliche Sitzung mit Kurzvorträgen (das Programm wird zum Zeitpunkt der Tagung aufgelegt)

Aufgefordert: W. Bartsch, H. Becker, M. Holler, R. Heene, G. Jacobi, W. Kahle, W. van Rey, H. Solcher, F. Schwind, H. Wolff.

Organisationshinweise:

Kongreßbüro ab 8 Uhr vor dem Hörsaal der Med.-Univ.-Klinik im Luitpoldkrankenhaus (Bau 4), Staatl. Luitpoldkrankenhaus, Josef-Schneider-Straße 2.

Tagungsgebühren:

20 DM; für nichtselbständige Ärzte 10 DM; Tageskarte 10 DM (der Unkostenbeitrag ist nach der Ankunft im Kongreßbüro einzubezahlen).

Gesellschaftliche Veranstaltungen:

Freitag, den 6. 5. 1966, 19.30 Uhr:

Gemeinsames Abendessen in den Räumen der Staatlichen Hofkellerei (Gesandtenbau der Residenz).

Damenprogramm:

Freitag, den 6. 5. 1966:

Schiffahrt nach Veltschöckheim mit Mittagessen im Restaurant, Park- und Schloßbesichtigung.

Abfahrt an der Schiffsanlegestelle „Alter Kranen“, ca. 10.30 Uhr vormittags; Rückkehr gegen 16 Uhr.

Samstag, den 7. 5. 1966:

Besuch des Mainfränkischen Museums und der Festung. Abfahrt des Autobusses 10 Uhr vormittags, Residenzplatz; Rückkehr gegen 12.30 Uhr vormittags, Residenzplatz.

Allgemeine Hinweise:

Die Anmeldekarten für Quartiere bzw. für die gesellschaftlichen Veranstaltungen sind zu richten an: Verkehrsverein der Stadt Würzburg, 87 Würzburg, Falkenhaus am Marktplatz.

Für die Teilnahme am wissenschaftlichen Fortbildungskurs: an das Sekretariat der Neurologischen Univ.-Klinik, 87 Würzburg, Luitpoldkrankenhaus.

Anmeldungstermine:

Für Quartierbestellung bzw. gesellschaftliche Veranstaltungen bis 16. 4. 1966.

Für die Teilnahme am Fortbildungskurs bis 30. 4. 1966.

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.

- 25.—27. 3. in Augsburg: 37. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin (Thema: „Klinische Pharmakologie, ein neues therapeutisches Lehrfach für die Praxis“). Auskunft: Kongreßbüro der „Augsburger Fortbildungskongresse für praktische Medizin“, 89 Augsburg, Schaezlerstraße 19.
26. 3. in Erlangen: Fortbildungstagung für Röntgenassistentinnen an der Universitätsklinik unter der Leitung von Prof. Dr. Frik. Auskunft: Sekretariat der Deutschen Gesellschaft Medizinisch-technischer Assistentinnen e. V., Landesverband Bayern, 852 Erlangen, Fichtestraße 9.
- 26.—27. 3. in Bad Bergzabern: „Das elektrische Herzportrait (Einführung in die gesamte Elektrokardiographie und in die neue diagnostische Methode).“ Auskunft: Dr. Dr. Franz Klenie, 6748 Bad Bergzabern, Herz-Spezialklinik.
- 26.—31. 3. in Mitterndorf/Steiermark: Internationales Sportärzttreffen. Auskunft: Generalsekretariat der Weltunion für prophylaktische Medizin und Sozialhygiene, Wien VIII, Piaristengasse 41.
- 28.—31. 3. in Washington D. C./USA: 5. Internationaler Kongreß des Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum (C. I. N. P.). Auskunft: M. K. Taylor, C. I. N. P. Congress Coordinator, 3636-16th Street, N. W., Washington, D. C., 20010, USA, und Priv.-Doz. Dr. H. Hippus, Psychiatrische und Neurologische Klinik, 1 Berlin 19, Nußbaumallee 30—38.
28. 3.—1. 4. in Neuherberg: Strahlenschutz in Röntgendiagnostik und -therapie. Auskunft: Dr. R. Wittenzeilner, Institut für Strahlenschutzkunde, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.

April 1966:

- 2.—17. 4. Studienfahrt Deutscher Akademiker nach Sizilien mit Neapel und Paestum. Auskunft: Studienfahrten Deutscher Akademiker Prof. Dr. Artur Kutscher, 8 München 13, Ainmillerstr. 25/II.
- 3.—17. 4. Studienfahrt Deutscher Akademiker nach Nordafrika unter dem Motto „Antike und Arabische Welt am Mittelmeer“. Auskunft: Studienfahrten Deutscher Akademiker Prof. Dr. Artur Kutscher, 8 München 13, Ainmillerstraße 25/II.
- 4.—7. 4. in Warschau: 3. Meeting der Federation of European Biochemical Societies. Auskunft: Dr. E. Auhagen, 56 Wuppertal-Elberfeld, Friedrich-Ebert-Straße 217.
- 6.—7. 4. in Aix-en-Provence: 6es Journées Internationales de Phlébiologie. Auskunft: Dr. F. Beurier, 94, cours Sextius, Aix-en-Provence (Frankreich).
- 10.—11. 4. in Bologna und Salsomaggiore (Italien): 9e Congrès International de Thérapeutique. Auskunft: Prof. J. Loepper, 3, square de Luynes, Paris 7e (Frankreich).
12. 4. in Leipzig: Frühjahrstagung der Medizinisch-Wissenschaftlichen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. E. Perlick, Med. Universitätsklinik, X 701 Leipzig, Johannisallee 32.
- 12.—14. 4. in Bad Nauheim: Kurs der Elektrokardiographie und der modernen Kreislaufdiagnostik. Auskunft: Kardiologische Abteilung des W. G. Kerckhoff-Instituts der Max-Planck-Gesellschaft, 635 Bad Nauheim, Im Sprudelhof.
- 12.—14. 4. in Saizburg: II. Deutscher und Österreichischer Kongreß für Balneologie, Medizinische Klimatologie und Physikalische Medizin. Auskunft: Prof. Dr. Walter Zörkendörfer, 4902 Bad Salzflun, Extersche Straße 30.

- 13.—16. 4. in München: 83. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. (Thema: Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie). Auskunft: Prof. Dr. L. Zuckschwerdt, Direktor der Chirurg. Univ.-Klinik, 2 Hamburg 20, Martinstraße 52.
13. 4.—8. 7. in Hamburg: Kursus über Tropenmedizin und medizinische Parasitologie. Auskunft: Sekretariat Bernhard-Nocht-Institut, 2 Hamburg 4, Bernhard-Nocht-Straße 74.
- 15.—17. 4. in Bad Nauheim: 32. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung. Auskunft: Prof. Dr. R. Thauer, Deutsche Gesellschaft für Kreislaufforschung, 8350 Bad Nauheim, William-G.-Kerckhoff-Institut der Max-Planck-Gesellschaft.
- 16.—17. 4. in Bad Driburg: Einführungskursus in die Psychotherapie für die Allgemeinpraxis. Auskunft: Dr. H. Binder, 3490 Bad Driburg, Von-Vincke-Straße 10.
17. 4.—I. 5. Studienfahrt Deutscher Akademiker „Griechenland, Istanbul und Kleinasien.“ Auskunft: Studienfahrten Deutscher Akademiker Prof. Dr. Artur Kutscher, 8 München 13, Altmüllerstraße 25/II.
- 18.—21. 4. in Hannover: 3. Gesundheitspolitischer Kongress „Seelische Gesundheit“ — Psychohygiene, Psychotherapie, Psychologie. Auskunft: Kneipp-Bund e. V., Organisationsleitung, 3 Hannover, Am Karl-Peters-Platz 17.
- 18.—21. 4. in Wiesbaden: 72. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Auskunft: Prof. Dr. B. Schlegel, Städt. Krankenanstalten, 62 Wiesbaden.
- 18.—22. 4. in Berlin: Ärztelehrgang über neuzeitliche Versorgung mit Kunstgliedern und ihre methodische Gebrauchsunterweisung. — Auskunft: Senator für Gesundheitswesen, 1 Berlin 21, Invalidenstraße 52.
- 18.—22. 4. in Neuherberg: Einführungskursus in den Strahlenschutz. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, Institut für Strahlenschutzkunde, 8042 Neuherberg, Ingoistädter Landstraße 1.
- 18.—23. 4. in Erlangen: Kurs für Röntgenbelferinnen der Bayerischen Landesärztekammer. Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85.
- 18.—29. 4. in Neutrauchburg (Allg.): Einführungslehrgänge in die Manualtherapie. Auskunft: Sekretariat der MWE, 7972 Neutrauchburg (Allg.), über Isny.
18. 4.—6. 5. in Neuherberg: Strahlenschutz (Einführungskursus, I. und 2. Fortbildungskurs). Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, Institut für Strahlenschutzkunde, 8042 Neuherberg, Ingoistädter Landstraße 1.
- 20.—22. 4. in Würzburg: Frühjahrstagung der Deutschen Physiologischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. H. Caspers, Physiologisches Institut, 44 Münster/Westf., Westring 8.
- 21.—23. 4. in Wiesbaden: 12. Symposium der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie und Tagung der Deutschen Diabetesgesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. E. Klein, I. Medizinische Abteilung der Städt. Krankenanstalten, 48 Bielefeld, Ölmühlenstraße 28.
- 21.—23. 4. in Brüssel: Jahrestagung 1966 der Europäischen Gesellschaft für Sozialmedizin (Hauptthema: „Iatrogene Gesundheitsstörungen“). Auskunft: Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin, 2 Hamburg 36, Alsterglaci 3.
- 21.—23. 4. in Cortina d'Ampezzo: 7. Kongress der Internationalen Gesellschaft für Ski- und Wintersportverletzungen. Auskunft: Dr. Paul König, 8 München 8, Rosenheimer Straße 181.
- 21.—23. 4. in Kopenhagen: 4. Wissenschaftliche Tagung der Gesellschaft für Versuchstierkunde (Hauptthema: Krankheiten der kleinen Laboratoriumsäuger und ihre Verhütung). Auskunft: Gesellschaft für Versuchstierkunde, Brunnthai, 8 München 8, Postfach.
- 23.—24. 4. in Vevey (Schweiz): Wissenschaftliche Tagung der Schweizer Vereinigung gegen die Tuberkulose. Auskunft: Dr. M. Tromp, Effingerstraße 6, Bern.
- 25.—29. 4. in Neuherberg: Strahlenschutzkurs (1. Fortbildungskurs). Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, Institut für Strahlenschutzkunde, 8042 Neuherberg, Ingoistädter Landstraße 1.
25. 4.—7. 5. in Lindau: 18. Lindauer Psychotherapiewoche. Auskunft: Dr. med. Helmut Stoize, 8 München 27, Adalbert-Stifter-Straße 31.
- 26.—30. 4. in München: IV. Internationaler Kongress für Infektionskrankheiten. Auskunft: Prof. Dr. G. Hoffmann, Generalsekretär des IV. Internationalen Kongresses für Infektionskrankheiten, Medizinische Universitätsklinik, 78 Freiburg/Br., Hugstetter Straße 55.
- 27.—30. 4. in Baden-Baden: I. Internationaler Gemeinschaftskongress der Deutschen und Italienischen Wissenschaftlichen Gesellschaft für Orthopädie. Auskunft: Vors. der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden e. V., Dr. H. Waldmann, 75 Karlsruhe, Stephanienstraße 88.
- 29.—30. 4. in München: Fortbildungslehrgang in der Phonokardiographie unter der Leitung von Prof. Dr. Michel, in der Städt. Klinik Augustinum. Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85/III.
- Maï 1966:
- I.—21. 5. in Bad Wörishofen: 25. Ärztlicher Fortbildungslehrgang des Kneippärztebundes e. V. (Thema: Moderne Kneipp- und Allgemeintherapie in Prophylaxe und Rehabilitation). Auskunft: Kneipp-ärztebund e. V., Verbandsdirektor F. W. Kathol, 8937 Bad Wörishofen.
- 2.—6. 5. in Neuherberg: Strahlenschutzkurs (2. Fortbildungskurs). Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, Institut für Strahlenschutzkunde, 8042 Neuherberg, Ingoistädter Landstraße 1.
- 4.—8. 5. in Bad Kissingen: Kongress für Laboratoriumsmedizin. Auskunft: Dr. med. W. Albath, 8700 Würzburg, Catharinengasse 3.
- 5.—8. 5. in Coburg: Kongress der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Krankenhausapotheker. Auskunft: Apothekendirektor Dr. Detter, 8 München 8, Ismaninger Straße 22.
- 6.—7. 5. in Würzburg: Neurologischer Fortbildungskurs. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. Bammer, 87 Würzburg, Neurologische Klinik der Universität, Luitpoldkrankenhaus.
- 6.—7. 5. in Basel: Jahreskongress der Schweizer Gesellschaft für Chirurgie. Auskunft: Prof. Dr. H. U. Buff, Direktor der chirurgischen Universitätsklinik B, Gloriastraße 29, CH-8006 Zürich.
- 7.—8. 5. in Salzburg: 3. Fortbildungstagung der Salzburger Ärztesgesellschaft (Thema: „Der medizinische Fortschritt in der täglichen Praxis“). Auskunft: Sekretariat der Salzburger Ärztesgesellschaft, Salzburg, Landeskrankenanstalten.
- 8.—21. 5. Balneologische Studienreise zu den Kurorten der Tschechoslowakei. Auskunft: Ärztliche Pressestelle für Baden-Württemberg, 7 Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32.
- 8.—11. 5. in Neuherberg: Strahlenschutz-Ergänzungskurs. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, Institut für Strahlenschutzkunde, 8042 Neuherberg, Ingoistädter Landstraße 1.
- II.—12. 5. in Regensburg: Bayerische Gynäkologentagung. Auskunft: Dr. Brandl, Chefarzt der Städtischen Frauenklinik, 845 Amberg.
- 12.—13. 5. in Regensburg: Fortbildungsveranstaltung für psychiatrisches Pflegepersonal. Auskunft: Med. Dir. Dr. Maier, 84 Regensburg 9, Postfach 25.
- 13.—15. 5. in Lausanne: Tagung der Schweizer Gesellschaft für innere Medizin gemeinsam mit den Gesellschaften für Hämatologie und Cardiologie. Auskunft: Dr. W. Pulver, Kantonsspital, Luzern/Schweiz.
- 13.—15. 5. in Velden/Wörthersee: 18. Kärntner Ärzetreffen. Auskunft: Ärztekammer für Kärnten, Bahnhofstraße 22, Klagenfurt.
- 13.—15. 5. in München: Fortbildungskurs der Deutschen Gesellschaft Medizinisch-Technischer Assistentinnen e. V. Auskunft: Frau I. M. Kiefl, Dermatologische Universitäts-Klinik, 8 München 15, Frauenlobstraße 8.

Gegen Fingerlutschen und Nägelbeißen

Daumex

Lokales Entwöhnungsmittel für hartnäckige Daumenlutscher - filmbildende Speziallösung zum Auftragen auf Finger und Nägel

Zahnärzte und Kinderärzte

sind gleichermaßen an einem Lutsch-Entwöhnungsmittel interessiert, um die Folgeerscheinungen am kindlichen Gebiß rechtzeitig zu verhüten. Wenn Erziehungsmaßnahmen allein nicht nützen, bietet Daumex eine bewährte Hilfe. Durch den Geschmack seiner Bitterstoffe und anderer Zusätze wird dem Kind ab 1 Jahr das Daumenlutschen bald verleidet. Mit Daumex arbeiten die kieferorthopädischen Abt. der Universitätszahnkliniken, zahlreiche Kinderkliniken und Kinderheime. Vgl. Dr. Dr. KNOCHE „Die Lutschanomalien der Zahnstellung und ihre Verhütung“ in Z. R. 1965 Nr. 3, Dr. FLEISCHER-PETERS (kfo. Abt. der Universitätszahnklinik Erlangen), Z. P. v. 1. 8. 1965, Prof. Dr. med. HIRSCH, Facharzt für Kinderkrankheiten, Berlin, K. G. v. 1. 11. 1965 u. v. a.

Arztproben und Literatur auf Wunsch



Ein Erzeugnis der DENTINOX-Gesellschaft für pharmazeutische Präparate · 1 Berlin 41

Neuaufgabe soeben erschienen

Erika Hinlopen-Bonrath

Die krankengymnastische Behandlung

der cervicalen und lumbalen Discopathie

2., neubearb. Aufl., 94 S., 21 Abb., lam. DM 8.-



RICHARD PFLAUM VERLAG MÜNCHEN

ORIENT-TEPPICHE

seit 1925

Nichts ist so sehr Sache des Vertrauens als der Kauf eines Orientteppichs. Nur der autorisierte Fachmann kann Ihnen durch jahrzehntelange Erfahrung mit niedrigsten Preisen und besten Qualitäten den vollen Gegenwert Ihres Geldes gewährleisten. Schenken auch Sie dem allen erfahrenen Fachgeschäft, welches seit Jahrzehnten 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 Luitpald)



KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln

EUSEDON

Neurosedativum

- 13.—18. 5. in Essen: 69. Deutscher Arztetag mit Filmfortbildungsprogramm. Auskunft: Bundesärztekammer, 5000 Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 14.—21. 5. in Celle: Ärztekurs für Homöopathie (Kurs B). Auskunft: Dr. med. Martin Stübier, 8900 Augsburg, Singerstraße 1.
- 18.—21. 5. in Celle: 119. Jahresversammlung des Deutschen Zentralvereins Homöopathischer Ärzte e. V. Auskunft: Dr. med. Max Tiedemann, 3100 Celle, Mühlenstraße 25.
- 19.—21. 5. in Berlin: 47. Deutscher Röntgenkongress, ordentliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Radiologie, Strahlenbiologie und Nuklearmedizin e. V. Auskunft: Prof. Dr. med. Heinz Lossen, 6500 Mainz, Fischtorplatz 20/III.
- 19.—21. 5. in Münster: XI. Kongress der Deutschen Gesellschaft für die Ästhetische Medizin und ihre Grenzgebiete. Auskunft: Prof. Dr. K. Münch, 4400 Münster, Kardinal-von-Galen-Ring 10.
- 19.—22. 5. in Bordeaux: Kongress der Französischen Gesellschaft für Gynäkologie. Auskunft: Dr. G. Fayolle, Secrétaire Général de la Société de Gynécologie, 23, Rue des Martyrs, Paris IX.
- 19.—22. 5. in Regensburg: 36. Fortbildungskurs des Regensburger Kollegiums. Auskunft: Sekretariat für Ärztliche Fortbildung, 84 Regensburg, Altes Rathaus.
- 19.—22. 5. in Wildbad: XXVII. Kongress der Südwestdeutschen Gesellschaft für Tuberkulose und Lungenkrankheiten. Auskunft: Chefarzt Dr. D. Wentz, 6331 Waldhof-Elgershausen.
- 20.—21. 5. in Wien: Wiener Klinische Kolloquien. Auskunft: Wiener Medizinische Akademie für ärztliche Fortbildung, Wien IX, Alserstraße 4.
- 21.—22. 5. in Karlsruhe: Tagung der Süddeutschen Kinderärzte. Auskunft: Städt. Kinderklinik, 75 Karlsruhe, Karl-Wilhelm-Straße 1.
- 21.—27. 5. in Venedig: Internationales Symposium für physikalische Therapie und Balneologie. Auskunft: Generalsekretariat der Weltunion für prophylaktische Medizin und Sozialhygiene, Piaristengasse 41, Wien VIII.
- 22.—26. 5. in Saarbrücken: Jahreshauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für HNO-Ärzte. Auskunft: Prof. Dr. G. Eigler, 63 Gleußen, Universitäts-HNO-Klinik.
- 23.—25. 5. in Frankfurt/Main: 30. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs-, Versorgungs- und Verkehrsmedizin e. V. Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs-, Versorgungs- und Verkehrsmedizin e. V., 1 Berlin 19, Brixplatz 4.
- 23.—27. 5. in Paris: 2. Weltkongress „Ärztliche Moral“. Anmeldung: Conseil National de l'Ordre des Médecins Secréariat du Congrès — 60, boulevard Latour-Maubourg, Paris, 7e.
- 23.—28. 5. in Mailand: 2. Internationaler Kongress für Steroidhormone. Auskunft: Dott. L. Martini, Istituto di Farmacologia, Via Andrea del Sarto 21, Milano.
26. 5.—11. 6. in Montecatini Terme: IV. Internationaler Fortbildungskongress der Bundesärztekammer (Thema: „Der rheumatische Formenkreis aus der Sicht der Praxis“). Auskunft: Kongressbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
27. 5.—11. 6. in Grado: XIV. Internationaler Fortbildungskongress der Bundesärztekammer (Thema: „Der rheumatische Formenkreis aus der Sicht der Praxis“). Auskunft: Kongressbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
27. 5.—5. 6. Studienfahrten Deutscher Akademiker über Pfingsten: London—Oxford—Stratford—Cambridge; Paris und Loire-Schlösser; Rom und Umgebung. Auskunft: Studienfahrten Deutscher Akademiker Prof. Dr. Artur Kutscher, 8 München 13, Ainmillerstraße 25/II.
28. 5.—11. 6. in Westerland/Sylt: 7. Internationales Seminar für ärztliche Fortbildung. Auskunft: Dr. Bernhard Lingnau, 2 Hamburg 66, Bunsenkrogweg 14.

31. 5.—3. 6. in Würzburg: 14. Vortragsreihe der Deutschen Gesellschaft für Arzneipflanzenforschung e. V. Auskunft: Dr. R. Rangoonwala, 2 Hamburg 36, Bei den Kirchhöfen 14.
31. 5.—2. 6. in Basel: 12. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Bluttransfusion (Thema: „Immunologische Grundlagen für Hämotherapie“, „Gezielte Hämotherapie“). Auskunft: Prof. Dr. Willenegger, CH 4410 Liestal bei Basel, Kantonsspital.

In diesem Heft inserieren folgende pharmazeutische Firmen:

Asta-Werke AG., Brackwede
 Baumolan, Erlangen
 P. Beiersdorf & Co. AG., Hamburg
 Bionorica KG., Nürnberg
 C. F. Boehringer & Soehne GmbH, Mannheim
 Cefak, Dr. Brand & Co. KG., Kempten
 Delta-Chemie, Pauly & Co. KG., Hamburg
 Dentinox-Gesellschaft für pharmazeutische Präparate, Berlin
 Deutsche Beecham GmbH, Biberach a. d. Riß
 Deutsche Bristol GmbH, München
 Dolorglet KG., Bad Godesberg
 Dorsch & Co. KG., München
 Karl Engelhard, Frankfurt/Main
 Gödecke & Co. AG., Freiburg
 Chemie Grünenthal GmbH, Stolberg
 Heel GmbH, Baden-Baden
 Helfenberg AG., Wevelinghoven/Rhld.
 Farbwerke Hoechst AG., Frankfurt/Main
 Chemiewerk Homburg, Frankfurt/Main
 Hormon Chemie, München
 Ifah GmbH, Hamburg
 Jacopharm, Hamburg-Schenefeld
 Klinge, München 23
 Krewel-Werke, Eitorf b. Köln
 Labopharma GmbH, Berlin
 Lindopharm KG., Hilden/Rhld.
 Luitpold-Werk, München
 Heinrich Mack Nachf., Illertissen/Bay.
 Dr. Madaus & Co., Köln-Merheim
 Medika, München
 E. Merck AG., Darmstadt
 Apotheker Müller, Arzneimittelfabrik, Bielefeld
 Nordmark-Werke GmbH, Hamburg, Werk Uetersen
 Parke, Davis & Company, München
 Patentex GmbH, Frankfurt/Main
 Permicutan KG., Dr. Euler, München
 G. Pohl-Boskamp, Hohenlockstedt
 Recorsan-Gesellschaften, Gräfenläng
 Julius Redel, Cesra Arzneimittelfabrik, Haueneberstein
 b. Baden-Baden
 Dr. Rudolf Reiss, Berlin
 Richter & Cie., Eltville
 Robugen GmbH, Esslingen
 Dr. F. Sasse, Berlin
 Dr. Schertl GmbH, München
 W. Schwarzhaupt KG., Köln
 Sharp & Dohme GmbH, München
 Simons Chem. Fabrik, Gauting
 Taeschner & Co., Berlin
 Uzara-Werk, Melsungen
 Wülfing Arzneimittel, Düsseldorf

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigelegt:

Klinge, München 23
 Dr. R. Reiss, Berlin
 Labopharma GmbH, Berlin
 Robugen GmbH, Esslingen
 Beiersdorf & Co., Hamburg

„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 und 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. Scharschinger, München. Druck Richard Pfäum



Verlag, München. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrophotographie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

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