

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYRISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 6

München, Juni 1959

14. Jahrgang

Tagungsprogramm zum 62. Deutschen Ärztetag in Lübeck

vom 22. bis 27. Juni 1959

Eröffnung der Ärztetagswoche

Montag, den 22. Juni 1959, 18 Uhr s. t., in der Kongreßhalle der Hansestadt Lübeck:

1. Musikalisches Vorspiel
2. Eröffnung des 62. Deutschen Ärztetages durch den Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Prof. D. Dr. med. H. Neuffer, Stuttgart.
3. Vortrag „Der kranke Mensch, ärztliche Aufgabe oder Politik?“ Referent: Dr. med. K. D u t t e, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein.

Geschlossene Sitzungen des 62. Deutschen Ärztetages

An den geschlossenen Sitzungen können außer den geladenen Gästen alle deutschen Ärztinnen und Ärzte teilnehmen, soweit es die räumlichen Verhältnisse gestatten.

Donnerstag, den 25. Juni, und Freitag, den 26. Juni 1959, jeweils 9 Uhr s. t., in der Kongreßhalle der Hansestadt Lübeck:

1. Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1958/59 (Berichterstatter: Dr. Stockhausen, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer)
2. Reform des Medizinstudiums (Berichterstatter: Dr. Sewering, Mitglied des Geschäftsführenden Vorstandes der Bundesärztekammer)
3. Reform der sozialen Krankenversicherung (Berichterstatter: Dr. Fromm, Vizepräsident der Bundesärztekammer)
4. Änderung der Satzung der Bundesärztekammer (Berichterstatter: Dr. Weise, Vizepräsident der Bundesärztekammer)
5. Künstliche heterologe Insemination (Berichterstatter: Dr. Fromm, Vizepräsident der Bundesärztekammer)
6. Finanzbericht der Bundesärztekammer für 1958 (Berichterstatter: Dr. Weise, Vizepräsident der Bundesärztekammer)
7. Bericht des Finanzausschusses (Berichterstatter: Dr. Preller, Vorsitzender des Finanzausschusses der Bundesärztekammer)
8. Entlastung des Vorstandes
9. Endgültiger Voranschlag für das Geschäftsjahr 1959 und Aufstellung der zu erwartenden Aufwendungen und Erträge für das Geschäftsjahr 1960
10. Berichte über die Hauptversammlungen oder Veranstaltungen der ärztlichen Spitzenverbände
11. Wahlen
 - a) Wahl des Geschäftsführenden Vorstandes der Bundesärztekammer
 - b) Wahl der ordentlichen Mitglieder des „Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung“
 - c) Wahl des Vorstandes der „Deutschen Akademie der Praktischen Ärzte“
12. Wahl des Tagungsortes des 63. Deutschen Ärztetages.

Öffentliche Abschlußkundgebung des 62. Deutschen Ärztetages

Samstag, den 27. Juni 1959, 11 Uhr s. t., in der Kongreßhalle der Hansestadt Lübeck:
Musikalisches Vorspiel

1. Eröffnung und Begrüßung durch den Ehrenpräsidenten des 62. Deutschen Ärztetages
Dr. med. Friedrich von Rohden, Lübeck
2. Ansprachen der Gäste
3. Verleihung des Ehrenzeichens der deutschen Ärzteschaft und der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft
4. Referat des Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Prof. D. Dr. Hans Neuffer, Stuttgart:

„Ärztliches Wirken heute und morgen“

Rückblick und Ausblick ärztlicher Berufs-, Gesundheits- und Sozialpolitik
Musikalischer Ausklang
Ende gegen 13 Uhr.

Im Zusammenhang mit dem Ärztetag finden Veranstaltungen der ärztlichen Spitzenverbände statt sowie die Fortbildungsveranstaltung anlässlich des 62. Deutschen Ärztetages.

Vertreterversammlung der Kassenerztlichen Bundesvereinigung:

Mittwoch, 24. 6., 9.30 Uhr: 8. Sitzung der Vertreterversammlung. — Tagungsort: Kurhaus Travemünde.

Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e. V.:

Montag, 22. 6., 14.00 Uhr:
Sitzung des Geschäftsführenden Vorstandes
Dienstag, 23. 6., 9.30 Uhr:
Sitzung des Gesamtvorstandes und Beirates
(Ende spätestens 18.00 Uhr)

Dienstag, 23. 6., 21.00 Uhr:
Zwangloses Beisammensein aller in Lübeck und Travemünde anwesenden Mitglieder des Hartmannbundes.

Tagungsort aller Veranstaltungen: Golf-Hotel, Travemünde.

Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V.:

Freitag, 26. 6., 17.00 Uhr:
Sitzung des Gesamtvorstandes

Samstag, 27. 6., 9.30 Uhr:
Delegiertenversammlung

Tagungsort beider Veranstaltungen: Kurhaus Travemünde.

Hauptversammlung des Verbandes der angestellten Ärzte Deutschlands (Marburger Bund):

Dienstag, 23. 6., 10.00 Uhr: Hauptversammlung
Tagungsort: „Die Gemeinnützige“, Lübeck

Hauptversammlung des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V. (NAV):

Montag, 22. 6., 9.00 Uhr:
8. ordentliche Jahreshauptversammlung
Tagungsort: „Die Gemeinnützige“, Lübeck

Praktische Vorschläge zu einer wirklichen Neugestaltung des Medizinstudiums

Von Professor Dr. Georg Maurer, München

Zahlreich sind die Veröffentlichungen, die Denkschriften, Memoranden und Resolutionen, die im letzten Jahrzehnt gute und durchaus realisierbare Vorschläge zur Neugestaltung des Medizinstudiums in Deutschland brachten. Verantwortungsbewußte akademische Lehrer, ärztliche Standesorganisationen, Ärztekammern, Marburger Bund, Studentenschaft, Ministerien, Abgeordnete, Hochschulverband und nicht zuletzt der Wissenschaftsrat haben ihre warnenden Stimmen erhoben und eindringlich auf die Gefahren des „Weitermachens im alten Stil“ hingewiesen. Prüft man aber, was von einer Reihe durchaus annehmbarer Vorschläge, die einen tatsächlichen Fortschritt bedeutet hätten, zur Durchführung kam, dann zeigt sich eine erschreckende Diskrepanz zwischen vernunftvoller Erkenntnis und praktischer Konsequenz, zwischen „Diagnose und Therapie“.

Stellt man die grundlegende Frage, ob die klinische Ausbildung in heutiger Form ihrer wichtigsten Aufgabe, der Ausbildung praktischer Ärzte, gerecht wird, dann vermag man — wenigstens für die großen Universitäten, wie München — diese Frage bei allem Wohlwollen nicht zu bejahen.

Zwei Gründe sind es vor allem, die für die Mängel der klinischen Ausbildung verantwortlich zu machen sind:

1. Die Studentenlawine, die sich in den letzten Jahren in die Hörsäle ergoß und zu einer Vermassung des Unterrichtes mit der daraus sich ergebenden Anonymität des Studierenden geführt hat. Die Verhältnisse gaben ja auch kürzlich (ID, BLÄ, 15/58 vom 3. 6. 58) Anlaß zu einer Debatte im kulturpolitischen Ausschuß des Bayerischen Landtags, weil die Überfüllung jetzt ein Ausmaß angenommen habe, daß von einer sorgfältigen und ordnungsmäßigen Ausbildung an manchen Kliniken und Universitäten nicht mehr gesprochen werden könne. Als besonders bedenklich und dem Ansehen der deutschen Medizin schädend bezeichnete der Antragsteller das Urteil einer amerikanischen Studienkommission, daß das deutsche Studium in Amerika nicht anerkannt werden könne, weil die Ausbildung unter Überfüllung leide.
2. Die außerordentlich beschränkten Möglichkeiten einer gründlichen praktischen Ausbildung des deutschen Medizinstudierenden tragen der späteren ärztlichen Tätigkeit zu wenig Rechnung.

Um den Ausbildungsstandard des deutschen Arztes nicht weiterhin zu gefährden, ist es nun wirklich höchste Zeit, das medizinische Studium — entsprechend dem Vorbild anderer Länder — von Grund auf zu reformieren. Es ist natürlich sinnlos, wenn man in manchen medizinischen Fakultäten über die nicht mehr tragbare Überfüllung der Hörsäle und Kursräume klagt und jammert, jedoch andererseits peinlich darauf bedacht ist, keine wirkungsvollen Konsequenzen daraus zu ziehen. Eine durchgreifende Besserung der Verhältnisse darf man sich eben nur erhoffen, wenn man gewillt ist, die bestehende riesige Kluft zwischen Einsicht und wirkungsvoller Praxis, zwischen „Diagnose und Therapie“ zu beseitigen!

Es ist dem führenden Chirurgen Nissen voll beizupflichten, wenn er in der Wiener Medizinischen Wochenschrift (1958, Nr. 38/39) schreibt:

„Reform des medizinischen Unterrichtes ist mit Recht ein aktuelles Thema geworden; in der Tat ist es seit 10 Jahren aktuell, ohne daß vielerorts mehr geschehen

ist, als immer neue Pflichtvorlesungen und Prüfungsfächer einem hoffnungslos veralteten und überlasteten Programm hinzuzufügen. Es ist zu fürchten, daß diese wichtige Reformaufgabe den Fakultäten entzogen wird, wenn sie über unverbindliche und langatmige Kommissionsdiskussionen nicht hinauskommen.“

Viele unserer Ordinarien wollen sich zufriedengeben mit dem althergebrachten, noch dominierenden Lehrsystem, mit der traditionsgebundenen, patriarchalischen Starre der Struktur innerhalb der Fakultäten — auch wenn sie bereits auf noch so schwachen Füßen steht! Bisherige Verhältnisse will man krampfhaft beibehalten und übersieht, daß geringfügige Änderungen von Einzel-faktoren keineswegs zu einer wirklichen Reform, zu einer qualitativen Verbesserung der ärztlichen Ausbildung führen!

Im Interesse der Medizinischen Fakultäten muß verhindert werden, daß in der Öffentlichkeit ein falscher Eindruck entsteht. Die Fakultäten könnten in den Verdacht kommen, daß sie nicht gewillt wären, die gegenwärtige Kluft zwischen der Studentenzahl einerseits und den vorhandenen Ausbildungsmöglichkeiten (Dozenten, Instituten usw.) andererseits zu beseitigen.

Es ist kein Zufall, daß das Thema „Medizinische Studienreform“ dort am meisten Diskussionen auslöst, wo Brennpunkte entstanden sind, nämlich in den Großstädten. Im Wintersemester 1958/59 erreichte bei 187 010 Studenten im gesamten Bundesgebiet die Universität München die Höchstzahl mit 16 154, dann folgte Köln mit 11 931 und Berlin (F. U.) mit 10 017 Hörern.

Wenn man bedenkt, daß im Wintersemester 1958/59 in München 2578 Mediziner (ohne Zahnmedizin) immatrikuliert waren, während diese Zahl zwei bzw. sieben Jahre vorher nur 1485 (Mittelwert aus WS 1951/52 und WS 1956/57) betrug, dann wird rasch klar, warum die Verhältnisse in den Großstädten, wie z. B. in München, ganz besonders nach einer möglichst raschen und durchgreifenden Lösung drängen. Zugegeben, daß an den kleineren Universitäten das bisherige Studiensystem weiterhin vertretbar ist, jedoch reichen in den Großstädten die vorhandenen Einrichtungen der medizinischen Fakultäten (Krankengut, Lehrkräfte, Hörsäle, Kursräume, Laboratorien) keineswegs mehr aus zur wirklichen Ausbildung der andrängenden Hörermassen.

Wodurch läßt sich nun die Kapazität der Ausbildungsstätten vergrößern, so daß eine Entlastung der Universitäts-Kliniken zum Vorteil einer rationellen theoretischen und praktischen Ausbildung der Studenten möglich wird?

Dieses Ziel ist durch Eingliederung geeigneter Fachabteilungen der städtischen Großkrankenhäuser in den vollen Lehrbetrieb rasch, optimal wirksam und höchst sparsam zu erreichen. Die in Frage kommenden Großstädte ihrerseits werden sich in einem diesbezüglichen Ruf der Kultusministerien ihrer Länder nicht verschließen, wenn sie nicht mit zusätzlichen Ausgaben belastet werden.

Es war mir eine besondere Freude, kürzlich zu erfahren, daß Professor Gerhard Eigler, der Ordinarius für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde in Gießen und Vorstandsmitglied im Deutschen Hochschulverband, genau dieselbe Lösung vorschlägt, um der erschreckenden Überfüllung der Ausbildungsplätze für Mediziner zu steuern.

Der gegenwärtige Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Professor Dr. Block, Berlin, vertrat am

1. 4. 59 in der vielbeachteten programmatischen Eröffnungsrede auf dem diesjährigen Chirurgen-Kongreß den gleichen Standpunkt mit den Worten: „Zur Verbreiterung der Ausbildungsmöglichkeiten, sowohl was die Methodik der praktischen Arbeit in der Klinik wie auch was die Verwertung ihrer Ergebnisse zu wissenschaftlicher Arbeit angeht, begrüße ich die neuen Bestrebungen, die Krankenhäuser als Ausbildungsstätten mit heranzuziehen. Es gibt heute an ihnen genügend Persönlichkeiten, die nach Werdgang und Veranlagung geeignet sind, die Wissenschaft voranzutreiben und Nachwuchs auszubilden. Es geht ja nicht nur um die Weitergabe medizinischer Techniken, sondern auch und besonders darum, Verantwortungsbewußtsein und positive seelische Beeinflussung am Krankenbett zu lehren. Insbesondere der Chirurg, der nicht Optimist ist, hat seinen Beruf verfehlt. Unsere Arbeit erfordert ein solches Maß sowohl an Kenntnissen wie an Opferbereitschaft, daß wir unserer Jugend gar nicht genug Hilfestellung geben können.“

Auch Professor Marchionini, der frühere Rektor der Universität München im Studienjahr 1954/55, äußert im Februar-Heft 1959 der „Deutschen Rundschau“ ganz ähnliche Gedanken, indem er schreibt:

„Was die speziellen Belange des Mediziners anbetrifft, so gilt hier — wie es Wucher vorwiegend für die geisteswissenschaftlichen Fakultäten geschildert hat — das gleiche hinsichtlich der Überfüllung der Hörsäle, Laboratorien, Kurs- und Präparier- und Seziersäle usw., vor allem für die großen Universitäten wie etwa Berlin, Köln, Hamburg und insbesondere München. Eine Abhilfe könnte schon dadurch geschaffen werden, daß man die Zahl der Lehrstühle in einer Reihe von Fächern vermehrte. Große Universitäten, wie Wien, Berlin, München, hatten bereits für manche Gebiete mehrere Lehrstühle, z. B. für Innere Medizin, Gynäkologie u. a. Das in den letzten Jahren geradezu stürmische Anwachsen der Zahl der Studierenden an einigen Universitäten macht es notwendig, auch die Zahl der medizinischen Lehrstühle — mindestens an den großen Universitäten — für eine Reihe von Gebieten zu vermehren. Man könnte hierfür einen Teil der modern eingerichteten Städtischen Krankenhäuser heranziehen, wenn man entsprechende Abkommen mit den Stadtverwaltungen treffen würde. Bei der Besetzung dieser Lehrstühle müßte natürlich die Fakultät das gleiche Vorschlagsrecht wie bei den staatlichen Kliniken haben; die Berufung des Lehrstuhlinhabers sollte in kollegialer Weise vom Kultusministerium der Länder und Krankenhausreferat der Städte vorgenommen werden. Wenn ich recht orientiert bin, erfolgt in dieser Weise bereits die Ernennung der Kliniker in den Medizinischen Fakultäten in Düsseldorf, Frankfurt und Köln. Die Städte hätten mit der Realisierung dieses Planes den großen Vorzug, ausgezeichnete Kliniker für die Leitung ihrer städtischen Krankenhäuser zu erhalten.“

Warum entschließt man sich nicht, diesen Weg einzuschlagen?

Man wird doch nicht behaupten wollen, daß man in einem Hörsaal mit 280 Sitzplätzen 550 inskribierten Studenten — was in diesem Semester in einer wichtigen klinischen Hauptvorlesung tatsächlich der Fall ist! — eine optimale Ausbildung angedeihen lassen kann! Wie wollte man gar am Semester-Ende bei Aushändigung des Praktikantenscheines bestätigen, daß der Studierende „regelmäßig und mit Erfolg“ die Vorlesung besuchte ohne einzugestehen, daß es sich dabei — gelinde ausgedrückt — um eine „Formsache“ handelt? Jedenfalls stellen sich berechtigte Zweifel ein, daß bei dem Münchner Massenandrang an Studenten in den klinischen Semestern das gesteckte Ziel, nämlich die bestmögliche theoretische und praktische Ausbildung zum Arzt, dem verantwortlichen Hüter der Volksgesundheit, noch erreicht werden kann.

Der Kranke hat aber Anspruch darauf, von einem Arzt behandelt zu werden, dem alle Gelegenheiten zur Verfügung standen, sich die bestmögliche Ausbildung anzueignen! Der Patient als Steuerzahler hat Anspruch darauf, zu verlangen, daß alle öffentlichen Ausbildungsmöglichkeiten ausgenutzt werden. Bei der beständig zunehmenden Studentenlawine in den Großstädten ist es nicht zu verantworten, daß so hervorragende eingerichtete Lehrstätten — wie zahlreiche kommunale Krankenabteilungen — es in jeder Beziehung sind! — brachliegen für die qualitative Verbesserung der ärztlichen Ausbildung.

Es ist — auch nach dem Urteil führender Fachkollegen des In- und Auslandes — keineswegs einzusehen, warum manche städtische Krankenabteilungen mit weithin bekannten Chefärzten — bestqualifiziert hinsichtlich der Aufgaben für „Lehre und Forschung“ —, mit ausgewähltem Krankengut, mit allen neuzeitlichen Einrichtungen an Instrumenten, Apparaten und Laboratorien, mit bester personeller Besetzung, mit musterhaften baulichen Gegebenheiten, mit umfangreichen Bibliotheken, mit modernen Hörsaalanlagen und allen Hilfsmitteln der heutigen Medizin, nicht als planmäßige Ausbildungsstätten für die Studierenden dienen sollen.

Der Präsident der „British Medical Association“, Professor Sir Arthur Thomson, der Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Birmingham, der vor wenigen Tagen in München neuzeitliche städtische Krankenhauseinrichtungen besichtigte, äußerte hierbei immer wieder mit größtem Erstaunen, daß es ihm völlig unfaßbar, unverständlich und unerklärlich wäre, warum man in Deutschland bei der bekannten Überfüllung der vorhandenen Ausbildungsstätten der Universität überhaupt noch zögern könnte, die Studenten auch auf die Großkrankenhäuser zu verteilen. Sir Arthur berichtete wiederholt davon, daß man in England mit dem System der Einschaltung führender Hospitäler in den Lehrbetrieb der medizinischen Fakultäten — freilich gebunden an die Person des jeweiligen Chefs, nicht an das Hospital! — nur die besten Erfahrungen gemacht habe und daß man sich die Durchführung einer sauberen Ausbildung der britischen Mediziner ohne diese erfolgreiche Organisation gar nicht mehr vorstellen könnte. Auch in Frankreich ist man eben daran, diesen Weg mehr und mehr zu beschreiten.

In welcher Weise läßt sich nun der Einbau von Fachabteilungen der kommunalen Großkrankenhäuser in das Gefüge der Universität verwirklichen?

Die Beantwortung dieser Frage kann hier begreiflicherweise nur in großen Zügen erfolgen, ohne daß diese Darstellung ein Anrecht auf Vollständigkeit zu erheben vermag. Immerhin mögen die Ausführungen als Diskussionsgrundlage dienen. Einer persönlichen Stellungnahme von Herrn Professor Eigler, Gießen, zur Reform des Medizinstudiums verdanke ich wertvolle Anregungen.*

Die wesentlichen Vorschläge sind nun folgende:

1. Zweite Fakultät:

Durch Bildung zweier Medizinischer Fakultäten in den Großstädten, die neben den Universitäts-Kliniken über große Stadtkrankenhäuser verfügen, können die klinischen Ausbildungsstätten rasch, sparsam und wesentlich vermehrt werden, um den Studierenden ein großes Krankengut zugänglich zu machen. Da diese neuen Fakultäten dem Verband der jeweiligen Universität angehören, besteht auch für die Studenten der erforderliche Konnex mit ihrer Alma mater. Die mit Vorzug gebrauchten Einwände gegen Neuerungen auf dem Hochschulsektor, wie etwa „Unmöglichkeit der akademischen Allgemeinbildung“ („Studium generale“), „Mangel einer medizinischen Gesamtschau“, entbehren also in diesem Falle jeglicher Berechtigung.

Bei einer solchen Neuregelung ist primär zu denken an die 3 westdeutschen Universitäts-Städte mit Einwohner-

*) Veröffentlichung in „Mittellungen des Hochschulverbandes“, Band 7, Nr. 3, Mai 1959.

zahlen über 1 000 000, also Berlin, Hamburg, München, sekundär an die drei Universitäts-Städte mit über 500 000 Einwohnern, also Köln, Düsseldorf, Frankfurt.

Bei einer Vermehrung der bestehenden Fakultäten um etwa 10 neue Mitglieder — entsprechend den einzelnen klinischen Fächern — ergäben sich „Mammut-Fakultäten“ mit all ihren Nachteilen hinsichtlich Arbeitsfähigkeit, Zuständigkeitsfragen, persönlicher Fühlungnahme, gemeinsamer Urteilsbildung bei Aussprachen usw. Den Weg der Errichtung zweier Fakultäten einzuschlagen, ist sicher vorteilhafter. Auch Eigler vertritt diese Meinung mit den Worten: „Zwei vollwertige Fakultäten dicht nebeneinander im selben Universitätsverband dürften dem edlen Wettstreit zwischen beiden Fakultäten in jeder Beziehung nur dienlich sein.“

2. Fachabteilungen der zweiten Fakultät:

Da jede Großstadt über sämtliche Fachabteilungen in ihrem Krankenhausbereich verfügt, so stößt die Bildung zweier Fakultäten in den klinischen Fächern auf keine Schwierigkeiten. Für die theoretischen Fächer, wie Pharmakologie, Gerichtliche Medizin, Medizingeschichte — also dort, wo man nicht auf Patienten angewiesen ist! — reichen zweifelsohne die Einrichtungen der ersten Fakultät aus, so daß die Studenten für diese Fachgebiete ohnehin nicht auf die Schaffung neuer Ausbildungsmöglichkeiten angewiesen sind.

Bezüglich der vorklinischen Fächer (Anatomie, Physiologie, Physiologische Chemie), in denen ebenfalls kein Patientenbedarf besteht, ist zwar der Ausbau der vorhandenen Institute, nicht aber deren Vermehrung notwendig. Dagegen erscheint eine wesentliche Erweiterung des hauptamtlichen Lehrkörpers auf diesen Fachgebieten erforderlich, um nicht nur eine möglichst intensive und individuelle Schulung in Praktika und Kursen zu gewährleisten, sondern auch durch erhöhte Examenanforderungen den Zustrom zum Medizinstudium rechtzeitig einzudämmen.

3. Lehrkörper, Berufung:

Als Ordinarien der zweiten Fakultät sind zunächst diejenigen Chefärzte der kommunalen Krankenabteilungen zu ernennen, die bereits jetzt als „außerplanmäßige Professoren“ der ersten Fakultät angehören. Nach Art. 25 des Bayer. Hochschullehrergesetzes handelt es sich ohnehin dabei um Hochschullehrer, die als „geeignet für eine planmäßige Professur erachtet“ wurden („Ordinariatsreife“) und die sich als „Privatdozenten in sechsjähriger akademischer Tätigkeit in Forschung und Lehre bewährt haben“ (§ 60 der Satzung der Universität München).

Bei Neuberufungen zur Wiederbesetzung vakanter Ordinariate der zweiten Fakultät — ich folge hier zum Teil einem Vorschlag von Eigler — kann aus Mitgliedern beider Fakultäten (1. und 2.) paritätisch eine Kommission gebildet werden zur Erstellung einer Berufsliste. Kultusministerium und kommunales Krankenhausreferat müssen sich in kollegialer Weise dann einigen (Marchionini), um dem Krankenhausträger (Stadtrat) Auswahl und Berufung eines geeigneten, bestqualifizierten Chefarztes zu ermöglichen. Sind die Hälfte der Mitglieder der neugeschaffenen Fakultät auf Grund dieses Berufungsverfahrens ernannt, so kann der zweiten Fakultät das alleinige und selbständige Vorschlagsrecht — also ohne Mitbeteiligung der ersten Fakultät — eingeräumt werden.

Ich weiß wohl, daß von den Anhängern der Tradition gegen die notwendige Ernennung einiger außerordentlicher Professoren zu Ordinarien Argumente ins Feld geführt werden, wie „Verstoß gegen das Universitätsprinzip“ oder „Zerstörung der Fakultätsstruktur“ und dergleichen mehr. Darauf passen vorzüglich als Entgegnung die Worte des Münchner Ordinarius für Anglistik, Professor Wolfgang Clemen („Die Zeit“, 14/1959):

„Daß man für Neuerungen immer einen Preis zu zahlen hat, ist zuzugeben; und es ist auch klar, daß das Aufgeben von in den früheren Zeiten bewährten Verfahrensweisen und Organisationsformen in einer Institution wie der Universität, die ja doch selber Hüterin der Tradition sein soll, stets einer schmerzlichen Operation und vielleicht sogar einem Substanzverlust gleichkommt. Entscheidend ist aber doch, ob der augenblickliche Zustand überhaupt noch praktikabel ist und nicht in Wirklichkeit eher ein ernsthaftes Hindernis als einen auch weiterhin noch gangbaren Weg darstellt. Wenn dem aber so wäre, würden einzelne Bestandteile der gegenwärtigen Organisationsform der Universität mit zu jenen Fiktionen zählen, die auch in anderen Bereichen unseres Hochschulwesens durch das starre Festhalten an Dingen sich ergeben haben, die nicht mehr sinnerfüllt, durchführbar, zweckmäßig und zeitentsprechend sind.“

Im übrigen sind mir allein im Verlauf des letzten Jahres drei Fälle der Verleihung planmäßiger Professuren bekannt, in denen zwar — gewissermaßen „pro forma“ — Berufslisten erstellt wurden, obschon man gezwungen war, jeweils nur den außerordentlichen Professor zu wählen, der bereits seit Jahren an seine Arbeitsstätte gebunden war, und weil für einen anderen gar keine Arbeitsstätte zur Verfügung stand. Man sieht also, daß man bei passender Gelegenheit — und das ist sehr erfreulich! — durchaus gewillt ist, mit der Tradition des neunzehnten Jahrhunderts ohne „prinzipielle Bedenken“ zu brechen!

4. Finanzierung von „Lehre und Forschung“:

Zwar sind die Zeiten längst vorbei, in denen „Organisatoren im Gesundheitswesen“ — ich denke an Bürgermeister, Kommunalbeamte, Referatsleiter, ja sogar an manche Amtsärzte! — mit Nachdruck die Behauptung aufstellen wollten, daß für die Forschungsaufgaben im kommunalen Krankenhaus kein Platz wäre. Unter dem Druck der Tatsachen mußten sie längst zugeben, daß ärztliche Forschung im Krankenhaus dem Patienten zugute kommt und nicht nur nützlich, sondern notwendig ist. Schneider hat zu diesem Thema („Das Krankenhaus“, 8/1958) sehr klar Stellung genommen und die Notwendigkeit der Forschung im Krankenhaus vor allem damit begründet, „daß sie sowohl der gesamten Menschheit wie auch dem Wohle der Patienten in dem betreffenden Krankenhaus selbst dient“. Es ist leicht, den Nachweis zu erbringen, daß gerade aus großen Krankenhausabteilungen wertvolle Arbeiten mit entscheidenden Ergebnissen gekommen sind. Die finanziellen Mittel zur Durchführung dieser Forschungsaufgaben wurden aufgebracht und werden auch immer beschafft werden.

Wie sollen die Lehraufgaben dieser „zweiten Fakultät“ finanziert werden?

Meines Erachtens dürfte das keineswegs auf Schwierigkeiten stoßen, weil für solche Zwecke zweifelsohne der Wissenschaftsrat aus seinem Fonds die entsprechenden Lehrmittel im Verein mit den Ländern zur Verfügung stellen würde. Man übersehe nicht, daß der Wissenschaftsrat — eine segensreiche Gemeinschaftseinrichtung von Bund und Ländern — im laufenden Haushaltsjahr 150 Millionen zur allgemeinen Förderung der Wissenschaften zu vergeben hat!

Im übrigen werden sich die Kosten für die Schaffung von „zweiten Fakultäten“ im Rahmen vorbildlicher, best-eingerichteter, städtischer Krankenhausabteilungen keineswegs abnorm hoch belaufen. Man vergesse nicht, daß neuzeitliche Stadtkrankenhäuser — wie z. B. in München — bereits über klimatisierte Hörsäle mit allen neuzeitlichen Projektionsgeräten (für Epi- und Diaskop, für Röntgen- und Mikroprojektion, mit Filmprojektor für Tonfilm) verfügen, daß bestausgestattete wissenschaftliche Bibliotheken, Zentral- und Abteilungslaboratorien und photographische Einrichtungen aller Art mit eigener

Photographin vorhanden sind. Jedenfalls läßt sich für die Münchner Verhältnisse sagen, daß die einmaligen Kosten für die „Erstausrüstung“ einer „zweiten Fakultät“ sehr gering sind und daß die laufenden Kosten für den Lehrbetrieb (Dekanat, Pedeli, Vorlesungsassistenten, wissenschaftliches Demonstrationsmaterial) sich ebenfalls mäßig darstellen. Zuschüsse für erhöhte Forschungsaufgaben würden sich durchaus in tragbarem Rahmen halten und keine außergewöhnliche finanzielle Belastung verursachen. Jedenfalls dürften seitens der Finanzministerien keine ernstesten Bedenken gegen die Errichtung zweiter Fakultäten erhoben werden, während von den Kultusministerien zu erwarten ist, daß sie diese Lösung als willkommen aufgreifen.

Freilich gerade in diesen finanziellen, aber auch in den personellen Fragen müssen saubere juristische Verträge zwischen Staat und Stadt dafür Sorge tragen, daß Mißstimmungen und Schwierigkeiten zwischen Universität und Krankenhausträger vermieden werden.

Diese Vorschläge zur Vermehrung der klinischen Ausbildungsstätten stellen selbstverständlich nur eine Grundlage dar, die bei der Vielschichtigkeit des Problems zur Vervollkommnung noch vieler Überlegungen, Diskussionen und wohl auch praktischer Erfahrungen bedürfen.

Jedenfalls bewegen sich diese Vorschläge durchaus auf der Ebene, wie sie den Empfehlungen des Vorsitzenden des Wissenschaftsrates, Professor Dr. Coing, entsprechen, wenn er feststellte (S. Z. vom 23. 5. 59, Seite 16), daß vom Wissenschaftsrat nur Empfehlungen für den Ausbau der Hochschulen gegeben werden können, wenn über die Grundsätze der Hochschulorganisation Klarheit bestehe. Coing sprach sich dafür aus, daß man auf diesem Gebiet auch zum Experimentieren Raum lassen müsse. Coing sagte, es sei unmöglich, dem anhaltenden Studentenzuwachs durch die beliebige Vermehrung der Ordinarien an den Fakultäten Rechnung zu tragen. Man sollte überlegen, ob man dann nicht besser Paralleleinrichtungen schaffe oder gar zur Gründung neuer Universitäten übergehe.

Bei einer sinnvollen und planmäßigen Verteilung der Studierenden auf verschiedene hochwertige Ausbildungsstätten kann auch das großzügig gehandhabte Staatsexamen wieder zu einer objektiven Leistungsermittlung werden und ist dann geeignet, das Ansehen des deutschen Arztstandes zu fördern oder wenigstens zu erhalten.

Verhängnisvoll und naiv wäre es freilich, wenn man lediglich durch Anwendung eines strengeren Examenmaßstabes das Ausbildungsniveau der Mediziner heben wollte. Zunächst darf nichts unversucht bleiben, dem Studenten die bestmögliche Ausbildung angedeihen zu lassen, dann erst ist man berechtigt, unter Zuhilfenahme von „Semestralprüfungen“, sinnvoller Aufgliederung des Examenstoffes (Vorphysikum, Physikum, Propädeutisches Rigorosum, Klinisches Rigorosum), Standardisierung des Prüfungsstoffes (schriftliche und mündliche Prüfungen vor Prüfungskommissionen) die Examensansprüche hinaufzuschrauben.

Es ist zu wünschen, daß der bevorstehende „Deutsche Ärztetag 1959“ in Lübeck, dessen Tagungsordnung das für Deutschland so wichtige Problem der „Reform des Medizinstudiums“ enthält, zu Beschlußfassungen kommt, die endlich aus der Ebene der Diskussionen hinüberführen in ein Stadium mutigen und zielbewußten Handelns.

Es muß jedenfalls einmal klar ausgesprochen werden, daß sich diese brennenden Probleme mit „höflichem Totschweigen“, mit etwaigen Fakultätsäußerungen in dem Sinne, „daß Ausbildungsmängel, welche die Qualität der medizinischen Ausbildung in München wesentlich beeinträchtigen und ein Zurückbleiben hinter der Ausbildung anderer Universitäten verursachen, nicht bestehen“ (ID, BLÄ 15/58 vom 3. 6. 58), mit dem „bewußten Übersehen unhaltbarer Zustände“ und mit der „passiven Resistenz

Fortbildungsveranstaltungen in Bayern

veranstaltet von — oder im Auftrag — der Bayerischen Landesärztekammer

26.—27. September in Augsburg: 24. Vortragsreihe der „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin“.

Leitung: Prof. Dr. Schretzenmayr, Augsburg, Schaezlerstraße 19.

Thema: Sexualpathologische Probleme in der Praxis.

26.—27. September in Bad Wiessee:

7. Fortbildungskurs in praktischer Medizin.

Leitung: Ärztlicher Kreisverband Miesbach, Geschäftssieile Weißach/Tegernsee.

Thema: wird noch bekanntgegeben.

15.—18. Oktober in Regensburg: 23. Fortbildungskurs des „Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung“.

Leitung: Prof. Dr. Dietrich Jahn, Regensburg, Altes Rathaus.

Thema: wird noch bekanntgegeben.

13.—15. November in Nürnberg: 10. Wissenschaftliche Ärztetagung.

Leitung: Prof. Dr. Meythaler, Nürnberg, Flurstraße 17.

Thema: Neueste Therapie in der Praxis.

1960:

25.—27. März in Augsburg: 25. Vortragsreihe der „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin“.

Leitung: Prof. Dr. Schretzenmayr, Augsburg, Schaezlerstraße 19.

Thema: Das Carcinom aus der Sicht der Praxis, der Klinik und der Forschung.

gegenüber wirksamen Reformvorschlägen“ keineswegs im Interesse der Studenten, also der Ärzte der Zukunft, und damit der kranken Menschen lösen lassen.

Es muß nach dem „Deutschen Ärztetag 1959“ gelingen, die von der Studentenlawine meist heimgesuchten Medizinischen Fakultäten mit Vertretern der Ärztekammern, des Staates, der Stadt, des Landtages, des Wissenschaftsrates und des Hochschulverbandes zu gemeinsamen Beratungen zusammenzuführen, um die Lösung der Bildung zweiter Fakultäten nicht nur zu diskutieren, sondern — wenigstens einmal versuchsweise in einer Stadt! — zu realisieren.

Auf diese Weise läßt sich den zahlreichen Studenten, die begrifflicherweise Großstädte, wie München, als Studienort aufsuchen, eine völlig befriedigende Ausbildung in theoretischer und praktischer Hinsicht bieten.

Darüber hinaus könnten die Medizinischen Fakultäten der Großstadt-Universitäten für sich in Anspruch nehmen, in weitschauender Großzügigkeit das veraltete Planstellen-Schema preisgeben und aktiv Schritte unternommen zu haben, durch Beseitigung der vollgepferchten Hörsäle die erforderlichen individuellen Kontakte zwischen Dozenten und Studenten zu schaffen.

„Voraussetzung für jede Neugestaltung bleibt eine Reform der inneren Struktur der Fakultäten. Die deutsche Universität kann ihr Ansehen und ihre Strahlungskraft auf internationaler Plattform nur wiedergewinnen, wenn sie auf dem Boden einer gesunden Struktur alien akademischen Bürgern (Studenten, Assistenten, Dozenten, Professoren) eine echte geistige, wirtschaftliche und gesellschaftliche Heimat ist; sie darf deshalb nicht nur auf Wahrung ihrer Tradition bedacht sein, sondern sollte bestrebt sein, in den Strömungen der Zeit wieder ein Gestaltungsfaktor zu werden.“ (Schmidt, Heidelberg.)

Anschrift des Verfassers: Krankenhaus rechts der Isar, Ismaninger Straße 22.

Gründung der Medizinischen Gesellschaft Erlangen

Eröffnungsansprache anlässlich der 1. Sitzung am 18. 2. 1959 in der Aula der Universität

von Prof. Dr. N. Henning

Meine Damen und Herren!

Ein ungewöhnlicher Anlaß hat uns hier zusammengeführt. In Erlangen ist am 15. Dezember 1958 eine Medizinische Gesellschaft gegründet worden, und wir halten heute ihre erste wissenschaftliche Sitzung ab. Gestatten Sie mir, daß ich dazu einige Erklärungen abgebe.

Die Heilkunde hat sich in unserem Jahrhundert in einer Weise entwickelt, der keine Epoche in der gesamten Medizingeschichte vergleichbar ist, und die man nur als atemberaubend bezeichnen kann. Viele neue Disziplinen sind entstanden. Innerhalb der alten großen Fächer entwickeln sich mit dem sprunghaften Anwachsen des Wissensstoffes neue Spezialgebiete. Sie entwickeln sich zwangsläufig aus der Erkenntnis, daß die Kapazität des menschlichen Gehirns begrenzt ist. Zur Erläuterung führe ich ein Beispiel aus der Geschichte unserer Fakultät an.

Gegen Ende des vorigen Jahrhunderts, im Jahre 1883, veröffentlichte mein großer Vorgänger und späterer klinischer Lehrer, der Erlanger Internist Adolf Strümpell — der letzte Vertreter seiner Schule, Herr Prof. L. R. Müller lebt hochbetagt noch unter uns — im Alter von 30 Jahren ganz allein ein zweibändiges Lehrbuch der inneren Medizin. Dieses Buch erschien durch Jahrzehnte in immer neuen Auflagen, es wurde in viele Sprachen übersetzt, fand Eingang in alle Kulturländer und hat das Denken von ganzen Generationen von Ärzten beeinflusst. Wenn wir in meinem Fach moderne Lehrbücher betrachten, so finden wir in dem in Deutschland am weitesten verbreiteten 12 Autoren, in dem amerikanischen Standard-Lehrbuch 126!

Vielleicht darf ich hier noch eine Anekdote einfügen. Im Juni vorigen Jahres traf ich in New York an der Columbia University Herrn Prof. Loeb, einen der Herausgeber des eben erwähnten amerikanischen Standard-Lehrbuchs. Wir sprachen u. a. über das soeben angeschnittene Thema. Herr Kollege Loeb erzählte mir folgendes: Im Jahr 1925 besuchte ich auf einer Europareise Herrn Prof. Friedrich von Müller in München. Wir unterhielten uns über die fortschreitende Spezialisierung im Bereich der inneren Medizin, und Herr v. Müller erklärte mir, nicht ohne Stolz, er sei der letzte deutsche Professor, der noch das gesamte Gebiet der Inneren Medizin beherrsche. „Aber“, fuhr Herr Loeb fort und machte eine Pause, „hier irrte Herr v. Müller, denn dieser Mann war viele Jahre vorher gestorben.“

Damit, meine Damen und Herren, hat Herr Loeb ganz offensichtlich die Auffassung der amerikanischen Forscher ausgesprochen, eine Auffassung, die in den Staaten sehr früh zu einer sehr engen Spezialisierung geführt hat. Und auf dieser Spezialisierung beruht, mindestens zu einem wesentlichen Teil, der gewaltige Vorsprung, den die amerikanische Forschung in den letzten 40 Jahren errungen hat.

Ich fühle mich gewiß nicht kompetent für die gesamte Heilkunde. Wenn ich aber nur mein eigenes Fach, die Innere Medizin, betrachte, so umfaßt sie heute als wohlumgrenzte Teilgebiete die Infektionskrankheiten, die Endokrinologie, die Kardiologie einschließlich der Angiologie, das Gebiet der Stoffwechselkrankheiten, die Pulmonologie, die Gastroenterologie einschließlich der Leber- und Pankreaskrankheiten, die Hämatologie, die Rheumatologie einschließlich der klinischen Allergologie und Immunologie und die Nephrologie. Aus dieser Entwicklung, die niemand aufhalten kann, folgt, daß eine Universitätsklinik, die auf der Höhe der Zeit stehen muß, für jedes dieser Teilgebiete über versierte Ärzte verfügen muß, die

den Fortschritt ihres Faches nicht nur aufmerksam verfolgen, sondern die gleichzeitig lehren und forschen, wie es unserem Auftrag entspricht.

Forschung verlangt nach Mitteilung unter den Forschern, Forschung verlangt gleichzeitig nach Diskussion. Die Mitteilung von Forschungsergebnissen befruchtet die Arbeit auf den Nachbargebieten. Die Diskussion zeigt dem Vortragenden Möglichkeiten des Irrtums auf, sie zwingt ihn bereits a priori zur Selbstkritik, sie läutert seine Ergebnisse. Ihr Zweck ist nicht der Sieg, sondern der Gewinn für alle Beteiligten.

Wenn wir die Situation betrachten, die ich Ihnen eben aufgezeigt habe, das sprunghafte Ansteigen des Wissensgutes und die starke Vermehrung der forschenden Kliniker, so müssen wir zu dem Ergebnis kommen, daß es in Erlangen an einem Forum fehlte, das dem Stand der klinischen Forschung Rechnung trägt. Es fehlte die Medizinische Gesellschaft, eine Einrichtung, die wir in fast allen Universitätsstädten Deutschlands finden. Diese Einsicht ist innerhalb unserer Fakultät gereift. Und deshalb hat sich aus dem Kreise der engeren Fakultät eine derartige Gesellschaft gebildet.

Mit der Forschung sehen wir den Kreis unseres Aufgabenbereichs noch nicht geschlossen. Die ärztliche Fortbildung soll mit einbezogen werden. Wir veranstalteten ja bisher in jedem Monat einen Fortbildungsabend, wobei die Kliniken jeweils wechselten. Außerdem hielten wir alle 2 Jahre, d. h. im Wechsel mit der Würzburger Fakultät, eine Fortbildungstagung ab. Wir planen nun, die Fortbildung als weitere Aufgabe in die Programme der neuen Medizinischen Gesellschaft mit aufzunehmen. Auf diese Weise vermeiden wir eine Zersplitterung; gleichzeitig werden unsere Programme farbiger.

Was nun die letzteren anlangt, so wollen wir bestrebt sein, die gerechte Kost möglichst abwechslungsreich zu machen. So soll z. B. jede Sitzung mit einigen klinischen Demonstrationen beginnen, mit Vorweisung von Fällen, die etwas Besonderes bieten an Diagnostik oder Therapie. Daran sollen sich in der Regel einige Vorträge schließen, die die Dauer von 20—30 Minuten möglichst nicht überschreiten. Mit vorzeitiger Ermüdung der Hörer ist niemandem gedient. Der Rest der Sitzungsdauer bleibt der Diskussion vorbehalten.

Die Vorträge sollen zum Teil eigene Forschungsergebnisse bringen, zum andern Teil befassen sie sich mit der ärztlichen Fortbildung. Sie werden zur Einführung von Angehörigen der Erlanger Kliniken und Institute bestritten. Selbstverständlich steht es auch den auswärtigen Mitgliedern frei, Vorträge anzumelden. Und schließlich bleibt es dem Vorstand unbenommen, für gewisse aktuelle Fragen auch auswärtige Gelehrte einzuladen. Von unseren Sitzungen soll ausgeschlossen sein alles wissenschaftlich Unverbürgte, es sollen ferngehalten werden alle Methoden mit dem Talmiglanz der Pseudo- oder Paramedizin, alle — um mit einem vielgenannten russischen Schriftsteller zu sprechen — Feuer- und Wassergeister, die den Horizont verdunkeln, jenen Horizont, den die Wissenschaft gerade erst erhellt hat.

Wir werden unsere Sitzungen so legen, daß die praktizierenden Kollegen sie leicht besuchen können. Wir dachten z. B. an den Mittwoch oder Freitag Nachmittag. Auf diese Weise könnten die auswärtigen Besucher nach den Sitzungen ihre Wohnsitze noch beizeiten erreichen.

Sollte unser Plan gelingen, so wäre ein weiteres Ziel unserer Gesellschaft erreicht, das ich bisher noch nicht

erwähnt habe: eine innige und dauernde Verbindung der wissenschaftlich-interessierten und fortbildungsfreudigen Ärzte aus dem Einzugsgebiet unserer Kranken mit der Fakultät herzustellen. Unsere Patienten kommen vorwiegend aus Mittelfranken, Oberfranken und der Oberpfalz.

Wenn unsere Ärzte sich mit dem Gedanken vertraut gemacht haben, daß in Erlangen jeden Monat eine Sitzung stattfindet, so sehen sie hier eine Möglichkeit, nicht nur die Mitglieder der Fakultät und ihre Mitarbeiter zu treffen, sondern die Tagungen könnten auch den persönlichen Kontakt mit befreundeten Kollegen aufrechterhalten. Wir, die Mitglieder der Fakultät, werden es als eine Ehrenpflicht betrachten, mit unseren Mitarbeitern regelmäßig zu den Veranstaltungen zu erscheinen.

Vielleicht geschieht in unserer Zeit tatsächlich etwas zuviel an Kongressen und Tagungen. Vielleicht entsprechen nicht alle diese Treffen einem echten Bedürfnis. Manchmal entsteht der leise Verdacht, daß gewisse Veranstaltungen ihre Blüte oder Scheinblüte nur der Unternehmungslust organisatorisch begabter Persönlichkeiten verdanken. Unsere Bestrebungen liegen in einem ande-

ren Bereich. Wir wollen nachholen, was wir vielleicht schon ein wenig eher getan haben könnten: Wir wollen unter dem Dach der Alma mater Friderico-Alexandrina einen natürlichen regionalen Sammelpunkt bilden für diejenigen Kollegen, die hier studiert und die von hier aus ihren Weg ins Berufsleben angetreten haben, aber auch für jene, die ein freundliches Schicksal in unser Einzugsgebiet geleitet hat, eine Sammelstätte ohne Grenzen zwischen Fakultät, Krankenhausärzten und praktizierenden Kollegen, eine Stätte echter ärztlicher Brüderlichkeit. Die neue Gesellschaft soll uns zusammenführen auf den Gebieten der Forschung, der Fortbildung und des persönlichen Kontaktes.

Und wenn wir von unseren Sitzungen sagen können, daß unser Gespräch unterrichtend und unser Schweigen bildend ist, so sind das nach Goethe die Zeichen der besten Gesellschaft.

Nun bleibt es mir nur noch übrig, unserer Gesellschaft, der Medizinischen Gesellschaft Erlangen, einen guten Stapellauf und eine glückhafte Fahrt zu wünschen.

Anschrift: Erlangen, Krankenhausstraße 14.

Vom Wandel im Berufsbild des Arztes

Dr. med. Gerhard König

Man hört heute viel von Leitbildern, die sich angeblich ändern und wandeln. Unter einem Leitbild für einen Berufsstand verstehe ich ein berufliches Ideal. Für den ärztlichen Stand würde es immer noch im hippokratischen Eid beschlossen sein. An der Tatsache, daß dieses Ideal Richtschnur unseres ärztlichen Handelns ist und bleiben muß, zweifelt im Ernst wohl niemand.

Unter einem Berufsbild verstehe ich aber etwas anderes. Ein Berufsbild macht sich einerseits jemand, der einen Beruf ergreifen will, oder der Berufsberater trägt ihm ein solches Berufsbild vor. Beschlossen in einem solchen Berufsbild liegen nicht nur die wirtschaftlichen und sozialen Möglichkeiten einer Laufbahn, sondern auch die soziologische Stellung des einzelnen in diesem Beruf. Andererseits ordnet ein Stand oder eine Genossenschaft seine beruflichen Ordnungen so aus, daß sie seiner Vorstellung vom Berufsbild dienen und unter den gegebenen Verhältnissen durchzusetzen und zu erhalten geeignet sind. Darüber hinaus steht über dem Berufsbild und den beruflichen Ordnungen das Leitbild als ein unveränderliches Ideal, dem unter den zeitlichen Gegebenheiten Raum zu schaffen ihre Aufgabe ist.

Ein Leitbild also, wenn es ein echtes und in Jahrtausenden bewährtes ist, wird sich nicht verändern, oder doch nur, wenn eine ganze Zeit oder eine ganze Weltanschauung zusammenbricht. Berufsbild und Berufsordnungen aber kommen und gehen, sind zeitlich und nicht überzeitlich. Sie bedürfen immer wieder der Überprüfung, ob sie den realen Verhältnissen und der Entwicklung in einem Berufsstand noch angemessen sind und ob sie genügend geeignet sind, dem Leitbild unter solchen Verhältnissen zu dienen. Eine solche Überprüfung unseres Berufsbildes und unserer beruflichen Ordnungen halte ich in der Tat für erforderlich, weil sich ein tiefgehender Wandel vollzogen hat und noch vollzieht.

Die Stellung des Arztes im Beruf und damit sein Berufsbild und seine beruflichen Ordnungen sind in den letzten 30 Jahren Einflüssen unterworfen gewesen, die schon früh erkannt (Lieck!), oft kritisiert und keinesfalls wirkungslos geblieben sind. Wenn wir, um im Bild zu sprechen, im Schiff der Gegenwart, auf dem Strome der Vergangenheit, vor dem Winde der Zukunft segeln, ist es sicher interessant, dieser Entwicklung nachzugehen. Neben

solchem allgemeinen Interesse besteht die akute Notwendigkeit der Diskussion und Betrachtung solcher Vorgänge darin, daß sie in ein Stadium getreten sind, welches das Gefüge unseres Standes und seine Stellung in Staat und Gesellschaft merkbar schon heute beeinflusst und das in zunehmendem Maße in Zukunft tun wird. Der weit- aus überwiegende Teil der Ärzte betrachtete noch vor 20 Jahren seine klinische Ausbildung nach dem Staatsexamen als ein Stadium des Überganges. Denn er wollte zu allermeist, und von wenigen Ausnahmen abgesehen, die als ihr berufliches Ziel die Hochschullaufbahn, die Laufbahn des beamteten Arztes im Gesundheitswesen des Staates, die Laufbahn als Sanitätsoffizier oder die Stellung des Chefarztes eines Krankenhauses anstreben, in freier Niederlassung als praktischer Arzt oder als Facharzt tätig sein. Dementsprechend stellte er seine klinische Ausbildung auf dieses Berufsziel ab und war mit vielem in finanzieller Hinsicht und in Hinsicht auf seine Stellung im Krankenhause zufrieden, was ihm angeboten bzw. geboten wurde, mit der Begründung, daß es ja nur ein Stadium des Übergangs für ihn sei.

Welche Verhältnisse trafen wir denn nun s. Z. an, als wir unsere klinische Ausbildung begannen? Es ist sicher, daß wir finanziell und körperlich in erheblicher Weise ausgenutzt worden sind. Im allgemeinen erhielt ein Volontärassistent im Laufe der ersten drei bis vier Jahre nach dem Staatsexamen an einer Universitätsklinik oder in einem großen Krankenhause entweder nur freie Verpflegung und Unterkunft oder noch ein kleines Taschengeld dazu. Ein großer Teil der Kollegen erhielt nicht einmal dieses. Die finanzielle Sicherung der Jungärzte damals, von Zuhause her, war im Durchschnitt viel besser als heute. Und der kleinere Teil, der nicht über Zuschüsse von Zuhause verfügte, erarbeitete sich in Urlaubsvertretungen usw. bestimmte Barsummen. Wenn die ersten Volontärarztjahre herum waren, erhielt der Assistenzarzt auf einer Planstelle bis zum Jahre 1939 Gehälter, die, an heutigen Verhältnissen gemessen, geradezu lächerlich erscheinen. Ein Oberarzt z. B. erhielt mehrere Jahre nach abgeschlossener Fachausbildung und bei hoher Verantwortung und selbständiger Leitung eines mittleren Krankenhauses in Abwesenheit des Chefarztes etwa 290 DM netto! Von einem Bettenschlüssel war im allgemeinen nicht die Rede.

Von einer Regelung des Nachtdienstes und des Sonntagsdienstes ebenfalls nur an ganz großen Häusern. Die gebotenen Möglichkeiten, sich weiterzubilden, waren zweifelsohne besser als heute, besonders wenn man sie im Hinblick auf eine möglichst weite Gebiete der praktischen Medizin umfassende Ausbildung betrachtet oder beim Facharzt Wert darauf legt, daß er auch Grenzgebiete seines Faches übersehen und ihre Möglichkeiten abzuschätzen lernen sollte. Ich brauche das nicht weiter auszuführen, wir wissen es alle.

Die Stellung des Assistenzarztes, ja sogar älterer Oberärzte wurde bestimmt durch ein fast patriarchalisches System und Verhältnis gegenüber dem Chef. An den großen Kliniken und erst recht auf der Hochschule waren Verhältnisse gang und gäbe, von denen ich nicht umhin kann zu behaupten, daß sie noch deutlich den Stempel ihres Herkommens aus dem Zeitalter des Feudalismus an der Stirn trugen. Es war ganz selbstverständlich, daß z. B. eine Art von Heiraterlaubnis durch den Chefarzt üblich war, daß im Umgang mit und bei Einstellung und Entlassung von Assistenten und Oberärzten der Wille des Chefarztes allein galt, und dieser konnte gut oder böse sein. Ich habe selbst erlebt, daß ältere Privatdozenten nach explosiven Ausbrüchen ihrer Chefs vor Personal und Studenten wie Schuljungen blamiert oder abgekanzelt wurden, daß ältere verheiratete Assistenten nach Operationen in stundenweit von der Klinik entfernten Sanatorien zu Fuß nach Hause gehen mußten, weil sie bei der Operation den Zorn des Chefs erregt hatten. Nun ist es sicher nicht Absicht dieser Zeilen, an solchen Vorgängen von damals bössartige Kritik zu üben! Im Gegenteil, ich möchte hervorheben, daß dergleichen aus einem patriarchalischen Verhältnis her geschah, das oft sehr viel Gutes hatte, enge persönliche Bindungen schuf, und an dem vor allen Dingen eines bemerkenswert war: Ein klinischer Chef von damals wußte alles, konnte alles und besaß einen Überblick auf dem Gebiet seines Faches, der erstaunlich und nur damals eben noch möglich war. Mit großer Ehrerbietung denke ich daran zurück, wie erstaunt und beschämt wir jungen Ärzte vor dem klinischen Blick und dem überragenden Wissen unserer Chefs gestanden haben und uns bemüht haben, zu lernen. Ich glaube, daß ich meinen klinischen Lehrern, insbesondere Herrn Professor Ktapp und Herrn Dr. Marchend es an dieser Stelle schuldig bin, zu betonen, wie sehr wir an ihnen gehangen haben und was wir ihnen heute noch täglich verdanken! Es muß aber darauf hingewiesen werden, daß die Verhältnisse sich heute ganz erheblich geändert haben. Ein Überblick über das Gesamtgebiet der Medizin war schon vor 30 Jahren nicht mehr möglich. Aber selbst die Spezialfächer sind heute so unüberschaubar geworden, daß umfassendes Wissen, absolute Sicherheit, genaueste Kenntnis der Literatur und praktische Ausübung, von wenigen fast übermenschlichen und überärztlichen Ausnahmen abgesehen, nur noch auf Teilgebieten selbst der Spezialfächer möglich sind.

Nun war es zweifelsohne auch in den letzten 15 Jahren noch das Ziel der meisten sog. Jungärzte, nach klinischer Ausbildung sich niederzulassen und selbständig Praxis auszuüben. Diese ihre Absicht ließ sich aber aus den verschiedensten Gründen in einem großen Teil der Fälle einfach nicht realisieren! Nach dem Zusammenbruch im Jahre 1945 änderten sich die Verhältnisse in der freien Praxis schnell. Durch Überfüllung im Kassenarztstand verschob sich das Zulassungsalter im Bundesgebiet im Schnitt auf etwa 42 Jahre. Sehr langes Verweilen an den Kliniken wurde dadurch notwendig und galt schon als Glück, auch wenn nur gegen freie Kost und Verpflegung volontärärztliche Tätigkeit und damit die Möglichkeit zur Weiterbildung geboten wurde. Es kann kein Zweifel daran sein, daß damals die angestellten Ärzte von den Krankenhausträgern in einer Weise in ihrer Not ausgenützt wurden, die unbegreiflich erscheint und nur verstanden werden

kann unter dem rein wirtschaftlichen Denken der Krankenhausträger, die billig einkauften, was aus Not billig zu kaufen war. Es muß bekannt werden, daß solche Verhältnisse sich zweifelsohne überhaupt nicht oder unendlich langsam geändert hätten, wenn die Jungärzte sich nicht zu gewerkschaftsähnlichen Verbänden zusammenschlossen und durch ihren Marburger Bund schließlich eine vernünftige Gestaltung der Tarife erkämpft hätten. Daß dabei aus solchem gewerkschaftsähnlichen Zusammenschluß, solcher Kampfsituation und den schließlich resultierenden Erfolgen die Jungärzte zu ihrem ärztlichen Tun am Krankenhaus z. T. eine Prägung erfahren haben, die wir nicht unbedingt bejahen können, ist nur begreiflich.

Die Bettenzahlen der Krankenhäuser wuchsen und wachsen noch ständig. Die Notwendigkeit, Kranke stationär zu behandeln und zu beobachten, nimmt zu aus Gründen, die einerseits mit den Fortschritten der Medizin und der Technik und andererseits der Änderung der sozialen Verhältnisse zusammenhängen. Darüber hinaus darf als betrübliche, aber gegebene Tatsache bescheinigt werden, daß Wohnungsmangel, Mitarbeit der Frau nicht allein die Ursache zunehmender Wünsche nach Krankenhausbehandlung sind, sondern offenbar auch eine Lockerung der familiären Bindungen. Wer will heute schon noch alte Leute pflegen, wenn sie krank sind? Aus all diesen Gründen bestand ein vermehrter Bedarf nach Assistenzärzten und angestellten Ärzten überhaupt. Es ergab sich ein Sog hin zum Medizinstudium, der heute noch seine Wirkung ausübt. Dabei wird übersehen, daß der Eintritt beruflicher Schwierigkeiten für den Arzt nur verschoben ist. Solche Schwierigkeiten traten und treten nicht mehr nach dem Examen sofort auf, sondern erst, wenn einige Assistentenjahre verbracht waren und das Ablauf eines limitierten Vertrages den angestellten Arzt vor die Frage stellte, was nun werden sollte. Wenn auch heute, wo sich die ersten Zeichen dafür zeigen, daß die limitierten Verträge von seiten der Krankenhausträger gegenüber den angestellten Ärzten mehr als ein Unrecht, nämlich eine Dummheit waren, von limitierten Verträgen nicht mehr die Rede ist, so ist es doch wichtig, darauf aufmerksam zu machen, daß es die Schuld solcher Entwicklung ist, wenn immer noch eine Diskrepanz zwischen den Möglichkeiten der Niederlassung in freier Praxis und der Zahl der Ärzte, die solche Möglichkeit suchen, vorhanden ist.

Für unsere Betrachtung aber genügt, daß wir als Tatsache feststellen, daß der angestellte Arzt im Krankenhaus heute sehr viel länger verbleibt als früher, daß er seine Ausbildung vielmehr vervollkommenet und im allgemeinen eine Facharztausbildung und noch mehr darüber hinaus Spezialwissen auf einem Fachgebiet erwirbt und daß er sich bestimmte tarifliche Erfolge erkämpft hat.

Nun haben sich aber auch andere Dinge, wie schon angedeutet, sehr geändert. Ich möchte einmal am Beispiel des Facharztes für Anästhesie erläutern, was ich meine: Der moderne Anästhesist wählt verantwortlich das Narkoseverfahren aus. Er leitet die Narkose, greift bei Zwischenfällen ein, beherrscht die Technik moderner Narkoseverfahren, und zuletzt ist er noch für die Nachbehandlung aller Narkosefolgen zuständig. Eine langwierige Ausbildung und die Kenntnis einer Menge von Grenzgebieten seines Faches muß er besitzen. Er nimmt dem Chirurgen bisher getragene Verantwortung weitgehend ab. Wir wissen auch sehr genau, daß auf diesem Gebiet immer mehr Ärzte gebraucht werden und daß z. Z. viel zu wenig Anästhesisten zur Verfügung stehen. Während aber nun bei der Auswahl der Narkose, bei der Durchführung der Narkose und hinterher, eben auf seinem Fachgebiet, der Anästhesist völlig selbständig ist und allein Verantwortung trägt und ihm auch niemand dabei helfen kann, wie ist denn nun seine Stellung im Krankenhaus? Er ist und bleibt angestellter Arzt und außerhalb des Operations-

saales und nach der Narkose Assistent wie alle. Liegt hier nicht ein innerer Widerspruch? Ähnliches gilt für die Leiter großer klinischer Laboratorien, für den klinischen Pathologen und Pharmakologen. Wenn ich recht informiert bin, wird diese Diskrepanz unter den angestellten Ärzten sehr lebendig empfunden, und sie beginnen, Änderung zu begehren. Auch ist die Situation bei uns anders als im Ausland, und ich glaube, schlechter. Riesenstationen besitzen bei uns zulande nur einen Chefarzt. Die Zahl der Betten eines Krankenhauses mag sich in sehr vielen Fällen in den letzten 20 Jahren für alle Stationen weit mehr als verdoppelt haben, die Zahl der Chefärzte ist gleichgeblieben. Natürlich haben hier wirtschaftliche Überlegungen der Krankenhausträger allein eine Rolle gespielt. Vom ärztlichen Standpunkt aus gesehen muß gesagt werden, daß es unmöglich ist, daß der Chefarzt einer Riesenstation persönliche Verantwortung für einzelne Kranke noch trägt. Die ernsteste Bemühung und tägliche Visite erlaubt nicht mehr, als die Durchsetzung bestimmter Gesichtspunkte beim Oberarzt und Stationsarzt. Folgerichtig ist ja heute bereits davon gesprochen worden, daß solche sog. „unpersönliche“ Behandlung im Krankenhaus die gleichen Erfolge aufweist wie bei echtem Kontakt zwischen Arzt und Patient. Daß solche Gedankengänge von Vertretern der Krankenhausträger vorgetragen werden, wundert uns gar nicht. Deshalb sind sie aber nicht richtig. Es wäre ja paradox, zu glauben, daß in dem Zeitalter, in dem die Medizin die Seele und ihre Bedeutung für das körperliche Geschehen in der Krankheit entdeckt hat, ausgerechnet von der Technik her der Arzt zum Gesundheitsingenieur degradiert werden sollte. So ist ein Dilemma entstanden, das wir kennen müssen und um dessen Lösung sich jung und alt im Ärztestand mit bemühen sollten. Ich sehe es so:

1. Der Eintritt der großen Zahl der angestellten Ärzte am Krankenhaus in die Tätigkeit als niedergelassener selbständiger Arzt ist voll nicht mehr möglich.
2. Ein Teil der angestellten Ärzte ist sich über diese Tatsache im klaren. Kein angestellter Arzt kann, so wie wir früher, seine Tätigkeit am Krankenhaus als ein Durchgangsstadium mehr betrachten.
3. Dieser Entwicklung sind die Verhältnisse an den Krankenhäusern nicht gefolgt. Es beginnt sich zu zeigen, daß diese Tatsache sich rächt. In vielen Fächern, z. B. auf dem Gebiete der Chirurgie, werden mehr Assistenten gesucht, als zur Verfügung stehen.
4. Die wirtschaftliche Lage, d. h. also die tarifliche Bezahlung der angestellten Ärzte, ist nach Jahren des Kampfes erträglich geworden. Sie läßt den angestellten Arzt ernsthaft Überlegungen anstellen, ob wirtschaftlich gesehen sein Verbleiben am Krankenhaus, wo man ihn jetzt auf einmal seltens der Krankenhausträger zu halten versucht, zweckmäßiger ist als der Sprung in die freie Praxis, wo mindestens auf dem Lande größere Belastung und im allgemeinen für die ersten vier bis fünf Jahre überall ein berufliches Risiko und die Investierung von kreditmäßig zu beschaffenden Mitteln gegeben ist.
5. Die Lösung solcher Schwierigkeiten kann nur dadurch erfolgen, daß nach meiner Auffassung alle Voraussetzungen geschaffen werden müssen, die aus der Tätigkeit eines großen Teiles der angestellten Ärzte an den Krankenhäusern eine Lebensstellung werden lassen. Das würde heißen, daß neben z. T. vielleicht bereits erreichter ausreichender tariflicher Bezahlung entsprechende Sicherheit in der erreichten Position geboten werden muß. Warum sollte das auch nicht sein? Es kann ja auch an einem Gesundheitsamt nicht jeder Leiter des Gesundheitsamtes werden, es kann ja auch an einer Schule nicht jeder Studienrat Studiendirektor

Freies Wochenende

27./28. Juni

und Schulleiter werden. Die Sicherheit würde also darin bestehen müssen, daß ein ganz erheblicher Teil der Planstellen an Krankenanstalten, jedenfalls so viel, als nicht für Ausbildung und Weiterbildung in Spezialfächern erforderlich sind, in Lebensstellungen mit Sicherheit umgewandelt werden. Darüber hinaus muß gefordert werden, daß Riesenstationen nicht mehr von einem Chefarzt allein besetzt sind und daß überhaupt die Aufstiegsmöglichkeiten für den angestellten Arzt verbessert werden.

6. In dem Verhältnis der Kollegen, die solche Stellung erreicht haben, zum Chefarzt und zur Verwaltung der Krankenhäuser muß sich etwas ändern. Der getragenen Verantwortung entsprechend muß die soziologische Stellung sich ändern zu größerer Selbständigkeit.
7. Die Krankenhausträger — insbesondere aber die Kommunen und der Staat — werden sich daran gewöhnen müssen, daß sie hinsichtlich der Beschaffung von geeignetem Wohnraum für die an den Krankenhäusern tätigen Kollegen allmählich etwas tun müssen. Ich habe vor den Krankenanstalten und manchmal im direkten Krankenhausbereich nicht nur Schwesternhäuser aus dem Boden wachsen sehen, sondern Wohnraumbeschaffung ist dort erfolgt für Elektriker, Tischler, kurz alle Handwerker, Pfleger; nur mit der Bereitstellung von Wohnraum für die angestellten Ärzte haben sich bisher die Krankenhausträger nicht befremden können.
8. Lediglich auf dem Gebiet der chirurgischen Assistenten besteht nach meiner Auffassung ein echter Mangel. Es kann nicht oft genug darauf hingewiesen werden, daß dieser Mangel durch ungenügende Weitsicht hinsichtlich der soziologischen Stellung der Assistenzärzte erst entstanden ist; es hat sich ja allmählich herumgesprochen, daß nach Abschluß der chirurgischen Fachausbildung die weitere Laufbahn des Chirurgen fast aussichtslos erscheint. Die Möglichkeit, Chefarzt oder Oberarzt zu werden, ist nur begrenzt, und die Niederlassung in freier Praxis ohne Krankenhaus wird immer nur im Mittelpunkt großer Städte und nur für wenige Chirurgen eine Existenzmöglichkeit bieten können. Wenn wir deshalb im Augenblick beobachten können, daß sehr viele ausländische Kollegen an den Krankenhäusern als angestellte Ärzte tätig sind, so muß es sich um ein Übergangsstadium handeln. Es hätte auf dem chirurgischen Gebiet nicht so weit zu kommen brauchen, denn auf den anderen Gebieten sind deutsche Kollegen genügend da, man muß ihnen nur vernünftige Bedingungen bieten.

Viele Kollegen werden entsetzt über meine Ausführungen sein. Viele Kollegen werden Einzelheiten genau so sehen, aber die Schlussfolgerungen ablehnen. Ich bilde mir nicht unbedingt ein, daß ich richtig sehe, aber es kann doch nicht so weitergehen, wie es heute ist. Daß ich im einzelnen recht habe, wird kaum bestritten werden können. Daß darüber in den Kreisen der sogenannten Jungärzte gesprochen wird und ansonsten die berufspolitische Öffentlichkeit schweigt, kann doch auch nicht richtig sein. Ja, ich glaube, daß, wer schweigt, sich schuldig macht eines Ausweichens vor der Realität. Und ich meine noch

mehr, nämlich, daß, wer heute in der Berufspolitik steht, verpflichtet ist, nicht nur zu sehen, wo unser Stand heute steht und darüber hinaus, wohin die Entwicklung geht, sondern daß er sich auch Gedanken darüber machen müßte, woher unser ärztlicher Nachwuchs kommt, unter

weichen Bedingungen er seine Ausbildung erhält und aufwächst und welche Ansichten er dadurch und welche Prägungen er über Aufgaben und soziologische Stellung des deutschen Arztes überhaupt erhält.

Anschr. d. Verf.: Euger/Westf.

Kleines Vorwort zum 62. Deutschen Ärztetag

Meteorologen sagen das Wetter auf Grund ihrer beruflichen Erfahrungen für längere Zeit voraus. Daß diese Ankündigungen oft genug nicht stimmen, wissen wir. Manchmal zu unserer Freude, manchmal zu unserem Leid. Auch Voraussagen für den Verlauf Deutscher Ärztetage bleibt dieses Schicksal nicht erspart, mag es sich um Abstimmungen über konkrete Gegenstände, über den Verlauf von Debatten oder Wahlen handeln. So können gewisse einem Ärztetag vorausgehende Beschlüsse in der oder jener Körperschaft oder bekanntwerdende Stimmungen in verschiedenen Delegiertengruppen nur scheinbar Anhaltspunkte für den Verlauf geben. Dabei behält oft genug der alte Satz „Angesagte Revolutionen finden nicht statt“ seine Gültigkeit. Und doch läßt manches darauf schließen, wie zumindest zu dem einen oder anderen Punkte Stellung genommen werden wird. Ausschlaggebend bleibt leider manchmal nicht das gut fundierte, bessere Argument, sondern der Redner mit größerer Durchschlagskraft.

Auf dem Deutschen Ärztetag in Lübeck steht u. a. eine Reihe von Punkten auf der Tagesordnung, deren Behandlung wichtige Aufschlüsse über den Gegenwarts- oder Zukunftssinn der deutschen Ärzteschaft, über ihre Anschauung über Ethik geben wird.

Vorangestellt sei gleich eine grundsätzliche Betrachtung. Es ist in den letzten Jahren immer mehr Übung geworden, Referate auf dem Deutschen Ärztetag grundsätzlich nur von Persönlichkeiten halten zu lassen, die dem Geschäftsführenden Vorstand der Bundesärztekammer angehören. Damit sei keineswegs ein Werturteil über diese selbst gesprochen. Aber die Wahl in dieses Spitzengremium bedeutet noch nicht und kann es gar nicht bedeuten, daß diesen Persönlichkeiten auch in allen Angelegenheiten die notwendige Sachkenntnis zuerkannt werden kann. Gewiß beherrschen sie die Materie des standespolitischen Raumes oder ihres engeren Fachgebietes. Schon der Fachmann, der sich nur mit einem oder mehreren Fachgebieten beschäftigt, tut sich schwer, das ganze einschlägige Gebiet zu beherrschen. Die natürliche Folgeerung müßte also sein, daß man, wie dies auch in den wissenschaftlichen Gesellschaften der Fall ist — obwohl ihren Mitgliedern ihr Fachgebiet nicht fremd ist —, bestimmte Gelehrte, hier Fachkenner zum Referat auffordert, für einen oder mehrere Korreferenten sorgt und auch von vorneherein zur Aussprache einzelne die betreffende Materie besonders beherrschende Ärzte auffordert. Wir alle wissen, daß im Gegensatz zu früher die Auswahl der Delegierten zu den Ärztetagen oft genug beeinflußt wird von der Zugehörigkeit zu der einen oder anderen Gruppe, so daß hier die tatsächliche oder gesinnungsmäßige Einstellung wie im Politischen ausschlaggebend ist. Mir klingt heute noch im Ohr jenes Wort von Haedenkamp, als er auf einem Deutschen Ärztetag vor jeglicher Fraktionsbildung in der Ärzteschaft gewarnt hat.

Wir sind aber doch schon soweit. Auch in außerparlamentarischen Körperschaften hat sich, entgegen den maßgeblichen Bestimmungen über die Freiheit der Meinungsäußerung, oft genug eine Art von Fraktionszwang durchgesetzt, und nur selten wagt es der eine oder andere, aus der Reihe zu tanzen. Wenn es schon dem Begriff der Demokratie widerspricht, dem einzelnen in der Bekundung seiner Meinung Fesseln anzuzeigen, so gilt das erst recht für das Parlament der Ärzte. Es ist hier schon deshalb ein besonderer Widerspruch, da der Arzt an und für sich — was ihm oft vorgeworfen wird, oft aber auch ein Vorteil ist —, dank seiner intellektuellen Einstellung sich in seiner Meinungsfreiheit kaum einengen läßt.

Auf dem 62. Deutschen Ärztetag in Lübeck soll auch das Problem der heterologen künstlichen Insemination

behandelt werden. Noch bevor man dort Referat, Rede und Gegenrede gehört hat, sollen die Delegierten einer großen Ärztekammer sich verpflichtet haben, jede strafrechtliche Regelung abzuwehren. Universitätsprofessor Dr. August Mayer, der sich seit Jahren verdienstvoll mit diesem Problem beschäftigt hat, kam zu dem eindeutigen Schluß, daß die heterologe künstliche Insemination unbedingt abzulehnen ist. Der Deutsche Ärztinnenbund hat seine Anschauung in einer an Deutlichkeit nichts zu wünschen übriglassenden Form Ausdruck gegeben. Frau Dr. Marla Rles hat vor kurzem die wichtigsten Argumente in überzeugender Weise zusammengefaßt und nachgewiesen, daß das Problem keineswegs, wie von manchen Seiten behauptet wird, nur ein weltanschauliches ist. Mit diesem Schlagwort kann man ebensowenig einer Entscheidung ausweichen, wie eine maßgebliche deutsche Wissenschaftliche Gesellschaft, die es vorgezogen hat, dieses angeblich „heiße Eisen“ nicht anzurühren. Ein Arzt, der sein Sprechzimmer oder seine Klinik dazu benützen würde, um dort wesentlich einer Ehefrau Gelegenheit zum Geschlechtsverkehr mit einem Mann zu geben, der nicht ihr Ehepartner ist, würde sich strafrechtlich und nach der Berufsordnung verfehlen. Daran, daß ein Arzt den Samen eines ehefremden Mannes zur Befruchtung einer Frau benützt, nachdem er die Auswahl des Samenspenders getroffen hat — es sei nur an jene Arbeit eines Universitätsprofessors im „Zentralblatt für Gynäkologie“ erinnert, in der er wörtlich erklärte, einen Samenspender in der Person eines seiner zahlreichen Hörer gesichert zu haben — und den Samenspender sogar zur Masturbation veranlaßt, findet man nichts! Welchen Weg gehen wir?

Es sei daran erinnert, daß vier ärztliche Abgeordnete, der CSU, der SPD, der FDP und der BP zugehörig, Dr. Soenning, Dr. Oeckler, Dr. Dehler, Dr. Brentano-Hommeyer, im Bayerischen Landtag sich in richtiger Einschätzung des Problems dafür eingesetzt haben, daß die heterologe Insemination verboten werden soll.

Es ist ja die Frage, ob es richtig war, den Deutschen Ärztetag mit der Entscheidung in einer so wichtigen Frage zu belasten, da wohl nur ein verschwindend kleiner Teil der Delegierten sich mit allen nur möglichen rechtlichen, psychologischen und ethischen Gesichtspunkten, den möglichen Folgen für Frau und Kind sowie den Folgerungen hinsichtlich der Haftpflicht vertraut gemacht hat. Und doch werden sie sich für oder gegen eine strafgesetzliche Regelung aussprechen. Es wurde schon davon gesprochen, daß einzelne Gruppen ihre Entscheidung bereits vorweggenommen haben sollen. Das ganze Problem mit der Empfehlung abzutun, daß es der Entscheidung und dem Gewissen des einzelnen Arztes überlassen bleiben soll, ist eine zwar bequeme Entscheidung, sie drückt sich aber von einer Verantwortung. Auch bei der Schwangerschaftsunterbrechung stellen strafgesetzliche Bestimmungen nicht überschreibbare Normen auf. K-g.

Wir möchten dabei noch auf den Artikel von Rechtsanwalt Dr. M. Kohlhaas, Karlsruhe, im „Berliner Ärzteblatt“ Nr. 10/59 hinweisen, der zu folgendem Schluß kommt:

„Es kann also gerade, weil das Thema so sehr unentwickelt, aber zweifellos sehr anrühlich ist, nicht genug davor gewarnt werden, sich mit der heterologen Insemination grundsätzlich, mit der homologen ohne große vertragliche Vorsicht, zu befassen. Der Grundsatz, daß das, was nicht ausdrücklich im Gesetz verboten, deshalb erlaubt sei, schlägt bei einem solch schlüpfrigen Gebiet, nach so viel prominenten Gegenstellungen nicht durch. Rechtsirrtümer sind nur dann nicht fahrlässig, wenn sie unverschuldet sind.“

MITTEILUNGEN

Abermals das Schweigerecht

Daß die Sorge der Kammer um das Problem der erzwungenen Diagnosepreisgabe bei Erkrankungen von Beamten und (in letzten Zeiten) auch von Angestellten und Arbeitern berechtigt ist, zeigt folgender Brief, den eine Patientin vor kurzem von ihrem Amtsvorstand erhalten hat:

Sehr geehrte Frau X!

Auf Ihr Schreiben vom 10. 3. 1959 teile ich Ihnen mit, daß die Pflicht zur Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses, das sich kurz über die Art Ihrer Erkrankung und Ihre voraussichtliche Dauer aussprechen muß, sowohl auf der Tarifordnung für Angehörige des öffentlichen Dienstes, der Sie sich durch den Abschluß des Dienstvertrages unterworfen haben, als auch auf der Urlaubsverordnung vom 28. 7. 1954 beruht, also eine gesetzliche Grundlage hat. Die Nichtvorlage eines solchen Zeugnisses wäre eine Dienstpflichtverletzung. Wenn Sie an Ihren behandelnden Arzt das Ersuchen stellen, er möge ein solches Zeugnis erstellen, so ist darin selbstverständlich eine Entbindung des Arztes vom Berufsgeheimnis durch Sie zu erblicken. Die Stellungnahme Ihres behandelnden Arztes ist nicht nur — der Form nach — unhöflich, sondern auch falsch. Es handelt sich hier um keine „Krankenkontrolle“, sondern um die Notwendigkeit für den Arbeitgeber, zu wissen, bis wann voraussichtlich mit dem Wiederantritt des Dienstes durch den kranken Betriebsangehörigen gerechnet werden kann, weil der Arbeitgeber seine personellen Dispositionen darnach treffen muß.

Ich ersuche Sie daher um möglichst umgehende Beschaffung dieses ärztlichen Zeugnisses. Sollte Ihr behandelnder Arzt Bedenken haben, dieses Zeugnis Ihnen selbst auszuhändigen, so steht es ihm frei, dieses unmittelbar hierher einzusenden.

Im übrigen wünsche ich Ihnen eine recht baldige Genesung.

Hochachtungsvoll Y Z

Der Vorsitzende des Kreisverbandes, dem der behandelnde Kollege angehört, hat sich mit folgendem Schreiben an die Kammer gewendet:

Sehr geehrter Herr Kollege!

In letzter Zeit mehren sich die Fälle, daß Ärzte von öffentlichen Dienststellen des Staates, der Bundesbahn, Bundespost usw. unter Druck gesetzt werden, und zwar hinsichtlich der Bekanntgabe der Krankheitsbezeichnung bei Beamten und im Behördendienst angestellten Patienten.

Vor einigen Tagen kam nun der in Fotokopie beiliegende Vorgang hier in Einlauf.

Da die Auseinandersetzung mit den unteren Ämtern und Behörden kaum Erfolg verspricht und außerdem eine große Zeit- und Nervenbelastung für die einzelnen Kollegen sich daraus ergibt, wären wir dankbar, wenn die Bayerische Landesärztekammer dieses Pro-

blem überörtlich mit den Ministerien oder Vertretern der Staatsregierung besprechen und veranlassen könnte, daß entsprechende Anweisungen von oben herab an die Personalstellen der Ämter ergehen.

Solange der betreffende Patient den Arzt nicht von der Schweigepflicht entbindet, ist die Situation ja ziemlich klar, anders allerdings dann, wenn, wie im vorliegenden Fall, der Patient von seiner Dienststelle unter Androhung verschiedener Repressalien zur Entbindung von der Schweigepflicht gezwungen wird.

Der Arzt wird dann oft vom Patienten bedrängt, er möge doch eine andere Diagnose auf die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung schreiben.

Vor allem bei weiblichen Patienten befindet sich der Arzt dann oft in einer recht schwierigen Situation.

Es ist doch bekannt, daß diese Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen nicht nur dem Behördenleiter zu Gesicht kommen, sondern daß, angefangen beim Posteinlauf, über die Personalsachbearbeiter bis zur Registratur eine Reihe von Einblickmöglichkeiten besteht.

Wo bleibt hier der in der Verfassung garantierte Schutz der Persönlichkeit.

Uns scheint es vollkommen abwegig, wenn aus der eigentlich recht nebensächlichen Urlaubsverordnung eine gesetzliche Grundlage zur Mißachtung der ärztlichen Schweigepflicht herausgelesen und zusammenkonstruiert wird, wie im vorliegenden Fall geschehen.

Für solche juristischen Spitzfindigkeiten haben wir nichts übrig.

Man sieht daraus, welche Unruhe diese ganze Angelegenheit sowohl bei den Ärzten als bei den Patienten erregt, und das Verbitternde dabei ist, daß wirklich keine echte sachliche Begründung für solche Handhabung vorliegt. Merkwürdig ist, daß wir vielfach von Fällen aus Finanzämtern hören; daß aber nun gerade das Finanzamt besonderes Verständnis für die Schweigepflicht der Ärzte haben müßte, zeigen folgende zwei beglaubigte Fälle:

I. Fall

Ein Nürnberger Bürger findet auf der Straße eine Hundesteuermarke. Er will sie seinem Besitzer wieder zurückerstatten, ruft das Steueramt an, um den Namen des Besitzers festzustellen. Amtsseits große Entrüstung: ausgeschlossen! das käme gar nicht in Frage! dem widersetze sich das „Steuergeheimnis“! Dieses Steuergeheimnis verleihe die Preisgabe des Namens des Hundebesitzers!

II. Fall

Ein herrenloser Hund karambolierte mit einem Auto und verursachte einen Schaden. Der Eigentümer des Autos stieg aus, packte den Hund am Halsband, notierte die Nummer der Steuermarke und ließ den Hund wieder laufen. Er ging an das Finanzamt, um den Namen des Besitzers zu erfahren, damit er sich an diesem schadloos halten könne. Die gleiche Entrüstung, es sei unmöglich, den Namen des Herrn zu erfahren, denn was der Steuerzahler dem Finanzamt anvertraue, unterliege dem Steuergeheimnis. Auch der Hund! Wem der Hund gehört, wird nicht verraten!

Es ist zum Lachen, wenn es nicht so traurig wäre.

G. S.

Cefadysbasin[®]

TROPFEN

TABLETTEN

AMPULLEN

CEFAK
KEMPTEN



PERIPHERE UND KORONARE DURCHBLUTUNGSSTÖRUNGEN



DIE GENESE DES ULCUS VENTRICULI ET DUODENI

durch gesteigerten Sympathicotonus:

Gefäß-Spasmen – umschriebene Ischämie –
Gewebschädigung der Magenschleimhaut
– Nekrose

durch konsekutiv übersteigerten Parasympathicotonus:
muskuläre Spasmen und Hyperazidität

Nicht Parasympathicus oder Sympathicus allein sind
an der Ulcus-Entstehung beteiligt,
die Dysharmonie beider führt zur Krankheit.

The logo for Ulcolan features a thick black horizontal bar on the left that tapers to a point, resembling a pencil tip. This bar extends to the right, where it meets a solid black rectangular box. Inside this box, the word "Ulcolan" is written in a bold, white, serif font with a slightly distressed or hand-drawn appearance.

Ulcolan

Herstellung des Gleichgewichts durch Dämpfung beider vegetativen Systeme!

Kausale Therapie mit Ulcolan

Die wirksamen Bestandteile:

als vogolytische Komponente:

0,025 mg Fol. Dot. met.

als sympathicolytische Komponente:

0,025 mg Rod. Berb. vulg.

0,05 mg Scop. hydb.

Spez. Ind.: Ulcus ventriculi et duodeni

Gastritis, nervöse Magenbeschwerden.

Allg. Ind.: Vegetative Dystonie

In Klinik und Praxis bewährt. – Besonders geeignet für die ambulante Behandlung.

Packung zu 30 Tabletten á 0,1 g DM 3.25 m. U.

ULCOLAN-PRODUKTION · MÜNCHEN 23

Ein Zahlenbild der Krankenanstalten

Wie die letzten Erhebungen des Statistischen Bundesamtes im Bereich des Gesundheitswesens ergaben, bestanden am Stichtag 31. 12. 1957 in der Bundesrepublik 3362 Krankenanstalten mit 544 424 planmäßigen Betten, und zwar 1326 öffentliche mit 299 870 Betten, 1243 freie gemeinnützige mit 209 876 Betten und 793 private Krankenanstalten mit 34 878 Betten. Pro 10 000 Einwohner der Bundesrepublik standen damit 107 Krankbetten in den Krankenanstalten zur Verfügung, die gleiche Zahl wie im Jahre 1958. Für 1954 und 1955 lautete das entsprechende Zahlenverhältnis 105 : 10 000. Daraus ergibt sich, daß der Ausbau der Krankenanstalten nicht nur mit dem Bevölkerungszuwachs Schritt hielt, sondern ihn um ein geringes übertrifft.

In den Krankenanstalten der Bundesrepublik sind im Jahre 1957 etwa 6,5 Millionen Personen stationär behandelt worden; die durchschnittliche Verweildauer der Patienten in den Krankenanstalten betrug 29,2 Tage. Wie die Statistik ausweist, sank die durchschnittliche Verweildauer der stationär behandelten Kranken seit Jahrzehnten stetig ab; noch vor 20 Jahren (1938) betrug sie 36,2 Tage. Die durchschnittliche Bettenbelegung ist indes zwischen 1938 und 1957 erheblich angestiegen. 1938 war ein Krankbett im ehemaligen Reichsgebiet durchschnittlich 303,4 Tage belegt, 1957 im Bundesgebiet hingegen 326,6 Tage.

Mitgliederzunahme bei den Innungskrankenkassen und den Angestelltenkrankenkassen

Nach den „Arbeits- und Sozialstatistischen Mitteilungen“, die vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung herausgegeben werden, waren am Jahresende 1958 in der Sozialen Krankenversicherung der Bundesrepublik 26 234 364 Mitglieder krankenversichert. Gegenüber dem Jahr 1957 ist eine Steigerung von 6,5% zu verzeichnen, die sich folgendermaßen verteilt (Stand von 1957 in Klammern):

1 See-Krankenkasse	67 609 Mitgl.	(63 427)
8 Arbeiter-Ersatzkassen	208 413 Mitgl.	(198 271)
103 Landkrankenkassen	500 187 Mitgl.	(511 883)
152 Innungskrankenkassen	888 811 Mitgl.	(789 636)
7 Knappschaftl. Krankenkass.	1 325 782 Mitgl.	(1 388 003)
1375 Betriebskrankenkassen	3 478 119 Mitgl.	(3 887 863)
8 Angestelltenkrankenkassen	4 424 657 Mitgl.	(3 955 511)
399 Ortskrankenkassen	15 340 782 Mitgl.	(14 339 445)

Im Vergleich zum Jahr 1957 haben mit 12,56% die größte Zunahme des Mitgliederstandes die Innungskrankenkassen, denen mit knappem Abstand die Angestellten-Ersatzkassen mit 11,86 v. H. vor den Ortskrankenkassen mit 6,98 v. H. folgen. Allerdings sind in den obengenannten Zahlen die mitversicherten Familienangehörigen nicht enthalten, so daß noch eine diesbezügliche Zunahme für alle Krankenkassen von rund 18,3 Millionen angenommen wird. Danach wären also ca. 85 v. H. der gesamten Bevölkerung der Bundesrepublik in der Sozialen Krankenversicherung versichert.

Sozialaufwand betrug 30,6 Milliarden DM

Im Bundesgebiet und in West-Berlin betrugen für das Jahr 1957 die Nettoausgaben für die öffentlichen Sozialleistungen rund 30,6 Milliarden DM. Infolge der Rentenreform und des Lohnfortzahlungsgesetzes sind sie seit 1953 um 59,2% gestiegen, davon beträgt die Steigerung allein von 1956 bis 1957 23,2%. Die Ausgaben der drei Rentenversicherungen, die jetzt 45% des Gesamtaufwandes in Anspruch nehmen, stiegen seit 1953 in der Angestelltenversicherung um 124,8%, in der Arbeiterversicherung um 97,5% und in der Knappschaftsversicherung um 57,7%. Für das Jahr 1957 mußten pro Einwohner für die sozialen Leistungen 640 DM aufgebracht werden, pro Arbeitnehmer sogar der Betrag von 1670 DM.

Das Vermögen der Sozialversicherungen

Das Vermögen der Sozialversicherungen (Renten-, Kranken- und Unfallversicherung sowie Arbeitslosenversicherung) belief sich Ende des Jahres 1958 auf rund 18,2 Md. DM (1949 = 1,7 Md. DM). Von dieser Summe entfielen 12,4 Md. DM auf die Rentenversicherungen,

3,9 Md. DM auf die Arbeitslosenversicherung, 1,1 Md. DM auf die Krankenversicherung und 0,7 Md. DM auf die Unfallversicherung. 35,7% des Gesamtvermögens der Versicherungen waren in Darlehen angelegt, 24,3% in Bankeinlagen und 23,4% in Wertpapieren. ID bay.

Auswirkungen der Verkehrsunfälle auf die Ausgaben der Sozialversicherung

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung erklärte in seiner Antwort auf eine parlamentarische Anfrage über die finanziellen Auswirkungen der Verkehrsunfälle auf die Ausgaben der Sozialversicherung, daß die Gesamtbelastung der Krankenversicherung in Form von Barleistungen, Arzthonoraren, Krankenhauspflege und Arzneien im Jahre 1957 auf etwa 70 bis 80 Millionen Deutsche Mark geschätzt werden könne. Gemessen an den gesamten Ausgaben für Barleistungen, Arzthonorare, Krankenhauspflege und Arzneien, entspricht diese Ausgaben Summe einem Anteil von 1,2 v. H. Ebenfalls sehr beträchtlich sind die Kosten, die der gesetzlichen Unfallversicherung durch Straßenverkehrsunfälle erwachsen. Nach den von einem großen Teil der Berufsgenossenschaften an Hand konkreter Feststellungen oder Schätzungen ermittelten und dem Bundesarbeitsministerium vorgelegten Zahlen läßt sich ihre Belastung im Jahre 1957 mit etwa 150 Millionen Deutsche Mark beziffern; das sind ca. 10 v. H. der gesamten Leistungsausgaben der gesetzlichen Unfallversicherung. Nicht unerheblich sind auch die Aufwendungen der Rentenversicherungsträger für Leistungen, die durch Unfälle im Straßenverkehr ausgelöst werden. Vorsichtige Schätzungen, bei denen das Material der Knappschaften sowie die Statistik über die Invaliditätsursachen herangezogen wurden, haben ergeben, daß für die jährlichen Ausgaben der Rentenversicherungsträger ein Betrag von 40 bis 50 Millionen Deutsche Mark angenommen werden kann.

Straßenverkehrsunfälle gehören nach der Meinung des Bundesarbeitsministeriums zu dem Gefahrenbereich, der durch die Sozialversicherung abgesichert wird. Es sei deshalb nicht erforderlich, daß den Sozialversicherungsträgern aus dem Verkehrssteueraufkommen Ersatz geleistet wird.

Warnung vor unlauterem Geschäftsgebaren

Die Ärzte werden vor einem Reisenden gewarnt, der sich als Großhandelsvertreter für Ärztebedarf vorstellt. In einem Falle hat er einem Arzt ein „Ampullarium“ (Ampullenbesteck) um 36 DM verkauft, das sich nachträglich als beschädigt mit einem nicht funktionierenden Schloß erwies. Reklamationen blieben unbeantwortet. ID bay.

„Die Stimme des Arztes“

Während des 8. Deutschen Kongresses für ärztliche Fortbildung in West-Berlin wurde im Rahmen eines Empfanges am 22. 5. 1959 die Begründung einer neuen Schallplattenreihe unter dem Titel „Die Stimme des Arztes“ bekanntgemacht.

Diese Reihe will die Stimmen hervorragender Ärzte in typischen wissenschaftlichen Äußerungen breiten Kreisen der Ärzteschaft zugänglich machen und sie der Nachwelt erhalten.

Sie will außerdem einem größeren Publikum einzelne Arzt-Künstler vorstellen, die neben der Ausübung ihres ärztlichen Berufs Dichter, Komponisten oder Interpreten mit beachtlichem künstlerischen Niveau sind.

Schließlich gehört es zum Programm dieser Reihe, Werke der Tonkunst und Dichtung zu interpretieren, die aus einer unmittelbaren Beziehung zum ärztlichen Beruf oder zur Heilkunst entstanden sind.

Die eben erschienene erste Schallplatte aus dieser Reihe, die den in Berlin anwesenden Ärzten und Pressevertretern vorgeführt wurde, vermittelte eine Begegnung mit dem bekannten Internisten Prof. Grote als Arzt, Philosophen und Pianisten zugleich. Die Platte bringt auf der Vorderseite einen Vortrag von Prof. Grote „Gesundheit und Zivilisation“ und auf der Rückseite nach einleitenden Worten über Musiktherapie eine Auswahl aus 24 Préludes, op. 28 von Frédéric Chopin mit Prof. Grote am Flügel.

(Schallplatte, Best.-Nr. ASWV 002, Werk-Verlag Dr. Edmund Banaschewski, München-Gräfelting.) Der Firma Farbenfabriken Bayer, Leverkusen, ist es zu danken, daß sie durch großzügige Abnahme eines Teiles der Auflage diese bedeutsame, aber kostspielige Schallplattenserie möglich gemacht hat.

Ärztmangel im Bezirk Potsdam

Wie aus einer Mitteilung des Untersuchungsausschusses Freirechtlicher Juristen hervorgeht, ist der Ärztemangel im Bezirk Potsdam nicht behoben. Für den Chirurgen des Landkrankenhauses Treuenbrietzen, der vor einem halben Jahr geflohen ist, sei bis heute kein Ersatz gefunden worden. Von dem Krankenhaus Belzig ist der Chirurg und der Internist geflohen, so daß viele Kranke gezwungen sind, sich ambulant behandeln zu lassen. Außer diesen beiden Ärzten ist noch eine ganze Reihe anderer Ärzte geflohen, so daß allgemein ein empfindlicher Ärztemangel besteht.

Fraenkel-Stipendium

Die chemisch-pharmazeutische Fabrik C. F. Boehringer & Söhne GmbH, Mannheim, hat anlässlich des 50jährigen Jubiläums der Einführung der Strophanthin-Therapie im Jahre 1956 der Deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung ein Fraenkel-Stipendium in Höhe von 5000 DM zur Verfügung gestellt, das erstmalig auf der Kreislauf-tagung 1957 verliehen wurde und alle zwei Jahre vergeben werden soll. Um das Stipendium können sich alle deutschsprachigen approbierten Ärzte bewerben.

Für 1959 hat die Deutsche Gesellschaft für Kreislaufforschung Herrn Dr. med. habil. Hans Hess, München, Med. Univ.-Poliklinik, das Fraenkel-Stipendium zuerkannt. Der Preisträger ist besonders durch seine Arbeiten auf dem Gebiete der Pathophysiologie und Therapie der obliterierenden Gefäßerkrankungen hervorgetreten. Hess entwickelte ferner eine experimentelle Methode zur fortlaufenden Registrierung der Veränderungen der Blutführung der menschlichen Lunge auf röntgenologischer Grundlage. Darüber hinaus verbesserte er die Methode zur Messung der Extremitätendurchblutung.

Die Bewerbungen für 1961 müssen bis zum 1. Oktober 1960 an das Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung, Kerckhoff-Institut der Max-Planck-Gesellschaft, Bad Nauheim, eingereicht werden. Durch das Stipendium soll jüngeren wissenschaftlich auf dem Kreislaufgebiet im weiteren Sinne ausgewiesenen Medizinern ein Studienaufenthalt an einem beliebigen Institut oder einer Klinik des In- und Auslandes ermöglicht werden.

Der Bewerbung sind beizufügen:

1. kurzer Lebenslauf mit der Angabe der wissenschaftlichen Interessengebiete,
2. bisherige Publikationen, aus denen hervorgehen muß, daß der Bewerber auf dem Gebiet der Physiologie, Pharmakologie, Klinik oder Therapie des Herzens und des Kreislaufs selbständig gearbeitet hat,
3. drei Referenzen.

Gibt es überforderte Schulkinder?

Auf die vieldiskutierte Frage „Gibt es überforderte Schulkinder?“ hat die Wissenschaft noch nicht schlüssig antworten können. Die Initiative der Wiener Ärztekammer, die eine Untersuchung dieses international erörterten Problems eingeleitet hat, ist daher sehr bemerkenswert. Für die geplante Untersuchung wurde bei der Wiener Ärztekammer ein ständiger Arbeitskreis konstituiert, dem Ärzte, Pädagogen und Psychologen angehören.

Die Ursachen einer Überforderung können verschieden

sein: mangelnde geistige Voraussetzungen für ein Mittelstulstudium, gesundheitliche Mängel und Fehlen der körperlichen Voraussetzungen, soziologische Ursachen, Überbeanspruchung durch den einzelnen Lehrer u. a. Die von dem Arbeitskreis in Wien begonnene Untersuchung soll nun klären, welche allgemeine Bedeutung diesen einzelnen Faktoren zukommt. Die Ergebnisse sollen statistisch ausgewertet werden.

Deutschlands Menschenverluste im Weltkrieg

Einer Meldung der „Bayerischen Staatszeitung“ zufolge sind die Gesamtkriegsverluste Deutschlands an Menschenmaterial nunmehr bis zum 30. April zusammengestellt. Danach hat Deutschland im Weltkrieg an Toten 1 676 696 zu beklagen. Vermißt werden 373 770, von denen neun Zehntel tot sein dürften, so daß ein Gesamtverlust an Toten von über 2 000 000 angenommen werden muß. Verwundet sind gemeldet 4 207 028. In feindlicher Gefangenschaft schmachten noch 615 922. In diesen Zahlen sind die Zivilgefangenen nicht inbegriffen. Die Gesamtkriegsverluste belaufen sich demnach auf 6 734 132 Mann.

Trinkfest — ein großer Irrtum

Die Gefährlichkeit des Alkohols im Verkehr wird allgemein zu wenig beachtet, stellt Universitätsprofessor Dr. med. Hallermann, Direktor des Instituts für gerichtliche und soziale Medizin der Universität Kiel, in einem im Märzheft der ADAC-Motorwelt veröffentlichten Artikel fest. Er schreibt u. a. darüber: Jeder erfährt täglich von Unfällen wegen Trunkenheit am Steuer und doch bagatellisiert er für seine Person diesen Sachverhalt. Nicht aus Böswilligkeit, manchmal aus Gleichgültigkeit, oft aus seinem für ihn scheinbar beweiskräftigen Erleben unter Alkohol. Er räumt ein, daß ein anderer, wenn er 6 oder 8 oder 10 Glas Bier getrunken habe, möglicherweise nicht mehr in der Lage sei, zu fahren. Er glaubt aber, von sich zu wissen, daß er unter Alkohol sicher, vorsichtig und langsam fährt. Er glaubt, ihm könne nichts passieren. Wenn man dann einmal einen solchen Fahrer in der Prüfungssituation (in der er bewußt und aufmerksam, im Gegensatz zur gewöhnlichen Fahrt, bestrebt ist, sich zusammenzunehmen) unter Alkohol setzt und ihm bestimmte Aufgaben stellt, die der Situation am Steuer entsprechen, so erleben wir fast regelmäßig, daß der Betreffende, wenn er wieder nüchtern ist und das Versuchsergebnis erfährt, diesem völlig ungläubig und ratlos gegenübersteht. Er hat nämlich, und fast jeder tut das, schon bei 0,5‰ Blutalkohol Fehler gemacht, die sich beim Fahren auswirken können. Er hat die Fehler gemacht, trotzdem er sich gerade unter besonderer Anspannung darauf konzentrierte, diese Fehler zu vermeiden. Bei 1‰ Blutalkohol werden die Fehlhaltungen, die Ausfälle der Sinnesleistungen und die Verzögerungen der Reaktionen besonders auffällig und schon recht grob. Es gibt keine Giftfestigkeit gegenüber dem Alkohol. Auch der Trinkgewohnte erfährt seine Wirkung.

Ein Schülerheim für Bozen

Wer Südtirol kennt, weiß, wie schwer es dem meist bargeldarmen und in der Naturalwirtschaft lebenden, aber oft sehr kinderreichen Familienvater aus dem Bergdorf fällt, einem oder einigen seiner Kinder eine höhere Schul- oder Berufsausbildung zuteil werden zu lassen.

Um dieser mittellosen, aber häufig sehr begabten Jugend der Berggemeinden den Weg zum Aufstieg in die fachlichen und studierten Berufe zu ebnen, sind Lehrlings- und Schülerheime in den Städten notwendig. In diesem Sinne hat das Kulturwerk für Südtirol in München mit Genehmigung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern (I A 4 — 525 — 4 B/7) vom 13. April



die älteste Herzsalbe

Jetzt mit neuer Salbengrundlage: Erhöhte Penetration
Fettfrei — Wasserlöslich — Nicht schmutzend

O. P. 20 g lt. AT. DM 1,80 o. U.

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

1959 in Bayern eine öffentliche Geldsammlung eingeleitet, deren Reinertrag für das im Bau befindliche Schülerheim in Bozen bestimmt ist. Noch fehlen 250 000 DM!

Darum ergeht an alle, die mit Südtirol und seinen braven Menschen fühlen, unser Ruf: Heift der Südtiroler Jugend den Weg zum Beruf ebnet!

Spendet unter dem Kennwort: „Schülerheim“ auf das Spendenkonto Nr. 373 789 der Bayerischen Hypotheken- und Wechsel-Bank München. Das Postscheckkonto dieser Bank beim Postscheckamt München hat die Nummer 322.

Alle Spenden sind dank Gemeinnützigkeit und besonderer Förderungswürdigkeit des Kulturwerks für Südtirol steuerabzugsfähig!

Ferienaustausch mit Finnland

Ein finnländischer Arzt aus Helsinki sucht für seinen 17jährigen Sohn einen 3—4wöchigen Aufenthalt in einer deutschen Arztfamilie, die möglichst in der Umgebung von München wohnt. Die finnländische Arztfamilie hat eine Sommervilla am Meeresufer, etwa 130 km von Helsinki entfernt, wo der deutsche Junge im Austausch seine Ferien verbringen kann. Der deutsche Junge könnte schon im Juni nach Finnland kommen.

Angebote wollen Sie bitte unter Fl. 50 an den Auslandsdienst der Bundesärztekammer, Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, richten.

PERSONALIA

Zum 70. Geburtstag von Professor Dr. Ernst Speer

Professor Dr. Ernst Speer, einer der führenden deutschen Psychotherapeuten, feiert am 20. Juni 1959 seinen 70. Geburtstag.

Speer wurde als Sohn eines praktischen Arztes in München-Schwabing geboren. Sein medizinisches Staatsexamen legte er 1913 in Freiburg (Br.) ab und promovierte dort im gleichen Jahr mit dem Prädikat „magna cum laude“. Nach dem 1. Weltkrieg wurde er Assistent an der Jenaer psychiatrischen Klinik, wo er durch den damaligen Oberarzt J. H. Schultz in die Psychotherapie eingeführt wurde. 1921 ließ sich Speer in Lindau nieder und begründete im gleichen Jahr dort die erste Fachklinik für Psychotherapie.

Speer stand den wissenschaftlichen Problemen seines Faches immer aufgeschlossen gegenüber. Daher trat er bald mit Kongreßvorträgen und Veröffentlichungen hervor. Es gelang ihm, wichtige und grundsätzlich bedeutende Erkenntnisse hinsichtlich des Zustandekommens neurotischer Fehlentwicklungen zu gewinnen. In seinem ersten Buch: „Die Liebesfähigkeit — Kontaktpsychologie“, J. F. Lehmanns Verlag München, 1935, konnte er für viele neurotische Störungen eine ganz neue Sicht anbieten.

ten. Auf Grund dieser Veröffentlichung wurde Speer 1942 von der Jenaer medizinischen Fakultät eingeladen, sich zu habilitieren. Im Oktober 1942 wurde er Dozent. Durch die Wirrnisse der Nachkriegszeit wurde die Universitätslaufbahn unterbrochen. Im April 1953 ernannte jedoch die Tübinger medizinische Fakultät Speer zum Honorarprofessor.

Inzwischen waren zwei weitere Bücher von Speer erschienen: „Vom Wesen der Neurose und ihren Erscheinungsformen“ und das Lehrbuch der Psychotherapie: „Der Arzt der Persönlichkeit“. Die bekannte Formulierung: „Neurose ist ein Folgezustand nach einer Störung der Erlebnisverarbeitung“ führte Speer bei seinen weiteren Forschungen zu der Erkenntnis: „Seele = Erleben“. Daraus erwuchs sein vorläufig letztes Buch: „Das Erlebnis als klinische Aufgabe in der ärztlichen Psychotherapie“.

Speer gehört zu den Mitbegründern der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie. Ein besonderes Verdienst um die Psychotherapie erwarb er sich jedoch mit der Begründung der Lindauer Psychotherapiewoche im Jahre 1950, einer Einrichtung, die sich als Forum und Fortbildungsstätte psychotherapeutisch interessierter Ärzte einen über die Grenzen Deutschlands hinausgehenden Ruf erworben hat.

Dr. Stolze

Dem Ordinarius für „Psychiatrie und Neurologie“ Prof. Dr. Kurt Kolle (Direktor der Univ.-Nervenklinik und Dekan der Med. Fakultät der Univ. München) ist von der Gesellschaft der Ärzte in Wien zum korrespondierenden Mitglied ernannt worden.

Der apl. Professor für Psychiatrie an der Universität München Dr. Hans Luxenburger feierte am 12. Juni seinen 65. Geburtstag.

Dem Ordinarius für Dermatologie Prof. Dr. Alfred Marchionini (Direktor der Dermatolog. Klinik) ist von der Japanischen Dermatologischen Gesellschaft die Keizo-DOHI-Medaille verliehen worden.

Der Oberarzt der Univ.-Nervenklinik, Prof. Dr. Max Mikorey, ist von der Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria zum korrespondierenden Mitglied ernannt worden.

Der em. Ordinarius für „Anatomie“ (ehem. Vorstand des Inst. f. Histologie u. exp. Biologie) Prof. Dr. Benno Romer, wurde zum Ehrenmitglied der Anatomischen Gesellschaft ernannt.

IN MEMORIAM

Der Privatdozent für „Anaesthesiologie“ Dr. Ludwig Zörn (Oberass. der Chir. Klinik) ist am 3. 5. 1959 gestorben.

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

IX. Internationaler Kongreß für Radiologie

Vom 23. bis 30. Juli 1959 findet in der Bayernhalle des Münchener Ausstellungsparkes auf der Theresienhöhe der IX. Internationale Kongreß für Radiologie statt unter Mitwirkung hervorragender Radiologen.

Die Hauptthemen der Vollversammlungen sind:

1. Bildverstärkung und Fernsehen in der Röntgendiagnostik
2. Vorbestrahlung bösartiger Geschwülste
3. Strahlenbelastung der Bevölkerung durch medizinische Strahlenanwendung
4. Automation und Automatik in der Diagnostik
5. a) Strahlenwirkung auf den Zellstoffwechsel
b) Chemischer und biologischer Strahlenschutz
6. Aufgaben der Radiologie in der Gegenwart.

Hauptthemen der Sektionen:

- I. Sektion: Diagnostik

II. Sektion: Therapie

III. Sektion: Nuklearmedizin und Therapie mit energiereicher Strahlung

IV. Sektion: a) Strahlenbiologie und Biophysik
b) Gefährdung durch Strahlen und Strahlenschutz

V. Sektion: Physik und Technik

VI. Sektion: Lehre und Forschung, Recht und Gesetz in der Radiologie.

Im Anschluß an die Vorträge finden Diskussionen statt. Auskunft: Kongreß-Sekretariat München 22, Reilmorstraße 29.

Weltkongreß für prophylaktische Medizin und Sozialhygiene

In Bad Aussee/Österreich findet in der Zeit vom 29. August bis 5. September 1959 der Weltkongreß für prophylaktische Medizin und Sozialhygiene statt.

Die Hauptthemen sind folgende:

Grundlagen der prophylaktischen Medizin
 Prophylaxe allergischer Erkrankungen
 Prophylaxe von Herz- und Kreislaufstörungen
 Physikalische Medizin in prophylaktischer Sicht
 Rheuma und Tbc-Bekämpfung
 Prophylaktische Medizin und Geriatrie
 Allgemeine Probleme der prophylaktischen Medizin
 Prophylaxe von Zivilisationsschäden und Psychische Hygiene.

Anmeldung und Auskunft: Kurverwaltung Bad Aussee/
 Salzkammergut.

Fortbildungskurs für Internisten in Zürich

12.—17. Oktober 1959

Montag, 12. 10.: Gastroenterologie

Haemmerli: Verdauungsinsuffizienz
 Forster: Fermentdiagnostik
 Hafter? klin. Demonstrationen
 Maier: Leberfunktionsprüfungen
 Stoessel: Laparoskopie
 Markoff: Behandlung der Leberinsuffizienz
 Diskussion

Dienstag, 13. 10.: Kardiologie

Lüthy: Myokardstoffwechsel
 Bühlmann: Herzkatheterismus
 Hegglin: klin. Demonstrationen
 Holzmann: Koronarinsuffizienz und EKG
 Schaub: Diuretica
 M. Hegglin: Anwendung der Farbstoffkurven zur Bestimmung von Kreislaufgrößen
 Diskussion

Mittwoch, 14. 10.: Haematologie

Frick: haemolytische Anaemien
 Keiser: Zytologie
 Hegglin: klin. Demonstrationen
 Rohr: Knochenmarksinsuffizienz
 Koller: Über Erkennung und Behandlung spontaner und iatrogenen haemorrhagischer Diathese
 Moeschlin: Klinische Fortschritte der Haematologie
 Diskussion

Donnerstag, 15. 10.: Pneumonologie

Bühlmann: Diagnose der respiratorischen Insuffizienz
 Tanner: Tuberkulosetherapie
 Rossier: klin. Demonstrationen
 Uehlinger: Kollagenkrankheiten
 Zuidema: Klinik der chronischen Bronchitis
 v. Wiesmann: Viruserkrankungen der Lunge
 Diskussion

Freitag, 16. 10.: Endokrinologie

Siegenthaler: Aldosteron in der klinischen Medizin
 Froesch: Nebennierendagnostik
 Labhart: klin. Demonstrationen
 Constam: Differentialdiagnose des Diabetes mellitus
 Martz: Endokrine Karzinomtherapie
 Hedinger: Carcinoidsyndrom
 Diskussion

Samstag, 17. 10.: Nephrologie

Schmuziger: Nierenbiopsie
 Spühler: Niereninsuffizienz
 Scheitlin: künstl. Niere

Anmeldungstermin: bis 12. September 1959 an Sekretariat „Ärztliche Fortbildungskurse“, Steinwiesstraße 73, Zürich; Kursgebühr: Fr. 50.—.

Auskünfte im Sekretariat der Medizinischen Univ.-Poliklinik Zürich.

Deutsche Gesellschaft für Urologie

In Berlin (West und Ost) findet in der Zeit vom 7. bis 12. September die 18. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Stolze, Halle, statt. Folgende Themen werden behandelt: Gynäkologische Urologie, Verwendung von Darm in der plastischen Urochirurgie, neurologische und neurochirurgische Probleme in der Urologie.

Auskunft: Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Urologie, Homburg/Saar, Urologische Universitäts-Klinik.

Der Deutsche Zentral-Verein Homöopathischer Ärzte e. V.

veranstaltet vom 19. bis 26. September 1959 im Kurhotel in Bad Brückenau einen „Ärztelkurs für Homöopathie“. Der Kurs zählt für den Ausbildungsnachweis zur Führung der Bezeichnung „Homöopathie“.

Kursgebühr 70.— DM, für unselbständige Ärzte 40.— DM. Programm und Quartieranmeldekarte durch die Geschäftsstelle des DZVhÄ in Frankfurt am Main, Hanauer Landstraße 6. Stein

Das Programm der 11. Deutschen Therapiewoche 1959

(30. August bis 5. September in Karlsruhe)

Die drei großen Fächer der Heilkunde, die innere Medizin, die Chirurgie und die Gynäkologie sind auch 1959 die Pfeiler der Kongreßverhandlungen. Die innere Medizin wird an zwei Tagen in ihrer aktuellen Problematik umfassend dargestellt werden. Unter Führung von Professor Dr. Ferdinand Hoff (Frankfurt/M.) wird die Regulationstherapie als allgemeiner Leitgedanke der heutigen wissenschaftlich begründeten Therapie deutlich. Die Klinik von Professor Dr. Grobe-Brockhoff (Düsseldorf) wird die praktische Behandlung der Kreislaufkrankheiten erörtern. Die Hypertonie und Hypotonie als Leitsymptom klinischer Krankheitsgruppen sind die Zielpunkte der unmittelbar der Praxis dienenden Diskussionen. Einer ausschließlich der internistischen und chirurgischen Therapie der Erkrankungen der Gallenwege gewidmeten Sitzung wird Professor Dr. Kalk (Kassel) präsidieren. Unter dem Vorsitz von Professor Dr. Zuckschwerdt (Hamburg) wird die Chirurgie der Verkehrsunfälle in lebensnaher Eindringlichkeit besprochen. Professor Dr. Philipp (Kiel) stellt die Geburtshilfe des praktischen Arztes in den Mittelpunkt der Erörterungen seines Fachs. Sicher wird ein Teil dieser praktischen Geburtshilfe heute der Klinik anvertraut. Jene Hausärzte aber, die sich der Geburtshilfe aus Neigung und Fähigkeit besonders annehmen, werden praktisch brauchbare Anregungen davontragen. Der Psychotherapie wurde vor zwei Jahren viel Raum gewährt. In diesem Jahre wird die Psychotherapie in einem geschlossenen Tagesprogramm von Professor Dr. Mauz (Münster/Westf.) zusammengefaßt. Brennpunkte sind die ärztliche Behandlung der Neurosen und Psychosen (Psychopharmakologie) ebenso wie die soziologische Bedeutung der seelisch gestörten Menschen. Auf das Referat des Soziologen Hans Freyer (Münster/Westf.) wird hingewiesen. Ein allgemeines Problem der klinischen Pathologie wird unter dem Thema „Der Schmerz als therapeutisches Problem“ behandelt. Den Vorsitz führen Professor Dr. Christian und Professor Dr. Plügge (Heidelberg). In diesem Thema vereinigen sich dringliche Aufgaben der täglichen Praxis mit grundsätzlichen Fragen der allgemeinen Physiologie und Pathologie. Eingehend werden die Ernäh-

Bei
 Herzbeschwerden
 auf nervöser
 Grundlage
 (Föhn-Wetterlage)

Cor-Vasogen

CRATAEGUS · VALERIANA
 MELISSA · ARNICA
 OL. SINAPIS · MENTHOL
 CAMPHER · CHLOROFORM
 VASOGEN

20 g O.P. DM 1,45
 30 g O.P. DM 1,70

PEARSON + CO. AG. UETERSEN/HOLSTEIN · GEGR. HAMBURG 1883

rungsprobleme durch Professor Dr. Kraut, Direktor des Max-Planck-Instituts für Ernährungsphysiologie in Dortmund und seine Mitarbeiter besprochen. Wesentliche diätetische Fragen und die notwendige sachliche Aufklärung der Ärzteschaft und der Allgemeinheit über die Konservierungsmethoden der Nahrungsmittel und die dadurch mögliche Minderung ihrer Qualität stehen zur Debatte. Aufmerksam zu machen ist auf den Vortragstag, der der Schweizerischen Medizin gewidmet ist. Professor Dr. Gsell (Basel/Schweiz) leitet eine Diskussion, an der eine Reihe bedeutender schweizerischer Ärzte beteiligt sind. Es werden Fragen aus der Pathologie der Verdauungsorgane, aus dem rheumatischen Formenkreis und aus der Therapie der Tuberkulose behandelt. Den Problemen und der Problematik der Sauerstofftherapie ist ein Tag gewidmet, den Professor Dr. Parade (Neustadt/Pfalz) leitet. Diese Verfahren werden in der Praxis verschiedenartig beurteilt. Eine kritische Erörterung wird manche Fragen aufklären. Die Vorträge eines Nachmittags über Bewegungstherapie und Massage, präsiert von Professor Dr. Kohlrusch (Freudenstadt/Schwarzw.), geben Einblick in die Bedeutung der Gymnastik und Entspannungsbildung. Eine Tagesexkursion nach dem benachbarten Baden-Baden bietet Gelegenheit, unter der Leitung von Professor Dr. Fährdich (Baden-Baden) die Kurmittel der Stadt und die Möglichkeiten der physikalischen Medizin und Hydrotherapie in Demonstrationen zu lernen.

In diesem Jahre kommen einige in den vorhergegangenen Kongressen weniger erörterte Fachgebiete zur Sprache: Die Dermatologie (Professor Dr. Gottron, Tübingen), die Augenheilkunde (Chefarzt Dr. Fuchs, Stuttgart), die Orthopädie der Wirbelsäule (Professor Dr. Watermann, Düsseldorf). Die Bedeutung gerade dieser Themen für die tägliche Sprechstunde des praktischen Arztes liegt auf der Hand.

Wie in früheren Jahren bietet die Deutsche Therapiewoche an zwei Kongrestagen die Möglichkeit, die Zahnheilkunde und ihre Grenzgebiete zu besprechen. Priv.-Doz. Dr. Schmuth (Düsseldorf) präsiert einer Erörterung der Kieferorthopädie. Die Parodontopathien und die Verfahren ihrer Behandlung werden in einer Sitzung dargestellt, die Dr. Lübbeck, Generalsekretär der Deutschen Arbeitsgemeinschaft zur Erforschung der Parodontopathien (Arpa) in Würzburg, leitet.

Die Vortragstage werden begleitet durch Diskussionskreise vor einer kleineren Hörerschaft, die jeweils von den Referenten der vorhergehenden Tage geleitet werden. Auf diese Weise ist eine persönliche Aussprache der praktischen Ärzte mit den Rednern des Kongresses ermöglicht.

So wird auch dieses Jahr die Deutsche Therapiewoche erschöpfende Antworten auf die vielen therapeutischen Fragen der Sprechstunde des Arztes geben.

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.

INLAND:

Juni:

16.—21. 6. in München-Grünwald: 2. Sportärztlicher Lehrgang des Bayer. Sportärztebundes e. V. Auskunft: Dr. H. Gall, München 6, Hariachinger Straße 12.

22.—27. 6. in Lößbeck: 62. Deutscher Arztetag. Auskunft: Kongressbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

23.—27. 6. in Gießen: Hochschulkurs für Ärzte „Arzneitherapie und ihre pharmakologischen Grundlagen“. Auskunft: Prof. Dr. Georg Herzog, Leiter der ärztlichen Fortbildungskurse der Medizinischen Fakultät Gießen, Patholog. Institut, Klinikstraße 32g.

Juni/Juli:

29. 6.—6. 7. in Westerland/Sylt: 10. Ärztliches Seminar für Meereshellkunde. Leitung: Prof. Dr. Pfeleiderer. Auskunft: Universitätsinstitut für Bioklimatologie und Meereshellkunde in Westerland/Sylt.

Juli:

3.—5. 7. in Köln: Kongress der Internationalen Vereinigung der Medizinischen Presse. Auskunft: Dr. F. Oeter, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

6.—10. 7. in Düsseldorf: 9. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie. Vorsitz: Prof. Dr. Schuchardt. Auskunft: Dozent Dr. Dr. A. Rehrmann, Westdeutsche Kieferklinik, Düsseldorf, Himmelgelterstraße 152.

10.—12. 7. in Wangen/Allg.: 8. Allgäuer Tuberkulose-Fortbildungskurs. Auskunft: Prof. Dr. Brügger, Wangen/Allgäu, Kinderheilstätte.

13.—24. 7. in Neutrauburg: Einführungslehrgang in die manuelle Wirbelsäulen- und Extremitäten-Therapie. Auskunft: Dr. med. K. Sell, Schloßgut Neutrauburg, bei Isny/Allgäu.

23.—30. 7. in München: 9. Internationaler Kongress für Radiologie. Auskunft: Kongress-Sekretariat München 22, Reitmorstraße 29.

24.—25. 7. in München: 36. Tagung der Bayerischen Chirurgen-Vereinigung. Auskunft: Prof.: Dr. A. Brunner, Chirurgische Klinik, Kantonsspital Zürich (Schweiz).

Juli/August:

27. 7.—1. 8. in München: 3. Dermatologischer Fortbildungskurs unter der Leitung von Prof. Dr. A. Marchionini. Auskunft: Oberarzt Priv.-Doz. Dr. H. Röckl, Dermatol. Universitäts-Klinik, München 15, Frauenlobstraße 6.

August/September:

30. 8.—5. 9. in Karlsruhe: 11. Deutsche Therapiewoche. Auskunft: Dr. med. P. Hoffmann, II. Medizin. Klinik, Karlsruhe.

31. 8.—2. 9. in München: Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. Auskunft: Professor Dr. Wiskott, München 15, Lindwurmstraße 4.

September:

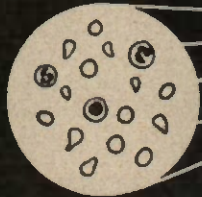
6.—8. 9. in München: 6. Europäisches Symposium über Kinderlähmung. Vorsitz: Prof. H. C. A. Lassen, Kopenhagen. Auskunft: Generalsekretariat der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der spinalen Kinderlähmung e. V., Düsseldorf, Düsselthaler Straße 1.

6.—10. 9. in Heidelberg: Kongress der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. vom Hofe, Köln-Lindenthal, Univ.-Augenklinik.

7.—12. 9. in Berlin (West und Ost): 16. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie. Auskunft: Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Urologie, Homburg/Saar, Urologische Universitäts-Klinik.

13.—20. 9. in München: 18. Kongress der Internationalen Gesellschaft für Chirurgie. Auskunft: Prof. Dr. G. Maurer, München, Krankenhaus r. d. L., München 8, Ismaninger Straße 22.


14.—16. 9. in Köln: Tagung des Gesamtverbandes Deutscher Nervenärzte. Rahmenthema: Kreislaufstörungen des



B₁₂-MARDULCAN

Modernes Antifolacinum mit
lebereigenem Vitamin B₁₂


O.P. 250g DM 3,70 o.U.



- Zentralnervensystems. Auskunft: Prof. Dr. W. Tönnis, Neurochirurgische Universitätsklinik Köln-Lindenthal.
- 14.—21. 9. in Westerland/Sylt: 11. Ärztliches Seminar für Meereseheilkunde. Leitung: Prof. Dr. Pfeleiderer. Auskunft: Universitätsinstitut für Bioklimatologie und Meereseheilkunde in Westerland/Sylt.
- 18.—20. 8. in München: Kongreß der Société Internationale Cardio-Vasculaire in Verbindung mit der Société Internationale de Chirurgie. Auskunft: Dr. A. Dimitza, Zürich 1, Torgasse 2.
- 19.—26. 9. in Bad Brückenau: Ärztekurs für Homöopathie. Auskunft: Deutscher Zentralverein homöopathischer Ärzte, Frankfurt a. M., Hanauer Landstraße 6.
- 24.—26. 8. in Kassel: Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. Auskunft: Dozent Dr. G. A. Martini, Hamburg 20, Univ.-Krankenhaus Eppendorf.
- 25.—26. 9. in Hamburg: Tagung der Laboratoriumsärzte Deutschlands. Auskunft: Dr. med. E. A. Lorenz, Hamburg 36, Esplanade 17.
- 25.—26. 9. in Würzburg: 43. Versammlung der Südwestdeutschen Hals-Nasen-Ohrenärzte. Auskunft: Prof. Dr. Naumann, Univ.-Hals-Nasen-Ohrenklinik, Würzburg.
- 25.—26. 9. in Freiburg i. Breisgau: 4. Internationale Tagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Phlebologie. Auskunft: Dr. E. Krieg, Freiburg i. Breisgau, Urachstr. 13.
- 26.—27. 8. in Augsburg: 24. Vortragsreihe der „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin“. Auskunft: Prof. Dr. Schretzenmayr, Augsburg, Schaezlerstraße 19.
- 26.—27. 8. in Bad Wiessee: 7. Fortbildungskurs in praktischer Medizin. Auskunft: Dr. Neresheimer, Bad Wiessee, Adrian-Stoop-Straße.
- 28.—29. 9. in Tübingen: 6. Tagung der Gesellschaft für Konstitutionsforschung. Rahmenthema: Psychophysische Konstitutionsprobleme der zweiten Lebenshälfte. Konstitutionspathologie der Wirbelsäule. Auskunft: Prof. Dr. J. Hirschmann, Tübingen, Universitäts-Nervenklinik.
- September/Oktober:**
28. 9.—2. 10. in Wiesbaden: 100. Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte. Vorsitz: Prof. Dr. K. H. Bauer, Heidelberg.
- Oktober:**
- 1.—3. 10. in Lindau/Bodensee: Gemeinsame Tagung der Schweizerischen, Österreichischen und Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynaekologie. Auskunft: Dozent Dr. J. Breitner, I. Universitäts-Frauenklinik München, München 15, Malstraße 11.
- 2.—4. 10. in Wiesbaden: 2. Internationaler Kongreß für Zellulärtherapie der Deutschen Gesellschaft für Zellulärtherapie. Auskunft: Dr. Thomae, Frankfurt a. M., Lilliencronstr. 23.
- 7.—11. 10. in Konstanz und ZÜRICH: 5. Internationaler Vitalstoff- und Ernährungskonvent. Auskunft: Internationale Gesellschaft für Nahrungs- und Vitalstoff-Forschung e. V.,
- 8.—10. 10. in Bad Lippspringe: 7. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Allergieforschung. Auskunft: Kurverwaltung Bad Lippspringe.
- 9.—11. 10. in Bad Reichenhall: 12. Bayerischer Ärztetag.
- 14.—17. 10. in Kassel: 20. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. Vorsitz: Prof. Dr. H. Kalk, Kassel. Auskunft: Prof. Dr. H. Kalk, Kassel, Stadtkrankenhaus Möncheberg.
- 15.—18. 10. in Regensburg: 23. Fortbildungskurs des „Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung“. Auskunft: Sekretariat des Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung, Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5a.
- 24.—26. 10. in Erlangen: 5. EKG-Fortbildungskurs. Leitung: Prof. Dr. C. Korth. Auskunft: Sekretariat der Medizin. Univ.-Poliklinik, Erlangen, Östl. Stadtmauerstr. 29.
- 27.—29. 10. in Frankfurt a. M.: 4. Kongreß der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege. Auskunft: Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e. V., Frankfurt a. M., Alte Rothofstraße 8.
- 29.—30. 10. in Frankfurt/M.: 4. Kongreß der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege. Auskunft: Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e. V., Frankfurt/M., Alte Rothofstraße 6.
- 29.—31. 10. in Baden-Baden: 3. Balneologisch-physikalischer Fortbildungskurs. Auskunft: Kurdirektion Baden-Baden, Augustaplatz 1.
- 30.—31. 10. in Nürnberg: Kongreß des Deutschen Sportärztebundes e. V. Auskunft: Amtliches Bayerisches Reisebüro (ABR) Nürnberg, Hauptbahnhof.
- Okt./Nov.:**
26. 10.—6. 11. in Neutrauchburg: Elnführungslehrgang in die manuelle Wirbelsäulen- und Extremitäten-Therapie. Auskunft: Dr. med. K. Sell, Schloßgut Neutrauchburg bei Isny/Allgäu.
- AUSLAND:**
- Juli:**
- 3.—5. 7. in Pavia/Italien: 8. Kongreß der Europäischen Arbeitsgemeinschaft für Fluorforschung und Kariesprophylaxe. Auskunft: Prof. Dr. R. Naujoks, Hamburg 20, Martinistraße 52.
- 6.—9. 7. in Paris: 3. Internationaler Kongreß über Schulgesundheitspflege. Auskunft: Gen.-Sekr. Dr. P. Delthil, 13 rue du Four, Paris 8.
- 12.—17. 7. in London: Internationaler Kongreß für plastische Chirurgie. Auskunft: Gen.-Sekr. Mr. D. Matthews, 152 Harley Street, London W 1.
- 26.—30. 7. in Kopenhagen: 21. Kongreß der Internationalen Psychoanalytischen Gesellschaft. Auskunft: MIB Pearl King, 37 Albion Street, London W 2.
- August/September:**
24. 8.—4. 8. Meran: Internationaler Lehrgang für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
29. 8.—5. 9. in Bad Aussee: Weltkongreß für prophylaktische Medizin und Sozialhygiene. Auskunft: Generalsekretariat des Kongresses, Wien VIII, Piaristengasse 41.
- September:**
- 2.—4. 8. in London: 4. Europäischer Kongreß für Allergie. Auskunft: Dr. A. W. Frankland, British Association of Allergists, Wrigth-Fleming Institute, London W 2.
- 3.—5. 9. in Genf und Evian: 1. Internationaler Kongreß für Nephrologie. Auskunft: Prof. G. Richet, Hôpital Necker, 149 Rue de Sévres, Paris XV e.
- 8.—12. 8. in Paris: 3. Kongreß der Weltvereinigung für Physikalische Therapie. Auskunft: Mss M. J. Nelson, Tavistock House, Tavistock Square, London W. C. 1.
- 7.—12. 9. in London: 7. Kongreß der Europäischen Vereinigung für Haematologie. Auskunft: Dr. E. Neumark, Dept. of Pathology, St. Mary's Hospital, London W 2.
- 10.—12. 8. in Scheveningen/Niederlande: „50 Jahre Oranje Kruls“, Internationaler Jubiläums-Kongreß 1958. Auskunft: Sekretariat des Kongresses, Burgemeester de Monchyplein 14, Den Haag/Niederlande.
- 12.—13. 9. in Genf: 1. Internationales Symposium für Chemotherapie. Vorsitz: Prof. Dr. G. Bickel. Auskunft: Dr. Kuemmerle, Universitäts-Frauenklinik, Tübingen.
- 13.—23. 9. in Velden/Wörther See: Herbstkurs 1959 für „Ganzheitsmedizin und Naturheilverfahren“. Auskunft: Bundesverband Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren e. V., Verbandsbüro München, Richard-Wagner-Straße 10/I.

TYROSPIROL

freie Atemwege



24.—26. 9. in Saizburg: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Bluttransfusion. Auskunft: Prof. Dr. E. Domanig, Saizburg, St.-Johann-Spital.

Oktober:

14.—15. 10. in Straßburg: 6. Internationaler Kongreß für Therapie. Vorsitz: Prof. Portmann. Auskunft: Dr. L. Grollet, 7 rue Gustave-Nadaud, Paris 16.

Nov.:

9.—14. 11. in Innsbruck: 6. Fortbildungskurs in prakt. Elektrokardiographie für Fortgeschrittene. Auskunft: Doz. Dr. M. J. Halhuber, Medizinische Universitätsklinik, Innsbruck.

14.—15. 11. in Innsbruck: 13. Klinisches Wochenende der Medizin. Universitätsklinik Innsbruck. Thema: Noch immer „Vegetative Dystonie?“ Auskunft: Doz. Dr. M. J. Halhuber, Medizinische Universitätsklinik Innsbruck.

16.—17. 11. in Innsbruck: Im Anschluß an den 6. Fortbildungskurs in praktischer Elektrokardiographie 2tägiger Übungskurs in klinischer Elektrokardiographie (als Praktikum für Teilnehmer früherer Kurse gedacht). Auskunft: Doz. Dr. M. J. Halhuber, Medizinische Universitätsklinik Innsbruck.

RECHTS- UND STEUERFRAGEN

Krankenkassen und Sportunfälle

Die gesetzlichen Krankenkassen sind im allgemeinen verpflichtet, erforderliche Krankenhauskosten auch bei Sportunfällen zu übernehmen. Dies hat das Bundessozialgericht in zwei Grundsatzurteilen (RK 13/55 und RK 20/56) festgelegt. Die Verpflichtung beruht darauf, daß die Kassen nach dem Gesetz alle Kassenmitglieder gleich behandeln müssen, unabhängig vom Ausmaß ihres Verschuldens an der Entstehung einer Krankheit und un-

abhängig von der Bedürftigkeit. Eine schlechtere Behandlung von Sportverletzten ist deshalb nicht gerechtfertigt. (Urteile vom 20. März 1959.)

Getrennte steuerliche Veranlagung der Ehegatten

Das Bundesverfassungsgericht hat am 14. April 1959 zur Frage der Mitarbeit des Ehegatten eine wichtige Entscheidung getroffen. Diese Grundsatzentscheidung ist durch die Finanzgerichte München und das Hessische Finanzgericht veranlaßt worden. Das Bundesverfassungsgericht hat entschieden, daß der Grundsatz der getrennten Veranlagung von Ehegatten nach dem Einkommensteuergesetz in der Fassung vom 13. November 1957 mit dem Grundgesetz vereinbar ist. Ebenso verstößt die Bestimmung in Paragraph 26 a, Absatz 1, Satz 2 des Einkommensteuergesetzes von 1957, wonach Einkünfte eines Ehegatten nicht allein deshalb zum Teil des anderen Ehegatten zuzurechnen sind, weil dieser bei der Erzielung der Einkünfte mitgewirkt hat, nicht gegen das Grundgesetz. Der Deutsche Arzt 5a/1959.

Wer haftet bei Wildschäden?

Die Bemühungen des ADAC beim Bundesjustizministerium nach Deckung der durch anfliehendes Wild entstehenden Unfallschäden durch den Jagdberechtigten oder Wege-Unterhaltungspflichtigen sind bis jetzt ohne Erfolg geblieben. Nach wie vor muß auf Grund der Sach- und Rechtslage der Kraftfahrer wohl oder übel den Unfallschaden, der bei Zusammenstößen mit Wild an seinem Fahrzeug eintritt, selbst tragen. Aus diesem Grunde hat der ADAC die ADAC-Kameradschaftshilfe, eine vom Kameradschaftsgeist getragene soziale Einrichtung freiwilliger Art für die Folgen von Kraftfahrzeug-Unfällen, die bisher unter bestimmten Voraussetzungen nur bei Personenschäden Beihilfen leistet, erweitert. In Zukunft können auch ADAC-Mitglieder Zuschüsse für Sachschäden erhalten, die bei Zusammenstößen mit Wild am eigenen Fahrzeug entstehen.

AMTLICHES

Besetzung des Berufsgerichts für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München

Nach der Verfügung des Bayer. Staatsministeriums der Justiz vom 4. 5. 1959 wird der bisherige Untersuchungsführer des Berufsgerichts für die Heilberufe, Herr Landgerichtsrat Hermann Brück, mit Ablauf des 31. 5. 1959 von seinem Amt als Untersuchungsführer entbunden und an seiner Stelle mit Wirkung vom 1. 6. 1959 Herr Landgerichtsrat Helmut Frankeberger am Landgericht München I auf die Dauer von 5 Jahren zum Untersuchungsführer ernannt.

Lehrstoffenteilung für den Fachkundeunterricht für Arzthelferin-Anlernlinge

(Fortsetzung von BÄbl. Nr. 5/59 S. 118)

Die nachfolgende Lehrstoffaufteilung stellt lediglich eine Empfehlung dar, die auf Grund praktischer Erfahrungen ausgesprochen werden kann. Es hat sich gezeigt, daß man von den Anlernlingen des 1. Schuljahres praktisch überhaupt gar keine Vorkenntnisse erwarten kann. Der Unterricht im 1. Jahr stellt daher nur ein erstes Vertrautmachen mit der Materie dar.

Zugrundegelegt wird ein Mittel von 40 Jahres-Doppelstunden.

1. Schuljahr:

1. Doppelstunde: Eignung: eigene Gesundheit und Liebe zum kranken Menschen, Einführung in die Pflichten, Aufgaben und Verantwortung des Berufes, Schweigepflicht (§ 300 Strafgesetzbuch), Auskünfte an Patienten; Haftpflicht.
2. Doppelstunde: Empfang, Betreuung und Entlassung des Patienten, Helferin — Visitenkarte der Praxis, Sauberkeit an sich selbst und in der Kleidung, „Make up“.

3. Doppelstunde: Einführung in die wichtigsten schriftlichen Arbeiten, die unmittelbar mit dem Patienten zusammenhängen, Ausfüllen des Kopfes der Karteikarten; Personalien und Kassenverhältnisse erfragen, Besuchsbuch, Telefon, Buchstabieralphabet, Annehmen der Gespräche, Notizen, Rezeptkopf, Alphabetische und inneralphabetische Ordnung.
4. Doppelstunde: Praktische Übungen: Wiederholung und evtl. schriftliche Arbeit aus der 1. bis 3. Stunde.
5. Doppelstunde: Beginn mit Anatomie, Physiologie und Pathologie (soweit erforderlich), Zyklus, Schwangerschaft; Zellgewebslehre: Zelle, Aufbau, Zellteilung, Gewebe, Gewebsarten.
6. Doppelstunde: Fachausdrücke — Terminologie — Grundsätzliches (lateinische und griechische Ableitungen) immer wiederkehrende Ausdrücke im ärztlichen Schriftverkehr (.....itis,ose usw.), später in jeder Stunde Aufgreifen und Erklären von vorkommenden Fachausdrücken.
7. Doppelstunde: Haut: Aufbau und Funktion, Verletzungen der Haut (Wunde, Prellung).
8. Doppelstunde: Knochen, Gelenke und Muskeln: Aufbau und Funktionen, Knochenbrüche.
9. Doppelstunde: Verbände: Aufbau des Verbandes, Verbandsarten und Material, Verbände mit Binden und Dreieckstuch (Unterarm, Ellenbogen, Hand).
10. Doppelstunde: Weitere Verbände (Schulter, Kopf) und Wiederholung der Verbände der vorigen Stunde.
11. Doppelstunde: Verbände (Rumpf und Bein), Heftpflaster, Klebeverbände, Verstauchungen, Verrenkungen, Schienenverbände, zusammenfassende Wiederholung und Übung aller Verbände.

12. Doppelstunde: Innere Organe des Brust- und Bauchraumes: am Torso Topographie und Aufbau erklären.
13. Doppelstunde: Funktion der inneren Organe, pathologische Zustände streifen.
14. Doppelstunde: Herz und Kreislauf.
15. Doppelstunde: Blut: Zusammensetzung, Aufgabe, Hinweis auf krankhafte Veränderungen von Blutkörperchen und Serum.
16. Doppelstunde: Nervensystem und Sinnesorgane.
17. Doppelstunde: Lebensbedrohliche Zustände: Ohnmacht, Schock, Gehirnerschütterung, Ertrinken, Ersticken, Hitzschlag, Sonnenstich.
18. Doppelstunde: Wiederbelebungsmaßnahmen: Allgemeines, Lagerung, Wärmezufuhr, Freilegung der Atmungswege, Puls fühlen, Temperatur messen, künstliche Beatmung, praktische Übungen, evtl. in einer weiteren Stunde üben und wiederholen.
19. Doppelstunde: Akut auftretende ernste Erkrankungen, z. B. Schlaganfall, Herzkrampf, Magengeschwürsdurchbruch, Blutungen aus Nase, Lunge, Magen, After, Genitale (die Diagnose in jedem Fall durch den Arzt) Todeszeichen. Verhalten der Sprechstundenhilfe Schwangeren und Wöchnerinnen, Schwerkranken und Sterbenden gegenüber.
20. Doppelstunde: Thermische und chemische Verletzungen, Verbrennungen, Unterkühlung, Erfrierung, Verätzung, Vergiftung.
21. Doppelstunde: Innere Verletzungen des Brust- und Bauchraumes, Wirbelsäulenverletzungen, Entkleiden, Lagern und Tragen von Patienten.
22. Doppelstunde: Kleinlebewesen: Bakterien, Viren, typische Ausstriche aus der Praxis zeigen.
23. Doppelstunde: Asepsis, Antisepsis, Sterilisation und Desinfektion.
24. Doppelstunde: Infektionskrankheiten allgemein, besondere Verhaltensmaßnahmen, Hinweis auf Meldepflicht.
25. und
26. Doppelstunde: Instrumentenkunde.
27. und
28. Doppelstunde: Grundzüge der physikalischen Therapie, Apparatkunde, Verwendung und Gefahrenverhütung.
29. Doppelstunde: Praktische Übungen, Sterilisation und Vorbereitung kleinerer Eingriffe.
30. und
31. Doppelstunde: Medikamente, Impfstoffe, Sera, Aufbewahrung (Hinweis auf Betäubungsmittelgesetz).
32. Doppelstunde: Besichtigung der Operations-, Sterilisations- und Gipsräume eines Krankenhauses.
33. Doppelstunde: Prüfung in der Ersten Hilfe.

Es verbleibt eine Reserve von 7 Stunden für Stundenausfall, praktische Übungen, Wiederholungen und schriftliche Arbeiten. Auf Anordnung des Kultusministeriums ist pro Schuljahr ein ganzer Tag für einen Schulausflug

vorgesehen. Bei diesem Schulausflug empfiehlt es sich, ein Werk der pharm. Industrie zu besichtigen.

2. Schuljahr:

1. Doppelstunde: Der Verlauf einer ärztlichen Untersuchung (Anamnese, Inspektion, Palpation, Auskultation, Perkussion usw.), Laborkunde, Untersuchungsmaterialien und ihre Gewinnung.
2. Doppelstunde: Chemische Grundbegriffe mit besonderer Betonung der für die Laboruntersuchungen notwendigen Einführung in die anorganische Chemie. Einführung in die organische Chemie mit praktischen Übungen der qualitativen Hamanalysen.
3. Doppelstunde: Kenntnis der Chemikalien, Geräte und Färbeverfahren, in der Praxis übliche Untersuchungsverfahren, z. B. Blutstatus, Blutsenkung, Blutzucker.
4. Doppelstunde: Kenntnis der nicht in der Praxis möglichen Untersuchungen — Ermittlung der Untersuchungsstellen, Behandlung des Untersuchungsmaterials — Versand, Formblätter, Wiederholung des Blutstatus.
5. Doppelstunde: Maßsysteme — Optik — Elektrizität, Behandlung von Abstrichen mit Hinweis auf die pathologischen Zusammenhänge.
6. Doppelstunde: Meldepflichtige Infektionskrankheiten — Reichsseuchengesetz — aktive und passive Immunisierung, Stuhluntersuchungen und Sputumuntersuchungen, Hinweis auf bakteriologische Stuhluntersuchungen.
7. Doppelstunde: Aufbau der ärztlichen Organisation und einschlägiger Schriftwechsel, Krankenscheine — Kilometerliste, praktische Übung an Hand der Formblätter.
8. Doppelstunde: Sozial- und Gesundheitsgesetzgebung — Rauschgiftgesetz, meldepflichtige Krankheiten (Erkennung, Sterbefälle, Verdacht), Früh- und Fehlgeburten, Meldeformblätter und Übungen damit.
9. Doppelstunde: Akute Notfälle in der Praxis, Wiederholung der Wiederbelebungsmaßnahmen. Was kann und darf die Helferin tun, wenn der Arzt nicht zugegen ist? Umgang mit Säuglingen und Kleinkindern.
10. Doppelstunde: Aufbau des staatlichen Gesundheitswesens und der ärztlichen Berufsvertretung, vorbeugende Gesundheitspflege, Mutterschutzgesetz, Impfgesetz — Impfungen (Vorbereitung der notwendigen Geräte und Desinfektionsmittel) —, Formblätter.
11. Doppelstunde: Sozialgesetzgebung — Grundzüge der RVO., Rentnerkrankenversicherung, Angestelltenversicherung, Ersatzkassen, Knappschaft, Bundesversicherungsgesetz (Kriegsbeschädigte) usw. — Kassenärztliche Abrechnung — Übungen an Hand der Formblätter.
12. Doppelstunde: Wiederholung im Ablauf der ärztlichen Sprechstunde, Narkose und Anästhesie; Vorbereitung kleinerer Eingriffe.
13. Doppelstunde: Fortführung der Medikamentenkunde, Gefahrenverhütung, Vorbereitung (Ampullen, Lösungen), Aufbewahrung (Rauschgift, Gifte), Haltbarkeit (Sera, Penicilline).

Resedorm

Bromfreies, mehrschichtig wirkendes
NERVINUM · SEDATIVUM · HYPNOTIKUM
125 ccm DM 1.55

PAUL LAPPE
CHEM. PHARM. FABRIK
BENSBERG-KÖLN

14. Doppelstunde: Wiederholung der Verbandslehre (8. bis 11. Doppelstunde des 1. Schuljahres), insbesondere Übung der Vorbereitung von Spezialverbänden (Schienen-, Zinkleim-, Gipsverbände).
15. Doppelstunde: Einführung in die Lehre von der gesunden Ernährung und in die Diätlehre mit praktischen Übungen.
16. Doppelstunde: Erkrankungen der Zähne und des Magen-Darm-Traktes als Erklärung für die Untersuchungen des Magensaftes und des Stuhles — praktische Übungen darin.
17. Doppelstunde: Wiederholung der Herz- und Kreislauf-funktionslehre mit Erklärung der Funktionsprüfungen (Blutdruckmessung) — Fachausdrücke dazu — Hinweis auf EKG.
18. Doppelstunde: Besondere Verfahren: Unfallversicherung (Berufsgenossenschaftliches Heilverfahren, Durchgangsarzt), Fürsorge, Meldeverfahren. Wiederholung aus dem Gebiet der Ersten Hilfe.
19. Doppelstunde: Die ordentliche Praxisbuchführung mit besonderer Berücksichtigung des Abrechnungsvorganges für Kassen- und Privatpraxis — Übungen nach Formblättern. (Wiederholung in einer weiteren Doppelstunde.)
20. Doppelstunde: Grundzüge der Physiologie, der Fortpflanzung und der Säuglingspflege — Betreuung und Wickeln des Säuglings (Nabelverband, Hautpflege).

Die restlichen Stunden sollen für die Wiederholung des Gesamtunterrichtsstoffes mit Betonung der Praxis verwendet werden.

Prüfungsrichtlinien für die

Abschlußprüfung der Arzthelferin-Anlernlinge durch die Bayerische Landesärztekammer

§ 1

Zweck der Abschlußprüfung

Arzthelferin-Anlernlinge (AA) weisen in einer Abschlußprüfung nach, daß sie die für den Beruf einer Arzthelferin notwendige Eignung besitzen und über die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen.

§ 2

Prüfungsorgan

Die Abschlußprüfungen für Arzthelferin-Anlernlinge führt die Bayerische Landesärztekammer durch, die hierfür regionale Prüfungsausschüsse bildet.

§ 3

Prüfungsausschüsse

1. Jeder Prüfungsausschuß besteht aus
 - a) einem Vertreter der Bayerischen Landesärztekammer als jeweiligem Vorsitzenden,
 - b) einem Arzt aus einer Berufsschulklasse für AA und
 - c) einer Lehrkraft der zugehörigen Berufsschule.
2. Die Abschlußprüfungen für AA sind Kollegialprüfungen und setzen die Anwesenheit aller Mitglieder eines Prüfungsausschusses voraus.
3. Zu den Abschlußprüfungen für AA ist der Vorsitzende des entsprechenden Ärztlichen Bezirksverbandes einzuladen.
4. Gäste können mit Zustimmung des Vorsitzenden teilnehmen.

§ 4

Prüfungstermin

Abschlußprüfungen finden in der letzten Woche eines Berufsschuljahres statt.

§ 5

Zulassung

1. Alle Anträge auf Zulassung zur Abschlußprüfung für AA sind vom Ausbilder bei der Geschäftsstelle der Bayerischen Landesärztekammer einzureichen. Sie müssen bis zum 1. März eines jeden Jahres gestellt sein, sofern der Anlernvertrag bis zum Ende des Berufsschuljahres abläuft.
2. Den Zulassungsanträgen sind folgende Unterlagen beizufügen:

a) vom Prüfling

ein handgeschriebener, lückenloser Lebenslauf, die Abgangszeugnisse allgemeinbildender und berufsbildender Schulen in beglaubigter Abschrift, das letzte Zeugnis aus einer Berufsgruppenklasse für AA in beglaubigter Abschrift, das Berichtsheft;

b) vom Ausbilder

eine Beurteilung der Kenntnisse und Fähigkeiten des Prüflings sowie seines Verhaltens während der Anlernzeit (Formblatt).

3. Über die Zulassung entscheidet die Bayerische Landesärztekammer. Eine berufснаhe Ausbildung oder Tätigkeit (Krankenschwester, Kinderpflegeschwester o. ä.) kann von ihr auf Antrag (Nachweise in beglaubigter Abschrift beifügen) bis zur Dauer von einem Jahr angerechnet werden.

§ 6

Wiederholungsprüfung

1. Wer die Abschlußprüfung für AA nicht bestanden hat, kann diese beim nächsten Prüfungstermin, frühestens nach einem halben Jahr, wiederholen.
2. Jede Wiederholungsprüfung setzt einen entsprechenden Zulassungsantrag voraus, über den die Bayerische Landesärztekammer entscheidet.
3. Soweit bereits vorher ausreichende Ergebnisse erzielt worden sind, können diese bei einer Wiederholungsprüfung anerkannt werden.
4. Mit der Zulassung zur Wiederholungsprüfung ist der früheste Zeitpunkt und der Umfang dieser Prüfung anzugeben.

§ 7

Ausschluß

Von der Abschlußprüfung für AA sind die Prüflinge auszuschließen, die unerlaubte Hilfsmittel benutzen oder sich ungebührlich verhalten.

Der Prüfungsausschuß muß hierüber einstimmig beschließen.

§ 8

Prüfungsgebühren

1. Die Prüfungsgebühr beträgt DM 15.—.
2. Diese ist mit dem Zulassungsantrag für die Teilnahme an der Abschlußprüfung für AA vom Ausbilder zu überweisen (s. Verpflichtungserklärung).
3. Kann ein Zulassungsantrag nicht angenommen werden, so wird die Prüfungsgebühr unter Einbehaltung einer Verwaltungsgebühr in Höhe von DM 5.— erstattet.
4. Prüfungsgebühren werden nicht erstattet, wenn die Abschlußprüfung nicht erfolgreich abgelegt werden konnte (§ 6 und § 11).
5. Für Wiederholungsprüfungen und die nach § 14 durchzuführenden Sonderprüfungen ist eine Prüfungsgebühr in Höhe von DM 25.— zu zahlen, die der Prüfling trägt.

§ 9

Form und Bewertung

1. In der Abschlußprüfung werden alle AA schriftlich, mündlich und praktisch geprüft.
2. Die Abnahme der schriftlichen Prüfung einschließlich Themenvorschlag an die Bayer. Landesärztekammer sowie die Bewertung der Arbeiten obliegt
 - a) dem ärztlichen Lehrer,
 - b) dem Lehrer der Berufsschule.
3. Die unter Absatz 2 genannten Lehrkräfte reichen Vorschläge für Prüfungsthemen ein. Die Bayerische Landesärztekammer wählt aus diesen Vorschlägen die Prüfungsthemen aus und sendet sie dem Lehrer in verschlossenen Umschlägen zu. Erst bei Beginn der Prüfung im jeweiligen Fach dürfen die Umschläge geöffnet werden.
4. Über den Verlauf der schriftlichen Prüfung ist eine Niederschrift anzufertigen und von den Prüfern unter Absatz 2 zu unterzeichnen.
5. Die zensierten Arbeiten sind dem Prüfungsvorsitzenden bis spätestens 14 Tage vor Beginn der mündlichen Prüfung zur Einsichtnahme zu überlassen.

6. Die schriftlichen Arbeiten und die nach § 5 eingereichten Unterlagen müssen bei der mündlichen Prüfung vorliegen.
7. Die Abnahme der mündlichen Prüfung obliegt dem Prüfungsausschuß nach § 3.
8. Die mündlichen und praktischen Leistungen werden von den Mitgliedern des Prüfungsausschusses getrennt bewertet. Das Mittel der einzelnen Noten ergibt die Bewertung des jeweilig mündlich und praktisch geprüften Faches.
9. Das Mittel der mündlichen, praktischen und schriftlichen Noten ergibt das Prüfungsergebnis.
10. Über den Verlauf der mündlichen und praktischen Prüfung ist eine Niederschrift anzufertigen, die vom Prüfungsausschuß zu unterzeichnen ist.

§ 10

Bewertungsgrundlagen

Die Prüfungsleistungen sind auf folgender Grundlage zu werten:

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

§ 11

Gesamtbeurteilung

Die Abschlußprüfung gilt als bestanden, wenn sowohl die schriftlichen als auch die mündlichen und praktischen Prüfungsleistungen mindestens „ausreichend“ sind;

- nicht bestanden, wenn der Prüfling
- a) von dieser ausgeschlossen worden ist (§ 7),
 - b) während der Abschlußprüfung ohne zwingenden Grund zurückgetreten ist,
 - c) in der schriftlichen Prüfung keine ausreichenden Leistungen erzielen konnte, oder
 - d) wenn sowohl die schriftlichen als auch die mündlichen und praktischen Prüfungsleistungen nicht mindestens ausreichend sind.

§ 12

Prüfungszeugnis

1. Die Bayer. Landesärztekammer stellt über die erfolgreich abgelegte Abschlußprüfung für AA ein Prüfungszeugnis aus. Mit diesem ist die Anerkennung als Arzthelferin gegeben.
2. Die Gesamtbewertung im Prüfungszeugnis lautet:
 - sehr gut bestanden
 - gut bestanden
 - befriedigend bestanden
 - bestanden
 - ausreichend

Bei dieser Bewertung sind das Ergebnis der mündlichen und praktischen schriftlichen Prüfung, das Leistungsergebnis der Anlernzeit (siehe Zeugnis des Aus-

bilders) und die gesamtschulische Leistung zu berücksichtigen.

3. Das Prüfungszeugnis ist vom Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer zu unterzeichnen.

§ 13

Beschwerdemöglichkeit

Gegen den Entscheid und die Maßnahmen des Prüfungsausschusses ist innerhalb von zwei Wochen nach Zustellung des Prüfungsergebnisses eine begründete Beschwerde schriftlich an den Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer zulässig. Die Beschwerde ist gebührenfrei.

Der Prüfling ist auf die Beschwerdemöglichkeit hinzuweisen. Über die Beschwerde entscheidet der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer.

§ 14

Übergangsbestimmungen

1. Die Bewerberinnen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben oder nicht mehr berufsschulpflichtig sind und bis zum Prüfungstermin mindestens 2 Jahre als Arzthelferin oder als Arzthelferin-Anlernling tätig waren, können auf Antrag zu einer Prüfung zugelassen werden.
2. Dem Antrag auf Zulassung zu einer Prüfung sind beizufügen:
 - ein handschriftlicher Lebenslauf mit Angabe der bisherigen Tätigkeit,
 - Zeugnisse der Arbeitgeber nach § 5 Absatz 2,
 - Abschlußzeugnis der allgemeinbildenden Schulen, der Berufsschule u. a.
3. Über die Zulassung zu einer Prüfung nach Abs. 1 entscheidet die Bayerische Landesärztekammer.
4. Sonderprüfungen finden für eine Übergangszeit von 2 Jahren nur am Sitz der Bayerischen Landesärztekammer in München statt.
5. Für die Durchführung einer Sonderprüfung gelten im übrigen die Bestimmungen dieser Prüfungsrichtlinien.
6. Gebühr für Sonderprüfungen siehe § 8 Absatz 5.

Anmeldeformular

zur Prüfung von Arzthelferin-Anlernlingen

Meldeschlusstermin:

An die

Bayerische Landesärztekammer

Hiermit melde ich meinen Anlernling

Fräulein geb.

wohnhaft

mit der Bitte um Zulassung zur Abschlußprüfung für Arzthelferin-Anlernlinge an.

Der Anmeldung sind beigefügt:

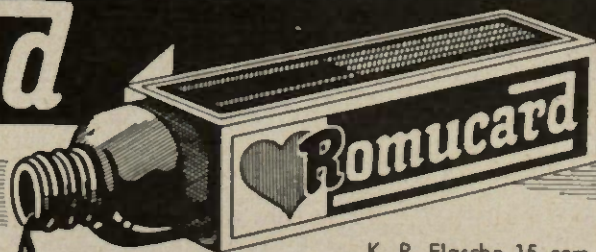
1. Der handgeschriebene Lebenslauf des Prüflings,
2. Das letzte Schulzeugnis vor Beginn des Anlernverhältnisses in beglaubigter Abschrift,
3. Das letzte Zeugnis der Berufsschule in beglaubigter Abschrift,

Romucard

Das vorzügliche Herztonicum mit spasmolytischer Wirkung



Indikation:
 Altersherz
 Zirkulationsstörungen
 Hypertonie
 nervöse und
 krampfartige
 Herzbeschwerden



K. P. Flasche 15 ccm DM 1.60
 O. P. Flasche 30 ccm DM 2.60

Zusammensetzung:
 Popoverin 0,3%, Nitroglyc. 2,5 mg%, Tinct. Adonid. 7%, Tinct. Bellad. 4%, Tinct. Valerian., Extr. Castan. Vesc. fluid., Vit. B₁ u. C

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

4. Die Beurteilung des Ausbilders (siehe unten, Abs. 3 unter „vom Ausbilder auszufüllen“).

*) Die Prüfungsgebühr in Höhe von DM (DM 15.—) bitte ich über mein Abrechnungskonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung, Bez.-Stelle zu verrechnen —

ist auf das Konto bei der

ist auf das Postscheckkonto

unter dem Kassenzeichen „Arzthelferin-Prüfung“ überwiesen.

19.....

Ort und Datum

(Unterschrift des Ausbilders)

Praxisstempel:

*) Nichtzutreffendes streichen.

(Wird von der Bayerischen Landesärztekammer ausgefüllt)

1. Zur Prüfung zugelassen? 4. Mündliche Prüfung am

2. Prüfungsausschuß in

5. Prüfungsergebnis:

3. Schriftliche Prüfung am

6. Zulassung zur Wiederholungsprüfung:

in

Fragebogen

(Vom Anlernling möglichst mit Schreibmaschine auszufüllen.)

1. Vor- und Zuname

2. Geburtsdatum und Geburtsort

3. Wohnort und Anschrift

4. Name und Beruf des Vaters oder gesetzlichen Vertreters

5. Anschrift des Ausbilders (Praxisstempel)

6. Welche allgemeinbildende Schulen haben Sie besucht?

(Angabe von welcher Klasse der Volksschule, höheren Schule usw. abgegangen)

7. Welche Berufsschule besuchten Sie?

vom bis

Fachklasse für Arzthelferinnen? ja/nein

8. Welche sonstige fachliche Ausbildung erhielten Sie?

vom bis

9. Welche Fähigkeiten in Kurzschrift und Maschinenschreiben besitzen Sie?

Wieviel Silben?

Wieviel Anschläge?

19.....

Ort und Datum

(Vom Ausbilder auszufüllen)

1. Praxisanschrift: (Stempel)

2. Anlernvertrag abgeschlossen vom bis

3. Halten Sie den Prüfling nach Kenntnissen, Fähigkeiten und Persönlichkeit für befähigt, die Abschlußprüfung abzulegen?

19.....

Ort und Datum

(Unterschrift des Ausbilders)

Gesetz

über die Schulpflicht (Schulpflichtgesetz) in der Fassung der Bekanntmachung vom 31. August 1957

(GVBl. 14/1957)

Abschnitt III

Berufsschulpflicht

§ 11

(1) Mit der Beendigung der Volksschulpflicht beginnt die Pflicht zum Besuch der Berufsschule.

(2) Die Erziehungsberechtigten und Arbeitgeber sind verpflichtet, die Jugendlichen zum Besuch der Berufsschule alsbald nach Eintritt der Berufsschulpflicht anzu-melden.

§ 12

(1) Die Berufsschulpflicht ist grundsätzlich durch einen dreijährigen Besuch der Berufsschule zu erfüllen. Darüber hinaus sind Lehrlinge bis zum Ende der Lehrzeit berufsschulpflichtig, wenn fachliche Berufsschuleinrichtungen vorhanden sind.

(2) Bei Berufswechsel lebt die Pflicht zum Besuch der Berufsschule wieder auf. Früherer Berufsschulbesuch kann angerechnet werden.

§ 13

(1) Von dem Besuch der Berufsschule sind Jugendliche befreit,

- 1. solange sie eine als ausreichenden Ersatz für die Berufsschule anerkannte Berufsfachschule oder Fachschule besuchen,
2. solange sie eine Schule nach § 8 Abs. 1 Ziff. 2 besuchen oder unter den Voraussetzungen des § 8 Abs. 2 Unterricht in den Lehrgegenständen einer Berufsschule oder einer über die Lehrziele der Berufsschule hinausgehenden Schule erhalten.

§ 14

(1) Die Berufsschulpflicht endet vor Ablauf der in § 12 (1) bezeichneten Zeit,

- 1. mit Ende des Schuljahres, in dem das 18. Lebensjahr vollendet wird, soweit es sich nicht um Lehrlinge handelt, die fachliche Berufsschuleinrichtungen besuchen und ihre Lehrzeit vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen haben;
2. mit der Heirat oder mit der Mutterschaft;
3. nach dem einjährigen Besuch einer Haushaltungsschule für Mädchen, die in der Hauswirtschaft tätig bleiben.

(2)
(3) Jugendliche, die nicht mehr berufsschulpflichtig sind, sich aber noch in Berufsausbildung befinden, sind bis zum Ende des Schuljahres, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden, zum Besuch einer Berufsschule berechtigt.

Ausführungsverordnung zum Schulpflichtgesetz vom 7. September 1957 (GVBl. 18/1957)

mit Berücksichtigung der Änderungen in der Ausführungsverordnung vom 20. 1. 1958 (GVBl. 12/1958)

III. Berufsschulpflicht

Zu § 11

26. (I) Der Eintritt in die Berufsschule ist erst nach Beendigung der Volksschulpflicht möglich. Für Jugendliche, die freiwillig noch die Volksschule über die bestehende Volksschulpflicht hinaus besuchen, beginnt die Pflicht zum Besuch der Berufsschule erst nach dem Ausscheiden aus der Volksschule (Nr. 15 Abs. II).

Zu § 12

27. Die Berufsschulpflicht dauert für die Schüler aller Berufsschulzweige drei Jahre, soweit nicht das Gesetz eine Befreiung, eine Verlängerung oder eine Verkürzung vorsieht. Dabei ist unerheblich, wie lange die Volksschule besucht wurde, ob die Jugendlichen in einem Lehr-, einem Anlern- oder einem Arbeitsverhältnis stehen, ob sie arbeitslos sind oder eine Berufsausbildung oder ein Arbeitsverhältnis nicht anstreben. Von der Dauer des Anlernverhältnisses, das sich in der Regel höchstens auf 2 Jahre erstreckt, wird die dreijährige Berufsschulpflicht nicht berührt.

28. Die Pflicht zum Berufsschulbesuch dauert über drei Jahre hinaus bis zum Ende der Lehrzeit, wenn fachliche Berufsschuleinrichtungen vorhanden sind. Schulen mit fachlichen Einrichtungen sind solche, die über die üblichen Hauptberufsgruppen (z. B. Metall, Holz und Bau, Bekleidung, Nahrungsmittel, Hauswirtschaft) hinaus besondere Klassen oder sonstige Einrichtungen für die Unterrichtung der Lehrlinge unterhalten.
29. Wie weit ein früherer Berufsschulbesuch bei Berufswechsel angerechnet wird, bestimmt die nach dem Berufswechsel zu besuchende Schule; in Städten mit mehreren Berufsschulen und einem hauptamtlichen Berufsschulreferenten entscheidet dieser.

Zu § 13

32. (II) Jugendliche, die eine Höhere Schule, eine Mittelschule, eine Handelsschule oder eine andere Schule besuchen, die sie voll beschäftigt, sind für die Dauer dieses Schulbesuchs vom Berufsschulunterricht befreit.

Zu § 14

36. Die Berufsschulpflicht endet

- a) mit dem Ende des Schuljahres, in dem das 18. Lebensjahr vollendet wird. Dies gilt nicht für Lehrlinge, die fachliche Berufsschuleinrichtungen besuchen und ihre Lehrzeit vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen, aber noch nicht vollendet haben. Für sie endet die Berufsschulpflicht erst mit dem Ende der Lehrzeit;
 - b) mit der Eheschließung oder mit der Mutterschaft; die Entlassung ist auszusprechen, wenn das Eheaufgebot bestellt oder die Mutterschaft bekannt wird;
 - c) nach einjährigem erfolgreichem Besuch einer Haushaltungsschule, wenn das Mädchen in der Haushaltung, auch im Haushalt der eigenen Familie bleibt. Wenn die Schülerin vor Vollendung des 18. Lebensjahres aus der Haushaltung ausscheidet, lebt die Berufsschulpflicht wieder auf. Im Zeugnis der Haushaltungsschule ist darauf hinzuweisen.
38. (I) Die Berufsschulpflicht endet außerdem, wenn die Schulaufsichtsbehörde feststellt, daß die bisherige Ausbildung einen weiteren Besuch der Berufsschule entbehrlich macht.
- (II) Diese Feststellung gilt als getroffen bei Jugendlichen, die mit Erfolg besucht haben
- a) die sechste Klasse einer Höheren Schule,
 - b) die Abschlußklasse einer Mittelschule,
 - c) die Abschlußklasse einer dreklassigen Handelsschule,
 - d) die Abschlußklasse einer zweiklassigen Handelsschule oder sonstigen Schule, welche berechtigt ist, in das Abschlußzeugnis den Vermerk über die frühere „Mittlere Reife“ aufzunehmen.
- (III) In anderen Fällen obliegt die Feststellung den Regierungen.
39. (I) Jugendliche, die sich noch in der Berufsausbildung

befinden, aber nicht mehr berufsschulpflichtig sind, können bis zum Ende des Schuljahres, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden, den Berufsschulunterricht besuchen, wenn die Schule räumlich in der Lage ist, sie aufzunehmen und sie sich in die Schulordnung einfügen. Bei groben Verstößen können sie von der Schule verwiesen werden.

(II) Diesen berufsschulberechtigten Schülern kann vom Leiter der Schule erlaubt werden, daß sie nur einen Teil des Unterrichts (z. B. den fachlichen) besuchen.

(III) Die berufsschulberechtigten Schüler sind im übrigen den Pflichtschülern gleichzustellen; weder von ihnen noch von ihren Erziehungsberechtigten oder ihren Arbeitgebern kann Schulgeld verlangt werden.

40. Personen, die weder berufsschulpflichtig noch berufsschulberechtigt sind, können vom Leiter der Berufsschule aufgenommen werden, wenn keine Beeinträchtigung des Schulbetriebs zu erwarten ist. Inwieweit von diesen Schülern ein Schulgeld zu erheben ist, bestimmt der Schulträger.

RUNDSCHAU**Erleichterungen für Ärzte in der Zone sollen bleiben.**

Die beim Politbüro der SED gebildete Ärztekommision hat auf ihrer jüngsten Tagung in Ostberlin betont, daß die vor sieben Monaten von den führenden SED-Instanzen beschlossenen Erleichterungen für die Ärzte in der Zone unverändert gültig sind. Einzelne Staatsfunktionäre waren der Auffassung, diese Beschlüsse seien „heute überholt“.

Um nicht die mühsam eingedämmte Unruhe unter der medizinischen Intelligenz wieder aufkommen zu lassen, sollen die Ärzte in der Zone weitgehend in Ruhe gelassen werden. „Die Welt“, Hamburg, v. 27. 4. 59)

Nur noch 90 Privatärzte in Prag. (Der Tagesspiegel, Berlin, 16. 5. 59): Nach einem neuen Regierungserlaß wird es bis zum Ende des Jahres in Prag nur noch 90 Privatärzte geben. Nur den Gesundheitsbehörden und Universitätsprofessoren soll es gestattet sein, „nach Erfüllung ihrer Pflichten gegen den Staatsgesundheitsdienst“ Privatpatienten zu behandeln. 1958 gab es in Prag, einer Stadt von über 1 Million Einwohnern, noch 475 Ärzte. (UP)

Ärzte haben Bedenken gegen das verlängerte Wochenende. (Fuldaer Ztg., v. 11. 5. 59): Hattenheim (lh). Gegen die weitere Ausbreitung der Fünf-Tage-Woche wandte sich die Jahreshauptversammlung des Landesverbandes Hessen im Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, die unter Vorsitz von Dr. med. Heinz Stroh (Bischofsheim) am 10. 5. in Hattenheim tagte. Mit der 40-Stunden-Woche sei nach übereinstimmender und überzeugender ärztlicher Erfahrung nicht das ursprüngliche Ziel erreicht worden, denn die überwiegende Zahl der Arbeitnehmer verwende ihre zusätzlich gewonnene Freizeit keineswegs zur unbedingt notwendigen Förderung und Erhaltung der Gesundheit, wurde betont. — Im Interesse der Volksgesundheit sehen sich die niedergelassenen Ärzte

BB12

ANKERMANN

ANKERMANN & CO.

FRIESOYTHE (DLDB.)

**Injektionen · Tropfen**

Indikationstabelle auf Anforderung



bei allen

Irregularitäten des Vegetativums

vom. Eugen Dieterich WEVELINGHOVEN/Rhd.

Arztproben auf Wunsch

aus Hessen veranlaßt, ihre Bedenken den gesetzgebenden Organen und Tarifpartnern mitzuteilen. In einer Entschließung schlagen sie eine stufenweise Verlängerung der gesetzlichen und tariflichen Urlaubszeit anstelle einer weiteren wöchentlichen Arbeitszeitverkürzung vor. Nach allgemeiner ärztlicher Auffassung liege in einer verlängerten Ferienzeit eine größere Garantie für die Gesunderhaltung der arbeitenden Bevölkerung als in einem durch die Fünf-Tage-Woche gewährten „Urlaub auf Raten“, heißt es in der Begründung . . .

BUCHBESPRECHUNGEN

Forschungsberichte des Landes Nordrhein-Westfalen Nr. 626: Arbeitsabläufe auf Krankenstationen. Herausgeber: Kulturministerium des Landes Nordrhein-Westfalen. Westdeutscher Verlag, Opladen/Rh. Als Manuskript gedruckt. 267 S., 23 Abb., brosch., DM 55.—

Mit den Methoden des Arbeitsstudiums wurden in dieser überaus wertvollen Schrift vor allem drei wichtige Arbeitsabläufe auf Krankenstationen, und zwar die Speise-, die Wäscheversorgung und Verordnungsaufträge, einer genauen Untersuchung unterzogen, wobei zahlreiche Abbildungen und nicht weniger als 24 Tabellen neben dem ausführlichen Text die Probleme und ihre Wertung klarstellen. In einer Zeit, in der die gesamtwirtschaftliche Bedeutung der Krankenhäuser langsam eine richtige Einschätzung zu erfahren beginnt, ist es von besonderer Wichtigkeit, daß das Deutsche Krankenhausinstitut, als wissenschaftliche Einrichtung 1953 gegründet, diese Untersuchung mit seltener Gründlichkeit durchgeführt hat. Bestimmend war zweifellos die schwierige Finanzlage der Krankenhäuser, der Nachwuchsmangel vor allem im Bereich der Pflege und die daraus zu ziehenden Schlüsse, wie da oder dort durch Einsparungen oder Rationalisierung des Betriebes Abhilfe geschaffen werden kann. Durch die systematische Untersuchung sämtlicher Tätigkeiten im Krankenhaus sollen die Unterlagen für eine Arbeiterleichterung für Leistungserhöhung und für Kostensenkung geschaffen werden. Dabei soll aber der Mensch nach wie vor im Mittelpunkt stehen. Man geht auch von dem Standpunkt aus, daß eine dem Menschen entsprechende Arbeitsweise zugleich eine Höchstleistung hervorruft, die alle entbehrlichen Kraftanstrengungen beseitigt und die verbleibenden notwendigen Tätigkeiten in einen harmonischen und wirtschaftlichen Arbeitsablauf einordnet. Bücher dieser Art müssen von all jenen, die als Interessenten gelten können, und dazu gehören auch die Ärzte, eingehend studiert werden. Sie werden alle für diese Durchforschung der Zusammenhänge im Krankenhausbetrieb dankbar sein.

K-g

Asthma bronchiale. Von Ernst Schmengler. Ferd. Enke Verlag, Stuttgart W., 156 S., 29 Abb., Ganzln. 22,80 DM.

Diese Monographie über eine Erkrankung, die in sozialhygienischer Hinsicht eine so große Rolle spielt, wurde von

Schmengler, einem hervorragenden Kenner der Erkrankungen des Respirationstraktes, der als Leiter des Städtischen Krankenhauses Bad Reichenhall über eine große Erfahrung verfügt, übersichtlich, unter Beiziehung zahlreicher Röntgenbilder und EKG-Befunde zusammengestellt. Es umfaßt Pathophysiologie und -genese, Klinik und Komplikationen sowie die Therapie des Asthma bronchiale. An Hand eines übersichtlichen Fragebogens wird dem Praktiker die Möglichkeit gegeben, sich über die Vielfalt der ätiologisch wirksamen Faktoren Klarheit zu verschaffen. In dem Therapiekapitel wird auf alle Möglichkeiten der ursächlichen und symptomatischen Therapie eingegangen, von der Densensibilisierung und Bronchialsäuberung bis zur modernen Hormontherapie, wobei Schmengler ACTH und Prednison nur zurückhaltend und wenn, dann in akuten Stadien als Stoßtherapie anwendet; eine Dauermedikation wird nur sehr selten verordnet.

Der kleine Band verschafft in klarer Gliederung einen guten Überblick über den derzeitigen Stand der Kenntnisse über das Asthma bronchiale.

H. Zickgraf

Was gibt es Neues in der Medizin? 9. Jahrgang, Band 1957/58.

Von D. Brück, W. Ackermann, Chr. Scharfbillig unter Mitarbeit von E. Brau, J. Fuchs, W. Heesen, A. Kemper.

Schlüter'sche Verlagsanstalt und Buchdruckerel Hannover, 1959. 1148 Seiten, Leinen 25 DM.

Der jetzt vorliegende 9. Jahrgang bringt Auszüge und Zusammenfassungen von medizinischen Zeitschriftenreferaten aus den Jahren 1957/58. Es ist auch in diesem empfehlenswerten Band wieder gelungen, das Wichtigste aus den Veröffentlichungen von weit über 100 medizinischen Fachblättern des In- und Auslandes in übersichtlicher Kurzform herauszustellen. Jedem Arzt ist mit dem Buch die Möglichkeit gegeben, sich in kürzester Zeit über alle Neuerungen — vor allem auch auf therapeutischem Gebiet — zu informieren. Artikel, die das besondere Interesse eines Lesers erregen, können infolge der ausführlichen Literaturangaben leicht im Original besorgt werden. Der Gebrauch des Buches wird durch ein umfangreiches Stichwortverzeichnis und seinen systematischen Gesamtaufbau sehr leicht gemacht. Die gute Ausstattung trotz niedrigen Preises wird sicherlich dazu beitragen, daß sich viele in der Praxis stehende Ärzte dieses Buch als unentbehrliches Nachschlagewerk anschaffen werden.

Dr. M.

Über Pflanzenkultur ohne Erde. Sonderdruck aus den Mitteilungen der Forschungsstelle für erdlose Pflanzenzucht e. V. Der Streit um das Humusproblem hat in neuerer Zeit durch die Arbeiten und Erfahrungen mit der sog. „Hydroponik-Methode eine neue Beleuchtung erfahren. Die extremen Vertreter der „biologischen“ Ernährungsweise bestreiten bekanntlich, daß eine Pflanze, die nur mit mineralischen Salzlösungen ernährt wird, ein vollständiges Nahrungsmittel für Tier oder Mensch bilden könne, wie seinerzeit Justus von Liebig angenommen hatte. Nun ist es aber gelungen, im großen Maßstab eine ganze Reihe von Kulturen in reinen Wasserbehältern ohne eine Spur von Humusbestandteilen zu züchten,

Geratol

seit über
50 Jahren

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

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

FISSAN

Hämorrhoidal- Salbe/Zäpfchen

c.w

die nur durch einen Zusatz von Mineralsalzen ernährt werden. Praktisch leistete die Methode gute Dienste bei der Versorgung amerikanischer Stützpunkte mit Frischgemüse im Pazifik während des letzten Krieges. Auch in Norditalien machen die Reispflanzen mit bestem Erfolg von der Methode Gebrauch zur Anzucht ihrer jungen Reispflanzen.

In Deutschland besteht eine „Forschungsstelle für erdelose Pflanzenzucht e. V.“, die auf beachtliche Erfolge in der Haltung von Zier- wie von Nutzpflanzen hinweisen kann. Vor allem dem Blumenfreund scheint die Methode im Zimmer wie im Garten große Vorteile zu bieten.

Die Geschäftsstelle versendet an Interessenten kostenlos Informationsmaterial gegen Einsendung von Rückporto, anzufordern bei: Forschungsstelle für erdelose Pflanzenzucht e. V., (22a) Krefeld, Am Neuerhof 20.

Eine Widmung an den Deutschen Ärztetag

„150 Jahre Ärztliche Geschichte 1809—1959“

Ist der Untertitel des dem 62. Deutschen Ärztetag in Lübeck gewidmeten Buches „Der Ärztliche Verein zu Lübeck“ von Dr. Friedrich von Rohden. Auf 274 Seiten wird ein Einblick nicht nur in Entstehen und Werden des ältesten deutschen Ärztevereins, sondern auch weit über Lübeck hinaus in den Aufbau, die Sorgen und Pflichten der deutschen Ärzteschaft in Vergangenheit und Gegenwart, mit Ausblick in die Zukunft, gegeben, der jedem der für Geschichte seines eigenen Standes Verständnis hat, unendlich viel zu bieten vermag. Berühmte Namen tauchen auf, von Ärzten, deren Namen nicht nur in die Chronik von Lübeck eingeschrieben sind. Ein Bild wiederholt sich auch hier, wie auch anderwärts in Deutschland und im Ausland. Während um die Wende des 18. Jahrhunderts in dem damals 25 000 Einwohner zählenden Lübeck dreizehn Ärzte praktizierten, hat sich jetzt mit einer fast verzehnfachten Einwohnerzahl die Zahl der Ärzte um mehr als das Dreißigfache vermehrt. (Allerdings darf dabei der Fortschritt auf allen Gebieten der Medizin, die Verfeinerung der Diagnostik und der stete Aufstieg der modernen Therapie nicht unberücksichtigt bleiben.) Auf ein wichtiges Problem der Gegenwart von ernster kultureller und bevölkerungspolitischer Bedeutung wird hingewiesen, wenn der Herabsetzung der Kinderzahl und der Verlängerung der Lebensdauer gedacht wird, Tatsachen, die auch die Tätigkeit der Ärzte in mehr als einer Hinsicht berühren. Besonders eingehend werden nach der Würdigung jener Ärzte, die standespolitisch führend waren, die letzten 25 Jahre behandelt, mit ihren politischen Umwälzungen und Auswirkungen, die in Lübeck vielleicht noch stärker als anderwärts zu spüren waren. Der Aufbau einer kollegialen Nothilfe war seit der Vereinsgründung ständig Gegenstand eingehender Erörterungen. 1817, als der Verein nur aus zwölf Mitgliedern bestand, beschloß man zur Gewinnung eines Fonds dem Glücke zu vertrauen und jährlich zu diesem Zwecke ein Los in der Lübecker Staatslotterie zu spielen. 1822 haben acht Lübecker Ärzte sich einer in Hamburg gegründeten „Witwenkasse“ angeschlossen. Vor genau 100 Jahren wurde die Gründung einer „Pensionskasse für Witwen und Waisen“ beantragt. Schon damals stand ein Umlage- oder Kapitaldeckungsverfahren zur Debatte, wobei man sich im Sinne der Umlage entschied. 1898 wurde als zweite Fürsorgeeinrichtung eine „Sterbekasse“ geschaffen und 1900 eine „Unterstützungs-

kasse“ für unverschuldet in Not geratene Mitglieder. Im Dritten Reich wurden all diese Fürsorgeeinrichtungen aufgelöst, und nachher erst wurde wieder mit ihrem Aufbau begonnen.

Der Ärztliche Verein zu Lübeck widmet der Fortbildung der einzelnen Ärzte große Aufmerksamkeit, ebenso den wissenschaftlichen Vorträgen und Demonstrationen. Seit 1948 konnte er neun Kongresse ärztlicher wissenschaftlicher Vereinigungen in seinen Mauern begrüßen. Eine Zusammenstellung der Titel von Monographien Lübecker Ärzte aus den letzten drei Jahrzehnten ist ein Beweis für rege wissenschaftliche Tätigkeit. Unter 222 Autoren mit 1079 wissenschaftlichen Veröffentlichungen sind allein 21 freipraktizierende Ärzte mit 100 Arbeiten vertreten. Daß die Entwicklung der ärztlichen Berufsverbände, der Kassenärztlichen Vereinigung, des Hartmannbundes und Marburger Bundes entsprechend gewürdigt wird, bedarf der Erwähnung. Neben dem Verzeichnis der Vereinsmitglieder, der Tafel der Ehrenmitglieder und einer Übersicht über die Mitgliederbewegung verdient besondere Beachtung eine Zusammenstellung von 36 Lübecker Arztfamilien, die in mehreren Generationen dem Verein als Mitglieder angehört haben oder noch angehören. Der Ärztliche Verein zu Lübeck, an dessen Spitze seit 1954 Dr. Dutte steht, seit einigen Jahren auch Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein, hat mit diesem Werk der deutschen Ärzteschaft ein schönes Geschenk gemacht. K-g

Bellagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:
Klinge GmbH., München 23
UPHA GmbH., Hamburg 20
Steigerwald Arzneimittelwerk GmbH., Darmstadt
Weinkellerer Cähringer, Heitersheim/Baden

Außerdem ist einer Teilaufgabe ein Prospekt der Firma Josef Hierstetter, Maschinenvertrieb, München 19 beigelegt.

„Bayerisches Ärzteblatt.“ Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, München 23, Königinstraße 85/III. Schriftleiter: Dr. med. Wilhelm Wack, München, Sendlinger Str. 89/II. Die Zeitschrift erscheint monatlich. Bezugspreis für Nichtmitglieder der Bayer. Landesärztekammer DM 2,40 vierteljährlich, zuzügl. Zustellgebühr. Postscheckkonto Nr. 5252 Amt München, Bayer. Landesärztekammer (Abt. Bayer. Ärzteblatt).



Anzeigenverwaltung: Verlag u. Anzeigenverwaltung Carl Gabler, München 15, Sonnenstraße 11, Telefon-Sammel-Nr. 55 80 81. Fernschreiber 95 23662. Telegrammadresse: Gablerpreß. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfingler, München.

Druck: Richard Pfäum Verlag München. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrokopie 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.



LITRADERM

Ekzeme und Dermatitis

0,2% fettarm 25 g 3.60 lt. AT. o. U.

0,5% stark fetthaltig 10 g 3.60 lt. AT. o. U.

H Y D R O C O R T I S O N S A L B E

Tabletten
Ampullen
Suppositorien

TOXIMER

Antineuralgicum
Analgeticum
Antirheumaticum



L. MERCKLE G.m.b.H. Blaubeuren

1 Tablette enthält: Dimethylaminophenylidimethylpyrazolon 0,2; Phenacetin 0,2; Coffein 0,05; Codein phosphoricum 0,01.

Stellenangebote

Beim Kreis Krankenhaus Bogen a. d. Donau/Ndb. (nach Erweiterung 100-120 Betten) ist etwa zum Jahresende die Stelle des leitenden Krankenhausarztes und Chefarztes

der ca. 50-60 Betten umfassenden chirurgischen Abteilung zu besetzen. Höchstalter: 50 Jahre. Mehrjährige Tätigkeit als Facharzt für Chirurgie sowie praktische Erfahrung auf dem Gebiet der Gynäkologie. Vergütung: TO A I mit angemessenem Beitrag zur Altersversorgung nach Maßgabe näherer Regelung durch bürgerlich rechtlichen Vertrag. Bei der Wohnungsbeschaffung ist der Landkreis behilflich.

Die Auswahl soll möglichst bald getroffen werden, damit der ärztliche Leiter den Kreis bei der Planung und Ausstattung des Krankenhauses beraten kann. Bewerbungen mit Lichtbild, handgeschr. Lebenslauf, kurzer Übersicht über den Ausbildungs- und beruflichen Werdegang und begl. Zeugnisabschriften sind bis zum 1. 8. 1959 an das Landratsamt Dogen (Bayer. Wald) zu richten.

Vordrucke für den Lebenslauf in Kurzform können dort angefordert werden. Persönliche Vorstellung nur nach Aufforderung.

Das Kreis Krankenhaus Landau a. d. Isar sucht zum 1. August 1959 einen

Assistenzarzt (Assistenzärztin)

für die interne Abteilung, der (die) bereits über einige Erfahrung verfügen soll. Die Vergütung erfolgt nach TO A II. Bewerbungen mit Lebenslauf und Zeugnisabschriften werden erbeten an das Landratsamt Landau a. d. Isar - Personalabteilung

Assistenzarzt

für Gemeindekrankenhaus in landschaftl. schönster Gegend Südbayerns (Voralpenland), 45 Betten mit vorwiegend chir.-gyn. Krankengut, Geb.-Hilfe, Roe., viel Unfallchirurgie, bis spätestens 15. 8. 1959 gesucht. In Frage kommen hauptsächlich Kollegen, die in der Lage sind, an kleineren und mittleren Krankenhäusern auch selbstständig zu arbeiten und den leitenden Arzt gelegentlich voll zu vertreten. Gehalt nach TO A II, Gutachten. Wohnung mit Garage steht zur Verfügung. Bei Eignung Aussicht auf Nachfolge. Bewerbungen mit üblichen, beglaubigten Zeugnisabschriften usw., handgeschriebenen, ausführlichem Lebenslauf, Lichtbild, baldigst unter 331/278 über CARL GADLER WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13.

Bei den Städt. Krankenanstalten Landshut/Bayern - Haus Elisabeth, 125 Betten - ist zum 1. 7. 1959 die Planstelle eines

Assistenzarztes der med. Abteilung

zu besetzen. Vergütung nach TO A III. Vorrückungsmöglichkeit zum Stationsarzt nach TO A II. Teilanrechnung zur Facharztanerkennung gegeben. Bewerber, die ihre zjährige Medizinalassistentenzeit zurückgelegt haben, wollen die üblichen Unterlagen baldigst einreichen bei: Stadtverwaltung Landshut - Personalamt -.

Auf der Inneren Abteilung und auf der Chirurgischen Abteilung des Städt. Marienkrankenhauses A m b e r g / O p f. (Ortsklasse A), ist zum 1. 7. 1959 oder so bald als möglich

je eine Assistenzarztstelle

mit Vergütung nach TO A III und völliger Anrechnung der Ausbildungszeit, für das Fachgebiet der Inneren Medizin bzw. Chirurgie neu zu besetzen. Bewerbungen mit entsprechenden Unterlagen sind zu richten an das Personalamt der Stadt Amberg/Opf.

Das Stadtkrankenhaus Schwabach bei Nürnberg sucht zum baldigen Eintritt einen

Assistenzarzt

für die chirurgische Abt. mit Ausbildungsmöglichkeit in chirurgischer, ambulanter Behandlung und im D-Arztverfahren, sowie einen

Assistenzarzt

für die innere Abteilung. Vergütung in beiden Fällen nach Gr. III, Vorrückung nach Gr. TO A II möglich. Tätigkeit im Hause kann auf die Facharztausbildung angerechnet werden. Verköstigung und Wohnung im Hause möglich. Bewerbungen mit Lebenslauf und Zeugnisabschriften umgehend an

STADT SCHWABACH (13a)

An der Hautklinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg (Vorstand Städt. Obermedizinalrat Dr. F. Beck), 225 Betten, ist ab sofort und ab 1. Oktober 1959 je eine Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen. Anstellung im Angestelltenverhältnis. Bezahlung nach Verg.-Gruppe TO A III - Ortsklasse S - (späteres Aufrücken nach Verg.-Gruppe TO A II möglich).

Bewerbungen mit Lebenslauf, Lichtbild und Abschriften der Ausbildungs- und Stellenzeugnisse ab sofort erbeten an das Personalamt der Stadt Nürnberg

Das Kreis Krankenhaus in Roth b. Nbg. sucht sofort

3 Assistenzärzte bzw. Medizinalassistenten

Bezahlung für Assistenzärzte nach TO A III. Bewerbungsgesuche sind an das Landratsamt in (13a) Schwabach, Wittelsbacherstraße 2, erbeten.

In der chirurg. Abteilung des Kreiskrankenhauses Kipfenberg/Mfr. ist ab 1. 9. 1959 die Stelle eines

Assistenzarztes oder Medizinalassistenten

zu besetzen. Assistent bei voller TO A III; Mediz.-Ass. bei halber TO A III. Wohnung und Verpflegung im Krankenhaus gegen tarifl. Entgelt. Angebote an Landratsamt Eichstätt erbeten.

Die medizinisch-wissenschaftliche Abteilung einer namhaften chemischen Fabrik sucht in fester Anstellung für den wissenschaftlichen Außendienst

jüngere Ärztinnen oder medizinisch vorgebildete Personen Interessentinnen mit eigenem PKW werden um Einsetzung der üblichen Unterlagen gebeten. Arbeitsgebiete: Niederbayern, Oberbayern und Schwaben. Zuschriften erbeten unter 331/283 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13.

1 med. techn. Assistentin

oder

erfahr., schreibgewandte Sprechstundenhilfe (früher Krankenschwester o. ä.) zum 1. 7. 1959 oder später gesucht. Bewerbungsunterlagen m. Lichtbild an das Staatl. Gesundheitsamt Lauf/Pegn.

Vertreter(in)

Krankheitsfall für mittlere Landpraxis in Oberfranken gesucht. 30 DM frei Station außerhalb des Hauses; u. U. Gelegenheit zu späterer Übernahme. Zuschriften erbeten unter 331/260 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13

Privatschule für Arzthelferinnen Ph. Walner · München

Ärztliche Leitung: Univers.-Professor Dr. med. Julius Mayr · Dr. med. Hans Schwerdtfeger

Schule: Lindwurmstraße 73

Sekretariat: Nußbaumstr. 30/II

Erste staatlich genehmigte Fachschule für Arzthelferinnen und Arztsekretärinnen in Bayern

Halbjahres-Lehrgang: Beginn 1. September und 1. März · Elnjährige Schulausbildung: Beginn 1. September

Vor Anstellung einer Absolventin bitte Auskunft bei der Schulleitung (Tel. 55 27 70) einholen.

Prospekt über Sekretariat: München 15, Nußbaumstraße 30/II, Tel. 55 27 70