B 1611 E

6/1960

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER BAYERISCHEN STAATSMINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Berichtsheft über den 13. Bayerischen Ärztetag

Heft 6 | München Juni 1960 | 15. Jahrgang

Lipostabil

NATTERMANN KÖLN

Schutz gegen die Arteriosklerose | Neu: Ampullen mit dem Sofort-Effekt

Lipogeron

NATTERMANN KÖLN

für Patienten „jenseits der 60" - oder die Kombination beider Präparate

Aus dem Inhalt:

13. Bayerischer Ärztetag in Würzburg Seite 167

Diem: Der Arzt zwischen dem Ideal und dem Alltag . . . . . Seite 169

Der Tätigkeitsbericht des Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer Seite 172

Sondermann: Über Fragen der Berufsgerichtsbarkeit . . . . . Seite 178

Dehler: Die Neuordnung des Krankenhauswesens und ihre Bedeutung für die ärztliche Berufsstruktur . . Seite 183

Aurnhammer: Aktuelle Probleme an den deutschen Krankenhäusern Seite 191

Ein bemerkenswertes Jubiläum . . Seite 196

Personalia . . . . . Seite 206

Rechts- und Steuerfragen . . . . . Seite 206

Amtliches . . . . . Seite 207

Kongresse und Fortbildung . . . . Seite 209

In der Mitte herausnehmbar: Merkblatt 17: Ärztliche Maßnahmen bei Immenstichen, von Dr. von Clarmann.

LINDOPHARM

LINDOPHARM KG Hilden-Düsseldorf

LANATACANTH - Herzinsuffizienz
Tropfen, Zäpfchen und Drsgées

VISCOLIND „P" - Coronare und cerebrale Durchblutungsstörungen
Tropfen

VISCOSERPIN - Arterieller Hochdruck
Tropfen und Drsgées

CHEDOLIND - Cholshepaticum
Tropfen und Dragées

Asid Heilmittel

98 mg 4-Acetylamino-1-[N-(3'-oxymercuri-2'-oxyaethaxy-propyl-1')-carbamido-]-2-phenoxy-essigsaures Natrium (= 33,1 mg Hg/ml) + Theophylin (47,2 mg/ml)

Meluginan®

- Neuartiges Diureticum zur parenteralen Anwendung
- gute Verträglichkeit
- prompte und langanhaltende diuretische Wirkung

5 Amp. mit je 2 ml
25 Amp. mit je 2 ml

Asid-INSTITUT GMBH MÜNCHEN 13

VEREINIGTE

SONDERTARIFE FÜR ÄRZTE
Krankentagegeld auch für hahe Ansprüche
Krankenhaustagegeld
Operatianskasten bis DM 5000.–

VEREINIGTE Krankenversicherung A. G.
München 22, Königinstr. 19 · Tel. 227625
Vertragsgesellschaft van Ärztekammern und Ärztlichen Verrechnungsstellen.

PERSER-TEPPICHE

in großer Auswahl u. a.:

Karadja-Läufer	160×60 cm	ab DM	120,–
Hamedan-Brücke	120×70 cm	DM	128,–
Malayer (alt)	160×110 cm	DM	248,–
Sumak	220×108 cm	DM	319,–
Mazlagan-Brücke	200×132 cm	DM	334,–
Meshkabad-Brücke	200×130 cm	DM	346,–
Lambaran-Läufer	330×95 cm	DM	460,–
Baktiari-Teppich	315×215 cm	DM	1140,–
Lilian-Teppich (alt)	362×285 cm	DM	1770,–
Täbris-Teppich	420×300 cm	DM	2460,–

ZOLGHADAR - TEHERAN
MÜNCHEN - Maximilianstraße 33

B 1611 E

6/1960

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 6 | München, Juni 1960 | 15. Jahrgang

13. Bayerischer Ärztetag in Würzburg

Schon einmal haben die Delegierten des Bayerischen Ärztetages Würzburg zu ihrem Tagungsort erwählt. Es war 1953. Auch diesmal bestätigte sich die Besonderheit dieser Stadt, ihrer Einwohner und ihrer Atmosphäre. Der Ärztetag in Würzburg war für alle, die daran teilgenommen haben, ein Erleben guter Eindrücke.

Die feierliche Eröffnung des Ärztetages vollzog Präsident Dr. Hans-Joachim Sewering im Kaisersaal der Residenz. Die Bedeutsamkeit der Kammerversammlung wurde durch die große Zahl der Ehrengäste unterstrichen, die durch ihre Anwesenheit das Interesse und die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit für die Anliegen der Ärzteschaft bekundeten.

In seiner Eröffnungsansprache erklärte Dr. Sewering die Schwierigkeiten des Standes, inmitten des augenblicklichen innenpolitischen Geschehens sich der Öffentlichkeit anzuvertrauen, um berechtigte Belange des Standes zu wahren. Der Zwang dazu steht im Gegensatz zur ärztlichen Berufsausübung, die sich in der Abgeschlossenheit des Sprechzimmers vollzieht. Die Ärzteschaft ist nicht glücklich darüber, daß ihr Wirken, ihre Rechtsstellung und nicht zuletzt ihr Honorar nun Mittelpunkt heftiger öffentlicher Auseinandersetzung geworden ist. Wenn jetzt Ärzte aufstehen, um die Grundlagen des Berufes und seiner Ausübung zu schützen, und dies gerade auch im Interesse und zum Wohle der Allgemeinheit, so ist es nur selbstverständliche Verpflichtung. Die Größe der Verantwortung zwingt sie dazu. Wenn man die Ärzte als der Volksgesundheit und damit dem Wohle und dem Glück der Bevölkerung besonders verpflichteten Berufsstand ansieht, hat die Allgemeinheit gegenüber der Ärzteschaft ebenfalls besondere Aufgaben. Die Ärzteschaft ist sich ihrer Bindungen bewußt und handelt danach, erwartet aber auch die Anerkennung dieser Haltung. Diese Wechselbeziehung kann eben nicht nur einseitige Belastung unseres Standes beinhalten, sondern nur auf der Basis der Gegenseitigkeit sinnvoll sein.

Staatssekretär Junker antwortete auf diese Darlegungen und sagte zweckmäßige Hilfe des Staates beim Ausbau der Krankenhäuser, bei der Ausbildung des Schwesternnachwuchses und bei allen anderen Aufgaben der Ärzteschaft zu. Staatlicher Dirigismus ist nicht Beweggrund dieser Hilfe. Allein das öffentliche Gesundheitswesen unterliegt der Weisung des Ministeriums. Und dabei soll es bleiben.

Diese Worte des Staatssekretärs fanden ihre Unterstreichung in einer besonderen Weise. In Anerkennung ihrer Verdienste für die Ärzteschaft und damit für die Allgemeinheit überreichte er dem Vizepräsidenten der Bayer. Landesärztekammer, Dr. Gustav Sondermann, und dem 1. Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Dr. Friedrich Völllnger, das vom Herrn Bundespräsidenten verliehene Große Bundesverdienstkreuz.

Der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Fromm, übermittelte die Wünsche seines Vorstandes für ein gutes Gelingen der Tagung. Er wußte, weshalb er die Verdienste der bayerischen Ärzte um die deutsche Ärzteschaft so besonders würdigte. Er erwies damit seine Reverenz bayerischer Eigenart und fand auf allen Seiten das rechte Verständnis.

Bürgermeister Seitz begrüßte dann die Festversammlung in den Mauern der Stadt und wünschte den Beratungen einen vollen Erfolg.

Die Besonderheit des Festvortrages „Der Arzt zwischen Ideal und Alltag", gehalten vom 1. Vorsitzenden des Bezirksverbandes Unterfranken, Dr. Ludwig Diem, deutete das ärztliche Ethos an dem auch heute noch gültigen Gleichnis des barmherzigen Samariters. (Siehe S. 169.)

Der prächtige Kaisersaal faßte nicht die große Besucherzahl. Das musikalische Rahmenprogramm, gestaltet durch das Städtische Philharmonische Orchester unter der Leitung von Robert Edenhofer hob den festlichen Charakter der Stunden durch Werke von Mozart und Chopin. Der Pianist Ludger Maria Maxsein fand langdauernden Beifall für seine Interpretation des Chopinschen Klavierkonzertes in f-Moll. In den späten Abendstunden fanden sich dann die Gäste zu einer Weinprobe im Gartensaal der Residenz zusammen.

Am Samstag begannen um 9.30 Uhr die Arbeitstagungen in der Aula der Universität. Präsident Dr. Sewering eröffnete sie mit einem Bericht über die Arbeit der Landesärztekammer auf gesundheits-, sozial- und berufspolitischem Gebiet. (Siehe S. 172.)

Den Finanzbericht der Kammer erstattete der Vorsitzende des Finanzausschusses, Dr. Götz, und den der Kindergeldkasse Dr. Allwein. Die finanzielle Situation unserer Berufsorganisation hat sich günstig entwickelt. Die zur Erfüllung der Aufgaben der Kammer notwendigen Geldmittel stehen bereit und stellen sicher, daß bei sparsamer Haushaltsführung allen Anforderungen entsprochen werden kann. Die Beiträge zur Berufsgenossenschaft werden 1961 eine besondere Regelung erfahren, die alle Kollegen, soweit sie davon betroffen werden, begrüßen werden. Es war notwendig, eine neue Beitragsordnung zu beschließen, da die derzeit gültige Beitragsordnung mit Ablauf des Jahres 1960 ihre Wirksamkeit verliert. Der Finanzausschuß

legte zwei Entwürfe zur Beschlußfassung vor. Der Entwurf, der nach dem Einkommen gestaffelte Beiträge vorgesehen hat, fand nicht das Einverständnis der Delegierten. Die große Mehrheit stimmte einem Einheitsbeitrag von jährlich 160 DM zu. Auf Antrag werden Ermäßigungen gewährt. Es darf auf die in einem der nächsten Hefte erfolgende Veröffentlichung der Beitragsordnung verwiesen werden.

Der Erlaß einer Bundesverwaltungsgerichtsordnung, die an die Stelle des bisher gültigen Bayer. Verwaltungsgerichtsgesetzes getreten ist, machte es notwendig, die Verwaltungsanordnungen für die Kindergeldkasse zu ändern. Es handelt sich also um einen rein formaljuristischen Vorgang. Nach Begründung des Antrages durch den Justitiar der Kammer, Rechtsanwalt Franz Poellinger, stimmte die Versammlung den erforderlichen Änderungen zu.

Die vom Kammervorstand beantragte Neufassung der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns — Facharztordnung fand ebenfalls die Zustimmung der Delegierten. Sie diente dem Zweck, die Bayerische Facharztordnung den Regelungen in den anderen Bundesländern anzugleichen.

Vizepräsident Dr. Sondermann behandelte dann in einem breit angelegten Referat die Erfahrungen in der Berufsgerichtsbarkeit. (Siehe S. 178.) An diesem Thema entzündete sich eine sehr lebhafte Diskussion. Es ist sicher, daß öffentlicher Auftrag, Besonderheiten ärztlicher Berufsausübung unter den Normen einer Berufsordnung und nicht zuletzt besonderes Ansehen und Vertrauen unseres Berufsstandes durch die Allgemeinheit heute oft nicht mehr so augenfällig sind, daß sich allein darauf die Unterwerfung unter eine zusätzliche Standesgerichtsbarkeit ableiten läßt. Man möchte meinen, das eine bedinge das andere. Wir erfahren ja gerade jetzt, mit welchen Methoden und Unterstellungen man die Ansprüche unseres Standes in der Auseinandersetzung um die Krankenversicherungsreform negieren will. So ist strenge Beachtung unserer Standessitten und der Standesordnung heute besonders begründetes Anliegen der Standesorganisation.

Die Arbeitstagung des Sonntags widmete sich ganz dem Thema der Neuordnung des Krankenhauswesens und ihre Bedeutung für die ärztliche Berufsstruktur. Dr. Dehler, MdL, erfaßte die ganze Problematik in einem glänzend aufgebauten Referat. (Siehe S. 183.) Das Koreferat von Dr. Aurnhammer, gehalten aus der Sicht eines Chefarztes, ergänzte durch Erfahrung und Vertrautheit mit den gegebenen Bedingungen den Vorredner. (Siehe S. 191.) In der Diskussion wurde das Bemühen deutlich, die Fragen der Krankenhausneuordnung einer Klärung zuzuführen.

Der 14. Bayerische Ärztetag wird im Mai 1961 in Regensburg stattfinden. Nach diesem Beschluß dankte der Präsident dem Vorsitzenden des Ärztl. Bezirksverbandes Unterfranken, Dr. Diem, und dem Vorsitzenden des Ärztl. Kreisverbandes Würzburg, Dr. Brückl und damit allen Würzburger Kollegen herzlich für die so glänzende Gestaltung des Ärztetages. Sein besonderer Dank galt auch den Delegierten der bayerischen Ärzteschaft, die durch ihre sachliche und konzentrierte Mitarbeit das Gelingen dieser Tagung ermöglichten.

Es bleiben noch wenige Worte zu sagen. Wie in allen Jahren, so standen auch diesmal nur der Samstag und der halbe Sonntag für die Arbeitstagungen der Vollversammlung zur Verfügung. Dies ist eine sehr begrenzte Zeit, betrachtet man die Fülle der gestellten Aufgaben. Es gibt Kritiker, die vom Bayerischen Ärztetag in Würzburg eine Stellungnahme zur Krankenversicherungsreform erwartet haben. Es ist böswillige Unterstellung, zu sagen, dieses Thema sei von der Tagungsordnung abgesetzt worden. Zu keinem Zeitpunkt war es Gegenstand der Tagesordnung. Wem sollte es auch nützen, einen Regierungsentwurf zu debattieren, der nicht mehr existiert? Das so weitläufige Thema der Krankenkassenversicherungsreform sprengt den Rahmen eines Ärztetages, es sei denn, er beschäftige sich ausschließlich damit. Daß auch die bayerische Ärzteschaft zur rechten Zeit dazu sprechen wird, steht außer jedem Zweifel. Es ist vielmehr zu begrüßen, daß der 13. Bayerische Ärztetag in Würzburg erwiesen hat, daß zu jeder Zeit und über alle Gegensätze in anderen Bereichen hinweg, eine sachliche und fruchtbringende Zusammenarbeit innerhalb der ärztlichen Selbstverwaltung möglich ist. Die Bewährung der Selbstverwaltung auch in „bedrängten Zeiten" ist ein nicht zu unterschätzendes Zeugnis und wert genug, demonstriert zu werden. he.

Staatssekretär Junker übergibt das Große Bundesverdienstkreuz an Vizepräsident Dr. Sondermann (rechts) und an den 1. Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Dr. Völlinger (oben).

Der Arzt zwischen dem Ideal und dem Alltag

Festvortrag zum 13. Bayerischen Ärztetag in Würzburg am 20. Mai 1960 im Kaisersaal der Würzburger Residenz

Von Dr. Ludwig Diem

In die dornenvolle Aufbauarbeit der ärztlichen Standesvertretung, die dem Umsturz des Jahres 1945 folgte, haben wir im Jahre 1953, froh des bis dorthin Erreichten, hier in diesem Saal eine Feierstunde eingeschaltet, an die sich manche von Ihnen noch erinnern werden. Es war ein Aufatmen unter dem Farbenrausch der Fresken Tiepolos im Lichterglanz des lebendig gewordenen Rokokos und einer Symphonie von Musik und Kunst. Aus dem traumhaften Ausruhen hinweg zwang uns der Alltag wieder in seinen Dienst.

Jenem Abend des Jahres 1953 folgte eine ungeahnte Wandlung unserer Umwelt, besonders der wirtschaftliche Aufstieg in der Bundesrepublik, an dem auch wir Ärzte, wenn auch sehr verspätet, Anteil nahmen. Neue Wege in Wirtschaft und Technik wurden gefunden und beschritten. Propaganda und Sensationspresse wurden überragende Großmächte. Häuslichkeit und Innerlichkeit wurden mehr und mehr vom Weltgetriebe überwuchert. Lärm, Hast und Eile wurden die Kennzeichen unserer Zeit. Als Gegenmittel hat man die verkürzte Arbeitszeit erfunden, ohne den beruhigenden Ausgleich zu finden. Es wurde immer schwerer, sich mit ganzer Seele einem Berufe zu widmen, der, mitten in den aufregenden Alltag gestellt, so viel innere Ruhe, Sammlung und gedankliche Arbeit verlangt wie der ärztliche. Im Taumel des technischen Fortschritts und der wirtschaftlichen Wunder ist die Menschheit nicht zufriedener geworden. Innerhalb des ärztlichen Standes zeichnen sich auch solche Erscheinungen ab. Sie sind weniger durch äußere Einflüsse bedingt wie die aufwühlenden Pläne um die Reform der Sozialversicherung, sondern mehr durch Komplexe des einzelnen, die dem Wunsch nach absoluter Freiheit auch in der Berufsausübung und einem ungebundenen Individualismus dienen.

Solche Einflüsse und Erschütterungen überkommener Grundsätze sind für das innere Wesen des Arzttums durchaus nicht belanglos. Schon hört man da und dort Stimmen, daß das alte ärztliche Ethos irgendwie der so grundlegend veränderten Zeit angepaßt werden müsse. Richtig, daß die Umwelt des Arztes sich geändert hat, richtig, daß die ärztliche Tätigkeit technisiert, körperlicher, sinnfälliger geworden ist. Und doch: Der Geist, der den Arzt zu der uralten Aufgabe, zu heilen, allein beseelen kann, blieb der gleiche, weil er ewig ist. Er beruft zur Nachfolge, aber nicht zu einem Gewerbe. Widerstände des Alltags machen es vielleicht schwer, den altehernen Gesetzen des Heilauftrags zu folgen. Die Brücke zwischen dem Ideal und dem Alltag scheint manchmal weiter, vielleicht sogar einmal geborsten.

Darum ist es an der Zeit, der Feierstunde des Jahres 1945 heute eine Stunde der Besinnung folgen zu lassen. Mögen die sozialpolitischen Kämpfe draußen auf der Plattform der Standesvertretungen auszutragen sein — der einzelne Arzt wird seinen schweren gebundenen Weg des Dienstes an seinen Mitmenschen gehen müssen, und zwar nicht gezwungen, sondern aus seiner Berufung heraus.

Der berufene Arzt wird immer das Ideal vor Augen haben. Es steht freilich auf steiler Bergeshöhe als die Idealgestalt des Arztes, selbstlos, edel, hilfreich und gut. In der frühesten Zeit eins mit dem Priester, ist er sich seiner Herkunft aus dem Tempel bewußt. Er verschenkt sich. Sein Blick allein heilt und segnet. Er ist geachtet und angesehen.

Auf der anderen Seite wandeln Typen aus dem Alltag, bunt gemischt, wie sie jedes Jahrhundert durch die wechselnden Einflüsse dieses Alltags oft so verschieden hervorgebracht hat:

Sehr viele, die dem Ideal nahezukommen bemüht sind — Vergrämte, die heute bedrückt sind, daß staatliche Einrichtungen sich in das Vertrauensverhältnis zu ihren Patienten einmischen —, aber auch Unberufene, die die Heilkunde zu einem Geschäft mißbrauchen, sogar Eindringlinge, die sich den Namen des Arztes leihen, um als Quacksalber und Scharlatane das Volk auszunützen, und nun der moderne gehetzte Kassenarzt, überfordert von den Süchten und Ansprüchen mancher seiner Patienten.

Dr. Diem hält den Festvortrag

Die Hilfeleistung des Arztes wird nicht mehr als das Geschenk eines Heilkundigen gewertet, sondern als ein persönliches Anrecht auf einen Versicherungsanspruch gefordert. So wird das Verhältnis Arzt — Patient nicht mehr immer wie ehedem von reinem Vertrauen bestimmt. Hinzu kommt, daß die Heilkunde manchmal sogar nicht ohne Schuld eitler Ärzte all ihrer Geheimnisse entkleidet wurde. Leinwand und Presse zeigen intimste Vorgänge des Krankheitserlebnisses, und der Richter wacht mehr wie je drohend über dem ärztlichen Tun. Die einst unumstrittene Ach-

tung vor dem Arzt macht daher einer gewissen Skepsis Platz.

So mag die Kluft zwischen dem Alltag und der Idealgestalt des Arztes gelegentlich vertieft erscheinen. Aber die Quellen, aus denen jene Idealgestalt lebt und aus denen auch der wirkliche Arzt des Alltags schöpft, spenden die gleichen Urstoffe, aus denen der Hippokratische Eid geboren wurde, der seit nunmehr 2½ Jahrtausenden Richtschnur ärztlichen Handelns geblieben ist. Was so altehrwürdig sich bewährte, dürfte auch der kommenden Menschheit heilig bleiben.

Die Öffentlichkeit hatte allezeit ein lebhaftes Interesse, daß ihre Ärzte, denen sie Leib und Leben anvertraute, auch das Arztideal in ihrem Handeln verkörperten. Diesem Ziel dienten in vergangenen Jahrhunderten wiederholt Berufsordnungen für Ärzte im Geist des Hippokratischen Eides, um die vielleicht manchmal schadhaft gewordene Brücke zwischen Ideal und Alltag wiederherzustellen. So dürfte es unsere Gäste interessieren, daß mit die älteste deutsche Berufsordnung für Ärzte hier in Würzburg im Jahre 1503 von dem Fürstbischof Lorenz v. Bibra erlassen wurde. Sie wurde verfaßt von seinem Leibarzt, dem berühmten Würzburger Stadtarzt Burkhard von Hornegg. Er war ein Zeitgenosse des Paracelsus. Keine sicheren Urkunden berichten, daß sich die beiden nähergestanden waren. Doch läßt sich solches vermuten. Denn es ist immerhin beachtlich, daß Hornegg zur gleichen Zeit, als Paracelsus gegen das gesunkene Ethos seiner damaligen Kollegen mit scharfen Worten wetterte, seine Berufsordnung verfaßte.

Wir verdanken die Kenntnis seines Werkes der erstmaligen Veröffentlichung durch Herrn Professor Dr. Sticker in der Festschrift zum 46. Deutschen Ärztetag 1927 in Würzburg. Professor Sticker konnte am Ostersonntag seinen 100. Geburtstag begehen, ist aber durch sein Alter leider an der Teilnahme an unserem Fest verhindert.

Nach 33 Jahren erscheint es wertvoll, sich einiger Artikel dieser Berufsordnung wieder zu erinnern. Nach fast modern anmutenden Niederlassungs- und Zulassungsbestimmungen folgen einige teilweise recht bezeichnende Vorschriften für die Praxisausübung:

„Die Ärzte sollen in Frieden miteinander leben und in Ehrbarkeit, Würde und Anstand über das Wohl ihrer Kranken beraten."

„Der Arzt darf sich nicht ohne zureichenden Grund dem Ruf eines Kranken entziehen, auch nicht die Hinzuziehung eines 2. Arztes ablehnen. Die ärztliche Kunst gehört zu den christlichen Werken der Barmherzigkeit."

„Der Arzt darf dem Kranken nie die Hoffnung auf Genesung nehmen; er soll ihn oft und fleißig besuchen, ihm seinen Beistand auch dann nicht verweigern, wenn ihm das Leiden hoffnungslos erscheint."

Ärzte und Apotheker bekommen noch gemeinsame Vorschriften:

„Ärzte und Apotheker dürfen keinen Vertrag zum gemeinsamen Gewinn auf Kosten der Kranken machen, sondern jeder soll das ihm Gebührende vom Kranken nehmen."

„Der Arzt muß sich der schlechten Gewohnheit enthalten einen bestimmten Apotheker zu empfehlen, vielmehr dem Kranken die Wahl zwischen allen vorhandenen lassen."

„Ärzte und Apotheker sollen in Frieden miteinander leben; denn, wie die Weisen oft bemerkt haben, aus kleinen Streitigkeiten können große Übel entstehen."

Auch die Apotheker werden gesondert angesprochen:

„Die Apotheker sollen dem Arzt die gebührende Ehre und Verehrung erweisen, nichts Übles ihm nachreden oder gar Zwietracht unter den Ärzten stiften, nicht auch den Kranken zureden, diesen oder jenen Arzt vorzugsweise zu Rate zu ziehen, sondern vielmehr alle zugelassenen Ärzte insgesamt loben, zu gleichen Werken auch ihre Hausfrauen und ihr Gesinde ernstlich ermahnen."

Die Bekanntgabe der anschließenden Gebührenordnung würde für heute zu weit führen.

Auffallend ist, daß in dieser Berufsordnung, obwohl sie sich auf Hippokrates bezieht, die Schweigepflicht nicht ausdrücklich gefordert wird. Im Gegenteil, der Arzt „soll bei Strafe vorübergehender oder dauernder Entziehung seiner Lizenz in den Apotheken ein Buch auflegen, worin Namen und Vornamen seiner Kranken mitsamt der Arzneiverordnung aufgeschrieben werden, damit jeder andere Arzt in die Behandlungsweise Einsicht nehmen könne. So ist es in Italien, Ungarn, Polen, Wien und Nürnberg guter Brauch."

Dies schien bei der damaligen Unsicherheit der Heilkunde, die noch ganz auf Empirie fußte, der Güterabwägung zwischen einem Individualrecht auf Verschwiegenheit des Arztes und dem allgemeinen Interesse an erfolgreicher Therapie zu entsprechen, zumal die Einsichtnahme in diese Bücher nur Ärzten gestattet war.

Im grundsätzlichen atmen Burkhard von Horneggs Berufsordnung, der Hippokratische Eid, unsere heutige Berufsordnung und die Vorschriften des Weltärztebundes den gleichen Geist. Und so verstehen wir auch heute noch das stolze Wort des Paracelsus, mit dem er das Berufsbild des Arztes kurz und prägnant zeichnet, das auf der Medaille, die zu tragen ich die Ehre habe, aufgeschrieben ist: „Der Arzt lebt in Gott und in der Natur als ein gewaltiger Meister des irdischen Lichts."

Wir sind allerdings der Meinung, daß alle ärztlichen Berufsordnungen auch bei unseren Patienten und der gesamten Öffentlichkeit Beachtung finden sollten; denn man kann nicht die Ärzte allein binden, ohne auch die Kreise anzusprechen, für die sich die Ärzte bestimmten Regeln unterwerfen. Die Ärzte können nicht nur eine bestimmte Achtung für die Würde ihres Berufs fordern, sie können auch erwarten, daß an sie keine Forderungen gestellt werden, die ihr Gewissen belasten, wie Versicherungsbetrug, falsche Zeugnisse oder gar Verbrechen. Solche Forderungen müßten als eine Beleidigung für den Arzt auch von der Öffentlichkeit verstanden werden.

Es ist die Folge einer Zeit, der äußere Formen mehr Eindruck machen als innere Werte, daß sie auch den Arzt manchmal mehr in der Rolle eines Gewerbetreibenden sieht, denn als Hüter eines über allen Geschäften stehenden Berufsbildes. Mögen auch da und dort Unberufene eine solche abwegige Einschätzung des Arztes gefördert haben, so dürfen wir erst recht nicht müde werden, ein geschwundenes Verständnis für die Würde unseres Arzttums immer wieder neu zu wecken.

Aufklärung und Verständnis der Öffentlichkeit könnte also auch dazu beitragen, die Kluft zwischen unserem Alltag und unserem Ideal zu verschmälern.

Die Menschen sind gewohnt, eine innere Haltung nach außen durch Symbole, Wappen, Fahnen, Embleme und dergleichen auszudrükken. Als wir in den Jahren 1955/56 unser neues Ärztehaus bauten, hatten wir bereits die Absicht, das innere Wesen des ärztlichen Berufs am Eingang als ein öffentliches Bekenntnis symbolhaft zur Darstellung zu bringen. Daß dies erst vor kurzem, also fast vier Jahre nach Fertigstellung des Baues geschah, mag ein Zeichen für die Schwierigkeit des Unternehmens, aber auch für ernstes Streben sein.

Die *Ehrengäste* des *13. Bayer. Ärztetages*

Und so schrieben wir an den Eingang:

Der Kampf um das Leben
Heischt Einsatz des Arztes,
Mitfühlend Verstehen
Und mutige Hände.

Auf der linken Sandsteinplatte das „Mitfühlend verstehen", also die seelische Betreuung des Kranken skizzenhaft einzumeißeln, stellte den Künstler vor eine nicht leichte Aufgabe; aber sie scheint uns vortrefflich gelöst zu sein. In der rechten Platte die „Mutigen Hände" in Form eines operativen Eingriffs der Öffentlichkeit, wenn auch nur andeutungsweise zu zeigen, schien ein Wagnis — aber auch diese Aufgabe hat der Künstler dezent und verständlich gemeißelt.

Über den Haupteingang ließen wir eine Bronzeplastik formen von dem uralten Symbol des erbarmungsvollen Helfenwollens, dem barmherzigen Samariter. In mitfühlendem Verstehen hebt der Helfer mit mutigen Händen den Bresthaften empor.

Da kam auch schon der Kritiker und murrte: „Altmodisches, verstaubtes, zeitfremdes Symbol". Arme Welt der Äußerlichkeiten! Solltest du wirklich dieses Gleichnis nicht mehr verstehen können?

Oh, der barmherzige Samariter wird durch die Welt gehen, solange noch eine einzige Menschenbrust die Menschenwürde begreift.

Auch heute in der gefahrvollen Hast des Alltags taucht der brave Mann überall willkommen und nötiger denn je auf.

Er geht unter dem Zeichen des Roten Kreuzes zu Katastrophen aller Art.

Er geht in die Kirchen und in die Hörsäle.

Er geht zu den Tanzdielen, wo sich die Paare zum Jazz drehen, und in die düsteren Gefängnisse.

Er geht in die Fabriken und Bergwerke und an die Ränder der Straßen und Autobahnen.

Er wird nötig sein, selbst wenn ein Kollektiv jeden Persönlichkeitswert untergräbt oder durch Terror die Menschen zu knebeln versucht. Ja, auch diese Systeme brauchen ihn und ahmen ihn unter einem getarnten Namen nach.

So wird der barmherzige Samariter immerdar Symbol ärztlichen Handelns bleiben, Symbol einer Aufgabe und Schutz vor einem Abgleiten vom Ideal. Darum stellten wir denn dieses Bild in Erz hoch über dem Eingang unseres Ärztehauses.

Und da es in der Öffentlichkeit stand, blieb einer der Vorübergehenden stehen, dann mehrere, dann viele, schließlich staute sich die Menge und gaffte, und der Reporter des Abendblattes machte sich Notizen. Es kamen so manche wie im Evangelium des Weges, zuckten mit den Achseln — und gingen vorbei.

Ein großer Mercedes bahnte sich den Weg durch die Menge — drinnen ein Mann mit weißer Weste; als er den Blutenden sah, überkam ihn ein Gefühl des Mitleides, aber er konnte seine Hände nicht beschmutzen, weil er zu einem Fest mußte.

Ihm folgte eilends ein anderer und stutzte; aber er konnte keine Zeit verlieren, um seine Chancen an der Börse nicht einzubüßen.

Da löste sich ein anderer aus der Menge, deutete auf das Bild, lächelte verschmitzt und raunte mir, der ich beobachtend unter der Menge stand, ins Ohr: „Oh, Ärztlein, du meinst, der Samariter sei dein Ebenbild. Sollst du nicht eher dem Lasttier gleichen, auf das man alle Last und Verantwortung ablädt, so daß du fast darunter zusammenbrichst?"

Aber da drängte sich ein weiterer aus der Menge und schrie ihn an: „Schweig, du Verräter an unserem Eid. Ich danke Gott, daß er die Last des Heilenkönnens und des Heilenwollens auf meine Schultern gelegt hat: ich will sie tragen."

Und er schritt unter dem aufleuchtenden Bild durch die Pforte, und als er drinnen durch die hohen Fenster die Sonne einfallen sah und an der Wand die Inschrift las: „die willens, dem Leben zu dienen", diente er dem Leben mit mitfühlendem Verstehen und mutigen Händen.

Und wieder kam einer aus der Menge und herrschte mich an: „Oh, Ihr Argen, seht Ihr denn nicht die breite Kluft, die zwischen Eurem Idealbild und dem Alltag gähnt?"

Ich erwiderte ihm ruhig: „Wir sehen den Spalt. Allein schon damit, daß wir ihn sehen, aber doch um den Weg zu unserem Ideal wissen, ist das Fundament zum ersten Pfeiler gelegt, um die Brücke zu schlagen zwischen dem Alltag und dem Ideal. Der Spalt wird überbrückt, wenn uns nur immer das Ideal beseelt und lenkt."

Da verstummte der Kritiker und die Stunde der Besinnung umfängt uns. Und in dieser Stunde sehen wir den Weg aufleuchten vom Alltag zum Ideal. In dieser besinnlichen Stunde verstehen wir den bildlichen Schmuck unseres Ärztehauses als den Ausdruck des zentralen Geheimnisses der Aufgabe des Arztes und seines Erfolges, wie einst, so heute.

Dr. Völlinger neben Dr. von Velasko bei der feierlichen Eröffnung des Ärztetages

Denn es ist immer noch so: Wenn das Vertrauen den Kranken zum Arzt führt, so verlangt er nicht nach einer Gesundheitsmaschinerie, sondern für seine Person nach Liebe und Barmherzigkeit, also nach mitfühlendem Verstehen.

Wir werden dafür sorgen müssen, daß Maschinen, Technik und Wirtschaft unseren Sinn für dieses ureigenste Anliegen des Mitmenschen nicht verschleiern. Es zu pflegen bedarf es keines neuen Ethos, das alte genügt immer. Es steht über der Zeit und ist unwandelbar, und wer sich ihm verschworen hat, wird nicht untergehen. Nur die Art unseres Zuspruchs erfordert es, da und dort auf den Menschen des XX. Jahrhunderts in seiner Eigenart einzugehen.

Aber in seinem Leid auf sich allein gestellt und nach jedem Strohhalm greifend, ist der heutige Mensch der gleiche wie seit Jahrtausenden. In dieser Situation hilft ihm kein Staat, kein Gesetz, kein Kollektiv. Hier ist er ganz und gar Individuum. Mag daher die Medizin früher mit bescheidenen Mitteln, heute mit raffiniertesten Methoden den Heilerfolg anstreben, in der Stunde der Besinnung gewinnen wir die Überzeugung, daß wir einen nachhaltigen Erfolg nur dann erzielen können, wenn zwei höhere Kräfte die Brücke vom Alltag zum Ideal schlagen, und diese zwei sind:

das Herz und der Arm des barmherzigen Samariters

Anschrift des Verfassers: Marktbreit/Ufr.

Der Tätigkeitsbericht des Präsidenten der Bayer. Landesärztekammer

Die Arbeitstagungen des 13. Bayer. Ärztetages in Würzburg wurden durch den Tätigkeitsbericht des Präsidenten der Bayer. Landesärztekammer, Dr. Sewering, eröffnet. An den Beginn seiner Ausführungen stellte er seinen herzlichen Dank an die Würzburger Kollegen für die großzügige Aufnahme des Bayer. Ärztetages und seine so besonders festliche Eröffnung im Kaisersaal der Residenz.

Anknüpfend an den Bayer. Ärztetag 1959 in Bad Reichenhall referierte Dr. Sewering über die Weiterentwicklung der Strafrechtsreform, der Bundesärzteordnung, der Verfassungsklage der beamteten Ärzte und die Facharzt- und Fortbildungsfragen. Die Arbeiten an der Strafrechtsreform gehen weiter, jedoch haben sich für die Ärzteschaft gegenüber dem Bericht von 1959 keine neuen Gesichtspunkte ergeben. Auch um den Entwurf der Bundesärzteordnung, den die bayerische Ärzteschaft leidenschaftlich abgelehnt hat, ist es stiller geworden. Es hat den Anschein, als ob das Bundesinnenministerium inzwischen doch eingesehen hat, daß die Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes in dieser Angelegenheit nur auf die Fragen der Zulassung des Berufes beschränkt ist. Die große Mehrheit der deutschen Ärztekammern wandten sich seinerzeit gegen diesen Entwurf. Die Beweggründe für diese Ablehnung waren sehr unterschiedlich. Eine so grundsätzliche Ablehnung, wie sie der Bayerische Ärztetag jedoch ausgesprochen hat, wurde nur von wenigen ausgesprochen. Auch die Länder haben sich praktisch ausnahmslos gegen diesen Entwurf gewandt, weil sie mit Recht darin einen Eingriff in die eigene Gesetzgebungszuständigkeit gesehen haben.

Die Verfassungsklage einiger beamteter Ärzte, durch welche sie die Rechtmäßigkeit ihrer Pflichtmitgliedschaft in der ärztlichen Standesorganisation bestreiten, liegt dem Bayer. Verfassungsgericht weiterhin vor. Eine Verhandlung wurde bisher nicht angesetzt. Der beteiligte Sanitätsoffizier hat für seine Person die Klage zurückgezogen.

Facharztwesen, Facharztweiterbildung und Facharztordnung waren Gegenstand intensiver Beratungen der großen Facharztkommission der Bundesärztekammer. Entsprechend dem Beschluß des Bayer. Ärztetages in Bad Reichenhall hat sich Präsident Dr. Sewering bei jeder sich ergebenden Möglichkeit für die Einführung einer Facharztprüfung eingesetzt. Dieser Auftrag war Richtschnur für seine Arbeiten in diesem Bereich. Noch sind diejenigen, welche Bedenken und Einwendungen gegen eine Facharztprüfung haben, in der Mehrzahl, und es wird noch vieler Mühen bedürfen, um hier unsere Auffassung durchzusetzen. Das Schwergewicht der Tätigkeit lag in den letzten Monaten auf der Beseitigung der unterschiedlichen Bestimmungen in den Länderfacharztordnungen. Die Notwendigkeit dafür ergibt sich aus den Plänen des Bundesinnenministeriums, eine Bundesfacharztordnung zu erlassen, weil unterschiedliche Facharztordnungen in den verschiedenen Kammerbereichen die Freizügigkeit der Ärzte angeblich einengen und deshalb mit dem Grundgesetz nicht übereinstimmen. Es ist festgestellt, daß diese Unterschiede nur unwesentlich sind und sich hauptsächlich auf die Übergangsbestimmungen beziehen, die die einzelnen Länder auf Grund der jeweils besonderen Gegebenheiten erlassen haben.

Die Erarbeitung einer neuen Form der Facharztweiterbildung haben sich die zuständigen Ausschüsse zur Aufgabe gestellt. Der Nachweis der Qualifikation zum Facharzt soll danach den Abschluß der Weiterbildung darstellen. Parallel mit diesen Bestrebungen sucht man Wege zur Verbesserung der Weiterbildung zum praktischen Arzt. Wenn das Niveau des Facharztes gehoben wird, muß zwangsläufig auch das Ansehen des praktischen Arztes vermehrt werden. Die dahin gerichteten Bestrebungen der Akademie der praktischen Ärzte finden nicht nur das Interesse, sondern auch die volle Unterstützung der Bayer. Landesärztekammer.

In der letzten Zeit wurde in Bayern der Gedanke geäußert, eine freiwillige Facharztprüfung einzuführen. Man ist dabei der Überzeugung, daß sie ganz zwangsläufig dazu führt, daß alle Bewerber, zumindest aber ein großer Teil, sich dieser Prüfung freiwillig unterzieht, was dann praktisch die Einführung einer Pflicht-Facharztprüfung erleichtern würde. Diesen Gedanken eingehend zu überlegen und zu diskutieren, hält Dr. Sewering für außerordentlich wichtig.

Im Jahre 1959 wurden im Bereich der Landesärztekammer 325 Facharztanträge eingereicht. Bemerkenswert ist, daß ein wesentlicher Teil der Antragsteller heute die Facharztanerkennung nach erheblich längeren Weiterbildungszeiten beantragen, als es die Facharztordnung erfordert.

Dem Gebiet der Fortbildung galt die besondere Aufmerksamkeit des Präsidenten. Die sog. kleinen Fortbildungsvorträge innerhalb der Ärztlichen Kreisverbände werden mehr und mehr gepflegt. Wenn diese Vorträge auch nur ein kleines Gebiet behandeln können, haben sie doch für unsere Kollegen Bedeutung und Wert. Die Referentenliste der Kammer stellt für die Kreisverbände bei der Auswahl der Referenten eine große Hilfe dar. Auch die Kammer selbst ist bestrebt, Anliegen der Kreisverbände in dieser Beziehung bevorzugt zu behandeln. Der Einsatz wissenschaftlicher Fortbildungsfilme wird gefördert. Der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung hat einen „Unterausschuß Film" gebildet, der beabsichtigt, alle wissenschaftlichen für die Fortbildung angebotenen Filme zu prüfen und mit einem Prädikat auszuzeichnen. Dadurch wird den ärztlichen Kreisverbänden die Möglichkeit geboten, die Wertigkeit der einzelnen Filme zu beurteilen. Dankenswerter Weise ist die Bereitschaft der pharmazeutischen Industrie groß, Geldmittel für die Filmherstellung bereitzustellen, und es soll betont sein, daß die Werbung dabei nur mit äußerster Zurückhaltung betrieben wird. Dies liegt im Interesse der Kollegen, deren Entscheidungsfreiheit durch den Film ja nicht eingeschränkt, sondern gefördert werden soll.

Die „Sammelmappe für die Merkblätter" wurde weiter vervollständigt, und z. Z. werden neue allgemeine Richtlinien den Kollegen zugeschickt.

Die Leitung der Arbeitstagung lag in den Händen von Präsident Dr. Sewering

Die in Bayern besonders geförderten großen Fortbildungsveranstaltungen in Augsburg, Nürnberg und Regensburg haben sich zur großen Befriedigung aller günstig fortentwickelt. Immer mehr Kollegen nutzen diese Gelegenheit, ihr Wissen durch Vorträge hervorragender Fachleute zu erweitern. Dr. Sewering hob besonders die letzte Märztagung in Augsburg hervor (siehe Bericht S. 196 dieses Heftes), die zusammen mit der von der Bayer. Landesärztekammer verwalteten Arbeitsgemeinschaft zur Krebsbekämpfung durchgeführt worden ist. Diese Fortbildungstage für praktische Medizin ragten hervor durch glänzende Referate von besonders hohem Niveau. Die große Teilnehmerzahl ist Beweis dafür, daß Bedürfnis und Wunsch nach Fortbildungsgelegenheiten bei den Kollegen sehr lebhaft ist.

Die Aufmerksamkeit und Förderung der Bayer. Landesärztekammer gilt nun auch der klinischen Weiterbildung. Interessierten Kollegen soll die Möglichkeit geboten werden, für ein oder zwei Wochen in einer Klinik entsprechend den Interessen die neuesten Behandlungsmethoden kennenzulernen. Dieser Wunsch wurde immer öfter an den Fortbildungsausschuß der Bayer. Landesärztekammer herangetragen. Es ist nicht beabsichtigt, dabei eine fachärztliche Fortbildung zu betreiben, sondern vielmehr die Erweiterung der Kenntnisse in einem Fach. Der Teilnehmerkreis, der nicht auf ein bestimmtes Fach ausgerichtet ist, soll auf etwa 20 beschränkt werden. Daneben wird auch die Möglichkeit bestehen, für besondere Fragen kleine klinische Fortbildungskurse dann einzubauen, wenn Fachärzte ein Bedürfnis dafür beweisen. Grundsätzlich sind diese „Praktika" für jeden interessierten Kollegen gedacht. An geeigneten Kliniken und Fachabteilungen werden in Zukunft solche zeitlich begrenzte Kurse angeboten werden, die nach einem vorbestimmten Programm ablaufen. Kursgebühren sollen nicht erhoben werden. Ein Programm für die sich beteiligenden Chefärzte wurde bereits entwickelt. Jeder Chefarzt, der sich dafür zur Verfügung stellt, übernimmt besondere Verpflichtungen. Leitung und Erfüllung des Weiterbildungsplanes sind seine Aufgabe. Teilnahme an klinischen Visiten, an Operationen, an Krankenuntersuchungen, an Spezialuntersuchungen, an Röntgenbesprechungen und an ausgiebigen Kolloquien soll Inhalt sein. Um falsche Eindrücke zu vermeiden, wurden Chefärzte um ihre Meinung gebeten, ob sie sich bereit finden, unter diesen Bedingungen die klinische Fortbildung zu fördern. Das Echo auf diese Anfrage übertraf alle Erwartungen; sie erklärten sich dazu bereit, auch die damit verbundenen Belastungen auf sich zu nehmen. Maßgebliche Herren der Stadtverwaltungen von München und Nürnberg haben ihrerseits diesen Gedanken begrüßt und versichert, daß alles getan wird, um die Neueinführung zu fördern und ein gutes Gelingen der Kurse sicherzustellen. Noch vor Beginn der Sommerpause soll das fertige Programm dem Kammervorstand zur Billigung vorgelegt werden, so daß nach Genehmigung im Herbst dieser Zweig der Fortbildung anlaufen kann.

Die Arbeitsgemeinschaft zur Krebsbekämpfung, die von der Bayer. Landesärztekammer betreut wird, beteiligt sich ebenfalls an der Weiterbildung. Die letzte Augsburger Fortbildungstagung wurde von ihr mitgestaltet. Merkblätter über Krebsfragen werden erar-

Der Presseref. der Landesärztekammer Dr. W. Koerting, der Hauptgeschäftsführer Dr. L. Sluka und der geschäftsführende Arzt Dr. H-J. Siggelkow

beitet und weithin verbreitet. Die Schrift über cytologische Diagnostik wird in diesen Tagen allen Kollegen zugeleitet werden. Zusammen mit der österreichischen Arbeitsgemeinschaft wird ein Film über die Technik der cytologischen Untersuchungsmethoden vorbereitet und der ärztlichen Fortbildung zur Verfügung gestellt werden. Die von Anfang an betont vorsichtige und zurückhaltende Form der Laienaufklärung ist weiterhin notwendige Aufgabe. Eine größere Zahl von Aufklärungsschriften für Männer und Frauen wurden den Krankenkassen zur Verteilung zur Verfügung gestellt. Der allgemein bekannte Kalender für die Frau findet besonderes Interesse. Mit großem Nachdruck betonte Dr. Sewering, daß Krebsbekämpfung und Krebserkennung unter Sicherung der freien Arztwahl und unter Erhaltung des persönlichen Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient beim praktizierenden Arzt in besten Händen ist und nur so und hier erfolgreich sein kann. Eine öffentliche Organisation zur Krebsbekämpfung durch Beratungsstellen mit verbeamteten Ärzten wird nachdrücklichst abgelehnt. Durch die Erfahrungen in Nordrhein-Westfalen findet diese Ablehnung ihre Bestätigung. Dort ist man daran, die Beratungsstellen wieder abzubauen, weil man mit ihnen keinen breiten Erfolg erzielen konnte. Sie beschränken ihre Tätigkeit mehr und mehr auf die Information der praktizierenden Ärzte. Es ist ihnen nicht gelungen, einen direkten Kontakt zu der Bevölkerung herzustellen.

Besondere Sorge bereitet die Entwicklung des Vertragswesens im Krankenhaussektor. Mehr und mehr wird die Kammer zur Beratung der Chef- und Belegärzte in Vertragsfragen in Anspruch genommen. Hier zu helfen ist besonderes Anliegen. Die Beobachtungen der letzten Zeit bestätigen, daß sich auf diesem Gebiet geradezu eine Krise abzeichnet. Die Krankenhausträger bemühen sich mehr und mehr, über die Chefärzte sich ungerechtfertigte finanzielle Vorteile zu sichern. Immer größere Bereiche ärztlicher Tätigkeit werden den Dienstaufgaben zugerechnet. Die Einnahmen aus diesen Aufgaben fließen dem Krankenhausträger zu. Gegen diese Entwicklung anzukämpfen, ist das Bestreben der Landesärztekammer.

Im Rahmen seines Berichtes konnte der Präsident der Bayer. Landesärztekammer die Frage des Physikats für Anstaltspsychiater nicht übergehen.

Es ist üblich, daß Fachabteilungen in Krankenhäusern von Fachärzten des betreffenden Gebietes betreut werden. Es gibt aber eine Ausnahme, nämlich für Ärzte, die in Heil- und Pflegeanstalten der Bezirke, jetzt Nervenkrankenhäuser genannt, tätig sind. Der Träger dieser Anstalten erspart den leitenden Ärzten den Nachweis einer Facharztanerkennung und stellt dafür das Erfordernis des Physikats (Art. 34 Abs. 3 der Bayer. Bez. O.). Eine merkwürdige Tatsache! An die Stelle eines Facharztes für Nerven- und Gemütskrankheiten, der die dort untergebrachten Nervenkranken verantwortlich zu behandeln hat, setzt man den Arzt mit dem Nachweis der Amtsarztprüfung. Als die Kammer von diesen Verhältnissen Kenntnis erhielt und sich näher damit beschäftigte, ergaben sich erhebliche Auseinandersetzungen mit den leitenden Herren des Anstaltspsychiatervereins. Diese stellten sich auf den Standpunkt, daß an den Nervenkrankenhäusern in erster Linie Ärzte tätig sein müssen, die über das Verwahrungsgesetz, über Hygienebestimmungen und sonstige einschlägige gesetzliche Bestimmungen Bescheid wissen. Und das, was die können müssen, können sie eben nur, wenn sie die Amtsarztprüfung mit Erfolg abgelegt haben. Der Referent erinnerte an den Festvortrag von Prof. Mikorey beim Bayer. Ärztetag in Bad Reichenhall. Die gesamte Psychiatrie hat sich in ihrem Erscheinungsbild völlig gewandelt. Die Zeiten sind vorüber, in denen man vielleicht nur 20% der psychiatrisch Kranken behandelte und die restlichen 80% in Verwahrung hielt. Auch an den Heil- und Pflegeanstalten wird mit modernsten Mitteln und nach neuesten Erkenntnissen Therapie betrieben. Es ist also einfach nicht mehr zeitgemäß, von den dort tätigen Ärzten das Physikat als Voraussetzung für ihre Arbeit und für ihre Verbeamtung zu verlangen. Vielmehr müßte die Forderung nach fachärztlicher Anerkennung an die Stelle der jetzigen Voraussetzungen treten. Der Kammervorstand hat die Bemühungen des Kollegen Dr. Dehler MdL im Bayer. Landtag um Änderung der bayerischen Gemeindeordnung im besagten Sinne nachdrücklich unterstützt. Die Argumentation des Anstaltspsychiatervereins wirkte deshalb nicht überzeugend, weil die Befürchtungen zu deutlich darin erkennbar waren, daß Kollegen, die außerhalb der bezirklichen Nervenkrankenhäuser aufgewachsen sind, z. B. in Universitätskliniken, sich um die Anstaltsdirektorenstellen bewerben könnten. Der Präsident der Bayer. Landesärztekammer richtete an die Abgeordneten des Sozialpolitischen Ausschusses des Bayer. Landtags eine ausführliche Begründung der Stellungnahme der Landesärztekammer und verband damit die dringende Bitte, den Antrag Dehler zu unterstützen. Es geht schließlich darum, daß die Kranken dieser Häuser in erster Linie von qualifizierten Fachärzten behandelt werden. Was an Gesetzeskunde notwendig ist, um an solchen Anstalten tätig zu sein, dürfte jeder intelligente Psychiater in kurzer Zeit dazugelernt haben. Der Sozialpolitische Ausschuß hat sich dieser Auffassung nicht angeschlossen. Der Antrag auf Änderung der Bezirksordnung wurde schließlich nach einer harten Debatte im Plenum mit einer Stimme Mehrheit angenommen. Der Bayerische Senat hat gegen diesen Beschluß Einwendungen erhoben, so daß sich der Bayer. Landtag nochmals mit dieser Angelegenheit befassen wird und eine erneute Abstimmung notwendig ist.

Dieser Einspruch ist unverständlich. Die anderen Bundesländer haben auf das Physikat als Voraussetzung für die Einstellung als Arzt in einer Heil- und Pflegeanstalt und für die Verbeamtung bereits seit längerer Zeit verzichtet gerade unter Berücksichtigung des Fortschrittes der modernen Medizin. Die bayerische Ärzteschaft vertritt unbeirrt den Standpunkt, daß die Behandlung von Kranken in Fachabteilungen, auch in Heil- und Pflegeanstalten, nur durch Fachärzte erfolgen kann.

Mit Sorge sprach Dr. Sewering dann über das Gebiet der Schweigepflicht und des Schweigerechts. Er bedauerte, daß das Verständnis für die Erhaltung und die Durchführung einer echten Schweigepflicht und eines Schweigerechts äußerst gering ist. Nur durch ständig erneuten Einsatz können Einbrüche verhindert und der Restbestand gewahrt bleiben. Um die Kollegenschaft zu orientieren, wurden durch Vizepräsident Dr. Sondermann in Zusammenarbeit mit den Herren Sluka, Poellinger und Regierungsdirektor Weißauer Erläuterungen zu § 3 der Berufsordnung (Schweigepflicht) für die Ärzte Bayerns erarbeitet, die allen Kollegen zugehen werden.

Mit Befriedigung konnte festgestellt werden, daß nun die Satzungen der Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbände zum wesentlichen Teil durch die zuständigen Regierungen genehmigt worden sind. Es war eine schwere Geburt, bis diese sehr mühsame Arbeit abgeschlossen werden konnte. Der Hauptgeschäftsführer der Landesärztekammer, Herr Kollege Dr. Sluka, hat sich dabei besondere Verdienste erworben.

Die Delegierten von Oberfranken und Niederbayern

Die Vertreterzentrale der Bayer. Landesärztekammer München 23, Königinstr. 85, erbittet dringend die Meldung vertretungswilliger Ärzte.

Große Aufmerksamkeit widmete die Kammer der Ausbildung der Arzthelferinnen. Maßgebend dafür sind die beschlossenen Richtlinien des Bayer. Ärztetages. An einer Reihe von Berufsschulen in Bayern wurden Fachklassen für Arzthelferinnen eingerichtet. Der herzliche Dank des Präsidenten galt den Kreisverbänden, die sich der Errichtung dieser Fachklassen aktiv teilgenommen haben, um so die Ausbildung der Arzthelferinnen zu fördern. Die in der Zwischenzeit durchgeführten Prüfungen haben ergeben, daß das Niveau der Geprüften gut ist. Das Prädikat „Arzthelferin" ist für andere, die den normalen Ausbildungsgang noch nicht durchlaufen haben, so begehrenswert geworden, daß sie sich freiwillig einer nachträglichen Prüfung unterzogen haben. Die Prüfungskommission, die sich mit großem Ernst ihrer Aufgaben angenommen hat, setzt sich zusammen aus den Kollegen Prof. Dr. Dirr, Dr. Dr. von Gugel, Dr. Sehleussner und Dr. Sluka.

Der Referent lenkte dann die Aufmerksamkeit der Zuhörer auf die Arbeit des Bayer. Landesgesundheitsrates, der sich um die zweckmäßige Organisation eines allgemeinen Blutspendedienstes bemüht. Es ist das besondere Verdienst des Kollegen Dr. Soenning MdL, dieses Gremium mit diesem Thema befaßt zu haben. Überraschend sind die großen Gegensätze der Auffassungen zwischen den Klinikdirektoren und den übrigen Mitgliedern des Rates. Die Chefs der Kliniken vertreten die Meinung, daß jede Klinik über eine eigene Blutbank verfügen muß. Dagegen steht die Auffassung, daß ein Blutspendedienst nur auf Landesebene organisiert werden kann und daß sich dafür als Träger das Bayerische Rote Kreuz anbietet. Zur Zeit befaßt sich ein Unterausschuß des Landesgesundheitsrates mit der Problematik. Vieles spricht für die Auffassung, eine Blutbank in der Klinik zu haben, vieles aber auch für die Errichtung überregionaler Blutbanken. Der Bund öffnet nur dann seine Kassen für Zuschüsse, wenn Blutbanken außerhalb großer Städte als überregionale Einrichtungen aufgebaut werden. Auch diese Gegebenheit spricht für den Plan, in Nord- und Südbayern je eine überregionale Blutbank einzurichten und von dort aus die Krankenhäuser zu versorgen. Dies schließt Blutbanken an großen Kliniken nicht aus. Die Diskussion ist weiterhin im Fluß. Dr. Sewering würde es für ein großes Übel halten, wenn auf Grund dieser Gegensätze überregionale Blutbanken gewissermaßen zu Katastrophen-Blutbanken abgestempelt würden. Die damit verbundene Unpopularität läßt befürchten, daß sich nicht genügend Blutspender zur Verfügung stellen. Grundgedanke des Blutspendedienstes ist die Hilfeleistung für einen Mitmenschen ohne danach zu fragen, wann dieser das gespendete Blut benötigt und wer es erhält. Der Empfänger steht immer inmitten einer Notsituation.

Auch die Röntgenreihenuntersuchung konnte in diesem Bericht nicht unangesprochen bleiben. Das Bayerische Oberste Landesgericht hat einen Beschluß erlassen, nach welchem das Röntgenreihengesetz einen Verstoß gegen Art. 2 Abs. 2 Satz 1 des Grundgesetzes beinhaltet (Schutz der körperlichen Unversehrtheit) und aus diesem Grunde zur Überprüfung der Verfassungsmäßigkeit dem Bundesverfassungsgericht vorgelegt wird. Das Bayer. Staatsministerium des Innern hat unterdessen seinen Willen bekundet, den rechtlichen Bedenken des Bayer. Obersten Landesgerichtes schon jetzt Rechnung zu tragen. Wie dies geschehen soll, ist noch unbekannt. Gespräche mit der Kammer wurden bisher darüber nicht geführt.

Die Fürsorgemaßnahmen für alte Ärzte. für Arztwitwen und Hinterbliebene legte der Referent den Delegierten besonders ans Herz. Die Zahl der Empfänger ist zurückgegangen, der Bedarf derer, die der Hilfe aber auch weiterhin benötigen, ist auf Grund der allgemeinen Teuerung höher geworden. Es sei eine Ehrenpflicht unseres Berufsstandes, gerade diesen Hilfebedürftigen so weit wie möglich beizustehen.

Mit der ihm eigenen Leidenschaftlichkeit widmete sich dann Dr. Sewering den Fragen der Bayerischen Ärzteversorgung. Mit berechtigtem Stolz konnte er auf die Erfolge seit dem Jahre 1955 hinweisen. Seither ist der Ausbau des Versorgungswerkes zügig vorangeschritten. Die Gefährdung des Nachwuchses für unsere Ärzteversorgung durch das Angestelltenversicherungs-Neuordnungsgesetz im Jahre 1957 konnte abgewehrt werden. Die angestellten Ärzte haben sich nahezu einmütig zu ihr bekannt. Auch die Gefahr, daß etwa das Bundesverfassungsgericht die Bayer. Ärzteversorgung als verfassungswidrig erklären könnte, liegt hinter uns. Die Satzung der Bayer. Ärzteversorgung verstößt nicht gegen das Grundgesetz. Wir sind dankbar, daß diese Klärung ein für alle Mal erfolgt ist.

Ende des vergangenen Jahres hat der Landesausschuß der Bayerischen Ärzteversorgung den Zuschlag für die Errechnung der Rente von 18 auf 20% beschlossen. Dieser Beschluß erforderte gründlichste Vorbereitung und hartnäckige Verhandlungen. Die Staatsaufsicht hat unterdessen ihre Zustimmung erteilt. Ab 1. Januar 1960 beträgt also der Zuschlag für die Rente 20% der zuschlagfähigen Beiträge, der der jährlichen Mindestrente von 1 200 DM hinzugerechnet wird. Die Bedeutung dieses Fortschrittes ist daraus ersichtlich, daß noch 1955 die Zuschlagsquote 14,3% betragen hat. Neue Ideen befruchten die Arbeit der beratenden Gre-

Der 13. Bayerische Ärztetag faßte auf Antrag des Abg. Dr. Klaus Dehler MdL die folgende Resolution:

„Im Interesse einer modernen Weiterentwicklung der Bayer. Anstaltspsychiatrie und der Herstellung gleicher Rechtsverhältnisse wie in allen anderen deutschen Bundesländern spricht sich der Bayer. Ärztetag für den Fortfall der Ablegung der Amtsarztprüfung als Anstellungsvoraussetzung für den ärztlichen Dienst in den Nervenkrankenhäusern aus.

Der Bayer. Ärztetag ist der Auffassung, daß die Weiterbildung zum Facharzt den Bedürfnissen der dort betreuten Kranken weit besser gerecht wird als die Ablegung der amtsärztlichen Prüfung."

Zu
Ruhe
und
Ausgeglichenheit
führt

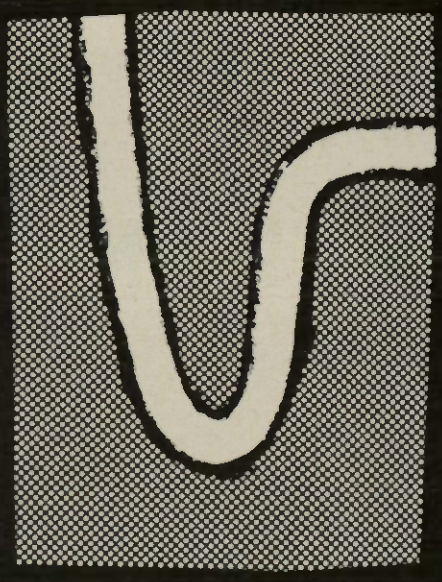
Vitanerton

Beruhigung am Tage · Erholsamer Schlaf in der Nacht
Frisches Erwachen am Morgen

50 Kerne DM 1.60 o. U. lt. AT.
100 ccm DM 1.40 o. U. lt. AT.
und weitere Packungsgrößen.

ARZNEI

DOLORGIET ARZNEIMITTELFABRIK BAD GODESBERG



Thrombose · Thrombophlebitis
varicöser Symptomenkomplex

Tropfen

Ossidal®

APOTHEKER MÜLLER ARZNEIMITTELFABRIK BIELEFELD

HOMBURG

CORDALIN®

Oxyoethyltheophyllin · Homburg ·

Ampullen • Suppositorien • Tabletten • Tropfen

Coronarinsuffizienz
Herzdekompensation

CORDALIN®-STROPHANTHIN

Oxyoethyltheophyllin · Homburg · + k-Strophanthin

Ampullen mit 1/6 mg und 1/4 mg
Suppositorien mit 1/2 mg

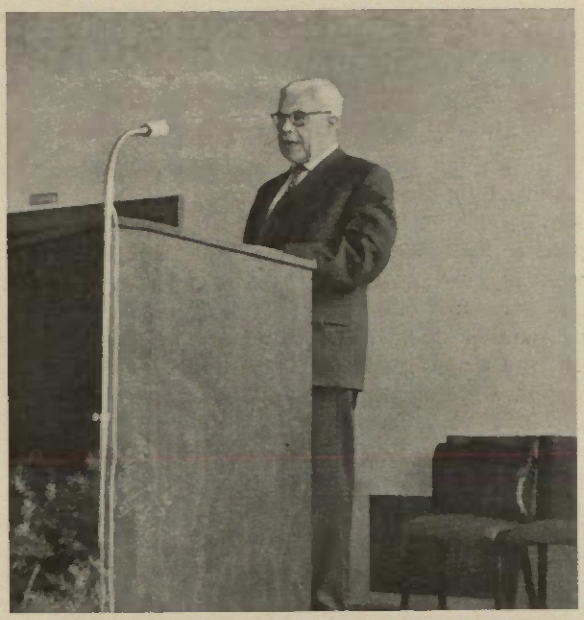
HOMBURG

CHEMIEWERK HOMBURG FRANKFURT/MAIN

mien. Der Landesausschuß hat bereits darüber beraten und in der letzten Sitzung beschlossen, ein freiwilliges Sterbegeld in Höhe von 10 000 DM in die Satzung der Bayer. Ärzteversorgung einzubauen, um damit einem dringenden Bedürfnis zu entsprechen. Die Verwaltung der Versorgungseinrichtung, die Versicherungskammer selbst und deren mathematische Abteilung, haben die Ausarbeitung der Pläne energisch unterstützt. Zwei Formen des zusätzlichen Sterbegeldes wurden angeboten: 1. als befristete Sterbegeldversicherung mit einer Laufzeit von 10 Jahren (Risiko-Sterbegeld) und 2. als normales Sterbegeld ohne zeitliche Befristung mit beschränkter Beitragszahlung, die mit Erreichung des 65. Lebensjahres oder bei Eintritt der Berufsunfähigkeit endet. Die Staatsaufsicht hat zu erkennen gegeben, daß dieser Beschluß des Landesausschusses z. Z. geprüft wird, und daß der Eindruck besteht, die mathematische Fundierung entspricht allen Voraussetzungen, so daß mit Einwendungen von seiten der Aufsichtsbehörde nicht gerechnet werden muß. Präsident Dr. Sewering gab seiner Hoffnung Ausdruck, daß die Kollegen in möglichst großer Zahl die nun eröffnete Möglichkeit einer erhöhten Sterbegeldversicherung bei der Bayerischen Ärzteversorgung zu günstigsten Prämienbedingungen nutzen.

Die zweckdienliche Anlage der Mittel unserer Ärzteversorgung konzentriert sich in letzter Zeit in besonderer Weise auf den Bau von Wohnungen in den Städten. Diese werden fast ausschließlich Mitgliedern der Bayer. Ärzteversorgung, insbesondere den angestellten Ärzten, zur Verfügung gestellt. Damit ist nicht nur der Zweck einer sicheren Kapitalanlage erreicht, sondern auch den Kollegen gedient, die infolge ihrer Berufsausbildung in einer Großstadt dort eine gute und preiswerte Wohnung benötigen. Gleiche Wohnbauprojekte sind in Würzburg, Nürnberg, Erlangen und Rosenheim vorgesehen.

Für den Arzt, der seine endgültige Niederlassung vollzogen hat, besonders für den in den Landbezirken, erscheint es von größter Wichtigkeit, sich so bald als nur möglich selbst ein Haus zu bauen. Abgesehen davon, daß er dadurch besser wohnen und unter günstigeren Bedingungen arbeiten kann, bedeutet dies für ihn eine echte Kapitalersparnis. Er erspart sich Miete und ist in der Lage, die dadurch freigewordenen Geldmittel dem eigenen Vermögen zuzuwenden. Das Bauen von Häusern bedeutet auch eine Maßnahme zur wirtschaftlichen Sicherung der Arztfamilie. Mittel der Bayer. Ärzteversorgung für diese Aufgabe bereitzustellen und den Mitgliedern einen Weg zu eröffnen, schneller und besser als bisher dieses Ziel des eigenen Hauses zu erreichen, war bewegendes Anliegen der Initiatoren. Diese Förderung gilt nicht nur dem Einfamilien-Arzthaus, sondern auch einem Haus mit mehreren Wohnungen, in dem aber der Arzt selbst wohnt. Bayer. Ärzteversorgung, die Landesbausparkasse und die Bayer. Gemeindebank wirken zusammen, um diesen Plan zu realisieren. Zwanzig Prozent der Erstellungskosten (das ist Wert des Grundstückes zuzüglich den voraussichtlichen Baukosten) benötigt der bauwillige Kollege selbst, sei es in Form eines Grundstückes, sei es als Bar- oder Wertpapierbesitz. Achtzig Prozent der Erstellungskosten werden durch die drei genannten Institute finanziert bzw. vorfinanziert. Der Kollege weiß wohl im allgemeinen vorher, was das geplante Bauvorhaben kosten wird. Sieht er, daß er



Der Vorsitzende des Finanzausschusses gibt den Finanzbericht

über 20% des Kapitalbedarfes verfügt, er benötigt dazu keinen Bausparbrief, kann er heute mit der Verwirklichung seiner Pläne beginnen. Die Bayerische Ärzteversorgung stellt eine 1. Hypothek zu dem bekannten Zinssatz von 6½% p. a. und einer Laufzeit von 33 Jahren zur Verfügung. Der Rest auf 80% wird von der Bayer. Landesbausparkasse gemeinsam mit der Bayer. Gemeindebank als sofort fälliger Zwischenkredit finanziert. Erst bei der Auszahlung des gewährten Zwischenkredites wird der Abschluß eines Bausparvertrages notwendig. Die dafür zu zahlenden Prämien dienen der Abdeckung des gestellten Zwischenkredits. Die Gesamtbelastung, die sich aus dieser Finanzierung ergibt, hält sich in überraschend günstigen Grenzen, da der Zwischenkredit mit 5½% p. a. zuzügl. einem Verwaltungskostenzuschlag zu verzinsen sind.

Hat der Arzt gebaut, kann er Zinsen für die gewährten Darlehen und Kredite als Betriebsausgaben abziehen. Er hat darüber hinaus die Vorteile des § 7b E. Str. G. in Form der erhöhten Abschreibmöglichkeiten und kann weiterhin im Rahmen seiner Sonderausgaben die Prämie für den Bausparvertrag unterbringen. Diese Steuerersparnismöglichkeiten helfen die entstandenen finanziellen Belastungen wesentlich leichter zu tragen. Berücksichtigt man dabei auch noch, daß der bauwillige Kollege schon Jahre früher Miete für Wohnung und Praxis erspart, wird die gewährte Hilfe in ihrer Bedeutung erst recht fühlbar. (Über diesen Plan und die Berechnung für einen Modelifall von 10 000 DM wird im Bayer. Ärzteblatt in einer der nächsten Nummern berichtet werden. Die Schriftleitung.)

Der Präsident der Bayer. Landesärztekammer beschloß sein Referat mit dem warm empfundenen Dank an alle Kollegen, die sich an der Arbeit der Landesärztekammer beteiligt haben und in ihrer Organisation mitarbeiten. Er dankte für ihr Bemühen, ihr bestes Wollen, für das kollegiale Verständnis wie für die Ehrlichkeit und Offenheit, durch die sich die Zusammenarbeit ausgezeichnet hat. Den bayerischen Kollegen zu dienen und an der Gestaltung ihrer Zukunft mitzuarbeiten, war das Ziel.

Über Fragen der Berufsgerichtsbarkeit

Referat von Vizepräsident Dr. G. Sondermann, gehalten vor dem 13. Bayerischen Ärztetag in Würzburg

Nachdem die Berufsgerichte neuerer Art nun fast 3 Jahre tätig sind (seit 1. August 1957), hat sich bei allen beteiligten Stellen das Bedürfnis nach einer Aussprache über die bisher gemachten Erfahrungen bemerkbar gemacht. So glaubten wir, dieses Thema in unserem heurigen Ärztetag bringen zu sollen und hoffen, damit in manchen Fragen Klarheit geben zu können und andererseits in der Aussprache Anregungen und Hinweise auf Schwierigkeiten und Verbesserungsnotwendigkeiten zu erhalten.

Es liegt im Wesen des Erfahrens, daß dieses wohl eine Sicherheit durch Routine gibt, aber doch auch angesichts der Fülle von erfahrenen Einzeltatsachen Unsicherheit entstehen läßt, Unsicherheit, und zwar hinsichtlich deren formaler wie sachlicher Bewältigung; auch manchen Zweifel an der Richtigkeit von Grundkonzeption und an deren Anwendbarkeit im alltäglichen Leben.

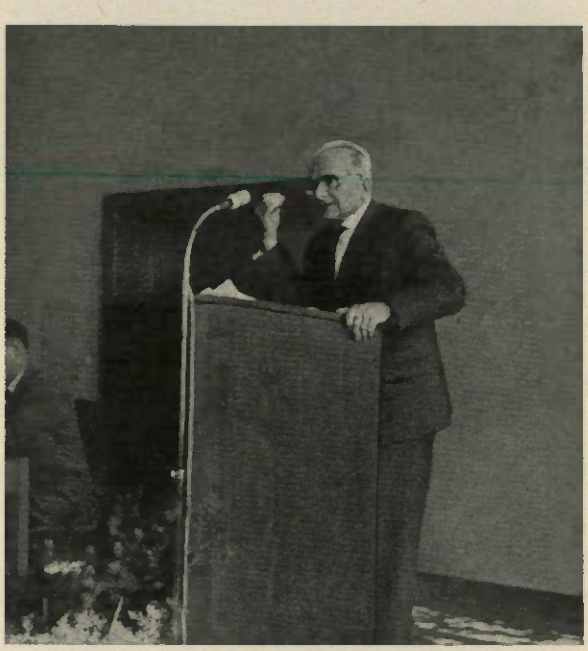
Solches alles haben auch wir gegenüber dem Teil des Kammergesetzes erlebt, der sich mit der Berufsgerichtsbarkeit befaßt. Um nun unsererseits Zweifel und Unsicherheit möglichst auszuräumen, haben wir die Herren der beiden Berufsgerichte bei den Oberlandesgerichten München und Nürnberg sowie die Herren des Landesberufsgerichts beim Oberstlandesgericht, dazu die Vertreter des Justiz- und Innenministeriums und der Regierungen zu einer Aussprache gebeten, zu welcher die meisten der geladenen Herren erschienen sind, und ich darf gleich dankend erwähnen, daß diese Aussprache sehr fruchtbar verlief und in einer Art und Weise, die uns zeigte, wie ernst die Berufsrichter sowohl wie die Vertreter von Ministerien und Regierungen unsere Standesangelegenheiten nehmen und wie sehr sie bemüht sind, gerade unsere ärztlichen Anschauungen zu Wort kommen zu lassen.

Sie, meine Damen und Herren Kollegen, erinnern sich wohl noch jener Debatten bei der Beratung des Kammergesetzes, in welchen die Sorge darum zum Ausdruck kam, es würden die rein formal-juristischen Anschauungen die ärztlichen Gesichtspunkte und Notwendigkeiten überrennen. Wenn uns nicht schon die bisherige Praktizierung der Berufsgerichtsbarkeit diese Sorge abgenommen hätte, so würde es diese Aussprache getan haben.

Natürlich wäre es ein Wunder, wenn es bei dem Zusammenspiel zweier so verschiedener Denkweisen, zu welchen Jurist und Arzt durch ihren Beruf erzogen sind, nicht zu Meinungsverschiedenheiten käme: Der Jurist denkt vom Allgemeinen ins einzelne, also deduktiv; er subsummiert unter einem rein formalen, allgemein gültigen Rahmen eine möglichst große Zahl von Einzelfakten, dieweilen der Arzt vom Einzelfall ausgehend induktiv nach einer möglichst allgemein gültigen Regel sucht, aber gerade in seiner Arbeit es immer wieder erlebt, daß für ihn der Einzelfall sich nie in eine allgemein gültige Regel zwängen läßt, was sich dann ja oft bei Beurteilungen von Berufspflichtvergehen zum Erstaunen der Juristen in einer allzu starken Betonung und Berücksichtigung der individuellen Umstände, also in einer allzu großen Milde, kund tut.

Der Arzt ist von Haus aus in formalistischen Dingen ein Schlamper, und durch die ihm aufgezwungenen Paplerkriege ist er gegen alle formalen Anforderungen recht allergisch geworden. Dieses machte sich bei den Antworten bemerkbar, die wir bei dieser Aussprache auf unsere Frage von seiten der Berufsrichter bekamen, was wir denn, d. h. die Standesvertretung, die Ärztlichen Kreisverbände, im Formalen bei Anträgen auf Einleitung von berufsgerichtlichen Verfahren falsch machen.

Es liegt in der Natur der Sache, daß diese formalen Fehler sich in der 1. Instanz, also bei den Oberlandesgerichten, besonders bemerkbar machen. Zumal am



Vizepräsident Dr. Gustav Sondermann

Anfang mußten viele sogen. Anträge zurückgegeben werden; denn diese Anträge waren zum Teil nur Schreiben mit ca. vier Zeilen über die Personalien des Arztes, das übrige solite sich aus den Beilagen, z. B. Briefen von Ärzten und sonstigen Schriftstücken, ergeben. Damit aber entscheiden die Kreisverbände nicht selbst darüber, ob eine Berufspflichtverletzung vorliegt oder nicht, sondern sie geben die Sache als eine Art Durchgangsstation an die Berufgerichte weiter, die dann die Ermittlungen ergeben sollen. Die Ärztlichen Kreisverbände übersehen dabei, daß der Antrag auf Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens ja dem beschuldigten Arzt zugestellt werden muß. Dieser Arzt muß ins Bild gesetzt werden, worin die Berufsvertretung seine Berufspflichtverletzung sieht; es muß schon der Kreisverband ein abgeschlossenes Bild der Beschuldigung dem Berufsgericht vorlegen, so daß das Gericht und auch der Arzt genau wissen: In dieser Hinsicht wurde nach der ärztlichen Standesansicht, aus der ja die Berufsordnung hervorgeht, ge-

fehlt. Es muß genau gekennzeichnet werden, welches Tun und Unterlassen des Arztes nach Auffassung der Berufsvertretung abgeurteilt werden soll, da ja der beschuldigte Arzt sofort in der Lage sein soll, dazu Stellung zu nehmen. Diese Einzelheiten fehlen jedoch oft. Natürlich muß der Sachverhalt nicht nochmal aufgeführt werden, wenn ein rechtsgültiges Urteil seitens eines Strafgerichtes vorliegt; dann muß nur auf dieses Urteil hinverwiesen werden. Wenn es dagegen Fragen sind, bei denen der beschuldigte Arzt zweifeln kann, was ihm zur Last gelegt werden soll, z. B. wegen Veröffentlichung von Zeitungsartikeln, unzulässigen Arztschildern usw., müssen auch die näheren Umstände aufgeführt werden.

Es stand bei der Beratung über das Kammergesetz lange zur Debatte, ob nicht eine Staatsanwaltschaft eingeschaltet werden soll; aber die Ärzte lehnten dies ab, sie wollten die Entscheidung über Berufspflichtverletzungen selbst treffen. Die Konsequenz daraus ist natürlich, daß nun die Berufsvertretung selbst in diesen Verfahren die Staatsanwaltschaft darstellt, selbst der Motor sein muß, der das berufsgerichtliche Verfahren antreibt. Deswegen ist sie ja eine öffentlichrechtliche Berufsvertretung, welche die Berufsaufsicht über die Ärzte führt. Diese realisiert sich dadurch, daß sie vorschreibt, in leichteren Fällen sind Belehrungen zu erteilen oder Ordnungsstrafen zu verhängen und nur in schweren Fällen ist sie verpflichtet (verpflichtet!), das Vergehen in einem berufsgerichtlichen Verfahren ahnden zu lassen. Die Berufsvertretung kann nicht sagen: Ich lasse diese Frage offen, sondern sie muß sich, wenn ihr eine Berufspflichtverletzung zur Kenntnis gelangt, entscheiden, ob sie den Tatbestand als gegeben ansieht und ob ein Antrag gestellt werden muß. Sie muß also wie die Staatsanwaltschaft einen hinreichenden Verdacht haben und absolut sagen können: Ich halte es als für 50% wahrscheinlich, daß sich der Sachverhalt so zugetragen hat.

Von seiten der Berufungsinstanz wurde beanstandet, daß sie von der Berufsvertretung oder von den betreffenden Ärzten Schreiben bekomme in der Form: „Ich lege Berufung ein, denn das Urteil ist unrichtig." Bittet die Berufungsinstanz dann darum, die Beschwerde zu begründen, dann dauert es unwahrscheinlich lange bis die Begründung eingeht oder sie bekommt überhaupt keine. Es ist also notwendig, daß die Beschwerde- oder Berufungsführer ihre Rechtsmittel begründen.

In diesem Zusammenhang wurde auch von beiden Berufsgerichten beanstandet, daß nur ganz selten der Vertreter des klagenden Kreisverbandes in der Verhandlung vor Gericht erscheint und wenn, dann sagt er nicht als Antragsvertreter oder als Anklagevertreter aus, sondern dann erscheint er gar als Verteidiger. Er fällt kein hartes Wort über den Beschuldigten; man merkt genau das persönliche Verhältnis, das besteht, wenn sich die Kollegen Auge in Auge gegenüberstehen. Es hat noch kein Kreisverbandsvorsitzender gesagt: Bestrafen Sie den Mann, er hat Unrecht getan, sondern meistens sprechen dann die Vertreter, wenn sie überhaupt vorhanden sind, in allem zum Guten. Aber, wie die Dinge liegen, beleuchten sie nicht. Für die Rolle des Staatsanwalts ist der Kreisverbandsvorsitzende völlig ungeeignet.

Zu der formalen Frage wurde auf den ausgezeichneten Kommentar zu Art. 19 des Kammergesetzes von Herrn Reg.-Dir. Weissauer hingewiesen. Nach diesem Muster sollte man eben verfahren. Die Ärztlichen Kreisverbände müßten sich nur einmal die Mühe machen, diesen Kommentar richtig durchzustudieren. Es wurde vorgeschlagen, hier die Bezirksverbände einzuschalten, doch äußerte sich ein ärztlicher Berufsrichter dahingehend, daß er dafür sei, die Erstermittlungen sollten beim Kreisverband bleiben. So können sich die Kollegen schlüssig werden, ob sie den Kadi bemühen wollen oder nicht. Vielleicht würde dann manche Kleinigkeit nicht auf die Spitze getrieben werden, sondern würde sich eher im kleinen Kreis erledigen lassen, und es würde nicht ein Apparat in Gang gesetzt werden, der sehr viele Kosten verursacht. In Zweifelsfällen könne man ja die Landesärztekammer fragen, bevor das Berufsgericht angerufen wird. Der Kollege hat es für wichtig gehalten, daß man von dieser Zwischeninstanz der Befragung reichlich Gebrauch macht, um unnötige Verfahren abzubiegen oder in eigener Instanz erledigen zu können.

Durch eine stärkere Heranziehung der Bezirksverbände oder der Landesärztekammer gebe sich eine gleichmäßige Handhabung, denn die Verfahren haben ja Anspruch auf Einheitlichkeit. Bis jetzt ist aber von einer solchen Einheitlichkeit noch keineswegs die Rede. Um eine solche herbeizuführen, wird es noch der Geduld und des guten Willens der Zusammenarbeit zwischen Kreisverbänden, Bezirksverbänden und der Landesärztekammer bedürfen. Auf keinen Fall geht es an, daß heute noch Kreisverbände einen Arzt, der wegen Opiumvergehens im Rückfall mit 600.— DM bestraft wurde, mit einer einfachen Belehrung davonkommen lassen oder gar eine mit 2 Jahren Gefängnis bestrafte Abtreibung als Bagatellsache behandeln möchten.

Damit sind wir aber zu der schwierigen Frage gekommen nach der Grenze der Berufspflichtverletzung: ob eine schwere, eine leichte Verfehlung vorliegt, ob es mit einer Belehrung abgeht, oder ob ein Antrag beim Berufsgericht gestellt werden muß. Darüber muß sich die Berufsvertretung entscheiden: In leichteren Fällen darf sie keinen Antrag an das Berufsgericht stellen, sondern muß selbst belehren oder eben entsprechend eine Ordnungsstrafe verhängen, oder das Verfahren ein-

stellen. Liegt aber ein schwerer Fall vor, so muß der Antrag pflichtgemäß an das Berufsgericht gestellt werden. Es liegt also dann nicht mehr im Belieben des Kreisverbandes, ob er einen Antrag stellen will oder nicht, sondern es besteht eine Antragspflicht. Es gilt hier der Grundsatz des Verfolgungszwangs. In Zukunft wird die Kammer gezwungen sein, bei Kreisverbänden, die sich diesem Verfolgungszwang nicht beugen wollen, von sich aus den Antrag auf Einleitung eines Berufsgerichtsverfahrens notfalls selbst zu stellen.

Es ist von Interesse, daß der Vertreter des Landesberufsgerichts sich dahin äußerte, daß die Frage, ob eine Berufspflichtverletzung vorliegt oder nicht, ob es eine leichte oder schwere ist, überaus schwer zu treffen sei, insbesondere von der Berufsvertretung. Ihm sei bei dieser Abgrenzung vor allem eines aufgefallen, daß häufig Bagatellsachen zu den Berufsgerichten kommen, obwohl man sagen müßte, hier hätte die Sache ohne gerichtliches Verfahren erledigt werden können. „Wir haben immer wieder mit Fällen zu tun, bei denen wir sagen müssen, das hätte ohne weiteres vom Kreisverband selbst erledigt werden können." Gerade die Berufungsinstanz sieht in der Tatsache, daß in den meisten Fällen kein Vertreter der Berufsvertretung anwesend ist, eine Schwierigkeit, von sich aus nun über den Fall zu entscheiden. Er bittet deshalb darauf hinzuwirken, daß in den Verhandlungen die Berufsvertretungen wirklich vertreten sind. Es braucht ja nicht der Vertreter des Kreisverbandes zu sein; er kann sich vertreten lassen etwa durch die Landesärztekammer. Diese Bagatellfälle ließen hie und da den Eindruck aufkommen, als ob sich die Berufsvertretung scheuen würde, die Sache mit den Beschuldigten persönlich zu verhandeln und sie evtl. zu belehren. In der Debatte schien darüber keine Klarheit erzielt werden zu können, ob die Berufsgerichte solche Bagatellfälle mit dem Bemerken zurückweisen können, daß keine Antragstellung erforderlich ist, sondern daß die Berufsvertretung nach Art 19 Kammergesetz zu belehren hat; denn das Berufsgericht muß ja von der Annahme ausgeben, daß der Ärztliche Kreisverband den Fall bereits entsprechend geprüft hat. Das Berufsgericht könnte also nur in diesem Sinne zurückweisen, wenn festgestellt wird, daß eine Prüfung nach Art. 19 nicht erfolgt ist.

In dieser doch oft sehr schwierigen Frage darf ich noch einmal unter Hinweis auf die ausgezeichneten Erläuterungen von Reg.-Dir. Weissauer folgendes ausführen: Die nähere Richtlinie für die Abgrenzung zwischen schweren und leichten Verletzungen muß in der Zweckbestimmung des Gesetzes gefunden werden, die Ordnung und Sauberkeit innerhalb des Berufsstandes durch die Ahndung von Pflichtverletzungen sicherzustellen. Dieser Zweck kann nur erreicht werden, wenn Disziplinarmaßnahmen in einem angemessenen Verhältnis zu der Schwere der Pflichtverletzung stehen. Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Verletzung der Berufspflichten bestehen in den in der Berufsordnung nicht näher geregelten Fällen beispielsweise regelmäßig dann, wenn der Arzt wegen eines vorsätzlich begangenen Vergehens oder wegen eines Verbrechens strafgerichtlich verurteilt worden ist. Ein Verstoß gegen die Berufspflichten wird in diesen Fällen dann zu bejahen sein, wenn der Handlungsweise eine nach allgemeinen Ehrbegriffen unanständige Gesinnung zugrunde liegt. Bei Handlungen, die nicht unmittelbar die Berufsausübung betreffen, wird dabei auch zu berücksichtigen sein, ob das Verhalten des Arztes in der Öffentlichkeit bekannt geworden ist und damit zu einer Schädigung des Ansehens des ärztlichen Berufsstandes geführt hat.

Im übrigen scheitert natürlich eine abstrakte Grenzziehung sowohl an der Vielfalt der denkbaren Sachverhalte, die einer klaren tatbestandsmäßigen Erfassung der Berufsordnung nur teilweise zugänglich sind, als auch vor allem an der Erfordernis, die Schuldform (vorsätzliche oder fahrlässige Verletzung), die besonderen Tatumstände (z. B. außergewöhnlich schlechte wirtschaftliche Verhältnisse des Arztes zum Zeitpunkt der Tat), wie auch die Persönlichkeit des Arztes (z. B. bisher tadelloses Verhalten) zu berücksichtigen.

Ab und zu wird der Einwand erhoben, die Berufsgerichte hätten bei der Verfolgung von Pflichtverletzungen der Ärzte keine interne Ordnung, sondern lediglich die Interessen Dritter zu schützen. Jedoch geht dieser Einwand insofern fehl, als wohl die Verfolgung von Pflichtverletzungen letztlich der Sicherung einer geordneten ärztlichen Versorgung durch einen funktionsfähigen Ärztestand dient, daß aber dabei doch sehr wohl die Ordnung innerhalb des Berufsstandes geschützt wird. Das ergibt sich ja auch schon daraus, daß bei einem großen Teil der Verstöße eine Verletzung oder auch nur eine Gefährdung außenstehender Dritter von vorneherein nicht in Frage steht (z. B. Schutz der Kollegialität).

Auch hier wird sich erst durch eine enge Zusammenarbeit zwischen Kreisverband, Bezirksverband und Landesärztekammer eine möglichst gleichmäßige Beurteilung der Schwere der Berufspflichtverletzungen ergeben. Wie es heute ist, zeigt die Diskussionsbemerkung eines der Berufsrichter: „Eine andere Sache ist die gleichheitliche Behandlung dieser Frage in unserem ganzen bayerischen Gebiet. Wir haben die Erfahrung gemacht, daß von einer Berufsvertretung ein Autounfall unter Alkoholeinfluß, der vom Strafgericht bestraft wurde, nun noch vor das Berufsgericht kommt. Ein anderer schwerer Fall wird von einem anderen Kreis- oder Bezirksverband überhaupt nicht zur Anzeige gebracht, der Täter wird nicht einmal belehrt. Die Regierungen, die ja ebenfalls den Antrag an das Berufsgericht stellen können, stellen in einem Bezirk einen Antrag und in einem anderen Bezirk wieder nicht. Ich weise darauf hin, daß eine ganze Reihe von Fällen, die wegen Abtreibung, Opiumvergehen usw. abgeurteilt waren, nicht vor das Berufsgericht gebracht wurden. Das ist sehr kummervoll, denn die Einheitlichkeit und Gleichheit vor dem Gesetz kann dadurch verletzt werden." So stehen wir vor der Tatsache, daß einerseits Bagatellfälle an das Berufsgericht gegeben werden, andererseits Fälle, die zweifellos eine schwere Berufspflichtverletzung darstellen, gar nicht zum Berufsgericht gelangen.

Im Hinblick auf diese letztere Tatsache, stellt ein ärztlicher Berufsrichter die Frage: „Liegt in dem Verhalten dieses Kreisverbandes nicht eine Verletzung des Kammergesetzes?" Hierauf kann nur geantwortet werden: Es liegt hier natürlich eine Verletzung des Kammergesetzes vor, denn nach Art. 19 (3) ist der Vorstand des Ärztlichen Kreisverbandes verpflichtet, schwere Verletzungen der Berufspßichten durch Antrag auf Einleitung eines berufsgerichtlichen Ver-

fahrens zu verfolgen und da nach § 2 der Berufsordnung der Arzt die von ihm in der Berufsvertretung übernommenen Aufgaben gewissenhaft zu erfüllen hat, muß der Vorsitzende eines Kreisverbandes bei Verletzung der Verfolgungspflicht damit rechnen, daß er selbst vor das Berufsgericht kommt.

Durch eine Diskussionsbemerkung des Vertreters der Zahnärztekammer, der als Gast anwesend war, kam die Frage des Aufsichtsrechts noch einmal in die Debatte. Seine Kammer wäre bereit, in einem Falle der Weigerung einer Untergliederung ein berufsgerichtliches Verfahren zu beantragen auf diese einen massiven Druck auszuüben und auf ihr Aufsichtsrecht zu pochen. Er bat die Vertreter der Ministerien, falls sich die Untergliederung darüber beschweren sollte, daß sie die Zahnärztekammer durch Bestätigung ihrer Einstellung unterstützen würde. Auch bat er um die Versicherung, daß die Landeszahnärztekammer unter Umständen nicht mit einer Dienstaufsichtsbeschwerde rechnen müßte, falls ihr von einem Bezirksverband vorgeworfen würde, daß sie ihr Aufsichtsrecht überschreite. Sowohl der Vertreter des Innenministeriums wie des Justizministeriums stellten sich auf den Standpunkt, daß die Ärztekammer das Aufsichtsrecht hat und daß der Kreisverbandsvorsitzende verpflichtet ist, wenn er eine Funktion ausübt, diese auch gewissenhaft zu erfüllen. Selbständigkeit der Untergliederungen geht nicht so weit, daß sie sich widersetzen können. Der Vertreter des Innenministeriums betonte ausdrücklich, daß, wenn einmal ein solcher Fall einer Dienstaufsichtsbeschwerde eintreten sollte, die Kammern keinesfalls alleine stehen würden; ihr Aufsichtsrecht sei unbestritten.

In letzter Zeit sind einige Regierungen dazu übergegangen, von sich aus jeden durch ein Strafgericht verurteilten Fall automatisch den Berufsgerichten zu übergeben. Dies hat ebenfalls zu der beklagten Uneinheitlichkeit der Rechtssprechung beigetragen, ja es wurde dem Kreisverband z. B. damit die Möglichkeit genommen, einen Fall, der leichterer Art ist, in seinem Bereich durch eine Belehrung zu erledigen. Es wurde deshalb an die Vertreter der Regierungen die Bitte ausgesprochen, sich darauf zu beschränken, die Berufsuntersagungsverfahren durchzuführen und die Antragstellung bei den Berufsgerichten den Berufsvertretungen zu überlassen. Daraufhin versicherte der Vertreter des Innenministeriums, daß auch das Ministerium der Auffassung sei, daß das Vorrecht der Antragstellung der Standesvertretung zukomme, und nur für gewisse Fälle sollte es der Regierung vorbehalten bleiben. Über diese Frage soll im Ministerium eine Besprechung mit dem Regierungsreferenten stattfinden, und man hofft, damit zu einer befriedigenden Lösung zu kommen.

Einen Gewissenskonflikt bereitet vielen Kollegen die Frage, ob ein Vergehen zweimal bestraft werden kann, ob diese Tatsache, daß ein Kollege sowohl vom Strafgericht wie vom Berufsgericht wegen ein und desselben Deliktes bestraft wird, nicht gegen den Grundsatz „ne bis in idem" verstoße. Die Kollegen glauben, daß hier gerade die Ärzte durch die Schaffung der Berufsgerichtsordnung unter ein Sondergesetz gestellt sind, vergessen aber dabei, daß dies ebenfalls bei den Beamten und bei den Rechtsanwälten der Fall ist. Das im berufsgerichtlichen Verfahren zu würdigende Verhalten des Arztes kann neben der Verletzung der ärztlichen Berufspflichten auch einen Verstoß gegen allgemeine Rechtspflichten oder gegen Pflichten aus besonderen Gewaltverhältnissen anderer Art beinhalten. Es kann deshalb Gegenstand eines oder mehrerer Verfahren sein, die mit dem berufsgerichtlichen Verfahren zusammentreffen. Der Grundsatz des „ne bis in idem" steht dem nicht entgegen, weil das Strafverfahren auf einer Verletzung der für alle Staatsbürger verbindlichen Rechtsordnung beruht, im berufsgerichtlichen Verfahren dagegen Verstöße gegen die mit der ärztlichen Berufsausübung verbundenen besonderen Pflichten verfolgt werden.

Auch nach Auffassung des Gesetzgebers steht die strafrechtliche Verfolgung der Tat nicht der berufsgerichtlichen Verfolgung entgegen. Dies ergibt sich deutlich aus der Verfahrensregelung in Art. 52 des Ka.Ges., nach welchem die Erhebung der öffentlichen Klage im Strafverfahren den Fortgang eines berufsgerichtlichen Verfahrens aussetzt bis zur Beendigung des Strafverfahrens. Dann kann das berufsgerichtliche Verfahren fortgesetzt werden, auch dann, wenn der Beschuldigte im Strafverfahren freigesprochen wurde. Dies allerdings nur unter der Voraussetzung, daß der Sachverhalt, ohne den Tatbestand eines Strafgesetzes zu erfüllen, ein Berufsverfahren enthält.

Ich glaube, es ist notwendig, in diesem Zusammenhang die Härte des Kausalnexus, der hier besteht, uns wieder einmal ganz deutlich zu machen. Ein Arzt z. B., der zugleich Beamter ist, befindet sich in drei Pflichtenkreisen. Führt ein von ihm begangenes Vergehen zur erheblichen strafrechtlichen Ahndung, so hat er als Beamter die disziplinären Folgen in einem gesonderten Verfahren zu tragen. Wird er hier als Beamter relegiert, so ist nicht einzusehen, daß er dann noch im ärztlichen Beruf belassen werden oder zum mindesten hinsichtlich seiner Pflichten als Arzt unbehelligt bleiben soll.

Oder wenn wir alle die tristen Möglichkeiten einer Verfolgung auffädeln wollen, so finden wir deren fünf, mit denen ein straffällig gewordener Arzt belastet werden kann:

a) Die Verfolgung als strafbare Handlung in einem Strafverfahren,

b) die Verfolgung als Berufspflichtverletzung in einem Berufsgericht oder als Dienstvergehen in einem beamtenrechtlichen Disziplinarverfahren,

PROTENZYM
SALBE LYSSIA · PUDER LYSSIA
LYSSIA-WERKE · WIESBADEN
Fermentative Ausräumung
in **saurem** Milieu!
Mit **spontanen** Erfolgen
selbst in hartnäckigen Föllen von
NEKROSEN-REZIDIVEN-ULCERA

Stellungnahme zur Krankenversicherungsreform

Köln (ÄPI) — Die Pressestelle der Deutschen Ärzteschaft teilt zu den heutigen Beschlüssen der CDU/CSU-Fraktion des Deutschen Bundestages zur Krankenversicherungsreform mit:

Die Ärzteschaft wird die heute bekanntgegebenen Beschlüsse der CDU/CSU-Fraktion des Deutschen Bundestages zur Krankenversicherungsreform sehr genau auf ihre Tragweite und Durchführbarkeit prüfen. Die Ärzteschaft wird keiner Lösung zustimmen, durch welche die ärztliche Versorgung der Versicherten beeinträchtigt wird, und sie wird keine Lösung akzeptieren, durch welche die freiberufliche Unabhängigkeit der Kassenärzte und ihre bisherige Rechtsstellung in der sozialen Krankenversicherung in Frage gestellt werden.

c) als schwere strafrechtliche oder sittliche Verfehlung (Frage des Berufsverbots durch die Regierung),

d) als Verletzung der kassenärztlichen Pflichten im Disziplinarverfahren,

e) können bei Verletzung der Pflicht zur gewissenhaften Behandlung oder bei einem Verstoß gegen die Fortbildungspflicht noch weiter zugleich zivilrechtliche Schadensersatzansprüche des Patienten gegen den Arzt aus Vertrag, Geschäftsführung ohne Auftrag oder aus unerlaubter Handlung folgern und damit zum Gegenstand eines Zivilprozesses werden.

Es wäre zu wünschen, daß die Kollegen in einer Stunde der Versuchung sich all dieser schlimmen Folgen bewußt wären, die Leid und Not über sie selbst wie besonders über ihre Familien bringen. Es ist ja auch eine pädagogische Absicht, daß das „Bayerische Ärzteblatt" laufend Berufsgerichtsurteile veröffentlicht und so zu seinem Teil mit beitragen möchte, die Kollegen vor solchen Folgen zu bewahren. Freilich wäre die Voraussetzung für den Erfolg solcher Bemühung, daß diese Urteile, wie überhaupt die Beiträge im „Bayerischen Ärzteblatt", auch gelesen werden.

Zum Abschluß der Verhandlung wurde noch über einige Einzelpunkte gesprochen, die ich doch in Kürze noch erwähnen möchte als Beitrag und Anregung zur Diskussion. Der § 34 der Berufsordnung (Beschränkung der Fachärzte auf ihr Gebiet) wird, wie vorauszusehen, in Zukunft die Berufsgerichte mehr als bisher beschäftigen. Als Beispiel wurde angeführt der Fall eines Zahnarztes, der die Bezeichnung „Fachzahnarzt für Kieferorthopädie" führt, der sich aber nicht auf dieses Fachgebiet beschränkt. Der Zahnarzt wurde in 1. Instanz verurteilt. Das Urteil wurde durch das Landesberufsgericht jetzt bestätigt. Wenn auch die Gründe, die das Landesberufsgericht für die Zulässigkeit dieser Beschränkung angeführt hat, schon weitgehend stichhaltig erscheinen, so ist doch bei Anrufung des Bundesverfassungsgerichts bei dessen weitgehender liberalen Auslegung insbesondere des Art. 12 des Grundgesetzes nicht mit voller Sicherheit zu sagen, wie diese Entscheidung ausfallen wird.

Eine Lücke in unseren gesetzlichen Bestimmungen wird auch darin gesehen, daß ein Arzt nach jahrelangem Berufsverbot bei dessen Aufhebung sich sofort wieder niederlassen kann, ohne daß die Frage geprüft wird, ob dieser Arzt überhaupt noch imstande ist, seinem Können und seiner Übung nach eine ärztliche Praxis auszuüben. Ein praeter propter paralleler Fall ist ja auch in der doch recht häufig geübten Tatsache zu sehen, daß ein Facharzt, also ein doch einseitig ausgebildeter Arzt, sich umständehalber als praktischer Arzt niederläßt, obwohl er die Voraussetzungen für eine allgemeine Praxis häufig nicht hat.

Schwierigkeiten gibt es auch immer wieder in Kneippbädern durch die Vorträge, die, wie ein ärztlicher Richter bemerkte, für viele Leute zur Therapie eben gehören. Hier ist die Grenze oft außerordentlich schwierig abzustecken, wo das Recht der freien Meinungsäußerung aufhört und die Propaganda für die eigene Praxis anfängt. Die Freiheit der Meinungsäußerung steht natürlich nicht zur Erörterung, aber die Methode, wie diese oft praktiziert wird. Der Vortrag als solcher ist keine Verletzung der Berufspflichten. Vielleicht könnte die Berufsordnung gewisse Voraussetzungen aufstellen für solche Vorträge und ähnliche Probleme bezüglich der Werbung. So wie für das Arztschild gewisse Beschränkungen gelten, könnte man bei diesen Vorträgen vielleicht in der Berufsordnung auch noch gewisse Abgrenzungsmerkmale bringen. Man war sich aber klar darüber, daß dies außerordentlich schwer ist und daß hier der einzelne Fall immer wieder besonders gewürdigt werden muß.

Es wurde natürlich auch über die verhältnismäßig hohen Kosten für das Berufsgericht gesprochen und darauf hingewiesen, daß man eben Lappalien nicht vor das Berufsgericht bringen sollte und auf die Notwendigkeit einer Änderung des Kammergesetzes hingewiesen. Nach den Vorschriften der Strafprozeßordnung muß das Landesberufsgericht in voller Stärke zusammentreten, z. B. wenn von einer Partei ein Richter abgelehnt wird oder ein Zeuge kurz vor der angesetzten Verhandlung verzogen ist. Es müßte die Möglichkeit gegeben werden, ein Beschlußgremium einzubauen mit 3 Mitgliedern des Berufsgerichts, von denen eines als nichtrichterliches Mitglied nach Möglichkeit aus München benannt werden sollte. Hiedurch könnten manche Kosten erspart werden. Diese Rücksicht auf die Kosten sollte aber nicht daran hindern, zur Klärung grundsätzlicher Fragen häufiger als bisher von seiten der Antragsberechtigten von der Möglichkeit der Berufung Gebrauch zu machen, da man nur so zu einer Interpretation der Berufsordnung und zu der notwendigen Unterrichtung der Ärzteschaft gelangen kann.

Anschrift des Verfassers: Emskirchen über Neustadt/Aisch.

Betrifft: Polioimpfung

Wir machen darauf aufmerksam, daß von der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung e. V. neue Richtlinien für den Impfarzt herausgegeben wurden. Punkt 6 der Beilage zum Merkblatt 14 muß hinsichtlich der Dosierung des Impfstoffes dahingehend berichtigt werden, daß nicht nur beim belgischen Impfstoff R.I.T., sondern auch beim

POLIO-IMPFSTOFF „Bayer" und dem Impfstoff der BEHRING-WERKE die Einzelgabe 0,5 ccm beträgt.

Es wird dringend empfohlen, vor der Impfaktion die Gebrauchsanweisung des betreffenden Impfstoffes genau zu beachten.

Die Neuordnung des Krankenhauswesens und ihre Bedeutung für die ärztliche Berufsstruktur

Von Dr. Klaus Dehler, MdL

Die Situation des deutschen Krankenhauswesens, besonders die Frage, ob die Kapazität, die Organisation, die Arbeitsmethodik und vor allem die personelle Besetzung unserer deutschen Krankenhäuser dem heutigen Bedarf und dessen Entwicklung in der überschaubaren Zukunft noch gerecht werden können, ist in den Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion gerückt. Sie beschäftigt die Publizistik, die politischen Parteien und Parlamentsfraktionen, die Verbände der Krankenhausträger und nicht zuletzt die Betroffenen, Patienten und Ärzteschaft. Es gibt eine Unzahl von Denkschriften und Hilferufen, an die dringlichen Appelle der Deutschen Krankenhausgesellschaft und — auf den eigenen bayerischen Raum bezogen —, die Vorlagen der beiden größten Gemeinden München und Nürnberg in letzter Zeit, sei erinnert.

Natürlich spielt sich diese Diskussion im Bereich der soziologischen Grundgegebenheiten der Gegenwart ab: Bei jeder Aussage und Feststellung, bei jeder Forderung und jedem Planungsvorschlag muß daran gedacht werden, daß wir in einer Zeit leben, in der das Streben nach größtmöglicher Sicherheit und vor allem nach technischer und organisatorischer Perfektion das Bewußtsein mitbestimmt und die früher wohltuende Hemmung idealer Wunschvorstellungen durch die materiellen Gegebenheiten hinter die durch die öffentliche Meinung erzwungene Forderung zurücktritt, daß theoretisch Vorstellbares schon heute verwirklicht sein müßte. Die Schlagworte vom „Patienten Krankenhaus" oder „kranken Krankenhaus" lassen manchmal auch über Laienkreise hinaus die Vorstellung aufkommen, daß wir ein „sozial unterentwickeltes Gebiet" seien und die Dinge dicht am Rande der Katastrophe stünden. Es sei mir daher erlaubt, wenigstens in kurzen Umrissen die Situation aufzuzeigen, und damit eine reale Ausgangsbasis für unsere Überlegungen zu schaffen.

Gibt es einen Bettenmangel?

Vor 80 Jahren standen in Deutschland auf 1000 Einwohner 1,7, vor 40 Jahren 5,4, heute 10,7 Krankenhausbetten zur Verfügung. Eine stürmische Entwicklung! In der Bundesrepublik verfügen wir pro Kopf über mehr Betten als in vergleichbaren anderen europäischen und außereuropäischen Ländern. Trotzdem erschallen immer wieder Notrufe über Schwierigkeiten oder Unmöglichkeiten der Krankenhausaufnahme, über Aufnahmesperren, in Form aufrührender Presseartikel. Nach einer Verlautbarung der Bundesregierung soll der Fehlbestand an Betten in der Bundesrepublik 180 000, nach einer solchen der Deutschen Krankenhausgesellschaft 30 000 betragen. Nach meiner Meinung sind wohl beide Zahlen reichlich hoch gegriffen.

Warum aber Bettenschwierigkeiten bei einer relativ günstigen Gesamtbettenzahl? Nicht nur in unserem eigenen Bundesland — hier aber besonders — finden wir schon bei grober Betrachtung eine deutliche Fehlstruktur des Krankenhauswesens durch eine ungünstige regionale Verteilung der Krankenhausbetten. Deutlich gesagt: Wir finden mancherorts ein Überangebot an Betten, dagegen in den Zentren der Bevölkerungsballung einen Mangel. Eine Statistik der Bayerischen Staatsregierung über die Ausnutzungsquote der vorhandenen Krankenbetten bestätigt diese Annahme voll. Während in den Großstädten die Quote um 100% liegt, ist die Ausnutzung der Krankenhausbetten in kleineren Häusern, vor allem auf dem flachen Lande, oft ausgesprochen schlecht. Weiter fehlen in einem sehr hohen Maße Pflegebetten, das Krankenhaus ist durch Pflegepatienten verstopft. Dieses Problem rührt an die Einstellung der Bevölkerung zum

Dr. Klaus Dehler, MdL, bei seinem Referat

Krankenhaus schlechthin. Es ist und wird heutzutage in einem zunehmenden Maße zur Gewohnheit, alte und sieche, aber nicht unbedingt krankenhausbehandlungsbedürftige Patienten, mangels ausreichender Pflegewilligkeit und Pflegemöglichkeit, dem Krankenhaus zu übergeben, und so diesem die Schwierigkeiten einer Heimunterbringung aufzubürden. Seine Betten sind dadurch für beachtliche Zeit unsachgemäß beansprucht. Es fällt darüber hinaus auf, daß die durchschnittliche Verweildauer in den westdeutschen Krankenhäusern mit ungefähr 26 Tagen erheblich über der vergleichbarer anderer Länder liegt. Nach mir zugänglichen Zahlen rechnet man in Schweden mit 18, in Holland mit 15, in den Vereinigten Staaten sogar nur mit 7,8 Tagen. Sicher mögen diese Zahlen, wie alle statistischen Angaben, etwas problematisch sein, sie entsprechen aber doch ziemlich genau den Erfahrungen, die zahlreiche Kollegen bei persönlichen Besuchen und in Gesprächen mit ausländischen Kollegen gewinnen konnten. Wo liegen die Gründe? Man könnte es sich einfach machen und die Ursache hierfür in den Fortschritten der sozialen Krankheitssicherung sehen, oder anders formuliert,

in der großen Bereitschaft vieler Menschen, gerne und lange im Krankenhaus zu bleiben. Dies wäre aber sicher nicht gerecht; schließlich ist es auch heute noch so, daß über die Verweildauer und über den Tag der Entlassung vor allem der behandelnde Krankenhausarzt entscheidet. Vielleicht mag es daran liegen, daß unsere sehr perfektionierte und breite Diagnostik beteiligt ist. Es scheint in einem erheblichen Maße selbstverständlich geworden zu sein, daß bei der Aufnahme im Krankenhaus auch mit einer bestimmten und umrissenen Diagnose eine gründliche Allgemeinuntersuchung durchgeführt wird. Vielleicht könnte die Verwertung der vorstationären Diagnostik und eine intensivere Zusammenarbeit mit den die nachstationäre Behandlung übernehmenden niedergelassenen Kollegen, die Verweildauer entscheidend verkürzen.

Die Finanzierung des Krankenhausbaues

Sicher ließe sich also bei Berücksichtigung dieser vorgetragenen Gesichtspunkte eine rationellere Ausnutzung der vorhandenen Krankenhausbetten erreichen und damit das beklagte Defizit an Betten vermindern. Es verbleibt aber, wie schon gesagt, trotzdem ein nicht unerheblicher Fehlbedarf in den Schwerpunkten, und dieser wird in der Zukunft bei der dort raschen Steigerung der Bevölkerungszahl vermehrt. Damit ist das Problem der Finanzierung des Krankenhausbaues und der Unterhaltung, Modernisierung und des Ausbaus der bestehenden Anstalten aufgeworfen. Die mangelnden Mittel sind ja eine der am meisten beklagten Tatbestände. Mitschuld daran trägt die etwas eigenwillige Finanzverfassung unseres Staates mit Trennung der Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden. Besonders nachteilig ist es, daß gerade den Kommunen die Hauptlast der Trägerschaft aufgebürdet ist.

Die zur Zeit vorhandenen rund 550 000 Krankenhausbetten im Bundesgebiet haben 56% öffentliche, 38% freigemeinnützige und 6% private Krankenhausträger. Während die öffentlichen immer noch auf die Haushalte ihrer Trägerverbände zurückgreifen können, ist die Lage der freien gemeinnützigen und der privaten Krankenanstalten größtenteils fast trostlos zu nennen, da die Pflegesätze der Kassen nicht einmal zur Deckung der Betriebsausgaben ausreichen, geschweige denn die Kapitalkosten, die notwendigen Instandsetzungs- und Ausbauarbeiten oder gar Ausweitung und Neubauten finanzieren können. Ähnlich wie bei uns Ärzten, macht es sich eben deutlich bemerkbar, daß statt 12% der Bevölkerung vor 80 Jahren nunmehr über 85% der sozialen Krankenversicherung angehören, einer Krankenversicherung, die ihre Vertragspartner in allen Bereichen nur mit Mindestsätzen honorieren kann.

In der Öffentlichkeit ist es unbestritten, daß jeder kranke Mensch einen unbedingten und unabdingbaren Rechtsanspruch auf die bestmögliche ärztliche und pflegerische Versorgung auch im Krankenhaus haben muß. Dieses, der Würde der Persönlichkeit und den Gegebenheiten eines sozialen Rechtsstaates entsprechende Grundrecht setzt natürlich eine baldige Beendigung des endlosen Tauziehens um die finanzielle Verantwortung zwischen Bund, Ländern und Gemeinden einerseits und den Versichertengemeinschaften andererseits voraus. Ohne auf die Problematik des hochinteressanten Themas hier im Rahmen dieses Referates näher eingehen zu können, möchte ich doch meiner Meinung Ausdruck geben, daß der Bau, die Modernisierung und Unterhaltung der Krankenhäuser eine öffentliche Aufgabe ist, die, wie bei anderen Kultur- und Sozialinstitutionen, eine Verpflichtung der öffentlichen Hand in sich birgt. Es ist unmöglich, diese Aufgabe einfach auf die Sozialversicherungskassen abzuwälzen.

Grundgesetzlich ist die Gesundheitspflege Ländersache. Zumindest fällt aber heute schon dem Bund die Aufgabe zu, Mittel zur Beseitigung der Kriegsfolgen und zur Deckung des Kriegsnachholbedarfs der Krankenhäuser zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus können die Länder nicht die Gemeinden als die bedeutsamsten Träger von Krankenanstalten bei der Bewältigung ihrer Aufgabe im Stiche lassen und dem Patienten zumuten, daß Art und Umfang seiner Krankenhausbetreuung von den Zufälligkeiten der Haushaltslage der jeweiligen Gemeinde abhängen. Bei alledem darf auch nicht übersehen werden, daß fast die Hälfte der Krankenhausbetten in freigemeinnützigen oder privaten Händen sind und damit ähnlich wie es bei Privatschulen und ähnlichen Privatinstitutionen geschieht, die öffentliche Hand von zwingenden Aufgaben entlasten. Der Bayerische Landtag hat vor kurzem ein Krankenhausfinanzierungsgesetz, eingebracht durch die Opposition, nach erbitterten Debatten abgelehnt. Ich habe mich selbst an dieser Ablehnung beteiligt, vor allem deshalb, weil ich es für unzuträglich halte, das Pferd von hinten aufzuzäumen. Die dringend notwendige, grundsätzliche Regelung der Finanzverfassung unseres Krankenhauswesens setzt eine umfassende Krankenhausplanung voraus, ohne die auch die großzügigsten Zuschüsse und Leistungen aus dem Steuersäckel zwangsläufig zu weiteren Fehlentwicklungen führen müßten. Die europäische Regionalkonferenz der Weltgesundheitsorganisation hat schon auf ihrer Stockholmer Tagung im November 1958 eine Regionalplanung zur Feststellung des Mindestbedarfes empfohlen. Nur durch eine solche, allein auf die medizinischen Gegebenheiten aufbauende Planung können beklagte Mißstände beseitigt oder doch vermieden und die vorhandenen Mittel und Bettenkapazitäten ökonomisch wirksam gemacht werden.

Die Neuordnung des Krankenhauswesens

Für die deutsche und bayerische Ärzteschaft ist es eine der vornehmsten und dringendsten Aufgaben, an der Neuordnung und Weiterentwicklung des Krankenhauswesens mitzuwirken, hat sie doch die wesentlichsten Leistungen im Krankenhaus zu erbringen. Drei Grundfragen verlangen nach Aussagen, die, in eine überzeugende und verständliche Form gegossen, den politischen Gremien als gemeinschaftliche ärztliche Vorschläge zu unterbreiten sind.

1. Wodurch sieht die deutsche Ärzteschaft eine ausreichende ärztliche Betreuung der stationären Patienten gesichert?
2. Nach welchem Leitbild ist die innere Struktur des modernen Krankenhauses zu gestalten?
3. Nach welchen Grundsätzen ist die Struktur des Gesamtkrankenhauswesens zu entwickeln?

Bei der Beantwortung dieser Fragen werde ich mich bemühen, jede verbandspolitische oder generations-

Bei Heuschnupfen

und anderen allergischen

Erkrankungen

AVIL®

Hochwirksames und gut verträgliches Antihistaminicum und Antiallergicum

Handelsformen und Preise lt. At.:

10 Tabletten zu 50 mg DM 2.15 o.U.
20 Tabletten zu 50 mg DM 4.20 o.U.
5 Ampullen zu 2 ml
(1 Ampulle = 50 mg) DM 5.25 a.U.
Anstaltspackungen mit 100 und 250 Tabletten und 25 Ampullen
Für die Rezeptur: Avil-Substanz, Glas mit 2 g

Zur individuellen Dosierung, besonders auch für die Kinderpraxis

AVILETTEN® 20 Tabletten zu 10 mg DM 1.90 a.U.
Anstaltspackung mit 250 Tabletten

Bei allergischen Ekzemen, Pruritus, Sonnenbrand und Insektenstichen

AVIL-SALBE (1,5%ig)
Tube mit ca. 10 g DM 1.30 a.U.
Tube mit ca. 25 g DM 2.45 o.U.
Anstaltspackung mit 250 g

FARBWERKE **HOECHST AG** *vormals Meister Lucius & Brüning* FRANKFURT (M)-HOECHST

Ph. 672 e

neu

Bei Schnupfen
vor allem allergischer Genese

Otriven-Millicorten®

vereinigt
Schleimhautabschwellung
mit antiphlogistischer und
antiallergischer Wirkung

CIBA

Pipettenflasche mit 10 ccm

0,05 % Otriven® + 0,02 % Millicorten®

mäßige Perspektive zu vermeiden und mich an den Grenzen des Realisierbaren zu orientieren. Die zwingenden Notwendigkeiten, erhärtet an den Erfahrungen unserer Zeit, sind allein Ausgangspunkt meiner Überlegungen.

Die Sicherstellung der ärztlichen Betreuung

Die teilweise recht heftige öffentliche Diskussion der letzten Jahre hat den Eindruck entstehen lassen, daß die Gesamtzahl unserer Krankenhausärzte nicht mehr ausreiche, um die stationären Patienten zu betreuen. Um die extremsten Meinungen wiederzugeben: Die Bundesärztekammer und die Länderkammern — auch unsere eigene — warnen mit Nachdruck vor dem Studium der Medizin. Sie stellen fest, daß die Bundesrepublik mit 1:700 eine der höchsten Arztdichten der Welt habe und die Berufsaussichten für den jungen Arzt im ganzen gesehen als nicht besonders günstig bezeichnet werden können. Auf der anderen Seite erschallen die Hilferufe der Krankenhausträgerverbände und der Krankenhausgesellschaft. Erst jüngst hat sich Landrat a. D. Adam, Düsseldorf, in „Das Krankenhaus" mit diesem Problem beschäftigt. Ausgehend von einer Umfrage der Krankenhausgesellschaft bei den Krankenhausträgern, setzt er sich mit der augenblicklichen ärztlichen Besetzung der Krankenhäuser auseinander und geht mit den Ausführungen der Bundesärztekammer und verschiedener ärztlicher Verbände ins Gericht. Adam errechnet einen gegenwärtigen Fehlbedarf von mindestens 2015 planmäßigen Assistenzärzten an den deutschen Krankenanstalten. Die Gesamtzahl der am 31. 12. 1957 durch die Bundesmedizinalstatistik erfaßten 14 620 Assistenzärzte, Hilfsärzte und Pflichtassistenten decke nach seiner Schätzung nur 88 Prozent aller Planstellen, 12 Prozent seien also nicht besetzt. Dazu komme, daß die zu erwartende Arbeitszeitverkürzung auch auf dem ärztlichen Sektor das Defizit an Planstelleninhabern weiter vergrößern werde. Die notwendige Vermehrung der Krankenhausbetten, die im Jahre 1958 im Bundesgebiet und Berlin rund 5000 betragen habe, erzwinge die Bereitstellung noch weiterer Planstellen. Den Beweis für diese beklagte Notsituation versucht Adam aus der Optik des Mißverhältnisses der Stellenausschreibungen und Stellenangebote in den ärztlichen Standesblättern anzutreten. Besonders schwierig sei die Wiederbesetzung freigewordener Stellen an mittleren und kleineren Häusern, und hier vor allem im Fache der Chirurgie. Dies alles sei unverständlich, da doch mit der tarifmäßigen Bezahlung nach TO A III bis I ein adäquater materieller Gegenwert geboten werde und zudem eine große Zahl von nachgeordneten Ärzten noch die Möglichkeit von Nebeneinnahmen habe. Das Problem sei nicht nur ein deutsches, sondern ein internationales. Lösbar sei es letztlich nur durch die Propagierung des Studiums der Medizin. Wohl symptomatisch für die Bewertung des ärztlichen Standpunktes in dieser Frage ist der abschließende Satz dieser Arbeit, den ich doch wörtlich zitieren möchte: „Mit ihr — der oben bezeichneten Arbeit — soll bei aller gebotenen Zurückhaltung auch zum Ausdruck kommen, daß in allen Fragen der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung standespolitische Gesichtspunkte nicht ausschlaggebend sein dürfen."

Hier wird, wenn auch in akademischer Form, mit aller Deutlichkeit der Verdacht geäußert, die Warnung der ärztlichen Standesorgane vor einem unüberlegten Studium der Medizin sei von standespolitischen oder gar von zunftmäßigen Überlegungen bestimmt worden. Bedenklicherweise finden sich solche Stimmen auch in der Ärzteschaft selbst.

Ich darf auf den bekannten Artikel im Berliner Ärzteblatt, 22. Jahrgang, Heft 20, verweisen, in dem der Ärztebedarf bei „vorsichtiger Schätzung" mit 4000 bis 4800 jährlich angegeben wurde, ebenso auf die Artikel des Chefarztes a. D. Dr. Meyeringh im „Krankenhausarzt", der über die Zahlen der Krankenhausgesellschaft hinausgehend — Landrat Adam errechnete einen Fehlbedarf von 2015 — sogar 4337 angebliche Fehlstellen behauptet. Wir müssen uns als Berufsstand darüber im klaren sein, daß alle diese Veröffentlichungen beachtet werden müssen und eingehende Überlegungen und fundierte Gegendarstellungen erfordern. Schließlich hat erst in diesen Tagen die Deutsche Krankenhausgesellschaft dem Bundesinnenministerium nachdrücklich dargelegt, daß es dringend geboten sei, im Wege einer zentralen und objektiven Erhebung durch die Gesundheitsabteilung des Bundesinnenministeriums den Gesamtbedarf an Ärzten für die nächsten Jahre festzustellen. Sie hat darauf hingewiesen, daß zur Zeit bereits zwei Drittel aller deutschen Krankenhäuser ihre Planstellen für Assistenzärzte teilweise nicht mehr besetzen könnten und daß in Zukunft in immer größerem Umfange weitere Krankenhausärzte notwendig werden.

Auch in unserem eigenen bayerischen Bereich sind solche Vorstellungen an höchste Stellen herangetragen worden. Ich darf daran erinnern, daß der Bayerische Staatsminister des Innern auf Grund einer Anfrage des Abgeordneten und Kollegen Dr. Soenning feststellte, dem Staatsministerium des Innern sei es bekannt, daß an verschiedenen Kreiskrankenhäusern freie Assistenzarztstellen nur schwer wiederbesetzt werden könnten. Der Bayerische Landesgesundheitsrat wurde schon im Sommer des vergangenen Jahres beauftragt, über diese Fragen ein Gutachten abzugeben;

Fortbildungsveranstaltungen in Bayern

veranstaltet von — oder im Auftrag — der Bayerischen Landesärztekammer

23.—25. September in Augsburg: 26. Vortragsreihe der „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin"

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

Thema: Überempfindlichkeitskrankheiten.

13.—16. Oktober in Regensburg: 25. Fortbildungskurs des „Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung"

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

Themen: Angewandte Immunologie, Herzrhythmusstörungen, Pankreaserkrankungen.

25.—27. November in Nürnberg: 11. Wissenschaftliche Ärztetagung

Leitung: Prof. Dr. Friedrich Meythaler, Nürnberg, Fiurstraße 17.

Thema: Das korreiative Krankheitsgeschehen und dessen Therapie.

er ist wegen der Schwierigkeit der Materie trotz einer Reihe von Sitzungen noch zu keinem abschließenden Urteil gelangt. In der jüngsten Etatdebatte des Innenhaushalts wurde die angebliche Assistentennot auch von Sprechern aller Fraktionen angeführt und teilweise bewegt beklagt.

Halten wir uns an die Tatsachen. Vor einigen Jahrzehnten wurde ein nicht unbeträchtlicher Teil der Krankenhausbetten von praktizierenden Ärzten betreut. Die zunehmende Größe und Bedeutung der Krankenanstalten hat dazu geführt, daß diese Ärzte der Hilfe weiterer Kollegen bedurften Es entstanden immer mehr geschlossene Krankenanstalten mit Chefärzten und nachgeordneten Assistenten. Diese Entwicklung überstürzte sich in den letzten zehn Jahren. 1930 kamen auf 1000 Krankenhausbetten 30 Krankenhausärzte, schon 1956 waren es 55.

Die Entwicklung der Medizin hat dazu geführt, daß ein immer größerer Anteil der ärztlichen Hilfeleistung sich im Krankenhaus vollzieht. Augenscheinlich wird dies am Vergleich der Zahl der freipraktizierenden Ärzte mit der Zahl der Krankenhausärzte. Stand noch vor mehr als zehn Jahren zehn freiberuflich tätigen Ärzten nur ein Anstaltsarzt gegenüber, so sind es heute fünf. Die Gesamtzahl der Krankenhausärzte im Bundesgebiet ist nach den Ermittlungen des Statistischen Bundesamtes seit Anfang 1953, einem Jahr in dem von einem Ärztemangel wahrhaftig nicht die Rede sein konnte — es war das Jahr, in dem man in Bayern den in Überfülle vorhandenen „Jungärzten" den berüchtigten Hilfsarzt-Tarifvertrag zumutete, der volle ärztliche Leistung gegen halbe Bezahlung erzwang —, nicht kleiner geworden. Bezogen auf je 1000 Krankenhausbetten standen Anfang 1953 17,1, Anfang 1958 22,7 Assistenzärzte zur Verfügung.

Gegenüber 1953 gab es Anfang 1958

14,6 Prozent mehr leitende Krankenhausärzte,
21,2 Prozent mehr Oberärzte,
43,6 Prozent mehr Assistenzärzte,
8,8 Prozent mehr Belegärzte.

Im gleichen Zeitraum ist allerdings, immer wieder bezogen auf 1000 Krankenhausbetten, die Zahl der un- oder unterbezahlten Volontär-, Gast- und Hilfsärzte von 6,8 auf 1,9 abgesunken. Da aber die Krankenhausträger immer wieder betont haben, diese Ärzte seien nur zum Zweck ihrer Ausbildung und nicht zur Betreuung der Patienten tätig geworden, seien also nicht benötigt gewesen, dürfte dieser Verminderung praktisch keine Bedeutung zukommen. Die bewegten Klagen von heute bestätigen nachträglich, daß diese Ärzte seinerzeit eben doch zur ärztlichen Versorgung notwendig waren. Die Unwahrhaftigkeit der früheren Argumentation erweist und rächt sich. Wenn man aus der gleichen Statistik, wieder für die Vergleichsjahre Anfang 1953 bis 1958, die Gesamtzahl der Krankenhausärzte, also Chefärzte, Oberärzte, Assistenzärzte, Hilfsärzte, Volontärärzte, Belegärzte, Hospitanten, Medizin- und Pflichtassistenten nimmt, hat sie sich von 28 867 auf 28 440 nur gering um 427, also 1,5 Prozent, vermindert. Klammert man aber, und nur dies gibt eine richtige Vergleichsmöglichkeit, die hospitierenden und völlig unbezahlten Ärzte aus (1952 2370 und 1957 939), ergibt sich sogar eine Zunahme an hauptamtlich tätigen Krankenhausärzten von 26 497 auf 27 501, also eine Zunahme von fast vier Prozent, der eine Bettenzunahme im gleichen Zeitraum von 8,3 Prozent gegenübersteht. Diese wird durch eine geringere Belegungsdichte nahezu wettgemacht. Die Zahl der Krankenhausärzte hat praktisch also nicht abgenommen. Trotzdem bestehen Stellenbesetzungsschwierigkeiten, vor allem an mittleren und kleineren Krankenanstalten. Wenn auch von solchen Schwierigkeiten an großen Krankenhäusern gesprochen wird, so sind diese, aus eigener Erfahrung, nicht so tragisch zu nehmen. Die Tatsache, daß die Krankenhausträger für eine freiwerdende Stelle nicht mehr seitenlange Vormerkungslisten besitzen und den normalen Weg der Stellenausschreibung gehen müssen, wird von ihnen nach den „fetten Jahren" der Nachkriegszeit schon als schauerliche Last empfunden. Ich erlaube mir in Erinnerung zu bringen, daß es im Zustand der Vollbeschäftigung fast in allen Wirtschaftszweigen heute zur Selbstverständlichkeit geworden ist, daß freigewordene, insbesondere qualifizierte Stellen erst im Wege eines Ausschreibungs- oder Bewerbungsverfahrens erneut haben das Ihrige dazu getan.

Wie erklären sich nun die Besetzungsschwierigkeiten an mittleren und kleineren Häusern bei gleichgebliebener Zahl der Krankenhausärzte und nur geringer Zunahme der Gesamtbettenzahl: Dem allgemeinen Fortschritt der Medizin folgend, ist natürlich gerade an den Brennpunkten der Entwicklung, d. h. den Universitäts- und Großstadtkrankenhäusern, der Ärztebedarf erheblich angestiegen. Es ist zu einer Konzentration von Ärzten an diesen Anstalten gekommen, unter der die mittleren und kleineren Häuser leiden. Teilweise ungünstige Arbeitsbedingungen an den kleinen Häusern haben das Ihrige dazu getan.

Wenn besonders über Besetzungsschwierigkeiten in operativen Abteilungen geklagt wird, erklären sich diese aus den ganz besonders schlechten Berufsaussichten für die dort tätigen Ärzte. Wenn wir hören, daß ganze 8 Prozent der Fachärzte für Chirurgie in ihrem Fache später eine Lebensstellung finden, spricht das für sich. Wo finden wir in unserer Volkswirtschaft eine derart unökonomische Verwendung so hochqualifizierter und befähigter Menschen wie z. B. eines in der großen Chirurgie weit über ein Jahrzehnt ausgebildeten Facharztes, der später mangels Operationsmöglichkeiten nur noch den Überweisungsschein für

C. MUELLER RATH
Pharmazeutische Fabrik
Düsseldorf 1

Sediomed
Sedativum pflanzl. Extrakte und Mal.-Verbindungen van Pyrazalanen und Barbituraten
30 Drg. DM 1,10 o. U.

eine Appendizitis ausschreiben darf, die dann von einem fachlich viel jüngeren Kollegen operiert wird, der zufällig Assistenzarzt des nächsten Krankenhauses ist. Jede Klage der Krankenhausträger über Besetzungsschwierigkeiten, gerade in diesen Fächern, ist solange unberechtigt, wenn nach einer Feststellung des Statistischen Bundesamtes noch am 1. 1. 1959 in Bayern 43 Prozent der Oberärzte und 71 Prozent der Assistenzärzte und im Bundesgebiet 41 Prozent der Oberärzte und 62 Prozent der planmäßigen Assistenzärzte ohne Dauerverträge waren, d. h. sich mit dem unzumutbaren und soziale Sicherheit verweigernden Status des limitierten Dienstvertrags begnügen mußten.

Man kann es nun nicht einfach bei dieser bloßen Fesistellung belassen, will man nicht Gefahr laufen, daß die Krankenhausträger den bequemen Weg gehen, ohne Rücksicht auf übergeordnete Belange, das Medizinstudium zu propagieren, um so das Angebot an Ärzten zu erhöhen. Unser Berufsstand muß aus der Tatsache der zunehmenden Steigerung des an den Krankenanstalten erbrachten Anteils am Gesamtpotential ärztlicher Leistung seine Konsequenzen ziehen. Wenn schon heute auf zwei frei praktizierende Ärzte ein Krankenhausarzt trifft, wird erst recht in der Zukunft die bisherige Gestaltung der ärztlichen Krankenhaustätigkeit nicht mehr ausreichen. Es wird auf die Dauer unmöglich sein, daß neben den wenigen hauptberuflich und lebenslang tätigen Chefärzten der ärztliche Dienst im Krankenhaus praktisch ausschließlich von kurzfristig oder doch befristet beschäftigten Ärzten geleistet wird. Der Dienst im Krankenhaus kann künftig nicht mehr allein als Durchgangsstation für die freie Praxis gewertet werden. Selbstverständlich muß das Krankenhaus als klassische Aus- und Weiterbildungsstätte auch in Zukunft dem gesamten ärztlichen Nachwuchs zur Verfügung stehen. Es gilt jedoch, die Zahl derjenigen Ärzte zu vermehren, die im Dienst an den Krankenanstalten ihre Lebensaufgabe sehen. Der immer weitere Ausbau, die Verfeinerung der Diagnostik und Therapie und eine sich zwangsläufig daraus ergebende Spezialisierung und funktionelle Aufteilung bisher geschlossener Fachgebiete drängen in die gleiche Richtung. Man kann nicht mit erheblichem Aufwand Spezialisten heranbilden, die allein am Krankenhaus sinnvoll tätig werden können, um sie später auf die Straße zu setzen und damit die in ihre Spezialausbildung investierte Kraft und Zeit zu verschleudern.

Wir müssen uns also darüber klar werden, daß neben den Chefärzten weitere Krankenhausärzte eines neuen Typs stehen müssen, deren arbeitsrechtliche, soziale und gesellschaftliche Position so zu gestalten ist, daß für sie der Dienst am Krankenhaus zur Lebensaufgabe werden kann. Wenn man aus dieser Erkenntnis Konsequenzen zu ziehen nicht bereit ist, wird trotz der sehr großen Arztdichte in der Bundesrepublik der Bedarf an Krankenhausärzten niemals zu decken sein. Grob gerechnet, müßte ja bei einer Relation 2:1 zwischen frei praktizierenden und Krankenhausärzten jeder Arzt gut ein Drittel seines Berufslebens im Krankenhaus zubringen. Die Gesamtzeit ärztlicher Tätigkeit mit 40 Jahren angesetzt, wären dies im Schnitt 13 Jahre. Das ist unzumutbar, denn dann ist das für eine Niederlassung günstige Lebensalter überschritten. Der steigende Bedarf der Krankenhäuser an ärztlicher Arbeitskraft kann also nicht durch eine große Zahl vorübergehend beschäftigter Ärzte, sondern allein durch Vermehrung der Zahl der Ärzte gedeckt werden, die im Krankenhaus ihre Lebensexistenz finden.

Alle Überlegungen über den Nachwuchsbedarf an Ärzten in der Bundesrepublik können nicht von dem Bedarf der Krankenanstalten, sondern allein vom Gesamtbedarf für alle Tätigkeitsbereiche ausgehen. Hierbei ist und bleibt die entscheidende Größenordnung die Zahl der in Dauerexistenzen unterzubringenden Ärzte. Alle anderen Überlegungen haben sich dieser unterzuordnen. Es ist der Ausgleich zwischen Dienst in der freien Praxis und am Krankenhaus zu schaffen.

Im Sommersemester 1958 hatten wir im Bundesgebiet und Westberlin 3484 deutsche Studienanfänger der Medizin. Selbst wenn man annähme, daß ca. zehn Prozent von ihnen kein Examen ablegen und — hoch gegriffen — weitere zehn Prozent ihren Beruf — ich denke insbesondere an weibliche Studierende — nicht ausüben werden, steht einem Nachwuchsangebot von 2700 Ärzten jährlich gegenüber ein geschätzter jährlicher Bedarf von nur 1200 bis 1500 Kassenärzten. Ein krasses Mißverhältnis!

Die Besetzungsschwierigkeiten an kleineren Häusern sollten zudem weniger durch Denkschriften, als durch marktkonforme Maßnahmen im Sinne der freien Marktwirtschaft angegangen werden. Mangelnde Nachfrage bekämpft man allein mit besseren Angeboten, wie ausreichende Freizeit, bessere Bezahlung, Nebeneinnahmen, Arztwohnungen, Zusatzversorgung, bessere Berücksichtigung bei Besetzung freier Chefarztstellen, usw.

Es bleibt also noch viel zu tun! Den Krankenhausträgerverbänden ist die Möglichkeit gegeben, durch entsprechende tarifvertragliche Zugeständnisse entscheidend Impulse zu setzen.

Wandlung der inneren Struktur des Krankenhauses

Die von mir erhobene Forderung nach einer größeren Zahl von lebenslang am Krankenhaus tätigen Ärzten leitet zur zweiten Fragenstellung über, zu der nach der inneren Struktur des Krankenhauses. Ich glaube, auch hier muß mit einer Reihe zur lieben Tradition gewordenen Vorstellungen gebrochen wer-

Werdende Mütter brauchen Ferrlecit
NATTERMANN KÖLN

den. Eine Anpassung an betriebsökonomische und moderne Gegebenheiten ist dringlich. Es wird doch heute wohl kaum mehr bestritten werden, daß es eine oberste rationelle Größe für die einzelnen Klinik- und Fachabteilungen gibt. Die Übernahme der Verantwortung wird für den Chefarzt ab einer gewissen Bettenzahl doch sehr theoretisch. Ich meine, daß die von einem Chefarzt betreute Fachabteilung die Größe von etwa 100 Betten gewiß nicht übersteigen sollte. Auch der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat erklärt: „Es wird Zeit, daß auch bei uns in Deutschland die Mammutstationen und Mammutabteilungen unterteilt und so eingerichtet werden, daß die Verantwortung, die dem jeweiligen Kollegen durch die gesetzlichen Vorschriften auferlegt ist, von ihm auch mit gutem Gewissen übernommen und getragen werden kann." Kleinere Fachabteilungen geben einer größeren Zahl von gut ausgebildeten Ärzten die Chance, eine Lebensstellung als leitender Arzt zu finden; kleinere und parallel nebeneinander stehende Fachabteilungen sind auch hinsichtlich der Gestaltung des ärztlichen Dienstes und der Gesamtzahl der notwendigen nachgeordneten Ärzte ökonomischer zu führen. Ein echter Kontakt zwischen Chefarzt und Assistent, noch bedeutsamer zwischen Arzt und Patient, wird erst dann wieder möglich werden.

Die aufgezeigte Notwendigkeit, neben den Chefärzten einen Stamm von lebenslang am Krankenhaus tätigen Ärzten zu schaffen, berührt auch die Frage der Hierarchie an den Klinlken und Krankenhäusern. Ich möchte bei diesem emotional empfindlichen Thema bewußt vorsichtig formulieren: Ich meine, daß es notwendig ist, das früher angepriesene Leitbild der reinen Lehrer-Sehüler-Beziehung in das des Team-Works zu überführen. Die Praxis des modernen Krankenhauses und die immer weitere Differenzierung der ärztlichen Tätigkeit stellt auch den nachgeordneten Arzt, insbesondere wenn er den Kinderschuhen der Medizinalassistentenzeit entwachsen und vielleicht sogar in Facharztwürden vorgedrungen ist, als ärztlich gleichberechtigten Mitarbeiter neben den leitenden Arzt. Eine Entwicklung, wie wir sie in allen öffentlichen und privaten Betrieben und Verwaltungen finden, wo die Direktionsbefugnis des Vorgesetzten die Grenze an der Eigenverantwortlichkeit und fachlichen Eigenständigkeit des Mitarbeiters findet. Der innere Betrieb der Klinik sollte sich also — und glücklicherweise ist dies ja schon heute in hohem Maße festzustellen — mehr am Mitarbeiterverhältnis einer mit Akademikern besetzten Betriebsspitze als an disziplinären Gepflogenheiten orientieren. Die Reste der Subordination müssen durch die Koordlnation ersetzt werden. Diese zunächst theoretisch scheinenden Vorstellungen können vielfach praktiziert werden. Warum sollte der nachgeordnete Arzt nicht in seinem Tätigkeitsbereich eine seiner Möglichkeit entsprechende Nebentätigkeit ausüben, in dem seiner Mitwirkung entsprechenden Umfange an den Privatliquidationen beteiligt und seinen Kenntnissen und besonderen Fähigkeiten entsprechend eigenständige Verantwortung tragen können? Die örtlichen Verhältnisse und die vielschichtigen Aufgabenstellungen mögen dies alles modifizieren, grundsätzlich bleibt es jedoch eine notwendige Voraussetzung zur Gewinnung eines Stabes an lebenslang im Krankenhaus tätigen Ärzten, deren gesellschaftliche und hierarchische Position neu zu ordnen.

Auch die heikle Frage des Kampfes zwischen Krankenhausverwaltung und Ärzten um die Hegemonie im Hause wird sich dann für die Ärzte besser darstellen, wenn nicht nur die leitenden Ärzte, sondern die Gesamtheit der Krankenhausärzte als Block- und Willensträger der nach immer größerem Einfluß strebenden Krankenhausverwaltung gegenüberstehen.

Ich bin überzeugt, daß gerade das Thema „Innere Struktur des Krankenhauses" eine heftige Diskussion entfachen wird. Es geht hier weder um Emotionen noch um Traditionen: Wir stehen vor der Notwendigkeit, einer sich zwangsläufig aufdrängenden Entwicklung im kollegialen Miteinander Rechnung zu tragen. Die Gesamtsituation der Ärzte am Krankenhaus kann hierdurch nur gebessert werden.

Oft genug ist betont worden und entsprechende Besehlüsse des Deutsehen und des Bayerisehen Ärztetages fordern dies, daß es an der Zeit ist, allen Ärzten am Krankenhaus einen der allgemeinen Entwicklung des Arbeits- und des Sozialrechts angepaßten Rechtsstatus zu gewähren. Es ist unwürdig, wenn die überwiegende Mehrheit der nachgeordneten Ärzte noch limitierte, d. h. auf einen begrenzten Zeitraum abgeschlossene Dienstverträge hat und somit gleichsam unter Ausnahmerecht steht. Man schließt sie damit von einer Reihe von sozialen Rechten, u. a. auch von der zusätzlichen Altersversorgung aus, wie sie allen anderen Angesteliten, zumindest im öffentlichen Dienst, schon seit Jahrzehnten selbstverständlich eingeräumt sind, aus. Sogar bis in den Bereich der Chefärzte sollen solche unerfreulichen Vertragsgegebenheiten ausgedehnt sein.

Heute noch ist es die überwiegende Meinung, daß die ideale Sieherung des lebenslang am Krankenhaus tätigen Arztes in der Verbeamtung liegt. Dies möchte ich bezweifeln. Beamter sollte der sein, der staatliche Gewalt ausübt, also Hoheitsträger ist. Es erscheint mir fraglich, ob dies für den Arzt zutrifft. Das Beamtenrecht kennt zudem nicht nur Vorteile, sondern birgt auch Unannehmlichkeiten in sich. Sicher war der Wunsch nach Alterssicherung wesentliches

HYZUM®
ANTIPHLOGISTICUM
L. MERCKLE GMBH BLAUBEUREN

Motiv der erstrebten Verbeamtung. Dies kann heute über die Ärzteversorgung in Verbindung mit der Zusatzversorgung in gleichem Maße erreicht werden, stellt also kein zentrales Problem mehr dar. Die Möglichkeit der Nebentätigkeit, der Privatpraxis und der Konziliartätigkeit wird nach den neuen Beamtengesetzen erheblich erschwert werden. Es ist hier nicht der Raum, auf die sehr differenzierte Problematik der Nebentätigkeit im neuen Beamtenrecht einzugehen. Wenn auch durch das neue bayerische Beamtengesetz einstweilen die Verordnung über die Nebentätigkeit der Ärzte beibehalten bleibt, zeigt sich sehr deutlich der Trend, die Nebentätigkeit des Beamten in Zukunft entscheidend zu beschneiden. Nicht umsonst habe ich während der Beratung des Beamtenrechts den Satz gehört: „Wer sich unter die Fittiche des Staates flüchtet, muß aufhören, nebenberuflich den freien Berufen Konkurrenz zu machen." Es erscheint mir notwendig, die Frage nach der optimalen Lösung der dienstrechtlichen Stellung des Krankenhausarztes in Zukunft intensiv zu prüfen, heute schon scheint mir festzustehen, daß die Verbeamtung nicht mehr das ausschließliche und ideale Ziel sein kann.

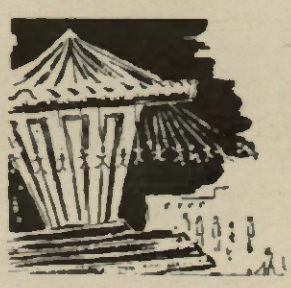
Noch eine Anmerkung zum Thema „innere Struktur": Jedem betriebsökonomisch einigermaßen Erfahrenen wird es baß erstaunen, wie großzügig man noch heute mit der Arbeitszeit und Arbeitskraft hochqualifizierter, akademischer Angestellter verfährt. An nicht wenigen Kliniken müssen noch nach TO A III bis I bezahlte Ärzte mühsam mit zwei Fingern den Schriftkram auf der Schreibmaschine erledigen, muß wertvolle Zeit und Kraft mit nebensächlichen Dingen vertan werden. Wozu gibt es Diktiergeräte, Schreibdienste und andere moderne Einrichtungen der Betriebstechnik, die die Ärzte entlasten könnten?

Diesen Abschnitt zusammengefaßt behaupte ich, daß ohne weiteres dann die für eine ordnungsgemäße Versorgung der Krankenhauspatienten benötigten Ärzte in Lebensstellungen gewonnen werden können, wenn

a) die Abteilungsgrößen so bemessen werden, daß eine größere Anzahl von Ärzten in leitende Funktionen aufrücken kann,
b) Klima und die innere Struktur der Kliniken so geordnet werden, daß die Position des nachgeordneten Arztes der des echten Mitarbeiters entspricht,
c) die arbeitsrechtliche, sozialrechtliche und gesellschaftliche Position der dort tätigen Ärzte ihrer Verantwortung angepaßt wird,
d) durch die organisatorisch-technischen Fortschritte unserer Zeit die Ärzte von bürokratischem Krimskrams entlastet und für ihre eigentliche Aufgabe freigemacht werden.

Regionalplanung für das Krankenhauswesen

Und nun zum dritten Hauptpunkt, den Vorschlägen zu einer Regionalplanung des Krankenhauswesens. Hierbei darf ich auf die wohl umfassendsten Überlegungen innerhalb des ärztlichen Berufsstandes, die des Marburger Bundes zurückgreifen. Es ist davon auszugehen, daß unter Zugrundelegung normaler Verhältnisse unter Einbeziehung einer gewissen Reserve allen Patienten im Bedarfsfall ein Krankenhausbett zur Verfügung stehen muß. Es wäre jedoch unsinnig, dem allgemeinen Zeittrend zur Perfektion folgend zu unterstellen, daß dies überall und allerorts in Krankenhäusern erfolgen müßte, die höchsten Ansprüchen genügen. Die mit dem letzten Aufwand der Medizin ausgerüsteten Krankenhäuser mit entsprechend teuren Krankenhausbetten sollen nur mit solchen Patienten belegt werden, für deren Untersuchung und Behandlung ärztliche Spezialisten und apparative Hochleistungseinrichtungen erforderlich sind. Leichte Kranke, chronisch Kranke und Rekonvaleszenten können auch in anderen Häusern untergebracht werden. Dies setzt eine Planung und Organisation des Krankenhauswesens mindestens im Größenbereich der Bundesländer voraus. Hierbei können auf rein regionalpolitische und lokalpatriotische Wünsche keine Rücksichten genommen werden. Wenn es zu der verhängnisvollen Zersplitterung des Krankenhauswesens, zu Fehlinvestitionen und zu Strukturschwierigkeiten — auch in unserem eigenen Lande — überhaupt gekommen ist, ist dies weitgehend auf die sehr ausgeprägten Selbstverwaltungskompetenzen der Gemeinden und Landkreise zurückzuführen. Daß Landräte und Oberbürgermeister bei uns durch die Gesamtbevölkerung gewählt werden, trug nicht wenig dazu bei. Manchmal ist man versucht, von „Krankenhausdenkmälern" aus Stahl, Glas und Beton zu sprechen, bei denen weder Bedarfsgrundsätze, noch Verkehrsstatbestände oder Finanzierungsmomente in genügendem Umfange beachtet wurden. Es genügt auch nicht festzustellen, daß man durch Verfassung und Gemeindegesetze eine derartig weitgespannte Selbstverwaltung habe und den Gemeinden nicht in ihren eigenen Zuständigkeitsbereich hineinreden könne. Die Gewährung von Staatszuschüssen und Staatsbeteiligungen stellen hier schon ein beachtliches Regulativ dar. Man muß nur wissen, nach welchen Überlegungen sie zu geben sind und welche gesundheitspolitischen Effekte erzielt werden sollen. Wie betont, ist es zu begrüßen, daß das Krankenhausfinanzierungsgesetz im vergangenen Jahre zunächst zu Fall gekommen ist, das den zweiten Schritt der Finanzierung vor dem ersten, der Planung, bedeutet hätte.


Vertigoheel®
-Heel
Biologische Heilmittel Heel GmbH., Baden-Baden
Biotheropeuticum bei Schwindel jeder Genese, Menièreschem Syndrom, Reisekronkheit

Jede Planungsüberlegung muß sich natürlich an die gewachsenen und gegebenen Tatbestände anlehnen.

Die Universitätskliniken, die in ihrer überregionalen Bedeutung den Schwerpunktkrankenhäusern gleichzusetzen sind, haben neben der Krankenbetreuung in überwiegendem Maße die Aufgabe der Forschung und Lehre. Auch hier sollte aber beachtet werden, daß an einer Universitätsklinik die Zahl von 200 Betten nicht überschritten wird und lieber, wie schon jetzt teilweise gehandhabt, eine größere Zahl von Parallelkliniken nebeneinander stehen soll.

Bezirklich sollten ein oder einige große allgemeine Krankenhäuser mit einer Bettenzahl von über 600 zur Verfügung stehen, mit tunlichst allen Fachgebieten: Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie, Gynäkologie, Geburtshilfe, Pädiatrie, HNO, Ophthalmologie, Dermatologie, Neurologie und Psychiatrie, Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, Röntgenologie, Pathologie und Labordiagnostik. Diese großen Krankenhäuser haben vor allem die Aufgabe, diagnostisch und therapeutisch schwierigere Fälle unter ökonomischer Ausnutzung ihrer personellen und technischen Möglichkeiten zu behandeln.

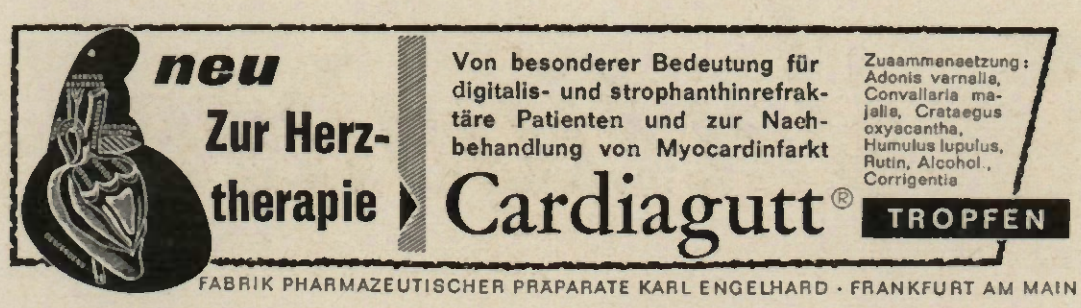
Daneben sollten auf Kreisebene, getragen durch einen oder mehrere Stadt- und Landkreise in Form eines Zweckverbandes mittlere und kleinere Krankenhäuser stehen, in der Größenordnung zwischen 150 und 600 Betten, die ausreichend personell und technisch ausgestattet sind und mindestens die Fächer Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe umfassen, die je nach örtlichen Notwendigkeiten durch andere Fächer ergänzt werden können; diese Krankenhäuser haben vor allem die Aufgabe der Betreuung der übergroßen Zahl der Krankheitsfälle, die der Diagnostik und Therapie an Großkliniken nicht bedürfen.

Ergänzt wird dieses Netz von Kliniken und Krankenanstalten durch die Belegkrankenanstalten. Es ist gerade dem Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer sehr zu danken, immer wieder für die Beibehaltung der Belegkrankenhäuser eingetreten zu sein. Einmal soll und muß es den gut ausgebildeten, praktizierenden Ärzten auch nach der Beendigung ihrer Krankenhaustätigkeit möglich sein, ihre Patienten normalerweise auch stationär zu betreuen, zum anderen scheint mir hier auch ein Schlüssel zur Behebung von Besetzungsschwierigkeiten gerade in der Peripherie zu liegen. Erst die Umwandlung einer nicht geringen Zahl von Belegkrankenhäusern in geschlossene Chefarztkrankenhäuser hat die Beschäftigung nachgeordneter Ärzte notwendig gemacht. Es ist verständlich aber nicht zweckmäßig, daß manche Land- und Stadtkreise, Landräte und Oberbürgermeister ihre Direktionsbefugnis gerne auf den beamteten oder angestellten Arzt auszudehnen wünschen und hier ein falschverstandenes Ordnungsdenken zum Durchbruch kommt. Gerade in Bayern besitzen wir eine nicht geringe Zahl von Belegkrankenhäusern, sogar in Größenordnungen, die sich mit denen öffentlicher Krankenhäuser durchaus messen können, die so vorzüglich funktionieren, daß jedes Argument der angeblichen Überlegenheit des geschlossenen Krankenhauses an diesen Beispielen verstummen muß. Um aber Mißverständnissen vorzubeugen, ein Belegkrankenhaus verdient diesen Namen nur dann, wenn tatsächlich alle in seinem Bereich tätigen Ärzte und Fachärzte ihre Patienten dort gleichbereehtigt behandeln können. Kaum getarnte Monopolbetriebe als Belegkrankenhäuser zu bezeichnen, würde gerade allen Gründen für das Belegkrankenhaus widersprechen.

Diese Rahmenvorstellungen: Universitätskliniken — große Krankenhäuser als Schwerpunktkrankenhäuser, kleinere, mittlere Krankenhäuser und Belegkrankenhäuser, die durch Heilstätten, Heil- und Pflegeanstalten, Sanatorien, Kuranstalten sinngemäß ergänzt werden müssen, gilt es nun, unter Zugrundelegung der Bevölkerungsstatistik, verkehrspolitischer und wirtschaftlicher Gegebenheiten auf den geographischen Raum zu projizieren. Hauptgewicht muß dabei darauf gelegt werden, daß alle Kliniken und Krankenhäuser in einem Größenverhältnis liegen, das eine ökonomische Betriebsführung gewährleistet und daß sie eine Trägerschaft besitzen, deren Finanzkraft ausreicht, den gestellten Aufgaben auch tatsächlich nachzukommen und der Fürsorgepflicht für die in ihren Krankenhäusern Tätigen zu entsprechen. Zwischen den einzelnen Stufen ist eine gute praktische Zusammenarbeit zu sichern. Die nicht öffentlichen Krankenhäuser, d. h. die frei gemeinnützigen und privaten, sind sinnvoll in dieses Planungsnetz einzubeziehen und haben dann Anspruch auf die gleiche öffentliche Unterstützung und Förderung, wie die Häuser der öffentlichen Hand.

Sicher wären das federführende Ministerium und die gemeindlichen Spitzenverbände gut beraten, diese ganzen Organisations- und Planungsfragen einem unabhängigen Gremium von Saehverständigen anzuvertrauen, in dem natürlich die Ärzteschaft und auch die am Krankenhaus tätigen Ärzte ihr Wissen und ihre Erfahrung zur Verfügung stellen können. Alle künftigen Krankenhausneubauten und Erweiterungsprojekte müßten von diesem Gremium geprüft und gebilligt werden, um so in einem wenigstens noch überschaubaren Zeitraum zu einer allmählichen Verbesserung der Krankenhausstruktur zu kommen.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß die Bedeutung



des Krankenhauses und die Situation der Krankenhausärzte für den ärztlichen Berufsstand von Jahrzehnt zu Jahrzehnt größer werden wird. Es muß unser aller Ziel sein, eine Auseinanderentwicklung in zwei getrennte Interessensphären — hier frei praktizierender und dort Krankenhausarzt — nach besten Kräften zu vermeiden, denn Krankenhaus und freiere Praxis sind nur in unmittelbarer und echter Zusammenarbeit gedient. Schließlich ist und bleibt ja die gemeinschaftliche Aufgabe in Krankenhaus und Praxis: Die Sorge für den kranken Menschen.

Anschrift des Verf.: Nürnberg, Spittlertorgraben 15.

Aktuelle Probleme an den deutschen Krankenhäusern

Referat von Chefarzt Dr. med. Walter Aurnhammer, Neuburg/Donau

Die aktuellen Probleme des deutschen Krankenhauswesens stehen heute in der breiten Öffentlichkeit zur Diskussion. Durch die sehr üppigen Mittel der Information erfährt der heute oder morgen davon betroffene leidende Mensch nicht nur von den hervorragenden Heilungsaussichten, die ihm die moderne Medizin bei seinem Krankenhausaufenthalt zu bieten hat, sondern er hört und liest auch: „Patient Krankenhaus", „Notstand in Krankenhäusern", „Eine Stadt verschenkt ihr Krankenhaus", „Hat das ärztliche Ethos noch einen Ort in der modernen Klinik?", „Der schleichende Tod im Krankenhaus", um nur einige Schlagzeilen zu nennen. Nun geht in diesen Tagen von der Stuttgarter Ausstellung das bescheidene und doch so schwerwiegende Wort in das Land: „Dein Krankenhaus", Aufklärung und Mahnung, gerichtet wohl an alle, Volksvertretung, Regierung, Behörden, Ärzte, Schwestern und Verwalter. Im Tiefsten aber wendet sich dieses Wort „Dein Krankenhaus" doch an den kranken Menschen und an seine Angehörigen mit dem Aufruf: Siehe, das ist Dein Krankenhaus, mit seinem Segen und mit seinen Sorgen! Wenn wir uns als Ärzte mit der Lage der Deutschen Krankenhäuser auseinandersetzten, muß uns stets und ausschließlich der Gedanke an die Not und die Bedürfnisse der uns anvertrauten kranken Menschen leiten.

Bei der Betrachtung der Lage unserer Krankenanstalten stehen wir heute vor einer Fülle von Problemen verschiedenster Art, deren Lösung uns zum Teil schwere Sorgen bereitet. Natürlicherweise werden nun auch vielfältige Vorschläge zur Behebung dieser Nöte und Schwierigkeiten vorgetragen, wobei die Konzeptionen teilweise erheblich voneinander abweichen. Man sollte aber von vornherein den guten Willen aller Beteiligten anerkennen, andererseits aber auch nicht der nun erforderlichen sachlichen Auseinandersetzung ausweichen. Die vielschichtige Situation erfordert eine sehr tiefschürfende Prüfung, bei der Lösung der Fragen aber ein behutsames Vorgehen. Vorschläge mit dem Charakter weit ausholender Reformen erscheinen zunächst durchaus eindrucksvoll, bei ruhiger Betrachtung erweisen sie aber ihre Wirklichkeitsferne. In unserem Falle sollten wir mit großer Vorsicht vorgehen, um im Raum der allgemeinen öffentlichen Diskussion nicht Vorstellungen und Hoffnungen zu wecken, die unter Umständen von ärztlicher Seite später überhaupt nicht eingelöst werden können. Das Wort Neuordnung stellt einerseits die Ordnung der Vergangenheit und die bestehende Ordnung in Frage, würde aber andererseits auch die tatsächliche Möglichkeit zu einer neuen Gestaltung voraussetzen. Wir haben aber — leider — hier kein „Brasilia" zu errichten. Dies soll nicht ausschließen, daß wir uns auch über Wunschziele klar werden und uns von solchen im Bereich der vorhandenen Möglichkeiten leiten lassen.

Die Krankenhäuser

Die bestehende Ordnung. Wir müssen uns zunächst also darüber klar sein, daß wir die vorhandenen Krankenhäuser als fest gefügte Gegebenheiten betrachten müssen. Dies gilt sowohl für Ihre Gliederung nach öffentlichen, freigemeinnützig-caritativen oder privaten Trägern, den vorhandenen Baulichkeiten und Einrichtungen als auch nach der Eigenart der ärztlichen und pflegerischen Versorgung. Ohne Zweifel mögen gerade in der Nachkriegszeit einige „Kunstprodukte" aus dem Boden gewachsen sein, im wesentlichen aber sind alle diese Anstalten nicht willkürlich geschaffen worden, sondern sie sind in jahre- und jahrzehntelanger Entwicklung aus den Bedürfnissen der Bevölkerung heraus gewachsen und stellen vielfach hervorragende Gesamtleistungen von caritativen Verbänden, Gemeinwesen und auch zahlreichen einzelnen ärztlichen Persönlichkeiten dar. Die Ordnung dieser vorhandenen Anstalten ist besonders gefestigt worden durch die Wiederaufbauleistungen nach dem Kriege, die ohne behördliche Direktiven und ohne Fremdhilfen erfolgte. Es soll an dieser Stelle mit besonderer Hochachtung der Leistungen im Bereich privater und freigemeinnütziger Anstalten gedacht werden, die nur durch Investitionen von Privatvermögen oder dem Vermögen an unermüdlichem Einsatz der eigenen Schwesternkräfte möglich geworden sind. Auf das Ausmaß der auch heute noch in diesem Bereich gebrachten Opfer weist die Tatsache hin, daß in den öffentlichen Krankenanstalten heute nur mehr 6% des Schwestern-

Bei hohem Blutverlust
Kobalt-Ferrlecit
NATTERMANN KÖLN

personals über 48 Wochenstunden tätig ist, in den übrigen Anstalten aber noch 88,2% der Schwestern sich über diese Zeit hinaus ihren Kranken widmen. Die bestehende Ordnung unserer Krankenhäuser mag durchaus nicht immer unseren idealen Vorstellungen entsprechen, sie ist aber sowohl äußerlich wie innerlich gegeben und gefestigt. Es darf auch nicht übersehen werden, daß sie im gesamten ärztlichen und auch im pflegerischen Bereich weitgehend durch vertragliche Bindungen fixiert ist. Die Frage lautet also nicht nur, was gestaltet werden muß oder soll, sondern was überhaupt gestaltet werden kann. Im übrigen müssen wir uns klar sein, daß der Zeitpunkt zu großen Einflußmöglichkeiten auf die Formung des Krankenhauswesens weitgehend versäumt worden ist.

Nachholbedarf. Wenn ich mich den aktuellen Sorgen der Krankenhäuser zuwende, möchte ich zunächst kurz den sogenannten Nachholbedarf erwähnen. Die Angleichung der Einrichtungen und vielfach auch baulichen Verhältnisse unserer Anstalten an den Stand der modernen Medizin machen hier noch erhebliche Aufwendungen erforderlich. Erfreulicherweise greift auf diesem Gebiet nunmehr der Bund mit 150 Mill. den freigemeinnützigen und privaten Krankenhausträgern etwas unter die Arme, jedoch setzen ja alle derartigen Maßnahmen immer wieder die Möglichkeit zu entsprechenden Eigenleistungen voraus. Nach wie vor bleiben also auf dem Gebiet der Sanierung und Modernisierung unserer Krankenhäuser noch sehr viele Wünsche offen.

Bettennot. Im Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion steht immer wieder die Frage nach der noch erforderlichen Zahl von neu zu schaffenden Betten. Die genannten Zahlen weichen voneinander erheblich ab. Ich bin persönlich auch der Ansicht, daß sie nicht zu hoch angesetzt werden dürfen, schon deshalb, weil eine wesentliche Ausweitung unseres gesamten Krankenhauspotentials sämtliche Schwierigkeiten auf dem personellen Sektor ins Unlösbare treiben könnte. Die Neugründung von Krankenhäusern sowie die Art und Zweckbestimmung von Erweiterungen sollten daher sehr kritisch unternommen werden. Unter diesen Umständen wird sich in Bayern die Behebung der sogenannten Bettennot wohl auf die großen Städte konzentrieren, wenn auch nicht übersehen werden darf, daß z. B. in den ländlichen Bezirken noch ein ausgesprochenes Fehlen von Infektionsabteilungen zu beklagen ist. In letzter Zeit wird nun in zunehmendem Maße die Schaffung von Pflegeeinrichtungen für solche Kranken vorgeschlagen, die nicht mehr unbedingt in den teuren Krankenhäusern versorgt werden müßten. Bei Berücksichtigung des völlig richtigen Grundgedankens möchte ich aber auch hier zu vorsichtigem Vorgehen mahnen, da diese Pläne nur dann ihren Endzweck erreichen können, wenn sie auf dem Weg einer inneren Umschichtung unter den vorhandenen Anstalten zustande kämen. Ein eventuell plötzliches Aufschießen von Pflegeheimen könnte personell weder mit Pflegepersonal noch mit hauswirtschaftlichen Hilfskräften aufgefangen werden. Auch die tatsächliche verantwortliche ärztliche Betreuung der Insassen solcher Pflegeheime, die ja nicht mit Altersheimen gleichgesetzt werden dürfen, gibt noch einige Fragen auf.

Planung. Hiezu ist noch einmal festzustellen, daß die derzeitige Gliederung zunächst weitgehend hingenommen werden muß und zu Neuschaffungen kein allzu großer Raum mehr bleibt. Diese soliten allerdings durchaus im Sinne der ja auch seitens des Bayer. Staatsministeriums des Innern angestrebten Schwerpunktplanung vorgenommen werden. Es erhebt sich aber die Frage, auf welche Weise das Land solche Planungsabsichten überhaupt durchsetzen kann, falls man sich nicht zur Schaffung eines Krankenhausgesetzes auf Bundes- oder Länderebene entschließen will? Die einzige Möglichkeit besteht dann in der Steuerung irgendwelcher Vorhaben durch die Lenkung finanzieller Zuwendungen. Zur Zeit bestehen diese seitens des Landes Bayern in der Möglichkeit der Gewährung von Darlehen bis zu 25% der Bausumme bei Bedingungen (3,1% Zins, 2% Tilgung), welche die Eigeninitiative der Krankenhausträger nur in beschränktem Maße positiv oder negativ beeinflussen können.

Finanzierungsprobleme. Die diesbezüglichen Klagen der Krankenhäuser sind nicht nur bekannt, sondern heute auch in ihrer Berechtigung weitgehend anerkannt. Man muß den Krankenhausträgern heute wohl durchweg den guten Willen zusprechen, alle berechtigten Wünsche erfüllen zu wollen. Wir stoßen jedoch immer wieder an die Grenzen der wirtschaftlichen Möglichkeiten. Es muß hier ganz deutlich auf die besonderen Schwierigkeiten der freigemeinnützig-caritativen und privaten Krankenanstalten hingewiesen werden. Sie liegen einmal in dem fast völligen Fehlen finanzieller Zuwendungen aus den öffentlichen Steuermitteln. Von den Krankenanstalten in der gesamten Bundesrepublik befinden sich 56% in öffentlicher Hand; im letzten Jahre erhielten diese an laufenden Zuschüssen 190 Mill. DM, während die übrigen Anstalten (44%) 9,3 Mill. DM auf sich ziehen konnten. Eine weitere, meist übersehene Tatsache ist, daß die Anstalten bei den Pflegesatzverhandlungen jeweils vom Selbstkostennachweis ausgehen müssen, der natürlich nur eine Belegung erbrachter Leistungen ermöglicht. Eine plötzliche Erhöhung von Ausgaben, z. B. durch die wesentliche Verbesserung eines Stellenplanes, wird bei einem öffentlichen Krankenhausträger zunächst eben im Rahmen des Gesamthaushaltes aufgefangen werden können, ist aber für einen freigemeinnützigen oder privaten Träger geradezu unmöglich wie auch unzumutbar. Wie aber sollen diese Krankenanstalten große Investitionen, wie erforderliche Neubauten oder Umbauten vornehmen? Wir kommen hier zu der für

die Lage der deutschen Krankenhäuser zur Zeit letztlich lebensentscheidenden Frage der sogenannten kostendeckenden Verpflegungssätze. Man könnte sich dem Standpunkt, daß der Verpflegungssatz, der zum größten Teil heute eben durch die Sozialversicherungsträger zu erbringen ist, nur die Kosten für Unterbringung, Verpflegung, ärztliche — und pflegerische Versorgung abgelten soll, während die Kosten für Errichtung und Erbaltung von Krankenhäusern eine Sache der öffentlichen Hand wäre, durchaus anschließen, wenn die Verkünder dieser These wenigstens verbindlich darauf hinweisen könnten, wer denn überhaupt diese öffentliche Hand sein soll, der Bund, die Länder, die Kommunen oder irgendwelche nicht vorhandene Zweckverbände. Nach Lage der Dinge besteht auf Jahre hinaus überhaupt keine Aussicht, daß diese Frage beantwortet werden kann. Im übrigen bedarf der Ruf und das Verlangen nach Einsatz öffentlicher Mittel zur Errichtung und Unterhaltung der Krankenhäuser vorsichtiger Erwägung des damit verbundenen direktiven Einflusses, insbesondere gegenüber den nicht öffentlichen Krankenhausträgern. Es war erfreulich, aus der Rede des Herrn Bundesministers für Wirtschaft, Vizekanzler Prof. Dr. Erhard anläßlich des 2. Deutschen Krankenhaustages in Stuttgart herauszuhören, daß er das Schwergewicht aller Maßnahmen nicht auf die Seite kollektiver Ordnung und öffentlicher Förderung, sondern auf die Seite der Privatinitiative und Selbstverantwortung gelegt sehen möchte und sich in diesem Sinn für eine volle Ausschöpfung der kostendeckenden Verpflegungssätze mit eventuellem Einbau einer Investitionsquote aussprach.

Es darf auch darauf hingewiesen werden, daß die Auswirkungen des Krankenversicherungsneuregelungsgesetzes sowohl bezüglich der Handhabung der Kostenregelung durch eine erst später zu erlassende Rechtsverordnung wie auch durch die Frage der u. U. eintretenden Selbstbeteiligung und des damit verbundenen Einzugs dieser Kostenanteile die Krankenhäuser mit Recht noch beunruhigt. Im übrigen stoßen wir eben auch bei der Betrachtung der finanziellen Sorgen der Krankenhäuser immer wieder an Grenzen, bei denen wir feststellen müssen, daß die Gesamtausgaben für unser Gesundheitswesen im Vergleich mit einigen anderen Ländern noch ziemlich nachhinken, wie ja auch die Ausgestaltung unseres Krankenhauswesens die allgemeine Entwicklung des Volksvermögens seit der Währungsreform bei weitem nicht erreicht hat. Um so dankbarer soll aller Bemühungen gedacht werden, die finanziellen Schwierigkeiten der Krankenanstalten auszugleichen und ihre Lage zu verbessern, wobei das gesamte Deutsche Krankenhauswesen unserem lieben Kollegen Dr. Soenning MdL zu größtem und bleibendem Dank verpflichtet ist.

Der Dank an die Abgeordneten von Bundestag und Landtag sowie Bundesregierung und Staatsregierung

Chefarzt Dr. Aurnhammer bei seinem Vortrag

ist aber auch noch mit ausgedehnten Bitten um weitere und weitergehende Hilfe verbunden.

Zu den finanziellen Punkten muß abschließend noch einmal gesagt werden, daß alle Wünsche und Forderungen, die wir im Rahmen des Krankenhauswesens zugunsten unserer Patienten vorbringen, die finanziellen Möglichkeiten bei den Krankenhausträgern voraussetzen und wir daher auch von unserer Seite aus alle Bemühungen um gesunde wirtschaftliche Verhältnisse der Häuser unterstützen müssen. Auch Verbesserungen im ärztlichen Dienst können nicht ohne Geld erfüllt werden.

Die Ärzte in den Krankenhäusern

F a c h ä r z t l i c h e B e s e t z u n g. Wenn wir uns um eine Verbesserung der ärztlichen Versorgung an den Krankenanstalten bemühen wollen, so ist in erster Linie daran zu denken, daß die fachärztliche Besetzung sicher noch erheblich ausgebaut werden kann. Es wäre wünschenswert und sicher weitgehend erreichbar, daß den Patienten in einigermaßen günstiger örtlicher Nähe nicht nur chirurgische, sondern auch fachinternistische Hilfe gewährt werden kann. Die erforderliche Tätigkeit des Fachgynäkologen und Geburtshelfers sollte an den Häusern in Kürze zur Selbstverständlichkeit werden, zumindest soweit die Kollegen an den Orten niedergelassen sind. Ähnliches gilt von der fachärztlichen Tätigkeit anderer Fachgebiete. Bei einigen Fächern werden allerdings voll auszustattende größere klinische Betriebe dem Patienten mehr Nutzen bringen als örtlich naheliegende, aber unzureichende Zwergabteilungen. Die Besetzung unserer Anstalten mit Kol-

Seratol seit über 50 Jahren
BEI MAGEN-, DARM-, LEBER-, GALLENLEIDEN u. STOFFWECHSELSTÖRUNGEN
ARZNEIMITTELFABRIK CHR. LUDWIG JACOBI, BERLIN SW 61, HASENHEIDE 54

legen, welche die Sonderfunktionen, insbesondere die Anaesthesie beherrschen, liegt, wie bekannt, noch weitgehend im argen und bedarf dringend des Ausbaues, wobei hier aber auch an das Nachwuchsproblem gedacht werden muß.

Nun zur grundsätzlichen Stellenplanung.

Chefärzte. Soweit die Fachgebiete auch an mittleren und kleineren Häusern selbständig besetzt sind, sollten sie von den betreffenden Kollegen auch selbstverantwortlich geleitet werden. — Über die obere Größe der von einem Chefarzt zu leitenden Abteilungen sind ja seit langem Dispute im Gange, die eine Einigung auf irgendwelche theoretischen Zahlen wohl nicht erwarten lassen. Die Kraft der einzelnen leitenden Persönlichkeiten und die Eigenarten der Gesamtbetriebe — wozu später noch etwas zu sagen sein wird — ergeben auch sehr verschiedene Voraussetzungen. Die sogenannten Mammutabteilungen, bei deren grober Zählung ich in Bayern übrigens auf höchstens 20 gestoßen bin, sind sicherlich nicht ideal für die Kontaktmöglichkeiten zwischen dem leitenden Arzt und seinen Patienten, können aber auch nicht ohne Schwierigkeiten einfach gespalten werden. Sie sind eben auch Organismen, wenn auch mit Zeichen von Riesenwuchs, die radikale operative Eingriffe nicht ohne weiteres lebend überstehen können.

Dauerstellungen. Eine Förderung des Ausbaues möglichst zahlreicher Positionen für die erfahrenen fachärztlichen Mitarbeiter und Inhaber der Funktionsstellungen mit verbesserten sozialen Verhältnissen und Sicherungen wird sicher von uns allen begrüßt und unterstützt. Dies gilt auch für die Schaffung von Lebensstellungen dieser Art. Ich glaube, daß auch die grundsätzliche Bereitschaft der Krankenhausträger hierzu ständig zunimmt. Ich frage aber, ob in gleichem Ausmaß überhaupt die Bereitschaft im Kreise der Kollegen vorhanden ist, ihr Lebensziel evtl. in der Stellung eines beamteten Oberarztes zu sehen. Wir stehen hier eben vor einem gewissen Neuland, das wir durchaus mutig beschreiten wollen, über das aber auch noch manche Gedanken ausgetauscht werden sollen. Die Aussicht, daß z. B. später einmal ein 60jähriger Oberarzt einem 40jährigen neueingesetzten Chefarzt unterstellt sein würde, muß nüchtern geprüft werden, da die Heilkunde am klinischen Krankenbett nicht ohne weiteres mit anderen verbeamteten Berufen gleichgesetzt werden kann.

Assistentenproblem. Es ist nicht mehr zu bestreiten, daß wir an den gesamten Krankenanstalten in der Bundesrepublik z. Z. einen Fehlbedarf von mindestens 2000 Assistenten haben, was bedeutet, daß etwa 12% der vorhandenen Planstellen nicht besetzt werden können. Daß sich dieser Mangel besonders an den peripher gelegenen kleinen Häusern auswirkt, ist leicht erklärlich, muß uns aber mit ernster Sorge erfüllen. Dies um so mehr, als sich nach sehr exakten Berechnungen der Fehlbedarf in den nächsten Jahren noch erheblich steigern wird. Bei den genaueren Untersuchungen über die Ursachen des Assistentenmangels stoßen wir aber auf die Tatsache, daß die Stellenpläne an unseren Krankenanstalten in erschreckendem Maße unausgeglichen sind. Ich kann Ihnen nicht ersparen, sich hier einige Zahlen vor Augen zu führen. 1957 trafen bei 544 000 Betten und 12 300 planmäßigen Assistenzärzten auf einen Assistenten durchschnittlich je 44 Patienten zur Betreuung. Der Vergleich der Durchschnittszahlen der Jahre 1952 und 1957 ergibt bei Aufgliederung nach öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenanstalten die nachstehenden Ergebnisse:

	1952	1957
ö	50	34
fg	77	62
pr	71	83

Hiebei ist zu bedenken, daß die Zahl der zur Verfügung stehenden Ärzte ungefähr gleichgeblieben ist. Im übrigen handelt es sich noch um Durchschnittswerte. In Wirklichkeit kennen wir aber großstädtische Anstalten mit einem Bettenschlüssel von 1:17 und Universitätsinstitute mit Bettenschlüssel 1:11, die wir sicher alle zu dieser guten Besetzung beglückwünschen möchten. Wir erkennen aber zugleich, daß diese hervorragenden Stellenpläne natürlich ihren katastrophalen Ausgleich zuungunsten der anderen Häuser finden, so daß die wirklichen Zahlen dort teilweise noch wesentlich ungünstiger sein müssen, als aus der Tabelle ersichtlich ist. Die naheliegende Konsequenz, daß nun eben alle deutschen Krankenhäuser im Zeitalter der modernen Medizin doch wenigstens zu einem Bettenschlüssel von 1:20 kommen sollten, zeigt uns, wie rasch Theorie ins Unwirkliche führen kann. Wir bräuchten dann 27 150 Assistenten, von denen aber nur 12 300 zur Verfügung stehen, so daß der Fehlbedarf 14 850 betragen würde. — Hier liegt meiner Ansicht nach nun der Kern des Assistentenproblems. Der Sog der großstädtischen Kliniken, der von Natur aus schon vorhanden ist, wurde durch die überzogene Stellenplanung der vorwiegend in öffentlicher Hand befindlichen großen Häuser mit allen damit verbundenen Vorzügen des ärztlichen Gesamtdienstes so verstärkt, daß sich der ohnehin schon vorhandene Fehlbedarf ganz zu Lasten der kleinen Anstalten in der Peripherie auswirken muß. Die Diskrepanz zwischen den Anforderungen an die Assistenzärzte dort und hier muß zwangsläufig immer krasser werden. — Es wird sehr schwer sein, diese Dinge einigermaßen zu regeln. Alle Maßnahmen der

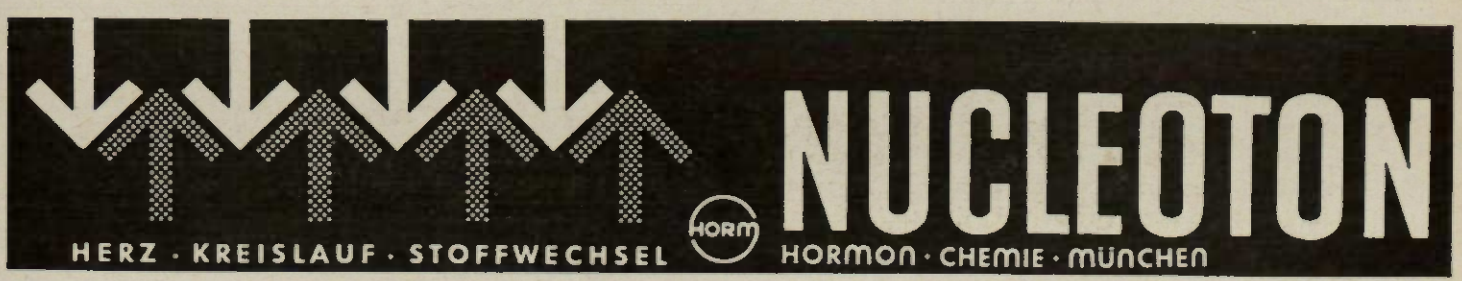
Schaffung von Dauerstellungen und auch Einführung sozialer Verbesserungen an den kleineren Anstalten dienen zwar der Erhaltung einiger Mitarbeiter, bleiben aber bezüglich des Einsatzes des nachrückenden ärztlichen Nachwuchses ohne entscheidenden Einfluß. Eine Lösung des Assistentenmangels an den kleineren Häusern würde außer den oben erwähnten Maßnahmen zwingend erforderlich machen:

1. Sinnvoller Ausgleich der Stellenpläne aller Krankenanstalten;
2. Ausgestaltung der ärztlichen Hilfsdienste (— es erscheint unbegreiflich, daß in einer großstädtischen Fachklinik zahlreiche Kollegen einen erheblichen Teil ihrer Zeit mühsam an der Schreibmaschine verbringen, während an allen peripheren Kliniken des gleichen Fachgebietes Stellen nicht mehr besetzt werden können —);
3. Vorsicht bzgl. der personellen Auswirkungen bei allen Erweiterungen und Strukturänderungen von Krankenhäusern;
4. Äußerste Zurückhaltung bei allen noch so wünschenswerten Verbesserungen ärztl. Stellenpläne;
5. Falls diese Maßnahmen nicht ausreichen sollten, muß an die Regelung der Fluktuation der ärztl. Tätigkeit während der Jahre der Weiterbildung nach Ableistung der Medizinalassistentenzeit gedacht werden.

Ein solcher Turnus zwischen den großen und kleineren Anstalten wäre dabei nicht nur während der Weiterbildung zum Facharzt, sondern auch im Rahmen der Vorstellungen denkbar, die von seiten der prakt. Ärzte seit einiger Zeit immer lebhafter erörtert werden. Jedem Kollegen würde es nur nützlich sein können, sich einen Teil seiner Erfahrungen unter den Verhältnissen der Landkrankenhäuser usw. zu erwerben. Hierbei müßten an die Anstalten selbstverständlich gewisse grundsätzliche Forderungen gerichtet werden, so daß dort wieder die Möglichkeit zu einer Einflußnahme in unserem Sinne gegeben wäre. Sollte ein solcher Turnus erforderlich werden, müßten die nachkommenden jungen Kollegen eben auch einen gewissen vorübergehenden Zwang in Kauf nehmen, der sich aus dem höheren Gesetz unseres Berufes ableitet. Vor allem aber wollen wir nicht den Zeitpunkt versäumen, solange wir die Dinge ausschließlich im Rahmen unserer ärztlichen Selbstverwaltung lösen können. An einen wesentlichen Rückfluß von Kollegen, die sich zur Ausübung der freien Praxis niedergelassen haben, in feste Positionen in den Krankenhäusern, wage ich nicht zu glauben. Wie weit die jetzt freie Zulassung zu den RVO-Kassen sich auf die Besetzung der Assistentenstellen auswirken wird, kann wegen der noch bestehenden Vertragsverhältnisse und der mit einer Niederlassung verbundenen Vorbereitungen wohl erst in etwa einem Jahr übersehen werden.

Belegärzte. Das vorhandene Belegarztsystem steht wohl nicht zur Debatte. Es kann sicher noch etwas ausgebaut werden, um an manchen Häusern den am Orte niedergelassenen Fachärzten die Möglichkeit zur stationären Behandlung ihrer Patienten zu geben. Die Schwierigkeiten werden aber gerade an Häusern in kleinen Städten u. ä. rasch erheblich, wenn es um fachgerechte Versorgung in ununterbrochenem Tag-, Nacht- und Sonntagsdienst oder Urlaubsfragen und vieles andere geht. Die Vorstellung, daß in großem Umfang die niedergelassenen Allgemeinpraktiker ihre Patienten an den Kreiskrankenhäusern usw. selbst versorgen sollten, erscheint aus zahlreichen Gründen völlig abwegig, nicht zuletzt, weil die Kollegen zum größten Teil dazu weder in der Lage noch dazu bereit sind.

Die ärztliche Leitung. Das Schicksal des Patienten beim Aufenthalt in einem Krankenhaus ist nicht nur von den Leistungen der Ärzte abhängig, sondern zu einem großen, oft ebenfalls lebensentscheidenden Teil neben der pflegerischen Versorgung von den Gegebenheiten des Krankenhausbetriebes mit seinen baulichen und betriebstechnischen Einrichtungen. Die Bedeutung dieser Faktoren reicht im Bereich der Erziehung und Überwachung des Personals, wie in der Gestaltung und Leitung aller Betriebszweige in zahllose Details, die hier nicht ausgebreitet werden sollen. Die immer diffiziler werdende Medizin vergrößert diese Aufgaben noch, macht aber andererseits die verantwortliche Leitung, ja auch die juristische Verantwortung des Leiters nur größer, um so gewichtiger aber auch die Bedeutung der ärztlichen Leitung des Krankenhauses. Diese ist aber als wirksame Führung nur möglich durch die Position und Persönlichkeit des Chefarztes, der mit der Gesamtverantwortung für seinen klinischen Betrieb entsprechend den übrigen zentralen Partnern (Krankenhausträger, Oberin, Verwaltung) gegenübersteht, bzw. mit ihnen zusammenwirkt. Man hüte sich vor der Schaffung sogenannter ärztlicher Direktoren und Koordinatoren, die ohne wirkliche Autorität im Krankenhaus bleiben und daher am Schluß weder zu dirigieren noch zu koordinieren haben. Das Krankenhaus selbst und vor allem der Patient im Krankenhaus brauchen eben die zentrale ärztliche Gestalt, deren Autorität aus Können und Persönlichkeit strömt. Es geht hier nicht um die Erhaltung irgendeines Nimbus' und kaum ein Chefarzt wird besonderen Spaß an all diesen Nebenaufgaben finden; er wird sie aber aus der Kenntnis der Wirklichkeit des täglichen und nächtlichen Betriebes heraus auf sich nehmen. Hüten wir uns, diese ja weithin anerkannte zentrale Position des Chefarztes selbst zu gefährden! Mögen auch in der Zukunft wie in großer Vergangenheit unserer Väter ärztliche Leiter an unseren Krankenhäusern



wirken, die Sorgen um „Ethos unter der Technik", „Apparat oder Individualität" u. ä. gar nicht aufkommen lassen können.

Die Beziehungen zur freien Praxis. Wenn auch die Weiterversorgung des Patienten der ambulanten Praxis durch den gleichen Arzt in stationärer Behandlung positive Zeichen aufweist, so kann sie in der Mehrzahl der Fälle von vornherein nicht in Frage kommen. Um so größerer Wert ist auf die klare Abgrenzung der ärztlichen Tätigkeit beider Bereiche zu legen, da gerade diese das für den Patienten wichtige kollegiale Zusammenarbeiten bei Einweisung und Entlassung fördert. Neben der allgemeinen Achtung soll gerade dem ärztlichen Nachwuchs in der Klinik immer wieder die Würdigung der Schwierigkeiten der freien Praxis nahegebracht werden. Bei Störungen eines guten Verhältnisses zwischen Krankenhaus und Praxis soll dem kollegialen Wort mehr Gewicht als dem Gerede der Patienten oder Angehörigen beigemessen werden. Die Fassung der Berufsordnung zur Abgrenzung der Tätigkeiten hat sich immer bewährt und die Kollegen in der Praxis legen mit Recht Wert darauf, daß sie auch durch die Neufassung des Krankenversicherungsneuregelungsgesetzes nicht verwischt werden.

Schlußwort:

Die Übersicht über die Lage der Deutschen Krankenhäuser weist zahlreiche Probleme auf, die gelöst werden müssen. Sie konnten in diesem Referat nur unvollkommen und teilweise überhaupt nicht angesprochen werden (Schwesternfragen, Hauspersonal usw.). Trotz innerer Zusammenhänge liegen die Schwierigkeiten vielfach in ganz verschiedenen Sektoren und müssen in ihrem Raum geklärt werden. Jede Änderung auf irgendeinem Gebiet wird aber bei dem hochempfindlichen Wesen der Krankenanstalten erhebliche Gesamtauswirkungen zeigen. Die Beseitigung der Nöte und Sorgen unserer Häuser muß zwar mit Aktivität und Beschleunigung, aber auch mit Ruhe und Besonnenheit vorgenommen werden. Versuchen wir, das richtige Maß zwischen dem Vermögen aus eigener Kraft und obrigkeitlichem Einfluß zu finden. Seien wir uns klar, daß die Öffentlichkeit, deren Organe letzten Endes einen großen Teil der erforderlichen Maßnahmen durchzuführen und zu tragen haben, mit Recht unsere Vorschläge und Wünsche kritisch prüfen wird. Wir haben Grund mit der Verkündung von Reformgedanken behutsam umzugehen. Neuordnung setzt voraus, daß die bestehende Ordnung nicht mehr lebensfähig ist. Dies kann vom deutschen Krankenhauswesen nicht gesagt werden.

Wir wollen aber mit aller Entschlossenheit daran gehen,

das Richtige zu erhalten und auszubauen,
das Fehlende zu ergänzen,
das Fehlerhafte zu ändern oder zu beseitigen,
das Beste zu erstreben und
das Mögliche zu erreichen.

So hoffen wir, daß wir in einigen Jahren zu unserem Patienten sagen können: Sei beruhigt, Dein Krankenhaus ist wieder gesund!

Anschrift des Verfassers: Neuburg/Donau, Kinderklinik „St. Elisabeth".

Ein bemerkenswertes Jubiläum

Die „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin", die sich in steigendem Maße bei den praktischen und Fachärzten großer Beliebtheit erfreuen, konnten vor kurzem ihre 25. Vortragsreihe abhalten. Bei der Feierstunde, die aus diesem besonderen Anlaß stattfand, konnte der Leiter dieser Kurse, Professor Dr. A. Schretzenmayr, eine überaus große Zahl von Ehrengästen begrüßen. Als Vertreter des Herrn Bundesministers des Innern war Ministerialdirektor Dr. Stralau aus Bonn gekommen, die Bayer. Staatsregierung wurde durch Staatssekretär Junker vertreten, die Regierung von Schwaben durch Regierungspräsident Dr. Fellner und Regierungs-Vizepräsident Dr. Sievers sowie weitere Vertreter der Regierungsbehörden von Schwaben, die Stadt Augsburg hatte Oberbürgermeister Dr. Klaus Müller, Bürgermeister Pepper, zahlreiche Stadträte entsandt sowie Vertreter der Behörden von Augsburg. Von ausländischen Gästen konnten Dozent Dr. Pilgerstorfer, der Fortbildungbeauftragte der Österreichischen Ärztekammer, Dr. Glanz, Straßburg, als Vertreter der praktischen Ärzte Frankreichs, und Dr. Walser für die Liechtensteiner Ärzte begrüßt werden. Auch die Kurdirektoren von Meran und Grado, in denen unter Leitung von Prof. Dr. Schretzenmayr die Internationalen Fortbildungskurse der Bundesärztekammer stattfinden, waren erschienen. Besonders herzlich wurden der Festredner Prof. Dr. K. H. Bauer, Heidelberg, und Nobelpreisträger Prof. Dr. G. Domagk und die Vortragenden aus dem In- und Ausland begrüßt, ferner an der Spitze der Ärzte der Vizepräsident der Bundesärztekammer und Präsident der Bayer. Landesärztekammer, in deren Auftrag die ärztliche Fortbildung in Bayern durchgeführt wird, Dr. H.-J. Sewering, gleichzeitig Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern, sowie Ministerialdirigent Dr. W. Schmelz, der Leiter der Gesundheitsabteilung im Bayer. Staatsministerium des Innern. Professoren und Dozenten fast aller medizinischen Fakultäten der Bundesrepublik hatten sich eingefunden. Besonderer Gruß galt außerdem den Vertretern der Krankenkassen und Landesversicherungsanstalten, den geistlichen Orden beider Bekenntnisse und dem Bayer. Roten Kreuz, den Vertretern der pharmazeutischen Industrie, den Vertretern der ärztlichen Organisationen und Verbände und den Delegierten der einzelnen Krebsgesellschaften. Besonderer Dank galt dem Generaldirektor der NRK Dr. Rohm, der wie bisher auch diesmal die Räumlichkeiten des Unternehmens zur Verfügung gestellt hatte. Auch der Leiter der ärztlichen Fortbildungskurse in Regensburg, Prof. Dr. Jahn, Nürnberg, und der Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer Dr. J. Stockhausen waren erschienen. Zum Schluß, aber nicht minder herzlich, wurden die Vertreter der Presse und des Bayer. Rundfunks begrüßt, bei denen immer Aufgeschlossenheit und Verständnis für die wichtigen Aufgaben der Ärzteschaft, die in erster Reihe der Volksgesundheit dienen, gefunden wurde.

In der Mitte: Prof. Dr. Domagk, rechts Prof. Dr. Bauer

In Augsburg vor 400 Jahren die ersten Fortbildungstage für Ärzte

Prof. Dr. Schretzenmayr verwies darauf, daß in Augsburg meist nur jener gedacht werde, die als Feldherren oder berühmte Kaufleute wirkten, man vergesse aber jener zu gedenken, die der medizinischen Wissenschaft dienten. Erst im Vorjahre konnte Friedrich von Müller gedacht werden, dessen Wirken der Medizin neue und heute noch gültige Wege wies. Auch der Schöpfer der Anatomie und der Begründer der naturwissenschaftlichen Medizin, Andreas Vesalius, wirkte in Augsburg. Er hat bereits vor 400 Jahren erstmals für die Ärzte Vorlesungen gehalten und kann als der eigentliche Begründer der Augsburger Fortbildungstage bezeichnet werden. In einem kurzen Überblick konnte Professor Dr. Schretzenmayr darauf hinweisen, daß mehr als 25 000 Teilnehmer bei den 25 Fortbildungstagungen gezählt werden konnten, wodurch allein schon ihr Wert bewiesen ist. Demgegenüber galt seine Kritik dem Verhalten der Finanzämter, die besonders im süddeutschen Raum Verständnis für diese letzten Endes doch der Allgemeinheit dienende Einrichtung vermissen lassen.

Die Rede des Vertreters des Bundesinnenministers Ministerialdirektor Dr. Stralau

Ministerialdirektor Dr. Stralau freute sich, anläßlich der Jubiläumstagung die Grüße des Herrn Bundesministers des Innern Dr. Gerhard Schröder überbringen zu können. Mit den Grüßen ist auch der Dank für die wertvolle Arbeit verbunden, die in Augsburg nach dem Kriege geleistet wurde und die eine weit über den örtlichen Rahmen hinausgehende Bedeutung gewonnen hat. Sein besonderer Gruß galt den Gästen aus dem Auslande. Ministerialdirektor Dr. Stralau betonte, daß die „Zweite Weltkonferenz für Fragen der ärztlichen Aus- und Fortbildung", die 1959 in Chicago veranstaltet wurde, in ihrem Motto „Medizin — ein lebenslängliches Studium" den engen Zusammenhang zwischen ärztlicher Ausbildung und laufender Fortbildung zum Ausdruck gebracht hat. „Die vom Staat normierte Ausbildung endet bei uns mit der Erteilung der Bestallung als Arzt. Sie ist schon seit dem Ende des ersten Weltkrieges" — er nannte den Namen Hellpach — „Gegenstand der Kritik gewesen. Die nationalsozialistische Herrschaft brachte uns nicht nur die Abschnürung vom Ausland und von der internationalen Wissenschaft sowie die Abwanderung wertvoller Kräfte, sondern auch die Verkürzung der ärztlichen Ausbildung. Die verkürzte Studienzeit wurde zugleich mit einer solchen Stoffülle belastet, daß sich nach dem Fortfall des nationalsozialistischen Zwanges die Durchführungen der Bestimmungen der Bestallungsordnung von 1939 als unmöglich erwiesen und es sehr bald keine einheitliche Ausbildung mehr gab. Es mußte deshalb zunächst eine neue Rechtsordnung geschaffen werden, bevor die Pläne zu einer umfassenden Neugestaltung der ärztlichen Ausbildung gereift waren.

Die Wichtigkeit der Weiterbildung der Ärzte

Die Tatsache, daß bei einer Umfrage der Bundesärztekammer über die ärztliche Ausbildung nur 30% der befragten Ärzte sich im Stande fühlten, nach Erteilung der endgültigen Approbation eine eigene ärztliche Praxis zu übernehmen, weist auf die große Bedeutung der Weiterbildung des Arztes hin. Den aus dem Kriege und der Gefangenschaft heimgekehrten Ärzten war es infolge der Überfüllung des ärztlichen Berufs zunächst oft nicht möglich, ihre Assistententätigkeit unter dem obersten Gesichtspunkt der eigenen Weiterbildung einzurichten. Die Lücke an ärztlichem Wissen war aber nicht nur bei den jungen Ärzten entstanden. Auch die älteren unter uns waren von den Notjahren des Krieges und der Nachkriegszeit betroffen.

Es ist wiederholt ausgesprochen worden, daß eine besonders wichtige gesundheitspolitische Maßnahme in der Sorge dafür besteht, daß die auf dem Gebiete des Gesundheitswesens tätigen Personen gut qualifiziert sind, eine dem Wesen ihrer Aufgabe entsprechende Berufsauffassung haben und unter Arbeitsbedingungen gestellt sind, die dem Wesen ihrer besonderen beruflichen Aufgaben entsprechen. Ich wiederhole diese Feststellungen, um darauf hinzuweisen, daß die von der Ärzteschaft durchgeführte Fortbildung dadurch, daß sie der fachlichen Qualifikation der Ärzte dient, eine bedeutsame gesundheitspolitische Aufgabe erfüllt.

Für die Anziehungs- und Ausstrahlungskraft von Fortbildungsveranstaltungen dürfte neben ihrer Thematik vor allem die Art ihrer Durchführung von Bedeutung sein. Bei der Durchsicht der Programme der bisherigen Augsburger Fortbildungstage glaube ich feststellen zu können, daß hier der richtige Weg beschritten worden ist. Seit zehn Jahren hat sich Ihnen

eine große Zahl hervorragender Fachkenner aus dem In- und Ausland zur Verfügung gestellt. Die Spannweite der Thematik umfaßt neben vertrauten Themen solche, wie die „Synthese der praktischen Medizin", das „Chirurgisch-internistische Konsilium", „Der Arzt der Praxis und die Zeitkrankheiten" und manche andere, die aufhorchen lassen.

Was mich aber im Hinblick auf die Vorschläge zur Neugestaltung der medizinischen Ausbildung besonders beeindruckt hat, ist folgendes: Das Thema jeder Augsburger Tagung wird aus der Sicht der verschiedenen Fachvertreter beleuchtet, nicht nur in Vorträgen, sondern in Colloquien, Round-table-Gesprächen, Klinischen Visiten, Kurzvorträgen und Filmen. Mir scheint hier manches von dem verwirklicht zu sein, was mit den Plänen für die Neugestaltung der ärztlichen Ausbildung, wie sie auf dem letzten Ärztetag vorgetragen worden sind, angestrebt wird. So ist z. B. auf dem Ärztetag der Begriff der Gemeinschafts-Vorlesung dahin gehend definiert worden, daß bestimmte Probleme von Dozenten verschiedener Fachrichtungen gemeinsam besprochen werden, wobei auch die Studenten in die Diskussion einbezogen werden können.

Regelmäßige Teilnahme der Ärzte anzustreben

Zum Schluß möchte ich noch auf eine Frage hinweisen, die sich bei der ärztlichen Fortbildung in ähnlicher Weise wie bei der ärztlichen Ausbildung stellen kann. Es ist unserer Ausbildung, wie sie sich in der Tradition der Universitäten abspielt, vorgehalten worden, daß sie zwar dem Fleißigen und Aufnahmebereiten recht gute Kenntnisse zu vermitteln in der Lage ist, daß sie aber zu wenig Zwang gegenüber dem weniger Fleißigen und weniger Geeigneten ausübt. Nun ist das bei der Ausbildung, die ja mit einer Prüfung endet, weitgehend eine Frage des Prüfungswesens, die sich lösen lassen sollte. Wenn wir das hier in Augsburg im Verlauf von zehn Jahren für die Fortbildung geleistete rühmen, so sollten wir auch einen Blick auf die Empfänger werfen. Ich möchte die eben bei der Ausbildung gebrachte Terminologie von Fleißigen und Aufnahmebereiten nicht ohne weiteres auf die Fortbildung übertragen — ganz von der Hand wird sie auch hier nicht zu weisen sein —, sondern auf die Schwierigkeiten hinweisen, die sich der anzustrebenden regelmäßigen Teilnahme aller Ärzte an der Fortbildung entgegenstellen. Finanzielle Fragen, das Vertreterproblem und manches andere greifen dabei ineinander. Ich wünsche der Ärzteschaft, daß es ihr immer besser gelingen möge, diesem Ziel der regelmäßigen Teilnahme aller Ärzte an der Fortbildung näher zu kommen. Soweit die Gesundheitsverwaltung dabei helfen kann, wird sie es gern tun.

Den Augsburger Fortbildungstagen für praktische Medizin wünsche ich eine glückliche Zukunft. Möge Ihren Veranstaltern, an der Spitze dem verdienstvollen Vorsitzenden Herrn Prof. Dr. Schretzenmayr, der Dank und die Anerkennung, die ich Ihnen gerade aus Anlaß dieser 25. Jubiläumstagung von ganzem Herzen ausspreche, auch weiterhin in reichem Maße zuteil werden.

Die Wünsche der Bayerischen Staatsregierung

Staatssekretär Heinrich Junker überbrachte die Grüße und Wünsche der Bayerischen Staatsregierung. Er verwies darauf, daß die Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin bereits zu einer ständigen Einrichtung geworden sind, die man aus der Reihe der Fachtagungen nicht mehr wegdenken könne. In der Fachwelt genießen sie einen guten Ruf. Glücklich war auch der Gedanke, Ärzte und Wissenschaftler alljährlich zweimal zu einem Austausch neuer Erkenntnisse und Erfahrungen nach der alten Fuggerstadt einzuladen, welche Bedeutung der Staat und die Öffentlichkeit der wertvollen Arbeit dieser Fortbildungskurse beimißt, ist aus der Vertretung der Bayer. Staatsregierung zu ersehen. „Gerade aber das Problem, dem die Veranstaltungen der Fortbildungstage 1960 gewidmet sind, hat eine Bedeutung erlangt, das heute in ganz besonderem Maße von allgemeinem und öffentlichem Interesse ist: das Problem des Krebses, einer Geißel der Menschheit unseres Jahrhunderts. Die Bayer. Staatsregierung hat sich mit dem Problem der Krebsbekämpfung bereits eingehend befaßt. Seinerzeit wurde zunächst die Frage erhoben, ob es zweckdienlich wäre, die Krebsbekämpfung als staatliche Organisation aufzubauen. Mit anderen Bundesländern wurden Verhandlungen aufgenommen, die bereits eine Krebsorganisation in größerem Stile errichtet hatten. Wie sich aber dort zwischenzeitlich gezeigt hat, steht der finanzielle Aufwand für derartige Beratungsstellen in Staatsregie in keinem Verhältnis zum Erfolg. Nach eingehenden Beratungen kam man zu der Überzeugung, daß es unzweckmäßig wäre, die Krebsbekämpfung von staatlicher Seite allein in die Hand zu nehmen.

Krebsbekämpfung in erster Reihe Aufgabe des praktischen Arztes

Die Staatsregierung vertritt den Standpunkt, daß die Krebsbekämpfung in erster Linie Aufgabe der freien Ärzteschaft sein muß. Wenn auch die Bekämpfungsmaßnahmen bei Krebserkrankungen im wesentlichen Präventivmaßnahmen sind, so betreffen diese freilich in ganz anderer Weise die Einzelpersönlichkeit im Gegensatz zu anderen Fürsorgeberatungen. Dem öffentlichen Gesundheitsdienst läge es auch fern, in die Vertrauenssphäre zwischen Arzt und Patient einzugreifen. Trotzdem kann und darf sich der Staat der Bekämpfung dieser furchtbaren und heimtückischen Krankheit nicht verschließen, denn das Krebsproblem berührt zu unmittelbar die allgemeine Volksgesundheit. Zum mindesten ist es die Pflicht des Staates, sich an den Vorbeugungsmaßnahmen zu beteiligen. Eine Koordinierung und Abgrenzung der Aufgabenbereiche ist dabei unerläßlich, in dieser Erkenntnis wurde an die Bayer. Landesärztekammer herangetreten, um eine Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung einzurichten, die sich seit ihrem Bestehen schon sehr segensreich auswirken konnte. In der Arbeitsgemeinschaft sind alle mit dem Krebsproblem befaßten Stellen vereinigt. Letzterer Zusammenschluß war insofern auch sehr wünschenswert, als daß dadurch eine Zersplitterung der an sich gering vorhandenen Mittel vermieden wird.

Weiteste Kreise der Bevölkerung können durch Merkblätter und Schriften auf die Wichtigkeit der frühzeitigen Erkennung des Krebses hingewiesen werden.

Die Krebsberatungsstellen werden aus psychologischen Gründen bewußt nicht als solche bezeichnet. Ihre Aufgabe wird von den Ambulatorien der Krankenhäuser und nicht von staatlichen Stellen durchgeführt. Große leistungsfähige Beratungsstellen bestehen an den Frauenkliniken der drei Landesuniversitäten.

und bringen damit ein echtes
Breitspektrum-Antibioticum
an den Ort der Infektion.

Butandiol trocknet das Entzündungsgebiet
durch Wasserentzug rasch aus.

Vorteile der
Leukomycin-Ohrentropfen:

breites antibiotisches Wirkungsspektrum
gute örtliche Verträglichkeit
praktisch keine Resistenz.

Das Ziel:

Zuverlässige Infektionsbekämpfung
bei allen bakteriellen Erkrankungen
des äußeren, mittleren und inneren Ohres.

Leukomycin-Ohrentropfen:
5%ige Lösung von Chloramphenicol
auf Butan-1,3-diol-Basis.

Originalpackung: Pipettenflasche mit 6 ccm.

BAYER

Im Vertrauen der Welt

In allen Weltteilen — in allen Apotheken!

HÄDENSA

SALBE UND SUPPOSITORIEN

Hämorrhoiden

Pruritus ani

Rhagaden

Tenesmus

Tube DM 1,50 o. U.

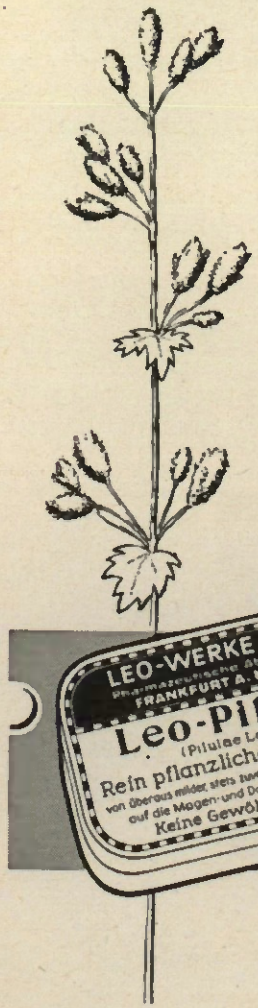
5 Suppositorien

DM 1,25 o. U.

Fordern Sie

Ärztemuster

HÄDENSA-GESELLSCHAFT · BERLIN-FRIEDENAU



In drei Ärztegenerationen bewährt!

Leo-Pillen

Rein pflanzliches Laxans

K. P. 30 Pillen DM 1,40 lt. AT. m. U.
O. P. 60 Pillen DM 2,30 lt. AT. m. U.

LEO-WERKE · FRANKFURT/M

Kleinklaviere
Einzigartige Auswahl
Bis zu 40 Monatsraten
Pianohaus Lang
München · Kaufingerstraße 28/I
Augsburg · Bahnhofstraße 15/I
Regensburg · Kassiansplatz 3

Gegen **Enuresis nocturna**
hat sich HICOTON als Spezifikum seit Jahrzehnten bestens bewährt! In allen Apotheken erhältlich. Prospekt und Muster kostenlos durch den Allein-Hersteller. „MEDIKA" Pharm. Präparate, (13b) München 42

Elegant, luftig
und sehr bequem:
Sandalette „GOLF"

aus weißem Elkleder in bester Verarbeitung mit der hunderttausendfach bewährten SANIFORM-Fußgelenk- und Fersenstütze, Größen 5½-11 24.50
In sattelbraun oder grau nur 23.50
Eine Wohltat für jeden Fuß!
Garantie: Umtausch oder Geld zurück. Ab 3 Paar portofrei. Buntkatalog gratis direkt durch
SANIFORM-SCHUHE ABT. 259
ESBACH BEI COBURG

FERIEN für Autofahrer

200 ORTE mit Pauschalaufenthalten

Beliebige Verlängerung
Einige Beispiele für 7 Tage Vollpens.:

CATTOLICA	1 Wo. ab 67.-
ATTERSEE	1 Wo. ab 69.-
CALLANTSOOG	1 Wo. ob 92.-
ALASSIO	1 Wo. ob 111.-

8 eigene Hotels in Interlaken, Wengen, Meina, Rimini, Sta. Margherita, Giens, am Vierwaldstättersee mit besonders günstigen Preisen.
Fordern Sie Katalog, Anruf genügt!
Die große internationale Reiseorganisation mit der 25jährig. Erfahrung
München
Lenbachplatz 9
Tel. 55 54 35
HOTEL PLAN

Die Unterstützung der Krebsbekämpfung durch die Staatsregierung

Selbstverständlich ist sich auch die Staatsregierung bewußt, daß die eingeleiteten Maßnahmen zur Bekämpfung dieser Krankheit erst ein Anfang sein können für weitere erfolgversprechende Tätigkeit. Die Bayer. Staatsregierung wird es sich angelegen sein lassen, zur Förderung auf dem Gebiete der Krebserkennung und -bekämpfung auch weiterhin finanzielle Mittel, wie es bisher schon geschehen ist, bereitzustellen. Alle, die sich dieser großen Aufgabe freiwillig angenommen haben — Ärzte und Laien — dürfen des Dankes sicher sein."

Oberbürgermeister Dr. Klaus Müller dankte namens der Stadt Augsburg Prof. Dr. Schretzenmayr für seine segensvolle Tätigkeit. Er gab gleichzeitig den Beschluß des Stadtrates bekannt, ein zentrales Krankenhaus mit einem Kostenaufwand von 100 Millionen DM zu schaffen. Sein Dank galt auch Prof. Dr. Domagk, dem er ein französisches, aus der Zeit Napoleons I. stammendes Bild von Augsburg überreichte. Er erwähnte dabei, daß Paris sich schon frühzeitig für Augsburg interessiert hat und daß Napoleon III. 8 Jahre in Augsburg studiert hat.

Ehrung Professor Dr. Domagks

Professor Dr. Domagk dankte namens aller Referenten und Vortragenden. Der Nobelpreisträger verwies auf die Bekämpfung der Tuberkulose durch die Cytostatika, denen es zuzuschreiben ist, daß die Zahl der Todesfälle um 80% und die der Erkrankungen um 40% abgenommen hat. Er wäre froh, wenn man das auch beim Krebs erreichen könnte.

Die Grüße der ausländischen Gäste

Dozent Dr. Pilgerstorfer bezeichnete die ärztlichen Fortbildungskurse in Augsburg als ein gutes Vorbild, das auch jenseits der Grenzen der Bundesrepublik anerkannt werde. In Österreich kenne jeder Arzt den Namen Schretzenmayr, der Ehrenmitglied der Medizinischen Gesellschaft in Linz (Österreich) ist.

Dr. Glanz, Straßburg, überbrachte die Grüße der praktischen Ärzte Frankreichs, die jederzeit zur Zusammenarbeit auf wissenschaftlichem Gebiete bereit sind und diese begrüßen.

Eingehende Stellungnahme Dr. H. J. Sewerings

Der Vizepräsident der Bundesärztekammer und Präsident der Bayer. Landesärztekammer Dr. H. J. Sewering verwies eingangs seiner Ansprache darauf, daß die deutschen Ärzte in ihrer Berufsordnung die Bestimmung aufgenommen haben, daß der Arzt verpflichtet ist, sich beruflich fortzubilden. „Damit sollte dem Katalog der Pflichten des Arztes nicht etwa eine neue hinzugefügt werden, sondern es wurde lediglich formuliert und niedergeschrieben, was seit jeher Verpflichtung für jeden Arzt angesichts der ständigen Fortentwicklung der Medizin, verbunden mit dem Bestreben, dem Kranken stets das Beste zu geben, war. Dem Wunsche des einzelnen Arztes sich fortbilden zu können, mußte die Standesorganisation durch die Schaffung von Fortbildungsmöglichkeiten entgegenkommen. In Augsburg haben einige Kollegen unter ihrem Vorsitzenden Prof. Dr. Albert Schretzenmayr vor über 12 Jahren die Notwendigkeit und den Segen der Fortbildung klar erkannt, in zäher und begeisterter Arbeit die Augsburger Fortbildungstage aufgebaut und in diesen Tagen können sie zum 25. Mal eine so große Zahl von Kolleginnen und Kollegen in den Mauern ihrer Stadt willkommen heißen. Augsburg, das dürfen wir heute mit Stolz feststellen, ist damit zu einer Keimzelle für die ärztliche Fortbildung geworden. Es war daher nur eine ganz natürliche Entwicklung, wenn der Initiator, Organisator und Leiter dieser Fortbildungstage schon vor Jahr und Tag auch zum Vorsitzenden des ‚Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung' der Bundesärztekammer gewählt wurde, und so seine Begeisterung, gepaart mit immer größerer Erfahrung, auf höchster Ebene entfalten kann. Wir in Bayern sind glücklich darüber, zu wissen, daß unsere Kollegen hier in Augsburg eine so hervorragende Möglichkeit der Fortbildung haben und es ist mir deshalb nicht eine Pflicht, sondern ein ehrliches Bedürfnis, dem Ärztlichen Kreisverband Augsburg und seinem Vorsitzenden Prof. Dr. Albert Schretzenmayr, den aufrichtigen Dank der bayerischen und außerbayerischen Kollegen und die höchste Anerkennung der Bayerischen Landesärztekammer auszusprechen. Ich überbringe Ihnen aber gleichzeitig auch den Dank und die Grüße des Vorstands der Bundesärztekammer.

Die Aufgaben und die Durchführung ärztlicher Fortbildung

Die Fortbildung hat in Bayern seit Jahr und Tag eine gute Heimstätte. Ich müßte mich eines Versäumnisses schuldig machen, wenn ich in diesem Augenblick nicht auch dankbar und voller Anerkennung die Regensburger Fortbildung unter Prof. Jahn und den Nürnberger Fortbildungskurs unter Prof. Meythaler hervorheben würde. Daß daneben noch eine gute Zahl kleinerer Fortbildungsveranstaltungen mit sehr gutem Erfolg durchgeführt wird, darf ich der Vollzähligkeit halber erwähnen.

In den Ländern des Bundesgebietes entstanden in den letzten Jahren ebenfalls zahlreiche Fortbildungsmöglichkeiten, die sich guten Ansehens und Zuspruchs erfreuen.

Als eine Besonderheit darf ich die Internationalen Lehrgänge für praktische Medizin der Bundesärztekammer hervorheben, welche seit Jahren unter der fachlichen Verantwortung des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung und unter der Leitung von Prof.

Schretzenmayr in Badgastein, Davos, Grado und Meran stattfinden und die sich größter Beliebtheit bei unseren Kollegen erfreuen.

Die Frage, in welcher Form man die ärztliche Fortbildung am besten gestalte, beschäftigt uns fort und fort. Alle von mir erwähnten Kurse haben ihre Bewährungsprobe bestanden; darüber besteht kein Zweifel. Wir glauben aber, daß wir uns darin noch nicht erschöpfen dürfen. Nach vielen Gesprächen und Überlegungen haben wir nunmehr in Bayern die Vorbereitung klinischer Fortbildungskurse von ein- bis zweiwöchiger Dauer in Angriff genommen und ich glaube, daß wir schon in Kürze eine reiche Auswahl solcher klinischer Kurse in den verschiedensten Fächern an renommierten bayerischen Krankenhäusern anbieten können.

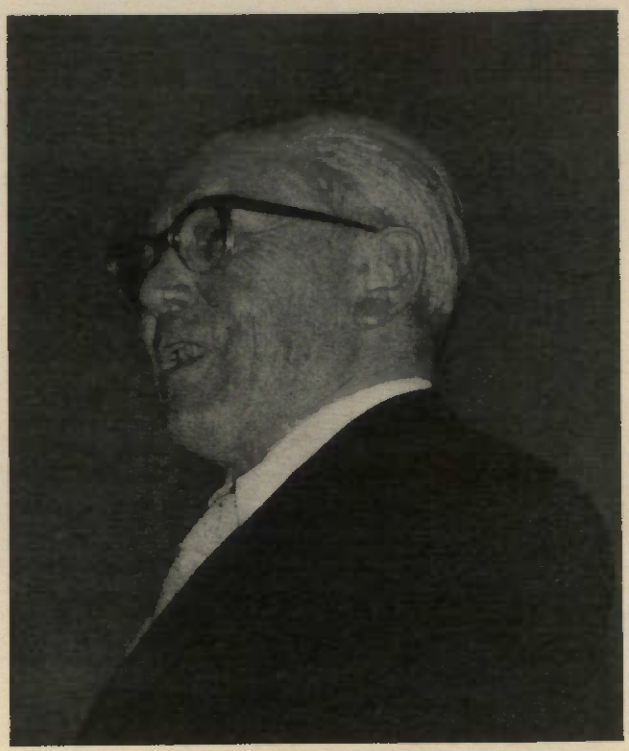
Die klinische Fortbildung ist ihrer Natur nach eine Fachfortbildung, aber keine Facharztfortbildung. Sie steht praktischen Ärzten und Fachärzten gleichermaßen zur Verfügung. Ich hoffe, daß wir dadurch unseren Kollegen viele gute Dienste in der Gestaltung ihrer Fortbildung leisten können.

Die Krebsbekämpfnng in Bayern

Die 25. Augsburger Fortbildungstage zeichnen sich nicht nur dadurch aus, daß sie eine Jubiläumstagung sind, sondern ebenso dadurch, daß sie einem Thema gewidmet sind, das die Medizin ganz besonders beschäftigt, nämlich dem Krebsproblem in der Praxis. Die Gestaltung erfolgt deshalb gemeinsam mit der unter Federführung der Bayer. Landesärztekammer stehenden Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern. Wir sind das einzige Land der Bundesrepublik, in welchem alle an der Krebsbekämpfung beteiligten und interessierten Behörden, Körperschaften und Verbände unter Betreuung und Federführung der Berufsvertretung der Ärzte in einer solchen Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossen sind. Sie entstand durch die Initiative des Bayer. Landesgesundheitsrates, der einstimmig zu der Auffassung gelangte, daß die Krebsbekämpfung, wenn sie wirksam sein soll, nur im Sprechzimmer des praktizierenden Arztes beginnen kann. Er sieht als erster die Patienten, er kommt als erster zur Frühverdachtsdiagnose, und er muß es sein, der dann den Kranken einer zweckmäßigen Behandlung zuführt. Krebsberatungsstellen als Einrichtungen zur Erfassung von Krebskranken oder -verdächtigen sind sinnlos und werden von uns abgelehnt.

Dank an das Bayer. Staatsministerium des Inneren und die Landesversicherungsanstalten

Daß Reihenuntersuchungen von vornherein überhaupt nicht diskutabel sein können, bedarf wohl keiner näheren Begründung. Ich möchte dabei ganz allgemein herausstellen, daß nach meiner Überzeugung jede gesundheitspolitische Maßnahme dort ihre Grenzen zu finden hat, wo sie die Freiheit und die Menschenwürde verletzt oder berührt. Von diesem Grundsatz darf nur abgewichen werden, wenn anders eine schwere Gefahr für die Allgemeinheit nicht abgewendet werden kann. Durch Fortbildungsmaßnahmen bei den Ärzten und erste Versuche einer maßvollen und sehr bedachten Aufklärung der Bevölkerung hat unsere bayerische Arbeitsgemeinschaft bereits verdienstvoll gearbeitet. Es ist mir ein Bedürfnis, dem Bayer. Staatsministerium des Innern und den Bayer. Landesversicherungsanstalten für ihr Verständnis und ihre finanzielle Unterstützung aufrichtig zu danken.



Prof. Dr. Bauer, Heidelberg, bei seinem Festvortrag

Dank an die Referenten und die Gäste aus dem Ausland

Wenn wir von Fortbildung, ihrer Organisation und ihren Erfolgen sprechen, so muß aber eines besonders klar herausgestellt werden: Alle Bemühungen der Organisatoren, alles Interesse der fortbildungswilligen Ärzte müßten scheitern, wenn wir nicht eine so große Zahl von Kollegen hätten, die immer wieder bereit sind, trotz noch so großer anderweitiger Lasten und Pflichten ihre Erfahrung und ihr Wissen in den Dienst der guten Sache zu stellen. Ich möchte deshalb diese Feierstunde nicht vergehen lassen, ohne den Herren Referenten den herzlichen Dank der ärztlichen Stan-

Jod-Vasogen 3 6 + 10%
3% O.P. 20 g 1.25 DM
O.P. 30 g 1.45 DM
6% O.P. 20 g 1.40 DM
O.P. 30 g 1.65 DM
10% O.P. 20 g 1.55 DM
O.P. 30 g 1.85 DM
PEARSON + CO. AG. UETERSEN/HOLSTEIN · GEGR. HAMBURG 1883

desorganisation und aller Kolleginnen und Kollegen für ihre stets so bereitwillige, ja oftmals mit echten Opfern verbundene Mitarbeit durch Übernahme von Referaten auszusprechen. Unsere Herren Referenten aus Wissenschaft, Klinik und Praxis haben damit nicht nur Tausenden von Kollegen wertvollste Hilfe geleistet, sondern auch unzählige Brücken geschlagen zwischen den hohen Schulen der Medizin und den Ärzten draußen in der Praxis; Brücken, ohne die eine fruchtbare Fortentwicklung der Medizin gar nicht denkbar sein kann. Wer jemals aufmerksam mit offenen Ohren an Colloquien unserer Fortbildungskurse teilgenommen hat, wird mir recht geben, wenn ich sage, daß über diese Brücken aber nicht nur unendlich viel Wissen vom Redner zu seinen Zuhörern floß, sondern gar oft auch ein gerütteltes Maß praktischer Erfahrung vom Arzt, der draußen im Lande seine harte Pflicht erfüllen muß, zurück zum Referenten. Kein Wunder, daß solche Zwiesprachen oft zu Höhepunkten unserer Fortbildungkurse geworden sind.

Einen besonderen Dank habe ich heute den Kollegen aus unseren befreundeten europäischen Ländern abzustatten, die sich seit Jahren als Referenten für die ärztliche Fortbildung in Deutschland zur Verfügung gestellt haben. Ihnen ist es zu danken, daß unseren deutschen Kollegen auch Fortschritt und Erfahrungen auf internationaler Ebene in optimaler Weise zugänglich gemacht werden konnten. Über unsere Fortbildungskurse und ihre Referenten aus zahlreichen Ländern Europas wurden aber nach der schweren Zeit, die hinter uns liegt, viele, viele neue Fäden und Verbindungen angeknüpft und auf diese Weise von den Ärzten Europas wertvolle Hilfe geleistet in dem Bemühen um einen europäischen Bund, in dem Bemühen um die Stärkung der Freundschaft der europäischen Völker.

Der Vorstand der Bundesärztekammer sah sich leider außerstande, jedem einzelnen unserer ausländischen Kollegen auch ein äußeres Zeichen seines Dankes und seiner Anerkennung zu überreichen. Er beschloß deshalb, einen unter ihnen am heutigen Tage zu ehren und dafür zu danken, daß er sich nach dem Zusammenbruch, als noch viele glaubten, die Kluft zwischen Deutschland und Frankreich — aufgerissen durch zwei schreckliche Kriege — könne nie mehr geschlossen werden, sofort um die deutsch-französische Verständigung bemühte und sich, sobald dazu Gelegenheit war, auch für die Fortbildung der deutschen Ärzte zur Verfügung stellte.

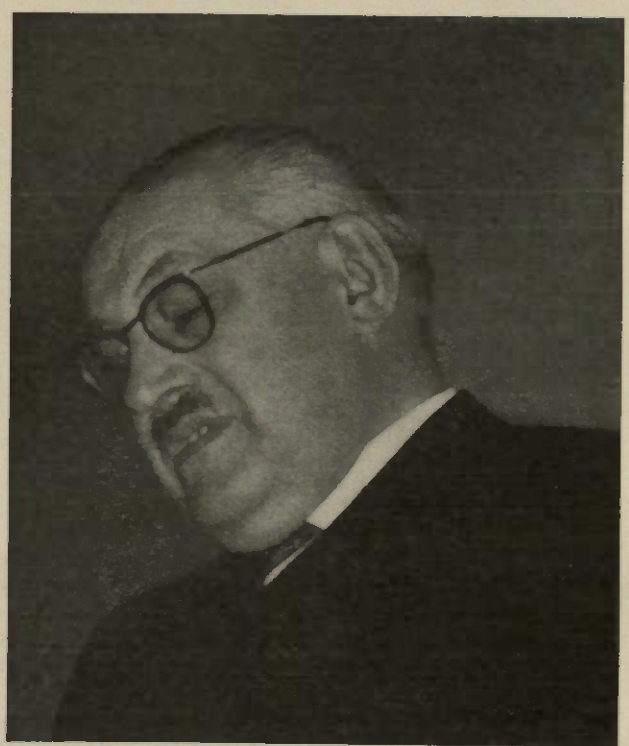
Verleihung des Ehrenzeichens der Deutschen Ärzteschaft an Professor Dr. Fontaine, Straßburg

Ich habe die Ehre, dem Dekan der Medizinischen Fakultät und Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik Straßburg, Herrn Professor Dr. med. René Fontaine im Auftrage der Bundesärztekammer mit dem ‚Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft' auszuzeichnen. Ich bitte ihn, mit der Entgegennahme dieses Ehrenzeichens auch die Versicherung unseres unverbrüchlichen Willens entgegenzunehmen, daß die deutsche Ärzteschaft alles in ihrer Kraft Stehende tun wird, um den Grundsätzen zum Durchbruch zu verhelfen, die der Leitgedanke seines Vaterlandes sind: Freiheit und Gleichheit vor dem Gesetz, Brüderlichkeit und über allem Menschlichkeit!" (Großer anhaltender Beifall.)

Professor Dr. Fontaine dankte tiefgerührt über die unerwartete Ehrung. Er hob hervor, daß die französische Ärzteschaft eine immer größere freundschaftliche Zusammenarbeit mit den deutschen Kollegen wünsche.

Alle Foto: WM.-Foto Pirling

Prof. Dr. Henning, Erlangen, bei seinem Referat



Prof. Dr. R. Fontaine, Straßburg, bei seinem Referat

Der Festvortrag von Prof. Dr. K. H. Bauer, Heidelberg

Hieran schloß sich der Festvortrag von Prof. Dr. K. H. Bauer, Heidelberg: „Der Krebs als ärztliches Problem."

Heute stirbt jeder fünfte Mensch an Krebs. Wenn die Zunahme des Krebses auch in vielen ihrer Ursachen gut erklärbar ist, so bleibt aber doch die Tatsache: von den Menschen, die sterben, sterben prozentual immer mehr Menschen an Krebs. 1900 stand Krebs noch an 8. Stelle, 1925 an 4. Stelle, heute an 2. Stelle unter den Todesursachen. Da unter den an 1. Stelle rangierenden Todesfällen durch Herz-Kreislaufkrankheiten sehr Heterogenes zusammengefaßt ist, da hier 80% dieser Verstorbenen das 60. Lebensjahr überschritten haben und der relative Gipfelpunkt erst zwischen 75 und 80 liegt, ist Krebs als einheitliche Krankheit der Bedeutung nach als Menschheitsfeind Nr. I zu betrachten, zumal der Tod an Krebs (Durchschnittsalter 54 Jahre) meist ein vorzeitiger Tod ist. Wohl gibt es einige erbliche Erbkrebskrankheiten, eine Krebsvererbung im Sinne einer Vererbbarkeit der Krebskrankheit gibt es nicht. Von den chemischen Krebsschädigungen weiß man am meisten über die Abkömmlinge des Teers, von denen viele in ihrer chemischen Struktur genau bekannt sind. Die größte Rolle spielen sogenannte vielkernige Kohlenwasserstoffe, darunter vor allem das Benzpyrin. Es ist dies der stärkste krebserregende Bestandteil des Teers, mit dem sich billig äußere und innere Krebse erzeugen lassen. Das Benzpyrin ist auch der Hauptbestandteil von Rauch, Ruß, Pech usw. Es findet sich auch in wechselnder Menge in der atmosphärischen Luft von Industriestädten. Das Benzpyrin ist neben anderen genau bekannten Stoffen der wichtigste Bestandteil des Tabakrauches und kann mit diesem inhaliert werden. Die Bronchialkrebs-Zunahme seit der Jahrhundertwende geht der Zunahme des Zigarettenkonsums parallel. Auch die individuelle Bronchialkrebs-Gefährdung verläuft mit der individuellen Rauchmenge konform. Vom Niemalsraucher, Nichtraucher und Gelegenheitsraucher steigt die Kurve des Bronchialkrebsbefalls steil an bis zu den stärksten Rauchern. In verschiedenen Ländern mit ganz verschiedenem Zigarettenkonsum ist die Bronchialkrebsrate der Höhe des Zigarettenkonsums völlig gleich verlaufend. Auch das Geschlechtsverhältnis beim Bronchialkrebs 1900 (zwei Männer auf eine Frau), heute im Durchschnitt 20 Männer zu einer Frau, kann nur mit dem vor 20 und 25 Jahren (das ist die Latenzzeit) mit vielfach höherer Exposition beim Mann erklärt werden. Wichtig ist die Organkrebsverfallung bei Rauchern und Nichtrauchern. Die Krebslokalisationen im Bereich der Rauchstraße (Lippe, Mund, Zunge, Rachen, Kehlkopf, Lunge) sind beim Raucher um ein Vielfaches häufiger als beim Nichtraucher. Die Raucher zeigen aber auch einen höheren Krebsbefall bei Organen, wie Speiseröhre, Magen, Darm. Es kommt dies daher, daß die Teerstoffe nicht nur eingeatmet, sondern auch mit dem Speichel vermischt verschluckt werden. Eine weitere Besonderheit des Bronchialkrebses besteht darin, daß beim Bronchialkrebs, und nur bei diesem, die Krebsrate jenseits Sechzig abfällt, weil ein Teil der „Anwärter auf Bronchialkrebs" durch die Auswirkung des Nikotins vorzeitig dem Herz-Kreislauftod erlegen ist. Wenn sich im Gegensatz zu den Frauen bei den Männern zwischen 55 und 75 der Herztod in den letzten zehn Jahren verdoppelt hat, so hat das sicher mehrere Ursachen, aber sicher spielt dabei das „Raucherherz" mit eine Rolle. In früheren Zeiten starben wegen der Genital- und Brustkrebse wesentlich mehr Frauen an Krebs als Männer. Seit 1950 ist hier ein Wechsel eingetreten. 1956 starben bei je 100 000 Einwohnern beim männlichen Geschlecht 218, beim weiblichen 200 an Krebs. Diese Umkehr ist darauf zurückzuführen, daß bei den Frauen weniger an Genitalkrebs sterben als früher, weil bei gleichen Erkrankungsziffern heute sehr viel mehr geheilt werden. Die Erhöhung der Krebstode beim männlichen Geschlecht geht fast ausschließlich zu Lasten des Bronchialkrebses. Selbstverständlich spielen beim Bronchialkrebs auch noch andere inhalierende krebsbegünstigende Stoffe eine Rolle. Meist wirken mehrere oder viele Faktoren zusammen. Wir kennen heute ein paar Dutzend krebsbegünstigende Substanzen, die in das Bronchialsystem gelangen können. Die wichtigsten sind Rauch- und Rußpartikel, Tabakrauch, Benzoldämpfe, Auspuffgase, Staube, radioaktive Spaltpartikel. An physikalisch krebsbegünstigenden Faktoren sind alle Strahlungen mit Wellenlängen kürzer als das sichtbare Licht, vor allem UV-Strahlen, Röntgen-, Alpha-Beta-Gamma-Strahlen, radioaktive Stoffe in Betracht zu ziehen. Fraglos wird durch radioaktive Stoffe aus Atombombenexplosionen die Krebsgefahr auf längere Sicht gesehen erhöht. Aus Hiroshima sind 160 Leukämien gemeldet von Leuten, die die Explosionen überlebten, aber den Strahlungen exponiert waren. Die ernsteste Nachricht ist die Erhöhung des Gehaltes kindlicher Knochen an Strontium 90 wegen der langen Halbwertzeit von 30 Jahren und der Speicherung im Knochen besonders von Kindern. Die Gefahr der Auslösung von Leukämien und Knochen-Sarkomen ist größer geworden. In den USA sterben heute mehr Kinder unter fünf Lebensjahren an Leukämie und anderen Arten von Krebs als an allen Infektionskrankheiten zusammengenommen. Den vielen Passiva stehen einige Aktiva gegenüber. So geht die Krebssterblichkeit der Frauen dank wesentlich besserer Heilerfolge beim Gebärmutterkrebs zurück. Gleiches gilt vom Magen- und Kehlkopfkrebs. Nimmt man alle Krebsarten und alle Behandlungsmethoden zusammen, so hat sich seit den vierziger Jahren im Stadium I die fünf Jahre-Überlebensziffer von 39 auf 51% erhöht, im Stadium II jedoch nur von 18 auf 22% und im dritten Stadium nicht verändert (nur 2% fünf Jahre Überlebende). (Fortsetzung Seite 205)

Unguentum:
Wunden aller Art
Ekzeme, Impetigo
Mykosen, Furunkel, Korbunkel,
Unspez. Fluor (Voginoltomponode)
Brandwunden, ulcus cruris
Operationswunden,
Wundsein der Säuglinge
usw.

Jacosulfon
Die Sulfonamid-Harnstoff-Kombinations-Therapie
zuverlässig - in jeder Praxis
Jacopharm Hamburg-Schenefeld

Vaginale (Tabletten)
Unspez. Fluor
Voginitis.
Pulvis:
Trockenbehandlung von Wunden
Operationswunden Mykosen
Wundsein d. Säuglinge

Aus der Station für klinische Toxikologie der 2. Medizinischen Abteilung des städtischen Krankenhauses München rechts der Isar (Chefarzt: Professor Dr. Hanns Baur)

Ärztliche Maßnahmen bei Immenstichen

(Stiche durch Bienen, Wespen usw.)

Von Dr. Max von Clarmann

Immenstiche verlaufen sehr oft als Bagatellfälle. Der Tod des Verletzten oder eine lang dauernde schwere Erkrankung können aber die Folge eines einzigen Stiches sein. Dieses Merkblatt soll dem erstbehandelnden Arzt in kürzester Form Ratschläge vermitteln, wie der fatale Verlauf für den Kranken und die etwaigen späteren Belastungen des Arztes zu vermeiden sind.

I. Allgemeine Merksätze

1. Immenstichverletzte sollen für einige Stunden nicht allein gelassen werden, auch nicht bei Fehlen von Allgemeinerscheinungen oder Besserung nach einer therapeutischen Maßnahme (Cave: „Kommen Sie bei Verschlechterung wieder in die Praxis!"). Bei lebensbedrohlichen Zwischenfällen und Überführung in Klinikbehandlung ist Überwachung auf dem Transport erforderlich, da u. U. Beatmungshilfe notwendig werden kann.
2. Niemand soll als immun angesehen werden, auch kein vielgestochener Imker.
3. Ein Immenstich soll nie als Bagatellfall betrachtet werden, auch wenn es sich nur um einen einzelnen Stich handelt.

II. Was sind Stechimmen und Stechimmengifte?

Die Akuleaten oder Stechimmen, auch Stechwespen genannt, bilden eine Unterordnung der Hautflügler (Hymenopteren), aus der Klasse der Insekten (Hexapoda). Ihre medizinisch wichtigsten Vertreter sind die meist pelzig dichtbehaarten Bienen (Apidae), z. B. die Honigbiene (Apis mellifica L.) und die Hummeln (Bombus), sowie — aus der Familie der nur wenig behaarten Faltenwespen (Vespidae) — die in der Regel schwarzgelb gestreiften „Wespen" (Vespa, Polistes usw.) und die größere schwarz-rotbraun gestreifte Hornisse (Vespa crabro L.).

Nur die ♀ Akuleaten besitzen einen Giftapparat mit Giftdrüse(n), Giftblase und einem aus der Umwandlung einer Legeröhre entstandenen Stachel, der den Bienen (Vegetarier) als Verteidigungswaffe zur Abwehr der Feinde, den Fleisch (Blattläuse, Fliegen, Bienen usw.) fressenden Wespen und Hornissen auch als Angriffswaffe dient.

Akuleaten stechen den Menschen nur, wenn sie sich angegriffen fühlen. Bienen können (im Gegensatz zu den anderen Stechimmen) ihren Giftapparat gegen Warmblüter nur einmal gebrauchen, da der Stachel wegen seiner Widerhaken nach dem Stich in der Warmblüterwunde stecken bleibt und sich die flüchtende Biene beim Losreißen eine tödliche Verletzung zuzieht: Die Giftblase wird mit aus dem Leib gerissen und bleibt am Stachel hängen.

Beim Stich der nicht zu den Akuleaten gehörigen blutsaugenden und mit Mundwerkzeugen stechenden (von Laien oft „beißend" genannten) Insekten, wie z. B. Bremsen, Stechfliegen, Stechmücken und Wanzen tritt vor allem das Problem der Infektionsübertragung (Zunahme der Verkehrsmittel mahnt zur Aufmerksamkeit bezüglich seltener, nicht einheimischer Infektionen) durch primäre und sekundäre Verschmutzung auf.

Die Gifte der verschiedenen Stechimmen sind einander ähnlich. Die bei einem Stich injizierte Menge schwankt zwischen etwa 0,0125 ccm (Biene) und 0,05 ccm (Hornisse). Ein Bienenstich entspricht rund 0,2—0,5 mg Nativ- bzw. 0,1 mg Trokkengift.

Aus den Giftgemischen konnten an bekannten Substanzen isoliert werden: Acetylcholin (erhebliche Mengen im Hornissengift), Ameisensäure, freie Aminosäuren, Cholinesterase, Histamin (vor allem im Wespengift), Hyaluronidasen, 5-Hydroxytryptamin (Wespe) und Phospholipasen. Dazu kommen die eigentlichen Immengifte, den Eiweißkörpern nahestehende chemisch noch nicht restlos aufgeklärte Polypeptide von verhältnismäßig niedrigem Molekulargewicht. Das toxische Prinzip des Bienengiftes, die vollständig aus Aminosäuren aufgebaute Fraktion F 1 (bei elektrophoretischer Trennung) bezeichnet man als Melittin, während das Wespengift große Mengen Kinin enthält.

Die obligatorische Toxizität liegt bei 30—50, manchmal auch mehr Bienenstichen. Die obligatorische letale Dosis dürfte bei mehr als 300, vielleicht bei 500 Bienenstichen liegen.

III. Wie wirken die Immengifte?

Grundsätzlich sind die Folgen der selteneren Hornissen- und Hummelstiche dieselben wie die der Bienen- und Wespenstiche. Lediglich die Menge des mit dem einzelnen Stich eingeführten Giftes ist größer. Die Akuleatengifte entfalten eine komplexe Wirkung, u. a. stehen im Vordergrund:

1. Zell-, capillar- und gewebsschädigende Wirkung:

Die haemolytische Wirkung z. B. des Bienengiftes ist nur ein Sonderfall der zellschädigenden und permeabilitätssteigernden Eigenschaften des Melittins.

2. Blutdrucksenkende Wirkung:

Sie kommt durch eine Lähmung der Vasokonstriktoren zustande.

3. Neurotoxische Wirkung:

Primäre Erregung und sekundäre Lähmung des Zentralnervensystems.

Die Bedeutung des direkten Gefäßstiches wird meist überschätzt. Da der Stachel z. B. der Biene nur 2—3 mm tief eindringt, ist es unwahrscheinlich, daß große Gefäße getroffen werden.

IV. Wodurch wird der Tod ausgelöst?

(Thanatogenese im Sinne von H. Baur)

Der Tod kann nach Akuleatenstichen eintreten durch allergisch-anaphylaktischen Schock mit Kreislaufkollaps, durch mechanischen Konflikt mit der Respiration (Erstickung) infolge lokaler Ödeme im Bereich der oberen Luftwege und durch schwere Vergiftung des Zentralnervensystems mit Lähmung des Atemzentrums bei Massenstichen.

1. Allergisch-anaphylaktischer Schock:

Einzelne Komponenten der Akuleatengifte besitzen Antigen-Charakter. Viele Akuleaten haben ein gemeinsames Antigen, enthalten zusätzlich aber noch arteigene Antigene. Es gibt eine erworbene und eine angeborene Überempfindlichkeit gegen Immengifte*).

Es gibt eine Imkerimmunität. Diese kann nach Infektionskrankheiten und Schutzimpfungen verlorengehen (!).

Bei hochgradiger Allergie kann etwa 4—30 Minuten nach Stich (auch nach einem einzigen) ein tödlicher Schock, das Vollbild eines Schocks oder die Entwicklung von Schockfragmenten folgen. Schockfragmente wie Ödeme, Urtikaria, Nausea, Kreislaufsymptome, Dyspnoe usw. sollten nach Stichen stets als Warnungszeichen einer Gefährdung durch schweren Schock gelegentlich einer Wiederholung des Stiches registriert werden.

Anmerkung: Verstärkung der Schockauswirkungen durch Angst und Schreckreaktionen ist möglich (Hyperventilation, Alkalosetendenz, erhöhter Sauerstoffbedarf besonders bei lokaler Atembehinderung usw., vergleiche auch Schlangenbißfolgen). Übrigens

*) Das Imkerasthma wird meist durch eine Überempfindlichkeit gegen Pollen oder Geruchsstoffe verursacht.

steigt bei unruhigem Verhalten oder bei starker Schweißsekretion auch die Gefährdung gestochen zu werden.

2. Mechanischer Konflikt mit der Respiration (Erstickung):

Stiche in Zunge, Gaumen, Rachen oder die Kehlkopfgegend, wie sie durch mit Nahrungsmitteln oder Getränken lebend verschluckte Bienen oder Wespen (typischer Hergang: Naschen, Zeitunglesen beim Frühstück) vorkommen, führen häufig durch lokale Ödeme zu lebensbedrohlicher Verlegung der Atemwege. Auch Immenstiche in die äußeren Halsweichteile zeigen eine große Ödemneigung.

3. Vergiftung des Zentralnervensystems:

Die echte Vergiftung, wie sie vor allem bei Kindern durch Massenstiche vorkommt, ist durch folgende Symptome gekennzeichnet:

a) Fieber und Schüttelfrost durch toxische Eiweißzerfallsprodukte (Nekrose),
b) Kreislaufkollaps, Cyanose, Herzinsuffizienz, Lungenödem,
c) Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Benommenheit, Unruhe, Bewußtlosigkeit mit Krämpfen bzw. Krampfneigung und oberflächliche beschleunigte Atmung durch zunächst primäre Reizung und dann sekundäre Lähmung des Zentralnervensystems. Der Tod kann im Verlauf weniger Stunden unter den Zeichen zentraler Atemlähmung eintreten,
d) Spättodesfälle sind möglich durch Komplikationen von seiten des Eiweißzerfalles infolge multipler Nekrosen (Hirnödem), der Blutgerinnung und Haemolyse, sowie von seiten des Blutkreislaufes.

V. Ärztliche Maßnahmen bei akut lebensbedrohlichen Stichfolgen:

1. Arztkoffer:

Empfehlenswert ist es, im Arztkoffer (vgl. H. Baur und M. v. Ciarmann: Über den Inhalt des Ärztekoffers, Wien. Med. Wschr. 110, 201 [1960] bereit zu haben:*)

Calcium: 1 Amp. Calcistin oder 1 Amp. Sandosten-Calcium als fertige Kombination mit einem Antihistaminicum langsam i. v., dazu 1 Amp. (10 ml) Calcium gluconicum 10% i. m.

Cortleosteroide: 50 mg Prednisolon i. v. (z. B. 2 Amp. Scherisolon sulubile 25 mg, 1 Amp. Solu-Decortin H 50 mg, 2 Amp. Ultracorten-H-„wasserlöslich" 25 mg) oder schneller wirkend:

Dexamethason 8 mg i. v. (2 Amp. Solu-Fortecortin 4 mg).

Adrenalin: (z. B. Amp. Suprarenin 0,001), 0,5 mg = 1/2 Amp. intramuskulär (!) wurde bei schwerstem Schock mit Erfolg angewandt.

Strophanthin: Amp. Strophanthin 1/4 mg langsam i. v. zusammen mit Theophyllin und hochprozentiger Glukose bei Lungenödem.

Theophyllin: 1 Amp. Solosln 5 ml langsam i. v. oder i. m. oder 1 Amp. Euphyllin 0,24 g in 10 ml (Amiphyllin) sehr (!) langsam i. v. und

Glukoselösung 40%: 1 Amp. zu 20 ml i. v. ist eine sehr gute Hilfe bei Lungenödem.

Micoren: 1 Amp. zu 0,225 l. v., i. m. oder s. c. als stark wirkendes Atemstimulans (ähnlich auch Amp. Cardiazol in 10%iger Lösung zu 1,1 ml und Amp. Coramin 0,425 g [1,7 ml]).

Novadral: Bei Kreislaufkollaps 1 Amp. Novadral 0,01 g mit 20 ccm isotoner Glukose- oder NaCl-Lösung verdünnt unter RR-Kontrolle langsam i. v. oder notfalls 1 Amp. Novadral 0,01 g i. m. Anschließend 1 Amp. Depot-Novadral 0,01 g i. m.

Ausrüstung für Beatmungshilfe: Zahnkeil, Zungenzange, Pharyngealtubus, u. U. Katheter, Absaugegerät, Intubationsbesteck und Beatmungsgerät.

2. Ratsehläge bei besonderer Stichlokalisation:

Außer durch Sekundärinfektionen können die örtlichen Stichfolgen durch ihre besondere Lokalisation gefährlich werden.

Stiche in Mund und Rachen: Tiefsitzende Verlegung der Atemwege z. B. Glottisödem, auch schwerste Schockzustände können den Aufwand der gesamten Respirationstherapie (Intubation, künstliche Beatmung usw.) nötig machen. Nothilfe im äußersten Notfall: Tracheostoma.**)

Auge:

Stiche ins Augenlid führen zu starkem Lidödem. Gefährlich wird der im Lid steckende Bienenstachel durch mechanisch-toxische Hornhautschädigung (feinste Netz- oder Gitterfigur).

Stiehe in das Auge (Cornea oder Sklera) kennzeichnet eine langanhaltende Mydriasis durch Lähmung des M. sphincter iridis. Es besteht die Gefahr der Kataraktbildung durch das linsenfeindliche Gift. Es ist fachärztliche Behandlung erforderlich (wiederholte Vorderkammerpunktionen!).

3. Stachelentfernung bei Bienenstichen:

Handelt es sich um Stiehe durch Bienen, so sollen die Stacheln sofort unter Vermeidung jeglichen Druckes auf die Giftblasen entfernt werden, da sonst der Giftblaseninhalt langsam in die Haut einmassiert wird. Handelt es sich nur um einige Stiche, so kann man die am Stachel haftende Giftblase mit einer Schere abtrennen und anschließend den Stachel selbst herausziehen. Andernfalls (bei Massenstichen) ist wenigstens die Giftblase mit einem scharfen (Rasier)-messer (nicht Rasierapparat!) abzuschneiden. Ein im Augenlid steckender Bienenstachel ist immer zu entfernen.

VI. Möglichkeit der Desensibilisierung:

Bei Immengiftüberempfindlichkeit ist die spezifische Desensibilisierung eine u. U. lebensrettende Vorbeugungsmaßnahme. Ihre Durchführung bedarf aber gewisser Vorsichtsmaßnahmen und der Einhaltung bestimmter Vorschriften. Vgl. Merkblätter für die Desensibilisierung mit den verschiedenen Mitteln, z. B. mit Forapin-Mack.

Wenn eine spezifische Desensibilisierung abgelehnt wird, kann man den Immengiftüberempfindlichen je nach den örtlichen und individuellen Umständen mit verschiedenen Mitteln ausrüsten, am einfachsten mit einem Aludrin-Dosier Aerosol, vielleicht auch mit Prednisolon, einem Antihistaminikum, Novadral usw., wobei er aber über die zeitliche und mengenmäßige Einnahme zu informieren wäre.

VII. Ratschläge zur Vernichtung von Wespen und Hornissen:

Die ungefährlichste Methode ist das offene Aufhängen von farblosen zu 1/3 mit Apfelmost oder Fruchtsaft gefüllten Glasflaschen in den Monaten März bis Mai in der Nähe der im vorhergehenden Sommer festgelegten Nester: die allein überwinternden Stockmütter fangen sich darin.

*) Alle angegebenen Dosen beziehen sich auf Erwachsene! Die Anmerkung des Warenzeichenschutzes ist zur Vereinfachung weggelassen.
**) Als Hausmittel bei Stichen im Rachenraum gilt Honig.

Venostasin

Haemorrhoiden

Haemorrhoiden

Varicen im Analbereich	Entzündung und Oedem
venöse Stase	Permeabilitäts-Störung
venösen Rückstrom fördern	Permeabilität normalisieren

also:

Venostasin-Tropfen

2 x 30 gtt. kombiniert mit

-Suppositorien

Bei schmerzhaften Krisen:
Venostasin-**Ampullen** 5 ccm i. v. (Cubitalvene)

KLINGE
München 23

V 460

(Fortsetzung von Seite 202)

Alle Stadien zusammengenommen werden ca. 30% geheilt, 70% bleiben auf die Dauer ungeheilt. Die Chemotherapie hat wohl Fortschritte gezeitigt, die Gesamtzahl der Fälle schlägt aber ihre Erfolge noch nicht zu Buche. Die Hauptschwierigkeit ist die notwendige Rücksichtnahme auf den gesunden Organismus. Die Aufgabe für die Zukunft liegt auf dem Sektor Krebsverhütung. Hier gibt es bereits viele Möglichkeiten, vor allem für den Arzt durch Verhütung eines Krebses durch Beseitigung seines Vorkrebses. Auch kommt manchen Operationen eine ausgesprochen krebsverhütende Wirkung zu. Krebsverhütung im großen kann aber nur durch Maßnahmen gesundheitspolitischer Natur erreicht werden. Am meisten geht es um die Kontaktverhütung mit chemischen Fremdstoffen, hier vor allem in der Nahrung. Das neue deutsche Lebensmittelgesetz darf als erstes deutsches Gesetz einer aktiven Krebsbekämpfung gewertet werden. Ebenso notwendig ist aber auch ein Lufthygienegesetz. Große Industriestädte, wie Pittsburgh, Los Angeles, London, haben wichtige Vorarbeit geleistet. Letzten Endes gilt es überall einer fortschreitenden Denaturierung unserer natürlichen Lebensbedingungen entgegenzuwirken. Die Situation hat sich grundlegend gewandelt, seit man angefangen hat, aus den Opfern zu lernen. Die Haupthoffnung für die Zukunft baut sich auf den Ursachen fort. Immer ist der Ursachenaufklärung in der Medizin die rationelle Bekämpfung und die Verhütung auf dem Fuße gefolgt.

Sehr wichtig ist eine wache Kontrolle darüber, daß dem Lebewesen Mensch sein Lebensabend und seine Lebensbedingungen nicht zu sehr denaturiert werden. Es gilt jetzt, das Krebsgeschehen nicht bloß zu interpretieren, sondern zu verändern.

Verleihung der Vesalius-Gedenkmünze

Bei einem Festabend überreichte Oberbürgermeister Dr. Klaus Müller die Vesalius-Gedenkmünze an Prof. Dr. K. H. Bauer, Heidelberg; Dr. Bierling, Elberfeld; Prof. Dr. Bickenbach, München; Priv. Dozent Dr. Breitner, München; Prof. Dr. Druckrey, Freiburg; Dr. med. habil. Emminger, Augsburg; Prof. Dr. Fontaine, Straßburg; Prof. Dr. Fleischhacker, Wien; Dr. Freislederer, Augsburg; Priv.-Doz. Dr. Giuliani, Göggingen; Dr. Glanz, Straßburg; Dr. Gossner, Augsburg; Dr. Göhring München; Prof. Dr. Groß, Bonn; Prof. Dr. Hauss, Münster; Prof. Dr. Henning, Erlangen; Prof. Dr. Hennig, Augsburg; Prof. Dr. Kunz, Wien; Prof. Dr. Linder, Berlin; Prof. Dr. Lührs, Berlin; Dr. Mack, Augsburg; Prof. Dr. Nissen, Basel; Dozent Dr. Pilgerstorfer Linz/Donau; Prof. Dr. Pillat, Wien; Prof. Dr. Ries, München; Generaldirektor Rohm, Augsburg; Dr. Sewering, München; Dr. Siggelkow, München; Dr. Soost, München; Prof. Dr. Schneider, Augsburg; Prof. Dr. Stötter, Augsburg; Prof. Dr. Vonkennel, Köln; Dr. Wunderwald, Augsburg; Prof. Dr. Zdansky, Basel; Prof. Dr. Zenker, München.

Freies Wochenende

25./26. Juni

30./31. Juli

Großer Erfolg der 25. Augsburger Fortbildungstagung

Die dem „Krebsproblem in der Praxis, der Klinik und der Forschung" gewidmete 25. Vortragsreihe in Augsburg mit den Hauptreferaten: Das Magen- und Darmkarzinom aus der Sicht der Praxis und der Klinik (Prof. Dr. Henning, Erlangen; Prof. Dr. Nissen, Basel und Prof. Dr. Fontaine, Straßburg), Aktuelle Probleme der Krebsbekämpfung und Krebsforschung (Dr. Siggelkow, München; Prof. Dr. Hauß, Münster; Prof. Dr. Druckrey, Freiburg; Prof. Dr. Groß, Bonn), Das Lungenkarzinom aus der Sicht der Praxis und der Klinik (Prof. Dr. Zenker, München; Prof. Dr. Zdansky, Basel; Prof. Dr. Lindner, Berlin; Prof. Dr. Kunz, Wien). Das Unterleibskarzinom (Prof. Dr. Bickenbach, München; Dr. Soost, München; Priv. Doz. Dr. Breitner, München und Prof. Dr. Ries, München), Beiträge zur Karzinomtherapie (Prof. Dr. Lührs, Berlin; Prof. Dr. Fleischhacker, Wien; Dr. Göhring, München; und Prof. Dr. Pillat, Wien) fand auch diesmal eine überaus große und interessierte Zuhörerschaft, die trotz herrlichstem Wetter bis zuletzt unentwegt ausharrte. Damit ist wohl der beste Beweis für den Wert und die Bedeutung dieser Fortbildungstage gekennzeichnet. K-g.

PERSONALIA

Das Kuratorium der Deutschen Therapiewoche hat am 8. April 1960 Professor Dr. med. Dr. med. vet. h. c. H. A. Gottron, Direktor der Universitäts-Hautklinik in Tübingen, zum Präsidenten der Deutschen Therapiewoche gewählt.

Priv.-Doz. Dr. Theodor Hellbrügge, Mitglied des Vorstandes der Bayer. Landesärztekammer, wurde von der Long Island biological Association eingeladen, auf dem 25. Symposion für quantitative Biologie, das vom 4. bis 15. Juni in New York stattfindet, über „Development of the ciscadian Rhytmen in infants" zu halten.

Auf der Jahreshauptversammlung des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V. am 22. Mai 1960 in Stuttgart wurde der Chefarzt der Hautabteilung des Allgemeinen Krankenhauses Heidberg in Hamburg Professor Dr. Gustav Hopf zum Präsidenten des Verbandes gewählt. Der bisherige Präsident Professor Dr. Walther Scharpff wurde von der Versammlung zum Ehrenpräsident erklärt.

Zu auswärtigen Mitgliedern der „Société de Pathologie Comparée" in Paris wurden ernannt:

Prof. Dr. Hans Remky, Oberarzt der Universitäts-Augenklinik in München;

Privatdozent Dr. Walter Trummert, Facharzt für Innere Krankheiten, München.

Fakultät Würzburg:

Dr. Gert Carstensen wurde zum Privatdozenten der Chirurgie ernannt.

Der bisherige Privatdozent an der Universität Mainz, Dr. Konstantin Cretius, wurde zum Privatdozenten der Geburtshilfe und Frauenheilkunde in der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg ernannt.

Dem apl. Professor Dr. Dr. Robert Herrlinger (Geschichte der Medizin) wurden die Amtsbezeichnung sowie die akademischen Rechte und Pflichten eines ao. Professors verliehen.

Dem Privatdozenten der Inneren Medizin Dr. Josef Schunk wurde die Amtsbezeichnung „apl. Prof." verliehen.

Der ordentliche Professor der Chirurgie Dr. Werner Wachsmuth, Würzburg, wurde zum Mitglied der Leopoldina-Akademie Deutscher Naturforscher in Halle an der Saale ernannt.

Der ordentliche Professor der Inneren Medizin Professor Dr. Ernst Wollhelm, Würzburg, wurde als sachverständiger Berater in den Beirat für Herz- und Gefäßkrankheiten bei der Weltgesundheitsorganisation gewählt.

RECHTS- UND STEUERFRAGEN

Kindergeldkasse

1. Verfassungsmäßigkeit des Kindergeldgesetzes

Das Bundesverfassungsgericht hat am 10. 5. 1960 (Az.: 1 BvR 190/58 u. a.) die Verfassungsbeschwerden mehrerer Beschwerdeführer (überwiegend Rechtsanwälte und Helfer in Steuersachen) gegen das Kindergeldgesetz vom 13. 11. 1954 (BGBl. I, 333) zurückgewiesen. Mit den Verfassungsbeschwerden war die Verletzung der Artikel 2, 3, 6 und 12 des Grundgesetzes gerügt worden.

Das BVerfG kommt zu dem Ergebnis, das Kindergeldgesetz verstoße nicht gegen Verfassungsrecht; insbesondere reichten die erhobenen Bedenken nicht aus, um eine Verletzung des Gleichheitssatzes durch Richterspruch festzustellen. Das Kindergeld behandle eine Materie der Sozialversicherung, für die der Bundesgesetzgeber nach Art. 74 Ziff. 12 GG zuständig sei.

Zu der Frage, ob die Abgrenzung des Kreises der Beitragspflichtigen und die Bemessung der Beiträge mit Art. 3 Abs. 1 GG vereinbar ist, wird in der Entscheidung u. a. ausgeführt: Die verschiedenen Formen von Kinderbeihilfen sind im Laufe einer langen Entwicklung in verschiedener Weise entstanden und haben jeweils ihre besondere Ausgestaltung und Rechtfertigung gefunden. Es gibt dafür heute noch kein einheitliches System, auch nicht auf seiten der Empfänger. Es fehlt aber nicht an einer sachgerechten Verknüpfung zwischen den Begünstigungen und Belastungen durch das KindergeldG. Die Aufbringung der Mittel durch Beiträge eines begrenzten Kreises „Beteiligter" statt aus allgemeinen Haushaltsmitteln bedeutet deshalb keinen Verstoß gegen den Gleichheitssatz. Der Grundgedanke der Kindergeldregelung ist, den durch Kinder bedingten erhöhten Aufwand einer Familie teilweise auszugleichen, insbesondere den Leistungslohn sozial zu korrigieren. Das hätte auch erreicht werden können, wenn man Kinderzulagen zum Arbeitslohn gesetzlich angeordnet hätte; in diesem Fall hätte jeder Arbeitgeber das Kindergeld für die in seinem Betrieb Tätigen tragen müssen. Dann wären aber kinderreiche Arbeitnehmer auf dem Arbeitsmarkt vor allem in Krisenzeiten im Nachteil gewesen. Die Lösung des KindergeldG trägt den sozialen Gegebenheiten in angemessener Weise Rechnung. In der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers für seine Arbeitnehmer, die im modernen Arbeitsrecht stark hervortritt, liegt die von den Beschwerdeführern vermißte sachliche Beziehung zwischen den Kindergeldleistungen an die Arbeitnehmer und der Beschränkung der Beitragspflicht auf die Arbeitgeber, die den vom Gesetzgeber gewählten Weg erlaubt.

Daß auch Selbständige, die keine Arbeitnehmer beschäftigen, zu Beiträgen herangezogen werden, wird vom *Bundesverfassungsgericht* nicht beanstandet; denn der Selbständige erbringe nur einen Beitrag als Angehöriger der Gruppe der empfangsberechtigten Selbständigen. Ob er selbst Kindergeld beanspruchen könne, sei unerheblich; denn der abgaberechtliche Grundsatz, daß zu Beiträgen nur herangezogen werden darf, wer von einem bestimmten öffentlichen Unternehmen einen wirtschaftlichen Vorteil zu erwarten habe, gelte nicht für die Sozialversicherung; hier herrsche vielmehr der Grundsatz des sozialen Ausgleichs, nicht der der Abgeltung eines individuellen Vorteils.

Auch die Einbeziehung der freiberuflich Tätigen in die Kindergeldregelung hält sich nach Auffassung des Gerichts ebenfalls im Rahmen des gesetzgeberischen Ermessens. Vor allem will das Gericht aus dem Begriff des „freien Berufes" keine präzisen, normativen Wirkungen in der Richtung ableiten, daß den Angehörigen freier Berufe ein irgendwie bestimmbarer erhöhter Anspruch auf Freiheit vor gesetzgeberischen Eingriffen verfassungsrechtlich verbürgt sei. Im übrigen würden die Angehörigen der freien Berufe auch sonst zu Sozialversicherungsleistungen wie andere Selbständige herangezogen.

Daß die derzeitige Kindergeldregelung keineswegs ideal ist, wird auch vom Gericht erkannt, denn es wirft selbst die Frage auf, ob die mit den Kindergeldgesetzen gewählte Form eines Familienlastenausgleichs und die Grundsätze seiner Durchführung nicht auch in einer von der Idee der Gerechtigkeit her besseren Lösung vorstellbar seien. Aber auch die Vereinbarkeit der Kindergeldgesetze mit dem Verfassungsrecht wird vom Gericht nicht uneingeschränkt und voll bejaht, stellt es doch abschließend fest, daß die Vorschriften des Kindergeldgesetzes, die für die Beitragspflicht der Beschwerdeführer und der Höhe nach bedeutsam sind, mit dem allgemeinen Gleichheitsgrundsatz des Art. 3 Abs. 1 GG „noch" vereinbar seien.

2. Rechtsweg für Streitigkeiten in Kindergeldangelegenheiten

Wie alle übrigen Ärztekammern des Bundesgebietes hat auch die Bayer. Landesärztekammer in Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgabe (Artikel 2 KaG) eine unselbständige Eigeneinrichtung geschaffen, eine sog. Kindergeldkasse, für die sie einen wesentlichen Teil ihres Beitragseinkommens verwendet. Aus diesen Mitteln wird den bayerischen Ärzten Kindergeld bezahlt. Die Bayer. Landesärztekammer hat für diese

Kindergeldkasse die Anerkennung gemäß § 32 KGG erhalten, so daß damit alle bayerischen Ärzte von der Pflicht zur Beitragsleistung an die gesetzlichen Familienausgleichskassen befreit sind.

Die Frage, ob bei Streitigkeiten in Kindergeldangelegenheiten zwischen einem Arzt und seiner Ärztekammer als Trägerin der Kindergeldkasse die Sozialgerichte oder die allgemeinen Verwaltungsgerichte zuständig sind, hatte am 30. 9. 1958 das Bayer. Verwaltungsgericht Bayreuth dahin entschieden, daß für diese Streitsachen die allgemeinen Verwaltungsgerichte zuständig sind (vergl. Bay. ÄBl. 1958/275).

Diese Rechtsauffassung hat nunmehr der Bayer. Verwaltungsgerichtshof durch Urteil vom 29. 4. 1960 (Nr. 25/V/58) bestätigt.

Aus den Gründen:

. . . . . .

b) Das Erstgericht hat auch zutreffend den Rechtsweg vor den allgemeinen Verwaltungsgerichten nach § 22 VGG für eröffnet angesehen. Eine Zuständigkeit der Sozialgerichte als besonderer Verwaltungsgerichte nach § 22 VGG, nunmehr § 40 Abs. 1 Satz 1 VwGO, ist nicht begründet, weil weder das Beitragsrecht der Körperschaften des öffentlichen Rechts auf dem Sektor des Gesundheitswesens noch die Beitragsleistung für unselbständige Einrichtungen solcher Körperschaften auf sozialem Gebiet zu den Angelegenheiten der Sozialversicherung zu zählen sind (§ 51 Abs. 1 SGG).

Auch durch § 28 Abs 1 KGG ist eine sachliche Zuständigkeit der Sozialgerichte kraft gesetzlicher Zuweisung nach § 51 Abs. 3 SGG nicht begründet worden, wie das Erstgericht zutreffend ausgeführt hat. Die Kindergeldkasse der Anfechtungsgegnerin befreit als anerkannte Eigeneinrichtung im Sinne von § 32 Abs. 1 KGG die ihr angehörenden Mitglieder gemäß § 32 Abs. 2 KGG von allen Leistungen nach dem Kindergeldgesetz, so daß Ansprüche nach dem Kindergeldgesetz — und nur für soiche gilt § 28 KGG — überhaupt nicht in Mitte liegen.

. . . . . .

RA. Poellinger, München

AMTLICHES

Kindergeldkasse

Der Vorstand der Bayer. Landesärztekammer erläßt am 3. 4. 1960 mit Billigung des 13. Bayer. Ärztetages 1960 in Durchführung des Beschlusses des 8. Bayer. Ärztetages vom 25. 6. 1955 in Passau über die Errichtung einer Kindergeldkasse (KGK) bei der Bayer. Landesärztekammer (als besondere Einrichtung im Sinne des § 32 Abs. 2 KGG durch Bescheid der Familienausgleichskasse für den Gesundheitsdienst und die Wohlfahrtspflege Nr. M-Nr. 717 001 vom 28. 6. 1955 anerkannt) folgende

Verwaltungsanordnung

für die Bayerische Landesärztekammer — Kindergeldkasse.

I.

Träger der Kindergeldkasse

Träger der Kindergeldkasse ist die Bayer. Landesärztekammer. Die Mitwirkung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns erstreckt sich auf die Einbehaltung der Beiträge zur Bayer. Landesärztekammer — Kindergeldkasse bei denjenigen Ärzten, die mit der KVB verrechnen und deren schriftliches Einverständnis mit dem Abzug vorliegt.

II.

Verwaltungsausschuß

Mit der Überwachung der Durchführung der Verwaltungsanordnung und der Beitragsordnung für die KGK wird ein aus drei Mitgliedern bestehender Verwaltungsausschuß von der Vollversammlung der Bayer. Landesärztekammer auf die Dauer von 4 Jahren bestellt. Diesem Ausschuß sollen Mitglieder des Vorstandes der Kammer nicht angehören. Die Befugnisse der Vollversammlung und des Vorstandes bleiben unberührt.

Der Verwaltungsausschuß ist dem Vorstand der Bayer. Landesärztekammer für die ordnungsgemäße Geschäftsführung der Kindergeldkasse nach der Beitragsordnung und der Verwaltungsanordnung verantwortlich.

Der Verwaltungsausschuß hat das Recht, dem Vorstand der Kammer Vorschläge für eine Änderung oder Ergänzung der Verwaltungsanordnung und der Beitragsordnung zu machen.

III.

Geschäftsstelle der Kindergeldkasse

Die KGK wird innerhalb der Geschäftsstelle der Bayer. Landesärztekammer als gesonderte Abteilung geführt und mit den notwendigen Büroräumen, dem erforderlichen Personal und der benötigten Einrichtung ausgestattet. Mit der gegenüber dem Verwaltungsausschuß verantwortlichen Leitung der KGK wird vom Präsidenten der Kammer ein geschäftsführender Arzt beauftragt.

IV.

Leistungsgewährung

1. Die KGK gewährt in sinngemäßer Anwendung des Kindergeldgesetzes in seiner jeweils gültigen Fassung und den dazu ergangenen Durchführungsverordnungen auf Antrag Kindergeld in Höhe des § 4 Abs. 1 KGK genannten Betrages,
   a) den im Bereich der Bayer. Landesärztekammer selbständig tätigen Ärzten,
   b) deren mithelfenden Familienangehörigen,
   c) dem in den ärztlichen Praxen beschäftigten Personal,

   soferne sich aus den folgenden Vorschriften Abweichendes nicht ergibt.
2. Zu den selbständig tätigen Ärzten im Sinne der Nr. 1a zählen auch Ärzte, die neben unselbständiger ärztlicher Tätigkeit selbständig ärztlich tätig sind, soferne für ein oder mehrere Kinder Anspruchsberechtigung auf Kindergeld gegenüber einem Arbeitgeber nicht mehr besteht, jedoch ein Anspruch nach dem KGK gegeben ist, für die Dauer dieses Anspruches.
3. Keinen Anspruch auf Kindergeld gegenüber der KGK haben:
   a) Ärzte, denen wegen strafrechtlichen Verfehlungen die Ausübung des ärztlichen Berufes untersagt ist,
   b) Ärzte, die infolge eines Beschäftigungsverhältnisses unselbständig tätig sind, auch wenn sie daneben selbständig ärztlich tätig sind, sofern sie Leistungen im Sinne des § 3 Abs. 2 KGK in der jeweils gültigen Fassung erhalten oder ihre Einkünfte aus der unselbständigen Tätigkeit die aus der selbständigen Tätigkeit übersteigen.
4. In besonderen Härtefällen können Leistungen über die Vorschriften des KGG hinaus gewährt werden. Über entsprechende Anträge entscheidet der Verwaltungsausschuß der KGK.

V.

Antragstellung

Anträge auf Gewährung von Kindergeld sind ausschließlich unter Verwendung des von der FAK eingeführten Formblattes innerhalb dreier Monate nach der Geburt eines den Anspruch auslösenden Kindes zu stellen. Bei verspätet eingereichten Anträgen erfolgt die Zahlung des Kindergeldes erst ab 1. des Monats, in dem der Antrag gestellt wurde.

VI.

Entscheidung

Entsprechend der Vorschrift des § 26 KGG ist die Geschäftsführung der KGK bevollmächtigt, über Anträge auf Kindergeld zu entscheiden.

VII.

Auszahlung des Kindergeldes

1. Die Zahlung des Kindergeldes an den Anspruchsberechtigten erfolgt mittels Postbarscheck nachträglich zum Ende eines jeden Vierteljahres. Der Empfänger von Kindergeld ist verpflichtet, alle Ereignisse, die die Kindergeldzahlung beeinflussen, der KGK sofort und unaufgefordert anzuzeigen.
2. Werden vom Anspruchsberechtigten vor der Vollendung des 18. Lebensjahres eines Kindes, für das bisher Kindergeld gezahlt wurde, nicht rechtzeitig Beweisurkunden darüber vorgelegt, daß das Kind noch weiterhin auf seine Kosten für einen Beruf ausgebildet wird, so verfällt der Anspruch auf Kindergeld für dieses Kind bis zu dem Monat, in dem die Urkunden bei der KGK der Kammer eingehen.

VIII.

Aufbringung der Mittel und Rechnungslegung

1. Der Gesamtbetrag, der sich nach dem Rechnungsabschluß aus den für die Zahlung von Kindergeld notwendigen Mitteln, den bei der KGK anfallenden Verwaltungskosten und ggf. den Ausgleichsabgaben an die FAK für den Gesundheitsdienst und die Wohlfahrtspflege ergibt, wird vom Verwaltungsausschuß in Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung ermittelt und vom Vorstand der Kammer festgelegt. Hierbei kann ein Zuschlag für die Bildung angemessener Rücklagen vom Vorstand eingerechnet werden.
2. Der nach Nr. 1 festgelegte Gesamtbetrag ist von allen im Kammerbereich selbständig ärztlich tätigen Ärzten, auch wenn sie außerdem haupt- oder nebenamtlich eine unselbständige Tätigkeit ausüben, durch Beiträge aufzubringen.
3. Von der Pflicht zur Zahlung des Beitrages sind befreit:
   a) Ärzte, die wegen Untersagung der Ausübung ärztlicher Tätigkeit nach Abschn. IV Nr. 3a keinen Anspruch auf Kindergeld an die KGK haben;
   b) Ärzte, die das 70. Lebensjahr vollendet haben, sofern sie keinen Assistenten beschäftigen.
4. a) Die Höhe der Beiträge (Aufbringung der Mittel) beschließt die Vollversammlung der Bayer. Landesärztekammer (§ 16 Abs. 3 des Kammergesetzes vom 15. 7. 1957).
   b) Für mithelfende Familienangehörige und die in der Praxis beschäftigten Personen ist ein gesonderter Beitrag vom Praxisinhaber nicht zu erheben.
   c) Die Beiträge werden auf Grund einer Selbstveranlagung (Einstufung mittels vorgedruckter Erklärung nach den Bruttoeinnahmen, d. i. der Gesamtbetrag der Honorareinnahmen aus ärztlicher Tätigkeit) erhoben. Die Selbstveranlagung richtet sich nach den Bruttoeinnahmen des vergangenen Kalenderjahres.
   Ärzten, welche über die KVB abrechnen, wird der Beitrag von ihrem Kassenhonorar einbehalten, sofern sie mit der Selbstveranlagung ihr Einverständnis hierzu erklären.
   Innerhalb von 4 Wochen nach Erhalt der Aufforderung durch die Geschäftsführung der Bayer. Landesärztekammer-Kindergeldkasse zur Selbstveranlagung ist die Erklärung an die Kammer einzusenden und der Betrag einzuzahlen. Wird in dieser Frist die Erklärung nicht eingesandt und der Beitrag nicht bezahlt, so erfolgt einmalige Mahnung mit Fristsetzung von zwei Wochen. Hält der Beitragspflichtige auch diese Frist nicht ein, so wird er durch die Geschäftsführung der Kindergeldkasse zum Höchstbeitrag veranlagt und der Beitrag zusammen mit den Mahngebühren gemäß Art. 20 des Kammergesetzes im Wege der Zwangsvollstreckung beigetrieben.
5. Geschuldete Beiträge können bis zur Hälfte des Anspruches auf Kindergeld aufgerechnet werden.
6. In besonderen Ausnahmefällen können die Beiträge auf Antrag des Zahlungspflichtigen vom Verwaltungsausschuß herabgesetzt oder erlassen werden. Ein Rechtsanspruch auf Ermäßigung oder Erlaß der Beiträge besteht nicht.
7. Die Rechnungslegung über die Kindergeldzahlung erfolgt getrennt von der sonstigen Rechnungslegung innerhalb der Einnahmen und Ausgaben der Bayer. Landesärztekammer unter dem Titel „Kindergeldkasse". Die für die Gewährung von Kindergeld bestimmten Beiträge, die gezahlten Kindergelder, die unter Umständen anfallenden Rücklagen und die Verwaltungskosten sind getrennt zu erfassen.

IX.

Einspruchsverfahren

1. Gegen Bescheide der Bayer. Landesärztekammer-Kindergeldkasse (Geschäftsführung) nach der Beitragsordnung zur Bayer. Landesärztekammer — Kindergeldkasse kann der Betroffene binnen einem Monat nach Bekanntgabe des Bescheides Widerspruch einlegen. Der Widerspruch ist schriftlich bei der Bayer. Landesärztekammer zu erheben. Über den Widerspruch entscheidet der Verwaltungsausschuß der Kindergeldkasse (§ 73 VwGO). Die Befugnisse der Vollversammlung und des Vorstandes bleiben unberührt.
2. Gegen den Widerspruchsbescheid ist Anfechtungsklage innerhalb eines Monats nach Zustellung des Bescheides beim zuständigen Verwaltungsgericht zulässig. Bei Verweigerung oder Einstellung der Kindergeldzahlung kann der Betroffene auch die Familienausgleichskasse für den Gesundheitsdienst und die Wohlfahrtspflege in Hamburg anrufen.
3. Widersprüche und Anfechtungsklagen haben keine aufschiebende Wirkung (§ 80 Abs. 2 Nr. 1 VwGO).

X.

Inkrafttreten

Diese Verwaltungsanordnung tritt mit Wirkung vom 1. 7. 1960 anstelle der Verwaltungsanordnung vom 1. Juni 1958, veröffentlicht im „Bayer. Ärzteblatt", Heft 6/58, S. 143/145, in Kraft.

München, den 27. 5. 1960

Dr. Sewerlng, Präsident

Bek. des BStMdI vom 23. 5. 1960 Nr. P 4 — 5355/5 — 3/60 über Landesärzte nach dem Körperbehindertengesetz

Als Landesärzte nach dem Gesetz über die Fürsorge für Körperbehinderte und von einer Körperbehinderung bedrohte Personen (Körperbehindertengesetz) vom 27. 2. 1957 (BGBl. I S. 147) wurden bestellt:

Für den Regierungsbezirk Oberbayern:
Prof. Dr. med. M. Lange,
Direktor der Orthopädischen Klinik und Universitätspoliklinik
München 9, Harlachinger Straße 12;

für den Regierungsbezirk Niederbayern:
Dr. med. H. Egerer,
Facharzt für Orthopädie
Deggendorf, Ringstraße 51;

für den Regierungsbezirk Oberpfalz:
Chefarzt Dr. med. Gg. Franz,
Orthopädische Klinik
Lindenlohe bei Schwandorf l. Bay.;

für die Regierungsbezirke Oberfranken und Unterfranken:
Prof. Dr. med. K. Niederecker,
Direktor der Orthopädischen Klinik-Ludwig-Haus
Würzburg, Brettreichstraße 11;

für den Regierungsbezirk Mittelfranken:
Chefarzt Dr. med. F. Becker,
Orthopädische Klinik des Wichernhauses
Altdorf bei Nürnberg;

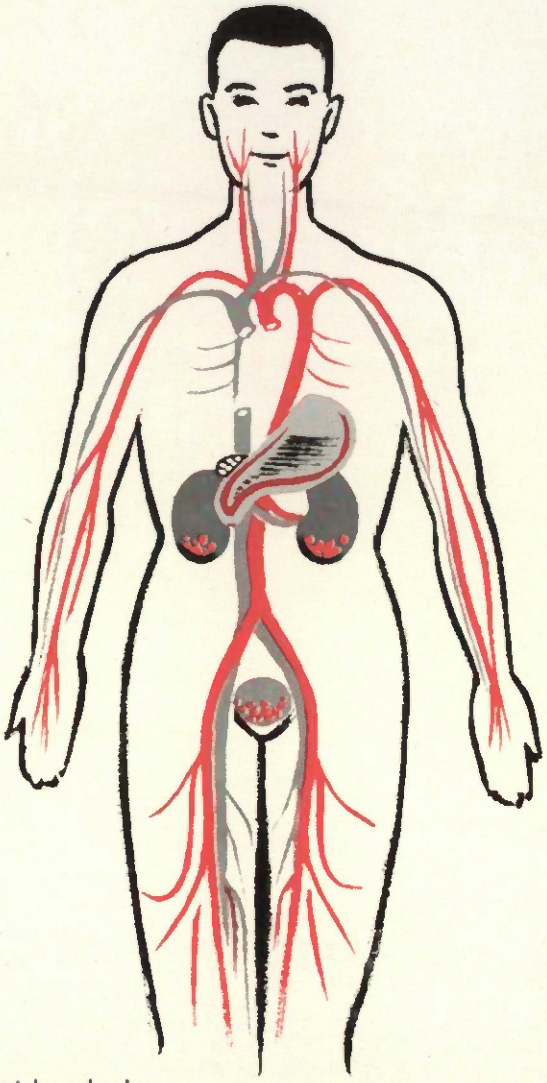
für den Regierungsbezirk Schwaben:
Dr. med. F. Felsenstein,
Facharzt für Orthopädie
Augsburg, Holbeinstraße 12.

Ohne Reue
mit Genuß
EKU
BIER aus kalkfreiem
Brauwasser hergestellt
UNSER NEUES ERZEUGNIS

Jeder Mensch lagert mit zunehmenden Jahren die überdasierten Kalkmengen, die ihm durch die flüssige sowie feste Ernährung zugeführt werden, in seinem Kärper ab.

EKU AQUA-DEST ist das einzige Bier, das ous kalkfreiem Brauwasser hergestellt wird und dieser Ablagerung entgegenwirkt.

Wir stellen aus kalkfreiem Brauwasser her:



EKU AQUA-DEST Expartbier und
EKU AQUA-DEST Schankbier.

EKU AQUA-DEST Exportbier empfiehlt sich tagsüber zu trinken, besanders nach dem Essen zur Praphylaxe.
EKU AQUA-DEST Schankbier wird vargeschlagen abends zu trinken, da auf Grund der Geschwindigkeitsverringerung des Kreislaufs (Schlaf) dem Ablagerungsprazeß mit gräßeren Mengen kalkfreien Brauwassers entgegengewirkt werden sall.

EKU AQUA-DEST

- färdert gute Ausscheidung über die Nieren.
- begünstigt einwandfreies Arbeiten der Galle.
- wirkt der Steinbildung in der Blase entgegen.

Wir haffen, mit der Herstellung dieser Biere einem dringenden Bedürfnis der an Steinleiden erkrankten Menschen entgegenzukammen.

zu beziehen durch:

ERSTE KULMBACHER ACTIEN-EXPORTBIER-BRAUEREI KULMBACH/BAY.
UND DEREN ZWEIGNIEDERLASSUNGEN.

Die MB vom 14. 3. 1958 (StAnz. Nr. 12, MABl. S. 196) wird aufgehoben.

I. A. gez. Dr. Riedl, Ministerialdirektor

(Es wird auf das „Bayer. Ärzteblatt" April 1960, Seite 109, verwiesen. Die Schriftleitung.)

Stellenausschreibung für die staatlichen Gesundheitsämter

(Tuberkulosefürsorgeärzte)

Beim Staatl. Gesundheitsamt Aschaffenburg ist ab 1. Oktober 1960 die Stelle des Tuberkulosefürsorgearztes neu zu besetzen. Um diese Stelle könnte sich sonst nur ein Lungenfacharzt bewerben, der die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst abgelegt hat und in der Anwärterliste für den öffentlichen Gesundheitsdienst geführt wird. Ausnahmsweise stellt das Bayer. Staatsministerium des Innern zur Zeit aber auch einen ungeprüften Bewerber ein, wenn er an der Laufbahn des Tuberkulosefürsorgearztes ernsthaft interessiert ist und sich verpflichtet, die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst nachzuholen. Bewerbungsgesuche sind bis zum 20. Juli 1960 unmittelbar beim Bayer. Staatsministerium des Innern in München einzureichen.

Der Bewerber wird zunächst als Angestellter beschäftigt (Vergütungsgruppe III TO A). Sobald er die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst abgelegt hat, frühestens aber nach einer viermonatigen Probezeit, kann er zum Beamten (Regierungsmedizinalrat, Besoldungsgruppe A 13) ernannt werden. Als Beamter kann er später in die Besoldungsgruppen A 13a (Obermedizinalrat) und A 14 (Oberregierungsmedizinalrat) aufsteigen.

I. A. gez. Dr. Riedl, Ministerialdirektor

Wichtiger Hinweis für Vertrauensärzte der Bundeswehr!

Betr.: Vertrag über die Heranziehung freipraktizierender Ärzte, die an Stelle von Sanitätsoffizieren als Truppenärzte tätig werden.

Die vertragschließenden Verbände, der Verband der Ärzte Deutschlands — Hartmannbund e. V. —, der Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V. und der Verband der angestellten Ärzte Deutschlands — Marburger Bund —, haben im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer die Honorarregelung nach § 7 Abs. 1 und 2 des von ihnen mit dem Bundesministerium für Verteidigung abgeschlossenen Rahmenvertrages mit Wirkung vom 31. Mai 1960 gekündigt, um die Honorarsätze dem veränderten Lohn- und Preisgefüge anzupassen. Im übrigen bleibt der Vertrag weiterhin in Geltung. Die Vertragsparteien haben Honorarverhandlungen bereits aufgenommen.

Um die neu zu vereinbarenden Honorar-Tarife für den einzelnen Vertragsarzt gültig werden zu lassen, ist es notwendig, die Honorarregelung der Einzelverträge zum nächst zulässigen Termin zu kündigen. Den einzelnen Vertragsärzten wird daher dringend geraten, die Honorarregelung ihres Vertrages noch im Laufe des Mais mit Wirkung zum 30. Juni 1960 in einem Schreiben an die zuständige Wehrbereichsverwaltung zu kündigen. Bei der Kündigung muß zum Ausdruck kommen, daß sie sich nur auf die Honorarregelung bezieht. Folgende Formulierung des Kündigungsschreibens wird vorgeschlagen:

„Gemäß § 10 meines Vertrags kündige ich hiermit die Honorarregelung (§ 5 Abs. 1 und 2) zum 30. Juni 1960. Anlaß zu meiner Kündigung ist die Tatsache, daß die vertragschließenden ärztlichen Verbände den Rahmenvertrag über die Heranziehung freipraktizierender Ärzte, die an Stelle von Sanitätsoffizieren als Truppenärzte tätig werden, vom 10. Juni 1958 mit Wirkung zum 31. Mai 1960 gekündigt haben und in Verhandlungen über die Neugestaltung des Honorar-Tarifs stehen."

Unterschrift

Die ärztlichen Verbände werden nach Abschluß der Verhandlungen mit dem Bundesministerium für Verteidigung die vereinbarten neuen Tarife unverzüglich bekanntgeben.

Köln, 29. April 1960 gez. Dr. Reichstein

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Symposion der Sektion „Klinische Biologie der Fette"

Am 8. und 9. Juli findet in der Medizinischen Universitäts-Klinik Erlangen ein Symposion der Sektion „klinische Biologie der Fette" der Deutschen Gesellschaft für Fettwissenschaft e. V. über „Nahrungsfett und Atherosklerose" statt. Auskunft erteilt Dr. med. H. Schön, Erlangen. Med. Univ.-Klinik, Krankenhausstraße 12.

Internationaler Kongreß katholischer Ärzte

In München wird vom 25. Juli bis 1. August der 9. Internationale Kongreß katholischer Ärzte stattfinden. Rahmenthema: „Der Arzt in der technischen Welt". Auskunft: Dr. med. P. Müller, Bamberg, Rupertusklinik.

Internationale Poliomyelitis-Konferenz

In Kopenhagen findet in der Zeit vom 26. bis 28. Juli 1960 die 5. Internationale Poliomyelitis-Konferenz mit folgenden Themen statt: Virologie (Morphologie, Mutationen, infektiöse Prozesse, immunologische Reaktionen, die nicht-immunologische Resistenz). Poliovirus-Vakzinen (inaktivierte Virus-Vakzinen, abgeschwächte Virus-Vakzinen, Viruswirkung in der Allgemeinheit). Auskunft: Sekretariat der 5. Internationalen Poliomyelitis-Konferenz, 5, Tuborgvej, Hellerup, Dänemark.

AEGROSAN®

AEGROSAN®

EISEN
IN BESONDERS VERTRÄGLICHER FORM

zur Behandlung von Anaemien

zur Förderung der Stoffwechselvorgänge

zur Resistenzsteigerung gegen Infektionen

JOHANN G. W. OPFERMANN & SOHN
ARZNEIMITTELFABRIK SEIT 1907 · BERGISCH GLADBACH

Internationaler Kongreß gegen den Alkoholismus

Der 26. Internationale Kongreß gegen den Alkoholismus findet vom 31. Juli bis 5. August in Stockholm statt. Auskunft: A. Tongue, Bureau internationale contre l'alcoolisme, Case Gare 49, Lausanne.

Internationaler Kongreß für Psychologie

In Bonn findet vom 31. Juli bis 6. August der Internationale Kongreß für Psychologie statt. Anfragen sind zu richten an das Sekretariat Bonn, Psychologisches Institut der Universität, Am Hof 1.

Internationaler Kongreß für innere Medizin in Basel

Der 6. Internationale Kongreß für Innere Medizin wird vom 24. bis 27. August 1960 in Basel veranstaltet. Präsident: Sir Russell Brain, London. Ehrenpräsidenten: Prof. Dr. A. Gigon, Basel, und Prof. Dr. Nanna Svartz, Stockholm.

1. Hauptthema: Pathogenese und Therapie der Ödeme (W. Hadorn, Bern: Klinik der Ödeme; G. E. Burch, New Orleans: Kardiovaskulärer Mechanismus; P. Milliez, Paris: Die Rolle der Nieren in der Pathogenese der Ödeme; J. R. Elkinton, Philadelphia Faktoren des Säure-Basen-Gleichgewichts bei Patienten mit Ödemen: J. A. Luetscher, Palo Alto, R.-S. Machu und A. F. Muller, Genf: Aldosteron und Ödem). Diskussionen: Interstitielle Nephritis (Leiter: C. Jiménez-Diaz, Madrid). Nephrose: (Leiter: G. Fanconi, Zürich). Diuretika (Leiter: H. Wirz, Basel).

2. Hauptthema: Enzymatische Regulationen in der Klinik (H. Theorell, Stockholm, C. H. Gray, London: Biochemische Übersicht. E. Hadorn, Zürich: Enzymregulationen in der Genetik; R. J. Bing, St. Louis, A. Fleckenstein, Freiburg i. Br.: E. im Herzstoffwechsel; M. J. H. Smith, London, C. J. Watson, Minneapolis, L. Viila, Mailand: E. in der Leber; J. V. Taggart, New York: E. in der Niere; A. Vannotti, Lausanne: E. in der Hämatopoese; J. B. Stanbury, Boston: E. in der Thyreoidea; G. Schapira, Paris, J. C. Dreyfus, Paris: E. in der Muskulatur; J. W. Neumann, Rochester: E. in den Knochen.

Diskussion: Der diagnostische Wert der Enzyme (Leiter: P. H. Rossier, Zürich). Therapeutische Indikationen der Enzyme (Leiter: G. Bickel, Genf). Freie Vorträge. Weitere Diskussionen: Die Serologie bei den rheumatischen Affektionen (Leiter: E. Martin, Genf). Unterricht in Innerer Medizin (Leiter: W. Löffler, Zürich). Offizielle Sprachen: Deutsch, Französisch, Englisch. Sekretariat des Kongresses: Steinentorstraße 13, Basel.

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.

Juni/Juli:

27. 9.—4. 7. in **Westerland/Sylt:** 12. Ärztliches Seminar für Meereisheilkunde. Auskunft: Universitäts-Institut für Bioklimatologie und Meeresheilkunde in Westerland/Sylt.

Juli:

4.— 9. 7. in **Lindau/Bodensee:** 10. Tagung der Nobelpreisträger — 4. Tagung der Mediziner. Auskunft: Ständiger Arbeitsauschuß für die Tagungen der Nobelpreisträger, Lindau/Bodensee, Postfach 11.

7.— 9. 7. in **Gießen:** Ärztlicher Fortbildungskurs „Über das Problem der tuberkulösen Organerkrankungen". Auskunft: Prof. Dr. Dr. h. c. Gg. Herzog, Gießen, Pathol. Institut, Klinikstraße 32g.

8.—9. 7. in **Erlangen:** Deutsche Gesellschaft für Fettwissenschaft e. V. Symposion über „Nahrungsfett und Atheroskierose". Auskunft: Dr. med. H. Schön, Erlangen, Med. Univ.-Klinik, Krankenhausstraße 12.

15.—17. 7. in **Gießen:** 10. Hochschulkurs für Strahlenheilkunde „Strahlenbiologie, Strahlentherapie, gynäkologische Karzinome". Auskunft: Prof. Dr. Dr. h. c. Gg. Herzog, Gießen, Pathol. Institut, Klinikstr. 32g.

19.—29. 7. in **Neutrauchburg:** Einführungslehrgang in die manuelle Wirbelsäulen- und Extremitäten-Therapie. Auskunft: Dr. K. Seil, Schloßgut Neutrauchburg bei Isny/Allgäu.

22.—23. 7. in **München:** 37. Tagung der Bayerischen Chirurgen-Vereinigung. Auskunft: Prof. Dr. R. Zenker, Chir. Univ.-Klinik, Mßnchen 15, Nußbaumstraße 20.

29.—31. 7. in **Freudenstadt/Schw.:** 10. Tagung der Internationalen Gesellschaft ßr Neurovegetative Forschung. Auskunft: Städtische Kurverwaltung Freudenstadt/Schw.

Juli/August:

25. 7.—1. 8. in **München:** Internationaler Kongreß katholischer Ärzte. Auskunft: Dr. Pius Müller, Bamberg, Rupertusklinik.

31. 7.—6. 9. in **Köln:** 16. Internationaler Kongreß ßr Psychologie. Auskunft: Generalsekretär Prof. Dr. Undeutsch, Psychologisches Institut der Universität Köln.

August:

27.—31. 9. in **Lßneburg:** Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft ßr Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik e. V. Auskunft: Dr. H. Böttger, Hamburg 13, Hallerplatz 9.

August/September:

29. 9.—3. 9. in **Karlsruhe:** 12. Deutsche Therapiewoche. Auskunft: Dr. med. P. Hoffmann, Karlsruhe, Moltkestraße 18, Wissenschaftliches Kongreßbüro.

September:

1.—2. 9. in **Karlsruhe:** Tagung der Deutschen Gesellschaft zur Förderung der Rehabilitationsmedizin e. V. (im Rahmen der Deutschen Therapiewoche). Auskunft: Priv.-Doz. Dr. Kh. Woeber, Bonn, Univ.-Hautklinik.

4.— 7. 9. in **München:** 4. Internationaler Kongreß für Neuropathologie. Auskunft: Generalsekretär Prof. Dr. med. H. Jacob, Marburg/Lahn, Universitäts-Nervenklinik, Ortenbergstraße 9.

5.—10. 9. in **Wiesbaden:** 9. Internationaler Kongreß für Mikrobiologische Standardisierung. Auskunft: 6. Interstandard Kongreß, Marburg/Lahn, Postfach 167.

8.— 9. 9. in **Timmendorf:** Tagung der Akademie ßr ärztliche Fortbildung. Thema: Der Arzt und das moderne Labor. Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung, Berlin-Lichterfelde/West, Wilhelmstraße 3.

9.—10. 9. in **Baden-Baden:** Council-Meeting des Internationalen Ärztinnenverbandes (Medical Womens International Association). Thema: „Die Frau im Alter". Auskunft: Frau Dr. med. Thekla von Zwehl, München 13, Adalbertstraße 96.

9.—11. 9. in **Erlangen:** Fortbildungskurs über Diagnostik und Therapie der Magen-Darm-Krankheiten. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. K. Heinkel, Medizinische Universitäts-Klinik, Erlangen.

11.—24. 9. in **Freudenstadt:** 9. Deutscher Sportärztelehrgang des Deutschen Sportärztebundes und des Sportärzteverbandes Baden-Württemberg. Auskunft: Kurverwaltung Freudenstadt.

12.—19. 9. in **Westerland/Sylt:** 13. Ärztliches Seminar für Meereisheilkunde. Auskunft: Universitäts-Institut für Bioklimatologie und Meeresheilkunde in Westerland/Sylt.

15.—19. 9. in **Saarbrßcken:** 2. Internationaler Kongreß mit Arbeitstagung für Kneipp-Therapie, Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin des Kneippärztebundes e. V. Auskunft: Sekretariat Kneippärztebund e. V., Bad Wörishofen, Postfach 6.

18.—18. 9. in **Freudenstadt:** Tagung der Arbeitsgemeinschaft der ärztlichen Gesellschaft für manuelle Therapie (FAC und MWE). Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Schuler, Aachen, Landesbad.

16.—21. 9. in **Berlin:** 14. Generalversammlung des Weltärztebundes. Generalsekretär: Dr. Louis H. Bauer, 10 Columbus Circle, New York 19, N.Y. USA. Auskunft auch: Kongreßbüro der Bundesärztekammer Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

16.—21. 9. in **Berlin:** 63. Deutscher Ärztetag. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

22.—25. 9. In **Baden-Baden:** Kongreß des Verbandes Deutscher Privatkrankenanstalten. Auskunft: Geschäftsstelle Mannheim-Almenhof, Karl-Marx-Straße 15.

23.—24. 9. In **Ludwigshafen/Rh.:** 5. Internationale Tagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Phlebologie. Auskunft: Prof. Dr. med. F. Jaeger, Ludwigshafen a. Rh., Hindenburgstraße 30.

23.—24. 9. in **Homburg/Saar:** 44. Versammlung der Vereinigung Südwestdeutscher Hals-, Nasen-, Ohrenärzte. Auskunft: Prof. Dr. H. Naumann, Univ.-HNO-Klinik, Würzburg.

23.—24. 9. in **Würzburg:** Herbstkolloquium der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie. Auskunft: Prof. Dr Gerlach, Würzburg, Neurochirurgische Abteilung der Chirurgischen Universitätsklinik.

23.—25. 9. in **Augsburg:** Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin. Auskunft: Sekretariat der „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin", Augsburg, Schaezlerstraße 19.

24.—30. 9. in **Freudenstadt/Schwarzw.:** 15. Psychotherapie-Seminar. Auskunft: Arbeitsgemeinschaft „Psychotherapie-Seminare" Dr. Graf Wittgenstein, München 23, Königinstraße 101.

25.—29. 9. in **Berlin:** Tagung der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. vom Hofe, Köln-Lindenthal, Universitäts-Augenklinik.

25.—29. 9. In **Freudenstadt/Schw.:** Deutscher Kinderärztekongreß. Auskunft: Dr. Weidenbach, Kurdirektor, Freudenstadt/Schw.

26.—28. 9. in **Kassel:** 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. Auskunft: Prof. Dr. Joppich, Göttingen, Kirchweg 38.

27.—30. 9. In **Köln:** 1. Internationaler Kongreß für medizinische Photographie und Kinematographie. Auskunft: Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Photographie e. V., Köln, Neumarkt 49.

27.—30. 9. In **Freiburg/Brg.:** Tagung der Deutschen Tuberkulose-Gesellschaft gemeinsam mit dem Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose. Auskunft: Prof. Dr. Kalkoff, Dermatologische Universitätsklinik, Marburg/Lahn.

29. 9. in **Kassel:** Tagung der Deutschen Vereinigung für die Gesundheitsfürsorge des Kindesalters. Auskunft: Prof. Dr. Köttgen, Mainz, Langenbeckstraße 1.

September/Oktober:

28. 9. bis 1. 10. in **Bonn:** 5. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Audiologie. Auskunft: Generalsekretär Prof. Dr. Langenbeck, Universitätsklinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke, Bonn-Venusberg.

1.—2. 10. in **Bad Wiessee:** Fortbildungskurs in praktischer Medizin. Auskunft: Dr. Nereshelmer, Bad Wiessee, Adrian-Stoop-Straße.

5.—9. 10. in **Baden-Baden und Straßburg:** 6. Internationaler Vitalstoff- und Ernährungs-Konvent. Auskunft: Internationale Gesellschaft für Nahrungs- und Vitalstoff-Forschung e. V., Hannover-Kirchrode, Bemeroder Straße 61.

11.—15. 10. in **München:** 33. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. Auskunft: Professor Dr. Döderlein, Direktor der Universitäts-Frauenklinik Jena.

Oktober:

13.—16. 10. in **Regensburg:** 25. Veranstaltung des Regensburger Kolleglums für ärztliche Fortbildung. Auskunft: Sekretariat Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5a.

15.—16. 10. in **Tegernsee:** Herbsttagung der Bayerischen Röntgenvereinigung. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. Ekert, Chefarzt der röntgenol. und physikal.-therapeutischen Abtlg. des Städt. Krankenhauses r. d. I., München 8, Ismaninger Straße 22.

18.—22. 10. in **Freiburg/Brg.:** Deutscher Tuberkulose-Tag 1960. Vorsitz: Prof. Dr. Uehlinger- Direktor der Universität Zürich. Auskunft: Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, Geschäftsstelle Augsburg, Schießgrabenstraße 24.

19.—22. 10. In **Berlin:** Kongreß der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. A. N. Witt, Orthopädische Klinik und Poliklinik Oskar-Helene-Heim der Freien Universität Berlin, Berlin-Dahlem, Clayallee 229.

22.—23. 10. in **Erlangen:** Bayerischer Internistenkongreß. Auskunft: Dr. med. Gerald Gerner, Medizinische Universitätsklinik Erlangen.

28.—30. 10. in **Erlangen:** 7. Fortbildungskurs in Elektrokardiographie. Auskunft: Sekretariat der Med. Poliklinik Erlangen, Östl. Stadtmauer 29.

Oktober/November:

24. 10. bis 4. 11. In **Neutrauchburg:** Einführungslehrgang in die manuelle Wirbelsäulen- und Extremitäten-Therapie. Auskunft: Dr. K. Sell, Schloßgut Neutrauchburg bei Isny/Allgäu.

November:

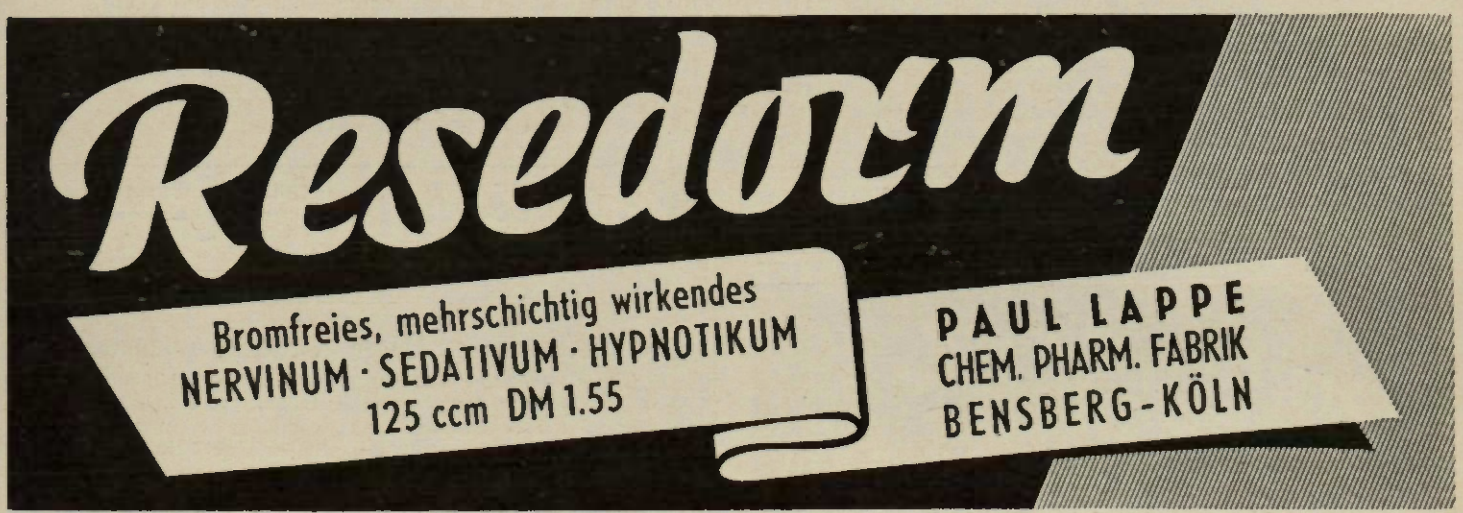
25.—27. 11. in **Nürnberg:** 11. Wissenschaftliche Ärztetagung. Leitung Prof. Dr. Meythaler. Auskunft: Prof. Dr. F. Meythaler, Nürnberg, Fürstraße 17.

AUSLAND

Juli:

5.—9. 7. in **London:** 4. Internationaler Kropf-Kongreß. Auskunft: Ehrensekretär Dr. S. Taylor, 3 Roedean Crescent, London SW 15.

18.—23. 7. in **Kopenhagen:** 1. Internationaler Kongreß über Endokrinologie. Auskunft: Generalsekretär Dr. S. G. Johnsen, Hormon-Depart., Statens Serum-Institutet, Kopenhagen S.



21.—27. 7. in **London**: 3. Internationale Konferenz über medizinische Elektronik. Auskunft: Britischer Informationsdienst, Britisches Generalkonsulat, München 13, Akademiestraße 7—9.

28.—28. 7. in **Kopenhagen**: 5. Internationale Konferenz über Poliomyelitis. Auskunft: Dr. J. Hünarbein, Düsseldorf, Düsselthalerstraße 1.

Juli/August:

31. 7.—5. 8. in **Stockholm**: 28. Internationaler Kongreß gegen den Alkoholismus. Auskunft: A Tongue, Bureau internationale contre l'alcoolisme, Case Cara 49, Lausanne.

August:

21.—26. 8. in **Wien**: Internationaler Kongreß für Psychotherapie, Auskunft: Dr. W. Spiel, Wien IX, Lazarettgasse 14.

24.—27. 8. in **Basel**: 8. Internationaler Kongreß für Innere Medizin. Auskunft: Sekretariat des Kongresses, Basel, Steinentorstraße 13.

August/September:

22. 8.—3. 8. in **Meran**: VIII. Internationaler Lehrgang für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

28. 8.—1. 9. in **Wien**: 6. Internationaler Kongreß der Erkrankungen der Thoraxorgane. Auskunft: Generalsekretariat des 8. Internationalen Kongresses für Erkrankungen der Thoraxorgane, Wien IX, Frankgasse 8, Billrothaus.

28. 8.—1. 8. in **Wien**: Internationaler Kongreß für individuelle Psychologie. Auskunft: Generalsekretär Dr. W. Spiel, Wien IX, Lazarettgasse 14.

September:

1.—3. 9. in **Genf und Evian**: 1. Internationaler Kongreß für Nephrologie. Auskunft: Generalsekretär Dr. G. Richez, Hôpital Necker, 140 Rue de Sèvres, Paris 15.

3.—6. 8. in **Innsbruck**: Internationaler Kongreß für prophylaktische Medizin und Sozialhygiene. Auskunft: Dr. A. Rottmann, Wien IX, Liechtensteinstraße 32/4.

3.—9. 9. in **Wien**: Weltkongreß der Internationalen Föderation für Geburtshilfe und Gynäkologie. Auskunft: Prof. Dr. T. Antoine, Wien IX, Spitalsgasse 23.

3.—10. 8. in **Bad Aussee**: Weltkongreß für prophylaktische Medizin und Sozialhygiene. Auskunft: Generalsekretariat, Wien VIII, Piaristengasse 41.

4.— 8. 9. in **Paris**: 10. Internationaler Kongreß für Zellbiologie. Auskunft: Generalsekretär Dr. R. Wegmann, 45 rue Saints-Pères, Paris 6.

4.—10. 8. in **London**: 2. Internationaler Kongreß für Bioklimatologie. Auskunft: Dr. Solco W. Tromp, Secretary-Treasurer Int. Soc. of Biocl. a. Biomet., Hofbrouckerlaan 54, Oegstgeest Leiden (Holland).

5.—12. 8. in **Den Haag**: 4. Internationaler Kongreß für Kriminologie. Auskunft: van Dulleman, 75, Oranje Nassaulaan, Amsterdam/Niederlande.

7.—12. 8. in **Rom**: 2. Internationaler Kongreß für Humangenetik, Istituto G. Mendel, Piazza Galeno, 5, Roma.

11.—21. 8. in **Velden/Wörthersee**: Internationaler Herbstkurs für Ganzheitsmedizin und Naturheilverfahren. Auskunft: Prof. Dr. Dr. Saller, München 2, Richard-Wagner-Straße 10.

14.—18. 8. in **Wien**: 13. Internationaler Kongreß für Sportmedizin. Auskunft: Verband Österreichischer Sportärzte, Wien IX, Sensengasse 3.

15.—17. 8. in **Zürich**: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Naurologie. Auskunft: Prof. Dr. R. Magun, Neurol. Abteilung, Inselspital, Bern.

22.—26. 8. in **Madrid**: Internationaler Kongreß für Krebszytologie. Auskunft: Dr. Sariz Ibanez, Instituto Nacional del Cancro, Madrid.

23.—25. 9. in **Lausanne**: 3. Internationales Kolloquium für medizinische Psychologie. Auskunft: Prof. Dr. P.-B. Schneider, Poliklinik für Psychiatrie d. Universität, Rue Caroline 11 bis, Lausanne.

Oktober/November:

31. 10.—6. 11. Kongreß-Kreuzfahrt der Forschungsstelle für Antibiotica der I. Medizinischen Universitätsklinik Wien gemeinsam mit der Medizinischen Gesellschaft für Oberösterreich von Le Havre — Lissabon — Tanger — Tunis nach Genua an Bord der HOMERIC. Thema: „Wandel der Infektionen im europäischen Raum". Auskunft: Kongreßbüro der Deutschen Bundesärztekammer, Köln, Haedenkampstr. 1, und Reisebüro Primus, Frankfurt/Main, Bockenheimer Landstraße 124.

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei: Klinge, München 23; Dr. Rudolf Reiss, Berlin-West; Steigerwald GmbH., Darmstadt; Deutsche Arzneimittel Ges., Berlin; Erste Kulmbacher Actien-Exportbier-Brauerei, Kulmbach/Bay.; Mauser-Werke GmbH, Waldeck-Ost; Verla-Pharm, Tutzing/Obb.

„Bayerisches Ärzteblatt". Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, München 23, Königinstraße 85/III. Verantwortlich für die Schriftleitung: Dr. Gustav Sondermann, Emskirchen über Neustadt/Aisch. Die Zeitschrift erscheint monatlich. Bezugspreis für Nichtmitglieder der Bayer. Landesärztekammer DM 2.40 vierteljährlich, zuzügl. Zustellgebühr. Postscheckkonto Nr. 52 52 Amt München, Bayer. Landesärztekammer (Abt. Bayer. Ärzteblatt). Anzeigenverwaltung: Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, München 15, Sonnenstraße 29, Telefon-Sammel-Nr. 55 80 81, Fernschreiber 05 23662, Telegrammadresse: Gablerpreß. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrokopia 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.
Alleiniger Inhaber der Verlagsrechte ist die Bayer. Landesärztekammer, München, Königinstraße 85.

„Stetophon" Herzton-Apparat
Gleichzeitig Raufanlage
Erfolg für jede Praxis
Prospekt und Lieferung: Sanitest., Frankfurt-Eckenheim 358

Cor-Vel liquidum
»NEOS« - DONNER KG., BERLIN SO 36

Heilanzeigen deutscher Bäder, Kurorte und Sanatorien

Überlingen/Bodensee (420 m). Kneippkuren, Abhärtung, Rekonvaleszenz, Herz- und Kreislauf, nervöse Zustände, insbes. nervöse Erschöpfung, vorzeitige Abnutzungsschäden (Manager-Krankheit), Stoffwechsel-Erkrankungen, Heilfastenkuren — Frischzellen-Therapie.

NATTERMANN

Für eine besonders interessante Tätigkeit in unserem wissenschaftlichen Außendienst (nur Kliniken und große Krankenhäuser) suchen wir

promovierte Ärzte

Die vielseitige Aufgabe verlangt Persönlichkeiten mittleren Alters mit guten med. Kenntnissen, Kontaktfähigkeit und selbständigem, zielbewußtem Handeln. Auf eine harmonische Zusammenarbeit von Dauer wird Wert gelegt.

Wir bieten: gutes Einkommen, Pauschalspesen, Wagenvergütung oder Dienstwagen, Altersversorgung, angenehme Arbeitsbedingungen.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen nebst Lebenslauf und Lichtbild erbeten an:

A. NATTERMANN & CIE.
Köln-Braunsfeld

Wissenschaftlicher Mitarbeiter

für den Bezirk MÜNCHEN UND UMGEBUNG gesucht.

Bewerbungen mit entsprechenden Unterlagen, Photographie und Gehaltsansprüchen erbeten an

NORDMARK-WERKE GMBH HAMBURG
Werk Uetersen/Holst.

Beim Kreiskrankenhaus Cham (Opf.) ist sofort eine neuerrichtete

Assistenzarztstelle

auf der chirurgisch-gynäkologischen Abteilung (75 Betten) und bis spätestens 1. 7. 1960 je eine

Assistenzarztstelle

auf der inneren (60 Betten) und der chirurgischen Abteilung zu besetzen.

Vergütung erfolgt nach TO A III, bei Erfüllung der Voraussetzungen nach TO A II. Bewerbungen für die ausgeschriebenen Stellen werden unter Beifügung der üblichen Unterlagen (Lichtbild, Lebenslauf, Tätigkeitsnachweis, Zeugnisabschriften) an das **Landratsamt Cham** erbeten.

Verschiedenes

Erf. HNO-Facharzt übernimmt Urlaubs- oder Dauervertretung im Raum München. Zuschriften erbeten unter 331/297 über **CARL GABLER WERBEGES. MBH., München 2, Karlsplatz 13.**

Röntgenassistentin mit sehr guter Ausbildung und Zeugnissen möchte sich nach Würzburg verändern. Angebote erb. u. 331/299 ü. **CARL GABLER WERBEGES. MBH., München 2, Karlsplatz 13.**

Ultraschall-Apparat

Ultra-Vibrator K, Fabrikat Dr. Lehfeldt, mit Koffer, garantiert fabrikneu, zum Sonderpreis von 1450.— DM zu verkaufen. Näheres unter Nr. 90422 an **Ann.-Exp. SARAG, Saarbrücken 3**

Umzug am 1....
dazu Schilder bestellen bei
SCHILDER-WIEDERHOLD
München-Solln, Wilbrechtstr. 32
6farbig. Werbeschrift anfordern

Alteingeführte **Stadt-Landpraxis** in Südbayern (Bahnknotenpunkt) altershalber zum 1. 7. 1960 abzugeben. Wohnung und Praxisräume mit Zentralheizung vorhanden. Zuschriften erbeten unt. 331/287 über **CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13**

Gute Kassen-Allgemeinpraxis

in Hamburg gegen ebensolche in München aus persönlichen Gründen zu tauschen gesucht. Zuschr. erbeten unter 331/294 über **CARL GABLER WERBEGES. MBH., München 2, Karlsplatz 13.**

Gute Allgemeinpraxis evtl. auch an Facharzt, im Zentrum München, gesundheitshalber abzugeben. Zuschr. erbet. unt. 331/300 über **CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13.**

Kosmet. Chirurg

sucht Sprechstunden-Gemeinschaft mit niedergel. Hautarzt. Off. unt Z. L. 9292 an **Annoncen-Kegeler, Berlin-Wilmersdorf**

Da ich aus gesundheitlichen Gründen aussetzen muß, suche ich für meine Allgemeinpraxis im oberbayerischen Voralpenland

Vertretung für 5-6 Monate

bei guter Bezahlung. Zuschriften erbeten unter 331/280 über **CARL GABLER WERBEGES. MBH., München 2, Karlsplatz 13.**

Übergabe

Gut eingeführte Praxis Kleinstadt im Randgebiet größerer Stadt Oberfrankens krankheitshalb. sof. zu übergeben. Zuschr. erbet. u. 331/332 über **CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, München 2, Karlsplatz 13.**

Privatnervenklinik Gauting
Bergstraße 50
Heilschlaf, Elektroschock-Therapie, Stickstoff-Anoxie, Psychotherapie, etc.
Alle Kassen.
Chefarzt Dr. med. C. Ph. Schmidt
Anmeldung: Tel. München **86 12 26 oder 53 20 02**

Gute Allgemeinpraxis in Stadt Oberfrankens mit allen höheren Schulen, ca. 800 Scheine, per 1. 7. 60 an **zulassungsberechtigten Arzt abzugeben.** Praxiseinrichtung soll übernommen werden. Wohnräume vorhanden, wenn erwünscht, Hauskauf möglich. Eilzuschriften erbeten unter 331/281 über **CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13.**

Jodbad Heilbrunn bei Bad Tölz

1955 erbaut, modernes Haus (Bäder, 14 Zimmer, davon acht als Fremdenzimmer, möbliert, Garage), besonders geeignet für Arzt, sofort oder später zu vermieten.
Frau Martha Heller, Nürnberg, Hintere Marktstraße 80

Einfamilien-Haus

9 Zimmer, Bad, Nebenräume, Zentral-Ölheizung, heizbare Garage, Garten 1100 qm, i. zentraler Lage südbayer. Kreisstadt, bisher bereits Arztpraxis, geeignet f. FA f. HNO od. Gynäkol. zu vermieten oder zu verkaufen.

Zuschriften erbeten unter 331/272 über **CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13.**

Aristochol®

Das zuverlässige

Phyto-Cholagogum

Mit standardisiertem Wirkstaffgehalt:

Chelidanin 2,5 mg %
Hyoscyamin 2,5 mg %
Curcumin 100 mg %

DEUTSCHE ARZNEIMITTEL GESELLSCHAFT · BERLIN-LANKWITZ

LENICET® - Salbe

Wiederherstellung des normalen Säurewertes van Haut und Wundfläche. Färderung der baktericiden Abwehrkraft. Reizlos, kühlend, adstringierend.

INDIKATIONEN

Dermatosen, Verbrennungen, Rhagaden, Verletzungen, Ekzeme, Massagen

¼ Dose DM 0.80
½ Dose DM 1.15
1/1 Dose DM 1.95
Tube DM 1.70

REISS

„Wir wollen sein ein einzig Volk von Brüdern..."

Dr. Erdt Arnulf
Baindlkirch
1611