



BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 9

München, September 1962

17. Jahrgang

bellasthman

medihaler®

**15 ml = 300 orale Inhalationen
zur Prophylaxe und Therapie
bei Asthma bronchiale.**

Immer, wenn die Zeit bis zum Wirkungseintritt eine besondere wichtige Rolle spielt — wie es bei allen akuten Zuständen im Bronchialsystem der Fall ist — sollte jeder Resorptions-Umweg vermieden werden. Hier treten die Vorteile des BELLASTHMAN-Medihaler besonders deutlich in Erscheinung.

Dieser Präzisionsinhalator im Taschenformat enthält 300 Einzeldosen, ist bequem mitzuführen, handlich und immer einsetzbar. Die stets gleichbleibende Dosierung ist auf die sparsamste, jedoch therapeutisch voll ausreichende Wirkstoffmenge eingestellt und daher frei von Nebenwirkungen.

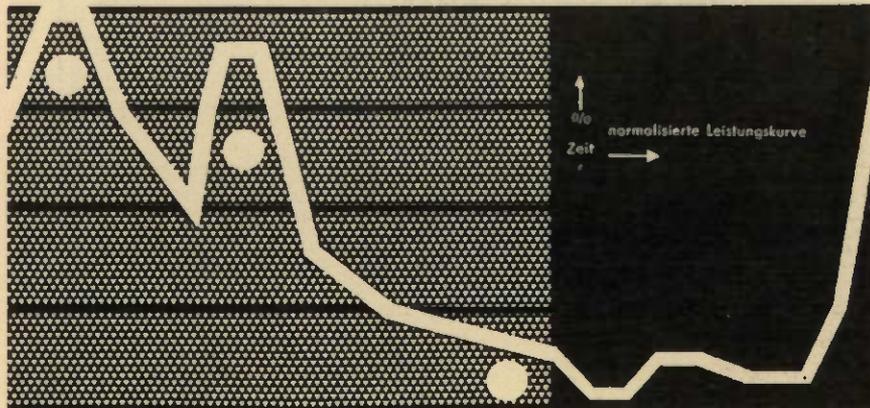
**Eine Einzeldosis - therapeutisch
in den meisten Fällen ausreichend -
kostet 3,1 Pfennig!**

bellasthman

medihaler®

**Der Fortschritt in der wirtschaftlichen
Asthmatherapie.**

Circovegetalin[®] compositum



**2-Phasen-Therapie
der funktionellen
Kreislaufstörungen**

Tagesform:
Kreislaufwirksam,
Kreislaufschützend,
ohne müde zu machen.

Nachform:
Ruhigstellung zur
Erholung des Vegetativum,
Vertiefung
der Kreislaufwirkung.

Ergotaxinphosphat, China-Alkaloide,
Theobromin, Magnesium-Verla.

Secale-Alkaloide, Belladonna-Alkaloide,
Phenobarbital.

Handelsformen und Preise:
45 Dragées DM 3,30
90 Dragées DM 6,00



VERLAPHARM

TUTZING / OBB.

Wesentliche Senkung des Glykosidbedarfs
bei voller kompensatorischer Wirkung

Gefahrlose Digitalisierung
auch empfindlicher Herzen

Zur Dauertherapie
chronischer Herzinsuffizienzen

Rascher Wirkungseintritt

LANATACANTH[®]

isol. krist. Reinglykos, A + B + C aus Digit. lanata in Vollauszug aus Crataegus oxyac.

Tropfflasche 20 ccm DM 3,35
Tropfflasche 50 ccm DM 6,95
25 Dragées DM 1,85
50 Dragées DM 2,95
5 Zäpfchen DM 1,85
Anstaltspackung



Muster und Literatur
auf Wunsch

LINDOPHARM KG HILDEN/RHLD

EUFLUX[®]

– Salbe

Herz-
Segment-Therapie
Adjuvans bei
Herzerkrankungen

5, 20 g

EUCARD[®]

– Tabletten

Herztherapie
durch
vagotonen
Schongang

20, 100 Tabl.

EUVITERIN[®]

– Tropfen

Vegetativ-dystone
Hypotonie

20, 50, 6x50 ml

EUCEBRAL[®]

– Dragées

Organ. und funkt.
cerebrale
Durchblutungs-
störungen

30, 100, 500 Drag.



SÜDMEDICA G.M.B.H.
MÜNCHEN 25

EMBRAN[®]

– Tropfen, Inj.

Zur kausalen
Kreislauf-Therapie

20, 50, 5x20, 6x50 ml
3, 24 Ampullen

MES-ACTON[®]

– z. Inj.

Mesenchymaktivator
Karzinom-
Zusatztherapie

2x0,5, 5x1 ml
1x5, 2x5 ml

STROPHIL[®]

– z. Inj.

Intravenöse
Herz- und
Kreislauf-Therapie

3, 24 Ampullen

EUPOND[®]

– Dragées

Antiadiposum
kreislaufschonende
Diurese und
Entschlackung

50, 250 Drag.

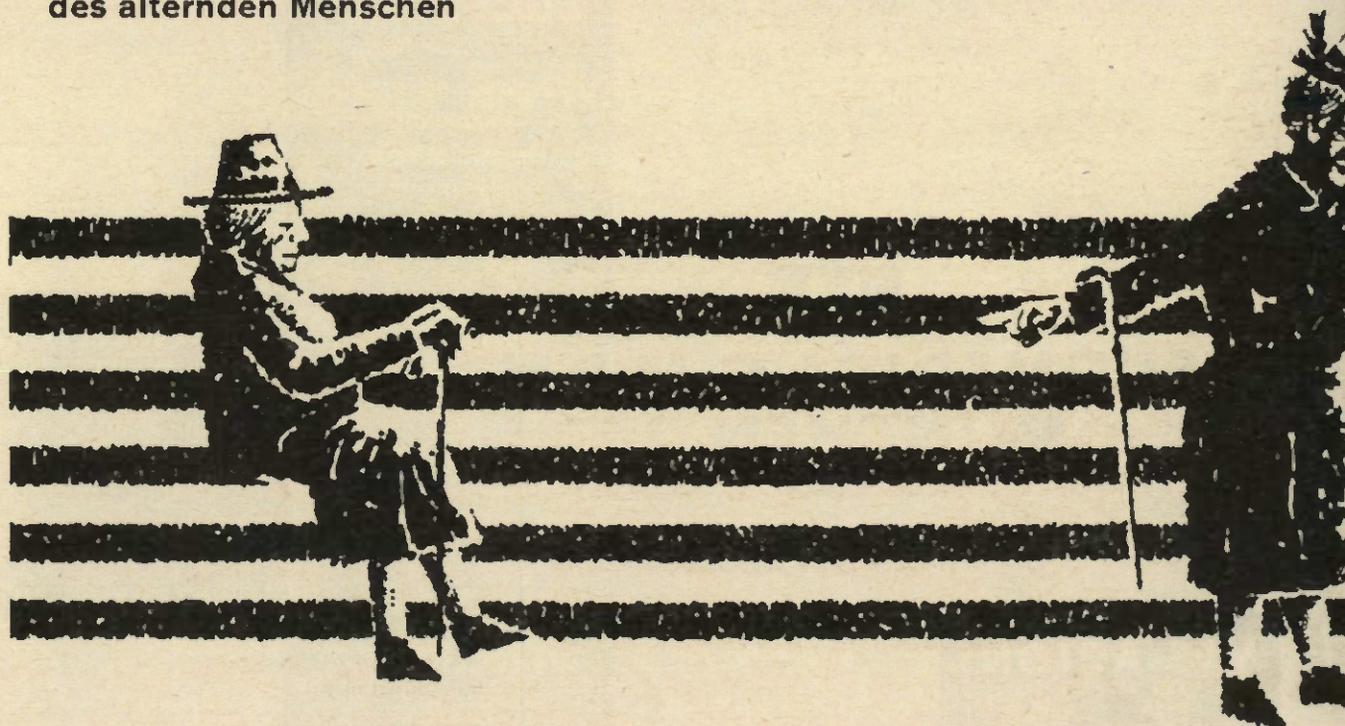
SCILLORAL®



SC

Herzwirksame Glykoside aus
Bulbus Scillae

zur schonenden Herztherapie
des alternden Menschen

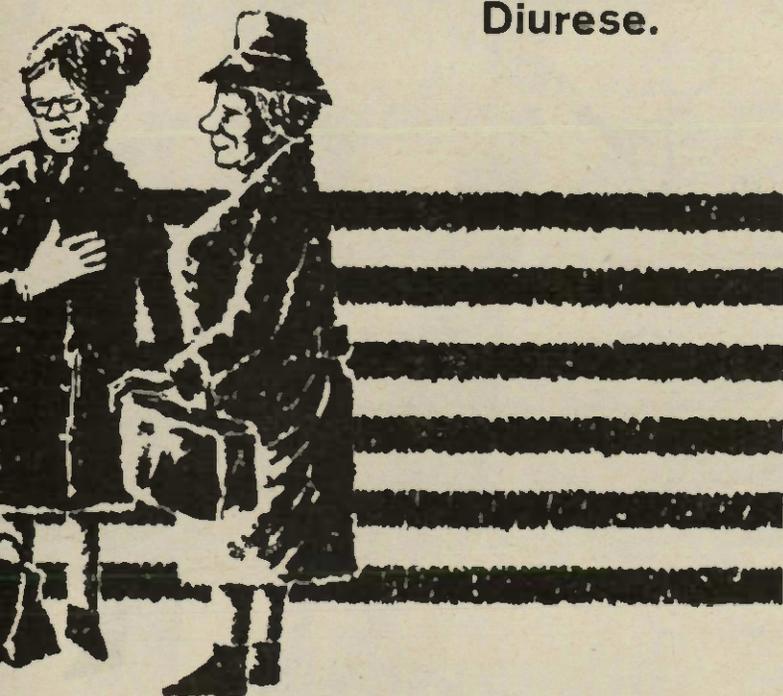


ASTA-WERKE AG
Chemische Fabrik
Brackwede (Westf.)

Beim „Altersherzen“,
gekennzeichnet durch
Leistungseinschränkung,
Versagensbereitschaft
oder beginnende
Dekompensation,
erweist sich

SCILLORAL®

als wertvolle Stütze durch
zuverlässige Herzwirkung,
gute Verträglichkeit und
kräftige Anregung der
Diurese.



Weitere Indikationen für SCILLORAL:

chron. Cor pulmonale
Mitralstenose
Aorteninsuffizienz
kardialer Hydrops

SCILLORAL weist einen konstanten
hohen Glykosidgehalt auf,
der auf das Deutsche Bulbus-Scillae-
Standard-Präparat eingestellt ist.

Handelsformen:

Tropfen, Dragees, Suppositorien,
Ampullen zur i. v. Injektion

Inhaltsverzeichnis

Der 15. Bayerische Ärztetag in Passau	509
Festrede von Dr. Sewering	510
Grußworte der Bayerischen Staatsregierung, Staats- sekretär H. Junker	512
Tätigkeitsbericht der Bayer. Landesärztekammer, erstattet von Dr. Schwering, und ergänzende Kurzreferate von Dr. Sondermann, Dr. Brentano- Hommeyer, Dr. Dehler, Dr. Doerfler, Dr. Soening, Dr. Reichstein	513
Hein: Erfahrungen über die Polio-Schluckimpfung in Bayern und weitere Ausblicke	538
Goßner: Sportmedizinische Aufgaben	557
Aurnhammer: Erfahrungen über die Durch- führung der Untersuchungen nach dem Jugend- arbeitschutzgesetz	559
Entschlieûungen des 15. Bayerischen Ärztetages	564
Steigerwaldt/Mehnert: Stellungnahme zu dem Artikel „Über die Gefahren pseudowissen- schaftlicher Untersuchungsmethoden pharmazeuti- scher Firmen in der Diabetesdiagnostik“	567
FAKULTÄT UND PERSONALIA	568
Walser, Güttich, Marchionini, Martius, Waidl, We- ber, Wullstein, Herrlinger, Künzer, Niggemeyer, Schneider, Göltner, Staib, Ströder	
IN MEMORIAM	569
Burger, Schlamp	
AUS DER GESCHICHTE DER MEDIZIN	569
Koerting: Gesundheitliche Betreuung in München gegen Ende des 18. Jahrhunderts	
AMTLICHES	572
Lehrgang für den öffentlichen Gesundheitsdienst, Landeswahlausschuû	
MITTEILUNGEN	573
Schutz vor Luftverunreinigungen und Lärm — Aufstellung einer Büste von Pettenkofer in der Walhalla — Unfallgeschehen und Unfall- ursachen auf den Autobahnen 1961 — Tödliche Un- fälle durch elektrischen Strom	
BUCHBESPRECHUNGEN	574
Almanach für die ärztliche Fortbildung 1960/61 — Die sportärztliche Untersuchung — Die Anwendung von Kortikoiden und anabolen Substanzen in Klinik und Praxis — Hydrotherapie und Balneotherapie in Theorie und Praxis	
Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern	575
KONGRESSE UND FORTBILDUNG	576
Fortbildungskurs in praktischer Medizin am Tegern- see — 7. Fortbildungskurs des Bayer. Sportärzte- bundes — Bund der Deutschen Medizinalbeamten — 29. Fortbildungskurs für Ärzte in Regensburg — 9. Fortbildungskurs in Elektrokardiographie — Herbsttagung der Bayer. Röntgenvereinigung — Wissenschaftliche Ärztetagung in Nürnberg — Strahlenschutz-Ärzte-Lehrgang des DRK — Lehr- gang für den öffentlichen Gesundheitsdienst	
KONGRESSKALENDER	579



HORMO-GEROBION

steigert die nachlassende
Regenerationskraft und vitalisiert
den alternden Organismus
bei Mann und Frau!

E. Merck
DARMSTADT

Hormo-Gerobion®
(Kapseln, Ampullen) enthält
als Sexualhormone Testosteron-
und Oestradiolverbindungen
sowie das stoffwechsellanregende
Trijodthyronin, ferner Vitamine
und lipotrope Substanzen



BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 9

München, September 1962

17. Jahrgang

Der 15. Bayerische Ärztetag in Passau

VOM 7. - 9. SEPTEMBER 1962



Die festliche Eröffnung im Fürstbischöflichen Opernhaus

„Auf dem Wege zum Licht lasse niemand zurück“

FESTREDE VON DR. SEWERING, PRÄSIDENT DER BAYER. LANDESÄRZTEKAMMER

Hohe Festversammlung!

Meine sehr verehrten Damen,
meine Herren!

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Es ist mir eine hohe Ehre, aber zugleich eine besondere Freude, Sie anlässlich der festlichen Eröffnung des 15. Bayerischen Ärztetages herzlich willkommen zu heißen.

Ihnen, meine verehrten Damen und Herren, die Sie keine Ärzte sind, sage ich zugleich im Namen meiner Kolleginnen und Kollegen aufrichtigen Dank für Ihr Kommen. Dürfen wir doch daraus den Schluß ziehen, daß Sie uns Ihre Verbundenheit und Ihr Wohlwollen bezeugen wollten.

Vor sieben Jahren tagte der Bayerische Ärztetag schon einmal in Passau. Damals war es eine Arbeitstagung wie so viele, und kaum ein Bürger dieser Stadt dürfte etwas von unserer Anwesenheit bemerkt haben. Erst ein Jahr später — in Ansbach — entschlossen wir uns, den Ärztetag mit einer Feierstunde zu eröffnen, die inzwischen ein fester Bestandteil unserer Bayer. Ärztetage geworden ist und immer wieder Gelegenheit gibt, die Verbundenheit des Arztstandes mit Bevölkerung und staatlicher Verwaltung zu dokumentieren.

Daß wir gerne wieder nach Passau gekommen sind, bedarf keiner besonderen Beteuerung. Diese wunderschöne, diese zauberhafte Stadt, wie sie der Vorsitzende der niederbayerischen Ärzte, unser Kollege Forchheimer, in seinem Grußwort genannt hat, wird jeden Besucher immer wieder von neuem beeindrucken, ja begeistern.

Meine Damen und Herren!

Ich sagte schon einleitend:

Wir deuten Ihr Kommen als Ausdruck Ihrer Verbundenheit mit den Ärzten dieses Landes. Es steht Ihnen deshalb zu, auch einiges darüber zu erfahren, welche Fragen wir auf diesem Ärztetag zu behandeln haben und welche Probleme uns in dieser Zeit ganz besonders beschäftigen.

Die Tagesordnung für die nächsten beiden Tage enthält für den Leser eigentlich keine „heißen Eisen“. Neben den üblichen — und nun einmal unvermeidbaren — Regulieren sprechen wir über die Ausbildung von Arzthelferinnen, über Erfahrungen, welche bei der großangelegten Schluckimpfungs-Aktion gegen die Kinderlähmung gesammelt wurden, über sportärztliche Fragen und schließlich über die Durchführung der ärztlichen Untersuchungen, welche für jeden Jugendlichen vorgeschrieben sind, bevor er einen Lehrplatz antritt.

Von vier Themen, die ich Ihnen als Beratungsgegenstände nannte, ist das erste nicht unwichtig für zahlreiche junge Mädchen, die sehr gerne den Beruf einer Arzthelferin ergreifen und mit Recht erwarten, daß wir ihnen eine gute Ausbildung angedeihen lassen. Die drei anderen Themen greifen weit hinein in das Gebiet der Volksgesundheit und zeigen in ganz besonderem Maße, daß sich die Standesvertretung der Ärzte in Bayern ihrer Mitverantwortung für das Gesundheitswesen und die Gesundheitspflege stets voll bewußt ist.

Die Bedeutung des Kampfes gegen die Kinderlähmung ist inzwischen wohl auch dem letzten Staatsbürger klargeworden und die hohe Beteiligung der bayerischen Bevölkerung an der Aktion „Schluckimpfung“ erwies das Verständnis der Bevölkerung und ihre Bereitschaft zur Mithilfe in diesem Kampf. Es wurde dabei — und das erscheint mir von besonders großer Bedeutung — gleichzeitig der Beweis erbracht, daß umfassende Maßnahmen, welche der Verbesserung der Gesundheit unseres Volkes dienen, in völliger Freiwilligkeit durchgeführt werden können und keines gesetzlichen Zwanges bedürfen, auch wenn dies der bequemere Weg wäre, zum Ziel zu kommen. Der Gesetzgeber sollte das stets bedenken, wenn es darum geht, weitere Beschlüsse zu fassen.

Auch bei den sportärztlichen Fragen steht im Mittelpunkt die Sorge um den Menschen, vor allem den jungen Menschen. Es wäre ein verhängnisvoller Irrtum, zu glauben, Sportler seien doch die gesündesten der Gesunden und bräuchten deshalb keinen Arzt. Sport und Gesundheit sind keineswegs unlösbare Begriffe. Es ist deshalb sehr zu begrüßen, daß sich die Sportvereine in zunehmendem Maße die Mitwirkung und Beratung erfahrener Ärzte sichern. Die ärztliche Standesvertretung will das Ihre dazu beitragen, die Ärzte zur Übernahme solcher Aufgaben, die in den Bereich der vorbeugenden Gesundheitspflege fallen, zu ermuntern.

Über die ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz hat bereits der letzte Bayer. Ärztetag ausführlich verhandelt. Wir wollen diesmal die ersten Erfahrungen besprechen und auswerten.

Rund 35 000 Untersuchungen sind bisher von uns registriert worden; die Zahl der durchgeführten Untersuchungen liegt zweifellos noch wesentlich höher. Mit den auftauchenden Fragen werden wir uns sicher noch oft beschäftigen müssen.

Nachdem ich Ihnen, meine verehrten Gäste, aus der Fülle unserer Aufgaben, einige Arbeitsgebiete der ärztlichen Standesvertretung aufgezeigt habe, lassen Sie mich bitte zu Ihnen auch noch über einige Sorgen sprechen.

Nur drei von Ihnen will ich herausgreifen:

Die erste gilt der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie haben sicherlich in den Zeitungen gelesen, daß sich Bundesregierung und Bundestag anschicken, die Krankenversicherung neu zu ordnen. Wir anerkennen jederzeit das Bestreben, die Selbstverantwortung des Bürgers in einem demokratischen Staat auf allen Gebieten zu fördern, denn sie ist ja ein Grundelement für seine Erhaltung und sein Gedeihen.

Einer Fortentwicklung des Rechtes der sozialen Krankenversicherung stimmen wir in voller Aufgeschlossenheit zu. Wir werden aber immer dagegen kämpfen, auf dem Wege des versicherten Mitmenschen zum Arzt Hindernisse aufzubauen, das freie und unbeeinflusste Wirken des Arztes zu stören, das Vertrauensverhältnis Arzt—Patient zu belasten oder zu gefährden. Wir hoffen zuversichtlich, daß der Gesetzgeber bei der vor ihm liegenden Arbeit die Stimme des Arztes hören und berücksichtigen wird.

Die zweite Sorge, welche ich vor Ihnen nur mit wenigen Worten ausbreiten muß, steht unter dem Wort „Atom“! Die großartige Entdeckung der Physik, die Atomspaltung, eröffnet für die friedliche Entwicklung der Menschheit ungeahnte Perspektiven. Sie stellt aber gleichzeitig die führenden Männer unserer Zeit vor eine ungeheure Verantwortung! Wir Ärzte werden uns nie für eine politisch gefärbte Anti-Atompropaganda mißbrauchen lassen. Wir sind aber alle davon überzeugt, daß mit der Vorbereitung einer kriegerischen Nutzung der Atomkraft ein Weg beschritten wurde, an dessen Ende nicht mehr Sieg oder Niederlage, sondern nur noch Weiterleben oder Vernichtung steht. Sie werden fragen, warum wir uns als Ärzte mit dieser, doch so sehr politischen Frage überhaupt beschäftigen und ich will Ihnen antworten.

Jede Planung eines zivilen Bevölkerungsschutzes wird immer wieder zu der Überlegung führen, was soll aus unseren Mitmenschen werden, wenn der entsetzliche Fall eintritt. Damit ist aber die Suche nach den Möglichkeiten ärztlichen Wirkens unlösbar verbunden. Sollten wir da an oberflächlichen technischen Dingen hängen bleiben? Ich glaube, das können wir gar nicht. Wir müssen uns mit der ganzen grauenhaften Problematik auseinandersetzen, um eine Antwort zu finden auf die schicksalhafte Frage: Gibt es hier nur noch das Gebet, oder läßt unser Herrgott dem Arzt einen wenn auch noch so schalen Raum Hilfe zu leisten?

Lassen Sie mich noch ein letztes Wort zur dritten Sorge sagen:

In den Zeitungen standen in der letzten Zeit mehrfach Berichte über die tragischen Wirkungen eines Beruhigungs- und Schlafmittels, welches den Stoff Thalidomid enthält. Zahlreiche Mißbildungen wurden bei Neugeborenen beobachtet, deren Mütter dieses Mittel eingenommen haben. In sensationeller Form wurde auch über eine Amerikanerin berichtet, die bis nach Schweden reiste, um eine Schwangerschaft unterbrechen zu lassen, weil sie fürchtete, ein Kind mit Mißbildungen zur Welt zu bringen.

Alle, die über das schuldige Präparat schreiben oder sprechen, sind sich einig in seiner Verdammung. Ich will dem nicht widersprechen. Wie viele aber — so frage ich — schlagen sich schuldbewußt an die eigene Brust, geben mit sich ins Gebet und stellen sich die ernsthafte



Von links nach rechts: Reg.-Präsident Hopfner, Dr. Fromm, Staatssekr. Junker, Dr. Forchheimer (im Hintergrund), Dr. Sewering, Dr. Sondermann.

Frage: War es denn wirklich nötig, dieses kritiklose Einnehmen von Tabletten?

Es ist ja doch nicht das Contergan allein, um das es hier geht. Man nimmt Tabletten, um wach zu werden, um „fit“ zu sein, schluckt „Psychopharmaka“, um seine seelischen, familiären oder beruflichen Komplikationen zuzuschütten, und man kredenzt sich am Abend eine Schiaftablette, weil man sich davor scheut, es könnte zwischen Wachsein und Schlaf eine Stunde liegen, in der Gedanken auftauchen, die zum Nachdenken zwingen. Gedanken, die man scheut, weil sie so oft eine innere Leere offenbaren würden.

So viele Menschen unserer Zeit haben Angst, mit sich allein zu sein, sie scheuen es, mit sich und ihrer Umwelt fertig zu werden, ihre Verhältnisse zu ordnen, sie greifen zur Tablette und überlassen es der Pharmakologie, das zu tun, wozu sie selbst verpflichtet wären.

Wenn nun zufällig einmal eines der besorgten Mittel einen Stoff enthält, der schädliche Wirkungen auslöst, dann ist das Wehklagen groß und laut.

Mag die Mißbildung eines Kindes tausendmal die Folge einer chemischen Verbindung sein! Zuerst ist es die Verantwortung eines erwachsenen Menschen; denn kein solches Mittel kann im menschlichen Körper schädliche oder gar verheerende Wirkungen auslösen, wenn es nicht eingenommen wird.

Die Sorge um die armen Opfer, die Menschenkinder, welche verkrüppelt, ohne Arme oder Beine, in dieser Welt leben müssen, wird jedem Arzt besonders am Herzen liegen. Sie muß aber von uns allen getragen werden.

Als wir vor wenigen Tagen auf einem Ärztekongreß darüber sprachen, da sagte ein Kollege über unsere Arbeit für diese Kinder sollte das Wort von Peter Rosegger stehen: „Auf dem Wege zum Licht lasse niemand zurück!“

Ich möchte glauben, wir sollten alle, gleich in welcher Aufgabe wir dem Wohie unseres Volkes, unserer Mitmenschen dienen, diesen Ausspruch für uns gelten lassen:

„Auf dem Wege zum Licht lasse niemand zurück!“

Grüßworte der Bayerischen Staatsregierung

VON STAATSSSEKRETÄR HEINRICH JUNKER

Sehr geehrter Herr Präsident!

Meine sehr verehrten Damen und Herren!

Als Vertreter der Bayerischen Staatsregierung, und im Auftrag des Herrn Staatsministers des Innern, der verhindert ist, an der Eröffnungssitzung teilzunehmen, darf ich dem 15. Bayerischen Ärztetag einen herzlichen Willkommensgruß entbieten. Ich freue mich, daß die bayerische Ärzteschaft sich jetzt zum zweiten Male nach dem Kriege in der schönen Dreiflüssestadt Passau trifft, um auch hier wieder, wie jedes Jahr, über wichtige Fach- und Standesangelegenheiten der Ärzte bewegen heute mehr denn je auch die Öffentlichkeit. Sie erkennt auch immer mehr, welche wichtige Stellung der freie Arztstand in unserer Gesellschaft einnimmt.

Die bestehenden und sich ständig fortentwickelnden sozialen und gesellschaftlichen Verhältnisse bringen für den Angehörigen des freien ärztlichen Berufsstandes zwangsläufig Aufgaben und Belastungen mit sich, deren Bewältigung die Kraft des einzelnen übersteigt. Die damit zusammenhängenden Probleme zu erörtern und sie zum Besten des Arztstandes und der von ihm betreuten Menschen einer Lösung zuzuführen, ist eine der wesentlichsten Aufgaben einer repräsentativen Veranstaltung der gesamten Ärzteschaft eines Landes.

Der Lebensnähe des Arztberufes entspricht es, sich mit aktuellen Tagesfragen auseinanderzusetzen und einen eigenen Standpunkt dazu zu gewinnen.

Das Aufgabengebiet des Arztes ist wandelbar. Am Arzt selbst liegt es, es entsprechend den veränderten und stetig wechselnden Lebensverhältnissen und Lebensgewohnheiten seiner Zeit zu gestalten und zu bewältigen.

Die Aufgabe des Arztes kann heute nicht mehr allein im Heilen liegen, sie muß sich ebenso auch auf die Vorbeugung gegen Krankheiten und auf den Einsatz in der Gesundheitsfürsorge erstrecken. Dies gebietet die veränderte Situation in unserer gegenwärtigen Welt, in der die Massenzivilisation Triumphe feiert.

Das diesjährige Programm Ihres Bayerischen Ärztetages bringt deutlich zum Ausdruck, wie wichtig und wie ernst von der Ärzteschaft die vorbeugende und die vorsorgende Medizin genommen wird.

Die Themen der angekündigten Referate sind fast ausschließlich der präventiven Medizin gewidmet, ein Beweis also, welche Aktualität ihr auch auf dieser Tagung beigemessen wird.

Ich kann Ihnen versichern, daß der Staat den Aufgabengebieten, über die Sie in den nächsten Tagen im Erfahrungsaustausch diskutieren werden, von jeher seine Unterstützung entgegengebracht hat. Aber es werden auch für die Zukunft noch erhebliche Anstrengungen erforderlich sein, wenn die gesteckten Ziele gelingen und erfolgreich sein sollen.

Es ist mir eine Genugtuung, feststellen zu können,

daß sich freie Ärzteschaft und öffentlicher Gesundheitsdienst gemeinsam, aber unter Wahrung ihrer unterschiedlichen Aufgaben, dieser Bereiche angenommen haben, in der Erkenntnis, damit dem Wohle unseres Volkes zu dienen. Dieses gemeinsam Verbindende sei Ihnen für Ihre Arbeit auch in der Zukunft richtungweisend!

Die Bayerische Staatsregierung hat sich in den letzten Jahren des Gesundheitswesens besonders angenommen. Nicht nur durch die großzügige Förderung des öffentlichen und privaten Krankenhauswesens und die Anfänge eines geradezu überdimensionalen Klinikprogramms, sondern auch durch die Erweiterung der medizinischen Einrichtungen an den Universitäten hat sie bewiesen, daß die Volksgesundheit zu heben, einer der Leitsätze ihrer Politik ist. Daß sie dabei vom Landtag und den sonstigen zuständigen Gremien, wie Obermedizinalausschuß und Landesgesundheitsrat, bestens unterstützt wurde, sei dankend erwähnt; ist es doch mit ein Grund dafür, daß so wesentliche Fortschritte gemacht werden konnten. Ich darf Ihnen versichern, daß auch für die kommende Legislaturperiode schon entsprechende Pläne im Schoß des Innenministeriums ruhen.

Es ist mir bei dieser Gelegenheit ein aufrichtiges Bedürfnis, besonders heute die ausgezeichnete, vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen meinem Ministerium, dem öffentlichen Gesundheitsdienst und der Bayerischen Landesärztekammer hervorzuheben, die sich zu Beginn dieses Jahres bei der ersten Polioschluckimpfung besonders bewährte. An diesem Gelingen haben insbesondere Sie, sehr verehrter Herr Präsident Dr. Sewering, ein hohes Maß an Verdienst. Nehmen Sie dafür meinen aufrichtigsten Dank und auch den Dank meines Hauses entgegen.

Im Auftrag des Herrn Staatsministers darf ich vor allem aber auch der Ärzteschaft die Anerkennung für das Verständnis und die Hilfe, die sie dabei oft unter erschwerten Bedingungen aufbrachte, aussprechen und ihr dafür herzlichst danken.

Gleichzeitig darf ich damit aber auch eine dringende Bitte verbinden. Wollen Sie, meine Damen und Herren aus den Reihen der Ärzteschaft, wiederum bei der im kommenden November durchzuführenden Schluckimpfung mithelfen, die Bevölkerung für die Impfung zu gewinnen, damit das bisher Erreichte erfolgreich weitergeführt werden kann.

Ich gestehe ganz offen, daß die letzte Impfkation nicht ohne Schrecken für uns über die Bühne ging. Zutiefst erschrocken mußten wir nämlich plötzlich feststellen, daß der Impfstoff nicht überall ausreichte. Aber dieses Erschrecken war doch ein freudiges, weil die Panne behoben werden konnte und dann eben mit Freude festgestellt werden konnte, daß es eine Panne zum Guten war. Die heutigen abschließenden Feststellungen lassen den Erfolg der Impfkation unzweifelhaft

erscheinen, wenn sich auch schon wieder die ewigen Besserwisser rühren und Schlechtes prophezeien. Wir lassen uns jedoch nicht irremachen im Kampf gegen die Kinderlähmung, diese Geißel der modernen Menschheit.

Meine Damen und Herren, ich bin mir bewußt, daß Ihre Beratungen während dieser Tagung und die daraus zu ziehenden Folgerungen für das Gesundheitswesen unseres Landes von großer Bedeutung sind.

Ich wünsche daher Ihrer Tagung einen schönen und erfolgversprechenden Verlauf. Vergessen Sie bei all Ihrer Arbeit nicht ganz, den kulturellen Möglichkeiten dieser Stadt und den Naturschönheiten ihrer herrlichen Umgebung ein wenig Aufmerksamkeit zu schenken. Denn alles geistige Leben steht in einem innigen Zusammenhang und stelgert sich in gegenseitiger Wechselwirkung erst zu der Vollendung, wie wir sie wohl alle erwarten.

Grüße des Präsidenten der Bundesärztekammer

Der Präsident der Bundesärztekammer, Herr Dr. Fromm, führte in seiner Begrüßungsrede u. a. folgendes aus:

Im Namen des Deutschen Ärztetages und der Bundesärztekammer darf ich Ihnen für die lebenswürdige Einladung, die uns in das schöne Passau geführt hat, danken. Immer wieder beeindruckt uns bei den Bayerischen Ärztetagen der Reichtum an schönen Städten und Landschaften.

Ich begrüße an der Spitze Herrn Präsidenten Dr. Sewering, der in seiner Eigenschaft als Vizepräsident der Bundesärztekammer das Facharztwesen, ärztliche Ausbildung, ärztliche Fortbildung und Auslandsvertretung wahrnimmt.

Ihr Vizepräsident, Dr. Sondermann, ist der Vorsitzende der Ständigen Konferenz „Sanitätswesen in der Bundeswehr“.

Professor Dr. Schretzenmayr leitet das ärztliche Fortbildungswesen der deutschen Ärzte, das eine der großen Aufgaben unseres Standes darstellt.

Für die Bundesärztekammer ist es eine große Stütze, die Hilfe der Bayerischen Landesärztekammer zu besitzen. Ihre Beiträge haben besonders ihr Haus wohl bestellt.

Ich wünsche dem Bayerischen Ärztetag einen guten Verlauf. Uns fällt es schwer, als Gäste zu scheiden.

Auf der Fahrt durch die Stadt habe ich an manchen Häusern ein kleines Schild gesehen, mit dem die Höhe des Wassers bei der Hochwasserkatastrophe im Jahre 1954 angezeigt war. Ich möchte bei dieser Gelegenheit der bayerischen Ärzteschaft danken, daß sie durch ihre hochherzigen Spenden den Hamburger Ärzten geholfen hat. Ich danke Ihnen dafür als Vertreter der Ärzte Hamburgs.

★

Zuvor hatte Herr Dr. Bandtlow als I. Vorsitzender des Ärztl. Kreisverbandes Passau Begrüßungsworte gesprochen.

In seiner Eigenschaft als Bürgermeister von Passau hatte Herr Dr. med. Baptist Ritter von Scheuring den Ärztetag namens der Stadt willkommen geheißen.



Von links nach rechts: Dr. Bandtlow, Dr. Forchheimer, Oberbürgermeister Dr. Billinger, Dr. Sewering.

Den Abend des Eröffnungstages beschloß ein Empfang des Oberbürgermeisters im Rittersaal der Veste Oberhaus, wo junge Mädchen in der kleidsamen alten Passauer Tracht mit ihren schönen Riegelhauben (Goldhauben) den Gästen Passauer Wein kredenzt.

Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer

erstattet von Dr. Sewering, Präsident

Meine Herren Kollegen, wir haben vor 7 Jahren schon einmal hier in Passau getagt. Es war damals der erste Ärztetag, den ich nach meiner Wahl zu leiten die Ehre hatte. Wir haben inzwischen unseren Ärztetag in seiner ganzen Gestaltung etwas ausgebaut und wir haben ihm einen Rahmen gegeben, der — wie ich glaube — doch am gestrigen Abend wieder auf die Öffentlichkeit einen guten Eindruck gemacht hat. Ich habe mir vor diesem Ärztetag einmal die Tätigkeitsberichte angesehen und ich glaube, wenn man rückblickend einmal durchsieht, was wir verhandelt und gearbeitet haben,

so war es doch eine rechte Fülle von Problemen, mit denen wir uns beschäftigten, eine Fülle von Aufgaben, denen wir gegenüberstanden und die wir anpackten. Ich glaube, es ist doch einiges in diesen Jahren von uns geschaffen worden. Wenn wir nicht in allem Erfolg hatten, wenn wir uns nicht in allem durchsetzen konnten, so liegt das nun einmal in der Natur der Sache. Aber bemüht haben wir uns doch um viele Dinge und, wie ich glaube, manchmal auch mit recht gutem Erfolg. Bei einem Überblick über das, was wir tun mußten, was auf uns zukam, zeigte sich eines sehr deutlich. Es

zeigte sich nämlich, daß das Gebiet der hoheitlichen Aufgaben — wenn ich sie einmal so nennen darf —, also der übertragenen Aufgaben, immer mehr zurücktrat gegenüber den anderen gesetzlichen Aufgaben, nämlich der Wahrung der Belange der Ärzteschaft. Gerade hier haben wir viel mehr tun können und können wir laufend immer noch mehr für unsere Kollegen tun. Das scheint mir ein besonders gutes Zeichen zu sein; denn gerade die Wahrung der Belange der Ärzte sollte uns stets als eine ganz besondere Aufgabe am Herzen liegen.

In der Geschäftsstelle der Kammer, deren Leiter nach der Satzung der Präsident der Kammer ist, sind 2 ärztliche Geschäftsführer und 23 Angestellte tätig. Die Schriftleitung wird geleitet von einem ärztlichen Schriftleiter und hat zwei Angestellte. Die Rechtsberatung besorgt wie im vergangenen Jahre Herr Rechtsanwalt Poellinger. Daneben steht uns stets, wenn es um ganz besondere Probleme geht, in dankenswerter Aufgeschlossenheit Herr Regierungsdirektor Weissauer, der Kommentator unseres Handbuchs, zur Verfügung und in speziellen Fragen, vor allem steuerlicher und wirtschaftlicher Art, Herr Rechtsanwalt Braun aus München. Der Geschäftsbetrieb hat im Laufe der Jahre immer mehr zugenommen. Der Strom der Kollegen, welche persönlich zu uns kommen, bricht nicht ab, und es freut uns dabei besonders, daß immer mehr Kollegen kommen, um sich in schwierigen, vertragsrechtlichen ärztlichen Fragen von uns beraten zu lassen, in Fragen, derentwegen sie früher zu allen möglichen Stellen gingen, weil sie nicht glaubten, daß die Kammer ihre Belange wirklich vertritt. Sie erkennen aber immer mehr, daß sie bei uns doch am besten beraten werden und daß es uns wirklich darauf ankommt, jedem so zu helfen, wie es im Rahmen des Möglichen überhaupt geschehen kann. Im Vordergrund stehen immer mehr Vertragsangelegenheiten, Vertragsangelegenheiten leitender Krankenhausärzte, wobei es, wie ich hinzufügen möchte, um so besser für die Kollegen ist, je früher sie zu uns kommen. Denn wenn ein Kollege kommt, nachdem er seinen Vertrag bereits unterschrieben hat, dann ist es immer unendlich schwer, einen solchen vielleicht schlechten Vertrag zu ändern. Es ist viel leichter, von vornherein mit uns einen Vertragsentwurf zu besprechen und dann vorbereitet an den Vertragspartner — im allgemeinen den Krankenhausträger — heranzugehen. In sehr vielen Fällen wurden wir auch gebeten, die Kollegen direkt bei ihren Vertragsverhandlungen zu unterstützen, und wir haben das stets gerne getan. Besonders am Herzen liegt uns in diesem Rahmen auch die Gestaltung der Belegarztverträge; denn Sie wissen ja, daß wir uns um die Belegärzte stets besonders gekümmert haben. Wir möchten, daß auch deren Verträge wirklich den ärztlichen Belangen entsprechen, und deshalb richten wir immer wieder an all die Kollegen den Ruf, wenn sie Vertragsschwierigkeiten haben, dann mögen sie zu uns kommen und wir werden ihnen gerne helfen. Wir haben uns in der Zwischenzeit einen außerordentlich großen Überblick verschafft über die bestehenden ärztlichen Verträge innerhalb Bayerns. Die Chefärzte haben uns in großer Aufgeschlossenheit den Inhalt ihrer Verträge bekanntgegeben, so daß wir uns auch eine sehr große Erfahrung in diesen Dingen aneignen konnten. Eine weitere Frage, in der sich die Kollegen sehr oft an uns wenden, hängt zusammen mit dem Stichwort

„Schweigepflicht“. Sie wissen, daß wir hier noch eine ganz erhebliche Zahl von Auseinandersetzungen vor uns haben. Immer mehr versuchen die Dienstherren, die Arbeitgeber, in das ärztliche Berufsgeheimnis einzudringen. Immer mehr versuchen sie unter allen möglichen Vorwänden von ihren Arbeitnehmern die Diagnosen zu erfahren. Ich will mich über diese Frage hier nicht verbreiten, weil Herr Kollege Dr. Sondermann dann anschließend selbst noch einiges sagen wird. Dieses Gebiet wird von ihm seit Jahr und Tag bearbeitet.

Vertreterzentrale und Stellenvermittlung

Erfreulich ist es auch, daß es uns im Rahmen unserer Vertreterzentrale doch immer wieder gelingt, viele dringende Wünsche von Kollegen zu erfüllen, wenngleich es nach wie vor unendlich schwierig ist, hier zu helfen. Sie wissen, es gibt hier leider nur wenige Kollegen, die sich für Vertretungen zur Verfügung stellen. Wir versuchen, die wenigen, die wir haben, dort zu vermitteln, wo es uns am nötigsten erscheint, und hier konnte doch wenigstens in einer Reihe von Fällen geholfen werden und die vielen Danksagungen, die unsere Vertreterzentrale erhält, zeigen, daß die Arbeit nicht ganz ohne Erfolg ist. Ich glaube, es wäre hier in aller Interesse gelegen, wenn man das Ganze noch etwas mehr zusammenfassen könnte, wenn sich nicht so viele Stellen mit Vertretervermittlung beschäftigten. Je mehr an einer Stelle ein Überblick geschaffen werden kann, desto besser könnte man die Vertreter einsetzen. Es kommen auch immer mehr Medizinalassistenten, ja manchmal sogar Assistenzärzte zu uns, um sich nach freien Stellen zu erkundigen, es kommen Krankenhausträger, Landräte und Bürgermeister und fragen, ob wir keinen Arzt für sie haben. Also aus unserer Vertreterzentrale ist inzwischen schon eine kleine Stellenvermittlung geworden, aber wir tun das sehr gerne und versuchen zu helfen, wo wir helfen können.

Sehr viel Arbeit, aber recht schöne Erfolge haben wir auf dem Gebiete der Arzthelferinnenanlernlinge. Darüber wird Herr Kollege Sluka, der mit großem Fleiß und mit ganz besonderer Liebe sich dieser Aufgabe annimmt, noch selbst berichten: Ich möchte aber schon hier unterstreichen, daß er diese Aufgabe mit so gutem Erfolg wahrnimmt, daß wir uns alle doch darüber freuen können, diese Aufgabe in die Hand genommen zu haben, um eben die Ausbildung der Arzthelferinnenanlernlinge nach unseren Vorstellungen steuern zu können.

Fragen des Facharztwesens

Einen guten Teil unserer Arbeit nimmt nach wie vor das Facharztwesen in Anspruch. Ich möchte Ihnen zuerst die Zahlen angeben über die Facharztanerkennungen, die ausgesprochen wurden, und zwar in Bayern 278, davon

Anästhesie	11
Augen	12
Chirurgie	43
Frauenkrankheiten	20
Hals-Nasen-Ohren	11
Haut- und Geschlechtskrankheiten	8
Innere Krankheiten	96
Kinderkrankheiten	19
Laboratoriumsdiagnostik	8

Lungenkrankheiten	5
Nerven- und Gemüts- krankheiten	18
Neurochirurgie	1
Orthopädie	11
Röntgen- und Strahlen- heilkunde	8
Urologie	7

das sind zusammen 278 Facharztanerkennungen im Jahre 1961.

Die Gesamtzahl des Bundesgebietes wird Sie vielleicht noch interessieren.

Hier sind es	51	Anästhesie
	82	Augen
	270	Chirurgie
	171	Frauen
	78	Hals-Nasen-Ohren
	60	Haut- und Geschlechtskrankheiten
	570	Internisten
	6	Kiefer-Chirurgen
	95	Kinderkrankheiten
	42	Laboratoriumsdiagnostik
	59	Lungenkrankheiten
	138	Nerven- und Gemütskrankheiten
	9	Neurochirurgie
	75	Orthopädie
	80	Röntgenologie
	45	Urologie und
	4	auf verschiedenen Gebieten

für das ganze Bundesgebiet 1961 1944 Facharztanerkennungen.

Wir haben z. Z. 16 Facharztbezeichnungen, und ich kann Ihnen schon jetzt darüber berichten, daß wir gerade auf dem Gebiete der Weiterbildung zum Facharzt vor einer ganzen Reihe schwierigster Aufgaben stehen. Vor allem deshalb, weil die Art der Weiterbildung umstritten ist und weil über die Zahl der Fachgebiete immer wieder diskutiert wird, weil immer wieder neue Wünsche an uns herangetragen werden, neue Facharztbezeichnungen einzuführen und damit die Medizin in immer mehr Spezialgebiete aufzusplitteln. Über die Art der Weiterbildung werden wir uns noch lange und eingehend unterhalten müssen.

Die Facharztkommission der Bundesärztekammer tut das mit großer Fachkenntnis und mit großem Interesse. Es geht hier vor allem um zwei Dinge. Erstens einmal darum, ob man die Aufspaltung schon in der Ausbildung, in der Weiterbildung zum Facharzt, von Anfang an vornehmen soll, d. h., ob man jeden, der Facharzt werden will, vom 1. Tage an nur in seinem schmalen Fachgebiet ausbilden soll oder ob man diese Weiterbildung zunächst einmal in den Mutterfächern der inneren Krankheiten und Chirurgie durchführen sollte, um dann, wenn sich der Einzelne in dieser Mutterfächern entsprechend weitergebildet hat, auf ein Spezialgebiet überzugehen. Das ist eine außerordentlich schwierige Frage; denn auf der einen Seite ist natürlich der Wunsch eines jeden Kollegen, so schnell wie möglich in sein gewünschtes Fachgebiet einzudringen, andererseits hat diese Aufspaltung in der Weiterbildung von Anfang an natürlich die große Gefahr, daß der einzelne

Facharzt überhaupt keinen Überblick mehr über das Gebiet hat, dem sein Spezialfach angehört; ich selber neige dazu, man sollte in allen Fächern, die aus dem Mutterfach der Inneren Medizin und der Chirurgie hervorgegangen sind und praktisch heute noch in diesem Mutterfach stehen, zunächst einmal darin eine breite Ausbildung geben und dann erst die weitere Spezialisierung zulassen. Ich bin mir darüber klar, daß das u. U. mit einer Verlängerung der Weiterbildungszeit verbunden sein muß, aber wir werden trotzdem diese Überlegungen ernsthaft anstellen müssen; denn ich kann mir nicht vorstellen, daß es richtig sein kann, sich auf einem schmalen Fachgebiet von Beginn der Berufstätigkeit an auszubilden, ohne das Gesamtgebiet wenigstens des Mutterfaches zu überblicken und einigermaßen auch zu beherrschen. Was die Zahl der Fachgebiete anbetrifft, es vergeht — nun, ich will nicht sagen — kaum ein Monat, aber es vergeht kaum ein Jahr, in dem nicht mehrere Anträge auf Schaffung neuer Facharztbezeichnungen bei uns eingereicht werden, seien es nun die Magen-Darm-Krankheiten, seien es Herzkrankheiten, Arbeitsmedizin und alle möglichen Gebiete. Die Kinderchirurgie möchte getrennt werden von der Erwachsenen-Chirurgie. Ich selber habe mich in meiner Eigenschaft als Vorsitzender der Facharztkonferenz der Bundesärztekammer gegen die Einführung neuer Facharztbezeichnungen gewehrt und die Kollegen dieser Konferenz sind mir hier gefolgt. Wir haben bisher keine neuen Facharztbezeichnungen zugelassen und beabsichtigen auch nicht, es zu tun. Wir werden aber trotzdem in gewisser Hinsicht Entwicklungen Rechnung tragen müssen, die nun einmal vorhanden sind, und ich glaube, es könnte hier ein Ausweg dadurch gefunden werden, daß man doch daran denkt, in dem Sinne, wie ich es vorhin für die Weiterbildung sagte, in der Bezeichnung einige Zusatzbezeichnungen einzuführen, also gewissermaßen Untertitel; der Facharzt für Innere Krankheiten, der sich auf dem Gebiete der Magen-Darm-Krankheiten betätigen will und sich auch besonders noch über seine allgemeine internistische Ausbildung hinaus Erfahrungen erworben hat, könnte dann eben die Bezeichnung führen „Facharzt für Innere Krankheiten“ mit dem Untertitel „speziell Erkrankungen des Magens — Darms“ oder „Erkrankungen des Herzens“. Das sind Überlegungen, die angestellt werden. Man hat z. B. in der Schweiz mit solchen Untertiteln recht gute Erfahrungen gemacht. Ich darf als Beispiel anführen, daß mein eigenes kleines und sich völlig wandelndes Fachgebiet der Lungenkrankheiten in der Schweiz unter der Bezeichnung „Facharzt für Innere Medizin, speziell Lungenkrankheiten“ läuft.

Probleme der europäischen Gemeinschaft

Gerade hier muß ich nämlich auf eines hinweisen. Wir stehen in der entscheidenden Phase der Entwicklung zur europäischen Gemeinschaft. Die römischen Verträge, die Grundlage der europäischen Wirtschaftsgemeinschaft, enthalten nicht nur Bestimmungen über wirtschaftliche Dinge, sondern sie enthalten auch sehr einschneidende Bestimmungen über die Freizügigkeit der Dienstleistungen, über die Freizügigkeit der freien Berufe, der Ärzte, der Architekten und wie sie nun alle heißen. Die Bestimmungen der römischen Verträge legen uns die Verpflichtung auf, nun dafür zu sorgen, daß die ärztliche Ausbildung

vor der Approbation, aber auch die ärztliche Weiterbildung nach der Approbation und die Bestimmungen über die ärztliche Berufsausbildung und Berufsausübung, Kassenwesen usw. soweit wie möglich in den Staaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft einander angeglichen werden. Die ärztlichen Organisationen der EWG haben deshalb einen ständigen Ausschuß gebildet, der sich seit mehreren Jahren mit diesen außerordentlich schwierigen Fragen der Angleichung innerhalb der EWG beschäftigt. Wir sind dann dazu übergegangen, Ausschüsse für die verschiedenen Gebiete zu bilden. Ich selber gehöre als Vertreter der deutschen Landesvertretung dem Unterausschuß für ärztliche Ausbildung und Facharztfragen an, und ich kann Ihnen nur sagen, daß es nicht leicht sein wird, einigermaßen brauchbare Übereinstimmung zu erzielen; denn während wir z. B. 16 Facharztbezeichnungen haben, sind es in Italien etwa 25, die Franzosen haben als anderes Beispiel überhaupt keinen Facharzt für Innere Medizin, sondern sie kennen einen Kardiologen, einen Rheumatologen usw., und wir sehen noch nicht ganz, auf welchem Wege wir uns eigentlich treffen können. Wir sind von uns aus der Meinung, daß wir auf keinen Fall die Inflation der Facharztbezeichnungen, wie sie etwa Italien hat, mitmachen können; auf der anderen Seite werden aber auch die anderen nicht bereit sein, in allen Punkten unsere Facharztordnung zu übernehmen. Es wird also hier noch einige Schwierigkeiten geben, und gerade deswegen unterstreiche ich das so sehr, gerade hier würde ich einen guten Ausweg darin sehen, wenn man etwa zum Facharzt für Innere Medizin einige Zusatzbezeichnungen schafft, Magen-Darm-Krankheiten, Kardiologie und Lungenkrankheiten, um drei zu nennen, weil dadurch wahrscheinlich eine Kompromißlösung innerhalb der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft am ehesten gefunden werden kann. Geeinigt haben wir uns bisher über die ärztliche Ausbildung bis zur Approbation, und zwar auch auf eigentlich dem einfachsten und dem sinnvollsten Wege, indem wir nach eingehender Überprüfung der Art und Weise der ärztlichen Ausbildung innerhalb der 6 Länder zu dem Ergebnis gekommen sind, daß einer dem andern bestätigt, daß der Wert seiner ärztlichen Ausbildung dem des anderen entspricht, daß es also nicht notwendig ist, zu einer Uniformierung der ärztlichen Ausbildung innerhalb der 6 Länder zu kommen.

Facharztprüfung?

Einfach werden wir es allerdings bei der Weiterbildung zum Facharzt nicht haben. Hier kommt dann noch eine weitere Frage hinzu, nämlich die nach der Art der Qualifizierung. Wie soll man denn die Anerkennung bekommen? Nach unseren Anschauungen und dem derzeit geltenden Recht ist es so, daß der Bewerber selbst keinen persönlichen Nachweis über seine Qualifizierung zum Facharzt erbringen muß. Er muß die Zeugnisse seiner Lehrer beibringen, und die Lehrer müssen im Zeugnis zum Ausdruck bringen, ob sie diesen Bewerber für qualifiziert halten oder nicht. Bei ihm, beim Lehrer, liegt also im Augenblick die Entscheidung darüber, ob er diese Qualifizierung bejaht oder ob er sie nicht bejahen kann. Wenn ich mir aber immer wieder in Erinnerung rufe, daß der Chef einer großen Klinik mir einmal erklärt hat: „Ja, Herr Präsident, wie stellen Sie sich denn das vor, ich habe fast 50 Assistenten, die kenne ich ja gar nicht so

genau. Wenn da einer kommt und sagt: Herr Professor, ich möchte gerne mein Zeugnis für die Facharzt-Anerkennung, dann kann ich es ja gar nicht verweigern; denn ich könnte ihm gar nicht beweisen, daß er nichts kann; denn ich kenne ihn ja gar nicht. Ich kann nicht 50 Assistenten so genau kennen.“ Das ist nicht überall so, Gott sei Dank! Aber daß es teilweise so ist, das wissen wir, und das macht uns außerordentlich Sorge. Deswegen wird natürlich die Frage, ob es nicht doch dem Bewerber selbst zugeschoben werden sollte, seine Qualifizierung zu beweisen, immer wieder gestellt unter der Überschrift „Facharztprüfung“ — ein heißes Eisen unserer Berufspolitik. Ich bin froh, daß wir noch nicht mitten in diese Diskussion eingestiegen sind, denn ich glaube, die Entwicklung muß erst noch weitergehen, und ich könnte mir auch durchaus vorstellen, daß es einen Mittelweg gibt. Aber eines sagen uns natürlich auch einige unserer Partner auf der internationalen Ebene: „So, wie ihr's jetzt macht, könnt ihr's natürlich in eurem Lande machen, das geht uns nichts an; aber ihr dürft nicht erwarten, daß wir solchermaßen ausgesprochene Facharztanerkennungen auch in unserem Lande anerkennen.“ Wir werden also auch mit dieser Frage uns außerordentlich eingehend in den kommenden Jahren zu beschäftigen haben, wobei ich der Meinung bin, man sollte nichts überstürzen, sondern sich diese Dinge wirklich eingehend überlegen, bevor man Entscheidungen trifft.

Weiterbildungsstätten

Ein großes Problem ist ja für uns in diesem Zusammenhang auch immer die Frage der Anerkennung von Ärzten als Weiterbilder von Fachärzten, also die Anerkennung von Krankenhäusern und deren Chefärzten als Weiterbildungsstätten und der Chefärzte als Weiterbilder. Jeder Kollege möchte — ich habe volles Verständnis für diesen Wunsch — natürlich anerkannt werden, schon, um Assistenten zu bekommen. Auch die Landräte kommen, die Bürgermeister kommen, Landtagsabgeordnete kommen, und alle haben den gleichen Wunsch, ihr Krankenhaus als Ausbildungsstätte anerkannt zu bekommen. Ich stehe dann immer wieder vor der harten Notwendigkeit, zu betonen, daß die Frage, ob ein Chefarzt als Weiterbilder geeignet ist, keine Frage der Beschaffung von Arbeitskräften sein kann, sondern nach wie vor eine Frage der Weiterbildung unseres Nachwuchses ist und deshalb also auch nicht aus der Sicht des Arbeitskräftemangels gesehen werden darf, so sehr wir dafür Verständnis haben. Auch aus diesen Gründen drängt sich natürlich immer mehr die Frage auf, ob man die Qualifizierung nicht dem Bewerber selber zuschieben sollte; denn wenn ein Kollege im Augenblick, da er den Antrag stellt, dann selber nachweisen muß, daß er die Fähigkeiten besitzt für dieses Fachgebiet, dann tritt die Frage, wo er seine Fähigkeiten erworben hat, natürlich etwas in den Hintergrund und es wäre dann nicht mehr so schwierig, hier großzügiger zu sein. Jedenfalls bitte ich Sie, wenn man an Sie herantritt, doch immer wieder daran zu denken, daß die Anerkennung als Weiterbildungsstätte primär immer eine Frage der Weiterbildung sein muß und mit dem teilweise drängenden Problem des Mangels an Arbeitskräften an angestellten Ärzten nicht verbunden werden sollte, oder wenigstens nicht so sehr verbunden werden sollte, daß das letztere vordergründig wird.

Berufs- und Facharztordnung — Fürsorgefragen

Auch die Frage, wieweit die Facharztordnung als Rechtsnorm für den einzelnen Facharzt gilt, tritt immer wieder an uns heran in den verschiedensten Zusammenhängen, und es gibt immer wieder Gelegenheiten, wo der eine oder andere glaubt, für seinen Fall oder für seine besonderen Verhältnisse gelte die Facharztordnung eben nicht, und wir müssen dann hier immer wieder klarstellen, daß die Bestimmungen der Berufs- und Facharztordnung allgemeine Bestimmungen sind und daß die Ausnahmen in der Facharztordnung geregelt sind. Es heißt in unserer Berufsordnung, die Fachärzte müssen sich grundsätzlich auf das Fach beschränken, dessen Facharztbezeichnung sie führen und dürfen eine allgemeinärztliche oder allgemein vertrauensärztliche Tätigkeit nicht ausüben. Ausnahmeregelungen für ärztlichen Bereitschaftsdienst und ehrenamtliche Tätigkeit sind zulässig. Das kann aber nur im engsten Rahmen ausgelegt werden; darüber dürfte wohl kein Zweifel bestehen. Es heißt weiter in der Berufsordnung, der Facharzt darf seine Praxis nicht zu einer allgemeinen hausärztlichen Tätigkeit entwickeln. Er darf die Familien nicht ihrem Hausarzt entfremden. Und ich glaube, diese beiden Bestimmungen unserer Berufsordnung, die kann man nicht oft genug in Erinnerung rufen, wobei ich allerdings hinzufügen möchte, daß im großen und ganzen gesehen die Fachärzte diese Bestimmungen anerkennen und sich an sie halten. Gerade in unserem Lande Bayern hat ja das Bayer. Verfassungsgericht sich bereits in zwei Fällen mit dieser Grundsatzfrage beschäftigt und hat in jedem dieser Fälle diese Grundsätze der Facharztordnung ganz klar nicht nur bestätigt, sondern sogar unterstrichen. Wer jemals diese beiden Urteile in ihrer Begründung gelesen hat, der sieht daran, daß sich die Verfassungsrichter keineswegs damit begnügen haben, etwa nur zu sagen, diese Bestimmungen verstoßen nicht gegen die Bayer. Verfassung, sondern sie haben von sich aus in einer außerordentlich überzeugenden Form dargestellt, daß diese Ordnung auch im Interesse der Bevölkerung liegt, und daß demnach diese Bestimmungen der Facharztordnung nicht nur verfassungskonform, sondern auch sinnvoll und notwendig sind.

Der Vorstand unserer Kammer hatte sich auch mit dieser Frage beschäftigt, im Zusammenhang mit den anlaufenden Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz; denn nachdem im Gesetz im Jugendarbeitsschutzgesetz steht, der Jugendliche darf den Lehrplatz nur antreten, wenn er durch einen Arzt untersucht ist, wurde daraus teilweise der Schluß gezogen, das würde nun eine Aushöhlung oder eine Aufhebung der Facharztordnung auf diesem Gebiete bedeuten, und der Vorstand hat dann einen Beschluß gefaßt, der auch veröffentlicht wurde und den ich hiermit nochmals in Erinnerung rufe. Er lautet: „Es sind Unklarheiten darüber aufgetreten, welche Ärzte für die Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz zuständig sind. Der Vorstand der Bayer. Landesärztekammer weist darauf hin, daß es sich bei diesen Untersuchungen um eine allgemeinärztliche Tätigkeit im Sinne des § 34 Abs. 2 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns handelt. Ergänzungsuntersuchungen, welche nach § 4 der Rechtsverordnung des Bundesarbeitsministers vorgesehen sind, können durch Fachärzte im Rahmen ihres Fachgebietes ausgeführt werden.“ Mit dieser Rechts-

frage hat sich dann dankenswerterweise auch noch der Kommentator des Handbuches, Herr Regierungsdirektor Weissauer, beschäftigt und in einem überzeugenden Rechtsgutachten dargelegt, daß dieser Beschluß des Vorstandes der Bayer. Landesärztekammer in vollem Umfange mit Sinn und Inhalt der Facharztordnung übereinstimmt. Ich möchte aber hier sehr dankbar anerkennen, daß bei den bisher abgerechneten über 35 000 Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz in dieser Hinsicht überhaupt keine nennenswerten Schwierigkeiten mit Fachärzten in Bayern aufgetreten sind. Der Hinweis hat vollkommen genügt, es sind nur drei oder vier Fälle gewesen, wo Kollegen eine Untersuchung gemacht haben und auf den Hinweis, daß sie auf Grund ihrer Facharztbezeichnung dafür nicht zuständig seien, haben sie ohne weiteres Verständnis gezeigt. Das hat mich außerordentlich gefreut. Die Fachärzte in Bayern haben damit anerkannt, daß die Vorsorgeuntersuchung eine echte allgemeinärztliche Aufgabe ist und damit in die Hand des Allgemeinarztes gehört und nicht in die Hand des Facharztes. Auch hier muß eben das Zusammenspiel zwischen Allgemeinarzt und Facharzt in den Vordergrund gestellt werden. Der Facharzt hat seine speziellen Aufgaben und er wird sie um so ungestörter erfüllen können, je weniger er dem Allgemeinarzt in seine Gebiete eindringt, die nun einmal ihrer Natur nach nur dem Allgemeinarzt vorbehalten sein können.

Wir haben uns auch mit einer anderen Frage beschäftigten müssen, und zwar aus einer Reihe von aktuellen Streitfällen heraus, nämlich mit der Frage, ob die Bestimmungen der Facharztordnung, die ich Ihnen vorgelesen habe, auch gelten für den hauptamtlichen Arzt im Krankenhaus. Zusammen mit meinen Mitarbeitern in der Geschäftsführung der Kammer, den ärztlichen und dem juristischen, haben wir eingehende Überlegungen angestellt, wir haben uns auch ganz gründlich besprochen mit Herrn Ministerialrat Knies von der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums und sind zu folgenden Ergebnissen gekommen, die dem Vorstand der Kammer in einer formulierten Form vorgelegt werden sollen. Wir kamen zu dem Ergebnis, daß Krankenhausärzte, welche eine Facharztbezeichnung führen, wie jeder andere Arzt verpflichtet sind, sich auf das betreffende Fachgebiet zu beschränken; das ist das Allgemeine. Wir haben uns weiter vorgestellt, daß, soweit Krankenhaussträger nicht bereit sind, weitere Fachärzte im Krankenhaus tätig werden zu lassen, sondern vom Chefarzt ärztliche Tätigkeit auf weiteren Fachgebieten verlangen, vom Chefarzt dann verlangt werden muß, daß er auf die Führung der Facharztbezeichnung verzichtet und sich lediglich als Krankenhausarzt oder als leitender Arzt des Krankenhauses bezeichnet. Die Facharztbezeichnung darf dann auch nicht etwa auf einem Stempel geführt werden, der in der Schublade liegt für besondere Zwecke, sondern wenn der Arzt eben auf allen Gebieten tätig sein will oder muß, dann ist es eben nicht möglich, daß er die Facharztbezeichnung führt. Wir sind aber der Auffassung, daß man allerdings hier irgendwo eine Zäsur machen muß, d. h. wenn solche Vertragsverhältnisse länger bestehen als die Facharztordnung in Kraft gesetzt wurde, also wenn sie schon vor 1950 entstanden sind, dann sollte man in diesen Fällen von berufsaufsichtlichen Maßnahmen absehen. Und wir sind weiterhin zu dem Er-

gebnis gekommen, daß, wenn ein Krankenhausträger — und das ist im Augenblick die aktuellere Frage — von sich aus den Wunsch und Willen hat, in seinem Hause neue Fachärzte zuzulassen, daß sich dann der Krankenhauschefarzt, etwa der Chirurg, der in seinem Dienstvertrag stehen hat, er sei berechtigt, alle Kranken zu behandeln, nicht auf diesen Dienstvertrag, auf diesen Privatvertrag, zurückziehen kann, weil das Berufsrecht als höhere Norm diesem Privatrecht vorgeht. Das sind zunächst die Ergebnisse unserer Beratungen. Ich sagte schon, der Vorstand der Bayer. Landesärztekammer wird sich voraussichtlich in seiner nächsten Sitzung noch beschlußmäßig und offiziell mit dieser Frage zu beschäftigen haben. Eine weitere Aufgabe, der wir uns sehr widmen und die uns außerordentlich am Herzen liegt, ist die Fürsorge für alte und berufsunfähige Kollegen und die Hinterbliebenen von Ärzten. Dabei obliegt uns, wie Sie ja wissen, im wesentlichen die Sorge für diejenigen, welche von keiner Seite etwas bekommen, welche also infolge der besonderen Umstände weder Mitglieder der Ärzteversorgung sind, noch vom Sozialwerk der Kassenärztlichen Vereinigung etwas zu erwarten haben. Es sind derzeit im überwiegenden Teil alte Arztwitwen, die wir mit bescheidenen Summen betreuen. Im Lauf der nächsten Jahre werden noch eine Reihe von Kollegen auf uns zukommen, die infolge ihres hohen Alters keine Kassenärzte mehr sind, die aber auch nicht mehr Mitglieder der Ärzteversorgung sind. Wir haben eine Umfrage bei 315 Ärzten in Bayern gemacht, von denen wir annehmen mußten, daß sie von den genannten Seiten nichts zu erwarten haben. 110 von diesen haben uns mitgeteilt, daß sie auf eine Unterstützung durch die Kammer angewiesen wären. Das ist natürlich keine ganz leichte Aufgabe, denn wenn wir unseren Unterstützungsfonds, unser Fürsorgewerk, das bisher infolge der beschränkten Mittel im wesentlichen kleinere Unterstützungen an Arztwitwen geben konnte, nunmehr so ausbauen müssen, daß auch noch diese 110 Ärzte mitversorgt werden können, wenn sie einmal alt und berufsunfähig sind, dann müssen uns dafür erheblich mehr Mittel zur Verfügung gestellt werden. Über die laufenden Unterstützungsmaßnahmen wird anschließend Herr Kollege Dörfler als Vorsitzender des Fürsorgeausschusses noch einen kurzen Bericht abstellen. Ihnen wird heute im Rahmen der Haushaltberatungen ein Antrag vorgelegt werden, einen Teil der Vermögensteile der Kammer auf den Fürsorgefonds zu übertragen, um ihn kräftiger zu machen und um ihm die Möglichkeit besseren Wirkens zu geben. Ich möchte Ihnen schon jetzt diesen Antrag ganz besonders ans Herz legen. Wir werden darüber im Rahmen der Haushaltberatungen ja noch zu sprechen haben.

Arbeit der Ausschüsse — Fortbildung

Die von uns eingesetzten und von Ihnen gewählten Ausschüsse haben je nach Bedarf getagt und haben dabei, wie ich glaube, wertvolle Arbeit geleistet. So befaßte sich der Ausschuß für angestellte Ärzte mit Auswirkungen des BAT, mit der Entlimitierung, mit der Durchführung der Berufsordnung und mit dem Hochschullehrergesetz. Er arbeitete ernsthaft über Probleme, die die Gesamtärzteschaft betreffen, über die Studienreform, über die Hochschulreform, über die Krankenhausneuordnung und besonders intensiv auch über die Probleme der Bayer. Ärzteversor-

gung. Ich darf den Mitgliedern des Ausschusses sehr danken! Der Herr Vorsitzende dieses Ausschusses wird dann ebenfalls noch selbst einen Kurzbericht hier erstatten. Gerade das letztere nämlich, die Arbeit für die Bayer. Ärzteversorgung, möchte ich unterstreichen; denn hier sind wir ja unseren jungen Kollegen, die in der Kammer mitarbeiten, dankbar, daß sie bei ihren Kollegen in den Krankenhäusern immer wieder von neuem das Verständnis für unsere Standesversorgung geweckt haben und auf diese Weise erreicht haben, daß eben in Bayern wirklich alles, vom jüngsten Medizinalassistenten angefangen, Mitglied unserer Standesversorgung geworden ist. Im Mittelpunkt der Sorge des Ausschusses für ärztliche Nachwuchsfragen und Studienreform stand weiterhin der übermäßige Zustrom zum Medizinstudium, ein Thema, das uns ja immer wieder beschäftigt. Der Vorsitzende dieses Ausschusses wird Ihnen noch einen kurzen Bericht geben. Dem Krankenhausausschuß habe ich herzlich zu danken für seine guten Beratungen in Fragen der Reform des Krankenhauswesens, die für mich bei der Vorbereitung meines großen Referates beim Deutschen Ärztetag in Wiesbaden außerordentlich wertvoll waren und die mir sehr gute Anregungen gegeben haben. Außerordentlich fruchtbare und fleißige Arbeit wurde geleistet auf dem Gebiete der ärztlichen Fortbildung. Ich möchte hier einmal ganz besonders die Arbeit und das Wirken eines Mannes würdigen, der ja geradezu zum Sinnbild der Fortbildung, zum Motor der ärztlichen Fortbildung geworden ist, nämlich unseres Kollegen Prof. Schretzenmayr aus Augsburg. Er kann heute leider auch wegen Fortbildungsverpflichtungen nicht in unserer Mitte sein. Was Schretzenmayr im Laufe der Jahre für die Fortbildung der deutschen Ärzte geleistet hat, das wird man nur auf einem Ruhmesblatt niederschreiben können; denn das ist mehr, viel mehr, als man von einem Kollegen erwarten kann. Es zeigt, daß dieser Kollege Schretzenmayr es eben nicht nur übernommen hat, ein Amt auszufüllen, das Amt des Vorsitzenden des Senats für ärztliche Fortbildung, sondern daß er, ich möchte fast sagen, mit jeder Faser seiner Persönlichkeit Fortbilder ist und sich wirklich voll dieser Aufgabe widmet. Wir in Bayern sind ja in der glücklichen Lage, über eine ganze Reihe vorzüglicher Fortbildungsveranstaltungen zu verfügen. Ich erinnere Sie an die zweimal im Jahr stattfindenden Augsburger Fortbildungstage, an die sehr guten Veranstaltungen in Regensburg und an den von uns veranstalteten Nürnberger Kurs, der jedes Jahr einen ganz enormen Besuch aufzuweisen hat. Es gibt aber auch kleinere Veranstaltungen mit ganz vorzüglichem Niveau, deren Durchführung in den Händen kleinerer Einheiten liegt. So möchte ich hier hervorheben den ärztlichen Fortbildungskurs in Bad Wiessee, auf dem jedes Jahr ein wirklich gutes Programm für die dort zusammenkommenden Kollegen geboten wird. Im übrigen wird die Fortbildung im kleinen Kreise, also im Bereich der Kreisverbände, dankenswerterweise gepflegt, und es beginnt sich auch etwas einzubürgern, was ich sehr begrüße, nämlich, daß mehrere Kreisverbände zusammen einmal im Monat, also in größeren Abständen, so eine Art Mittwoch-Nachmittag-Veranstaltung mit zwei oder drei Referenten halten. Hier darf ich besonders die bisher erfolgreichen Versuche auf diesem Gebiet erwähnen,

welche von den ärztlichen Kreisverbänden Rosenheim, Traunstein, Reichenhall und Laufen gemacht werden und die von den Kollegen sehr gut besucht sind.

Die klinische Fortbildung

Außerordentlich am Herzen liegt uns die klinische Fortbildung. Sie wissen ja, daß wir damit begonnen haben, den Kollegen in Bayern auch die Möglichkeit zu schaffen, eine Woche an einer Klinik zu sein und dort im Rahmen eines gestalteten Fortbildungsprogramms sich neues Wissen anzueignen, neue Erfahrungen kennenzulernen und sich auf ihrem Gebiet oder auf einem Gebiete, das sie besonders interessiert, zu bereichern. Wir haben eine meines Erachtens recht schöne Kollektion von solchen klinischen Kursen angeboten und es sind auch schon einige dieser Kurse durchgeführt worden. Ich kann Ihnen berichten, daß die Briefe, die uns die Kollegen, welche an solchen Kursen teilnahmen, geschrieben haben, voll sind von Begeisterung über das, was sie in dieser Woche erlebt, gelernt und gesehen haben, was sie in den Diskussionen mit dem Klinikleiter und seinen Mitarbeitern an neuen Dingen mit nach Hause nehmen konnten. Wer einmal an einer solchen klinischen Fortbildungswoche teilgenommen hat, der ist für sie gewonnen, der ist ein begeisterter Anhänger dieser Art der ärztlichen Fortbildung. Ich bin nur überrascht, daß das Interesse der Kollegen eigentlich, zahlenmäßig gesehen, gering ist. Obwohl wir doch nur mit einer Reihe von Kursen begonnen haben — erst neulich habe ich noch einmal das Programm an die Kollegen in Bayern verschickt — ist die Zahl der Anmeldungen trotzdem erstaunlich gering. Ich weiß nicht, woran es liegt; ich kann mir nicht denken, daß es nur daran liegt, daß man nicht einmal eine Woche von seiner Praxis weg könnte. Ich glaube, es müßte viel mehr Kollegen geben, die das einrichten können, und ich möchte noch einmal unterstreichen: Wer es je versucht hat, der wird sagen, diese Form der ärztlichen Fortbildung gehört dazu, die muß ausgebaut werden. Bitte, versuchen Sie doch, in Versammlungen der Ärztlichen Kreisverbände dafür zu werben und die Kollegen anzueifern, sich zu einem solchen Kurs zu melden.

Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung Landesgesundheitsrat

Der Kammer obliegt weiterhin die Federführung für die Arbeitsgemeinschaft für Krebs-erkennung und Krebsbekämpfung in Bayern. Ich darf Sie daran erinnern, daß dank der Initiative des Vorsitzenden des Bayer. Landesgesundheitsrates, des Herrn Kollegen Soenning, der Landesgesundheitsrat seinerzeit eine außerordentlich fruchtbare und sehr tiefgehende Diskussion über die Probleme der Krebserkennung und Krebsbekämpfung geführt hat. Dank unserem Wirken im Bayer. Landesgesundheitsrat ist es gelungen, die Errichtung von Krebsberatungsstellen in Bayern zu verhindern, obwohl eine Landtagsfraktion den ausdrücklichen Antrag stellte, solche Krebsberatungsstellen auch in Bayern zu errichten. Sie wurden nicht eingeführt, sondern wir haben die Arbeitsgemeinschaft zur Krebserkennung gegründet, an der alle irgendwie interessierten Körperschaften beteiligt sind. Die Federführung liegt bei der Bayer. Landesärztekammer. Der Vorsitzende dieser Arbeitsgemeinschaft ist der Präsident der Kammer, und es ist auf diese Weise auch möglich, das Gebiet der

Krebserkennung nach unseren ärztlichen Gesichtspunkten zu gestalten. Wir müssen uns allerdings dessen bewußt sein, daß wir damit eine außerordentlich verantwortungsvolle Aufgabe übernommen haben. Es genügt nicht, meine Herren Kollegen, einfach zu sagen, wir wollen keine Krebsberatungsstellen, die Leute müssen zu ihrem Arzt gehen, sondern dann muß der Arzt sich schon dieser übernommenen Aufgabe voll bewußt sein. Solange uns noch berichtet wird, daß Frauen mit höchst verdächtigen Krebs-symptomen trotzdem in der Sprechstunde des Arztes nicht so untersucht wurden, wie es sein müßte, solange ist die Gefahr für die Errichtung solcher Krebsberatungsstellen noch nicht überwunden. Das Gebiet muß von uns ausgefüllt werden, sonst wird eine Leere bleiben, und in diese Leere schiebt sich eben eines Tages dann doch die Beratungsstelle hinein.

Der Schwerpunkt unserer Arbeit lag im letzten Jahr weniger bei der Fortbildung der Ärzte auf diesem speziellen Gebiet, was ja sowieso im Rahmen der Fortbildungskurse stets betrieben wird, sondern wir haben uns jetzt hineingewagt in das etwas schwierige, aber doch dankbare Gebiet der Aufklärung der Bevölkerung. Wir sind uns darüber klar, daß man hier ganz grobe Fehler begehen kann; denn Aufklärung gegen den Krebs mit Marschmusik und Transparenten, wie das in Deutschland schon vorgekommen ist, scheint uns nicht ganz der richtige Weg zu sein.

Wir haben eine Reihe von sehr guten, kurz gefaßten Druckschriften herstellen lassen, die wir über die Versicherungsträger an die Bevölkerung, vor allem an die Frauen verteilen haben lassen. Wir haben den Kalender für die Frau jetzt neu gestaltet und werden ihn jetzt hinausgeben. Wir wollen also in einer vorsichtigen, aber doch sinnvollen Form versuchen, eine gewisse Aufklärung zu betreiben, die Menschen anzuregen, zum Arzt zu gehen. Ich bitte Sie hier um Ihre ständige Unterstützung. Gerade in diesem Zusammenhang möchte ich nun aber auch gleich ein Wort sagen zu unserer Arbeit im Bayerischen Landesgesundheitsrat. Er wird nächstes Jahr sein zehnjähriges Bestehen feiern können. Ich habe die Ehre, ihm seit seiner Gründung anzugehören, und er steht seit diesem Zeitpunkt unter der Leitung und dem Vorsitz unseres Kollegen Dr. Soenning. Dieses Gremium hat im Laufe dieser Jahre außerordentlich wertvolle Arbeit geleistet. Es hat sich mit sehr schwierigen Fragen der Gesundheitspolitik beschäftigt, und es war für uns Ärzte immer eine willkommene Gelegenheit, hier mit Nichtärzten über solche Probleme der Gesundheitspolitik und des Gesundheitswesens diskutieren zu können. Ich glaube, die Plattform des Landesgesundheitsrates hat uns unendlich viele Gelegenheiten geboten, Verständnis für ärztliche Gesichtspunkte, ärztliches Denken zu finden, wobei wir, glaube ich wenigstens, die Mitglieder davon überzeugen konnten, daß, wenn wir nicht immer gleich zu allem ja sagen, was so in den Gehirnen mancher Leute geboren wird, dabei nicht das materielle ärztliche Denken im Vordergrund steht, sondern, weiß Gott, die Sorge um den Patienten.

Das scheint mir ein besonders gutes Ergebnis der Arbeit im Bayerischen Landesgesundheitsrat zu sein. Dem Herrn Kollegen Soenning darf ich von Herzen danken für die vertrauensvolle Zusammenarbeit, die sich dabei entwickelt hat.

Die Entwicklung der Bayer. Ärzteversorgung

Besondere Aufmerksamkeit galt auch wieder unserer Landesversorgung, der Bayerischen Ärzteversorgung. Die Mitgliederzahl liegt jetzt bei rund 19 000. Ich sagte vorhin schon, daß es uns gelungen ist, dank der Aufgeschlossenheit unserer jungen Kollegen, alle zusammenzubringen, vom jüngsten Medizinalassistenten angefangen, und daß wir auf diese Weise eine starke Einrichtung geworden sind, die wirklich in der Lage ist, für die Kollegen etwas zu leisten. Ich sehe es an dem Wandel in der Beurteilung dieser Einrichtung, wie sehr sich auch das Wissen um den Wert dieser Versorgungseinrichtung bei den Kollegen immer mehr durchsetzt. Die Zahl der Ruhgeldempfänger ist nach der letzten Zahl, die ich habe — sie hat sich sicherlich inzwischen um einiges verschoben —, bei 1356, die Zahl der Witwen bei 2804 — auch die Zahl dürfte sich inzwischen schon wieder etwas geändert haben —, aber ungefähr gibt sie Ihnen die Größenordnung an. Die Zahl der Waisen liegt knapp unter 1000. Ich darf Sie vielleicht daran erinnern, daß ich Ihnen vor sieben Jahren in Passau meine ersten Verbesserungsvorschläge für die Bayer. Ärzteversorgung unterbreitet habe. In der Zwischenzeit ist unendlich viel geschehen. Ich möchte Sie daran erinnern, daß der Steigerungssatz für die Beiträge, die wir einzahlen, damals bei knapp 14% lag und heute auf 20% angestiegen ist. Daß wir gleichzeitig Bestimmungen schaffen konnten für eine umfassende und geradezu mustergültige Absicherung der Frühinvalidität, der Frühberufsunfähigkeit, daß wir die Sätze für Kinder, für Waisen erhöht haben und daß wir auch die Situation der alten Kollegen verbessern konnten. Wir haben ja noch einmal eine Sonderaktion für ältere Kollegen ermöglicht, die wir unter einmalig günstigen Bedingungen aufnahmen. Es wurde auch ein zusätzliches Sterbegeld zu Bedingungen eingeführt, die sonst niemand anbieten kann. Ich möchte also glauben, daß es uns in diesen Jahren, seit wir das letzte Mal in Passau beisammen gewesen sind, doch gelungen ist, auf diesem Gebiete allerhand zu erreichen. Wir werden auch weiterhin bemüht sein, die Leistungen auszubauen. Dabei möchte ich aber eines wieder ganz klar herausstellen: Über all unserer Arbeit an der Bayer. Ärzteversorgung muß der Grundsatz stehen, daß nicht der Beifall von heute, sondern die Verantwortung vor denen, die nach uns kommen, im Vordergrund stehen muß. Es ist einfach, ein Versorgungswerk hinzustellen für diejenigen, die man gerade um sich hat — Ich möchte es einmal aus dem Politischen heraus sagen —, für die Wähler innerhalb der Ärzteschaft ist das ganz einfach, meine Herren Kollegen! Aber es so zu gestalten, daß sowohl uns gedient ist, als auch vor den Kommenden verantwortet werden kann, das ist der Inhalt unserer Arbeit in der Bayer. Ärzteversorgung. Hier muß in Zeiträumen gedacht werden, die über Jahrzehnte gehen, auch wenn wir wissen, daß im Laufe der politischen Entwicklung einmal Ereignisse eintreten könnten, die unsere Arbeit zunichte machen.

Ich habe schon betont, daß wir uns gerade auf dem Gebiete der Absicherung der Frühberufsunfähigkeit sehr viel Mühe gemacht haben. Die Bestimmungen, wie sie jetzt gelten, sind so, daß für die ersten 15 Jahre der Mitgliedschaft 50% des durchschnittlich verdienten Einkommens, mindestens 3000 DM, höchstens 6000 DM Rente bezahlt werden. Das ist eine außer-

ordentlich günstige Bestimmung. Sie hat schon manchem, der von dem Unglück der Frühberufsunfähigkeit betroffen wurde, sehr große Hilfe geleistet. Es kommen zu diesen Sätzen noch die Kinderzuschläge hinzu. Das sind also Bedingungen, mit denen wir m. E. musterhaft sind. Das Kindergeld haben wir inzwischen von 480 DM auf 600 DM, das Waisengeld auf einen Mindestsatz von 600 DM erhöht. Dann sind wir den Zahnärzten sehr entgegengekommen. Die sog. Neuzahnärzte, die früheren Dentisten, hatten z. T. Mindestrenten aus ihrer früher eigenständigen Versorgung heraus, die einfach nicht mehr verantwortet werden konnten; sie lagen z. T. so, daß Kollegen oder Witwen 30, 50, 60 DM bekamen. Wir haben es inzwischen auf uns genommen, diese Gruppe der Neuzahnärzte den übrigen Mitgliedern der Ärzteversorgung anzugleichen, was zwar eine gewisse Belastung für uns bedeutet, aber notwendig war im Sinne der Solidarität dieser Gemeinschaft, wie sie hier beisammen ist. Leider hat uns das Bayerische Wirtschaftsministerium als Aufsichtsbehörde einen Beschluß abgelehnt, nämlich den, den Zuschlag von 20% auf 22% zu erhöhen. Nun, wir haben uns natürlich mit der Begründung dieser Ablehnung eingehend beschäftigt und wir kamen zu dem Ergebnis, daß sie formalrechtlich nicht anfechtbar ist, weil einige Voraussetzungen noch erfüllt werden müssen. Wir haben sie deshalb als Ablehnung rechtskräftig werden lassen, sind aber bereits wieder damit beschäftigt, die Voraussetzungen zu schaffen, um zu gegebener Zeit diesen Beschluß neuerdings fassen zu können. Wir werden also nicht etwa resignieren, sondern auch hier bemüht bleiben, diese weitere Verbesserung durchzusetzen, weil wir davon überzeugt sind, daß sie durchsetzbar und auch tragbar ist; denn die ganze Geldpolitik, welche wir im Rahmen der Ärzteversorgung betreiben, ist so außerordentlich gut, daß wir uns derartige Verbesserungen leisten können. Ich bitte Sie also, nicht etwa zu glauben, daß diese Sache erledigt ist. Es wird die Aufgabe der nächsten Zukunft sein, hier neue Voraussetzungen zu schaffen.

Um die Mitgliedschaft der Pfälzer Kollegen

Etwas sehr Bedauerliches muß ich Ihnen mitteilen, wir haben die Sorge, unsere Kollegen aus der ehemaligen bayerischen Pfalz als Mitglieder unserer Bayerischen Ärzteversorgung zu verlieren. Es hat ein pfälzischer Kollege, der glaubte, damit einen besonders tapferen Akt zu setzen, beim pfälzischen Verfassungsgericht einen Prozeß angestrebt, in dem er darlegte, daß er als Bürger des Landes Rheinland-Pfalz nicht verpflichtet werden könnte, einer — fast hätte ich gesagt ausländischen — Versorgungseinrichtung als Pflichtmitglied anzugehören. Er hat diesen Prozeß, was formalrechtlich durchaus zu erwarten war, auch in der 1. und 2. Instanz gewonnen. Und nun ist das eingetreten, was eben manchmal eintritt, wenn einer glaubt, er müsse einen Rechtsstandpunkt durchsetzen. Die Pfälzer Kollegen, die Ärzte, die Zahnärzte, die Tierärzte sind in heller Verzweiflung und Aufregung; denn sie wollen bei uns bleiben, sie wissen, daß sie bei uns gut aufgehoben sind und nur dadurch, daß der eine sich eingebildet hat, seinen Kopf durchsetzen zu müssen, nur deswegen müssen sie vielleicht jetzt ausscheiden, es sei denn, die rheinland-pfälzische Regierung ist bereit, die formalrechtlichen Mängel zu heilen und dadurch das Verbleiben dieser Kollegen bei uns zu ermöglichen. Der Weg

müßte wahrscheinlich über einen Staatsvertrag gehen. Ob das aus politischen Gründen für das Land Rheinland-Pfalz tragbar ist, wissen wir nicht; denn dieses Land ist ja eine Nachkriegsschöpfung und setzt sich zusammen aus Teilen des früheren Landes Preußen, jetzt Nord-Rhein, aus Hessen, aus Bayern und hat natürlich auch heute noch keine recht festgefügte Grundlage. Es strebt alles etwas auseinander, so daß also die pfälzische Landesregierung recht ungern wohl sich entschließen wird, zu sagen, auf diesem Sektor Ärzteversorgung wollen wir unsere rheinland-pfälzischen Staatsbürger, die Ärzte, die Zahnärzte, die Tierärzte, weiterhin bei Bayern belassen. Aber ich darf Ihnen sagen, die Kollegen aus der Pfalz kommen immer wieder zu uns und beraten sich mit uns. Der Herr Hönig und der Herr Vizepräsident der Versicherungskammer, Dr. Regensburger, waren schon wiederholt dort, weil man sie gerufen und um Rat gebeten hat. Ich muß Ihnen gestehen, ich habe keine allzu große Hoffnung, daß es uns gelingen wird, diese seit Gründung der Bayer. Ärzteversorgung bestehende Gemeinschaft mit den Kollegen der Pfalz zu erhalten. Ich möchte für uns sagen, daß die Leistungsfähigkeit der Anstalt durch das Ausscheiden der pfälzischen Kollegen nicht beeinträchtigt werden wird, denn unsere Zahl ist nach wie vor sehr groß. Die Leidtragenden sind die pfälzischen Kollegen, die sich sehr hart tun werden, die gleichen Leistungen zu erbringen, wie wir sie bieten können.

Leistungsverbesserung — Erhöhtes Sterbegeld

Was mich wundert, ist, daß von der Möglichkeit, das erhöhte Sterbegeld mit 10 000 Mark zu bekommen, eigentlich gar nicht allzu viele Kollegen Gebrauch gemacht haben. Ich würde Sie doch bitten, in den Versammlungen, das noch einmal in Erinnerung zu bringen. Sie werden bei keiner Versicherungsgesellschaft auch nicht annähernd zu den gleich guten Bedingungen ein Sterbegeld von 10 000 Mark abschließen können wie bei der Bayerischen Ärzteversorgung. Es scheint aber wieder einmal daran zu liegen, daß die Kollegen halt so ungern das lesen was aus dem ärztlichen Bereich kommt und dann eben gar nicht wissen, daß es so was gibt. Im „Bayerischen Ärzteblatt“ wird keine Nummer herausgegeben, in der nicht irgendeine Werbung für die Ärzteversorgung enthalten ist. Das einzige, was wir nicht tun können, ist, daß wir dem einzelnen Kollegen auch noch zu Hause unser „Ärzteblatt“ vorlesen; das muß er schon selber besorgen.

Die mathematische Abteilung der Bayer. Versicherungskammer hat inzwischen Vorausberechnungen für die Weiterentwicklung unserer Versorgungseinrichtung gemacht, die bis zum Jahre 2000 gehen und die uns sehr klar zeigen, daß bei der weiteren Entwicklung der Anstalt der Zeitpunkt, wo die Rentenverpflichtungen aus den Beiträgen nicht mehr gedeckt werden können, viel näher liegt, als man glaubt. Es ist eine sehr lange Anlaufzeit bei jeder Versorgungseinrichtung. Die Kurve hat einen merkwürdigen Verlauf. Sie geht unendlich lange sehr flach, steigt nur ganz wenig an und dann kommt plötzlich der Augenblick, wo sie steil ansteigt, dann kommen die Lasten, und das ist dann der Augenblick, wo diejenigen Versorgungseinrichtungen in Schwierigkeiten kommen, die keine Vorsorge für diesen Zeitpunkt betrieben haben, die eben sagen, na ja, das

geht die nächsten 15 Jahre wunderbar, ach, und wenn's die 15 Jahre gegangen ist, dann geht's auch noch weiter!

Das widerlegen die Berechnungen, die hier angestellt wurden in überzeugender Weise, und sie haben uns neuerdings darin bestärkt, an unserem System festzuhalten. Ein Kollege in Bayern hat eine Verfassungsklage eingereicht gegen die Bestimmungen unserer Satzung, wonach man das Ruhegeld mit dem 67. Lebensjahr bekommen kann, wenn man zwar ärztliche Tätigkeit weiter ausübt, aber auf die RVO-Kassen verzichtet. Diese Klage wurde gerade vor kurzem vom Bayerischen Verfassungsgericht abgewiesen, und es wurde festgestellt, daß diese Satzungsbestimmung voll in Übereinstimmung steht mit der Bayerischen Verfassung, daß sie also kein Verstoß gegen die verfassungsmäßig garantierten Rechte des einzelnen Bürgers ist. Ich möchte abschließend zu diesem Punkt noch einmal dem neuen Leiter der Bayer. Ärzteversorgung, Herrn Dr. Hönig, danken. Er weiß, wir sind sehr vorsichtig aneinander herangegangen, wie das immer ist, wenn man sich nicht kennt und wenn man erst miteinander einmal vertraut werden muß. Es hat sich sehr rasch ein echtes Vertrauensverhältnis entwickelt. Herr Dr. Hönig hat sich überraschend schnell in die Materie eingearbeitet, und es ist heute wirklich ein Vergnügen für mich, mit ihm auch die schwierigen Fragen, vor denen wir stehen, zu besprechen, und ich bin überzeugt, er wird so wie seine Vorgänger alles tun, um unsere Standeseinrichtung erfolgreich fortzuentwickeln. Ich bitte Sie auch, unseren Dank an das Präsidium der Bayerischen Versicherungskammer weiterzugeben, das immer sehr viel Verständnis zeigt für unsere Wünsche. Lassen Sie mich einige Worte sagen zu dem anderen Gebiet.

Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz

Ich glaube, ich brauche nicht allzuviel darüber zu sagen; denn aus unserem Rundschreiben, aus unseren Publikationen sind Ihnen die Dinge ja weitestgehend bekannt. Ich möchte auch deswegen mich nicht allzu sehr verbreitern, weil wir ja morgen das Thema noch einmal in einem weiteren Tagesordnungspunkt diskutieren wollen. Ich werde Ihnen einige Zahlen über die bisherigen Untersuchungen und die Erfahrungen, die von der Abrechnungsseite her gemacht wurden, mitteilen können. Auf den Grundsatzbeschuß Facharztordnung und Jugendarbeitsschutz-Untersuchungen habe ich schon hingewiesen. Zur Honorarfrage möchte ich Ihnen nur berichten: Die Kammer hat sich, wie ich mehrmals unterstrichen habe, niemals mit dem Honorar von 20 Mark abgefunden, und ich habe nunmehr einen neuen, in aller Form gestellten Antrag auf Erhöhung auf 30 Mark beim Bayerischen Arbeitsministerium eingereicht, weil ja möglicherweise noch im September eine Konferenz der Arbeitsminister stattfinden wird. Ich hoffe, daß dann vielleicht mehr Verständnis für unsere Forderung vorhanden sein wird, um so mehr, als ja der Prestigepunkt, der sicherlich seinerzeit mit maßgeblich war, in der Auseinandersetzung um 20 oder 30 Mark, inzwischen ja nicht mehr so bedeutend ist. Die Frage, sie hat finanziell ja keine so große Bedeutung, sondern ist mehr grundsätzlicher Art, ob die Umsatzsteuer abwählbar oder nicht abwählbar ist, ist noch nicht entschieden. Soweit es sich um die finanzrechtliche Seite handelt, ist die Sache klar. Wir haben dem Finanzministerium ein Gutachten unseres

steuerberatenden Anwaltes, des Herrn Rechtsanwalts Braun, eingereicht, und diesem Gutachten konnte das Finanzamt nichts entgegensetzen. Wir haben dieses Gutachten auch den anderen Kammern zur Verfügung gestellt. Von der Seite des Steuerrechtes handelt es sich um einen Fall, wo die Umsatzsteuer abwäzbar ist.

Die Arbeitsminister haben sich aber zunächst einmal auf den Standpunkt gestellt, diese Umsatzsteuer gehöre noch zu den Kosten der Untersuchung und ist damit mit dem Honorar abgegolten. Diesen Standpunkt werden wir niemals teilen. Wir haben sämtliche Vorbereitungen für einen Musterprozeß bereits getroffen, können ihn aber natürlich erst anstrengen, wenn nach der bevorstehenden Konferenz der Arbeitsminister uns von dieser Seite eine offizielle Ablehnung unseres Antrages auf zusätzliche Erstattung der Umsatzsteuer vorliegt.

Ich glaube sicher, daß wir diesen Prozeß gewinnen werden. Danken möchte ich allen Kollegen, die in der bisherigen Zeit bereits mit großem Eifer und großem Verantwortungsgefühl die Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz durchgeführt haben. Über die genauen Zahlen werde ich Sie noch unterrichten. Ich darf noch einmal hier herausstellen, was ich in verschiedenen meiner Publikationen sagte. Meine Herren Kollegen, es handelt sich hier um eine Aufgabe von eminenter gesundheitspolitischer Bedeutung. Hier wird das erste Mal vom Gesetzgeber das Gebiet der vorbeugenden Gesundheitspflege für die freipraktizierende Ärzteschaft eröffnet. Den Weg in dieses Gebiet dürfen wir uns nicht selber dadurch verbauen, daß wir die Übernahme der Aufgabe an einer Honorarstreitigkeit scheitern lassen. Das wäre nicht sinnvoll, das läge nicht im Interesse der Ärzteschaft; denn die vorbeugende Gesundheitspflege, die nun hier auf diesem Gebiet begonnen hat, muß ausgebaut werden und sie muß ausgebaut werden als eine echte Aufgabe des praktizierenden Arztes, und dazu müssen wir eben auch über diese Anfangsschwierigkeiten auf dem Gebiete des Jugendarbeitsschutzgesetzes hinwegkommen. Es erwächst gerade dem Hausarzt, dem praktischen Arzt, hier eine enorme Aufgabe, und wir alle sollten dazu beitragen, daß er sie in der Form erfüllen kann, wie sie erfüllt werden muß. Ich bin überzeugt, die vorbeugende Gesundheitspflege wird einmal der Mittelpunkt der Tätigkeit unserer praktischen Ärzte, der Hausärzte werden, und die Fachärzte werden genügend Gelegenheit haben, die Hausärzte in der Durchführung dieser Aufgabe auf ihrem Fachgebiet zu unterstützen, um auf diese Weise eine gute, abgerundete Leistung bieten zu können.

Ich darf Sie noch davon unterrichten, daß inzwischen ein zwar etwas umfangreiches, aber außerordentlich gutes Buch über Vorsorgeuntersuchungen bei Jugendlichen erschienen ist. Dieses Buch enthält Beiträge einer ganzen Reihe von Kollegen, die auf diesem Gebiete große Erfahrung haben. Die Zusammenstellung übernahm unser Kollege Hellbrügge. Er hat es in vorbildlicher Weise gemacht. Wir werden über 7200 Exemplare dieses Buches über die Ärztlichen Kreisverbände verteilen, damit sie in die Hände derjenigen kommen, die sich ganz besonders dafür interessieren und die sich auch mit den wissenschaftlichen Grundlagen dieser Arbeit beschäftigen wollen. Wir haben im Vorstand der Bundesärztekammer es so geregelt, daß wir diese Exemplare den Kollegen zur Verfügung stellen können;

soweit sie nicht reichen, wird es dann wahrscheinlich notwendig sein, sie zu erwerben. Aber zunächst einmal wollen wir 7200 Exemplare, die unserer Kammer zur Verfügung stehen, an Sie verteilen.

Zusammenarbeit Arzt — Heilpraktiker?

Wir mußten uns auch mit einer etwas heiklen Frage beschäftigen, nämlich dem Verhältnis Ärzte — Heilpraktiker. Ein Münchner Heilpraktiker, der sich auf dem Gebiet der Psychotherapie beschäftigt, hat eine Beschwerde beim Bayerischen Landtag gegen die Bestimmung unserer Berufsordnung eingereicht, wonach die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Heilpraktiker oder genauer gesagt, das gemeinsame Tätigwerden von Arzt und Heilpraktiker, verboten ist. Der Vorstand der Kammer mußte sich mit der Frage beschäftigen und kam zu dem Ergebnis, daß die gemeinsame Arbeit, also das gemeinsame Behandeln von Arzt und Heilpraktiker, auch weiterhin aus grundsätzlichen Erwägungen nicht gestattet werden kann, weil hier zwei Leute sich gegenüberstehen, die eine völlig verschiedene Sprache sprechen. Hier fehlen sämtliche Voraussetzungen für ein gemeinsames Arbeiten, und es kann uns nicht zugemutet werden, dem Arzt zu sagen, du darfst mit dem Heilpraktiker gemeinsam ans Bett des Kranken treten. Wir haben aber erklärt, daß nach unserer Auffassung keine rechtlichen Bedenken dagegen bestehen, wenn ein Patient, der beim Arzt ist, anschließend sich z. B. bei einem Heilpraktiker psychotherapieren läßt, oder wenn z. B. ein Patient, der bei einem Heilpraktiker in Behandlung steht, zu einem Facharzt kommt und sich von ihm allein untersuchen läßt und ihn bittet, ihm den Befund auszuhändigen. Besonders die röntgenologisch tätigen Kollegen kamen ja hier manchmal in eine etwas schwierige Situation. Also das Tätigwerden eines Arztes, das alleinige und allein verantwortliche Tätigwerden eines Arztes an einem Patienten, der vorher oder nachher bei einem Heilpraktiker sich behandeln läßt, dieses Tätigwerden verstößt nicht gegen die Bestimmungen der Berufsordnung; denn hier liegt ja keine gemeinsame Behandlung, also eine Teilung der Verantwortung vor, ein gemeinsames Erarbeiten der Diagnose oder das gemeinsame Erarbeiten eines Therapieplanes, sondern der Arzt wird für sich tätig.

Er macht etwa eine Röntgenuntersuchung des Magens, der Lunge in eigener Verantwortung und — in Gottes Namen —, wenn der Mann glaubt, er müßte dann wieder zum Heilpraktiker gehen, dann bestehen keine Bedenken, wenn der Arzt dem Patienten seinen Befund in die Hand drückt und damit seine ärztliche Tätigkeit abschließt. Diese Stellungnahme haben wir dem Bayerischen Innenministerium mitgeteilt. Sie ging dann weiter an den Bayerischen Landtag, und der Verfassungsausschuß des Bayerischen Landtages war zunächst der Auffassung, daß die Angelegenheit damit befriedigend erledigt sei und teilte das auch diesem Beschwerdeführer mit. Der aber war keineswegs zufrieden, sondern er wollte, daß die ganze Bestimmung der Berufsordnung aufgehoben wird und daß das gemeinsame Wirken, das gemeinsame Tätigwerden Arzt — Heilpraktiker gestattet werden müßte. Der Verfassungsausschuß hat sich mit der Sache beschäftigt und einen für uns überraschend einseitigen Standpunkt eingenommen. Die Sache ging dann an das Bayerische Innenministerium.

Unterredung mit dem bayer. Innenminister

Es fand dann eine ganz offizielle Unterredung zwischen dem Herrn Bayer. Innenminister Goppel und seinen Mitarbeitern auf der einen Seite, mir und meinen Mitarbeitern auf der anderen Seite. Ich habe dem Herrn Innenminister in aller Ausführlichkeit unseren Standpunkt zu dieser Frage dargelegt, habe diesen Standpunkt dann auch noch schriftlich niedergelegt und übergeben, und ich darf mit großer Dankbarkeit feststellen, daß der Herr Innenminister für unseren Standpunkt das allergrößte Verständnis gezeigt hat. Auch die Mitarbeiter des Herrn Innenministers haben ihn in diesem Sinne beraten. Nun wird unsere Stellungnahme ja wohl wieder an den Verfassungsausschuß gehen. Ich hoffe, daß inzwischen auch die Mitglieder des Verfassungsausschusses, denen unsere Stellungnahme auch verschiedentlich bekannt geworden ist, nunmehr die Sache anders sehen und dann ebenfalls dafür Verständnis haben werden, daß wir als Ärzte niemals das gemeinsame Tätigwerden von Ärzten und Heilpraktikern dulden werden. Ich möchte aber bei dieser Gelegenheit nicht verschweigen, daß das ganze Heilpraktikerproblem ein außerordentlich schwieriges ist. An und für sich sollte es bei vernünftigen Menschen ja gar keine Meinungsverschiedenheiten darüber geben, daß in einem zivilisierten Staate die Heilkunde von einem Arzt ausgeübt werden muß, und nicht von einem Heilpraktiker. Wir schicken ja Ärzte in die Entwicklungsländer, um ihnen die Möglichkeit zu geben, sich durch Ärzte behandeln zu lassen. In unserem eigenen Lande haben wir einen Zustand, dem wir eigentlich nur mit einem Kopfschütteln begegnen können, der aber zu ändern außerordentlich schwierig zu sein scheint, denn gerade aus der Gruppe derjenigen Menschen, die es vielleicht in der Hand hätten, hier etwas zu ändern, aus dem Bereich der höchsten Politik, wird uns immer wieder versichert, es sei besser, diese Frage nicht aufzugreifen, denn sie würde auf keinen Fall in unserem Sinne gelöst werden. Mit Recht haben verschiedene Kollegen in unserer letzten Vorstandssitzung, als wir darüber sprachen, diesen abwartenden, fast resignierenden Standpunkt der Ärzteschaft getadelt und sich auf den Standpunkt gestellt, wir müssen aktiv an diese Dinge herangehen. Ich stimme mit ihnen in der Grundsatzauffassung vollkommen überein, ich empfinde den derzeitigen Zustand völlig unbefriedigend. Wir sind uns einig in der Auffassung, aber ich konnte Ihnen nur das sagen, was uns versierteste und erfahrenste Politiker sagten, mit größtem Einblick in die inneren Zusammenhänge. Bei dem Gespräch mit dem Herrn Innenminister, über das ich gerade berichtete, kamen dann noch einige andere wichtige Fragen zur Sprache, über die ich Sie kurz unterrichten möchte:

Wir haben den Herrn Innenminister gebeten, bei den nun zu erwartenden Rechtsverordnungen, die das Verfahren bei der UK-Stellung von Staatsbürgern regeln, doch Bestimmungen aufzunehmen, daß bei der Frage, ob ein Arzt eingezogen werden kann oder vom Wehrdienst freigestellt werden muß, das entscheidende Wort von der ärztlichen Ständesvertretung als der sachkundigen Stelle gesprochen wird. Dafür hatte der Herr Innenminister volles Verständnis, und er bat uns zugesichert, daß die Regelungen in diesem Sinne erfolgen sollen. Das mag vielleicht keine so angenehme Aufgabe sein, aber ich glaube, meine Her-

ren Kollegen, daß wir sie als verantwortungsbewußte Berufspolitiker übernehmen müssen. Die gewählten Ständesvertreter haben nun einmal die Pflicht, nicht nur die angenehmen Aufgaben zu übernehmen, diejenigen, bei denen ihnen der Beifall sicher ist, sie müssen auch einmal etwas übernehmen, was viel Verantwortung erfordert und was unpopulär ist. Ich glaube, es liegt im Interesse der Kollegen, wenn es so gehandhabt wird. Das gleiche gilt für die Heranziehung von Ärzten zum zivilen Bevölkerungsschutz. Auch hier haben wir die Auffassung vertreten, daß das nicht Sache der Arbeitsämter, auch nicht Sache der Gesundheitsämter sein kann, sondern daß das die ärztliche Ständesvertretung beurteilen muß.

Weiterer Gesprächsgegenstand war die Radioaktivität der Luft. Es ist einmal in der Zeitung etwas gestanden, was natürlich nicht ganz so gemeint war, und was dem Herrn Innenminister zum Teil in den Mund gelegt wurde. Es stand nämlich in der Zeitung, der Innenminister habe gesagt, man beobachte die Radioaktivität der Luft, und wenn sie über ein bestimmtes Maß ansteigt, dann müsse einfach Hausarrest über die Bevölkerung verhängt werden, um sie vor Gesundheitsschäden zu bewahren. Ich habe daraufhin an das Innenministerium die Frage gerichtet, was denn dann mit dem Arzt wäre. Wenn Hausarrest verhängt werde, dann gelte das zunächst für uns alle, also auch für den Arzt. Wir kamen in dem Gespräch zu dem Ergebnis — und das ist auch der Grund, warum ich gestern in meiner Festansprache das Wort „Atom“ gebraucht habe —, daß wir hier vor einer Frage stehen, auf die wir alle noch keine Antwort wissen. Niemand kann sich in den Fall versetzen, wenn er einmal eintreten sollte, aber wir waren uns alle darüber einig, daß es nicht etwa nun so sein kann, daß wir sagen, wir wissen keinen Ausweg, also legen wir die Hände in den Schoß. Wir müssen uns darüber Gedanken machen, was hat zu geschehen, was kann geschehen und was muß geschehen, wenn der Fall eintritt, den ich zunächst einmal als die Erhöhung der Radioaktivität kennzeichnen möchte. Auch diese Frage wird zusammen mit den dafür zuständigen Herren, meistens auch Kollegen, des Bayerischen Innenministeriums weiter besprochen werden, und wir wollen versuchen, ob wir uns irgendwelche Vorstellungen einmal machen können, was die Aufgabe des Arztes in einer solchen Situation sein soll und kann.

Ärzteblatt und Handbuch

Zum „Bayerischen Ärzteblatt“ und zum „Handbuch für den bayerischen Arzt“, beide herausgegeben, wie Sie wissen, in unserem eigenen Verlag der Bayer. Landesärztekammer, brauche ich nicht allzuviel zu sagen. Sie wissen, daß wir schon seit einhalb Jahren Herrn Kollegen Reichstein als neuen Schriftleiter unseres „Bayerischen Ärzteblattes“ gewinnen konnten. Wer das Blatt in die Hand nimmt, darin blättert und darin liest, der wird festgestellt haben, daß er sich mit großem Erfolg darum bemüht hat, das Blatt auszubauen und zu gestalten, daß es wirklich von Kollegen mit Wert für sie gelesen wird, und ich möchte ihm dafür sehr danken. Sie dürfen überzeugt sein, daß wir auch weiterhin bemüht sein werden, das „Bayerische Ärzteblatt“ wirklich zu einem Informationsorgan der Ärzte zu machen, dabei aber im-

mer auch Dinge zu bringen, die nicht nur aktuelle Informationen sind, sondern die man lesen soll zu seiner eigenen Ergötzung oder zu seiner eigenen Bildung. Es gibt ja auch einmal eine Stunde, in der man einmal etwas lesen kann, was nicht gerade mit einer aktuellen Tagesfrage zusammenhängt. In meinem letzten Brief, den ich an die Kollegen schreiben mußte, habe ich die Auffassung vertreten, es müßte doch jeder die paar Minuten Zeit haben, um es durchzublätern und zu schauen, ob etwas drinnensteht, was man lesen muß, was interessiert. Es kann mir keiner weismachen, daß er die paar Minuten nicht hätte. Die Zeit findet jeder, wenn er nur den Willen dazu hat.

Unser Handbuch werden wir weiter auf dem laufenden halten, wir werden in der nächsten Zeit wieder eine Nachlieferung herausgeben müssen: die Bundesärzteordnung. Es wird dazu auch ein Kommentar erscheinen. Wer von Ihnen jemals in dem sehr ausführlichen Kommentar, welcher heute bereits im Handbuch enthalten ist, gelesen hat, der wird unserem Kommentator, dem Mitherausgeber dieses Handbuches, Herrn Regierungsdirektor Weißbauer, nur herzlich danken können für die Mühe, die er sich hier macht und für die wirklich fundierten Ausführungen, die hier gebracht werden. Ich darf mit Freude feststellen, daß unser Handbuch in der letzten Zeit immer häufiger auch in Entscheidungen der Obergerichte zitiert wird, also auch außerhalb des ärztlichen Kreises in der Rechtsprechung volle Anerkennung findet. Über unsere Aufgaben im Bereich der Pressestelle habe ich Herrn Kollegen Reichstein gebeten, selbst noch zu berichten; er wird dann sicher auch noch einiges zum „Bayerischen Ärzteblatt“ zu sagen haben.

Der Mangel an MTA's

Dann noch eine andere Frage, die an uns herangetragen wurde in der letzten Zeit und mit der wir uns beschäftigen mußten; es ist die große Not an med.-techn. Assistentinnen, unter der die Krankenhäuser und die Ärzte außerordentlich leiden. Sie wissen vielleicht alle, daß der Bundestag schon vor längerer Zeit ein Gesetz erlassen hat, in welchem klipp und klar drinnensteht, daß in der Röntgenabteilung und im Labor nur geprüfte Kräfte beschäftigt werden dürfen, also Mädchen oder Damen, die die Berufsbezeichnung „medizinisch-technische Assistentin“ aufgrund ihrer Prüfungsurkunde führen. Eine gesetzliche Bestimmung, die überhaupt nicht realisierbar ist, weil wir in Deutschland einen Fehlbetrag von rund 500 medizinisch-technischen Assistentinnen haben, die vorhandenen Schulen aber nur so wenig Kräfte ausbilden, daß man es fast nur als einen Tropfen auf den heißen Stein bezeichnen kann. Unter diesen Umständen sind wir Ärzte in den Krankenhäusern und in den Praxen nach wie vor gezwungen, ungeprüfte Kräfte zu beschäftigen. Wir müssen uns aber darüber klar sein, daß uns damit eine außerordentlich unangenehme Verantwortung auferlegt ist, denn das Gesetz schreibt ausdrücklich vor, daß dort, wo keine geprüften Kräfte beschäftigt werden, die ungeprüften nur unter der ständigen Aufsicht und Verantwortung des Arztes eingesetzt werden dürfen. Es gibt bis jetzt noch kein Gerichtsurteil, das diese Aufsicht und Verantwortung auslegt. Wir bemühen uns deshalb, auch auf diesem Gebiet etwas weiterzukommen und wollen den Versuch

machen, vielleicht noch weitere Schulen gründen zu helfen oder die Gründung anzuregen und zu erwägen, ob es nicht sinnvoller wäre, die Ausbildung dieser MTA zu teilen. Heute ist es ja so, daß diese jungen Mädchen sowohl auf dem Gebiete des Laboratoriums als auch auf dem Gebiete der Röntgenarbeit voll ausgebildet werden, so daß sie nach ihrer Prüfung sowohl in einem wie im anderen Gebiet voll einsetzbar sind. Das erscheint uns gar nicht sinnvoll angesichts des riesigen Mangels. Das könnte man tun, wenn wir genügend hätten. Wir sind der Meinung, die Ausbildung zu teilen und med.-techn. Assistentinnen auszubilden für das Labor, die daneben auch etwas über Röntgen wissen und solche für Röntgen, die die für ein kleines Labor notwendige Ausbildung genossen haben. Auf diese Weise wäre es möglich, an manchem Krankenhaus, das ein gutes Labor, aber kein Röntgen oder eine große Röntgenabteilung, aber kein dafür geeignetes Labor hat, auch solche Schulen einzurichten, und damit etwas den Mangel zu beheben. Das große Problem hier ist ja, daß die Berufsjahre so gering sind. Ich weiß es nicht mehr genau, aber ich glaube, sie liegen bei etwa fünf. Wenn Sie bedenken, daß also hier auf den wenigen Plätzen, die vorhanden sind, med.-techn. Assistentinnen ausgebildet werden, die dann im Durchschnitt nur fünf Jahre für die Ausübung ihres Berufes zur Verfügung stehen und dann heiraten, dann ist das natürlich ein besonders schwieriges Problem. Wir werden uns aber weiterhin damit sehr eingehend beschäftigen.

Dank an die ärztlichen Abgeordneten

Ich möchte an dieser Stelle den Herren Kollegen im Bayerischen Landtag, unseren ärztlichen Abgeordneten, den Herren Brentano-Hommeyer, Dehler, Oeckler, Reichstein, Soening, sehr herzlich danken, daß sie sich auch dieser Frage wiederholt angenommen haben und daß wir, so hoffe ich, gemeinsam es doch erreichen, daß in Bayern noch mehr Ausbildungsmöglichkeiten geschaffen werden. Sollte jemals ein Kollege in einen Prozeß verwickelt werden, weil er eine ungeprüfte Hilfskraft nicht genügend beaufsichtigt haben soll, so würde ich bitten, die Kammer davon zu unterrichten, damit wir uns in geeigneter Weise der Sache annehmen können.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich nun auch gleich den genannten Herrn Kollegen Abgeordneten des Bayerischen Landtages, dessen Legislaturperiode ja in wenigen Monaten zu Ende geht, ganz allgemein den allerherzlichsten Dank aussprechen für die hervorragende, vertrauensvolle Zusammenarbeit in den vergangenen Jahren. Es ist wirklich ein Vergnügen gewesen, mit den Kollegen zusammenzuarbeiten, mit ihnen sich auszusprechen, sich mit ihnen abzusprechen darüber, was geschehen könnte, was auf ihrer Ebene getan werden könnte und auf der unseren. Ich werde die Zeit, die ich mit diesen Kollegen zusammenarbeiten durfte, immer besonders gerne in Erinnerung behalten als das Beispiel kollegialen Zusammenwirkens im Interesse unseres Standes, und ich möchte die Gelegenheit gleich benützen, um Ihnen für die kommende Neuwahl des Bayerischen Landtags viel Erfolg, d. h., Rückkehr, Wiedereinzug ins Bayerische Parlament zu wünschen. Daß wir dabei nicht ganz ohne Egoismus sind, brauche ich nicht zu verschweigen, denn ich bin mir darüber klar, daß es eine Erschwerung für uns wäre, Sie nicht im Bayerischen Landtag zu wissen.

Neuwahl der Delegierten

Nun darf ich Sie schließlich noch darauf hinweisen, daß wir uns im vierten Jahr unserer Legislaturperiode befinden und daß wir mit riesigen Schritten auf die Neuwahl der Delegierten der Bayer. Landesärztekammer zueilen. Wenn die Delegierten gewählt sind, muß dann ja auch der Vorstand neu gewählt werden. Der Vorstand hat inzwischen einen Landeswahlausschuß berufen, und zwar als Landeswahlleiter wiederum, wie das letzte Mal, Herrn Rechtsanwalt Poellinger, als Mitglieder des Landeswahlausschusses die Herren Kollegen

Hohenadl, München,
Möbmer, Landshut,
Roth, Wolnzach,
Rutenfranz, München.

Ich nehme an, daß wir die Wahl der Delegierten, soweit sie in Urnenwahl erfolgt, am 24. November werden vornehmen können. Für die Briefwahl käme dann die Woche vom 19. mit 24. November in Frage. Dabei darf ich berichten, daß sich für die Urnenwahl die Bezirksverbände Mittelfranken, Oberbayern, Niederbayern, Oberfranken, Unterfranken und München entschieden haben; für die Briefwahl die Bezirksverbände Schwaben und Oberpfalz. Ich darf Sie auch davon unterrichten, daß eine Klage, die Herr Kollege Möbmer gegen den § I unserer Wahlordnung eingebracht hat, vom Bayerischen Verwaltungsgerichtshof abgewiesen wurde.

Bevor ich nun im zweiten Teil meines Berichtes über den Deutschen Ärztetag in Norderney spreche, ist es mir ein Bedürfnis, all meinen Mitarbeitern der Bayerischen Landesärztekammer, den ärztlichen und nichtärztlichen, herzlich zu danken für ihren Einsatz, für ihre Arbeitsfreude, für ihre Hilfe. Ich sage diesen Dank zugleich im Namen unseres Vizepräsidenten, Herrn Kollegen Sondermann. Wir freuen uns darüber, so gute Mitarbeiter zu haben.

Persönlich darf ich meinem lieben Kollegen und Freund Sondermann danken, der im Bereiche unserer Kammerarbeit eine Reihe von außerordentlich wichtigen Aufgabengebieten seit Jahren erfolgreich betreut und damit der Kammer wertvolle Hilfe leistet. Wir haben von Anfang an kein sogenanntes Reserveradprinzip eingeführt, sondern wir haben uns die Arbeit eingeteilt, so daß also auch der Vizepräsident stets in den Betrieb der Kammer eingeschaltet ist, und ich bin wirklich dankbar, daß Sie mir in der vergangenen und in der zu Ende gehenden Legislaturperiode den Kollegen Sondermann an die Seite gestellt haben. Im Namen meiner Mitarbeiter, im Namen Sondermanns und in meinem eigenen gilt aber nun unser Dank den Mitgliedern des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer und Ihnen meine Herren, die Sie als Delegierte der Vollversammlung dem Bayerischen Ärztetag angehören. Wir danken Ihnen für die Unterstützung, die Sie uns gewährt haben, wir danken Ihnen für das große Vertrauen, das Sie in uns setzten. Wir haben versucht, unser Bestes zu tun. Wir sind uns bewußt, daß uns nicht alles gelungen ist, teilweise, weil es uns einfach nicht möglich war, teilweise sicherlich auch, weil wir es nicht richtig angefaßt haben. Eines darf ich Ihnen versichern, der ehrliche Wille hat unsere Arbeiten stets beseelt, und wir haben uns mit aller Kraft eingesetzt, um unsere Aufgabe zu erfüllen.

Der Tätigkeitsbericht wurde noch durch folgende Kurzreferate ergänzt:

Kurzreferate der Ausschußvorsitzenden ergänzt Vizepräsident Dr. S o n d e r m a n n :

Ich darf einige Probleme aus meinem Arbeitsbereich herausgreifen, die immer wieder Schwierigkeiten machen, oder über welche Unklarheit herrscht.

Da ist wieder einmal der Komplex des **Berufsgerichts**: Die unsichere und ungleiche Einstellung der Kreisverbände zur Frage des Antrags auf Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens. Dazu muß immer wieder betont werden: Es besteht die Pflicht, schwere Berufspflichtverletzungen vor das Berufsgericht zu bringen. Es ist nicht dem Belieben des Vorstands anheimgegeben, ob er dies tun will oder nicht; er würde sich selbst sonst eines Verstoßes gegen die Berufsordnung schuldig machen nach § 2 (2), wonach er die von ihm in der Berufsvertretung übernommenen Aufgaben gewissenhaft zu erfüllen hat. Gerade bei solchen Beschlüssen entscheidet es sich, was einem sein Beruf und Stand wert ist, und ich kann mir nicht denken, daß ein Kollege eine Vertrauensstellung in der Berufsvertretung übernimmt, der nicht eine hohe Auffassung von seinem Beruf und Stand hat.

Hier würde eine allzu großzügig gepflegte „Kollegialität“ mehr oder minder zum Komplizentum führen.

So besteht bei uns noch immer eine allzu starke Rechtsungleichheit: In einem Kreisverband kommt der Kollege vor das Berufsgericht, im andern wird er „belehrt“ und im dritten wird einem gesagt: Was sollen wir die Kastanien für andere aus dem Feuer holen?

Melne Herren, wenn es sich um einen Arzt handelt, sind es immer unsere Kastanien!

Um solch notwendige Rechtsgleichheit und eine allgemeine Übereinstimmung in diesen Fragen herbeizuführen, halte ich einen noch engeren Gedankenaustausch mit der Kammer für dringend erforderlich.

Nun wird von manchem Kreisverband die „Belehrung“ zum Ausweg genommen, um ein berufsgerichtliches Verfahren vermeiden zu können. Natürlich wird man sich dieser Maßnahme bedienen, wo erste Unbesonnenheit, Unerfahrenheit den Kollegen in die unguete Situation gebracht haben, oder in besonders gelagerten Grenzfällen, in denen es aus menschlichen Gründen untunlich erscheint, den Kollegen vor das Berufsgericht zu bringen. Aber das hat doch seine Grenzen: Man kann doch nicht in Fragen belehren wollen, in denen der Kollege bereits als Student sich hat Klarheit verschaffen müssen; so z. B. über das Morphiumpgesetz. Auch scheint mir die Belehrung eines Arztes, der sich in der Öffentlichkeit wie ein Schwein benimmt, keine mögliche Bereinigung eines solchen üblen Falles.

Wir haben jetzt seit 1. Januar 1962 eine Bundesärzteordnung, in welcher nicht mehr von dem Berufsverbot die Rede ist, sondern in der nur noch entweder die Zurücknahme oder das Ruhen der Bestallung genannt ist; während nach dem Bayerischen Ärztegesetz vom 25. Mai 1946 bei der Frage der Untersagung der ärztlichen Berufsausübung in jedem Fall vor Erlaß des Bescheids die Ärztekammer gutachtlich einzuvernehmen war, enthält die Bundesärzteordnung leider einen solchen Passus nicht. Nach ausdrücklicher Erklärung des Innenministeriums soll aber an dieser bewährten Bestimmung festgehalten werden.

Ich bin glücklich, feststellen zu können, daß die Zahl der Berufsverbote wesentlich zurückgeht; besonders nachdem die Nachfolgen der wirren Zeit nach 1945 abgeklungen sind. Es war uns in den ersten Jahren unserer Tätigkeit an der Kammer eine Last, zu wissen, daß damals sehr viele Kollegen durch ein Berufsverbot aus ihrer ärztlichen Existenz ausgeschaltet waren; zumal diese infolge ihrer Notlage als kaum behaute Flüchtlinge sich aus dieser Not heraus zu einem Vergehen haben hinreißen lassen. Es mußte einmal ein Strich unter diese ganze schreckliche Situation gemacht werden, und dank dem Verständnis der Regierungen konnten die allermeisten Fälle inzwischen bereinigt und die Kollegen wieder in den Beruf zurückgebracht werden, und zu unserer Genugtuung wurde bis jetzt kein einziger Rückfall dieser Kollegen festgestellt.

Nun ist es freilich ein Irrtum, die Kammer unter dem Krähenaspekt zu betrachten, wonach eine Krähe der anderen kein Auge aushackt. Wir sind zwar Kollegen und versuchen, die Dinge nicht als perfektionierte Behörde zu sehen, sondern eben als Kollegen; aber es soll doch auch betont werden, daß es Pflicht der Kammer ist, gegen ungeeignete Elemente im Beruf einzuschreiten und sie — falls notwendig — auszumerzen. In Ansehung des Gesamtstandes muß eben Mut und Härte dazu aufgebracht werden. Aber die Kollegen mögen überzeugt sein, daß kein Verbot befürwortet wurde und wird ohne ernste Prüfung und Erwägung aller Umstände.

Auch aus einem anderen Gesichtspunkt heraus müssen wir doch mit diesem ganzen Problem besser fertig werden, nämlich einen consensus omnium zu erreichen, und das ist die Frage der Erhaltung unserer Selbstverwaltung. Wir müssen uns darüber klar sein, daß es doch Kräfte in unserem Staatsgefüge gibt, die uns gerne diese Selbstverwaltung nehmen würden. Ich darf darauf hinweisen, daß es bereits eine Kammer gibt, in welcher die Frage der Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens vom Staatsanwalt entschieden wird und nicht von den betreffenden Standeskollegen. Das möge man doch auch unter uns sehr bedenken.

Wie Sie wissen, hatte sich der Vorstand am 24. 2. 1962 mit einem Falle der Behandlungsverweigerung einem Soldaten gegenüber — weil er eben Soldat ist — zu beschäftigen. Der Fall als solcher hat heute für uns keinerlei Interesse mehr, er gab aber dem Vorstand Anlaß zu einer Grundsatzdebatte, die zu einem wichtigen Beschluß führte; ich halte diesen für so bedeutsam, daß ich ihn in diesem Zusammenhange noch einmal Ihnen vorlesen darf:

„Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer stellt — unbeschadet des Rechtes der Vertrags- und Kurierfreiheit — fest, daß eine kollektive Behandlungsverweigerung gegenüber Angehörigen einer Personengruppe in schärfstem Gegensatz zu einem fundamentalen Leitsatz der ärztlichen Berufsausübung steht, welche besagt: ‚Der Arzt läßt sich weder durch Unterschiede in Religion, Nation, Rasse, Partei, Politik oder sozialer Stellung beeinflussen‘ und deshalb grundsätzlich eine schwere Berufspflichtverletzung darstellt.“

Zur Frage der Schweigepflicht

Meine Herren, falls einer von Ihnen meinen Aufsatz in der April-Nummer des „Bayerischen Arzteblatts“ gelesen haben sollte, „Der kranke Mensch und die Be-

hörde“, hat er daraus ersehen, daß das Ringen um die Schweigepflicht und das Schweigerecht des Arztes in ein neues Stadium dadurch getreten ist, als ein neuer Erlaß des Finanzministeriums vom 9. 11. 61 erneut feststellt, daß der Beamte gehalten ist, bei Krankmeldung auch seine Diagnose in dem ärztlichen Zeugnis bestätigen zu lassen.

Dieser Erlaß hängt nun in allen Lehrerzimmern und Amtsstuben und stellt fest, daß die Nichterbringung dieser Diagnose ein Verstoß gegen die Dienstpflicht sei; ebenso wie er feststellt, daß durch die Ausstellung eines solchen Zeugnisses der behandelnde Arzt nicht gegen seine ärztliche Schweigepflicht verstößt, da sie mit Einwilligung des Patienten geschehe. Wie das mit der Einwilligung des Patienten ist, erfahren wir ja immer wieder. Zunächst versucht auch der Beamte häufig seine Intimsphäre gegenüber seinem Amt zu wahren, dann knickt er aber vor den massiven Drohungen des Behördenchefs zusammen und bittet den Arzt dann doch um Ausstellung eines mit der Diagnose versehenen Zeugnisses. Das Merkwürdige an der ganzen Angelegenheit ist, daß z. B. die Bestimmungen für Angestellte und Arbeiter durchaus offenlassen, welchen Inhalt die ärztliche Bescheinigung haben muß, vor allem, ob darin die Art der Erkrankung anzugeben sei. Hier wird also mit doppeltem Maß gemessen.

Kollege Dehler hat im Landtag eine mündliche Anfrage zu diesem Erlaß gestellt, die aber durchaus ungenügend beantwortet wurde, und es sollte doch dies auch festgenagelt werden, daß in dieser Antwort von längeren Krankheiten die Rede ist, während in dem Erlaß dieses Wort „länger“ überhaupt fehlt und jede, auch die kürzeste Krankheit mit einer Diagnose bedacht werden soll. Man mag daraus ersehen, daß doch auch diesen Herren bei dieser Situation nicht ganz wohl ist. Nun haben in dieser selben Sache die Kollegen Dehler und Reichstein noch einmal eine schriftliche Anfrage an das Ministerium gestellt und man wird gespannt sein, wie nun die Antwort hierauf lautet.

Der Herr Präsident hat darüber hinaus den Finanzminister noch um eine Unterredung gebeten in dieser Angelegenheit, die jedoch aus Termenschwierigkeiten bis jetzt noch nicht stattfinden konnte. So befinden wir uns immer noch in einer Art kalten Krieges wegen dieser Diagnosenerrpressung, der aber bis jetzt schon ein Gutes gebracht hat, daß immer mehr Kollegen sich auf ihre Schweigepflicht besinnen und vielfach dem Patienten eine Bestätigung mitgeben, wonach der Patient zwar um Angabe der Diagnose gebeten und zu diesem Zwecke ihn von der Schweigepflicht entbunden habe, der Kollege aber diese Entbindung als nicht freiwillig betrachte und deshalb es ablehne, eine Diagnose anzugeben. Damit muß sich ja wohl dann die Behörde zufrieden geben.

Das Kümmerliche bei der Angelegenheit ist, daß häufig der Kampf um die Diagnose dann noch weitergeht, wenn der Patient schon wieder im Amt ist und Dienst macht.

Man kann es ja nicht recht begreifen, daß die Beamten hier nicht auch einmal in ihrer Gesamtheit durch den Beamtenbund ganz energische Vorstellungen bei den Ministerien erheben und sich diesen Einbruch in die Intimsphäre und diese mittelalterliche Behandlung

verbitten. Wir könnten natürlich sagen, was sollen wir uns um diese Dinge so kümmern, wenn die direkt Betroffenen es nicht tun? Aber die Schweigepflicht und das Schweigerecht gehören zu unserem Lebensstil, und wir würden übel daran tun, wenn wir uns diesen durch das Bebarren der Behörden auf einem alten Zopf verpuschen ließen. Es gibt aber noch zwei ganz gewichtige Gründe, die uns veranlassen, mit Hartnäckigkeit um das Schweigerecht zu kämpfen:

1. Wir beobachten immer mehr die Entwicklung der Gesellschaft zur Massengesellschaft, ja zur Kollektive. Der einzelne wird immer stärker in den Massenbetrieb hineinverflochten und zugleich isoliert. Sollte bei dieser Entwicklung der einzelne Mensch nicht zu einer Ameise werden, muß er eine Möglichkeit haben der Aussprache, der Vertrauenshingabe und des Gelöstseins. Eine der wenigen Möglichkeiten hierzu besteht noch beim Arzt. Aber auch diese Möglichkeit wird gefährdet, wenn die Schweigepflicht und das Schweigerecht des Arztes immer mehr angetastet werden.

Der zweite Grund liegt in der Entwicklung der Medizin, die zu einer Betrachtung des Gesamtmenschen immer mehr hinstrebt und die immer stärker die Verflochtenheit von Körper und Seele bedenkt. Immer stärker wird der seelische Hintergrund von vielen Krankheiten offenbart; dadurch wird die Anamnese immer wichtiger, die sich nun nicht mehr nur auf das Somatische beziehen kann, sondern weit und tief in das Biographische hineingreift. Wie soll aber der Patient sich in diesen persönlichsten Dingen noch offenbaren können, wenn er fürchten muß, daß das Schweigerecht des Arztes immer fragwürdiger wird.

Diese beiden Gründe allein würden uns schon zwingen, in dem Kampf um das Schweigerecht und die Schweigepflicht des Arztes hart zu bleiben und nicht nachzugeben. Jeder Einbruch in diese Sphäre ist ein Schritt weiter zu der Haltung, wie sie in östlichen Gefilden üblich ist.

Die Sorge um die alten Kollegen

Eine Frage schafft uns auch manchen Kummer: Die Frage der (wie man so ungut sagt) „uralten Last“.

Der Herr Präsident hat sie ja schon angeschnitten, aber da ich ja unmittelbar mit ihr zu tun habe und sich die Kollegen meistens an mich wenden, und sie mich deshalb persönlich ebenso bedrückt, möchte ich auch meinerseits einige Worte dazu sagen: Die meisten dieser **alten Kollegen** können ja, soweit sie Kassenärzte sind, Hilfe von seiten der KV erwarten, obwohl ich ganz offen meine Meinung darüber aussprechen möchte, daß hier die gewährten Renten auch in den und jenen Bezirksstellen erhöht werden müßten und der Gedanke doch auch nahe läge, die Rente mit dem Steigen der Honorare zu dynamisieren. Aber hinsichtlich der alten, nicht geschützten Kollegen muß ich auch meinerseits bitten, Verständnis für dieses Problem zu haben und bei Beratung des Haushaltes in entsprechender Weise zu beschließen.

Hier besonders in dieser Frage muß es sich ja erweisen, ob wir ein Stand sind oder nur eine durch Gesetz und Organisation zusammengebaute Zahl von Individuen, die einander nichts angehen. Aber darüber, meine Herren, müssen wir uns doch klar sein:

Die Stürme der kommenden Zeit werden wir nur dann als freie Ärzteschaft überstehen, wenn wir uns als ein gewachsenes Ganzes, als ein echter Stand erweisen.

Auch möchte ich in diesem Zusammenhang von meiner immer wieder gemachten Erfahrung berichten, wie häufig die Witwen über die Höhe der ihnen von der Ärzteversorgung ausgezahlten Rente enttäuscht sind, fast immer mit dem stereotypen Ausdruck: Mein Mann batte doch eine so gute Praxis. So kann man die Kollegen nur immer wieder ermahnen, gewissenhaft und verantwortungsvoll in die Ärzteversorgung einzuzahlen und immer daran zu denken, daß keine Sozialeinrichtung eine Kuh ist, die im Himmel gefüttert wird und auf Erden Milch gibt. Sie muß schon auch auf Erden gefüttert werden.

Nun darf ich noch kurz über ein Gebiet referieren, das zwar keine spezielle Aufgabe der Landesärztekammer ist, für das sich aber die Bayer. Landesärztekammer von Beginn an besonders eingesetzt hat. Auch werden die Auswirkungen dieser Probleme die Standesorganisationen im Laufe der Zeit mehr und mehr beschäftigen.

Ich meine das Sanitätswesen der Bundeswehr.

Sie alle werden von den Personalveränderungen im Sanitätswesen gelesen haben. Der bisherige Sanitätsinspekteur, Generalstabsarzt Joedicke, wird ab 1. Oktober in Pension gehen, dafür ist der bisherige Stellvertreter des Inspektors, Generalarzt Albrecht, zum Inspekteur ernannt worden, zu seinem Stellvertreter Oberstarzt Dozent Dr. Finger.

Der bisherige Kommandeur der Sanitätsschule der Bundeswehr in München, Generalarzt Hockemeyer, wurde Inspizient der Heeresanitätstruppen in Köln beim Heeresamt schon seit April.

Es gehen Gerüchte um, daß die „Selbständigkeit und Gleichberechtigung“ der Sanitätsinspektion — also die ursprüngliche Konzeption des Bundesverteidigungsministers — zum Schlechteren hin verändert werden soll — nun, wir sind Kummer gewohnt, das Sanitätswesen hat sich immer im Widerstand gegen gewisse Stellen und Kräfte im Heer und in der Militärverwaltung entwickeln und behaupten müssen. Und auch hier muß wieder einmal gesagt werden: diese traurige Tatsache hat in jedem Krieg mehr Blut gekostet, als notwendig gewesen wäre und zu verantworten war.

Erfassung — Musterung und Übungen

Sie werden sich erinnern, daß im vorigen Jahr die Einberufung des Jahrgangs 1922 unter den Ärzten eine große Unruhe hervorgerufen hat, die sich aber seitdem gelegt hat. Sie hat aber das Gute, daß eine Reihe von Fragen geklärt werden konnte, die auch dann allenfalls die anderen Jahrgänge betreffen. Es wurden die Einsprüche gegen die Einberufung von 22ern so ernst genommen und so liberal behandelt, daß man sagen konnte, daß die 22er, die tatsächlich ihre Übung abgeleistet haben, als Freiwillige haben gelten können.

Durch persönliche Aussprachen und Verhandlungen konnten doch die meisten Spannungen und Unklarheiten beseitigt werden, z. B. die über die Lebens- und Unfallversicherung während der Übungen. Sowohl die Lebensversicherungen wie die Unfallversicherungen haben sich bereit erklärt, ohne

Zusatzprämien die Versicherung auch für diese Übungszeit gelten zu lassen, mit Ausnahme von Flügen in Militärmaschinen, aber für jeden Flug wurde von der Bundeswehr eine besondere Versicherung dann für diesen Flug abgeschlossen. Eine un gute Sache blieb aber bestehen, weil eben die Gesetze nicht so rasch geändert werden können: Die Unterhaltssicherung wird von den Gemeinden ausgezahlt, und das betreffende Organ der Gemeinden ist eben das Fürsorgeamt, so daß die Kollegen sich immer an die Fürsorgeämter wenden müssen. Bis jetzt ist es so, daß nur der 22er Jahrgang und bereits als Res.-Offiziere übernommene Ärzte einbezogen werden können und daß zur Zeit für Ungediente überhaupt keine Möglichkeit zur Ableistung von Wehrübungen besteht. Von Gemeinden wird heute schon versucht, Ärzte in Krankenhäusern für unabkömmlich erklären zu lassen; dazu soll dann die Kammer Stellung nehmen; aber es muß ja in jedem dieser Fälle betont werden, daß man so eine Erklärung nur für den bestimmten Augenblick abgeben könnte, da ja doch heute nicht beurteilt werden kann, ob die gleichen Verhältnisse beim Eintreten des Verteidigungsfalles in unbestimmter Zeit vorliegen.

Die Unabkömmlichkeitsstellung eines Wehrpflichtigen soll in der Form geregelt werden, daß bei wehrpflichtigen Angehörigen freier Berufe die jeweils zuständige oberste Bundes- oder Landesbehörde vorschlagsberechtigt ist oder die von der obersten Bundesbehörde oder der Landesregierung bestimmte Behörde. Bei allen Bedenken, die bei uns bestehen, und trotz des Wissens, welche unangenehme Aufgabe hier übernommen werden soll, sind wir doch der Meinung, daß diese mit dem Vorschlagsrecht ausgestatteten Stellen für die Ärzte die Landesärztekammern sein sollten. Sonst kämen ja nur dann irgendwelche staatlichen Stellen — entweder die Landräte oder die Amtsärzte — in Frage, aber ob dies eine glückliche Lösung wäre, bezweifeln wir doch sehr.

Für die Kreis- und Bezirksverbände wird wohl mehr als bisher eine Aufgabe insofern zufallen, als nach der Verordnung über die Erfassung von Wehrpflichtigen für bestimmte Aufgaben und über die Auskunftspflicht vom 28. 9. 61 alle natürlichen Personen und juristischen Personen des privaten und öffentlichen Rechtes die Pflicht haben, auf Verlangen dem Bundesminister für Verteidigung oder den Wehersatzbehörden alle Angaben, die für eine Erfassung erforderlich sind, fristgemäß und unentgeltlich zu machen. Hierzu muß aber betont werden, daß hier also nur eine Auskunftspflicht, jedoch nicht eine Auswahlpflicht vorliegt. Diese Feststellung ist deshalb besonders wichtig, weil einzelne Ersatzämter immer wieder versuchen, die Benennung einer bestimmten Zahl von bestimmten Ärzten von den Ärztekammern zu verlangen. Eine solche Aufforderung braucht nicht befolgt zu werden, da es hierfür an einer Grundlage fehlt. Das Bundesverteidigungsministerium ist auch gebeten worden, die ihm unterstellten Behörden noch einmal an diese Rechtslage zu erinnern. Nun werden wir in vielen Punkten auch die Fragen der Wehersatzämter gar nicht beantworten können, da wir solche Angaben gar nicht in unseren Personalbogen haben, wie die Frage nach einer Kriegsverletzung, die Frage nach der Wehrdienstfähigkeit und solche Einzelangaben. Nun, das wird sich ja noch im einzelnen einstellen.

Um die Kammerzugehörigkeit der San.-Offiziere

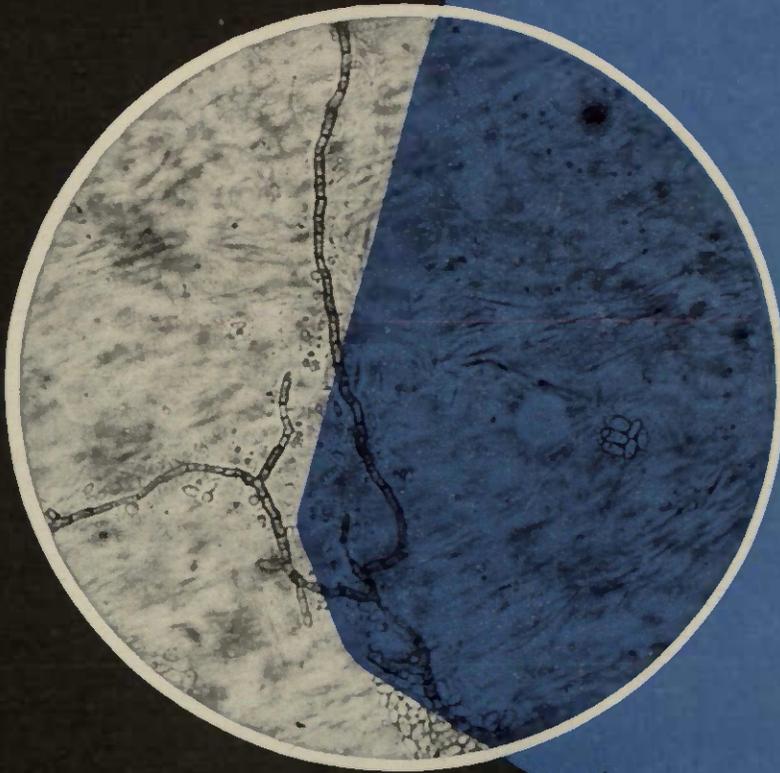
Der neueste Fragenkomplex ist durch ein Schreiben des Verteidigungsministers an die Landesärztekammer Niedersachsen aufgeworfen worden, nämlich die Frage, ob sowohl die landesrechtlichen Vorschriften über die Meldepflicht der Sanitätsoffiziere als durch die Zwangsmitgliedschaft bei den Ärztekammern und die Heranziehung der Sanitätsoffiziere zur Beitragsleistung an die Ärztekammern gegen das Grundgesetz verstoßen. Der Bundesminister für Verteidigung stellt sich auf diesen Standpunkt, da solche Regelungen der im Grundgesetz festgesetzten Kompetenzverteilung zuwiderlaufen, die dem Bund das Recht zur selbständigen, von den Ländern nicht unmittelbar kontrollierten Wahrnehmung der ihm zugewiesenen Verwaltungszuständigkeit gibt. Nach dieser Auffassung würden auch die landesrechtlichen Vorschriften über die Fortbildung der Ärzte, soweit sie Bundesbedienstete sind, gegen das Grundgesetz verstoßen, da für die Rechtsstellung der Bundesbeamten und Soldaten ausschließlich der Bund zuständig sei.

Es sei also allein dessen Angelegenheit, Vorschriften darüber zu erlassen, wie sich seine Beamten und Soldaten beruflich weiterzubilden hätten.

Diese Auffassung wird auch von der Rechtsabteilung des Bundesministeriums des Innern geteilt. Der Sanitätsinspekteur hat sich in einer Aussprache mit dieser Auffassung des Verteidigungsministeriums nicht einverstanden erklärt; ja, es ist sogar festzustellen, daß dieses Schreiben ohne vorherige Fühlungnahme mit dem Inspekteur des Sanitätswesens zustande gekommen ist. Über diese Frage soll nun sowohl mit der Sanitätsinspektion wie mit dem Verteidigungsministerium verhandelt werden in dem Sinne, daß wir es für unzulässig halten, daß organisatorisch wieder dieser Graben zwischen Reserve- und aktiven Sanitäts-Offizieren aufgeworfen wird. Die Zusammenarbeit zwischen beiden wird im Laufe der Entwicklung und infolge der ganzen politischen und militärischen Situation eine so enge werden, daß eine organisatorische Trennung uns als unmöglich erscheint.

Dr. Brentano-Hommeyer:

Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich habe zu berichten über die Tätigkeit des Ausschusses für Nachwuchsfragen und Studienreform, den ich die Ehre habe zu leiten und dem außer mir die Herren v. Gugel, Dehler, Riffart, Hellbrügge, Kleeberger und Weinmann angehören. Wenn spezielle Fragen der Studienreform zur Beratung stehen, dann werden jeweils auf Grund des Beschlusses des Ärztetages die Herren Professor v. Braunbehrens, Vogt und Schmidt, Nürnberg, zugezogen. Das ist die Zusammensetzung des Ausschusses. Der Ausschuß hat wiederholt getagt. Er hat sich, wie der Herr Präsident in seinem Bericht schon sagte, hauptsächlich mit der Frage befaßt, die ja in den letzten Jahren und Monaten auch die Öffentlichkeit immer mehr beschäftigt hat, nämlich mit der Frage der Nachwuchslenkung, vor allen Dingen der Gretchenfrage, gibt es nun zu viel oder zu wenig Nachwuchs. Es ist verständlich, daß gerade die Krankenhausträger und zum Teil auch die Chefärzte diese ganze Frage unter dem persönlichen Gesichtswinkel sehen, wenn ihnen durch den Assistentenmangel viel mehr Arbeit



Ein
neues
Präparat

der
Hädensa-Gesellschaft
Berlin-Friedenau

gegen
Pilzinfektionen

der Haut wie:
Trichophytien
Epidermophytien
Mikrosporie
Erythrasma

EPIPHYTOL

mit Allergieschutz durch Prednisolon



EIN WESTBERLINER ERZEUGNIS

20 ccm DM 2.40 o. U.

HOMBURG



Schmerzen
Fieberhafte
Erkrankungen

TREUPEL®

TABLETTEN

Cadein. phosphoric. 0,01 g, Phenacetin. 0,25 g,
Acid. acetylosalicylic. 0,125 g

SUPPOSITORIEN

für Erwachsene, Kinder
und Säuglinge (ab 4. Lebensmonat)

Cadein. phosphoric. 0,02 g (0,005 g, 0,0025 g),
Phenacetin. 0,5 g (0,125 g, 0,0625 g),
Acid. acetylosalicylic. 0,25 g (0,0625 g, 0,0312 g)

CHEMIEWERK HOMBURG FRANKFURT/MAIN



aufgebürdet wird. Ich habe ja selbst auch im „Bayer. Ärzteblatt“ und auch in den „Ärztlichen Mitteilungen“ gerade diese Fragen besprochen; ich habe auch die Frage angeschnitten, inwieweit unsere Wirtschaftslage und vor allem die auf dem Kassenrecht beruhende wirtschaftliche Situation mehr Ärzte verträgt und ihnen ein angemessenes Auskommen gewährleistet. Diese harten Tatsachen muß man bei der Frage natürlich auch berücksichtigen und nicht nur rein theoretische Bedarfspläne aufstellen, wie es der Wissenschaftsrat veranlaßt hat, der in keiner Weise Rücksicht darauf nimmt, was wir tatsächlich an Ärzten verkraften können. Ich möchte nur ein paar Zahlen geben. Die Berechnungen des Diplommathematikers und ORR Nebel haben gezeigt, daß man in den nächsten 10 Jahren, bis 1970, mit rund 20 000 Ärzten als Nachwuchsbedarf rechnen kann. Das ist sorgfältig ermittelt. Demgegenüber sind an den deutschen Universitäten trotz Zulassung nach Maßgabe der vorhandenen Arbeitsplätze, wie es in den meisten Fakultäten ja nun gemacht wird, nicht nur bei der medizinischen, gegenwärtig über 30 000 Medizinstudenten immatrikuliert, und es muß bis 1970 nach den Berechnungen von Nebel mit einem Überschuß von fast 20 000 Ärzten gerechnet werden. Das würde eine Zunahme von rund 24% seit 1961 bedeuten, während die Zuwachsrate der Gesamtbevölkerung nur 5% im gleichen Zeitraum beträgt. Sie können daraus ersehen, daß, wenn die gegenwärtige Entwicklung anhält und wenn dauernd von allen möglichen Seiten auch noch das Medizinstudium propagiert wird, wir fünfmal soviel Ärzte haben werden, als wir eigentlich nach der Bevölkerungszunahme brauchen. Man braucht nur daran zu denken, daß möglicherweise auch eine Wirtschaftskrise kommt, dann wäre die Katastrophe fertig, und das Wort vom Ärzteproletariat ist dann wirklich kein Schreckgespenst.

Nachwuchs und Studienreform

Nun noch kurz ein Wort zur zweiten Aufgabe dieses Ausschusses, nämlich Studienreform. Zweifel an der Güte der medizinischen Ausbildung in der Bundesrepublik zwingen uns, die Frage der Hochschulreform anzugreifen. Die Stimmen mehren sich, die sagen, daß die Fakultäten offenbar aus eigener Kraft zu einer notwendigen Reform nicht in der Lage zu sein scheinen und daß deshalb praktisch die Kammern als Standesvertretung gezwungen sind, hier einzugreifen.

In diesem Sinne, glaube ich, muß der von mir geleitete Ausschuß tätig werden.

Dr. Dehler:

Herr Präsident, meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich darf berichten über die Tätigkeit des Ausschusses für Fragen der angestellten Ärzte in der Zeit seit dem 1. 5. 1961. Dem Ausschuß gehören an: Herr Professor Hellbrügge, Herr Oberarzt Dr. Hickl, Herr Professor Hockerts, Herr Dr. Lins, Herr Dr. Lössl, Herr Dr. Mühleisen, Herr Priv.-Doz. Dr. Vogt und ich selbst.

Der Ausschuß hat Herrn Priv.-Doz. Dr. Frik, Erlangen, als Mitglied kooptiert. Der Ausschuß hat verschiedentlich getagt. Die Verhandlungsgegenstände waren u. a. die Neuordnung des Hochschullehrerrechts in Bayern, die Durchführung der Beschlüsse des 64. Deutschen Ärztetages hinsichtlich der Krankenhausreform, die Fragen der

Bayer. Ärzteversorgung und ihres Leistungsplanes, Fragen der Zusatzversorgung für nachgeordnete angestellte Ärzte, Probleme der Errichtung weiterer medizinischer Ausbildungsstätten in Bayern, die Auswirkungen des neu verkündeten Bundesangestellten-Tarifvertrages auf die gesamte ärztliche Struktur und die Neuordnung der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Auswirkung auf die Zulassung von Ärzten.

Zum Hochschullehrergesetz, meine verehrten Kollegen, ist festzustellen, daß die Beratungen in zeitlicher Kontinuität mit den entsprechenden Ausschüssen des Landtags, insbesondere des Ausschusses für Beamtenrecht und Besoldung, dem ich selber angehöre, erfolgten und hier noch eine sehr erhebliche Einwirkung zugunsten des akademischen Mittelbaues und der akademischen Unterschicht erfolgen konnte. Im ganzen resultierte ein Gesetz, das gegenüber der Regierungsvorlage gerade in der Auswirkung für die an den Hochschulen tätigen Kollegen sehr erfreuliche Verbesserungen gebracht hat, sei es in der Frage der Widerrufsfristen, die praktisch Kündigungsfristen gleichkommen, sei es in der Frage der versorgungsrechtlichen Situation, insbesondere der älteren Privatdozenten und Apl.-Professoren, sei es in der Frage der Freiheit der wissenschaftlichen Tätigkeit und der Publikationsmöglichkeit für nachgeordnete Hochschulbeamte, sei es in der Frage der Zeit für eigene wissenschaftliche Tätigkeit, sei es die der Einräumung von Lebensstellungen auch für Nicht-Ordinarien an den Hochschulen.

Zu den versorgungsrechtlichen Fragen darf ich sagen, daß hier in engster Zusammenarbeit mit dem Präsidenten der Bayer. Ärztekammer und der Versicherungskammer vom Ausschuß die Vorschläge erarbeitet wurden, die als Beschlüsse des Landes Ausschusses der Ärzteversorgung bis auf eine einzige Ausnahme mit Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörden heute Satzungsinhalt geworden sind. Ich darf, nachdem der Herr Präsident die Dinge vorgetragen hat, auf eine eingehende Darstellung verzichten.

Fragen der angestellten Ärzte Angestellten-Ärzteversorgung

Die Frage der Beziehung der Angestelltenversicherung zur Ärzteversorgung wirft nach wie vor eine erhebliche Reihe von Problemen auf. Es ist wiederholt vorgetragen worden, daß es für die Ärzteversorgung von existenzieller Bedeutung ist und bleibt, daß sich die überwältigende Mehrheit der ins Berufsleben eintretenden jüngeren Kollegen zugunsten der Ärzteversorgung entscheidet. Glücklicherweise, meine verehrten Kollegen, kann man heute schon feststellen — ein Erfahrungszeitraum von über 5 Jahren liegt vor —, daß wohl weit über 95% der jüngeren Kollegen schon vom ersten Tag ihrer Berufstätigkeit ihre Entscheidung zugunsten der Bayer. Ärzteversorgung wählen. Es wird aber notwendig sein, das Angestelltenversicherungsgesetz, das ein Bundesgesetz ist, in verschiedenen Fragen doch zu novellieren, weil eine Reihe von Härten auftritt, die zur Benachteiligung der angestellten Ärzte führen, die sich zugunsten der Bayer. Ärzteversorgung von der Angestelltenversicherung haben befreien lassen. Insbesondere trifft das für die Hochschul-

lehrer zu, die für den Fall ihres Ausscheidens aus dem Beamtendienst nachversichert werden, aber nur bei der Angestelltenversicherung nachversichert werden, und sich nicht bei der Ärzteversorgung nachversichern können. Es trifft auch für die Kollegen zu, die aus oft beruflichen Gründen ihre Tätigkeit außerhalb des Hoheitsgebietes des Freistaates Bayern verlegen, insbesondere in solche Länder, bei denen keine gleichartigen standeseigenen Versorgungseinrichtungen vorliegen. Es gibt eine ganze Reihe zusätzlicher Problematiken, die ich jetzt im einzelnen nicht aufzählen möchte. Sie sehen aber, daß hier viel Kleinarbeit geleistet werden muß, die sowohl Sachverstand als auch juristische Präzision erfordern. Im Deutschen Bundestag liegt eine vom Ausschuß schon vor Jahren erarbeitete umfangreiche Denkschrift vor, die sowohl über die Ärztekammer als auch über die Versicherungskammer den Fraktionen und Abgeordneten zugeleitet wurde, die — das mag der erste Erfolg sein — immerhin von Fachjuristen die Anerkennung einer erschöpfenden Darstellung der Problematik erhalten hat. Es ist zu hoffen, daß im nächsten Jahr, wenn der Bundestag im Rahmen seines Arbeitspensums an die Nominierung des Angestelltenversicherungsrechts geht, hier diese Fragen eine positive gesetzliche Regelung finden.

Auch die Frage der Zusatzversorgungsleistung stellt weit über den betroffenen Kreis der angestellten Ärzte hinaus für die Bayer. Ärzteversorgung eine sehr wichtige Tatsache dar. Wenn es — wie es unser Ziel ist — endlich gelingt, die den Angestellten im Öffentlichen Dienst generell mit Ausnahme der Ärzte zustehenden Zusatzversorgungsleistungen zu den Normalbeiträgen in die Ärzteversorgung einzuführen, wird der Leistungsplan der Ärzteversorgung weiter auszubauen und zu verbessern sein, schon einfach deswegen, weil die Einfügung von Leistungen im frühesten Lebensjahr durch insges. 3000—4000 Mitglieder die Versicherungsbilanz wesentlich beeinflussen würde. Auch hierzu ist in großer, sehr langwieriger Arbeit sehr viel Material erarbeitet und an Versicherungskammer und Ärztekammer als Anregung herangetragen worden.

B A T und ärztliche Tätigkeit

Weiter, meine Damen und Herren, ist — weit über den Bereich der angestellten Ärzte hinaus — die Verkündung des neuen Bundesangestellten-Tarifvertrages, von dem auch die im Öffentlichen Dienst stehende Ärzte betroffen sind, deshalb von Bedeutung, weil hier wiederum ein Versuch gemacht worden ist, in die Struktur des Krankenhauses und insbesondere seines ärztlichen Dienstes einzugreifen. Es ist erstmalig in die Bewertung ärztlicher Tätigkeit auch hier ein Stundenplan eingefügt worden, man will zur Reglementierung der Arbeitszeiten und der ärztlichen Leistungen kommen — unerfreuliche Dinge, die es ebenfalls gilt, in Ausschöpfung aller in diesem Tarifvertrag, der eine gesetzähnliche Wirkung hat, liegenden Möglichkeiten zu verhindern.

Weiter ist festzustellen, daß die Frage der Neuordnung der gesetzlichen Unfallversicherung den Ausschuß befaßt hat. Nach eingehender Prüfung ist er zu der Erkenntnis gekommen, daß all die Bestrebungen zu unterstützen sind, die die Zulassung aller fachlich geeigneter Ärzte zum D-Arzt-Verfahren eröffnen.

Zur Frage neuer Hochschulen

Der Ausschuß hat sich auch mit der Frage der neuen Ausbildungsstätten in Bayern eingehend befaßt und kam zum Ergebnis, daß das Hauptanliegen bleiben muß. Hier kann ich an das, was mein Kollege Brentano-Hommeyer sagte, anknüpfen: Weniger Quantität als die Qualität der Ausbildung verbessern. Der Ausschuß war der einstimmigen Meinung, daß es nicht glücklich wäre, wenn durch Schaffung medizinischer Akademien, d. h. de facto Ausgliederung medizinischer Fakultäten aus der universitas literarum, die Gesamtschau einer akademischen Ausbildung erheblich beeinträchtigt wird. Er hat daher die Errichtung medizinischer Akademien abgelehnt. Der Ausschuß war auch weiter der Meinung, daß es nicht glücklich wäre, daß durch Schaffung neuer Hochschulen der gerade im Bereich der Medizin notwendige weitere Ausbau, die Verbesserung und der Nachholbedarf der drei bestehenden Hochschulen beeinträchtigt wird. Der Ausschuß ist dagegen zur Meinung gekommen, daß es notwendig ist, gerade zur Vertiefung der Ausbildung, zur Steigerung der Qualität die Heranziehung großstadtnaher Großkliniken in die Ausbildungsarbeit der medizinischen Fakultäten zu ermöglichen.

Meine verehrten Damen und Herren, der Ausschuß war immer der Meinung, daß seine Hauptaufgabe darin liegt, die Probleme und die Sorgen der Krankenhausärzte, die wohl überwiegend zum ärztlichen Nachwuchs gehören, in den Gesamtstand vorzunehmen, daß verhindert werden muß, daß es zu einer Fraktionierung der Interessen oder gar zu einer Desintegration des standespolitischen Willens des gesamten Berufsstandes kommt. Der Ausschuß, der in seiner Arbeit immer die volle Unterstützung des Vorstandes der Ärztekammer fand, war der zuversichtlichen Hoffnung, hier ein Stück Arbeit mitgeleistet zu haben.

Dr. Doerfler:

Die Tätigkeit des Hilfsausschusses

Meine verehrten Kolleginnen und Kollegen! Meine Bericht kann sich ganz kurz gestalten, nachdem das Grundlegende der Herr Präsident schon gesagt hat. Ich darf ihn nur in einigem ergänzen.

Was zunächst den Kreis der Unterstützungsempfänger anlangt, die der Hilfsausschuß zu versorgen hatte, so waren es im Jahr 1961 durchschnittlich monatlich 290 Bedürftige, die aus den Mitteln des Hilfsfonds unterstützt werden mußten. Davon waren 38 Kolleginnen und Kollegen und 255 Arzttwitwen und Arztwaisen.

Was nun die monatlichen Zuwendungen anlangt, so lagen sie für den Kreis der Ärztinnen und Ärzte zwischen 40.— und 500.—, und zwar, wenn ich das gleich etwas aufgliedern darf: 21 der 38 Ärzte bekamen monatliche Zuwendungen zwischen 40.— und 80.—, 11 bekamen 100.—, 7 solche zwischen 120.— und 500.—, wobei die hohen Zuwendungen 150.—, 250.— und 500.— nur je einmal zur Verteilung kamen. Der eine Fall von 500.— betrifft eine Kollegin, die an einer Virus-Encephalitis erkrankt ist und dadurch für längere Zeit, vermutlich auch noch für den Lauf des Jahres 1962, völlig arbeits- und erwerbsunfähig ist. Es sind also Ausnahmen.

Was die Hinterbliebenen anlangt, so sind das 252, und die Unterstützungssummen schwanken zwischen

200.— und 350.—. Die 350.— ist auch nur ein Einzelfall, wo eine besondere Notlage vorliegt. Meistens sind da auch noch mit der Witwe Kinder mit zu versorgen. Die anderen bewegen sich hauptsächlich in den Gruppen zwischen 40.— und 100.—.

Neben den monatlichen Unterstützungen für die Ärzte und ihre Hinterbliebenen kommen auch noch in Betracht einmalige Beihilfen in besonderen Notlagen, also z. B. für Beihilfen zu notwendig gewordenen Operationen oder zu kostspieligem Zahnersatz oder zu sonstigen besonderen, die wirtschaftlichen Verhältnisse beeinträchtigenden Ereignissen. Davon wurden 18 Bedürftige betroffen, und es wurden im gesamten an einmaligen Beihilfen 7256.— verteilt. Interessieren dürfte vielleicht auch noch die Altersverteilung der Unterstützungsempfänger. Bis 60 Jahre waren es 6 Ärztinnen und Ärzte, von 61 bis 70 Jahre 10 und über 70 Jahre 22. Von den hinterbliebenen Arztwitwen und Arztwaisen waren bis 60 Jahre 59, zwischen 61 und 70 Jahre 95 und über 70 Jahre 98, davon 1 über 100 Jahre. Sie wissen ja, daß unsere Arztwitwen, wenn sie einmal ihr Hauskreuz los sind, so ziemlich das ewige Leben haben. Im abgelaufenen Jahr sind verstorben 5 Ärzte und 10 Hinterbliebene. Damit hat sich die Gruppe der Unterstützungsbedürftigen von 290 monatlich im Jahr 1961 auf 270 im Jahr 1962 vermindert; das kommt einmal durch die 15 Todesfälle, und zum anderen hängt es damit zusammen, daß einzelne Unterstützungsempfängerinnen ihre Anträge noch nicht eingereicht haben. Das müssen sie ja jedes Jahr wieder neu machen.

Der Ausschuß selbst besteht, Sie haben sie ja selbst gewählt, aus den Herren Allwein, München, Hermann, Würzburg, Hess, Coburg, Kellner, Traunstein, Kling, Augsburg, Müller-Platz, Frontenhausen und Treutinger, Neumarkt/Opf. und mir. Wir sind im Jahr 1961 in den Gesamtausschuß nur einmal zusammengetreten, während der Hilfsausschuß, der aus den Herren Sondermann, Allwein, Kling und Sluka besteht, 4mal zusammengetreten ist, wobei noch zu bemerken ist, daß in dringenden Fällen durch telefonische Umfrage bei den Mitgliedern des Hilfsausschusses Entscheidungen herbeigeführt worden sind. Im Jahr 1962 haben bis jetzt 3 Sitzungen des Hilfsausschusses stattgefunden; es liegt mir noch zum Schluß daran, den Herren des Hilfsausschusses herzlich zu danken dafür, daß sie es ermöglichen, daß wir, die große Zahl der Kollegen, nicht so oft nach München zusammenkommen müssen. Wir werden von den Ergebnissen immer genau unterrichtet und haben dann in der einmal im Jahr stattfindenden Hauptausschußsitzung Gelegenheit, dazu Stellung zu nehmen. Ich kann Ihnen versichern, daß wir bisher noch nie die Notwendigkeit hatten, mit den Beschlüssen des Hilfsausschusses nicht einverstanden zu sein. Ich danke Ihnen.

Dr. Soenning

Herr Präsident, meine sehr verehrten Damen und Herren! Zunächst möchte ich mich herzlich für die freundlichen Worte der Annerkennung der Arbeit des Landesgesundheitsrates bedanken. Besonders danken möchte ich, daß Sie mir Gelegenheit geben, anlässlich des fast 10jährigen Bestehens des Landesgesundheitsrates einen kurzen Bericht über seine Arbeit zu geben.

Im Sommer 1953 wurde der Landesgesundheitsrat durch ein Gesetz konstituiert. In der gesetzlichen Regelung liegt eine wesentliche Neuerung, die Bayerns Gesundheitsrat in seiner Struktur von den Einrichtungen anderer Länder gleicher Art unterscheidet, die auf dem Verordnungsweg geschaffen wurden. In Bayern ist der Landesgesundheitsrat ein unabhängiges Gremium, das als gesundheitspolitisches Beratungsorgan fungiert und alle auf diesem Gebiet tätigen Kräfte einschließt. In Bayern war man sich von vornherein einig, nicht einen zusätzlichen Medizinalausschuß zu bilden. Dem Landesgesundheitsrat gehören insgesamt 15 Vertreter der wichtigsten Organisation auf dem Gebiet des Gesundheitswesens an. 15 Mitglieder entsendet das Parlament auf Vorschlag der Fraktionen. Die Tätigkeit im Landesgesundheitsrat ist ehrenamtlich, es werden nicht einmal Reisekosten für die Mitglieder ersetzt. Ich möchte gerade an dieser Stelle allen Ratsmitgliedern meinen aufrichtigen Dank für ihre selbstlose Mitarbeit sagen. Als bayerische Einrichtung hat der Landesgesundheitsrat sich im wesentlichen mit Aufgaben beschäftigt, die in der Zuständigkeit des Landes Bayern liegen oder die Interessen Bayerns berühren. Seit 1953 unterstützte der Landesgesundheitsrat mit Rat und Tat die Regierung und das Parlament bei allen gesundheitspolitischen Maßnahmen. Oft hat er in harmonischer Zusammenarbeit mit den ärztlichen Abgeordneten des Landtages in wichtigen Fragen des Gesundheitswesens die Initiative ergriffen. Der Start dieser neuen Einrichtung war sicherlich nicht immer einfach. Man kann aber heute sagen, daß nicht nur das Bayer. Parlament, sondern auch die Bayer. Staatsregierung ihren Wert erkannt haben und daß viele Maßnahmen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens erst durch die Mitwirkung des Landesgesundheitsrates ermöglicht werden konnten.

Aus dem Tätigkeitsbericht sollen nur einige wichtige gesundheitspolitische Probleme, die Sie bestimmt interessieren, angeschnitten werden.

Förderung des Krankenhauswesens

Die Förderung des Krankenhauswesens hat den Gesundheitsrat seit seinem Bestehen — man kann sagen mit großem Erfolg — beschäftigt. Der Bayer. Landtag beschloß nämlich im letzten Jahr, die fehlenden 6000 Krankbetten in unserem Lande innerhalb drei Jahren zu beschaffen und stellte beträchtliche Förde-

TROPFEN/TABL./AMP./SALBE

Cefavenin[®]

VENÖSE STAUUNGEN
THROMBOPHLEBITIS
HÄMORROIDEN
ULCUS CRURIS



CEFAK · KEMPTEN

rungsmittel in Höhe von über 100 Millionen in Aus-
sicht. Ein Krankenhausplanungs- und Finanzierungs-
gesetz konnte im Landtag keine Mehrheit finden. Die
Vorstellungen der Bayer. Staatsregierung für eine drin-
gend notwendige Krankenhausplanung soll nach dem
Prinzip des Goldenen Zügels bei den Krankenhausträ-
gern Berücksichtigung finden. Die Zuschüsse für den
Krankenhausausbau haben sich von 2 Millionen im
Jahr 1960 und 3 Millionen im Jahr 1961 auf etwa
20 Millionen im Jahr 1962 erhöht. Aus diesen Zahlen
ergibt sich die grundlegende Verbesserung der Förde-
rung des Krankenhauswesens ab 1962. Der Bayer. Staat
gab bis zum Jahr 1957 jährlich ca. nur 4 bis 5 Millio-
nen für Förderungsmittel aus. Für freigemeinnützige
und private Krankenhäuser wurden bis zu diesem Zeit-
punkt überhaupt keine Mittel zur Verfügung gestellt.
Die Darlehen, die neben den Zuschüssen gegeben wer-
den, betragen im Jahr 1960 ca. 13,5, 1961 17 Millionen
und 1962 ebenfalls 17 Millionen. Jährlich werden da-
von abgezweigt 4 Millionen für freigemeinnützige und
private Krankenanstalten. Trotz der erheblichen Er-
höhung der Zuschüsse ist die gewährte Darlehenssum-
me nicht abgesunken. Die Darlehen wurden bis 1953 zu
4% und 2% Tilgung ausgereicht, ab 1959 wurde der
Zinssatz auf 3% gesenkt. Im Zuge der grundsätzlichen
Verbesserung der Krankenhausbauförderung werden die
Darlehen ab 1962 zinslos gewährt. Die Laufzeit dieser
zinslosen Darlehen beträgt 25 bis 30 Jahre. Bisher wur-
den Zuschüsse für den Krankenhausbau nur kommun-
alen Trägern gewährt. Ab 1963 soll damit begonnen
werden, nach Maßgabe der vorhandenen Mittel auch
den freigemeinnützigen Krankenhausträgern Zuschüsse
zu gewähren. Privaten Krankenhausträgern sollen Zu-
schüsse nicht gegeben werden. Dagegen werden die
zinslosen Darlehen ab 1962 allen Krankenhausträgern
gegeben, also den kommunalen und den freigemein-
nützigen wie auch den privaten Krankenanstalten.

Die Förderungsmittel haben laut neuester Aufstellung
des Bayer. Innenministeriums unbestreitbare Erfolge
gezeigt. Seit 1958 und 1960 haben sich die Planbetten
in Bayern von 101 000 auf 105 000 erhöht, also um un-
gefähr 4000 Krankenbetten mehr. Die öffentlichen
Krankenhäuser zeigten eine Zunahme von über 2000,
die freigemeinnützigen von 718 und die privaten von
1100 Betten. Wie im Bundesgebiet macht auch bei uns
der Mangel an Krankenhauspflegeper-
sonal große Sorge. Neben dem Bemühen, die soziale
Stellung der Krankenhausschwester in jeder Hinsicht
zu verbessern und ihnen gute Wohnungen zur Verfü-
gung zu stellen, glaubte der Gesundheitsrat, daß auf
die Dauer nicht zu verantworten ist, den Krankenhau-
strägern die gesamten Unkosten für die Schwesternaus-
bildung allein zuzumuten. Aus diesem Grund hat sich
der Bayer. Landtag seit 1958 entschlossen, erhebliche
Zuschüsse für Aus- und Fortbildung des Krankenhausp-
flegepersonals auszuschütten. Für jede in Ausbildung
befindliche Krankenhausschwester wird den Schwe-
sternschulen ein jährlicher Zuschuß in Höhe von 500.—
DM gewährt. Bisher ist Bayern das einzige Land, das
diese Förderungsmaßnahme ergriffen hat. 1959 wurden
über 800 000 ausgegeben und 1962 sind wir auf über
1,3 Millionen DM gelangt. Die Zahl der Kranken-
pflegepersonen in den Krankenanstalten hat sich seit
1954 von 11 000 auf 14 000 im Jahr 1960 erhöht. 1954
standen ea. 2000 Krankenpflegepersonen in Ausbildung,
1960 4000.

Auch die Krankenpflegeschulen haben sich
von 1954 von 62 auf 80 im Jahr 1961 erhöht. Hier sieht
man also, daß die Förderungsmittel des Bayer. Staates
doch immerhin einen Vorteil gebracht haben.

Das Münchener Klinikum

Auch die Universitätskliniken sind ein gro-
ßes Anliegen des Landesgesundheitsrates und auch des
Bayer. Staates. Der Bau eines neuen Münchner Klini-
kums am Stadtrand soll im Laufe der nächsten Jahre
durchgeführt werden. Allein der erste Bauabschnitt
wird mindestens 10 Jahre in Anspruch nehmen. Er
wird nach neuesten Aufstellungen, die ich gestern be-
kommen habe, 360 Millionen DM kosten. Um in der
Zwischenzeit die Kliniken in der Innenstadt in die
Lage zu versetzen, ihre wissenschaftlichen und Aus-
bildungsaufgaben durchzuführen, ist ein Not- und So-
fortprogramm aufgestellt worden, das zur Zeit auf
Grund energischer Vorhaltungen des Bayer. Landes-
gesundheitsrates jetzt erweitert wird und eine Summe
von 40 bis 50 Millionen erreichen wird. Der Landes-
gesundheitsrat hat sich gerade in den letzten Wochen
vor den Landtagsferien erneut mit diesem ersten Pro-
blem beschäftigt und im gegenseitigen Gespräch mit
den Vertretern der med. Fakultät und der Bayer.
Staatsregierung bedauerliche Mißverständnisse aus dem
Weg geräumt. Man kann jetzt hoffen, daß der Neubau
des Klinikums Großhadern schnellstens verwirklicht
und daß das dringend erforderliche Not- und Sofort-
programm schnell und zügig durchgeführt wird. Auch
Maßnahmen werden zur Zeit überlegt, die Ausbil-
dungsmöglichkeiten besonders an den Münchner Univ.-
Kliniken erheblich zu verbessern.

Schluckimpfung, Krebsbekämpfung, Blutspendedienst

Wie Sie wissen, ist Bayern das erste Land der Bun-
desrepublik, das die jetzt schon als erfolgreich aner-
kannte Schluckimpfung durchgeführt hat. Im
Gegensatz zum Bundesgesundheitsrat hat der Bayer.
Landesgesundheitsrat von Anfang an sich eindeutig für
die Einführung der Schluckimpfung eingesetzt. Ich
glaube, es ist der richtige Platz, hier den Herren vom
Innenministerium zu danken für ihre außerordentlich
große organisatorische Aufgabe. Über die Arbeits-
gemeinschaft zur Krebsbekämpfung, über
die der Herr Präsident schon gesprochen hat, brauche
ich nichts mehr zu sagen. Ich möchte aber betonen, daß
die Vorschläge des Bayer. Landesgesundheitsrates nur
durch die energische Mitwirkung von der Landesärzte-
kammer und von ihrem Präsidenten verwirklicht wer-
den konnten.

Voriges Jahr wurde in Nordbayern ein zentraler
und freiwilliger, unentgeltlicher Blut-
spendedienst eingerichtet. Hier kann man, glaube
ich, sagen, daß ohne das energische Eingreifen des Bayer.
Landesgesundheitsrates diese Aktion heute noch nicht
verwirklicht worden wäre. Zur Zeit behandelt der Lan-
desgesundheitsrat ein sehr aktuelles Thema: gemeinsame
Fragen des zivilen und militärischen Ge-
sundheitsdienstes in Bayern. Die zuständi-
gen Stellen der Bundeswehr haben sich für die ge-
meinsamen Beratungen anerkanntswert aufgeschlossen
zur Verfügung gestellt, und man kann hoffen, daß in
der letzten Sitzung des Landesgesundheitsrates in die-
ser Legislaturperiode entsprechende Vorschläge be-
schlossen werden.

Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern

Der Bayer. Landesgesundheitsrat wünscht im Interesse des Gesundheitswesens eine gute Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern. Der Bayer. Landesgesundheitsrat kennt als unabhängiges Organ keine Einschränkung seiner Arbeit durch Zuständigkeitsfragen im Sinne des Grundgesetzes und der Bayer. Verfassung. Wenn die Interessen und die Förderung des Gesundheitswesens es notwendig machten, hat er mit dem Bayer. Staatsministerium des Innern und mit dem Gesundheitsministerium eine enge Fühlungnahme und Koordinierung durchgeführt. Am 18. Mai z. B. lud der Bayer. Landesgesundheitsrat Frau Bundesgesundheitsminister Dr. Elisabeth Schwarzhaupt nach München zu einer ersten Aussprache in Bayern über viele gesundheitspolitische Probleme ein. Diese Kontaktaufnahme wird sich bestimmt bewähren.

Zum Schluß möchte ich der Hoffnung Ausdruck geben, daß auch in Zukunft der Bayer. Landesgesundheitsrat von allen zuständigen Stellen in seiner Arbeit unterstützt wird und seine Vorschläge wie bisher bei den gesundheitspolitischen Beschlüssen des Parlaments und bei den Maßnahmen der Bayer. Staatsregierung berücksichtigt werden.

Dr. Reiehstein:

Pressestelle und Schriftleitung

Die Worte des Herrn Präsidenten über Pressestelle und Schriftleitung darf ich noch mit ein paar kurzen Bemerkungen ergänzen. Es ist die Aufgabe der Pressestelle, die Kontakte mit der Bayer. Presse und dem Bayer. Rundfunk aufrechtzuerhalten und beiden, Presse und Rundfunk, für Auskunftserteilung und von Fall zu Fall auch für Beratungen zur Verfügung zu stehen.

Es ist außerdem die Aufgabe der Pressestelle, die Bayer. Landesärztekammer bei den Pressekonferenzen der Bayer. Staatsregierung, der Landeshauptstadt, der einzelnen Ministerien und der wissenschaftlichen Gesellschaften zu vertreten. Sie hat weiterhin die Pflicht, auf ihrem Gebiet dazu beizutragen, unerwünschte Entwicklungen einmal abzuwehren und dann auch mit Härte und Bestimmtheit unseren Standpunkt zu vertreten.

Ich erinnere in diesem Zusammenhang an unsere Bemühungen, einem Besucher des vorjährigen Ärztetages folgend, die Errichtung von Ambulatorien in München abzuwehren.

Es ist weiterhin notwendig, Presse und Rundfunk mit den uns berührenden Nachrichten zu versehen, wobei wir insbesondere auch Wert darauf legen, auch die Öffentlichkeit durch Presse und Rundfunk über alle von der Landesärztekammer veranstalteten Fortbildungskurse zu informieren; denn es ist sehr wichtig,

daß auch die Öffentlichkeit durch diese Mitteilung in der Tagespresse immer wieder darauf aufmerksam gemacht wird, daß die Ärzte sich laufend weiter fortbilden.

Der Pressestelle obliegt die Herausgabe des „Informationsdienstes“ für die Kolleginnen und Kollegen und die Herausgabe der „Pressestimmen“ mit Auszügen aus der Tagespresse aus Fachzeitschriften unter Gesichtspunkten ärztlichen Interesses. Als weitere Ziele stehen vor uns die Vertretung der wichtigen Angelegenheiten ärztlichen Interesses in der Öffentlichkeit und der Versuch, auch mit Hilfe der Publizistik Verständnis dafür zu finden. Das gilt z. B. insbesondere auch für alle Maßnahmen aus dem gesundheitspolitischen Raum unter besonderer Berücksichtigung der präventiven Medizin. Dabei müssen wir immer daran denken, daß für die Öffentlichkeit die Landesärztekammer ja nicht primär oder nur eine standespolitische Institution ist, sondern eben eine Art gesundheitspolitische Institution, und es ist sicher gut, wenn wir auch auf diesem Gebiete ein gewisses Ansehen erlangen, das man dann von Fall zu Fall auch bei standespolitischen Fragen in die Waagschale werfen kann. Soviel zur Pressestelle.

Noch als kurze Ergänzung zum Bayer. Ärzteblatt folgendes: Das BÄBL ist mit zur Zeit etwa 15 000 Exemplaren die stärkste von Kammern des Bundesgebietes herausgegebene ärztliche Zeitschrift. Alle anderen liegen unter, z. T. weit unter dieser Zahl. Es ist unser Bemühen, durch eine klare Gliederung und eine lesbare Anordnung des Stoffes dem Leser es ein wenig angenehm zu machen, das Blatt zu lesen. Wir wollen uns auch immer bemühen, Vorträge, die von unseren Kollegen nach oft großer Vorbereitung vor Veranstaltungen gehalten worden sind, durch Abdruck einem größeren Kreis von Lesern zugänglich zu machen. Natürlich ist es schwierig, in jedem Blatt alles für alle interessant zu machen, zumal unser Blatt den Ärzten aller Fachrichtungen zugeht. Eine deutliche Abgrenzung zu den rein wissenschaftlichen Zeitschriften ist uns ebenfalls auferlegt. Die Inserate, über die Sie sich sicher manchmal mit Recht ärgern, besonders wenn sie den Text unterbrechen, sind auch für uns keine reine Freude. Aber ich darf Sie daran erinnern, diese Inserate haben eine nicht unerwünschte Nebenwirkung für uns, und wir müssen sie in Kauf nehmen. Es wäre uns auch weiterhin lieb, wir könnten des öfteren kürzere statt längere Artikel abdrucken, weil wir glauben, daß solche doch lieber gelesen werden; aber da sind unseren Möglichkeiten natürlich durch die Autoren Grenzen gesetzt. Wir haben uns weiterhin bemüht — und das soll auch künftig so bleiben —, in jedem Jahr ein oder zwei Themen fortlaufend als Art Schwerpunktthemen zu behandeln. In diesem Jahr ist es das Problem der Geburtenregelung, zu dem inzwischen bis jetzt ein prominenter Vertreter der katholischen und einer der

Strophadenyl

TROPFEN

Dr. Georg Henning

CHEM. PHARM. WERK GMBH. BERLIN-TEMPELHOF (WEST)

für die ambulante
Herztherapie



evangelischen Theologie Stellung genommen haben. In dem nächsten oder übernächsten Heft wird das gleiche Problem von einem unserer führenden Professoren für Geographie unter demographischen Gesichtspunkten abgehandelt werden.

Wir wollen diese Artikelreihe abschließen mit einer Darstellung unter ärztlichen Gesichtspunkten. Eine Darlegung der ärztlichen Tätigkeit in den anderen Ländern des Westens, des Ostens und der neutralen Welt, und ein Aufgreifen der gesundheitspolitischen Probleme, die mit den in größerer Zahl zu uns kommenden Arbeitskräften aus den warmen Ländern zusammenhängen, soll demnächst erfolgen. Nach den Artikeln bringen wir Berichte aus dem Ständeleben. Wir haben seit einiger Zeit eine sehr eingehende Berichterstattung über die einzelnen Vorträge aus den Fortbildungsveranstaltungen. Wir sehen darin auch die Vermittlung von Erfahrungen der Klinik für die Praxis und wir glauben, daß manchen Kollegen, die nicht zu den Fortbildungskursen gehen konnten, die Lektüre dieser eingehenden Darstellung auch manches für die Praxis geben kann.

Darüber hinaus legen wir großen Wert darauf, daß durch solch eingehende Darstellungen des Inhalts der Fortbildungskurse immer wieder auch die Öffentlichkeit darauf hingewiesen wird, was geschieht, damit ein falscher Eindruck über den Gesamtbestand unserer Ausbildung und Fortbildung vermieden wird. In den letzten eineinhalb Jahren haben wir wiederholt die Leistungen der Bayer. Ärzteversorgung und des Bayer. Wohnbauwerkes dargelegt. Der Abdruck uns besonders interessant scheinender Häuser und Hausgrundrisse, die von Kollegen gebaut worden sind, hat manchem Kollegen nicht uninteressante Anregungen gegeben. Es ist weiterhin als fast regelmäßiger Teil unseres Blattes die Rubrik „Aus der Geschichte der Medizin“ aufgenommen worden, weil man wohl mit Recht der Meinung ist, wir sollten über die Vergangenheit unseres eigenen Standes, und sei es auch nur immer wieder in Teilstücken, informiert sein. Es mag Sie vielleicht Inter-

essieren, daß wir gerade aus diesem Bereich eine vermehrte Zahl von Wünschen und Sonderdrucken haben, von Amerika, England, bis auch in die Länder des Ostblocks. Die Bemühung, ab und an auch ein Feuilleton zu bringen, sind nicht zuletzt aus dem Gedanken entstanden, auch für die Gattin des Arztes einmal etwas zu bringen. Ich darf Sie, meine sehr geehrten Kollegen, darauf aufmerksam machen, daß es Ihre Pflicht ist, über amtliche Mitteilungen informiert zu sein. Ich darf Sie also bitten, bei der Betrachtung des Inhaltsverzeichnisses, das Ihnen ja in kurz gedrängter Weise den Inhalt des Blattes anzeigt, auch immer wieder diese Rubrik „Amüliches“ zu beachten.

In der Rubrik „Gesetzes- und Rechtsfragen“ sowie „Steuerfragen“, „Mitteilungen und Rundschau“, meinen wir, wird doch der eine oder andere Kollege immer wieder etwas finden, was sein Interesse hervorrufen kann.

Das BÄBl. soll auch dazu beitragen, das Bild des Arztes in der Öffentlichkeit mitgestalten zu helfen. Das bedeutet den ganz bewußten und selbstverständlichen Verzicht auf eine Berichterstattung über Sensationen, das bedeutet mit Selbstverständnis die Achtung auch vor der Intimsphäre, über die wir sonst sehr viel sprechen im eigenen Raum, und die Bewahrung vor Mißbildungen, zu denen eine falsch verstandene Pressefreiheit führen kann und wie wir leider ja auch wissen, immer wieder führt. Für Methoden, um ein Wort von Professor Dovifat aus dem Deutschen Ärztetag in Garmisch zu sagen, von „Astlochguckern“ und „Wandbohrern“ sollte überhaupt kein Raum in ärztlichen Ständesblättern sein.

Lassen Sie mich, meine sehr geehrten Kolleginnen und Kollegen, meine kurzen Ausführungen mit einem Wort von Goethe schließen, der gesagt hat: „Es gibt drei Arten von Lesern. Eine, die ohne Urteil genießt. Eine, die ohne zu genießen, urteilt. Und eine, die genießend urteilt und urteilend genießt.“ Das Bayer. Ärzteblatt wäre sehr froh, könnte es dazu beitragen, daß seine Leser zu der dritten Gruppe gehören.

REFERAT

Erfahrungen über die Polio-Schluckimpfung in Bayern und weitere Ausblicke

Von Reg.-Med.-Dir. Dr. E. Hein

Zunächst darf ich für die Gelegenheit danken, hier vortragen zu können. Ich empfinde das als eine besondere Ehre und freue mich, Ihnen eine aktuelle Zwischenbilanz über die erste öffentliche Schutzimpfung gegen Poliomyelitis mit Lebendimpfstoff in der Bundesrepublik, die ich im folgenden mit dem populär gewordenen Namen „Schluckimpfung“ bezeichnen möchte, geben zu können.

Bevor ich auf das vom Erfolg her gesehene bisher einmalige gesundheitspolitische Ereignis eingehe, möchte ich die Vorgeschichte skizzieren.

Die Poliomyelitis läßt sich in Bayern seit dem Jahre 1913 verfolgen, in dem die Meldepflicht eingeführt wurde. Bayern war damals am Rande einer in Deutschland zum zweiten Male auftretenden Epidemie beteiligt — die erste deutsche Epidemie war 1908. Bis zum Jahre 1923 wurden in Bayern jährlich durch-

schnittlich 16 Neuerkrankungen gemeldet. 1924 wurde zum erstenmal die Hundertgrenze (110) überschritten. Von da ab nahmen die Meidezahlen zwar nicht gleichmäßig, doch stetig zu. Seit 1930 wird die Zweihundertgrenze nie mehr unterboten, und 1937 war die erste bayerische Epidemie. Besonders betroffen waren die Regierungsbezirke Oberbayern mit 40,7 Erkrankungen und Niederbayern mit 11,6 Erkrankungen auf 100 000 Einwohner. Seit damals sind in Bayern insgesamt sieben Epidemiejahre zu verzeichnen, davon 1948 eine Großepidemie mit 19,1 Erkrankungen auf 100 000 Einwohner. Im letzten Epidemiejahr 1960, mit einer Erkrankungshäufigkeit von 12,5 auf 100 000 Einwohner, wurden insgesamt 1 128 Erkrankungen, darunter 923 mit Lähmungen und 69 Sterbefälle, gemeldet. In den fünf Jahren vor der Schluckimpfung — von 1957 bis 1961 — erkrankten 3 285 Menschen, davon

2 620 mit Lähmungen, 309 starben. Ohne diese hohe Zahl von Lähmungen hätte die Poliomyelitis nicht die epidemiologische, klinische und sozialmedizinische Bedeutung.

Obwohl in dieser Zeit schon mit formalinaktiviertem Impfstoff nach Salk geimpft wurde, konnten die Erkrankungs- und Sterbeziffern nicht wesentlich beeinflusst werden. Letztere auf Grund der neuzeitlichen künstlichen Beatmungsverfahren etwas mehr. Betrug die mittlere Morbidität von 1946 bis 1955, wobei drei Epidemiejahre (1948, 1952 und 1955) zu berücksichtigen sind, 7,8 auf 100 000 Einwohner und die mittlere Letalität 11,0, so waren die entsprechenden Werte zwischen 1957 und 1961 mit dem Epidemiejahr 1960 7,1 und 9,4. Die Salk-Schutzimpfung, die bei rund 80 v. H. aller Geimpften einen sicheren Schutz gegen Lähmungen gibt, war im Ergebnis ohne Breitenwirkung. Von 1957 bis 1961 wurden die Geburtsjahrgänge 1950 bis 1956 jeweils zwischen 40 bis 50 v. H. durchgeimpft. Bis 1960 waren es jeweils etwas über 30 v. H. Die Erhöhung im Jahre 1961 war eine Folge des Epidemiejahres 1960. Ein epidemiologischer Effekt hätte sich auch darin zeigen müssen, daß sich das Alter der Erkrankten mehr auf die weniger geimpften Jahrgänge verschiebt. Von der Krankheit sind aber nach wie vor die Vor- und Schulpflichtigen am meisten betroffen. Darauf hat auch Anders kürzlich hingewiesen.

Ein wirksamer Schutz ist wie bei jeder anderen Schutzimpfung aber nur zu erwarten, wenn 70 bis 80 v. H. der gefährdeten Bevölkerung geimpft werden. Eine so hohe Beteiligung war trotz der jährlich gestiegenen Impffzahlen in nächster Zeit nicht zu erhoffen.

Da nach dem Ergebnis mehrerer Expertenkonferenzen des Jahres 1960 auch der schon an Millionen Impfungen erprobte Lebendimpfstoff mit abgeschwächten Poliomyelitissviren als zweckmäßiges und wirksames Verfahren zur prophylaktischen Bekämpfung der paralytischen Poliomyelitis empfohlen wurde, galt es für das Staatsministerium des Innern, diesen Impfstoff möglichst bald einzusetzen. Bei den geschilderten epidemiologischen Verhältnissen war es sich darüber im klaren, daß sich Versäumnisse gefährlich auswirken können. Wenn auch für die Poliomyelitis in Bayern typisch ist, daß sie nur umschriebene Epidemien verursacht — ich erinnere nur an die im Jahre 1960 besonders betroffenen Gebiete um Passau und Augsburg —, so blieben immer noch erhebliche Immunisierungslücken zu schließen, in die sie jederzeit einbrechen konnte. Zu diesen Überlegungen kamen noch Beschlüsse des Bayer. Landtags und des Bayer. Landesgesundheitsrats, die orale Schutzimpfung so bald als möglich einzuführen. Mitbestimmend war auch das gleichartige Vorgehen des Nachbarlandes Österreich.

Das Staatsministerium des Innern hat sich deshalb nach Anhören des Obermedizinalausschusses schon im Juni 1961 entschlossen, die Schutzimpfung unabhängig von der Entscheidung und dem Vorgehen anderer so vorzubereiten, daß sie in den ersten Monaten des Jahres 1962 durchgeführt werden konnte. Obwohl es wegen erheblicher Schwierigkeiten auf dem Impfstoffmarkt lange ungewiß war, konnte die Aktion doch wie angesetzt, zwischen dem 5. und 23. Februar, durchgeführt werden.

Nach der endgültigen Auswertung beteiligten sich an der öffentlichen Schutzimpfung gegen den Poliomye-

litis-Erreger Typ I 4 244 787 Menschen, das sind bei 9 623 619 Einwohnern (Stand 31. März 1962) 44,1 v. H. Die Beteiligung der Bevölkerung der kreisfreien Städte und der Landkreise war, im Gegensatz zur Salkimpfung, bei der sie in den letzteren überwog, gleich; wenn auch nicht in allen Regierungsbezirken.

Die öffentliche Schutzimpfung gegen Poliomyelitis mit Lebendimpfstoff gegen den Erreger-Typ I in Bayern nach Stadt und Land im Februar 1962

Regierungs- bezirk	kreisfreie Städte		Landkreise		Ins- ge- samt
	Schutzimpfung gegen Poliomyelitis				
	Zahl	v. H.	Zahl	v. H.	v. H.
Oberbayern	515 094	40,2	702 741	45,9	43,3
Niederbayern	73 084	53,8	394 620	47,6	48,4
Oberpfalz	127 466	52,6	277 029	42,4	45,1
Oberfranken	140 103	42,6	309 131	40,6	41,2
Mittelfranken	312 141	43,2	282 576	42,3	42,8
Unterfranken	119 227	45,7	305 939	36,4	38,6
Schwaben	207 226	49,1	478 410	50,3	50,0
Bayern	1 494 341	44,1	2 750 446	44,1	44,1

Die öffentlichen Schutzimpfungen gegen Poliomyelitis mit inaktiviertem Impfstoff nach Salk in den Jahren 1957 bis 1961 und mit Lebendimpfstoff nach Sabin gegen den Erregertyp I

im Februar 1962 in v. H. der jeweiligen Altersgruppen

Geburtsjahre der Geimpften	Poliomyelitisschutzimpfung	
	nach Salk von 1957 bis 1961 in v. H.	nach Sabin im Februar 1962 in v. H.
1962	—	—
1961	0,43	49,1
1960	5,64	68,5
1959	25,38	68,3
1958	34,72	69,4
1957	39,06	70,9
1956	43,67	72,2
1955	48,22	75,9
1954	48,56	78,6
1953	47,27	77,9
1952	45,66	79,7
1951	42,52	78,6
1950	40,58	80,6
1949	34,33	81,3
1948	33,29	80,7
1947	38,71	78,1
1946	20,33	76,3
1945	12,04	73,6
1944	8,60	67,2
1943	5,45	81,5
1942	3,36	57,9
1941 u. früher	0,38	32,5
1941 — 1932	—	52,9
1931 — 1922	—	57,4
1921 — 1912	—	38,0
1911 u. früher	—	9,7

War es in fünf Jahren mit der Schutzimpfung nach Salk nicht gelungen eine wirksame Beteiligung, besonders der gefährdeten Altersgruppen zu erreichen, so war das auf Anhieb im Frühjahr 1962 mit der oralen Schutzimpfung möglich. Die orale Verabreichung des

Impfstoffes hat demnach die Poliomyelitischutzimpfung in weitaus größerem Umfang populär gemacht. Von den unter 18 Jahre alten haben sich 73,1 v. H. und den über 18 Jahre alten 33,5 v. H. impfen lassen. Bei weiterer Unterteilung wurden erfaßt

von den 1 bis unter 7 Jahre alten	67,4 v. H.
von den 7 bis unter 15 Jahre alten	79,2 v. H.
von den 15 bis unter 40 Jahre alten	57,1 v. H.
von den über 40 Jahre alten	17,4 v. H.

Der mit zunehmendem Alter absinkende Durchimpfungsgrad wird aufgewogen durch die stille Feiung. Munk hat 1957 bei den über 20 Jahre alten in mehr als 40 v. H. Antikörper gegen alle drei Erregertypen als Folge von klinisch nicht manifest gewordenen Infektionen feststellen können. Für die neuere Zeit hat Henigst nachgewiesen, daß 35 v. H. der 20 bis 29 Jahre alten, 58 v. H. der 30 bis 39 Jahre alten und 64 v. H. der 40 bis 49 Jahre alten gegen die zwei Erregertypen I und III immunisiert sind.

Daß die von Anfang an gestellte Aufgabe, entweder 35 v. H. der Bevölkerung oder 70 bis 80 v. H. der durch die Poliomyelitis besonders gefährdeten Jahrgänge zu impfen, bei der ersten Impfkaktion erreicht wurde, übertraf alle Erwartungen. Die gefährdeten Jahrgänge wurden so durchgeimpft wie bei der bisher erfolgreichsten Schutzimpfung gegen Pocken, bei der der Durchimpfungsgrad der Erstimpfpflichtigen 65,3 v. H. und der der Wiederimpfpflichtigen 89,6 v. H. beträgt. Zwischen beiden Schutzimpfungen ist jedoch ein wesentlicher Unterschied. Wurde, um den epidemiologischen Erfolg der Pockenschutzimpfung sicherzustellen, noch die gesetzliche Impfpflicht eingeführt und ist derjenige mit Strafe bedroht, der sich ihr entzieht, so wird die öffentliche Schutzimpfung gegen Poliomyelitis wegen verfassungsrechtlicher Fragen zwar auch auf gesetzlicher Grundlage durchgeführt, doch ist die Teilnahme freiwillig. Die Impfkaktion im Februar 1962 war aber nicht nur deswegen etwas bemerkenswert Neues. Sie verdankt den Erfolg einer Öffentlichkeitsarbeit, wie sie im Gesundheitswesen dem Umfang und Inhalt nach nie angewendet wurde. Es wurden auch insoweit neue Wege beschritten, als ein Unternehmen beauftragt wurde, mit zeitgemäßen Verfahren für die Schutzimpfung zu werben.

Um die angestrebte Beteiligung zu erreichen, war die Bevölkerung für die neue Schutzimpfung zu gewinnen. Es mußte ihr das Wissen um die Zusammenhänge vermittelt werden. Sie mußte durch eine echte Gesundheitserziehung in der Weise beeinflußt werden, daß sie aus der ihr zu vermittelnden Einsicht heraus einer behördlichen Maßnahme Folge leistet und ihr gesundheitliches Wohlergehen in eigene Verantwortung nimmt, soweit sie das vermag. Bei der auf breiteste Wirkung anzulegenden Erziehungsarbeit galt es einmal

das Wissen der einen zu stärken und die Unwissenden aufzuklären.

Noch bevor Ziel und Probleme an die breite Öffentlichkeit herangetragen werden konnten, waren die Kreise und Stellen über die Notwendigkeit und die Durchführung der neuen Schutzimpfung sowie über die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse zu unterrichten, die berufen sind, auf Grund ihrer Ausbildung und ihrer Stellung im öffentlichen Leben bei der Gesundheitserziehung der Bevölkerung mitzuwirken. Sie sollten so imstande sein, mitzuhelfen, die Bevölkerung in allen Einzelheiten aufzuklären, im gewünschten Sinne zu beeinflussen und den einzelnen zur freien Willensentscheidung zu ermuntern.

Es würde den Rahmen des Vortrages sprengen und auch dessen Zweck nicht gerecht werden, auf die Maßnahmen zur Werbung und die damit gemachten Erfahrungen näher einzugehen. Darüber wurde bereits an anderer Stelle berichtet^{*)}. Hier soll nur soweit davon gesprochen werden, als es die Ärzteschaft interessieren dürfte.

Die gesundheitliche Aufklärung ist so alt, wie das Bestreben, Schäden vom Menschen abzuwehren oder seine Gesundheit zu erhalten. Die dabei angewandten Mittel und Maßnahmen sind dem jeweiligen Wissen und der Zeit angepaßt. Nicht dem Wandel unterworfen ist seit jeher die Stellung des Haus- und Familienarztes, wenn gesundheitserzieherische Aufgaben zu erfüllen sind. Der Gesundheitsverwaltung erschien daher als eine der wichtigsten Voraussetzungen für einen Erfolg, als erste die bayerischen Ärzte von dem Vorhaben zu unterrichten. Auch schon deshalb, weil die Schluckimpfung bis dahin noch nicht einheitlich beurteilt worden war. Die oralen Schutzimpfungen, die mit Cox- und Sabinvakzine in Florida, Mexiko, in Westberlin und der Schweiz wie auch in einigen südamerikanischen Staaten durchgeführt worden waren, mußten ja vor der bayerischen Impfkaktion noch mehr oder minder als Versuche betrachtet werden, wenn von den Erfahrungen aus dem Osten abgesehen wurde. Die ersten Schritte, die in diesem Stadium der Vorbereitung unternommen wurden, waren daher zur ärztlichen Standesvertretung. In einer Besprechung mit dem Herrn Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer wurden medizinische und organisatorische Fragen erörtert und das gemeinsame Vorgehen festgelegt.

Bekanntlich wurde die Ärzteschaft in mehreren Folgen der Informationsblätter über die Bayer. Landesärztekammer auf die kommende Schutzimpfung vorbereitet sowie in einschlägigen wissenschaftlichen Sonderdrucken über die Zusammenhänge und die gewaltige Bedeutung der Aktion unterrichtet. In den ersten beiden Heften des Jahres 1962 waren in Bayerischen

^{*)} s. „Bundesgesundheitsblatt“ 1962, Nr. 15, S. 233—238.

HEPARHORM®-SIRUP

Leberextrakt mit Vitaminen, Leberschutzstoffen, Adenosinphosphoten und Spurenelementen

Leberschutztherapie - Rekonvaleszenz - chron. konsumierende Erkrankungen



HORMON-CHEMIE
MÜNCHEN

Ärzteblatt verschiedene Beiträge der Poliomyelitischutzimpfung gewidmet. In einem im Januarheft besonders herausgestellten Beitrag hatten die Sachbearbeiter des Staatsministeriums des Innern Gelegenheit, die epidemiologische Notwendigkeit eingehend zu begründen und auf die im Ausland mit der neuen Poliomyelitisprophylaxe gemachten Erfahrungen hinzuweisen. Die Ärzteschaft sollte nicht nur die Organisation der Impfkation kennen, sondern auch darauf vorbereitet sein, Ratsuchende über die Einzelheiten überzeugend aufzuklären, Ratschläge zu erteilen, Zweifel zu beheben und so zu einer abschließenden Erörterung in der Familie beizutragen.

Andererseits wurden die Gesundheitsämter angewiesen, im Einvernehmen mit den ärztlichen Kreisverbänden den örtlichen Erfordernissen entsprechende Maßnahmen festzulegen.

Obwohl dieses Vorgehen für die bayerischen Ärzte eine große Belastung war, hat es sich bewährt. Die Gesprächspartner waren sich darüber von vorneherein im klaren und glaubten sie im Hinblick auf die dringende Maßnahme vertreten zu können. Dort, wo die Amtsärzte auf den Zusammenkünften der ärztlichen Kreisverbände aufklärten, war die Mitwirkung der Ärzte sichergestellt. Auch hat die beispielhafte Teilnahme der Ärzte mit ihren Familien bei vielen über die letzten Zweifel hinweggeholfen. Wie wichtig die Einstellung der Ärzte ist, wurde besonders in einer Großstadt offenbar, in der erst nach einer wissenschaftlichen Veranstaltung, über die die Presse ausführlich berichtete, die Impfbeteiligung zunahm. Es darf aber auch nicht verschwiegen werden, daß manche Ärzte sich nicht ausreichend unterrichtet zeigten und es vereinzelt solche gab, die sich ablehnend verhielten. In Zusammenarbeit mit der Landesvertretung wird also die wissenschaftliche Aufklärung der Ärzte in ähnlichen Lagen noch sorgfältiger zu betreiben sein.

Bei vielen Ärzten führte auch der Inhalt des amtlichen Merkblattes zu Mißverständnissen. War es den einen zu zurückhaltend, zu negativ abgefaßt, so hielten es andere als zu sehr juristisch abgesichert. Das war nicht nur in Bayern so. Dazu ist zu bedenken, daß behördliche Empfehlungen naturgemäß zurückhaltender sind, als die Ratschläge, die in freier Aussprache gegeben werden können. Das Merkblatt mußte schon früh (Dezember 1961) abgefaßt werden. Es mußte im wesentlichen auf die Erfahrungen der Schluckimpfung in Berlin abgestellt werden, die zu damaliger Zeit doch noch recht unterschiedlich erörtert wurden. Es war zwar bekannt, daß die dort verwendeten Stämme nach Cox nicht so abgeschwächt waren — sie sind in den USA heute noch nicht lizenziert, der Hersteller hat sich inzwischen auf Sabinimpfstoffe umgestellt — wie

die Impfviren nach Sabin, und daß die Einzeldosis viel höher war als die, die für Bayern vorgesehen war.

In dem Merkblatt sollte die Bevölkerung in gedrängter Form überzeugt werden, daß die vorgesehene Maßnahme notwendig und in ihrer Organisation richtig war. Der Inhalt konnte nicht nur auf die Fragen „wie oft muß geimpft werden?“ und „wie hoch ist die Schutzrate?“ beschränkt bleiben, sondern mußte ebenso auf die Fragen „wie ist die Gefährdung dritter Personen?“ und „was sind die möglichen Impffolgen?“ eingehen. Obwohl das Merkblatt für die Schutzimpfung werben sollte, erschien es, im Hinblick auf die höchstrichterliche Rechtsprechung zur Aufklärungspflicht des Arztes nicht vertretbar, die beiden letzten Fragen wegzulassen. Die Tatsache, daß die Impfung freiwillig war, bedingte auch die Pflicht zur vollen Aufklärung. Für die Aufklärung war es wiederum wichtig, soviel wie nötig, aber so vorsichtig wie möglich alles zu sagen, was vorkommen kann, sonst war zu erwarten, daß die Merkblätter von Zweiflern und Impfgegnern zerpfückt und gegen die Schutzimpfung ausgewertet werden. Hatte die Gesundheitsverwaltung schon einmal das Wagnis auf sich genommen, das Ziel der Impfkation auf freiwilliger Grundlage zu erreichen, so glaubte sie ebenso den Inhalt des Merkblattes vertreten zu können. Dadurch, daß einzelne Sätze aus dem Zusammenhang herausgenommen erörtert und so mißverstanden wurden, manche Nebensätze, die etwa auftretende Bedenken entkräften sollten, nicht genügend beachtet wurden, hat es da und dort verwirrt und an manchen Orten eine schwer zu überwindende Skepsis ausgelöst.

Da das Merkblatt schon früh verteilt wurde, konnten die daraus entstandenen Schwierigkeiten noch weitgehend behoben werden, wenn auch mit einem sehr hohen und anerkennenswerten Einsatz von den verschiedensten Kräften. Und doch bleibt noch die Frage offen, ob das Merkblatt nicht überhaupt wegen seines Inhalts dazu beigetragen hat, daß die Aktion in der Öffentlichkeit so ausgiebig und so lange erörtert wurde. Ob und inwieweit die im Merkblatt zunächst als hemmend imponierenden Hinweise bis zu einem gewissen Grade nicht doch berechtigt waren, ergibt sich aus den späteren Ausführungen.

Auf die wohl am meisten interessierenden impfärztlichen Erfahrungen soll mit einigen Bemerkungen zum Zeitpunkt der Impfkation übergeleitet werden. Störungen der Schutzimpfung sollten von vorneherein dadurch weitgehend vermieden werden, daß sie auf die Jahreszeit mit geringster Poliomyelitismorbidität und geringstem Vorkommen verwandter Viren beschränkt wurde. Während der Schutzimpfung wurde dann nur in einem einzigen Fall ein anderes Virus als das Poliomyelitisvirus vom Typ I isoliert, nämlich ein Coxsackie-

Strophoperm

Das linguale Strophanthin

Vegegestigman

Das percutane Herz- und Gefäßregulans

virus vom Typ A 9. Die Gefahr einer Interferenz durch andere Enteroviren dürfte nicht sehr groß gewesen sein. Vom epidemiologischen Standpunkt war der Zeitpunkt richtig.

Um die Störungen des Impfverlaufs einigermaßen beurteilen zu können, ist es erforderlich, sich einmal den Hintergrund der Impfkation zu vergegenwärtigen, vor dem sie sich abgespielt hat. Hierzu sind morbiditystatistische Untersuchungen das geeignete Mittel. Sie können in solchen Situationen den Impfstoff entlasten. Seit jeher ist es auch üblich, solche Untersuchungen vor und während Massenimpfungen durchzuführen.

So war die für Anfang Februar angesetzte Impfung durch die im Januar verschiedentlich gehäuft aufgetretenen Erkältungskrankheiten bedroht. Meist handelte es sich um grippale Infekte, die auch während der Impfzeit beobachtet wurden. Sie waren begleitet von Fieber, Affektionen der oberen Luftwege, Mattigkeit, Abgeschlagenheit, Schmerzen und Schwäche in den Gliedmaßen. Es zeigten sich auch Erscheinungen von seiten des Magen-Darm-Kanals. Es konnte daher nicht ausbleiben, daß solche Erkältungskrankheiten auch kurz nach der Impfung auftraten und nun als Impffolgen betrachtet wurden. In diesem Zusammenhang darf jetzt schon gesagt werden, daß die orale Impfung auf den Verlauf solcher Infekte keinen nachteiligen Einfluß hatte; auch wurde der Impfstoff, wenn er nach drei- bis fünftägiger Fieberfreiheit verabreicht wurde, gut vertragen.

Über die Krankheitshäufigkeit während der Impfkation geben die Statistiken der Krankenversicherung in etwa Aufschluß. So waren rd. 7 v. H. der RVO-Mitglieder (in Bayern etwa 4,5 Millionen) krankgemeldet und fast 1 v. H. in stationärer Behandlung. Arbeitsunfähig erkrankte Pflichtmitglieder waren gemeldet am Stichtag 1. Februar 1962 193 173, davon im Krankenhaus 18 503. Stichtag 1. März 1962 200 143, davon im Krankenhaus 18 349. Auch die Todesursachen-Statistik kann Auskunft geben. Von den rd. 9 500 Sterbefällen des Monats Februar waren 319 Grippesterbefälle (3,3 v. H.) (1961 rd. 8500 mit 78 Grippesterbefällen = 0,9 v. H.).

Weiterhin waren alle Krankheits- und Todesursachen besonders unter den Kindern zu verfolgen, deren Häufigkeitsspitze im Frühjahr liegt. Masern und Mumps waren verschiedentlich der Anlaß, die Impftermine zu verlegen. Über Impfungen, die im Anschluß daran durchgeführt wurden, ist Nachteiliges nicht berichtet worden. Bei Kleinkindern ist weiterhin der plötzliche Tod zu berücksichtigen, ein Vorkommnis, das in Zusammenhang mit Schutzimpfungen vielleicht bisher zu wenig beachtet wird. Trotz optimaler Betreuung sind diese Fälle noch unverändert viel. 10 bis 16 v. H. aller Todesfälle im ersten Lebenshalbjahr sind unerwartet. Die Ursachen sind u. a. fulminante Infektionen mit Kokken und Haemophilus influenza bei schwachen pathologischen Veränderungen; tracheobronchitische Erkrankungen; erhöhte Infektanfälligkeit bei Schwund der mütterlichen Antikörper. Dieser Hinweis erscheint deshalb angebracht, weil solche Fälle auch bei den über 1/2-jährigen beobachtet wurden und es nach den Feststellungen eines amerikanischen Expertengremiums vom Februar 1962 für zweckmäßig gehalten wird, auch Säuglinge zu impfen, die erst 6 Wochen alt sind.

Das vielseitige Krankheitsgeschehen während der

Impfzeit läßt es verständlich erscheinen, daß Impfärzte über Störungen des Impfverlaufs keine Angaben machten und andere sie recht unterschiedlich betrachteten. Bei der erstmaligen Impfkation bereitet es daher nicht unerhebliche Schwierigkeiten, die Beschwerden zu ermitteln, die nicht über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehen. Das kann insofern eine praktische Bedeutung haben, als nach dem Bundes-Seuchengesetz ein Gesundheitsschaden, der bei einer öffentlich empfohlenen Schutzimpfung über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgeht, zu entschädigen ist.

Übereinstimmend wurde berichtet, daß das Gros der Geimpften den Impfstoff reaktions- und komplikationslos vertragen hat. Verschiedentlich ist zu entnehmen, daß Kinder, seltener auch Erwachsene, mit allgemeinen Störungen wie Unpäßlichkeit, Abgeschlagenheit, Mattigkeit verbunden mit geringen Temperaturerhöhungen in den ersten 8 Tagen nach der Impfstoffgabe reagierten, die in kurzer Zeit ohne ärztliche Einwirkung bald abklangen. Nach einer Umfrage in den Schulen wurden solche Erscheinungen in etwa 0,5 v. H. angegeben. In seiteneren Fällen kam es nach zwei bis drei Tagen zu enteralen Störungen, wie Durchfällen, Bauchschmerzen, vereinzelt mit Erbrechen. Soweit über Erscheinungen, die an eine Beteiligung des Nervensystems erinnern, geklagt wurde, waren sie in der Regel von kurzer Dauer. Als solche wurden mitgeteilt, leichte Nackensteifigkeit, Störungen des Gefühlsempfindens, Schwächezustände und Bewegungshinderungen in den Gliedmaßen, Reflexdifferenzen. Viele davon hielten einer Nachprüfung nicht stand.

Daß viele Beschwerden psychogen aufzufassen sind, offensichtlich einer gewissen Überängstlichkeit entsprangen und objektiv mit der Impfung nichts zu tun hatten, ist eine Erfahrung, die sich bei jeder neuen Schutzimpfung wiederholt. Das stimmt auch mit den Erfahrungen in anderen Ländern überein, wo Beschwerden bei Geimpften und Placebo-Gruppen verglichen wurden. So klagten z. B. in den USA, in Minnesota, 14,7 v. H. der Geimpften und 15,3 v. H. der Placebo-Gruppe, in anderen Gegenden 17,8 v. H. der Geimpften und 16,2 der Placebo-Gruppe. Also weder da noch dort statistisch signifikante Unterschiede.

Zu den Beschwerden, die noch als übliche Impfreaktionen aufzufassen wären, kann demnach festgestellt werden, daß sie zwar vorkommen, aber weit unter dem bei anderen Schutzimpfungen gewohnten Umfang liegen. Die Beobachtungen bestätigen die Aussage Pettes, nach der die Oralimpfung eine leichte Infektion darstellt, die aber ohne Krankheitserscheinungen verläuft und nur in Ausnahmefällen mit katarhalischen, grippeartigen Erscheinungen einhergeht. Es handelt sich dabei nicht um eine Infektion des Nervensystems.

Da, wie schon erwähnt, Impfreaktionen und Impfkomplicationen schwer auseinanderzuhalten und zu beurteilen sind, erscheint es angebracht, den Beobachtungen, die eventuell als Impfkomplicationen zu deuten sind, im Sinne einer grundsätzlichen Bemerkung vorzuschicken:

Wenn Massenimpfungen durchgeführt werden, treten zwangsläufig immer sogenannte Koinzidenzfälle auf, deren Zahl von der Größe des geschützten Kollektivs und der Dauer der Aktion abhängt. Von den innerhalb einer gewissen Zeitspanne Geimpften er-

kranken in den folgenden Tagen und Wochen stets welche an irgendeiner Krankheit, zeigen sich irgendwelche Symptome. Ist die Krankheit eindeutig zu bezeichnen, oder sind die Symptome klar unterzubringen, ergeben sich keine Schwierigkeiten hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen beiden Ereignissen. Anders ist es bei unklaren Krankheitserscheinungen. Daß sich dabei auch nicht Ängstlichen und Voreingenommenen die Frage aufdrängt, ob ein Zusammenhang mit der vorangegangenen Impfung bestehe oder die Erkrankung durch die Impfung verursacht sei, liegt auf der Hand. Wenn bei Erkrankungen in zeitlichem Zusammenhang mit einer Massenimpfung nach einem ursächlichen Zusammenhang gesucht wird, ist die Krankheit ätiologisch zu klären. Dazu sind alle Verfahren heranzuziehen, die nur möglich sind.

Im Verdachtsfall ist daher regelmäßig in eine Klinik einzuweisen, in der genaue, die oft schwierige Differentialdiagnose berücksichtigende Untersuchungen möglich sind. Nach sorgfältiger Untersuchung sind zur Aufklärung ausgiebige und wiederholte bakteriologische, virologische und serologische Untersuchungen unerlässlich, die sich auf Rachenabstrich, Stuhl, Blut und Liquor erstrecken.

Der Beweis eines Zusammenhangs mit der Impfung ist im Sinne eines Indizienbeweises erst erbracht, wenn der zur Impfung verwendete Erreger im Körper des Kranken nachgewiesen wird und die Krankheitserscheinungen mit denen übereinstimmen, die durch einen solchen Erreger hervorgerufen werden können. Wenn nun Lebendimpfstoffe verabreicht werden, kann es bei Koinzidenzfällen u. U. unmöglich sein, das Impfvirus nachzuweisen. Das ist beispielsweise der Fall, wenn bei einem Impfling innerhalb der Inkubationszeit von ein bis drei Wochen nach Impfstoffeinnahme Lähmungen auftreten und außer dem Impfvirus kein anderes Virus im Stuhl nachgewiesen werden kann. Sind dann in der Umgebung des Erkrankten keine anderen Poliomyelitisfälle aufgetreten, so ist der Zusammenhang zwar nicht zu beweisen, aber immerhin wahrscheinlich.

Wie bei jeder anderen Impfkaktion wurde daher auch bei der im Frühjahr d. J. von vorneherein mit Koinzidenzfällen gerechnet. Es ist offensichtlich, daß aus einer Bevölkerung von über 4,2 Millionen Menschen auch ohne Impfung in einem Zeitraum von drei bis vier Wochen welche zufällig erkranken und sterben. Es wurde auch erwartet, daß solche innerhalb von wenigen Wochen nach der Impfung auftretende Ereignisse mit der Impfung in ursächlichen Zusammenhang gebracht werden.

Die Impfarzte waren daher angewiesen, allen Behauptungen von Impfkomplicationen nachzugehen und die erforderlichen Maßnahmen zur Aufklärung einzuleiten.

Vorweg sei bemerkt, daß Komplikationen des Impfverlaufs sehr viel häufiger vermutet wurden, als be-rechtigt und die Zahl der behaupteten Störungen erträglich ist. Insgesamt sind 186 solcher Behauptungen, davon 33 anlässlich von Todesfällen, erfaßt worden. In allen Fällen wurden die erreichbaren Unterlagen und die Ergebnisse der mikrobiologischen Untersuchungen beigezogen, um sie auf etwaigen ursächlichen Zusammenhang mit der Schutzimpfung zu prüfen. Zu mikrobiologischen Untersuchungen wurden über 500 Proben eingesandt. Wie sich herausstellte, waren viele nur vorsorglich erfolgt. Eine sehr erhebliche Zahl von Erkrankungen war schon nach kurzer klinischer Beobachtung nicht mehr mit der Schluckimpfung in Zusammenhang gebracht worden.

Bei den Todesfällen, von denen 12 schon wegen des mangelnden zeitlichen Zusammenhangs auszuschließen wären, mußte bei 7 Fällen auf die pathologisch-anatomische Klärung verzichtet werden. Bei denen sie durchgeführt wurde, konnten in keinem Fall die für die Heine-Medinsche Krankheit charakteristischen Veränderungen an Gehirn und Rückenmark bei den feingeweblichen Untersuchungen nachgewiesen werden.

Es wurden die verschiedensten Todesursachen festgestellt, vom plötzlichen Tod auf der Straße mit ungeklärter Ursache, den verschiedensten Allgemein- und Lokalinfektionen sowie Stoffwechselkrankheiten bis zum schweren Herzleiden mit typischem Hinterwandinfarkt.

Erwähnenswert sind vier Fälle von plötzlichem, unerwartetem Tod, die zwar in zeitlichem Zusammenhang aufgetreten sind, sonst aber für den plötzlichen Tod im Kindesalter — auf den schon hingewiesen wurde — charakteristisch sind.

Unter den Todesfällen befanden sich zwei, die im Anschluß an eine Impfung in der Familie zu verzeichnen waren. Ein ursächlicher Zusammenhang ist auch hier auf Grund der inneren Leichenschau und den Angaben auf dem Leichenschauschein abzulehnen.

Von den 153 Erkrankungen, die auf Kausalität der Schutzimpfung zu prüfen sind, konnten sechs bedauerlicherweise noch nicht abgeschlossen werden. Davon sind weitere 69 abzuziehen, weil die ersten Krankheitserscheinungen entweder vor dem 4. Tag und nach dem 30. Tag im Anschluß an die Impfstoffverabreichung aufgetreten waren. Der 4. Tag wurde deshalb gewählt, weil an diesem Tag nach dem Cutterunglück die ersten Erkrankungen zu verzeichnen waren, der Abschnitt von 30 Tagen deshalb, weil nach dieser Zeit die Impfung als ursächliches Ereignis ausgeschlossen werden kann.

Von den verbleibenden Störungen des Impfverlaufs interessieren naturgemäß die, bei denen neurologische Ausfallserscheinungen vorliegen. Es sind bisher keine Beobachtungen bekannt geworden, die zu der Annahme

Antiphlogistine*

* eingetr. Wz.



Wärmepackung - Wärmeumschlag

bei: Gelenkentzündung
Nerventzündung
Rippenfehlentzündung
Hals- und Brustschmerzen
Rheumatismus

IN LIZENZ DER FIRMA
THE DENVER CHEMICAL MFG. CO. NEW YORK

LYSSIA-WERKE

WIESBAOEN

berechtigten, daß die Impfviren andere Abschnitte des zentralen und peripheren Nervensystems befallen als die, die von den sog. Wildviren selbst bevorzugt werden.

Die Verdachtsfälle auf eine Impfkomplication sind nun in der Weise zu bereinigen, daß die mit neurologischen Ausfallserscheinungen ausgeschaltet werden, bei denen auf Grund des weiteren Verlaufs, der mikrobiologischen Untersuchungsergebnisse und des Behandlungserfolges andere Ursachen festgestellt wurden. In einer Vielzahl von Fällen handelt es sich um flüchtige Bewegungsbehinderungen und Störungen der Berührungsempfindlichkeit, die meist durch Grippeviren, seltener durch Mumpserreger verursacht waren. Auch eine Reihe von rheumatischen Erkrankungen wurde beobachtet, bei denen neben dem Ansprechen auf geeignete Behandlung auch die Feststellung von Rheumafaktoren zur raschen Klärung beigetragen hat.

Fälle, die auf Grund des klinischen Bildes und der virologischen Befunde an eine poliomyelitische Erkrankung erinnern, konnten bisher sechs ermittelt werden. Darunter ist ein Fall, bei dem neben dem Poliomyelitiserreger Typ I auch ein Coxsackievirus vom Typ A 9 isoliert wurde. Meist handelte es sich um Paresen, die überwiegend von kurzer Dauer waren. Nur vereinzelt mußten Kranke noch orthopädischer Nachbehandlung zugeführt werden. Solche flüchtige Paresen wurden auch schon bei der Salkimpfung beobachtet. Dort wurde von verschiedenen Autoren eine anaphylaktische Reaktion angenommen. Da bei der Schluckimpfung der Impfstoff nicht parenteral verabreicht wird, wird wohl mehr an eine toxische Schädigung zu denken sein. Wenn auch bei einer erfolgreichen Impfung zu erwarten ist, daß der verimpfte Erregertyp nachgewiesen wird und der Antikörpertiter ansteigt, so ist bei zeitlichem Zusammenhang der ursächliche zwar nicht sicher bewiesen, jedoch ist die Kausalität wahrscheinlich. Anders ist es, wenn es gelingt, den nachgewiesenen Typ eindeutig als Wildtyp zu identifizieren. Diese Auffassung wird auch von Schweizer Autoren vertreten. Zuletzt hat auch Hilber darauf hingewiesen.

Nun zur Frage der Kontaktinfektionen. Aus der Schweiz hat Schär berichtet, daß bei 700 000 Impfungen mit Lebendimpfstoff zwei, vielleicht auch drei Fälle von Impfpoliomyelitis vorgekommen sind, und zwar durch Stämme von Koprowski.

Über Impfpoliomyelitis nach oraler Impfung mit den Stämmen von Sabin hatten vor der bayerischen Impfkampagne keine ausreichenden Mitteilungen vorgelegen. Entsprechende Fragen an sowjetrussische Sachverständige wurden in Prag sehr ausweichend beantwortet. Wenn die aus der UdSSR mitgeteilten Zahlen

der Geimpften von 15,2 Millionen im Jahre 1959, 77,5 Millionen im Jahre 1960 und 76,0 Millionen im Jahre 1961 berücksichtigt werden, war das vielleicht eine ziemlich eindeutige Antwort. So viele Millionen Menschen können einfach nicht komplikationslos geimpft werden. Soweit Impfkomplicationen aus der UdSSR bekannt wurden, sind sie unbedeutend; nämlich 3 auf 100 000 Impfungen oder 0,03%.

Bei der ersten Schluckimpfung in Bayern sind insgesamt drei Fälle von Erkrankungen bekanntgeworden, in deren Wohngemeinschaft vor Krankheitsbeginn Angehörige an der Aktion teilgenommen haben. In einem Fall wurde das zunächst Poliomyelitis vortäuschende Krankheitsbild vom Krankenhaus als grippaler Infekt geklärt. Die Erscheinungen waren nach 10 Tagen wieder abgeklungen. In den beiden übrigen Fällen handelte es sich um poliomyelitische Erkrankungen, die 15 und 28 Tage nach der Schluckimpfung in der Familie aufgetreten sind. In stationärer Behandlung sind die Lähmungen nach 2 und 3 Wochen wieder zurückgegangen. Beide sind wegen leichter Schwäche der befallenen Abschnitte noch in ambulanter orthopädischer Behandlung. Das Poliomyelitisvirus vom Typ I konnte bei einem zweimal nachgewiesen werden — es wird versucht, es noch weiter zu differenzieren —, der andere zeigte einen ansteigenden Antikörpertiter.

Zwei Fälle scheinen noch erwähnenswert, die wegen ihrer Erscheinungen klinisch poliomyelitisverdächtig waren, jedoch mit der Schluckimpfung in keinem Zusammenhang stehen. Sie zeigen deutlich, wie wichtig es ist, bei Erkrankungen in engem zeitlichem Zusammenhang mit der Impfung eine ätiologische Klärung herbeizuführen. Ein 9jähriger Junge kam vier Tage nach der Impfung mit dem Bild einer Meningo-Encephalitis in stationäre Behandlung. Nach vorübergehender Besserung traten linksseitige Lähmungen auf. Aus dem Stuhl konnten zweimal Poliomyelitisviren vom Typ I isoliert werden, auch war ein Antikörperanstieg zu verzeichnen. Bei der Angiographie wurde schließlich ein Haemangiom an der Hirnbasis festgestellt. Bei einem 36jährigen Mann traten drei Tage nach der Impfung rechtsseitige Paresen auf. Mit dem Bild einer Encephalitis lethargica erfolgte stationäre Aufnahme. Wegen Verdacht auf einen raumbeengenden Prozeß wurde er in eine Nervenklinik weiterverlegt, die ihn schließlich neurochirurgischer Behandlung zuführte. Er wurde wegen teilweisem Verschuß der linken Gehirnarterie operiert, worauf die Erscheinungen wieder abklangen. In beiden Fällen erklären also die Befunde die aufgetretenen Störungen.

Die verschiedenen Beobachtungen für poliomyelitische Erkrankungen, welche als Folge der oralen Schutzimpfung wahrscheinlich sind, zeigen, daß sie

Pepsaldra®
Pepsin-Salzsäure-Dragees

Pepsaldra®
compositum

gegen Subacidität,
Achylie und Dyspepsie

Original-
Packungen
zu 45 Stück
u. 125 Stück

Fabrik
pharmazeutischer
Präparate



Karl Engelhard
Frankfurt a. M.

Pankreatinhaltiges Enzym-
Präparat gegen Störungen
des Pankreas-Galle-Dünndarm-Systems

Original-
Packungen
zu 40 Stück
u. 100 Stück

äußerst selten sind und milde Verlaufsformen aufweisen. Mit der Mitteilung sollte keineswegs dem Ergebnis einer neutralen Sachverständigengruppe vorgegriffen werden, die die Zusammenhänge noch weiter prüfen wird. Soweit die Dinge schon jetzt zu übersehen sind, steht zu erwarten, daß die Fälle weit hinter denen aus der UdSSR zurückbleiben. Es ist auch fraglich, ob sie an die aus der Schweiz heranreichen werden. Sie sind keinesfalls so, daß sie eine Gegenanzeige gegen die orale Schutzimpfung darstellen.

Mit einigen Worten über die Folgerungen, die aus den Erfahrungen der ersten Impfkation zu ziehen sind, soll auf die zweite, abschließende Impfkation, die im November stattfinden wird, übergeleitet werden. Wie bei der Vorbereitung um die gleiche Zeit des Vorjahres sind auch heuer noch einige Fragen offen, die sich naturgemäß verschieden beantworten lassen. Es kann wiederum nicht zugewartet werden, bis sich die verschiedenen Sachverständigen und Stellen auf ein einheitliches Vorgehen, was psychologisch wohl vorteilhaft wäre, einigen.

So herrscht noch keine vollständige Übereinstimmung über Krankheiten und Zustände, die als absolute Gegenanzeigen für die Schluckimpfung gelten. Auch nicht in den Ländern, die über mehrjährige Impferfahrungen verfügen. Das ist bis zu einem gewissen Grade verständlich, da die Verhältnisse in jedem Land anders sind. In Cincinnati galten schon 1960 als einzige Gegenanzeige solche Krankheiten, die so schwer waren, daß der Impfling nicht zum Arzt und nicht zur Schule gehen konnte. Das amerikanische Poliomyelitiskomitee hat die Kontraindikationen praktisch aufgehoben.

Obwohl die Gegenanzeigen die Durchführung einer Massenimpfung erschweren, können die seinerzeit ausgesprochenen Kontraindikationen nicht ganz aufgehoben werden. Auch schon deshalb, um den Impfstoff nicht unnötig zu belasten. Die Erfahrungen bei der ersten Impfkation sprechen nicht für die Zurücknahme. Wer Fieber hat, an Krämpfen, Durchfällen, schweren chronischen Erkrankungen leidet, oder mit Cortison behandelt wird, soll nicht geimpft werden. Das hat auch nach frischen operativen Eingriffen, besonders im Nasen-Rachenraum zu gelten. Daß die Stereoidtherapie die Komplikationsrate erhöhen kann, ist daraus abzuleiten, daß der Verlauf virusbedingter Erkrankungen durch sie verschlechtert werden kann.

Auch der Hinweis auf Kontaktinfektionen hat nicht an Bedeutung verloren, da bei Kontaktpersonen in der Familie, wenn auch sehr vereinzelt, Krankheitserscheinungen beobachtet wurden, deren Spezifität nicht ohne weiteres abgelehnt werden kann. Außerhalb der Wohngemeinschaft spielt die Kontaktfrage keine Rolle. Ebenso wird weiterhin vor ungewohnten körperlichen Anstrengungen gewarnt werden müssen.

Da bisher keine neuen Erfahrungen gesammelt werden konnten, sind zwischen den verschiedenen Schutz-

impfungen die vom Bundesgesundheitsamt empfohlenen Sperrfristen einzuhalten. Das betrifft vor allem die Zeit zwischen einer Pockenschutzimpfung und einer Poliomyelitisschutzimpfung. Vor dem Blutspenden soll eine Karenzzeit eingehalten werden, die vom Bundesgesundheitsamt mit 4 Wochen angegeben wird.

Übersicht über die zwischen einzelnen Schutzimpfungen zu beachtenden Sperrfristen

Wie schon erwähnt, wird die bayerische Bevölkerung aufgerufen werden, sich im November an der „Schluckimpfung 2“ gegen die Erregertypen II und III zu beteiligen. Die verschiedentlich gegen einen bivalenten Impfstoff geäußerten Bedenken, daß in einem gewissen Verhältnis eine Interferenz zwischen beiden Typen den Impferfolg für eine der Typen hindern könnte, werden dadurch verringert, daß der Anteil des Typ II schwächer sein wird als der des Typ III.

Auch der neue Impfstoff wird allen Kindern und Jugendlichen von 6 Monaten bis zum 18. Lebensjahr sowie deren Angehörigen bevorzugt angeboten. Den Erwachsenen bis zum 40. Lebensjahr wird er empfohlen. Organisatorisch soll die zweite Schluckimpfung so durchgeführt werden, wie die erste Impfkation. Es wird wiederum ein in England und in den USA staatlich geprüfter Impfstoff verabreicht werden.

Weitere Ausblicke zu geben, ist bei dem gegenwärtigen Stand der Kenntnisse zu verfrüht. Sicher ist, daß die nachwachsenden Jahrgänge in nicht allzu großen Abständen ausreichend zu immunisieren sind.

Zum Schluß meiner Ausführungen glaube ich feststellen zu können, daß nach den Erfahrungen bei der diesjährigen Impfkation die orale Schutzimpfung mit Lebendimpfstoff wie kaum eine zweite bisher angewandte Massenimpfung die Kriterien erfüllt, die von jeder propagierten Schutzimpfung verlangt werden müssen. Von einer solchen Schutzimpfung wird verlangt, daß sie 1. gefahrlos, 2. technisch durchführbar ist und 3. einen guten Impfschutz verleiht. Die Feststellung steht nicht im Gegensatz zu den vorgetragenen Beobachtungen, die als Impfkomplicationen zu deuten sind. Auch nach unseren Erfahrungen sind solche Beobachtungen äußerst selten. Sie dürfen auf keinen Fall als Gegenargument gegen die Schluckimpfung angeführt werden.

Ich hielt es für meine Pflicht, Ihnen das Beobachtete vorzutragen, damit Sie bei künftigen ähnlichen Situationen zu einer möglichst sachlichen Aufklärung beitragen können.

Auch habe ich Ihnen an einigen Beispielen gezeigt, daß es unbedingt notwendig ist, sog. Koinzidenzfälle unter allen Umständen ätiologisch zu klären, damit der Impfstoff und das Impfverfahren nicht diskreditiert werden. Was dabei im einzelnen zu veranlassen ist, darüber gibt Ihnen die Veröffentlichung von Herrn

RECORSAN[®]

RECORSAN-LIQUID. c. Rutin

zur Crataegus - Kombinationstherapie des Altersherzens

30 ccm lt. A.T. DM 2,10 a.U.

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

Prof. Dr. Hilber über „Differentialdiagnostische Erwägungen bei Begleiterscheinungen der Polio-Schutzimpfung“*) wertvolle und erschöpfende Hinweise.

Über den mit der ersten Impfkation erreichten Erfolg läßt sich naturgemäß nichts Sicheres aussagen. Die Erkrankungshäufigkeit dieses Jahres ist der Zahl und dem Auftreten nach jedenfalls so, wie sie seit Jahrzehnten nicht beobachtet wurde. Seit der 13. Jahreswoche, etwa von Ende März, also der Zeit, ab der ein Impfschutz sich auswirken konnte, sind bisher 18 Neuerkrankungen gemeldet worden. Denen stehen für den gleichen Zeitraum nach dem fünfjährigen Durchschnitt 290 Meidungen gegenüber. Die seitdem für 23 Wochen gemeldeten Erkrankungen liegen noch unter dem Durchschnittswert von 25 bis 28 Erkrankungen für eine Woche der Poliomyelitissaison. Daß im August keine Meldungen zu verzeichnen sind, ist einmalig. Selbst wenn die Erkrankungen aus den ersten 12 Wochen (28) dazu gezählt werden, ist nicht zu erwarten, daß sie im Jahre 1962 die Hundertergrenze überschreiten. Es wäre somit gelungen, die Poliomyelitis in Bayern

auf den Stand der zwanziger Jahre zurückzudrängen. Daß mit der ersten Impfkation noch nicht alles getan ist, zeigen auch Erkrankungen von im Frühjahr gegen den Erregertyp I Geimpften, bei denen der Erregertyp III festgestellt werden konnte.

Der Herr Staatsminister des Innern hat der bayerischen Ärzteschaft über den Herrn Präsidenten und der Herr Staatssekretär in seinen Grußworten zum 15. Ärztetag Dank und Anerkennung für die Mithilfe bei der letzten Impfkation ausgesprochen. Gestatten Sie auch mir, daß ich mich heute einer kollegialen Dankeschuld entledige, für die ich seit Gelingen der Impfkation das aufrichtige Bedürfnis habe. Gleichzeitig erlauben Sie mir damit die Bitte zu verbinden, mitzuheifen, die Bevölkerung für die neue Impfkation zu gewinnen, um das bisher Erreichte wirksam vervollständigen zu können.

Schließlich bleibt zu hoffen, daß nach der zweiten Impfkation der aus anderen Ländern mitgeteilte Impferfolg sich auch bei der bayerischen Bevölkerung einstellt.

Übersicht über die zwischen einzelnen Schutzimpfungen zu beachtenden Sperrfristen*)

Nach	Zeitabstand	bis zur Impfung mit
Pockenerstimpfung (auch Pockenwiederimpfung mit Pustelreaktion)	6 Wochen	BCG, Oral-Polio-, Salk-Polioimpfstoff, Toxoiden u. a.*), Gelbfieberimpfstoff
Pockenwiederimpfung, mit Knötchenreaktion	1 Woche	BCG, Oral-Polio-, Salk-Polioimpfstoff, Toxoiden u. ä., Gelbfieberimpfstoff
Oral-Polio (Sabin)-Impfung	4 Wochen	BCG, Pockenimpfstoff (Erst- und Wiederimpfung), Toxoiden u. ä., Gelbfieberimpfstoff
BCG-Impfung	3 Monate	Pockenimpfstoff (Erst- und Wiederimpfung), Oral-Polio-, Salk-Polioimpfstoff, Toxoiden u. ä., Gelbfieberimpfstoff
Gelbfieber-Impfung	4 Wochen	Pockenimpfstoff (Erstimpfung) Oral-Polioimpfstoff,
	2 Wochen	Pockenimpfstoff (bei tatsächlicher Wiederimpfung)
Salk-Polio-Impfung	keiner	Toxoiden u. ä.
	3 Wochen	Pockenimpfstoff (Erstimpfung bzw. Wiederimpfung bei Impflingen ohne Narben)
Impfung mit Toxoiden u. ä.**)	keiner	Pockenimpfstoff bei tatsächlicher Pockenwiederimpfung, Oral-Polioimpfstoff, Toxoiden u. ä., Gelbfieberimpfstoff
	3 Wochen	Pockenimpfstoff (Erstimpfung)
	keiner	Pockenimpfstoff bei tatsächlicher Pockenwiederimpfung, Oral-Polioimpfstoff, anderen Toxoiden, Gelbfieberimpfstoff

*) S. „Bundesgesundheitsblatt“ 1962, Nr. 5, S. 83.

***) Den Toxoiden sind hier die Impfstoffe aus abgetöteten Erregern gleichzustellen (Salk-Polioimpfstoff wurde aus didaktischen Gründen jeweils gesondert genannt).

Schrifttum:

Anders, W., AM, 34, S. 1961—1965 (1962)
 Hein, E., Dtsch. Med. Wschr. 12, S. 412—416 (1957)
 Henigst, W., Zschr. f. Hygiene, 148, S. 307—317 (1962)
 Hilber, H., Bayer. Ärztebl. 8, S. 448—453 (1962)
 Munk, K., Münch. med. Wschr. 47, S. 1781—1782 (1957)

Schär, M., Bundesgesundheitsbl. 14, S. 220—221 (1961)
 Bayer. Ärztebl. 1, S. 14—19 (1962)

Wiesmann, E., und Wegmann, T., Schweiz. Med. Wschr. 13, S. 367 (1962)

Anschrift des Verfassers:

Reg.-Med.-Dir. Dr. E. Hein, 8 München 22, Odeonsplatz 3

*) s. „Bayerisches Ärzteblatt“ 1962, Heft 8, S. 448—453.

OXYMORS SEIT 40 JAHREN IN DER PRAXIS ERPROBT UND BEWÄHRT

KEINE SCHÄDIGUNG DER DARMLORA UND DER NIEREN **bei Oxyuriasis**

Vermifuge Wirkung! KEIN FALL SCHÄDLICHER NACHWIRKUNG!

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

Sportmedizinische Aufgaben

REFERAT

Chefarzt Dr. med. Eugen Gossner, Augsburg-Haunstetten
Landesvorsitzender des Bayer. Sportärzteverbandes

Die über 500 Sportärzte Bayerns freuen sich, daß sie durch mich als den Landesvorsitzenden des Bayer. Sportärzteverbandes erstmals offiziell auf einem Bayerischen Ärztetag vertreten sind und daß es uns gestattet wurde, über dieses neue Gebiet der Medizin zu referieren.

Die Sportmedizin hat etwas Schockierendes an sich: Dies ist der Ausdruck „Sport“. Viele denken dabei an eine Arena mit 100 000 Zuschauern und einer kleinen Anzahl hochgezüchteter Sportler, an die Todesfälle im Boxring, an Doping, Stargagen und andere Dinge. Dies ist aber falsch.

Bayern hat fast 1 Million aktive Turner und Sportler. Sie und deren Verbände zu beraten ist unsere erste Aufgabe.

Die Sportmedizin hat weitere viele und große Aufgabengebiete jetzt und besonders in der Zukunft.

In der Grundlagenforschung beschäftigen wir uns auf intern medizinischem Gebiet mit Herzkreislauf- und Atemfunktionsprüfungen, mit den Einwirkungen von körperlichen Höchst- und Dauerleistungen auf Blut und Stoffwechsel, endokrines System. Weiter mit Aufgaben der psychischen Hygiene, der Ernährungswissenschaft, mit Folgen der Bewegungsarmut und anderen chronischen Schädigungen. Die Erkenntnisse der auf diesem Gebiet besonders tätigen Institute Freiburg, Köln, Berlin und Münster haben in die klinische Medizin, Physiologie bis zur Pädiatrie, Psychiatrie und Psychologie Eingang gefunden.

Auf chirurgisch-orthopädischem Gebiet sind viele Arbeiten über den Bewegungsapparat, Muskel, Gelenke, Knochen und Sehnen, erschienen. Prophylaxe, Therapie und Wiederherstellung wurden weitgehend beeinflußt. Hier liegt trotzdem noch viel Arbeit vor uns, da kein Institut mit dieser Blickrichtung in der Bundesrepublik existiert (früher Hohenlychen).

Bekannt sind unsere Bestrebungen auf dem Gebiet der präventiven Medizin im Bereich der Forschung, aber auch, was hier wichtiger erscheint, in der praktischen Tätigkeit.

Über Leibesübungen in der Therapie und Rehabilitation ist zu berichten, daß Sportplätze neben chirurgisch-orthopädischen und Kinderkliniken aber auch internen Abteilungen entstanden sind und weiter entstehen. Eine große Anzahl von Sanatorien im Bayer. Wald, Jura und am Alpenrand, die sich mit Sport als Therapie beschäftigen, werden mit vielen Millionen Kosten unterhalten.

Diese Forschungs- und praktische Tätigkeit hat aber bisher nur eine ungenügende Ergänzung in der Lehr-

tätigkeit gefunden. Hier ist auf den Schulen, Universitäten, pädagogischen Hochschulen und anderen Lehrstätten noch Pionierarbeit zur Unterrichtung der Öffentlichkeit und der später leitende Stellungen einnehmenden Jugend zu leisten.

Noch nicht begonnen wurde die Öffentlichkeitsarbeit; was nützen uns wissenschaftliche Erkenntnisse und praktische Übungsstellen, wenn sie bei dem „Mann auf der Straße“ nicht ankommen und dadurch keine Breitenwirkung haben? Er soll wissen, daß der Weg vom Eßtisch zum Fernsehsessel auf die Dauer zu kurz ist. Die Öffentlichkeit hat dafür Verständnis, aber manche verantwortlichen Stellen zögern noch, uns anzuhören. Der Bayerische Sportärztebund hat einmal den Antrag zu stellen versucht, daß ein Prozent der halben Milliarde (für Werbung aller Art werden in der Bundesrepublik jährlich 2,7 Milliarden ausgegeben) die zur Propaganda für Sex, Krimi, Alkohol und Nikotin auf uns und unsere Jugend steuerbegünstigt losgelassen wird, zur Werbung für vernünftige Freizeitgestaltung zur Verfügung gestellt wird. Alle haben uns versichert, daß dies ein guter Gedanke wäre, aber alle haben uns ebenso versichert, daß wir dies gegen die Interessenverbände nie erreichen würden. Dabei würde uns der Werbeetat der kleinsten Schnaps- oder Zigarettenfirma ausreichen. Wir werden aber nicht müde werden, diese Bitte an alle Stellen weiter heranzutragen, denn sonst wird trotz Eiternhaus, Schule und Kirche die Jugend dem täglichen Trommeifeuer der Genussmittel- und Vergnügungsindustrie doch noch unterliegen.

Die Sportmedizin hat neben oben genannten medizinischen, hygienischen und psychologischen Aufgaben die Betreuung von fast 1 Million Sportlern. In Bayern führen meine Mitarbeiter jährlich Tausende von Untersuchungen durch. Ärztliche Gremien sind in den Sportverbänden u. a. der Leichtathletik, des Schwimmens, Boxens usw. tätig. Allen staatlichen und kommunalen Behörden stehen wir zur Beratung zur Verfügung.

Wir bemühen uns, die Turnhallen und Sportplätze moderner zu gestalten, so daß sie für alle, auch für Kinder mit Müttern, ältere Menschen und kleinere Gruppen geeignet sind. (Gespräch auf der Technischen Hochschule in München.)

Wir bemühen uns, daß die Sportgeräte im obigen Sinn ergänzt werden, daß uns der Durchbruch zum reifen und besonders zu dem im höheren Lebensalter

Jodex

bei Sportverletzungen
Prellungen
Zerrungen
Blutergüssen

DM 1.25

PROTINA GMBH., MÜNCHEN 54

stehenden Menschen auf dem Gebiet der aktiven Betätigung gelingt.

Innerhalb dieses großen Gebietes der Sportmedizin haben sich Spezialabteilungen gebildet.

1. Der Versehrtensport.

Gegen hundert Ärzte betreuen in über 100 Versehrtengruppen 5 000 Amputierte oder sonstig Geschädigte. Hier zeigt sich auch die soziale Seite unserer Arbeit.

2. Sonderturnen.

Sonderturngruppen bestehen in allen größeren Orten, um haltungsgeschädigten Jugendlichen den richtigen Ausgleich zu geben.

3. Im Wasserrettungsdienst

sind unsere Kollegen an allen Flüssen, Badeanstalten und Seen Bayerns tätig und haben Geräte und Maßnahmen zur ersten Hilfe entwickelt oder verbessert.

4. Beim Wintersport

haben wir in Bayern spezielle Aufgaben vor uns. Denken sie an die Bergwacht mit ihren Problemen der Unterkühlung, Rettung, des Abtransportes und der Organisation. Zur Sicherheitsbindung, die schon viele Unfälle verhütet oder gemildert hat, entwickelte ein Mitglied unserer Vorstandschaft einen Sicherheitsschuh.

Zur Frage der Bergbahnen wurden viele Arbeiten geschrieben. Sie sollen nach unserer Ansicht nicht direkt an die Spitze fahren, da die Skifahrer sonst, ohne sich warmgelaufen zu haben, im ersten Drittel der Abfahrt besonders gefährdet sind. Herz- und Kreislaufgeschädigte, sowie ältere Menschen über 50 sollten diese Höhen nur langsam überwinden.

5. Auf dem Gebiet der Bewegungstherapie

begrüßen wir die Entstehung der vielen Sanatorien. Entscheidend aber ist die Zeit nach den Kuren. Es tritt dabei die Aufgabe an uns heran, Bewegungsgruppen in den Städten zu gründen, in denen diese Menschen ihre Übungen mit Gymnastik, Wasseranwendungen, kleinen Ballspielen und Waldläufen weiter betreiben können.

6. Erwähnt seien wenigstens

noch die Segel- und Motorfliegerärzte und der Blindensport.

7. Die kommende Raumfahrtmedizin

stützt sich weitgehend auf unsere Vorarbeiten.

Der Bayerische Sportärztebund

hat alle diese Aufgaben erkannt und, soweit es in seiner Macht steht, angegangen. 500 Ärzte befassen sich in ihrer Freizeit und ohne Entgelt damit.

Eine sportärztliche Zentralbibliothek wurde in Nürnberg gegründet.

Zweimal jährlich werden Kurse für Ärzte in Nord- und Südbayern abgehalten.

Ein Mitteilungsblatt wird, von den Verbandsbeiträgen finanziert, herausgegeben.

Eine ständige Geschäftsstelle arbeitet seit 1959 in München. Wir haben uns an den allgemeinen Fortbildungskursen in Augsburg, Nürnberg, Regensburg u. a. beteiligt und einen Kontakt mit der allgemeinen Ärzteschaft gesucht.

Sportmedizinische Seminare in Grado und Davos wurden von uns organisiert.

Eine Referentenliste wurde ausgearbeitet.

Eine Broschüre mit fast 200 Seiten wurde mit viel Mut und trotz des finanziellen Risikos herausgegeben.

Fast 100 Untersuchungsstellen in Bayern sind im Betrieb, teils an Stadtämtern für Leibesübungen, teils an Gesundheitsämtern oder in ärztlichen Praxen auf dem Lande.

Eine Sammlung von Dias liegt zum Verleih auf.

Sportmedizinische Vorlesungen werden abgehalten.

Ein Film und zusätzlich eine Filmothek sind in Vorbereitung.

Beim Fernsehen haben wir Eingang gefunden.

Alle diese Aufgaben in der Forschungs- und angewandten Medizin, in der Lehrtätigkeit, der Öffentlichkeit und den Spezialdisziplinen können auf die Dauer nicht mehr ehrenamtlich in der Freizeit geleistet werden.

Wir haben daher schon 1958 und mehrfach hernach den Antrag gestellt, daß für Bayern eine sportmedizinische Akademie errichtet werden soll. Diese wurde inzwischen in den Landesentwicklungsplan aufgenommen. Das Kultusministerium will jetzt bei der Vorplanung unsere Mithilfe, basierend auf der 15jährigen Erfahrung von 500 Ärzten, in Anspruch nehmen. Wir haben in vielen Arbeitssitzungen — so glauben wir — eine Konzeption entwickelt, die den Forderungen auf medizinischem und sportlichem Gebiet sowie in der Öffentlichkeitsarbeit entspricht. Mit einem Anhängsel an ein bestehendes medizinisches Institut ist der Sache nicht voll gedient. Hier würde ausschließlich die medizinische Forschung zu Worte kommen, aber nicht die übrigen Aufgaben, die uns fast noch wichtiger erscheinen.

Die heutige Zeit und besonders die Zukunft stellen neue Aufgaben an unsere mechanisierte, industrialisierte, überzeugte und werbungsüberflutete Gesellschaft. Diese Aufgaben sind zu meistern. Wenn wir Ärzte dies nicht im ganzen Umfange sehen, werden andere Einrichtungen kommen und die Aufgaben übernehmen. Nicht aber mit den profunden Kenntnissen und nicht mit der Selbstlosigkeit, die wir seit Jahren beweisen.

Für unsere Arbeit und unsere Zukunftspläne darf ich Sie alle um Ihre Unterstützung bitten.



Standardartin.

Der experimentell
im pharm. Reihenversuch
wirkungsbestimmte
Hustensaft

KREWEL-WERKE, Eltorf b. Köln

REFERAT

Erfahrungen über die Durchführung der Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz

Von Dr. med. Walter Aurnhammer

Wie Ihnen allen bekannt ist, sind mit Wirkung vom 1. Oktober des vergangenen Jahres die Bestimmungen des 6. Abschnittes des neuen Jugendarbeitsschutzgesetzes über die „Gesundheitliche Betreuung“ in Kraft getreten und damit zu einer in dieser Form neuartigen Aufgabe für die Ärzteschaft geworden.

Wir hatten uns in Bayern gegenüber den anderen Bundesländern wegen der bei uns im Sommer erfolgenden Schulentlassung erst etwas später mit den vorgeschriebenen ärztlichen Untersuchungen auf Grund der §§ 45 bis 53 zu befassen, übersehen jetzt aber doch ein Jahr an buntgemischten ersten Erfahrungen. Die Absicht meines heutigen kurzgefaßten Referates besteht darin, einige sich bereits jetzt deutlich abzeichnende Beobachtungen und Folgerungen festzuhalten.

Bei jeder Neueinführung einer gesetzlichen Maßnahme mit derartiger Breitenwirkung ist es selbstverständlich, daß in den ersten Phasen ihrer Durchführung gewisse Anlaufschwierigkeiten verschiedenster Art auftreten müssen, die zum Teil trotz guter Absicht nicht zu vermeiden sind, zu einem anderen Teil in diesem Fall allerdings bei besserer Absicht hätten vermieden werden können. Ich möchte aber sehr betonen, daß diese Begleiterscheinungen doch nur von zweitrangiger Bedeutung gegenüber der grundsätzlich positiven Grundabsicht des neuen Jugendarbeitsschutzgesetzes sind. Dieses Kernziel soll in keiner Lage, weder im Alltag der täglichen Berufsausübung noch auf der Verhandlungsbasis vergessen werden. Drei Dinge sehe ich an diesem Gesetz besonders positiv an:

1. Über die allgemeinen Bestimmungen des Jugendarbeitsschutzes hinaus soll der Gesundheits- und Entwicklungszustand jedes einzelnen Jugendlichen an der Schwelle vom Kindesalter in das Erwerbsleben mit äußerster Gründlichkeit überprüft werden, um ihn im Falle irgendwelcher wesentlicher Schäden gegenüber einer Gefährdung durch falschen Arbeitseinsatz zu sichern und ihm auf Grund dieser Untersuchungsergebnisse auch bei Vorliegen erheblicher gesundheitlicher Belastungen doch zu einem größtmöglichen Leistungserfolg und damit letzten Endes zu einer beruflichen Lebenserfüllung zu verhelfen.
2. Die Durchführung dieser großen und sich weit auswirkenden Aufgabe praeventiver Medizin ist vom Gesetzgeber keinem begrenzten Kreis von Ärzten

vorbehalten, sondern bewußt der gesamten Ärzteschaft unter Wahrung einer freien Arztwahl übertragen worden.

3. In der Gestaltung dieses Gesetzes und seiner manchem etwas überkompliziert erscheinenden Formalitäten hat man sich sehr ernsthaft bemüht, unseren auf anderen Sektoren so blitter unstrittenen Vorstellungen von der ärztlichen Schweigepflicht zu entsprechen.

Nun zu einigen praktischen Erfahrungen, die sich über Einzelfälle hinaus als allgemein wesentlich abzeichnen.

Zunächst zur Durchführung der Untersuchungen.

Die dafür zu verwendenden Untersuchungsbogen mit Blättern 1, 2 und 3 dürften Ihnen geläufig sein. Nach dem Wunsche des Gesetzgebers soll es sich um eine umfassende Untersuchung und Beurteilung handeln, die nicht nur den augenblicklichen Status erhebt, sondern rückblickend die ganze Anamnese der Familie und des eigenen Kindesalters erfaßt. Dies ist von großer Bedeutung, da zahlreiche zum Teil latente Krankheiten und Gefährdungen, wie z. B. ein rheumatisches Fieber oder ein Krampfleiden, die auch später für den heranwachsenden Menschen von größter Bedeutung sind, sich fast ausschließlich aus der Vorgeschichte ableiten lassen. Ohne Befragung der Angehörigen wird eine exakte Erhebung der Anamnese fast nie möglich sein. Der untersuchende Arzt sollte daher bei der Vereinbarung des Untersuchungstermins auf das Miteinsteigen wenigstens eines Elternteils dringen. Jeder Erfahrene weiß, wie schwer es auch dann noch ist, eine vollständige Vorgeschichte zu ermitteln, so daß die Erfragung der Angaben zu Blatt 1 des Untersuchungsbogens unbedingt Sache des Arztes bleiben muß. Es darf im übrigen für diesen Teil ebenso wie für die Blätter 2 und 3 erneut betont werden, daß die Vordrucke nur eine Hilfe darstellen können und daß darüber hinaus zahlreiche Fragen und Einzeluntersuchungen offenbleiben, so daß die Tätigkeit des untersuchenden Arztes erheblich über die Ausfüllung eines an sich schon umfangreichen Formulars hinausgeht. Ich will bei der heutigen Behandlung des Themas nicht näher auf die Zweckmäßigkeit des geschaffenen Untersuchungsbogens und seine Vollständigkeit eingehen. Die wissenschaftliche Diskussion mit den einzelnen Fachgebieten wird hier in den folgenden Jahren weitergehen müssen.

Tabletten
Suppositorien
Ampullen

TOXIMER[®]

Analgeticum
Antineuralgicum
Antirheumaticum

1 Tablette enthält: Dimethylaminophenyldimethylpyrazolon 0,2; Phenacetin 0,2; Coffein 0,05; Codein, phosphoricum 0,01.
1 Suppos. enthält: Dimethylaminophenyldimethylpyrazolon 0,2; Komplex von Dimethylaminophenyldimethylpyrazolon-Barbitursäurederivaten 0,3; letztere entsprechend 0,1 Diäthyl-Diallyl-Phenyläthyl-barbitursäure, Codein, phosphoricum 0,03; Phenacetin 0,1.



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

Wenn der Gesamtaufwand an ärztlichem und verwaltungsmäßigem Bemühen einen Sinn haben soll, so muß nach exakter Abwicklung der Abschnitte I (Familienvorgeschichte), II (Eigene Vorgeschichte), III (Arbeitsvorgeschichte bei Nachuntersuchung), IV (Befunderhebung), V (Feststellung des Entwicklungsstandes), VI (Vornahme von Ergänzungsuntersuchungen) ein vollständiges Bild über den Gesundheitszustand des jungen Menschen unter Berücksichtigung seiner früheren Erkrankungen, Feststellung aller jetzt vorhandenen Krankheitsbefunde und Krankheitsneigungen im körperlichen Bereich sämtlicher Organsysteme, in geistig-seelischer Beziehung sowie mit einem Urteil über Entwicklung und Reife entstanden sein. Dabei läßt sich Gesundheit aber erst durch Ausschaltung aller pathologischen Möglichkeiten bestätigen.

Die sich anschließende Frage der Beurteilung nach VIIa (bestehen Entwicklungsmängel, Schäden oder Krankheiten?) mit einem „nein“ oder „ja“ zu beantworten und mit Unterschrift zu besiegeln, bedeutet die Ausstellung eines gesundheitlichen Freibriefes von bisher nicht bekannter Größenordnung. Dabei liegen die Schwierigkeiten keineswegs in der medizinischen Erledigung der Einzelfragen und der Befunderhebung, deren exakte Beherrschung von jedem Arzt, der sich dieser Aufgabe unterzieht, vorausgesetzt werden darf. Sie liegen in der Totalität der gewünschten Aussage, die weit über die Bewertung eines Status praesens hinausgeht. Schon bis hierher unterscheidet sich die Untersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz erheblich von den so oft zum Vergleich herangezogenen sonstigen Einstellungs- und Versicherungsgutachten.

Mit der Beantwortung der Frage nach VIIa „bestehen Entwicklungsmängel, Schäden oder Krankheiten?“ ist es aber bekanntlich nicht getan. Heißt hier die Antwort „nein“, so werden die Konsequenzen nach b (ist ärztliche Behandlung empfohlen, ist zahnärztliche Behandlung empfohlen, andere Ratschläge?, c (ist eine außerordentliche Nachuntersuchung notwendig?) und e (wird die Gesundheit durch die Ausübung bestimmter Arbeiten gefährdet?) relativ leicht zu ziehen sein, da bei völlig gesunden Jugendlichen wohl weder Therapie, noch Arbeitsbeschränkungen erforderlich sein werden. Hier ist einzufügen, daß ja auch dieser Jugendliche immer unter den allgemeinen Bestimmungen des Jugendarbeitsschutzes, insbesondere unter dem des § 37, 1 (Die Beschäftigung eines Jugendlichen mit Arbeiten, „die seine körperlichen Kräfte übersteigen... ist verboten“), sowie unter den speziellen Schutzbestimmungen, die für zahlreiche Betriebe gelten, steht. Finden sich aber bei einem Jugendlichen Mängel, Schäden oder Krankheiten, so daß die Frage VIIa mit „ja“ zu beantworten ist, so erweist sich die weitere Stellungnahme zu den Fragen VIIb bis VIIe in jedem Falle als sehr schwerwiegend, manchmal auch als sehr schwierig. Die Antworten zu b „ist ärztliche oder zahnärztliche Behandlung empfohlen“ und c „ist eine außerordentliche Nachuntersuchung notwendig“ — die Frage d gilt nur bei Nachuntersuchungen —, werden sich in diesem Falle noch relativ leicht ableiten lassen. Die Frage VIIe kristallisiert sich aber deutlich als Hauptproblem heraus. Sie lautet „Wird die Gesundheit durch die Ausübung bestimmter Arbeiten gefährdet?“

und ist ergänzt durch zehn Beispiele — wohlgermerkt! — für derartige gefährdende Arbeitskomplexe, wie z. B. Arbeiten, die ständig oder überwiegend im Stehen, Gehen, Sitzen ausgeführt werden, Arbeiten, die Schwindelfreiheit erfordern, Arbeiten unter ständiger Einwirkung von Kälte, Hitze, Feuchtigkeit, Lärm usw. Diese Fragestellung ist medizinisches Neuland und sie ist bis heute von keiner Seite und keiner Spezialrichtung der Medizin her wirklich erschöpfend und einheitlich zu beantworten, weder aus der Sicht der Allgemeinpraxis, noch aus der der Kinder- und Jugendheilkunde, auch nicht aus der der Arbeits- und Gewerbemedizin. Hier ist ein neues Grenzgebiet entstanden, das noch intensiver gemeinsamer Bemühungen bedarf. Nach anfänglichen Mißverständnissen ist es bald klargeworden, daß es sich bei diesen Erstuntersuchungen nicht um eine ärztliche Berufsberatung und auch nicht um Tauglichkeitsuntersuchungen für bestimmte Berufe handelt, und wir haben die Kollegen immer wieder vor einer solchen falschen Auffassung gewarnt. So geht eben auch die Fragestellung nach VIIe nicht vom künftigen Arbeitsplatz, sondern von dem pathologischen Befund des Betroffenen aus. Die Reihenfolge lautet nicht: Der oder die Betreffende will den Beruf X ergreifen; bei dieser Tätigkeit kommen bestimmte Gefährdungsmöglichkeiten in Frage; fällt dieser Jugendliche darunter? Sondern unsere Aufgabe ist es zunächst Mängel, Schäden oder Krankheiten festzustellen, solche in ihrer medizinischen Gesamtprognose zu bewerten und sie dann ganz allgemein mit den Problemen des Erwerbslebens in Beziehung zu setzen.

Bei dieser Aufgabe werden u. a. noch folgende Schwierigkeiten deutlich:

In zahlreichen Fällen steht für den mit einem chron. Leiden oder Schaden behafteten Jugendlichen nicht so sehr eine Gefährdung durch bestimmte Arbeiten im Vordergrund, sondern für ihn wird bei seiner späteren Wahl des Berufes oder Arbeitsplatzes die durch sein Leiden begrenzte Leistungsfähigkeit entscheidend. So wird z. B. ein Jugendlicher mit Spätfolgen einer Polio-myelitis schließlich nicht so sehr durch Arbeiten mit seinen geschwächten Gliedmaßen gefährdet, als daß er mit diesen eben bei entsprechenden Arbeiten behindert oder ungeeignet sein wird.

Oft erscheint auch nicht ein totales Verbot eines Arbeitskomplexes, sondern entsprechend den verschiedenen Schweregraden der Leiden oder Krankheitsneigungen eine beweglichere Handhabung angezeigt, wie unsere ersten Erfahrungen überhaupt zeigen, daß die Auffassung der verschiedenen untersuchenden Ärzte über graduelle und spezifische Bedeutung einzelner pathologischer Befunde zunächst noch recht uneinheitlich ist.

Bei anderen Jugendlichen bedarf ihr Krankheitszustand im Rahmen der Erwerbstätigkeit sonstiger Beachtung. So muß z. B. bei einem jugendlichen Diabetiker die Umgebung an seinem Arbeitsplatz über die Gefahren und Hilfsmaßnahmen bei einem plötzlichen hypoglykämischen Schock Bescheid wissen.

Alle diese Dinge sollen aber ebenso wie die eindeutigen Gesundheitsgefährdungen durch bestimmte Arbeiten in der Schlußbeurteilung, in der ärztlichen Mitteilung an die Eltern und in der ärztlichen Bescheinigung für den Arbeitgeber zum Ausdruck kommen. Wie Ihnen bekannt ist, haben die diesbezüg-

lichen, vom untersuchenden Arzt getroffenen Anordnungen für den Arbeitgeber einen absolut verbindlichen und verpflichtenden Charakter. Lassen Sie mich auch betonen, daß in der Mitteilung an die Eltern unsere gesamten praeventiven Ratschläge zum Ausdruck gebracht werden müssen.

Bei den Vordrucken zu den Ergänzungsuntersuchungen fällt auf, daß auch bei der Überweisung an Fachkollegen als Antwort nur die Mitteilung des Befundes vorgesehen ist. Ich hielte es für nützlich, wenn der um Rat angegangene Facharzt dann auch für seinen Teilbefund zur Frage einer evtl. notwendigen Therapie oder Gesundheitsgefährdung durch bestimmte Arbeiten Stellung nehmen sollte.

Wie schon gesagt, liegt in den Wechselbeziehungen zwischen kindlichen Leiden und den Ansprüchen des Erwerbslebens für die Zukunft ein wissenschaftlicher Aufgabenbereich, mit dem sich Pädiater und Arbeitsmediziner sowie die Vertreter aller Fachdisziplinen weiterhin gemeinsam beschäftigen müssen. Wenn diese Zusammenarbeit erfolgt, wird wahrscheinlich auch die Fragestellung nach VIIe und der vorgedruckte Katalog möglicher Gesundheitsgefährdungen durch bestimmte Arbeiten in einigen Jahren variiert werden; vielleicht erfährt dann auch die gesamte Gestaltung des Untersuchungsablaufes noch gewisse Verbesserungen.

Die abschließende Beurteilung nach Abschnitt VII stellt für den untersuchenden Arzt nach dem schon betonten Umfang seiner vorangegangenen Bemühungen eine in ihrer Bedeutung neue und erhebliche Aufgabe dar, die in vielen Fällen eine sehr eingehende gedankliche Beschäftigung voraussetzt. Hinzu kommt gerade hier die besondere ärztliche Sorgfaltspflicht, da ausgesprochene Verbote ebenso wie eine nicht erteilte Arbeitsbeschränkung für den Jugendlichen meist bis zum 18. Lebensjahr verbindlich bleiben. Es ist sicher nicht zu Unrecht des öfteren die Frage nach der Haftpflicht des untersuchenden Arztes bei eventuellen späteren Komplikationen auf Grund eines von ihm nicht erkannten Krankheitsbefundes oder eines nicht ausgesprochenen Arbeitsverbotes gestellt worden.

Ich hoffe, mit diesem Teil meiner Ausführungen den Umfang und die Bedeutung der ärztlichen Tätigkeit im Rahmen der gesundheitlichen Betreuung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz genügend aufgezeigt zu haben.

Nun zu einer anderen Frage von großer praktischer Bedeutung, zum **Zeitpunkt der Untersuchungen**.

Bei den **Nachuntersuchungen** sagt der Text des Gesetzes, daß sie vor Ablauf des 1. Beschäftigungsjahres erfolgen sollen. Damit wird sich die praktische Handhabung sicher so einspielen, daß die Nachuntersuchungen in den letzten Monaten am Ende des 1. Beschäftigungsjahres erfolgen, weil zu diesem Zeitpunkt die Arbeitgeber die entsprechenden Bescheinigungen anfordern werden. Für uns in Bayern werden also die Nachuntersuchungen überwiegend in die Monate April bis Juni fallen.

Bei den **Erstuntersuchungen** schreibt das Gesetz vor, daß sie innerhalb der letzten zwölf Monate vor dem Beginn der Beschäftigung vorgenommen werden müssen. In diesem Jahr erlebten wir durch die viel zu späte Regelung der Ausgabe der Untersuchungsberechtigungsscheine in Bayern die hoffentlich ein-

mallye Ausnahmesituation, daß fast alle Erstuntersuchungen erst in den letzten Wochen vor der Schulentlassung anfielen. Für die künftige Handhabung müssen wir aber ausschließlich vom Interesse der Kinder bzw. Jugendlichen ausgehen. Da wir bei zahlreichen Betroffenen auf Grund unserer Feststellungen zu einem sogenannten negativen Leistungsbild gelangen, d. h. wir stellen einen Herzfehler, ein Krampfleiden, eine chronische Hauterkrankung usw. fest und erlassen entsprechende Beschränkungen für seinen Arbeitseinsatz, sollte diese Entscheidung zu einem Zeitpunkt getroffen werden, wo das Kind selbst und seine Angehörigen sich noch nicht endgültig auf bestimmte Berufswünsche oder gar auf Arbeitsstelle und Betrieb festgelegt haben. Für den völlig Gesunden wäre dies ohne große Bedeutung, aber es kommt ja auf die Betreuung der körperlich Belasteten an, und manches Leiden wird bei scheinbar Gesunden erst bei diesen Durchuntersuchungen entdeckt werden. Dieser negativ Belastete soll aber nun einer Tätigkeit, einem Beruf, letztlich einer Lebensbefriedigung zugeführt werden, die seine Gesundheit nicht weiter gefährdet und seiner Leistungsfähigkeit entspricht. Vom negativen gesundheitlichen Leistungsbild muß also der Weg zum positiven Arbeits- und Berufseinsatz gefunden werden. Hier setzt die Aufgabe der echten Berufsberatung und Lenkung durch die Arbeitsämter ein, wobei auch dem ärztlichen Dienst dieser Behörden große Bedeutung zukommt. Den dort tätigen Ärzten werden die Angehörigen gegebenenfalls auch die ihnen durch die Mitteilung des erstuntersuchenden Arztes bekanntgewordenen Krankheitsbezeichnungen vorlegen. Die berufsberatenden Stellen beginnen bei den Schulentlassungsjahrgängen erfahrungsgemäß im Herbst mit einer allgemeinen Aufklärung und nehmen in den Monaten Januar bis März die meisten speziellen Arbeits- und Stellenvermittlungen vor. Die ganz einfache Schlußfolgerung ist also die, daß alle Erstuntersuchungen möglichst frühzeitig im Herbst beginnen und im Frühjahr abgeschlossen sein sollten. Die durch die Ministerialentscheidung vom 9. 4. 1962 in Bayern getroffene Regelung der Ausgabe der Untersuchungsberechtigungsscheine mit dem Halbjahreszeugnis im Februar bedarf also dringend einer Änderung dahin gehend, daß die Untersuchungsberechtigungsscheine für die Erstuntersuchungen zusammen mit dem vorgesehenen Merkblatt bereits bald nach Beginn des letzten Schuljahres, bei uns also im Oktober, ausgegeben werden. Für die Erstuntersuchungen bleibt dann in Ruhe die Zeit des Herbstes und Winters, während im späteren Frühjahr und Frühsommer die Nachuntersuchungen bei den vorangegangenen Jahrgängen zusammenkommen werden.

Damit kommen wir zur Frage: Wer ist der **untersuchende Arzt**?

Grundsätzlich darf man feststellen, daß die Freigabe der Untersuchungen an die gesamte Ärzteschaft nirgendwo zu Schwierigkeiten geführt hat; insbesondere hat sich diese Freizügigkeit auf das Verhältnis zwischen freipraktizierenden und beamteten Ärzten im ganzen günstig ausgewirkt und mag als Beispiel für manche anderen Präventivmaßnahmen gelten. Die vom Vorstand der Kammer betonte Beschränkung der Fachärzte auf ihr Spezialgebiet ist unseres Wissens überall eingehalten worden. Kritischer müssen wir gewissen

zeitlichen und betriebsmäßigen „Ballungen“ von Untersuchungen gegenüberstehen, wobei eine solche betriebliche Konzentration dort noch keinen grundsätzlichen Bedenken begegnet, wo das Prinzip der freien Arztwahl gewahrt bleibt. Wir müssen uns aber mit aller Schärfe jeder Steuerung widersetzen, wie sie nicht nur von Betrieben, sondern sogar von Behörden bekannt wurde, die ihre künftigen und späteren Betriebsangehörigen zwangsweise zu bestimmten Ärzten dirigieren. Auch von diesem Gesichtspunkt aus wird der frühzeitige Termin der Erstuntersuchungen zu einer natürlichen Lösung führen, wenn die Reihenfolge lautet: Erst die Untersuchung und Beurteilung bei einem Arzt, dann Berufswahl, dann Betriebs- und Stellungsuche.

Alle diese Dinge setzen natürlich auch die nötige Einsicht und Kenntnis um diese Vorgänge bei allen Beteiligten voraus. Vielfach trachten die Angehörigen nur nach einem möglichst „weißen“ Schein und unterlassen sogar wichtige Angaben, um ihren Kindern, wie sie fälschlicherweise meinen, den Eintritt in das Erwerbsleben nicht durch irgendwelche beschränkende Eintragungen zu erschweren. Hier muß noch viel Aufklärungsarbeit im allgemeinen und im einzelnen Gespräch geleistet werden, um diese gefährliche Auffassung zu überwinden.

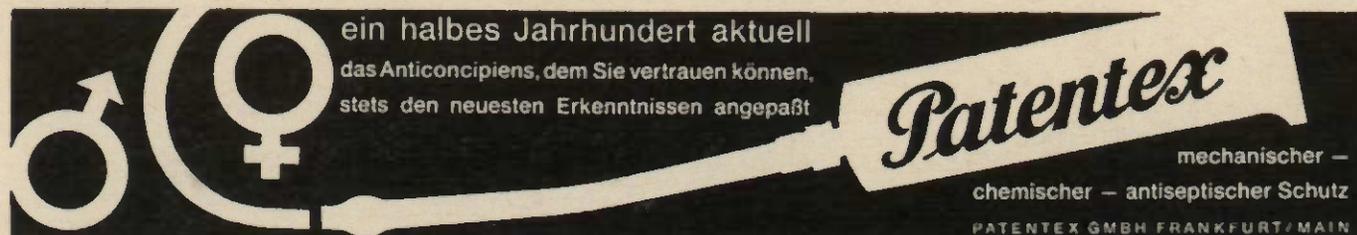
Ähnliches gilt gegenüber den Arbeitgebern, die ja ohnehin teilweise noch mit erheblicher Kritik manchen anderen Bestimmungen des Gesetzes in der Regelung von Arbeitszeit, Pausen und Freizeit gegenüberstehen. Bei näherer Aufklärung gelingt es meist leicht, die Arbeitgeber zu überzeugen, daß ihnen selbst mit einem Jugendlichen am falschen Arbeitsplatz nicht gedient sein kann und folglich die neuartige gesundheitliche Betreuung nicht nur dem Jugendlichen, sondern auch den Betrieben zugute kommt. Daß in diesem Jahre zahlreiche Arbeitgeber noch keinerlei Ahnung von den neuen Vorschriften hatten, zeigt, daß auch hier noch einige Informationen erforderlich sein werden.

Wenn wir die Einstellung der bei der Durchführung Beteiligten zu dem neuen Aufgabenbereich überprüfen, so dürfen wir wohl auch für uns bayerische Ärzte in Anspruch nehmen, daß wir uns allerorts mit großem Ernst und echter Bereitschaft dieser Aufgaben angenommen haben und weder die Mühen diesbezüglicher Fortbildung, noch des Einarbeitens in die nicht gerade einfachen Formalitäten gescheut haben, weil wir spürten, worum es ging. Der hier bewiesene Idealismus und die nicht zu überbietende Loyalität der Standesvertretung stehen leider in umgekehrtem Verhältnis zu der Bewertung der diesbezüglichen ärztlichen Tätigkeit durch einige Behörden und Gremien.

Ich muß die Honorarfrage hier ganz offen ansprechen, deren endliche Regelung im Sinne aller bisherigen Bemühungen, insbesondere auch der ärztlichen Abgeordneten des Bayerischen Landtages und im Sinne des erneuten Schreibens des Herrn Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer vom 22. August 1962 an den Herrn Bayer, Staatsminister für Arbeit und soziale Fürsorge, wir nunmehr erwarten müssen. Ich habe in meinen vorausgegangenen Ausführungen versucht, den Umfang und die Bedeutung eines einzigen Untersuchungs- und Beurteilungsvorganges für den Jugendlichen mit dem außergewöhnlichen Aufwand an Zeit, Hingabe und Verantwortung für den untersuchenden Arzt zu umreißen. Dies beinhaltet Dinge, die von keiner Gebührenordnung erfaßt werden können und stellt für die mit der Honorarfestsetzung beauftragten Instanzen nicht so sehr eine Sache der Berechnung und Abrechnung dar, sondern erfordert eine echte und anständige Würdigung des Umfangs dieser Aufgabe, die sich schließlich nicht die Ärzte zum Zwecke einer Einkommenssteigerung, sondern die der Deutsche Bundestag zur Förderung der Gesundheit unserer Jugend geschaffen hat. Wirklichen Nutzen können diese Untersuchungen den jungen Menschen aber nur dann bringen, wenn sie in der von mir dargestellten Breite und Totalität individuell vorgenommen werden. Wenn man die Durchführung dieses großangelegten Auftrages weiterhin von der primär unwesentlichen Seite des Honorars her abwürgen sollte und zu einer finanziell fragwürdig abgeholzten Formularausfüllung verkümmern lassen will, wobei sich die zu dieser Untersuchung wirklich berufenen Ärzte immer mehr davon abwenden würden, dann wäre es besser, das ganze Geld zu sparen und auf eine derartige Durchführung überhaupt zu verzichten. Mögen nun die Kollegen nicht endgültig enttäuscht werden, welche die unbefriedigende Honorarlösung bis zur Stunde zu dem Kapitel „Anlaufschwierigkeiten“ gezählt haben und sich und die Übrigen ermunterten, trotzdem die Untersuchungen im Interesse der Jugendlichen vorzunehmen. Wir rechnen nunmehr mit einer unverzüglichen befriedigenden Neuregelung dieser Angelegenheit durch die Konferenz der Arbeitsminister der Länder.

Zum Schluß noch einige kurze Hinweise.

Die Ausgabe der Untersuchungsberechtigungs-scheine durch die Volksschulen, wie sie im Gegensatz zu anderen Ländern in Bayern eingeführt wurde, dürfte für die Erstuntersuchungen geeignet sein, wenn, wie vorher erläutert, ein früherer Termin angesetzt wird. Die gleichzeitige Ausgabe des Untersuchungsberechtigungs-scheines für die 1 bis 1½ Jahre später liegende Nachuntersuchung wird sich aber sicher nicht bewähren, da auf diese Weise zwangsläufig ein großer Teil dieser Scheine verloren oder unbrauchbar wird. Ob diese zweiten Scheine für die Nach-



ein halbes Jahrhundert aktuell
das Anticoncipiens, dem Sie vertrauen können,
stets den neuesten Erkenntnissen angepaßt

Patentex

mechanischer —
chemischer — antiseptischer Schutz

PATENTEX GMBH FRANKFURT/MAIN

untersuchungen 1 Jahr nach der Schulentlassung noch von den Volksschulen oder eventuell günstiger durch die Berufsschulen ausgegeben werden können, bedarf wohl einer weiteren Erörterung mit den zuständigen staatlichen Behörden. Manche Lücken und Fehler bei der diesjährigen Ausgabe der Untersuchungsberechtigungsscheine durch die Schulleiter (z. B. fehlende Numerierung, in manchen Fällen sogar Verteilung von abgestempelten Blankozetteln) sind auch in diesem Bereich eben noch auf die Neuheit der Maßnahmen zurückzuführen. Es besteht auch Veranlassung zu betonen, daß es nicht Aufgabe der Schulleitung sein kann, die Jugendlichen bestimmten Ärzten zuzuführen. In das von der Schule zu verteilende Merkblatt für die Angehörigen sollten möglichst drei Hinweise aufgenommen werden: 1. der Rat, die Untersuchung frühzeitig vornehmen zu lassen; 2. die Empfehlung, mit dem für die Untersuchung gewählten Arzt einen geeigneten Zeitpunkt zu vereinbaren, da die Durchführung dieser Untersuchung nicht in der normalen Sprechstunde möglich sein wird; 3. sollen die Angehörigen aufgefordert werden, die Jugendlichen zu der Untersuchung zu

begleiten oder sich mit dem untersuchenden Arzt anderweitig über die Vorgeschichte usw. zu besprechen.

Von anderen kleineren Details sei nur noch erwähnt, daß nach wie vor keine verbindliche Regelung für die Übernahme von Fahrtkosten besteht, wie sie bei Ergänzungsuntersuchungen durch Fachärzte im Bereich der ländlichen Gebiete selbstverständlich anfallen werden.

Die notwendigen Besprechungen mit den Bayerischen Staatsministerien für Arbeit und soziale Fürsorge sowie für Unterricht und Kultus sollten in Kürze stattfinden, damit nicht wiederum ein Jahr mit einem unbefriedigenden Ablauf der Untersuchungen in Kauf genommen werden muß.

In diese ersten Erfahrungen, Schwierigkeiten und auch gewisse Enttäuschungen wollte ich mit meinen Ausführungen hineinleuchten und mit einigen Verbesserungsvorschlägen ein wenig dazu beitragen, daß aus einem guten Gedanken auch ein gutes Handeln wird.

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

Aus der Debatte – Die Entschließungen

Die Delegierten vertraten in der Debatte einstimmig die Auffassung, daß die Untersuchungen nach den Bestimmungen des Jugendarbeitsschutzgesetzes nur dann den gewünschten Zweck erfüllen können, wenn sie rechtzeitig und nicht erst bei der Schulentlassung kurz vor Eintritt in das Berufsleben erfolgen. In einer Entschließung, die nachstehenden Wortlaut hat, forderten sie dann die Eltern und die zuständigen Behörden auf, dafür Sorge zu tragen, daß diese Untersuchungen bereits bei Beginn des letzten Schuljahres durchgeführt werden.

Mit Bedauern stellten die Delegierten fest, daß von einzelnen Arbeitgebern und auch Schulleitern der Versuch gemacht wird, die Jugendlichen einem bestimmten Arzt zur Untersuchung zuzuführen. Derartige Versuche stellten eine unzulässige Einschränkung des im Gesetz verbürgten Rechtes der freien Arztwahl dar. In manchen Fällen dürfte es auch die Absicht sein, auf diese Weise betriebsärztliche Untersuchungen auf Kosten des Landes durchzuführen. In einer Entschließung forderten die Delegierten die Eltern und die Jugendlichen auf, unter allen Umständen auf dem gesetzlichen Recht der freien Arztwahl zu bestehen.

Ebenfalls einstimmig wurde eine Entschließung angenommen, in welcher der Bayer. Ärztetag für die Untersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz eine Erhöhung des Honorars auf mindestens 30 DM fordert.

Die Rezeptpflicht für neue Arzneimittel wurde — insbesondere auch im Hinblick auf die in der letzten Zeit bekanntgewordenen Schäden durch Medikamente — von den Delegierten einstimmig gefordert. Sie wiederholten damit eine Aufforderung des Deutschen Ärztetages 1962 in der Erwartung, daß die zuständigen Behörden ihre unverständliche Zurückhaltung in dieser Frage endlich aufgeben. Der Präsident der Landesärztekammer hat inzwischen die Bayer. Staatsregierung gebeten, im Bundesrat für eine entsprechende Änderung des Arzneimittelgesetzes einzutreten.

In einer eingehenden Debatte wurde dann die Frage der ärztlichen Untersuchungen von Führerscheinbewerbern diskutiert. Die Delegierten befaßten sich dabei mit der ab Herbst 1962 in Bayern vorgesehenen Methode dieser Untersuchung, bei der Laien mit Hilfe eines optischen Gerätes die Sehfähigkeit von Führerscheinbewerbern und — falls sie diese nicht für ausreichend halten — die Beibringung eines augenärztlichen Zeugnisses verlangen sollen. Die Rechtsgrundlage für eine solche Maßnahme bilden die einschlägigen Bestimmungen der Straßenverkehrszulassungsordnung. Die Delegierten waren übereinstimmend der Auffassung, daß alle vernünftigen Mittel ergriffen werden sollten, um die große Zahl von Verkehrsunfall-Toten und Verkehrsverletzten in der Bundesrepublik zu vermindern. Sie traten für die Einführung ärztlicher Untersuchungen



neu

Zur Herz-
therapie

Von besonderer Bedeutung für digitalis- und strophanthinrefraktäre Patienten und zur Nachbehandlung von Myocardinfarkt

Cardiagutt®

Zusammensetzung:
Adonis vernalis,
Convallaria majalis,
Crataegus oxyacantha,
Humulus lupulus,
Rutin, Alcohol.,
Corrigentia

TROPFEN

FABRIK PHARMAZEUTISCHER PRÄPARATE KARL ENGELHARD · FRANKFURT AM MAIN

aller Führerscheinbewerber und für Nachuntersuchungen in entsprechenden Zeitabständen ein. Man war der Auffassung, daß es nicht einzusehen sei, nur die Fahrzeuge in vorgeschriebenen Zeitabständen auf ihre Verkehrssicherheit hin zu überprüfen. Die Feststellung von Sehstörungen durch Laien des technischen Überwachungsdienstes oder ähnlicher Institutionen erschien den Delegierten allerdings aus einer ganzen Reihe von Gründen äußerst bedenklich.

Entschlüsse des 15. Bayer. Ärztetages

Betr.: Jugendarbeitsschutzgesetz

a) Der Bayer. Ärztetag fordert die Untersuchung Jugendlicher rechtzeitig vor der Schulentlassung

Der Bayer. Ärztetag fordert die Eltern und die zuständigen Behörden auf, die Untersuchung Jugendlicher nach den Bestimmungen des Jugendarbeitsschutzgesetzes bereits nach Beginn des letzten Schuljahres zu veranlassen.

Nur durch so rechtzeitig vorgenommene Untersuchungen und Ergänzungsuntersuchungen kann erreicht werden, daß die Berufsberatung und die Berufswahl unter Berücksichtigung des gesundheitlichen Zustandes der Jugendlichen und der erhobenen Befunde erfolgen können. Behebare gesundheitliche Mängel können dann noch vor Eintritt in das Berufsleben berücksichtigt werden.

Betr.: Jugendarbeitsschutzgesetz

b) Bayerischer Ärztetag gegen Versuche, die freie Arztwahl einzuschränken

Der Bayer. Ärztetag stellt zu seinem Bedauern fest, daß vielfach der Versuch gemacht wird, für die Untersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz die freie Arztwahl einzuschränken, indem dem Jugendlichen vorgeschrieben wird, sich von einem bestimmten Arzt untersuchen zu lassen.

Der Bayer. Ärztetag fordert daher Eltern und Jugendliche auf, unter allen Umständen auf dem gesetzlichen Recht der freien Arztwahl zu bestehen.

Betr.: Jugendarbeitsschutzgesetz

c) Forderung nach Erhöhung des ärztlichen Honorars für die Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz

Der Bayer. Ärztetag stellt fest, daß die bayerischen Ärzte bereits eine sehr große Zahl von Untersuchungen (über 35 000!) nach den Bestimmungen des Jugendarbeitsschutzgesetzes gewissenhaft durchgeführt haben, obwohl das dafür festgesetzte Honorar weder der Bedeutung noch dem Umfang der ärztlichen Leistung entspricht.

Gestützt auf die vorliegenden Erfahrungen, fordert der Bayer. Ärztetag nun nachdrücklich, die verantwortungsvolle Tätigkeit der Ärzte endlich auch durch eine angemessene Vergütung anzuerkennen und das Honorar auf mindestens 30 DM zu erhöhen.

Betr.: Rezeptpflicht für neue Arzneimittel

Der Bayer. Ärztetag fordert die Bayer. Staatsregierung auf, sich im Bundesrat mit Nachdruck dafür einzusetzen, daß Arzneimittel, die in der Bundesrepublik

neu in den Handel gebracht werden, grundsätzlich rezeptpflichtig sind.

Erst wenn nach längerer ärztlichen Verordnung und Beobachtung in der Praxis ausreichende Erfahrungen über Wirkungen, Nebenwirkungen und Gefahren vorliegen, soll auf Antrag geprüft werden, ob eine Befreiung von der Rezeptpflicht möglich ist. Die Dauer der Rezeptpflicht für neue Arzneimittel soll mindestens zwei Jahre betragen.

Betr.: Aufforderung an die Bevölkerung zur Teilnahme an der Schluckimpfung

Da die Kinderlähmung und ihre Folgen nur mit Hilfe von Impfungen wirksam bekämpft werden können und die letzte Impfkation bereits sehr erfolgreich war, richtet der 15. Bayer. Ärztetag an die Bevölkerung Bayerns die Aufforderung, sich vollzählig an der zweiten Impfkation gegen die Kinderlähmung zu beteiligen.

Die im November dieses Jahres stattfindenden Schluckimpfungen gegen die Erregertypen II und III sind die notwendigen Ergänzungen zu der bereits vollzogenen Impfkation gegen den Typ I.

Betr.: Behebung des Mangels an med.-techn. Assistentinnen

Der Bayer. Ärztetag hält zur Behebung des bedenklichen Mangels an med.-techn. Assistentinnen folgende Maßnahmen für erforderlich:

1. Vermehrung der Schulen für med.-techn. Assistentinnen;
2. Trennung der Ausbildung für eine Tätigkeit im Labor und im Röntgenbetrieb;
3. als Übergangslösung Legalisierung der Anlernlinge im Röntgen- und Labordienst nach Sonderkursen und Prüfung;
4. Voraussetzungen zu schaffen, durch die es auch Männern möglich würde, die Tätigkeit eines med.-techn. Assistenten als Lebensberuf zu ergreifen.

Betr.: Untersuchungen von Führerscheinbewerbern

Der Bayer. Ärztetag begrüßt alle Maßnahmen, die geeignet sind, die Sicherheit im Straßenverkehr zu erhöhen und die unverhältnismäßig hohe Zahl von Verkehrsverletzten und Verkehrstoten in der Bundesrepublik zu vermindern.

Eine zur Erreichung dieses Zieles notwendige Maßnahme sind die ärztliche Untersuchung aller Führerscheinbewerber und ärztliche Kontrolluntersuchungen in bestimmten Abständen.

Die Feststellung der Sehfähigkeit ist zweifellos ein wichtiger, jedoch keineswegs ausreichender Schritt auf diesem Wege.

Der Bayer. Ärztetag widerspricht aber mit Nachdruck der vorgesehenen Methode, die Diagnose von Sehstörungen Personen, die nicht Ärzte sind, zu überlassen.

Der Bayer. Ärztetag ist der Auffassung, daß die Feststellung von gesundheitlichen Mängeln Aufgabe der Ärzte ist und nicht ohne schwere Bedenken auf Laien übertragen werden kann.

Der Präsident der Bayer. Landesärztekammer hat inzwischen den zustehenden Staatsministerien in Bayern die Entschlüsse des 15. Bayer. Ärztetages zugeleitet und gebeten, zu ihrer Verwirklichung beizutragen.

Schluß des Berichtes über den Ärztetag

Stellungnahme zu dem Artikel „Über die Gefahren pseudowissenschaftlicher Untersuchungsmethoden pharmazeutischer Firmen in der Diabetesdiagnostik“

(„Bayerisches Ärzteblatt“, Heft 4, Seite 211, 1962)

Von Prof. Dr. Dr. F. Steigerwaldt und Dr. H. Mehnert

Aus eigener Initiative und als Mitglieder des Deutschen Diabetes-Komitees (Vorsitzender: Prof. Dr. Dr. K. Oberdisse) sehen wir uns gezwungen, zu einem von Dr. C. Schuler veröffentlichten Artikel im „Bayerischen Ärzteblatt“ Stellung zu nehmen. Ein Teil der darin enthaltenen Äußerungen steht im Widerspruch zur allgemeinen Lehrmeinung und muß deshalb von allen klinisch erfahrenen Diabetes-Kennern mit Entschiedenheit abgelehnt werden.

Es besteht wohl bei keinem von uns darüber ein Zweifel, daß bei den zuckerkranken Patienten, deren Stoffwechsellage starke Schwankungen zeigt, in Ergänzung zu den vom behandelnden Arzt durchgeführten Blut- und Harnzuckerkontrollen eigene häusliche Testungen des Harns auf seinen Zucker- und Acetongehalt begrüßenswert sind. Nur auf diese Weise ist Gewähr gegeben, daß auch in den Intervallen zwischen den Besuchen beim Arzt eine befriedigende Stoffwechselführung besteht bzw. eine Entgleisung sofort erkannt wird und zum Arztbesuch veranlaßt. Dieser Gedanke einer Selbstkontrolle des Patienten ist keineswegs neu, sondern hat sich in anderen Ländern, wie USA, England, Schweiz usw., längst durchgesetzt (1, 2 u. a.). Um so bedauerlicher ist es, daß durch den Artikel Schulers einige im In- und Ausland bewährte Diagnostika und Untersuchungsmethoden diskreditiert wurden und damit einzelne Versicherungsträger — unter Hinweis auf diesen Artikel — Anlaß zur Ablehnung der Kostenübernahme gefunden haben. Wir stellen in Übereinstimmung mit dem Deutschen Diabetes-Komitee demgegenüber mit Entschiedenheit fest, daß häusliche Harnzucker- und gegebenenfalls Acetontkontrollen seitens der Patienten vom ärztlichen Standpunkt aus erwünscht sind und daß der Ärzteschaft nicht nur im Interesse ihrer Patienten, sondern auch der Versicherungsträger sobald wie möglich Gelegenheit zur Rezeptierung der dafür erforderlichen Hilfsmittel und Reagenzien gegeben werden sollte. Die verschiedenen in Deutschland hauptsächlich gebräuchlichen Bestimmungsmethoden der Harnzuckergärprobe (Polarimetermethode, Reduktionsproben, enzymatische Bestimmungen) unterscheiden sich hinsichtlich Spezifität, Genauigkeit und Schnelligkeit der Durchführung; unbrauchbar oder „pseudowissenschaftlich“ ist jedoch keine von ihnen, sofern der behandelnde Arzt über ihre Möglichkeiten und Grenzen orientiert ist und dieses Wissen seinen Patienten zu vermitteln vermag. Die von Schuler in Zusammenhang mit der Diabetes-Überwachung befürchteten „schweren ärztlichen Kunstfehler“ sind bei entsprechender Aufklärung des Patienten und unter Beibehaltung der ärztlichen Kontrollen gewiß nicht zu erwarten.

Leider besteht die Möglichkeit, daß einzelne Ver-

sicherungsträger, ohne zu bedenken, daß sie sich dabei vielfach selbst schaden, auch weiterhin die berechtigten Ansprüche von Ärzten und Patienten, auf die zur Stoffwechselkontrolle nötigen Hilfsmittel ablehnen und sich dabei auf den Schulerschen Artikel berufen. Aus diesem Grund sehen wir uns leider gezwungen, auch auf andere, mit der Lehrmeinung nicht übereinstimmende Stellen des Artikels hinzuweisen.

1. Es bleibt unverständlich, inwieweit Schuler unter den 2000 laufend bei ihm kontrollierten Diabetikern „mehrere hundert Beispiele“ anführen kann, „welche z. B. bei Insulineinstellung und einem derzeitigen tatsächlichen Blutzuckertagesprofil zwischen 80—120 mg% eine Tagesgrammausscheidung im Harn von nicht nur, wie allgemein noch als tragbar angesehen, 20 g pro die, sondern 40, 60, ja oft 90 g Harnzucker pro Tag und mehr aufweisen...“. Normalerweise liegt die Nierenschwelle für die Zuckerausscheidung bei 180 mg%. Beim Diabetiker liegt sie sicher nicht darunter, sondern aber mehr oder weniger signifikant über diesem Wert. Eine Erniedrigung der Nierenschwelle, wie sie bei den von Herrn Schuler genannten Fällen bestehen müßte, kennen wir nur beim renalen Diabetes. Dieser hat pathogenetisch nichts mit der Zuckerkrankheit gemein und kann natürlich auch nicht mit Insulin behandelt werden. Die Diskrepanz zwischen den von Schuler angegebenen „tatsächlichen“ Werten des Blutzuckertagesprofils und den mitgeteilten Werten der Harnzuckerausscheidung bleibt somit unerklärbar. Auch scheint uns die Einstellung eines insulinispritzenden Diabetikers auf Werte zwischen 80—120 mg% wegen der dauernden Gefährdung durch hypoglykämische Reaktionen nicht vertretbar.

2. Völligunverständlich ist die Behauptung Schulers, daß die allgemein übliche Dosierung von „Tabletten der BZ-55-Reihe“ (gemeint sind wohl Tabletten der Sulfonylharnstoffreihe) kritiklos geübt werde und zu hoffnungslosen Spätschäden führe. Schuler gibt als wünschenswerte Tagesdosierung „0,75 g bis 0,12 g pro Tag“ an und betont in diesem Zusammenhang: „...“, daraus mag er-messen werden, wie vorsichtig dosiert werden muß, um Schäden zu verhindern.“ Eine sog. „Tagesdosierung“ von 0,12 g würde aber bedeuten, daß nicht einmal 1/4 Tablette von einem der bekannten Sulfonylharnstoffpräparate verabreicht würde. Aus eigenen Untersuchungen an dem Präparat BZ 55 ergibt sich, daß mit dieser geringen Menge kein therapeutisch wirksamer Sulfonylharnstoff-Biutspiegel erreicht werden kann. Auch ist uns kein deutscher oder ausländischer Arzt bekannt, der derartig niedrige Dosierungen verwendet oder gar die in aller Welt gebräuchlichen Dosen von 1—3 Tabletten (oder auch mehr) als Ursache von Spätschäden bezichtigt (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, u. a.).

3. Wir stimmen mit Schuler überein, daß die derzeit einzige Möglichkeit, diabetischen Spätschäden zu begegnen, in einer rechtzeitigen und exakten Einstellung der Stoffwechsellage zu suchen ist. Keinem von uns und unseres Wissens auch keinem Diabetes-Kenner im In- und Ausland ist es bisher gelungen, auch nur annähernd über so günstige Ergebnisse berichten zu können, wie dies Schuler in dem erwähnten Artikel getan hat, indem er wörtlich ausführt: „Es dürfte in diesem Zusammenhang interessieren, daß von der oben erwähnten, für einen einzelnen Arzt wohl sehr beträchtlichen Zahl an laufend betreuten Diabetes-Fällen sich kein einziger Fall befindet, welcher, falls er noch als verhältnismäßig frischer Fall mir überwiesen wurde, in jahrzehntelanger Überwachung (auch schwerster Fälle) irgendwelche Spätschäden hätte.“ Es ist zu fordern, daß Schuler für diese, für die Fachwelt geradezu sensationelle Mitteilung durch eine entsprechende ausführliche Publikation den Beweis der Richtigkeit anzutreten hat. Es ist dabei notwendig, daß die in mindestens jährlichen Abständen durchgeführten augenärztlichen Untersuchungen mit genauer Angabe des untersuchenden Kollegen und des von ihm erhobenen Befundes angegeben werden. Es darf an dieser Stelle wohl darauf hingewiesen werden, daß auch in der Klinik des jüngst verstorbenen Nestors der Diabetologie, E. P. Joslin, von insgesamt über 50 000 Diabetikern bis 1959 nur 82 Patienten ermittelt werden konnten, die bei guter Einstellung 25 Jahre lang ohne Gefäßkomplikationen blieben. Welcher Unterschied zu den Resultaten Schulers, der bei jahrzehntelanger Überwachung keinen einzigen Fall mit irgendwelchen Spätschäden gesehen hat!

Auch die Erwähnung anderer Beispiele — wie die Mischung von drei verschiedenen Insulinen in einer Spritze — würde belegen, wie sehr sich die Meinung Schulers von der allgemeinen Ansicht und den Erfahrungen deutscher und ausländischer Diabetes-Kenner unterscheidet. Schon diese Ausführungen mögen aber die Versicherungsträger erkennen lassen, daß eine Bezugnahme auf den Schulerschen Artikel in der Frage der Selbstkontrolle des Patienten wie auch im Hinblick auf andere Diabetes-Probleme.

Literaturverzeichnis

1. Joslin, E. P., Root, H. F., White, P., Marble, A.: The Treatment of Diabetes mellitus, 10th edition, Lea and Febiger, Philadelphia, 1959.
2. Constam, G. P.: Leitfaden für Zuckerkrankhe, 4. Auflage, Benno Schwabe, Basel/Stuttgart, 1960.
3. Oberdisse, K.: Aktuelle Probleme der Diabetesforschung. Arbeitsgemeinschaft für Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen, Heft 96, S. 26, Westdeutscher Verlag Köln und Opladen 1961.
4. Creutzfeldt, W., und Söling, H. D.: *Ergebn. inn. Med. u. Kinderh.* 15 (1960), S. 114.
5. Steigerwaldt, F.: *Med. Monatsschr.* 15 (1961), S. 14.
6. Mehnert, H.: *Chemotherapia* 2 (1961), S. 262.
7. Duncan, L. P. J., Baird, J. D.: *Pharmacol. Rev.* 12 (1960), S. 91.

Ansch. d. Verf.: Prof. Dr. Dr. Felix Steigerwaldt, Chefarzt der III. Medizinischen Abteilung des Krankenhauses München-Schwabing, Kölner Platz 1; Dr. Hellmut Mehnert, Leiter der Diabetiker-Ambulanz der Medizinischen Universitäts-Poliklinik München (Direktor: Prof. Dr. W. Seitz), München 15, Pettenkofersstraße 8a.

Ehrenzeichen der Deutschen Ärzteschaft



Herrn Hans Walser wurde am 7. 9. 1962 das Ehrenzeichen der Deutschen Ärzteschaft verliehen. Der Präsident der Bundesärztekammer überreichte ihm diese Auszeichnung bei der festlichen Eröffnung des 15. Bayer. Ärztetages in Passau.

Herr Walser war am 1. Februar 1925 als Geschäftsführer in die kassenärztliche Abteilung des Ärztlichen Bezirksvereins Augsburg eingetreten und hat die kassenärztliche Abrechnungsstelle aufgebaut. Fast vier Jahrzehnte hat er auch in schwierigen Zeiten mit Sachverstand und Zuverlässigkeit der Ärzteschaft treu gedient.

FAKULTÄT und PERSONALIA

München: Dr. med. Helmut Güttich, wiss. Assistent der Hals-Nasen-Ohrenklinik der Universität München, wurde mit Entschluß Nr. 48 421 vom 19. 6. 1962 zum Privatdozenten für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde ernannt.

Prof. Dr. Alfred Marehlonini, Direktor der Dermatologischen Klinik und Ordinarius der Universität München, wurde durch die Brasilianische Dermatologische Gesellschaft aus Anlaß des Jubiläums ihres 50jährigen Bestehens zu Ehren des Begründers Gaspar Vianna die Medaille „Meritum Dermatologicum Internationale“ verliehen.

Dr. med. Gerhard Martius, dem wiss. Oberassistenten der I. Universitäts-Frauenklinik München, wurde mit M. Entschl. Nr. V 52 576 vom 17. 7. 1962 der Titel „apl. Professor“ verliehen.

Dr. med. Ernst Waidl, Oberarzt der II. Universitäts-Frauenklinik München, wurde mit M. Entschl. Nr. V 60 878 vom 30. 7. 1962 der Titel „apl. Professor“ verliehen.

Dem Priv.-Dozenten für Neurochirurgie, Dr. med. Eduard Weber, wiss. Oberassistent an der Chirurgischen Klinik München, wurde mit Entschl. Nr. V 61 442 vom 30. 7. 1962 die Amtsbezeichnung „apl. Professor“ verliehen.

Würzburg: Zum Dekan der Medizinischen Fakultät für das Amtsjahr 1961/62 wurde Professor Dr. Horst Wullstein, Ordinarius der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, gewählt.

Würzburg: Professor Dr. Dr. Robert Herrlinger hat den Ruf auf den o. Lehrstuhl für Geschichte der Medizin an der Universität Kiel angenommen.

Professor Dr. Wilhelm Künzer, Oberarzt an der Universitäts-Kinderklinik Würzburg, erhielt einen Ruf auf den o. Lehrstuhl für Kinderheilkunde an der Universität Freiburg i. B.

Zu „apl. Professoren“ wurden ernannt: Der Privatdozent der Kinderheilkunde Dr. Heinz Niggemeyer; der Privatdozent der Inneren Medizin Dr. Klaus Werner Schneider.

Zu Privatdozenten wurden ernannt: Für „Geburts- und Frauenheilkunde“ der wissenschaftliche Assistent an der Universitäts-Frauenklinik Dr. Ewald

Göltner; für „Mikrobiologie“ der wissenschaftliche Assistent am Institut für Hygiene und Mikrobiologie Dr. Dr. Friedrich Staib.

Der Ordinarius der Kinderheilkunde Dr. med. Josef Ströder, Würzburg, wurde zum Ehrenmitglied der Polnischen Pädiatrischen Gesellschaft gewählt.

IN MEMORIAM

Der em. o. Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie Dr. med. Karl Burger am 22. Mai 1962 im Alter von 68 Jahren.

Der o. Professor der Zahnheilkunde Dr. med. et med. dent. Hans Schlampp am 21. Juli 1962 im Alter von 62 Jahren.

Aus der Geschichte der Medizin

Gesundheitliche Betreuung in München gegen Ende des 18. Jahrhunderts

Von Dr. Walther Koertling

München war, wie Joseph Burgholzer in seiner 1796 erschienenen „Stadtgeschichte von München als Wegweiser für Fremde und Reisende“ schrieb, „was die Bevölkerung der Stadt betrifft, ... eine der bevölkersten Städte, die einen, wenn man menschliche Gesellschaft zu benützen versteht, nie Leerheit fühlen läßt, ja über den großen Zusammenfluß von Menschen auf einer ehemaligen Sandwüste des Isarstromms beynahe erstaunen macht, wenn man es immerwährend auf den Straßen und Plätzen und vorzüglich bey außerordentlichen Fällen und Feyerlichkeiten gedrängt sieht“. Schon damals wurde über eine Überbevölkerung geklagt (Westenrieder). Interessant ist, was Burgholzer schreibt:

„Wiewohl sich die Wahrheit allenthalben bestätigt, daß Städte die Begräbnisstätte des Landvolks sind, so wird München dennoch jährlich vom Landvolke auf allen Bevölkerungswegen bevölkert, und mancher Landmannssohn bleibt als Handwerker, als Soldat, als Schreiber, selten aber als Künstler und wahrer Gelehrter zurück; so wie manche Landmannstochter als Dienstmädchen; wie im Gegentheile gebohrne Münchner und Münchnerinnen, wo nicht auf's Land (wer wird gern weniger?) wenigst in andere Landstädte und nicht selten in's Ausland kommen; so, daß die Hälfte der Bewohner von München die Stadt nicht zur Vaterstadt hat, und selbst manche Eingeborne sich wie Fremdlinge darinn befinden müssen. Die ganze Bevölkerung der Stadt, so viel auch ihre politische Lage Fremdlinge von allen Seiten herbey zieht, besteht dennoch meist aus vaterländischem Volke.“

Das Innere der Stadt wurde zu jener Zeit in vier Viertel geteilt: in das Hackenviertel (vom Sendlingertor bis zum Neuhausertor — 1791 von Churfürst Karl Theodor in Karlstor umbenannt), in das Angerviertel (vom Isartor bis zum Sendlingertor), in das Graggenauerviertel (vom Schwäbingertor bis zum Isartor, — Burgholzer schreibt: „die Grackenu, itzt Plätzl genannt“) und das Kreuzviertel (vom Neuhausertor bis zum Schwäbingertor).

Die Namen wurden von Koebler folgendermaßen erklärt: Das Hackenviertel hat seinen „Namen von einer Gasse, dem gegenwärtigen Hackengäßchen“, „die entweder ihrer gekrümmten Gestalt wegen, oder weil einmal mehrere Hackenschmiede da gewohnt haben sollen.“ Das Angerviertel wurde nach dem ehemaligen Kloster Anger genannt. Das Graggenauer -Viertel bekam seinen Namen von der Graggenau. Das Kreuzviertel wurde nach der „ehemaligen Kreuzgasse, der dormaligen Karmelittengasse“ benannt.

Die Entwicklung Münchens ist daraus zu ersehen, daß

im Jahre	Häuser	Herdstätten
1731	1401	5106
1762	1559	7368
1781	1700	8829

gezählt wurden. (Anm.: Unter „Herdstätten“ sind Haushaltungen zu verstehen.)

Die Einwohnerzahl betrug im Jahre 1781 37 840 „inn und außer der Stadt“ im Burgfrieden einschließlich des Militärs (dasselbe ungerechnet etwa 33 000).

Im Herzen des heutigen Münchens (Stadtbezirk 1 bis 4), das räumlich etwa der Stadt Ludwigs des Bayern entspricht, leben gegenwärtig auch nur etwas über 16 000 Einwohner. („München, Landeshauptstadt Bayerns, eine Millionenstadt“. München 1958.)

Auf 1 ha des seit dem Mittelalter gleichgebliebenen Gebietes wohnten 378 statt 116 Menschen, der freie Raum innerhalb der Wälle war voll gebaut worden und die meisten Häuser hatten schon drei und vier „Gaden“ (Stockwerke). Der Hochbau im Kern der Stadt nahm bis Ende des 18. Jahrhunderts zu, da der Baugrund intensiver ausgenutzt wurde.

1791 ließ der erste Pfälzer Wittelsbacher, Karl Theodor, den Mauerring und die Befestigungsanlagen schleifen, vermutlich durch die Stadtengung und einen gewissen Bevölkerungsdruck veranlaßt.

Diese Vorbemerkungen sind deshalb von Interesse, weil die nachfolgende Aufstellung der 1782 erlassenen Verfügung hinsichtlich der Einteilung der Ärzte, Bader und Hebammen darin ihre Begründung findet.



Verkleinerte Wiedergabe des Titelblattes der Mayrschen Sammlung der Landesverordnungen.

Das Collegium medicum nahm, nach Burgholzer, „als solches seinen Anfang im Jahre 1755, und kommt selbes im 16ten und 17ten Jahrhunderte unter dem Namen eines Sanitätsrathes vor. Im J. 1782 unterm 2. April wurde es nicht nur bestätigt, sondern erhielt auch seine gegenwärtige Verfassung mit hinlänglicher Instruktion. Die Gegenstände desselben sind alle Fälle, welche in die Arz- und Wundarzneywissenschaft, dann andere sich darauf beziehende Fächer, als das Apotheker-, Materialisten- und Hebammenwesen einschlagen; desgleichen die genaue Aufmerksamkeit auf alle Aerzte und Wundärzte, Bader, Apotheker, Augen- und Zahnärzte, Bruch- und Steinschneider, Hebammen, Materialisten, Krankenhäuser und Spitäler, derselben vorgesetzte Aerzte und Wundärzte, Verwalter, Spital Einrichtung und Verpflegung derselben u.s.w.“

Der Wortlaut der churfürstlichen Befehle, die alle aus dem Jahre 1782 stammen und die Organisation des Gesundheitswesens in München betreffen, sei im Folgenden wiedergeben:

N. CXXIII.

Die Einteilung der Aerzte, Wundärzte und Barbierer
Auf höchste Anbefehl Sr. Churfürstl. Durchläucht hat das Churfürstl. Collegium medicum die in hiesiger

Haupt- und Residenzstadt München sich befindenden approbirten Aerzte, Wundärzte und Barbierer in die 4 Viertel dergestalt eingetheilt, daß selbe den wahrhaft armen und bedürftigen Kranken, um sich nicht mehr den so höchstschädlichen Pfüschern, und sogenannten Würgegeln anvertrauen zu dürfen, ohnentgeltlich, wie es Pflicht und Menschenliebe erfordert, beyspringen sollen.

München, den 10. Juny 1782.

Doctores.

Dr. Zech logiert
Nr. 38.

Dr. Ammer-
lander, Nr. 190.

Dr. Fünster
Nr. 234.

Leibmedicus
Bader, Nr. 274.

Dr. Riester
Nr. 335.

Dr. Heinlet,
nächst der
h. Dreyfaltig-
keit wohnend

Leibmedicus
Ruf, und dessen
Pr. Dr. Seiler.

Dr. Jung Nr. 31.

Dr. Züpf Nr. 280.

Dr. Bachauer
Nr. 310.

A. Hackenviertel.

Sendlिंगergasse
auf der
St. Johanneesseite.
Hofstatt.
Färbergraben.

Hadergässel.
Hackengässel.

Hundskugel.

Brunngasse.
Schmalzgasse.
Weite Gasse
links und rechts.

Rehrnspeckergasse.
Saumarkt.
Althammerngasse.

Neuhausergasse,
links und rechts.

B. Angerviertel.

Vom Rathhaus-
thurm rechts
hinunter im Thal.
Sterneckergassel.

Küchelbachergässel.
Radelsteg.

Fischergässel
Heil. Geisthof.

Fleischbankgässel.
Roßschwemm.
Hinter der Stadt-
mauer hinunter.

Rosen- oder
Krottenthal.
Taschenthurm
hinter der
Stadtmauer.
Hebammengassel.

Anger.
Mühlgasse.

Probstengässel.
Oberanger.
Loderergässel.
Gänßbüchel.

Dultgässel.
Sendlिंगergasse
auf derselben
Seite.
Schmiedgässel.
Singspielergässel.

Rindermarkt.
Rosengasse.

St. Peters Freithof.
Schleckergässel.
Pfaffengässel.

Chyurgi.

Sauer Nro. 117.

Fleischhut N. 136.

Hundskugelbader.

Josephsspitals-
wundarzt, N. 178.

Brechbaders
Wittwe, N. 211.

Hundskugelbader.

Maibader N. 41.

Wiernhiern N. 38.

Maybader.

Wiernhiern.

Eisele N. 98.

Seigenberger N. 61.

Schmelzl N. 240,
und
Eyrisch N. 76.

Steigenberger
N. 61.

Hofchyirurg
Musinan, N. 335.

Barbier allda
N. 332.

C. Graggenauerviertel.

Dr. Kanzler N. 317.	Thal hinunter links. Bachgässel. Pfluggässel. Hinter der Stadt- mauer links hinab.	Eberl N. 48. und der Hebammler Gierl N. 46.
Dr. Recher N. 242.	Schranngässel Hofgraben. Münzgässel. Graggenau. Altenhof. Residenzgässel. Plätzel.	Weber N. 238. und Werther N. 176.
Professor Baader.	Lederergasse. Aufm Gehrn. Einschütt. Burggasse. Altenhofgässel.	Ferster N. 119. Heidmayr N. 120.
Hofmed. Winterhalter, N. 294.	Kruftgässel. Kloiberggässel. Dienergasse. Weinstrasse.	Martin N. 306.
Leibm. Greindl N. 196. u. Leibm. Branca N. 199.	Residenz- schwabingergasse.	Prof. Orff N. 223.

D. Kreuzviertel.

Dr. Schauer Hofm. N. 27.	Fürstenfeldergasse. Kaufingergasse links und rechts. Bäckengässel. Frauengässel. Frauenfreythof.	Hofbrucker N. 29. und Pollinger Aetigl N. 8. Schußmann N. 130.
Hofmed. Schwemmer N. 31.	Den ganzen Platz. Sporrergasse.	Schußmann N. 130.
Leibmed. Fischer N. 46.	Augustinerstock. Knödelgasse. Windenmacher- gässel. Schäflergassel.	Leibchyr. Geyer N. 152. und Kaltenbrunner N. 41.
Protomedicus v. Harer, N. 236. und Leib- chirurg Winter	Schwaiggasse. Rochusbergl. Kühegasse, und die zwey Pranger- gassen.	Sieber N. 171 jetzt Freudensprung.
Leibmed. Leuthner.	Vorstadt Au.	dasige Bader.
Dr. Prezen- hammer.	Vorstadt Lehel.	dortiger Bader.

N. CXXIV.

Die Versorgung mit Medikamenten

Da nun nach gnädigsten Befehl Sr. Churfürstl. Durchläucht die hiesige Stadt-Districte zur Hilfe der wahr-



Grundriß der Churbayerischen Haupt- und Residenzstadt München von Schramm 1803. (Münchner Stadtarchiv.)

Legende zum Stadtplan

- | | |
|-----------------------|-----------------------------------|
| 1 Isarstrom. | 10 Theatiner-Schwabingergasse. |
| 2 Isarthor. | 11 Sendlingergasse |
| 3 Schwabinger Thor. | 12 Die Pfarrkirche zu u. l. Frau. |
| 4 Carls Thor. | 13 Die Pfarrkirche zu St. Peter. |
| 5 Sendlinger Thor. | 14 Maltheserkirche. |
| 6 Das Thal. | 15 Hofkirche. |
| 7 Der Hauptplatz. | 16 Die Churf. Residenz. |
| 8 Die Kauffingergaße. | 17 Die Herzog- Maxburg. |
| 9 Neuhausergaße. | 18 Der Hofgarten. |
| | 19 Der engl. Garten. |
| | 20 Das Lehel. |
| | 21 Das Gericht ob der Au. |

Es befindet sich innerhalb des Befestigungsgürtels links oben das Hackenviertel, links unten das Angerviertel, rechts oben das Kreuzviertel und rechts unten das Graggenauer Viertel („Plätz“).

haft arm- und bettliegenden Kranken überall mit genugsamen approbirten Medicis versehen sind: so hat der bürgerliche Magistrat der Haupt- und Residenzstadt München die Pfsuchereyen allen Chyrurgen, Badern und Apothekern, so anderen, die allerhand Arcana besitzen, und täglich ohne Grund den unwissenden Kranken darreichen, abzuschaffen, und selben auf das schärfeste bey Strafe von 20 Reichsthaler die innerlichen Kuren, und Austheilung der Medicamente öffentlich verbieten zu lassen. Ingleichem ist auch unter kurz bemelter Strafe allen Apothekern aufzutragen, daß sich keiner mehr unterstehen solle, ein einziges Recept zum innerlichen Gebrauch ohne Unterschrift eines approbirten Medici zu verfertigen.

München den 25. Juny 1782.

N. CXXV.

Die Verteilung der Hebammen

Auf höchste Anbefehl Sr. Churfürstl. Durchläucht etc. hat das Churfürstl. Collegium medicum die in hiesiger Haupt- und Residenzstadt München sich befindenden approbirten Hebammen in die 4 Viertel dergestalt eingetheilt, daß selbe den wahrhaft armen, und



dürftigen schwangeren Personen, um sich nicht mehr den so höchst schädlichen Pfuscherinnen, und ungeprüften Weibern, die im Publikum großen Schaden verursachen, anvertrauen zu dürfen, unentgeltlich wie es Pflicht und Menschenliebe erfordert, beyspringen sollen.

München den 20. Heumonats 1782.

- A. Hackenviertel: Brantanigin, Ederin, Michelsfelderin.
 B. Angerviertel: Böckin, Klingin, Baumännin.
 C. Graggenauerviertel: Adamo, Huberin, Mayrinn.
 D. Kreuzviertel: Sutorin, Loningerin, Zeillnerin.
 Spitalhebamme: Gielin.
 Lehelhebamme: Nerottin.

Es sei noch erwähnt, daß „Seelnonnen“ (Totenwärterinnen) die für die Totenbeschau und Beerdigung nötigen Gänge bei Todesfällen besorgten. Sie hatten für ihre Befugnisse eigene polizeiliche Instruktionen.

Für die Abdruckgenehmigung des Stadtplanes von München aus dem Jahre 1803 bin ich dem Münchner

Stadt-Archiv zu Dank verpflichtet. Dank sei auch gesagt Herrn Ober-Archivrat Dr. Alois Weißthanner vom Bayer. Hauptstaatsarchiv, Herrn Archivdirektor Dr. Michael Schattenhofer und Oberarchivrat Dr. Hubert Vogel vom Münchner Stadtarchiv und Herrn Oberwirtschaftsrat Dr. Hans Schmid vom Statistischen Amt der Landeshauptstadt München.

Quellennachweis.

- Joseph Burgholzer, Stadtgeschichte von München... München 1796.
 Joh. Wilh. Koebler, Wegwaiser in der königlich Bayerischen Haupt- und Residenzstadt München und ihrer Vorstädten. 1827.
 Georg Karl Mayr, Sammlung der Kurpfalz-Bayerischen allgemeinen und besonderen Landes-Verordnungen... Dritter Band. München 1788. (Siehe die verkleinerte Wiedergabe des Titelblattes.)
 München, Landeshauptstadt Bayerns, eine Millionenstadt. (Herausgegeben vom Städtischen Statistischen Amt.) München 1858.
 Joseph Ritter von Renaud, Beiträge zur Entwicklung der Grundrente und Wohnungsfrage in München. Leipzig 1904.
 Hans Schorner, Münchens Bevölkerung. (In Reinhardstoetter's Forschungen zur Geschichte Bayerns, Band XI.) 1893.
 Lor. Westenrieder, Beschreibung der Haupt- und Residenzstadt München 1782. Beiträge zur vaterländischen Historie... 1780 und 1794.

Anschrift des Verf.: München 27, Holbeinstraße 18.

AMTLICHES

(III 2 — 5126/1 — 4/62)

Bek. des BStMdl vom 14. 8. 1962 Nr. III 2 — 5126/1 — 4/62 über einen

Lehrgang für den öffentlichen Gesundheitsdienst

Das Bayer. Staatsministerium des Innern wird in der Zeit vom 5. November 1962 bis 28. Februar 1963 in München einen Lehrgang für den öffentlichen Gesundheitsdienst abhalten. Zu diesem Lehrgang können dreißig Teilnehmer zugelassen werden. Die Teilnahme am Lehrgang ist Voraussetzung der Zulassung zur Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst (Bekanntmachung des Bayer. Landespersonalamtes vom 21. 12. 1951 über Lehrgang, Prüfung und laufende Beurteilung für die Anstellung als Arzt im öffentlichen Gesundheitsdienst — BayBSVI I S. 225 — I, d. Fassung der Bek. vom 18. 2. 1960 — MABl. S. 294). Ärzte, die an dem Lehrgang teilnehmen wollen, wer-

den gebeten, ihr Gesuch bis spätestens 10. Oktober 1962 beim Bayer. Staatsministerium des Innern, München, Odeonsplatz 3, einzureichen.

Die Voraussetzungen für die Teilnahme an dem Lehrgang sind:

1. die medizinische Doktorwürde, die an einer Universität des Bundesgebietes oder vor dem 8. Mai 1945 an einer Universität des ehemaligen Reichsgebietes erworben worden sein muß,
2. eine Tätigkeit von mindestens 3 Jahren nach der Bestallung als Arzt,
3. eine Tätigkeit von mindestens je 3 Monaten als Arzt an einer Anstalt für Gelsteskranke und als Arzt oder Medizinalassistent an einem Gesundheitsamt.

Der Bewerbung sind folgende Unterlagen beizufügen:

1. Die Bestallung als Arzt in Urschrift (für Vertriebene und Sowjetzonenflüchtlinge gelten die §§ 92



KREWEL-WERKE
Eitorfb. Köln

MIGRÄNE-KRANIT

Cerebral-Antispasmodicum

- und 93 des Bundesvertriebenengesetzes vom 14. 8. 1957, BGBl. I S. 1215),
2. das Doktordiplom der medizinischen Fakultät einer deutschen Universität in Urschrift oder amtlich beglaubigter Abschrift (für Vertriebene und Sowjetzonenflüchtlinge gelten die §§ 92 und 93 des Bundesvertriebenengesetzes),
 3. ein Nachweis über die bisherige ärztliche Tätigkeit,
 4. der Ausweis über den Besitz der deutschen Staatsangehörigkeit,
 5. der Spruchkammerbescheid in amtlich beglaubigter Abschrift.

Die Lehrgangsgebühr beträgt 150 DM; sie ist nach Zulassung zum Lehrgang an die Staatsoberkasse München, Postscheckkonto München Nr. 94 30, einzuzahlen. Unterkunft kann nicht gestellt werden.

Die Teilnahme am Lehrgang und das Bestehen der Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst begründen keinen Rechtsanspruch auf Anstellung im Staatsdienst.

Für die Meldung zur Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst gilt Abschnitt B der Bekanntmachung des Bayer. Landespersonalamtes vom 21. 12. 1951, betreffend Lehrgang, Prüfung und laufende Beurteilung für die Anstellung als Arzt im öffentlichen Gesundheitsdienst (BayBSVI I S. 225) i. d. Fassung vom 18. 2. 1960 (MABl. S. 294).

I. A. gez. Dr. Mayer, Ministerialdirigent

Landeswahlausschuß

Der Kammervorstand hat gemäß § 1 Absatz 1 der Wahlordnung für die Wahl der Delegierten zur Bayer. Landesärztekammer den Landeswahlausschuß für die Neuwahl der Delegierten zur Bayer. Landesärztekammer gewählt.

Er besteht aus den Herren:

Landeswahlleiter Rechtsanwalt Franz Poellinger,
Dr. Nikolaus Hohenadl, München,
Dr. Ernst Mössmer, Landshut,
Dr. Adolf Roth, Wolnzach,
Dr. Josef Rutenfranz, München.

MITTEILUNGEN

Schutz vor Luftverunreinigungen und Lärm

Die fortschreitende wirtschaftliche Entwicklung des Landes und die steigende Motorisierung haben hinsichtlich der Verunreinigung der Luft sowie der Belästigungen durch Lärm und Erschütterungen dazu geführt, daß das Wirtschafts- und Verkehrsministerium den damit zusammenhängenden Fragen eine besondere Aufmerksamkeit gewidmet hat und auch in Zukunft alle Möglichkeiten ausschöpfen wird, die geeignet erscheinen, solche Belästigungen nach Möglichkeit zu verhindern oder zu verringern. Diese Feststellung trifft Minister Dr. Schedl in einem dem Landtag zugeleiteten Bericht, der auf einen Beschluß Bezug nimmt, nach dem ein Gesetzentwurf zum Schutz vor Luftverunreinigungen, Lärm und Erschütterungen vorgelegt werden soll. Auf dem Gebiet des Wirtschaftsrechts

seien bereits bundesrechtlich die Eingriffsmöglichkeiten gegen diese Belästigungen verstärkt und der dem Land obliegende Vollzug verschärft worden. Im Verkehrswesen werde insbesondere eine Verringerung des Verkehrslärms angestrebt werden müssen. Das Ministerium werde beim Bundesverkehrsministerium auf verstärkte technische, lärmindernde Maßnahmen an den Kraftfahrzeugen und auf eine weitere erhebliche Senkung der durch Kraftfahrzeuge verursachten Höchstlautstärken hinwirken. Hinsichtlich des Flugzeuglärms wird auf die für das Überfliegen von Großstädten ergangenen Vorschriften verwiesen.

Aufstellung einer Büste von Max von Pettenkofer in der Walhalla

In der Walhalla in Regensburg wurde eine Büste des Hygienikers Max von Pettenkofer (1818—1901) am 23. September 1962 im Rahmen einer um 11.00 Uhr beginnenden Felerstunde vom bayerischen Kultusminister Prof. Dr. Theodor Maunz in Anwesenheit des bayerischen Ministerpräsidenten Dr. Hans Ehard enthüllt. Die Büste wurde von der Stadt München gestiftet, sie ist ein Werk des Bildhauers Prof. Toni Fiedler, Rom.

Unfallgeschehen und Unfallursachen auf den Autobahnen 1961

Die Erfahrung zeigt, daß sich an Sonn- und Feiertagen auf den Bundesautobahnen verhältnismäßig mehr Unfälle ereignen als an Werktagen, obwohl Liefer- und Lastwagen mit mehr als 7,5 Tonnen zulässigem Gesamtgewicht an Sonn- und Feiertagen vom Straßenverkehr ausgeschlossen sind. — Die Zusammensetzung des Verkehrs auf den Bundesautobahnen in Bayern nach Fahrzeugarten entspricht in etwa auch ihrer Beteiligung an den Unfällen. Zu drei Vierteln (74 v. H.) handelte es sich um Unfälle von Personenkraftwagen, von denen wiederum 30 v. H. sogenannte Alleinunfälle waren. — Von den Unfallopfern des Verkehrs auf den Bundesautobahnen im Jahre 1961 waren 86 v. H. Insassen von Personenkraftwagen; von diesen waren 43 v. H. Fahrzeugführer, die übrigen 57 v. H. Mitfahrer. — Als Unfallursache wurde in mehr als einem Viertel aller Fälle (28 v. H.) „übermäßige Geschwindigkeit“ festgestellt. Alle anderen Unfallursachen treten demgegenüber an Bedeutung stark zurück.

(„Bayern in Zahlen“, Nr. 8/62)

Tödliche Unfälle durch elektrischen Strom

Von Kriegsende bis 1960 verloren in Bayern jährlich etwa 60 Personen ihr Leben durch einen Elektrounfall. 1961 sank diese Zahl — ob zufälligerweise, bleibt abzuwarten — erstmals auf 43. Der Anteil der weiblichen Verunglückten, seit jeher geringer als der der männlichen, erhöhte sich von 10 v. H. in den Jahren 1954 bis 1957 auf 20 v. H. in den Jahren 1958 bis 1961. Ein Drittel der in den vergangenen vier Jahren Verunglückten stand im Alter zwischen 20 und 30 Jahren. Tödliche Elektrounfälle im Haushalt nahmen in den letzten Jahren zu, Unfälle in der Landwirtschaft wurden dagegen seltener. In Industrie und Gewerbe ereigneten sich wie bisher die meisten dieser Unfälle.

(„Bayern in Zahlen“, Nr. 6/62)

BUCHBESPRECHUNGEN

Almanach für die ärztliche Fortbildung 1960/61, herausgegeben von Prof. Dr. A. Schretzenmayr und Dr. Hanns Kalsner. J. F. Lehmanns Verlag, München, 324 Seiten, Leinen DM 16.80.

Auch dieser Band des „Almanach für die ärztliche Fortbildung“ bringt wieder in bewährter Form einen Überblick über die wichtigsten neuen Erkenntnisse der gesamten Medizin sowohl auf dem Gebiet der Diagnostik als auch der Therapie. So berichten führende Kliniker aus dem Gebiet der Inneren Medizin, der Chirurgie und Neurochirurgie, der Psychiatrie, der Gynäkologie und Geburtshilfe, der Pädiatrie, der Dermatologie, der Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten und der Augenheilkunde. Besonders erfreulich ist eine ausführliche zusammenfassende Arbeit über „Neues aus dem Gebiet der Sulfonamid- und Antibioticatherapie“, in der zu den in den letzten Jahren in reicher Zahl in den Handel gekommenen Präparaten kritisch Stellung genommen wird.

Ein großes Stichwortverzeichnis und Stichwortangaben am Rande der einzelnen Referate ermöglichen eine rasche Orientierung.

So kann sich jeder Arzt durch die Lektüre dieses Buches auf fast allen Gebieten der Medizin einen guten Überblick und eine Bereicherung seines Wissens verschaffen.

Dr. St.

Die sportärztliche Untersuchung. Von J. Bausenwein, Heft 1, Wissenschaftliche Schriften des Bayer. Sportärztebundes e. V., Verlag Karl Ziegler, Krumbach/Schwaben, 32 Seiten.

Das übersichtlich gestaltete Büchlein gibt wertvolle Hinweise für den in seiner Bedeutung immer notwendiger werdenden sportärztlichen Untersuchungsbogen, der nunmehr auf Grund der Ausarbeitung der Verfasserin eine bundeseinheitliche Einführung erfahren soll.

Wichtig erscheint auch die Anführung der bei der sportärztlichen Untersuchung und Beratung in Anwendung kommenden gebräuchlichsten Kreislaufstest. Unter Berücksichtigung der einzelnen Sportarten wird auch auf die Eigenart der damit im Zusammenhang stehenden Sportverletzungen hingewiesen.

Wesentlich der Satz: „Nach Abschluß der Untersuchung möchte der betreffende Sportler wissen, ob er gesund ist und ob er in gleicher Weise seinen Sport weiterbetreiben kann.“ Er zeigt deutlich die Verantwortung des Sportarztes hinsichtlich des älterwerdenden Menschen.

Es wäre sehr wünschenswert, wenn die Verfasserin diese Schriftenreihe fortsetzen würde. König P., München

Die Anwendung von Kortikoiden und anabolen Substanzen in Klinik und Praxis. Von Dr. med. G. Flegel und Dr. med. H. W. Kelling. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1962. 227 Seiten, 57 Abbildungen und 10 Tabellen. Leinen DM 48.—

Für ein therapeutisches Buch sollte die Anlegung möglichst objektiver und kritischer Beurteilungsmaßstäbe im Sinne von Martini eine unerläßliche Voraussetzung sein. Leider ist dies bei der vorliegenden Monographie in nur ungenügendem Maße erfüllt. Man vermißt vor allem eine objektiv gesicherte Wirkungsbeurteilung der Kortikoide und anabolen Hormone bei den einzelnen Krankheiten und Krankheitszuständen. Dazu gehören auch möglichst sorgfältige therapeutische Statistiken. Statt dessen besteht die Monographie aus einer mehr oder weniger vollständigen Zitierung der Literatur, in die eigene Ergebnisse meist fragmentarisch eingestreut sind. Dabei sind häufig wesentliche Arbeiten der internationalen Literatur nicht erwähnt, während unwichtige Arbeiten zitiert werden. Schon in der Einleitung findet man Fehler, wie Seite 1: „Die Nebennierenrinde ist die Produktionsstätte einiger dreißig lebenswichtiger Hormone . . .“ Es sind aber bisher nur sieben lebenserhaltende Hormone der NNR gesichert, weitere sechs Substanzen haben hormonale Aktivität, vier davon androgene Wirksamkeit. Oder auf Seite 2 ist als Androgen der NNR „Testosteron“ aufgeführt. Das Testosteron wird aber nicht in der NNR gebildet, sondern ist

das Hormon der Hoden. Bei der Wirkungsweise der Kortikoide vermißt man die Besprechung der modernen Biochemie der Kortikoidwirkung, statt dessen werden häufig wenig sagende Schlagworte angewandt. Die Anwendung der Kortikoide und anabolen Substanzen bei den einzelnen Krankheiten wird in 16 Kapiteln behandelt. Man vermißt ganz allgemein die klare Herausstellung der wirklichen Indikationen für die Kortikoid- und Anabolicabehandlung. Die Anabolica werden außerdem nur cursorisch im Rahmen der therapeutischen Kapitel besprochen. Manche der aufgeführten Indikationen sind außerordentlich problematisch und zum Teil bereits wieder verlassen worden, zum Beispiel bei Koronarinsuffizienz, dem Myocardinfarkt, bei embolischen und thrombotischen Prozessen, bei Apoplexia cerebri, bei akuter Glomerulonephritis oder bei Rhesusinkompatibilität und Morbus haemolyticus neonatorum. Ganz allgemein stellt man eine Überbewertung kurzfristiger Therapieerfolge und eine Unterbewertung der Langzeitprognose der Kortikosteroidanwendung bei chronischen Krankheiten fest. Die intraartikuläre Therapie, welche praktisch viel zu wenig angewandt wird, obwohl sie häufig ausgezeichnete Wirkungen besitzt, wird im Kapitel der Polyarthritiden chronica (Seite 14) mit nur 6 Zeilen erwähnt, ohne daß die entsprechenden Hormonpräparate für intraartikuläre Kortikoidtherapie genannt werden. Im Kapitel zur Differentialindikation synthetischer Glukokortikoide ist der Versuch unternommen, bei den einzelnen Krankheitsgruppen spezielle Kortikoide zu empfehlen.

Das Buch von Flegel und Kelling entspricht insgesamt nicht dem modernen Stand unserer Kenntnisse über Kortikoide und Anabolica und ihrer therapeutischen Anwendung. Wenn Prof. Hangarter im Geleitwort zu dieser Monographie schreibt „Es fehlt in Deutschland eine geordnete Übersicht, die sich in gedrängter Form bemüht, den Einsatz von Kortikoiden mit Vorzügen und Nebenwirkungen zu rechtfertigen“, so muß leider festgestellt werden, daß die Monographie von Flegel und Kelling diese Lücke nicht schließt.

Prof. Dr. W. Stich, München

Hydrotherapie und Balneotherapie in Theorie und Praxis. Von Otto Gillert, Richard Pflaum Verlag, München 1961, 200 Seiten, glanzkaschiert, DM 13.80.

In der Schriftenreihe „Aus Theorie und Praxis der Krankengymnastik“, die als eine Folge von Einzeldarstellungen aus dem Gebiet der Krankengymnastik von J. Harff und A. v. Müllmann veröffentlicht wird, hat O. Gillert mit seiner Arbeit „Hydrotherapie und Balneotherapie in Theorie und Praxis“ ein weiteres Bändchen geschrieben. Die klar gegliederte Schrift, die mit einem Vorwort von Dr. H. Drexel, medizinische und klimatologische Abteilung des Balneologischen Institutes bei der Universität München, versehen ist, erläutert — in erster Linie für das medizinische Hilfspersonal — die allgemeinen Grundbegriffe der Hydro- und Balneotherapie, einschließlich einer Beschreibung der physiologischen Wirkungen von Kälte- und Wärmereizen. Den breitesten Raum nimmt die hydrotherapeutische und Badepraxis ein. In diesen Kapiteln werden aus den genannten Gebieten alle Anwendungen kurz beschrieben, ihre Wirkung diskutiert und durch sehr gutes Bildmaterial verständlich gemacht. Bei den Fotos über Kneippsche Flüsse verdient besonders die didaktisch wichtige schematisierte Gußanordnung Erwähnung.

Die medizinischen Bäder werden übersichtlich dargestellt und besonders in ihren technischen Aufbereitungen ausführlich beschrieben. Der Bäderbeschreibung schließt sich eine kurzgefaßte Abhandlung über die natürlichen Heilvorkommen an, die den Leser mit der Charakteristik der Mineralquellen, der Peloiden und der Heilgase bekanntmacht. Den Abschluß des Buches bildet eine Übersicht über die hydro- und balneotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten, nach Krankheiten geordnet, in Tabellenform.

In der Schrift findet sowohl der werdende als auch der bereits fertige Krankengymnast, aber auch der praktizierende Arzt eine sehr übersichtliche Zusammenstellung der Anwendungen aus der Hydro- und Balneotherapie vor.

K. W. Schnelle, München

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern *)

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 1.7.1962 bis 28.7.1962

(Vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		
	Diphtherie		Schorlach		Übertragbare						Tuberkulose 5) der						Typhus ob-dominalis		Paratyphus A und B				
					Kinderlähmung dar. paraf. Fälle		Hirnhautentzündung Meningitis		Gehirnentzündung		Atmungsorgane (aktive Form)		Haut		Übrigen Organe								
	E 1)	ST 2)	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	
Oberbayern	1	—	81	—	3	2	—	7	—	3	—	—	—	193	25	3	—	29	1	2	—	3	—
Niederbayern	2	—	12	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	71	15	—	—	13	—	1	1	2	—
Oberpfalz	3	1	18	—	1	1	—	5	—	—	—	1	1	85	12	—	—	11	—	2	—	2	—
Oberfranken	1	—	58	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	97	24	1	—	12	2	2	—	—	—
Mittelfranken	2	—	49	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—	104	22	5	—	14	1	1	—	2	—
Unterfranken	—	—	42	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	117	9	—	—	12	1	2	—	—	—
Schwaben	—	—	31	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	117	11	1	—	22	—	5	—	1	—
Bayern	9	1	291	—	4	3	—	25	—	8	—	1	1	784	118	10	—	113	5	15	1	10	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25	
	Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				Botulismus		Hepatitis infectiosa		Psittacose		Oral-those		Verdachtsfälle von Tollwut 4)		Bangsche Krankheit		Brucellose (übrige Formen)		Kindbettfieber bei od. nach Fehlgeburten		Feldfieber		Taxoplasmose		Wundstarrkrampf	
			Salmonellose		übrige Formen																							
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	3	—	5	—	5	—	—	—	57	1	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Niederbayern	1	—	1	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—
Oberpfalz	61	—	4	—	—	—	—	—	3	—	—	1	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberfranken	—	—	2	—	1	—	—	—	34	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mittelfranken	43	—	3	—	1	—	—	—	12	—	—	—	1	—	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—
Unterfranken	—	—	1	—	—	—	—	—	36	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Schwaben	4	—	5	1	—	—	—	—	15	—	—	—	—	5	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	
Bayern	112	—	21	1	7	—	—	—	161	1	—	—	3	—	14	—	9	—	—	—	—	—	—	—	1	—	7	1

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

2) ST = Sterbefälle

3) Nur Neuzugänge, keine Zugänge aus anderen Tbc-Gruppen

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

*) Statistische Berichte des Bayer. Statistischen Landesamts

Resedorm®

Bromfreies, mehrschichtig wirkendes Sedativum und Hypnotikum

Liquidum Tabletten

PAUL LAPPE · CHEM. PHARM. FABRIK · BENSBERG-KÖLN

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

10. Fortbildungskurs in praktischer Medizin am Tegernsee

Veranstaltet vom Ärztl. Kreisverband Miesbach
vom 29. bis 30. September in Bad Wiessee, Kursaal

PROGRAMM

Samstag, den 29. September 1962

8.50 bis 9.00 Uhr

Eröffnungsansprachen.

9.00 bis 10.40 Uhr

Privatdozent Dr. S. Karnbaum, München:
Möglichkeiten der modernen Oesophaguschirurgie.

Prof. Dr. H. Dannenberg, München:
Neue Ergebnisse der experimentellen Krebsforschung.

Beantwortung von Hörerfragen.

10.40 bis 11.10 Uhr: Pause

11.10 bis 12.50 Uhr

Prof. Dr. L. Weissbecker, Karlsruhe:
Hyperthyreose oder vegetative Dystonie.

Prof. Dr. G. Orzechowski, Köln:
Über die unspezifische Steigerung der körperlichen Abwehr.

Beantwortung von Hörerfragen.

12.50 bis 15.00 Uhr: Mittagspause

15.00 bis 16.40 Uhr

Prof. Dr. A. N. Witt, Berlin:
Zur Differentialdiagnose des Schulter-Arm-Syndroms.

Prof. Dr. N. Goossens, München:
Praktische Fragen der Antikoagulantientherapie.

Beantwortung von Hörerfragen.

16.40 bis 17.00 Uhr: Pause

Ab 17.00 Uhr

Wissenschaftliche Filme der pharmazeutischen Industrie.

Sonntag, den 30. September 1962

9.00 bis 10.40 Uhr

Dr. H. Brezowsky, Tölz, Deutscher Wetterdienst:
Der Einfluß des Wetters auf den lebenden Organismus.

Prof. Dr. M. J. Halhuber, Innsbruck:
Immer wieder: Herzleidende ohne Herzerkrankung.

Beantwortung von Hörerfragen.

10.40 bis 11.10 Uhr: Pause

11.10 bis 12.45 Uhr

Prof. Dr. R. Zenker, München:
Die Chirurgie innersekretorischer Erkrankungen.

Prof. Dr. A. Jores, Hamburg:
Psychosomatische Krankheitsbetrachtung, aufgezeigt am Beispiel des Asthma bronchiale.

Beantwortung von Hörerfragen.

Anmeldung und Auskunft: Dr. Neresheimer,
Ärztl. Kreisverband, Miesbach.

7. Fortbildungskurs des Bayerischen Sportärztebundes vom 5. bis 7. Oktober 1962 in der Sportschule München-Grünwald

Kursleitung: Dr. Hanns Galli, München 9,
Harlachinger Straße 12.

Kursbeginn: Freitag, den 5. 10. 1962, vormittags 9 Uhr.
Kursende: Sonntag, den 7. 10. 1962, gegen 13 Uhr.

Freitag, 5. 10. 1962:

Beginn 9 Uhr, Begrüßung: Dr. Galli, München.

9.15 bis 12.30 Uhr

Fragen des Fußballsportes.

14 Uhr

Sporttheorie mit praktischen Übungen.

16 bis 18 Uhr

Betriebssport — verbunden mit einer Besichtigung der
Betriebssportanlagen der Firma Siemens.

18.30 Uhr

Sauna mit Massage.

Samstag, 6. 10. 1962:

Beginn 8 Uhr. Sportmedizinisches Institut und sport-
medizinische Forschung.

12 Uhr

Sporttheorie mit praktischen Übungen.

14.30 bis 17.30 Uhr

Boxen mit praktischen Demonstrationen.

17.30 Uhr

Sporttheorie mit praktischen Übungen.

Sonntag, 7. 10. 1962:

Beginn 9 Uhr.

10 Uhr

Referate über Kreislauffunktionsprüfungen in der
Praxis.

10.45 Uhr

Filmvorführung:
Herz- und Kreislauffunktionsprüfungen
(Film von der Fa. Böhringer, Ingelheim).

11.30 bis 12.15 Uhr

Sporttheorie mit praktischen Übungen.

Kursgebühr DM 20.—. Anmeldungen an die Ge-
schäftsstelle des Bayerischen Sportärztebundes, Mün-
chen 2, Briener Straße 50.

Bund der Deutschen Medizinalbeamten

Der Bund der Deutschen Medizinalbeamten veran-
staltet die nächste Fortbildungstagung vom 11. bis
13. Oktober 1962 in Tübingen.

Auskunft: ORMR Dr. Hoffmann, 74 Tübingen,
Kastanienallee 6.

29. Fortbildungskurs für Ärzte in Regensburg

im Auftrage der Bayer. Landesärztekammer
veranstaltet vom Regensburger Kollegium
für ärztliche Fortbildung

vom 11. bis 14. Oktober 1962 im Stadttheater zu Regensburg
Leitung Dr. D. Jahn, Nürnberg

Donnerstag, den 11. Oktober 1962

20.00 Uhr:

Empfang der Vortragenden und Kursteilnehmer durch
den Oberbürgermeister der Stadt Regensburg im histo-
rischen Reichssaal des Alten Rathauses

Es singen die Regensburger Domspatzen

Festvortrag

Professor Dr. H. J. Schoeps, Vorstand des Universitäts-
institutes für Religions- und Geistesgeschichte, Erlangen

**Probleme der Allgemeinen Bildung
im Industriezeitalter**

Freitag, den 12. Oktober 1962

Hauptthema: Unfallmedizin

9.00—9.30 Uhr:

Begrüßung

9.30—10.40 Uhr:

Prof. Dr. K. H. Bauer, em. Direktor der Chirurgischen
Universitätsklinik Heidelberg:

Die Bedeutung des Unfalls in der industrialisierten Welt
Dr. K. D. Bock, Oberarzt der Med. Klinik der Städt.
Krankenanstalten Essen:

**Neue Gesichtspunkte in der Genese und Differenzierung
des Schocks**

Pause — Eröffnung der Ausstellung

11.10—12.40 Uhr:

Prof. Dr. E. S. B ü c h e r l, Chirurgische Universitätsklinik im Westendkrankenhaus Berlin-Charlottenburg:

Die moderne Differentialtherapie des Kollapses

Dr. E. G ö g l e r, Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg:

Die Erstversorgung am Unfallort

Prof. Dr. K. T. H e r z o g, Chefarzt der Chirurgischen Klinik der Städt. Krankenanstalten Krefeld:

Zum Verhalten des Arztes bei Verkehrsunfällen

Pause — Besuch der Ausstellung

14.30—15.50 Uhr:

Prof. Dr. K. H. H a c k e t h a l, Oberarzt der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen:

Aktive Maßnahmen in der modernen Unfallchirurgie der Extremitäten

Dozent Dr. W. G r i l l, Oberarzt der Chirurgischen Universitätsklinik München:

Fortschritte in der Unfallchirurgie im Thorax- und Bauchbereich

Pause — Besuch der Ausstellung

16.20—18.10 Uhr:

Prof. Dr. T. R i e c b e r t, Direktor der Neurochirurgischen Klinik der Universität Freiburg i. Br.:

Differentialdiagnose und Behandlung des Schädel- und Hirntraumas (mit Film)

Prim. Dr. A. v. L u t t e o t t l, Cles-Trento:

Der Elektroofall in Beurteilung und Behandlung

Prof. Dr. A. L o b, Chefarzt des Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhauses Murnau/Obb.:

Fortschritte in den Methoden der Rehabilitation des Unfallkranken

Zur Diskussion:

Dr. H. S t a u d a c h e r, Oberarzt der Chirurgischen Klinik der Städt. Krankenanstalten Nürnberg:

Erfahrungen bei der Versorgung Unfallverletzter mit Mehrfachfrakturen

Prof. Dr. K. T. H e r z o g, Chefarzt der Chirurgischen Klinik der Städt. Krankenanstalten Krefeld:

Operationstechnische und klinische Unterschiede bei den Methoden der Marknagelung

Anschließend weitere Diskussion und Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages

Samstag, 13. Oktober 1962

Hauptthema: Einschleppungs- und Milieuwechselkrankheiten

9.00—10.20 Uhr:

Dr. W. A n d e r s, Wissenschaftlicher Oberrat im Bundesgesundheitsamt, Berlin-Dahlem:

Gesundheitsfürsorge im internationalen Reiseverkehr

Med.-Dir. Dr. Dr. K. S c h u w l r t h, Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung Nürnberg:

Einsatz und Gesundheitsfürsorge für in der Bundesrepublik tätige Fremdarbeiter

Pause — Besuch der Ausstellung

10.50—12.50 Uhr:

Prof. Dr. G. S t ü t t g e n, Oberarzt der Hautklinik der Med. Akademie Düsseldorf:

Klinik und Diagnostik der Pocken

Prof. Dr. L. G r ü n, Institut für Hygiene und Mikrobiologie der Med. Akademie Düsseldorf:

Die Epidemiologie der Pocken unter Berücksichtigung der Erfahrung gegenwärtiger Pockenanschleppung

Prof. Dr. O. F i s c h e r, Facharzt für Innere Medizin — Tropenkrankheiten — Düsseldorf:

Erkennung und Behandlung der Amöbendysenterie und der Lambliose

Pause — Besuch der Ausstellung

Seminargespräch mit Demonstrationen:

14.15—16.20 Uhr:

Prof. Dr. H. B e g e m a n n, Chefarzt der I. Med. Klinik des Krankenhauses München-Schwabing:

„Das Blutbild in der Praxis“

(Einzelheiten im Tagungsprogramm)

Privat-Dozent Dr. K. P i r l e t, Institut für Bioklimatologie und Meeresheilkunde der Universität Kiel, Westerland-Sylt:

Konstitutionsphysiologische Studien des Wärmehaushaltes unter verschiedenen klimatischen Bedingungen

Prof. Dr. M. J. H a l h u b e r, Oberarzt der Med. Universitätsklinik Innsbruck:

Kreislaufbelastungen durch verschiedene klimatische Bedingungen

Pause — Besuch der Ausstellung

16.50—18.10 Uhr:

Privatdozent Dr. H. J u n g m a n n, II. Med. Universitätsklinik und Poliklinik - Krankenhaus Eppendorf, Hamburg:

Vegetative Umstellungen durch meteorologische Einflüsse

Prof. Dr. H. v. D i r i n g s h o f e n, Deutsche Gesellschaft für Luft- und Raumfahrtsmedizin, München:

Körperliche Beanspruchungen der Passagiere im modernen Luftverkehr

Anschließend Diskussion und Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages

Sonntag, den 14. Oktober 1962

Hauptthema: Ernährungsprobleme verschiedener Altersstufen

(Gemeinschaftsveranstaltung mit der Deutschen Gesellschaft für Ernährung — Präsident Prof. Dr. Dr. R. Ammon, Homburg-Saar)

9.00—10.20 Uhr:

Prof. Dr. A. I. V i r t a n e n, Biokemialinen Tutkimuslaitos (Biochemisches Institut), Labor der Stiftung für chemische Forschung, Helsinki:

Die Bedeutung der Ernährung für die Gesundheit des Menschen

Prof. Dr. J. K ü h n a u, Direktor des Physiol.-Chem. Institutes der Universität Hamburg:

Altersabhängige Variationen des Nährstoffbedarfs und ihre physiologischen Grundlagen

Pause — Besuch der Ausstellung

10.50—12.10 Uhr:

Prof. Dr. W. D r o e s e, Kinderklinik der Universität München:

Aktuelle Probleme der Säuglingsernährung

Prof. Dr. A. W i n d o r f e r, Direktor der Universitäts-Kinderklinik mit Poliklinik, Erlangen:

Die besonderen Ernährungsbedürfnisse der Kinder und Jugendlichen

Pause — Besuch der Ausstellung

14.30—16.20 Uhr:

Wissenschaftlicher Film (Farbtonfilm — Pfizer GmbH., Karlsruhe):

„Parasiten im Darm“

Wissenschaftliche Mitarbeit: Prof. William W. Frye, School of Medicine, Louisiana, Prof. Clyde Swartsweider, Prof. Antonio Pena Chavarria, Hosp. San Juan de Dios, San José

Prof. Dr. H. K r a u t, Direktor des Max-Planck-Instituts für Ernährungsphysiologie, Dortmund:

Die Ernährungsweise bei unterschiedlichen Berufsansprüchen

Privatdozent Dr. K. J a h n k e, II. Med. Klinik und Poliklinik der Med. Akademie Düsseldorf:

Überernährung als Krankheitsursache und die Behandlung der Fettleibigkeit

Pause — Besuch der Ausstellung

16.50—18.10 Uhr:

Prof. Dr. N. Z ö l l n e r, Oberarzt der Med. Poliklinik der Universität München:

Aktuelle Probleme des Lipidstoffwechsels und ihre Beziehung zur Therapie

Prof. Dr. J. N ö c k e r, Chefarzt der Med. Klinik im Städt. Krankenhaus Leverkusen:

Grundsätze der Ernährung in der Geriatrie

Anschließend Diskussion und Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages

Anfragen und Anmeldungen sind zu richten an: Sekretariat der ärztlichen Fortbildungskurse, Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5a, Fernsprecher 23851, Nebenstelle 521. Der Eingang der Anmeldung wird durch das Sekretariat bestätigt.

9. Fortbildungskurs in der Elektrokardiographie
unter Leitung von Prof. Dr. C. Korth, Med. Univ.-
Poliklinik Erlangen, vom 26. mit 28. Oktober 1962.

Anmeldungen und Anfragen (Programmanforderungen) an das Sekretariat der Med. Poliklinik Erlangen, Östliche Stadtmauerstraße 29.

Kursgebühr DM 20,—.

Herbsttagung der Bayerischen Röntgenvereinigung 1962

Die Herbsttagung der Bayerischen Röntgenvereinigung findet am 20./21. Oktober 1962 in München im Hörsaal des Physiologischen Instituts der Univ. München statt.

Auskunft: Dr. med. K.-H. Wuttge, München 8, Ismaninger Straße 8.

13. Wissenschaftliche Ärztetagung in Nürnberg

Veranstaltet von der Bayer. Landesärztekammer vom 23. bis 25. November 1962

im Messehaus der Stadt Nürnberg

Leiter: Prof. Dr. Meythaler, Nürnberg

Thema der Tagung:

„Neue Erkenntnisse und Entwicklungen in Prophylaxe und Therapie akuter sowie chronischer Infekte“

Freitag, den 23. November 1962

Tagesthema: Auf Penicillin und die neuen Penicillin-Derivate ansprechende Erkrankungen

9.00—9.30 Uhr:

Eröffnung der Tagung

9.30—10.30 Uhr:

Dr. habil. H. A. Offe, Farbenfabriken Bayer A.-G., Wuppertal-Elberfeld:

Chemie der neuen Penicilline

Priv.-Doz. Dr. P. Naumann, Institut für klinische Bakteriologie und Serologie der Universität Hamburg:

„Neue Penicilline“ (Eigenschaften, Indikationen und Grundelemente der therapeutischen Anwendung)

Pause

11.00—12.40 Uhr:

Doz. Dr. Marget, Universitäts-Kinderklinik Tübingen: Stellen die neuen halbsynthetischen Penicilline einen wesentlichen therapeutischen Fortschritt in der Kinderheilkunde dar und ist die Bluteiweißbindung hierbei von Interesse?

Prof. Dr. W. D. Germer, Ärztl. Direktor und Chefarzt der Inneren Abteilung des Wenckebach-Krankenhauses Berlin-Tempelhof:

Neuere Erkenntnisse auf dem Gebiete der antihiotischen Therapie innerer Erkrankungen

Priv.-Doz. Dr. A. Taupitz, Urologische Universitätsklinik Homburg-Saar:

Die Behandlung der unspezifischen Entzündung in der Urologie

Diskussion

Mittagspause

15.00—16.00 Uhr:

Prof. Dr. H. Spiess, Universitäts-Kinderklinik Göttingen:

Zur Chemoprophylaxe akuter Infekte des Kindes

Prof. Dr. H. Knothe, Hygiene-Institut der Universität Kiel:

Penicillin bei Typhus- und Paratyphus-Bazillenausscheidern

Pause

16.30—17.30 Uhr:

Prof. Dr. H.-G. Boenninghaus, Universitäts-Ohren-, Hals-, Nasen-Klinik, Frankfurt/Main:

Erfahrungen bei antibiotischer Behandlung akuter und chronischer Infekte im Hals-Nasen-Ohrenbereich

Dr. W. Schreiber, Senior Physicien, Amerikanisches Krankenhaus Nürnberg:

Anaphylaktischer Schock nach Penicillin-Injektion

Diskussion

Samstag, den 24. November 1962

Tagesthema: Trichomonas

9.30—10.30 Uhr:

Prof. Dr. G. Piekarski, Leiter der Med.-Parasitolog. Abteilung am Hygiene-Institut der Universität Bonn:

Parasitologie und Nachweismethoden bei Trichomonas vaginalis

Prof. Dr. H. Röckl, Dermatologische Klinik der Universität München:

Die nrogenitale Trichomonas des Menschen und ihre Behandlung

Pause

11.00—12.00 Uhr:

Prof. Dr. P. Segschneider, Universitäts-Frauenklinik Erlangen:

Die Trichomonas der Frau

Major Tevor D. Novack, MC.-Boston, Chefarzt der Chirurgischen Klinik im amerikanischen Krankenhaus Nürnberg:

Beschneidung bei neugeborenen Knaben als Prophylaxe gegen Genitalearzinome

Diskussion

Anschließend Filmvorführung

Mittagspause

15.00—16.10 Uhr:

Prof. Dr. E. Freerksen, Direktor des Tuberkulose-Forschungsinstitutes Borstel:

Die BCG-Schutzimpfung gegen die Tuberkulose

Prof. Dr. W. Lührs, Chefarzt des Sanatoriums Bergfrieden Rottach-Egern:

Ätiologische Zusammenhänge zwischen Infektionen, Bak-



KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln

MALLEBRIN

Adstringo - Antisepticum

terien-Stoffwechsel und Carzinomen und versuchte therapeutische Folgerungen

Pause

16.40—17.10 Uhr:

Colonel John R. Hall jr., Chefarzt des amerikanischen Krankenhauses Nürnberg:

Atombombenverletzung in Hiroshima

Diskussion

Anschließend Filmvorführung

Sonntag, den 25. November 1962

Tagesthema: Viruserkrankungen

9.30—10.30 Uhr:

Prof. Dr. R. Haas, Direktor des Hygienischen Institutes der Universität Freiburg i. Br.:

Was leistet die orale Poilomyelitis-Impfung?

Prof. Dr. H. Lippelt, Tropeninstitut Hamburg:

Ätiologie der Erkältungskrankheiten

Pause

11.00—12.30 Uhr:

Prof. Dr. G. Schoop, Direktor des Institutes für Zoonosenforschung an der Joh.-Wolfg.-Goethe-Universität Frankfurt/Main:

Über die Tollwutepidemiologie und Fragen der Impfindikation

Prof. Dr. O. Hövels, Universitäts-Kinderklinik Erlangen: Epidemiologie und Klinik von Coxsackievirusinfektionen im Kindesalter

Capt. Pasquale J. Fugazzotto, MC. - Philadelphia, Chefarzt der Kinderklinik im amerikanischen Krankenhaus Nürnberg:

Impfung gegen Masern

Diskussion

Anfragen und Anmeldungen: Prof. Dr. Meythaler, Nürnberg, Flurstraße 17.

Strahlenschutz-Ärzte-Lehrgang des Deutschen Roten Kreuzes

Das Generalsekretariat des Deutschen Roten Kreuzes gab bekannt, daß der vom 1. 11. 1962 bis 28. 2. 1963 in München in Aussicht genommene Strahlenschutz-Ärzte-Lehrgang im Rieder-Institut in München mit großer Wahrscheinlichkeit der letzte dieser Art sein wird. Zur Zeit können Anmeldungen noch berücksichtigt werden. Diese sind an das Präsidium des Bayerischen Roten Kreuzes, München 22, Wagnmüllerstraße 16, zu richten, welches auch Auskünfte erteilt.

Lehrgang für den öffentlichen Gesundheitsdienst

vom 5. November 1962 bis 28. Februar 1963 (siehe unter „Amtliches“.)

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.

September/Oktober 1962:

24. 9.—12. 10. in Nenzenberg bei München: Strahlenschutzkurs (Einführungskurs, 1. und 2. Fortbildungskurs). Auskunft: Dr. med. R. Wittenzeller, Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.

30. 9.—4. 10. in Münster/Westf.: Kongreß der Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin. Auskunft: Prof. Dr. Ponsold, Institut für gerichtliche Medizin, Münster/Westf., V.-Esmarch-Straße 86.

30. 9.—4. 10. in Baden-Baden: Internationaler Kongreß für Balneologie und medizinische Klimatologie. Auskunft: Dr. H. W. Pabst, München, Ziemssenstr. 1.

Oktober 1962

2.—5. 10. in Bad Godesberg: 9. Internationaler Kongreß für Prophylaktische Medizin und Sozialhygiene. Auskunft: Generalsekretariat der Internationalen Gesellschaft für Prophylaktische Medizin und Sozialhygiene, Wien IX, Lechtensteiner Straße 32

5.—6. 10. in Bonn: Jahrestagung der Vereinigung westdeutscher Hals-, Nasen- und Ohrenärzte. Auskunft: Prof. Dr. K. Jatbo, Universitäts-HNO-Klinik Köln-Lindenthal, Lindenburg.

5.—7. 10. in Grünwald bei München: 7. Fortbildungskurs des Bayerischen Sportärztebundes in der Sportschule Grünwald-München. Auskunft: Geschäftsstelle des Bayerischen Sportärztebundes, München 2, Briener Straße 50.

5.—10. 10. in Bremen: 8. Internationaler Kongreß für Universelle Moorforschung. Auskunft: Kongressbüro, Staatliche Moorversuchsstation, Bremen 20, Postfach Nr. 9113

6.—8. 10. in Nizza: 3. Internationaler Kongreß für manuelle Therapie. Auskunft: Schriftführer der „Arbeitsgemeinschaft der Gesellsch. für manuelle Therapie“, Dr. med. H.-D. Wolff, Trier, Gartenfeldstraße 6.

6.—12. 10. in Bad Lauterberg i. H.: 20. Fortbildungslehrgang des Kneippärztebundes. Auskunft: Kneippärztebund e. V., Geschäftsstelle Gebiet Nord, Hannover, Jordanstraße 17.

8.—9. 10. in Augsburg: 1. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin e. V. Thema: Byssinosis (Baumwollunge). Auskunft: Dr. Fuchs, Krauss-Maffel A.G., München-Allach.

DOLORSAN-BALSAM®

DOLORSAN-BALSAM®

Hyperaemisierende Behandlung
rheumatischer Erkrankungen

bei SCHMERZZUSTANDEN
bei DISTORSIONEN
bei MASSAGEN
bei BRONCHITIDEN

DOLORSAN-BALSAM „extra stark“
bei
Durchblutungsstörungen u. Frostschäden

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



BILIPLUS[®]

**das sicher wirkende
krampflösende
Cholagogum aus
einer Kombination
pflanzlicher Öle**

**Von Ballaststoffen
befreite Natur**

+ höchste Reinheit

+ maximale Konzentration

PACKUNGEN UND PREISE

Flasche mit 5 ml DM 2.55 o.U.

Flasche mit 10 ml DM 4.75 o.U.

Literatur und Muster auf
Anforderung

 **ATMOS FRTZSCHING & CO GMBH**
VIERNHEIM / HESSEN

- 8.—11. 10. in **Basel**: 4. Europäischer Kongreß für Allergie. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. H. Michel, Berlin-Charlottenburg 9, Spandauer Damm 130, Krankenhaus Westend.
- 9.—13. 10. in **Düsseldorf**: Deutsche Tuberkulose-Tagung 1962. Vorsitz: Prof. Dr. H. Schmitz, Düsseldorf. Auskunft: Geschäftsstelle der Deutschen Tuberkulose-Gesellschaft, Freiburg i. Br., Hauptstraße 7.
- 10.—13. 10. in **Hamburg**: 34. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. Auskunft: Prof. Dr. Döderlein, München 19, Schlagintweitstraße 18.
- 11.—13. 10. in **Münster/Westfalen**: 12. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie. Auskunft: Prof. Dr. K. Schuchardt, Nordwestdeutsche Kieferklinik, Hamburg 20.
- 11.—14. 10. in **Regensburg**: 29. Fortbildungskurs des Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung. Auskunft: Sekretariat des Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung, Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5 A
- 11.—15. 10. in **Tübingen**: Fortbildungstagung des Bundes der Deutschen Medizinbeamten. Auskunft: ORMR Dr. Hoffmann, 74 Tübingen, Kastanienallee 6.
- 12.—13. 10. in **Nürnberg**: 46. Versammlung der Südwestdeutschen Hals-, Nasen-, Ohrenärzte. Auskunft: Prof. Dr. W. Becker, Universitäts-Hals-, Nasen-, Ohrenklinik, Mainz, Langenbeckstraße 1.
- 12.—14. 10. in **Straßburg**: Fortbildungstagung der EUROPA MEDICA. Auskunft: Prof. Dr. Schretzenmayer, Augsburg, Schälzerstraße 19.
- 12.—14. 10. in **Bad Homburg v. d. H.**: Ärztliche Fortbildungstagung: Therapie über das Nervensystem. Auskunft: Arbeitskreis für Neurovegetative Therapie, Dr. D. Gross, Frankfurt/Main, Bibergasse 1.
- 18.—20. 10. in **Bad Ragaz (Schweiz)**: Gemeinsame wissenschaftliche Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, der Schweizerischen Gesellschaft für physikalische Medizin und Rheumatologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Balneologie und Bioklimatologie. Auskunft: Prof. Dr. W. H. Haub, Medizinische Klinik und Poliklinik der Universität Münster/Westf., Westring 3.
- 19.—21. 10. in **Hamburg**: Internationale Tagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Phlebologie. Auskunft: Dr. H. Eilerbrock, Hamburg 13, Isestr. 115.
- 20.—21. 10. in **München**: Herbsttagung der Bayerischen Röntgenvereinigung im Hörsaal des Physiologischen Instituts der Universität. Auskunft: Dr. med. K.-H. Wuttge, 1. Vors., München 8, Ismaninger Straße 22.
- 21.—23. 10. in **Schloß Elmau bei Garmisch**: Stuttgarter Gemeinschaft „Arzt und Seelsorger“. Arbeitsweise mit Vorträgen und praktischen Übungen. Auskunft: Dr. Dr. W. Bitter, Stuttgart-W, Gustav-Siegle-Straße 43.
- 22.—27. 10. in **Neuherberg b. München**: Einführungskurs in den Strahlenschutz. Auskunft: Dr. med. R. Wittenzellner, Neuherberg b. München, Ingotstädter Landstr. 1.
- 25.—26. 10. in **Frankfurt a. M.**: 7. Kongreß der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege. Auskunft: Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e. V., Frankfurt a. M., Alte Rothofstraße 6.
- 26./27. 10. in **Gießen**: Fortbildungskurs für Fachärzte der Chirurgie, Neurochirurgie und Neurologie — „Differentialdiagnose und Behandlung der Anfallsleiden und der Hirnverletzungen“. Auskunft: Sekretariat der ärztlichen Fortbildungskurse, Pathologisches Institut Gießen, Klinikstraße 32g.
- 26.—29. 10. in **Erlangen**: 9. Fortbildungskurs in der Elektrokardiographie der Med. Univ.-Poliklinik. Auskunft: Sekretariat der Med. Poliklinik Erlangen, Ostl. Stadtmauerstr. 29.
- Oktober/November 1962**
22. 10.—2. 11. in **Schloßgut Neutrauchburg**: Einführungslehrgang in die Manual-Therapie (Wirbelsäule und Extremitäten). Auskunft: Sekretariat der MWE, Schloßgut Neutrauchburg über Isny/Allgäu.

November 1962:

- 5.-10. 11. in Innsbruck: EKG-Kurs zur Einführung in die praktische Elektrokardiographie. Auskunft: Frau M. Jesernik, Medizinische Univ.-Klinik, Innsbruck.
- 10.-11. 11. in Innsbruck: Klinisches Wochenende: Fortschritte in der Notfalldiagnostik- und Therapie. Auskunft: Frau M. Jesernik, Medizinische Univ.-Klinik, Innsbruck.
- 12.-13. 11. in Innsbruck: Übungskurs in klinischer Elektrokardiographie. Auskunft: Frau M. Jesernik, Medizinische Univ.-Klinik, Innsbruck.
- 12.-17. 11. in Innsbruck: Einführung in die Hämatologie mit praktischen Übungen. Auskunft: Frau M. Jesernik, Medizinische Univ.-Klinik, Innsbruck.
- 23.-25. 11. in Nürnberg: 13. Wissenschaftliche Ärztagung. Leitung: Prof. Dr. Meythaler, Auskunft: Prof. Dr. Meythaler, Nürnberg, Flurstraße 17
- 26.-30. 11. in Neuherberg b. München: Einführungskurs in den Strahlenschutz. Auskunft: Dr. med. R. Wittenzellner, Neuherberg b. München, Ingolstädter Landstr. 1.

November/Dezember

- 5. 11.-14. 12. in Berlin: Erster Lehrgang der Akademie für Werkärzte. Auskunft: Sekretariat der Akademie für Werkärzte Berlin, Berlin-Charlottenburg 9, Soorstr. 83.

November/Februar 1962/63

- 1. 11. 62-28. 2. 63 in München: Strahlenschutz-Ärzte-Lehrgang des Bayerischen Roten Kreuzes. Auskunft: Präsidium des Bayer. Roten Kreuzes, München 22, Wagnmüllersstraße 16.
- 5. 11. 62-28. 2. 63 in München: Lehrgang für den öffentlichen Gesundheitsdienst. Auskunft: Bayer. Staatsministerium des Innern, München, Odeonsplatz 3.

Dezember 1962:

- 10.-14. 12. in Neuherberg b. München: Einführungskurs in den Strahlenschutz. Auskunft: Dr. med. R. Wittenzellner, Neuherberg b. München, Ingolstädter Landstr. 1.

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:

- Dr. R. Reiss, Berlin.
- Temmler-Werke, Marburg,
- Ehrl & Co., München,
- Chemiewerk Homburg, Frankfurt/Main,
- Adenylchemie, Stuttgart,
- Sanol Arzneimittel Dr. Schwarz, Monheim,
- L. Merckle GmbH., Blaubeuren,
- Dr. F. Sasse, Berlin,
- Parke Davis, München,
- Heel GmbH., Baden-Baden,
- P. Belersdorf & Co., Hamburg,
- Melusin GmbH., Düsseldorf,
- Chem. Fabrik von Heyden, München.

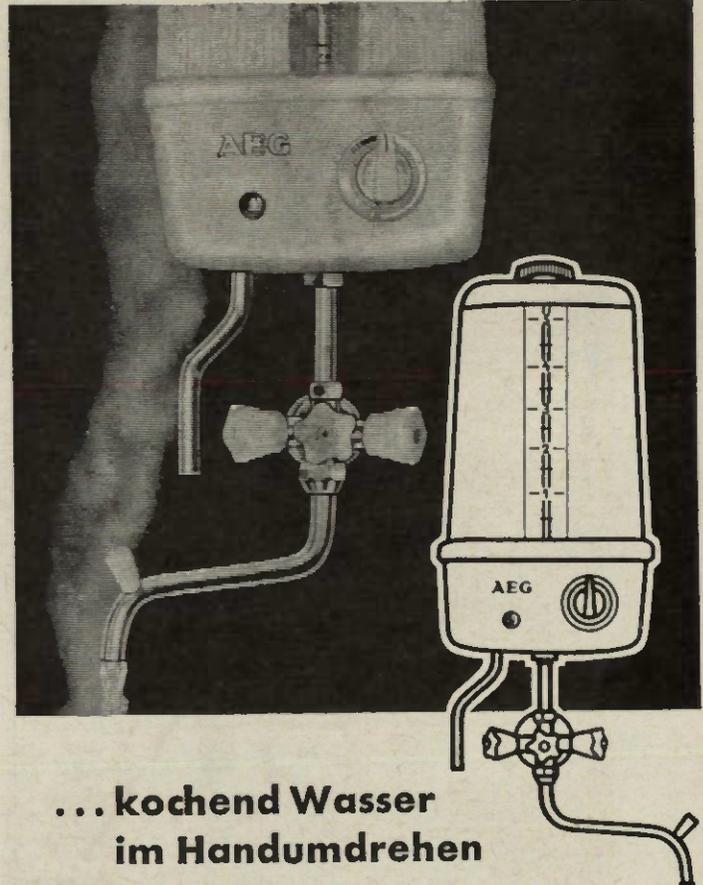
„Bayerisches Arzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85/III. Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein, München 8, Lucile-Grahn-Straße 41. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis für Nichtmitglieder der Ärztlichen Kreisverbände in Bayern DM 2.40 vierteljährlich, zuzügl. Zustelgebü. Postscheckkonto Nr. 52 52 Amt München, Bayer. Landesärztekammer (Abt. Bayer. Arzteblatt). Anzeigenverwaltung: Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8 München 15, Sonnenstraße 29, Telefon-Sammel-Nr. 55 80 81, Fernschreiber 05 23662, Telegrammadresse: Gablerpreß.

Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfing, München. Druck: Richard Pfäum Verlag, München. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrokopie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

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

Überall und jederzeit



... kochend Wasser im Handumdrehen

„AEG-Thermofix“ - die heiße Quelle aus der Wand - jetzt in moderner flacher Form. Schnell und bequem bereitet das Kochendwassergerät „AEG-Thermofix“ warmes, heißes oder kachendes Wasser - ganz wie Sie es wünschen. Ob einen halben Liter oder fünf Liter - die Inhaltmarkierung auf der Glasglocke zeigt Ihnen jeweils an, wieviel Wasser Sie aufheizen wollen.

„AEG-Thermofix“ - eine unentbehrliche Hilfe überall dort, wo schnell heißes Wasser gebraucht wird: im Haushalt, im Büro, an jedem Arbeitsplatz.

einfache Montage · stufenlose Temperaturwahl zwischen 35 und 85°C · besondere Kochendstufe · Trockengehschutz · Spezialarmatur für Heiß- und Kaltwasserentnahme und zum Mischen von heißem und kaltem Wasser

Preis: 198,- DM (empf. Preis) einschließl. Armatur. Lassen Sie sich das Kochendwassergerät „AEG-Thermofix“ beim guten Fachhandel vorführen, oder verlangen Sie kostenlos gegen Einsendung des Coupons Prospekte.

AEG

Thermofix

Bitte senden Sie mir kostenlos und unverbindlich Prospekte über AEG-Heißwassergeräte.

Name _____
 () Ort _____
 Straße _____

AEG-Heißwassergerätefabrik,
 Abt. H 10, Nürnberg,
 Postfach 180

Bitte ausschneiden und auf eine Postkarte kleben.

Hellanzetgen deutscher Bäder, Kurorte und Sanatorien

Bad Aibling: Rheumatische Erkrankungen, Lähmungsfolgen, gynäkologische Erkrankungen, Prostatahypertrophie.

Brückenaubad (300 m): Säuerlinge, Moorbäder, Trinkkuren gegen Erkrankungen des Nierenbeckens, der Blasen- und Harnwege, Kreislaufstörungen, Rheuma, Frauenleiden.

Brückenaubad-Stadt (310 m): Eisen- und schwefelhaltige Säuerlinge, Trinkkuren, Moorbäder, gegen Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten, Rheuma.

Bad Dürrrheim (700-800 m): 27%ige Solquelle, Atemwege - Rheuma - Kreislauf - chronisch entzündliche Augenleiden.

Füssen-Bad Faulenbach (136), Allgäu, Sanatorium Notburgahelm, Privatklinik: Moor- und Mineralbad mit Kneippkuranstalt. Leitender Arzt im Hause, Pflege durch geprüfte Krankenschwestern, Diätküche, Heilmassagen.

Bad Mergentheim (210 m): Sanatorium Dr. Hoerstke, klinisch fachärztlich geleitet, zur Behandlung von Leber-, Gallen-, Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten. Klin. Laboratorium, med. Bäderabteilungen, Röntgeneinrichtung, elektrophysiologische Therapie, Diätküche. Ganzjährig geöffnet, 30 Betten. Telefon 357.

Bad Mergentheim (210 m): Sanatorium Dr. Ketterer, für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Organneurosen. Haus ersten Ranges mit allen diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen. Gepflegte Diätküche. Fachärztlich geleitet. Sehr ruhige Lage. Großer Liegegarten. 50 Betten. Telefon 540.

Neustadt/Saale Heilbad (240 m): Erdigsulfatische Kochsalzsäuerlinge für Trink-, Bade- und Inhalationskuren, Moorbäder. Hellanzetgen: Magen, Darm, Galle, Leber, Kreislauf, Gicht, Zucker und Rheuma.

Oy (937 m): Thor-radiumhaltige Quelle gegen Ischias, Rheuma, deformierende Gelenkleiden, Kneippkuren. Auskunft und Prospekte: Kurverwaltung Telefon 207.

Bad Soden-Taunus (140-220 m ü. M.): 260 Jahre Heilbad für Katarrhe, Asthma, Herzleiden (Kreislaufstörungen), Frauenleiden.

Bad Wildungen: (330 m) Säuerlinge für Trink-, Bade- und Inhalationskuren. Hellanzetgen: Niere, Blase, Herz, Kreislauf, Stoffwechsel.

Bad Wörlishofen (630 m): Geburtsstätte der Kneippkur - Vegetative Funktionsstörungen und deren organische Folgezustände - Herz- und Gefäßerkrankungen - funktionelle Nervenkrankheiten - Endocrine und Stoffwechselstörungen - Rheumatisch-neuralgische Zustände - Erkrankungen der Verdauungsorgane, der Atemwege, des Urogenitalbereiches und Frauenkrankheiten - Abhärtung, Vorbeugung, Schlafstörungen, Rekonvaleszenz.

Privatnervenklinik

Gauting b. München
mit Sanatoriumcharakter

Leitender Arzt Dr. Ph. Schmidt

Heilschlaf
Anaxie und
Elektrabehandlung
Bäderabteilung
Röntgen
Telefon München 861226

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



(7891) Uhlingen,
südlich Hochschwarzwald
650m. 55 Kinder, 0-13 J.
Unterricht. Ständige ärztliche
Betreuung im Hause.
Haltschwimmbad.

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

Gegen Enuresis nocturna

hat sich HICOTON als Spezifikum seit
Jahrzehnten bestens bewährt! In allen
Apotheken erhältlich. Prospekt und
Muster kostenlos durch den Allein-
Hersteller: „MEDIKA“ Pharm.
Präparate, B München 42



TREIS
Mosel-Sekt

... bekommen vorzüglich!
Man sollte stets ein paar
Flaschen davon im Keller
haben.
Mosel-Sektkellerei Treis
Merl (Mosel)

FERIEN wie zu Hause - in hotelplaneigenen Häusern

BECKENRIED
Hotel „Nidwaldnerhof“
bestes Hotel am Platz, direkt
am Vierwaldstätter See, sehr
ruhig.
Bahn DM 214.-
*) Autoplan ab DM 165.-

INTERLAKEN
Hotel „Regina - Jungfrau-
blick“, sehr ruhig, in einem
Park gelegen, mit herrlichem
Ausblick.
Bahn DM 228.-
*) Autoplan ab DM 182.-

WENGEN
Hotel „Regina“, in phan-
tastischer Lage, sehr ruhig.
Bahn ob DM 228.-
*) Autoplan ab DM 188.-
*) Autoplan ist die Marke
für Hotelplan-Autotouristik.

HOTEL PLAN *Hotelplan*
M.B., Lenbachpl. 6
Victoriapassage
Telefon 55 54 35

Hotelplan bei LODEN-FREY
Telefon 22 18 41

ZOLGHADAR



Teppiche
aus
Persien

MÜNCHEN · MAXIMILIANSTR. 33

Privatabteilung des Hospitals zum Hl. Geist

Klinik Prof. Dr. Heupke
Bad Homburg v. d. Höhe
Innere Krankheiten
sorgfältige Diät
Telefon 33 77

Kleinklaviere

Einzigartige Auswahl
Bis zu 40 Monatsraten

Pianohaus Lang

München · Kaufingerstraße 28/
Augsburg · Bahnhofstraße 15/
Regensburg · Kassiansplatz 3

Sanatorium St. Blasien

südlicher Schwarzwald · 800 m über dem Meer

Deutschlands höchstgelegene Privatheilanstalt

für alle Erkrankungen der Atmungsorgane

Alle neuzeitlichen Behandlungsmethoden

Chefarzt: Obermedizinalrat Dr. Fritz BRECKE

Durch
SKLEROSOL
jugendfrisch
bis ins hohe Alter

Arteriosklerose
Praesklerose
Hypertonie
Klimax
Ohrensausen
Schwindelgefühl



FEBENA · KÖLN

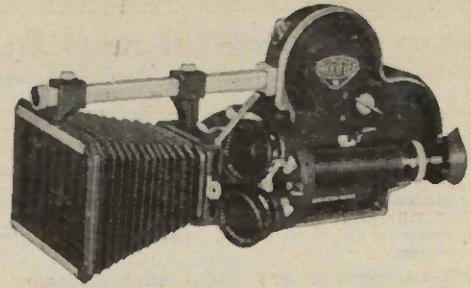
HEINZ ROSSKOPF

DOKUMENTAR- U. KULTURFILM-PRODUKTION

NÜRNBERG · HASLERSTRASSE 24 · TELEFON 44 97 82

Herstellung von Dokumentationsfilmen für Kongresse,
Archive, und Beweissicherung

Erfahrungen im OP, FS-Studio und Atelier



Stellenangebote

An der Inneren Abteilung des Krankenhauses St. Josef, Schweinfurt, sind zum Herbst

eine Assistenzarztstelle und eine Medizinalassistentenstelle

zu besetzen. Für die Ass.-Arztstelle wird ein jüngerer Kollege gesucht, der eine längere internistische Ausbildung anstrebt. Entsprechende Ausbildungsmöglichkeiten, einschl. Röntgen-diagnostik und Endoskopie sind gegeben. Vergütung nach Tarif, geregelte Dienstzeit.

Bewerbungen mit Lebenslauf, Lichtbild und Unterlagen an den Chefarzt der Inneren Abteilung, Dr. med. K. Göpfert.

Das Versorgungskrankenhaus Bayreuth (520 Betten) sucht für sofort oder später

zwei Assistenzärzte

für die Innere Abteilung (238 Betten). Bezahlung nach Vergütungs-Gruppe II bzw. III BAT, Facharztausbildung ist möglich; tarifliche Vergütung für Bereitschaftsdienst, Zusatzversorgung, Nebeneinnahmen durch Gutachten.

Unterbringung und Verpflegung zu günstigen Bedingungen im Hause möglich. Verheirateten ist das Haus bei der Wohnungsbeschaffung behilflich.

Bewerbungen werden mit den üblichen Unterlagen erbeten an den Chefarzt des Versorgungskrankenhauses Bayreuth

Für die Städt. Krankenanstalten Nürnberg (Ortsklasse S) werden gesucht

Assistenzärzte

für Chirurg. Klinik mit Fachabteilung für Thoraxchirurgie (einschließlich Herzchirurgie), Bauch- u. Unfallchirurgie,

3. Med. Klinik — Vorstand: Prof. Dr. Schubert,
— Vorstand: Obermedizinaldirektor
Prof. Dr. Rix,

Pathol. Institut — Direktor der Städt. Krankenanstalten.

Anstellung im Angestelltenverhältnis mit Bezahlung nach Tarif. Stellenbewertung: Vergütungsgruppe III/II bzw. Gruppe III BAT. Dienstantritt nach Vereinbarung.

Bewerbungen mit Lebenslauf, Lichtbild sowie Abschriften der Ausbildungs- und Stelienzeugnisse alsbald erbeten an

Stadt Nürnberg — Personalamt

Im Städt. chirurg. Krankenhaus Freising (70 Betten, Unfallkrankenhaus, Ambulanz mit DA-Verfahren) ist ab sofort zu besetzen die Stelle eines

1. Assistenzarztes (Oberarzt)

Vergütung nach BAT II mit Vorrückungsmöglichkeit nach BAT I; Nebeneinnahmen für Bereitschaftsdienst, Gutachten usw.; Facharzt für Chirurgie erwünscht, jedoch nicht unbedingt erforderlich; sowie

eines Assistenzarztes

Vergütung nach BAT III; Nebeneinnahmen für Bereitschaftsdienst, Gutachten usw.; sowie

eines Medizinalassistenten

Vergütung nach Tarif.

Überstunden werden gesondert vergütet.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden an die Stadt Freising erbeten.

Beim Kreis Krankenhaus Landshut-Achdorf (276 Betten) sind

zwei Assistenzarzt-Planstellen

auf der inneren Abteilung (114 Betten) zu besetzen. Gute Ausbildungsmöglichkeit. Volle Anerkennung für die Facharztausbildung. Vergütung nach BAT III, Ortsklasse A, Bereitschaftsdienstvergütung.

Bewerbungen erbeten an

Landkreisverwaltung — Landratsamt Landshut, Altstadt

Das Kreis Krankenhaus Illertissen (Berufsgen. Unfall-Krankenhaus) sucht zum baldmöglichsten Eintritt für die chirurgische Abteilung (64 Betten) und die innere Abteilung (56 Betten)

je einen Assistenzarzt bzw. -ärztin

Vergütung nach BAT III, bei entsprechender Vorbildung und Eignung nach BAT II; Nebeneinnahmen für Bereitschaftsdienst werden zugesichert. Unterkunft und Verpflegung für Unverheiratete im Haus.

Daneben werden Medizinalassistenten eingestellt, die bei längerer Verpflichtung in Assistenzarztstellen aufrücken können. Für Facharztausbildung (chir. Abt. 1 Jahr, innere Abt. 2 Jahre) und geburtshilfliche Praktikenzzeit zugelassen.

Die Kreisstadt Illertissen (Ortsklasse A) liegt verkehrsgünstig in landschaftlich schöner Umgebung im schwäbischen Vor-alpenland.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen an den Chefarzt des Kreiskrankenhauses in Illertissen.

Das Krankenhaus Deggendorf (an der Donau, Niederbayern) sucht für die med. Abteilung (115 Betten einschließlich Säuglings-, Klein-Kinderabteilung und Infektions-Station) sofort oder später

einen Assistenzarzt (-ärztin)

Vergütung BAT II bei einigen Jahren ärztlicher Tätigkeit, sonst BAT III. Ferner Nebeneinnahmen für Bereitschaftsdienst und Gutachten. Die ersten drei Jahre werden für die Facharztanerkennung angerechnet. Die Stadt wird um die Wohnungsbeschaffung sehr bemüht sein; Unverheiratete können im Krankenhaus in dem demnächst fertiggestellten neuen Anbau untergebracht werden.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden an den leitenden Arzt der med. Abteilung des Krankenhauses Deggendorf erbeten.

Jacosulfon ist die heilende Hand des Arztes

Röntgen- und elektromedizin. Apparate

KURT PFEIFFER

Ärzte- und Krankenhausbedarf

NURNBERG, Gleißbühlstraße 7

FRANKFURT a.M. - 5, Gartenstr. 114

Generalvertretung der Firmen: Röntgenwerk F. Hofmann GmbH., Erlangen

Elektrefrequenz F. Schwarzer GmbH., München, und Albert Dargatz, Homburg

Projektierung und Ausführung kompletter Ärzte- und Krankenseinrichtungen

Besuchen Sie bitte unsere Ausstellungsräume!

Auf der Inneren Abteilung des neuen Kreiskrankenhauses in Berchtesgaden ist ab 1. 10. 62 die planmäßige Stelle

**eines jungen Assistenzarztes
oder einer Assistenzärztin**

neu zu besetzen. 3/4 Jahre Anerkennung für Facharztbildung (1/2 Jahr Röntgen einbegriffen).

Das Haus verfügt über eine moderne Röntgeneinrichtung und über ein modernes Labor sowie sämtliche Einrichtungen der Hydrotherapie.

Für Ledige wird Wohnung und Verpflegung im Haus geboten. Vergütung BAT III, zusätzlich Vergütung des Bereitschaftsdienstes.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen an den Chefarzt der Inneren Abteilung erbeten

Das Städt. Krankenhaus Wellheim/Obb. sucht zum 1. 11. 1962

einen Assistenzarzt

für die Innere Abteilung.

Vergütung nach BAT III. Bereitschaftsdienstentschädigung wird gewährt. Geregelt Arbeitszeit wird zugesichert. Zwei Jahre können als Facharztbildung angerechnet werden. Bewerbungen sind zu richten an die Krankenhausverwaltung

Beim Evangelischen Krankenhaus in Regensburg (Allgemeines Krankenhaus, mit überwiegend chirurg. Krankengut, 140 Bett.) ist zum 1. 10. 1962 die Stelle einer

med.-techn. Assistentin — Röntgen und Labor —

zu besetzen. Vergütung nach BAT VIb. Evangel. Konfession ist nicht Bedingung. Das Evangel. Krankenhaus Regensburg ist nicht zur Annahme von Praktikanten ermächtigt.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (auch Lichtbild) an die Verwaltung der Evangelischen Wohltätigkeitsstiftungen in 8400 Regensburg, Emmeramsplatz 11, Abhofach 380, erbeten.

ORIENT-TEPPICHE

Direkt-Importe aus dem ganzen Orient!

Meine günstigen Preise sind durch jahrzehntelange Erfahrung fachmännische Einfuhrleistungen ersten Ranges.

Einige Preisbeispiele:

Beloutsch	130×90	175.-	Yosoghan	320×215	1350.-
Mossoul	190×110	250.-	Heriz	345×270	1375.-
China	160×95	260.-	Yoraghan	365×240	1650.-
Hamadan	210×110	275.-	Täbriz	340×255	1650.-
Schiraz	200×160	395.-	Kirman	300×200	1695.-
Bossnia	310×205	750.-	Mahol	440×325	1950.-
Täbriz	330×230	850.-	Bibibaff	400×300	2850.-
Heriz	300×200	1000.-	Saraugh-M.	435×320	2900.-
Smyrna	365×250	1150.-	Täbriz	415×325	3250.-
Täbriz	320×220	1150.-	Yesd	455×305	3850.-
Bachtari	300×210	1250.-	Maimeh	420×335	4600.-

und über 1000 andere bis zu den ollerfeinsten Spitzen-erzeugnissen.

SPEZIALITÄT: Orient-Teppiche in Übergrößen.

MAX STEINHAUSEN

München 2, Briener Straße 10, Telefon 22 61 61-29 70 23

Im Kreis Krankenhaus Rottenburg an der Laaber (130 Betten) ist sofort die Stelle eines

Assistenzarztes

für die Interne Abteilung neu zu besetzen.

Vergütung erfolgt nach Gruppe 11 BAT. Bereitschaftszulage wird gewährt. Abgeschlossene Wohnung (Wohnküche, 2 Zimmer, Bad und Nebenräume) ist vorhanden.

Bewerbungen mit Lebenslauf, Zeugnissen und Lichtbild sind zu richten an:

Landratsamt Rottenburg a. d. L. — Personalabteilung —
8303 Rottenburg a. d. Laaber/Ndb.

Das Städt. Krankenhaus Wellheim/Obb. sucht für baldmöglichsten Eintritt

einen Assistenzarzt

für die Chirurgische Abteilung.

Vergütung erfolgt nach BAT III mit Bereitschaftsdienstzulage. Außerdem werden größere Nebeneinnahmen zugesichert. Geregelt Arbeitszeit.

Bewerbungen sind zu richten an die Krankenhausverwaltung Wellheim

Für das Städt. Krankenhaus Schweinfurt/Main (Ortsklasse S) wird für die Chir. Abteilung

Assistenzarzt

gesucht. Facharztbildung möglich. Vergütung nach Vergütungsgruppe III bzw. II AVO (Nebeneinnahmen — variable Vakanzenzulage). Für die Beschaffung einer entsprechenden Wohnung wird Sorge getragen. Bis zum Umzug wird Trennungentschädigung gewährt.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (handgeschriebener Lebenslauf, Lichtbild, Abschriften von Ausbildungs- und Tätigkeitsnachweisen) erbeten an Stadt Schweinfurt.

Stellengesuche

ÄRZTIN

mit langjähriger Erfahrung als praktische Ärztin, jetzt nach München verzogen, sucht Halbtags-, unter Umständen auch Ganztagsstellung in Klinik als Betriebsärztin oder als langfristige Praxisvertreterin in München.

Angebote, die vertraulich behandelt werden, bitten wir zu richten unt. 331/689 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH., 8 München 2, Karlsplatz 13.

31 Jahre, App. Febr. 62, 10 Monate Chirurgie (Amb. Intubationsnarkose), 4 Mon. Gynäkologie, 10 Mon. Innere, 12 Mon. Kinderkl. Suche Anfang 63 (Mitte Febr., März od. später) chir. od. interne

Assistenzarztstelle

mit Wohnung, spätestens Aug. 63. Angeb. mit Gehaltsangaben erbeten unter 331/681 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, München 2, Karlsplatz 13

Verschiedenes

Drei Praxisräume

in zentralster Lage in Passau (2. Stock) zu vermieten. Lift vorhanden. Zuschr. erbeten unter 331/679 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, München 2, Karlsplatz 13

Ihre Kleinanzeige

wird auch entgegengenommen am Schalter der

CARL GABLER
WERBEGESELLSCHAFT MBH.
München 2, Karlsplatz 13



PRIMUM NIL NOCERE

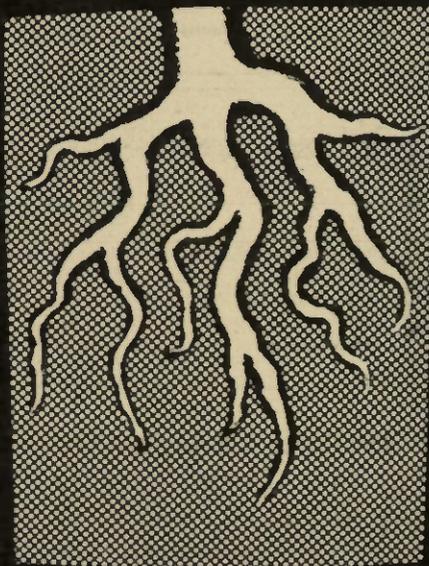
bei Bronchitis u. Pertussis

Frischpflanzenextracte
ohne Codein und Antibiotica

Zäpfchen · Tropfen · Dragees

Monapax[®]

APOTHEKER MÜLLER ARZNEIMITTELFABRIK BIELEFELD



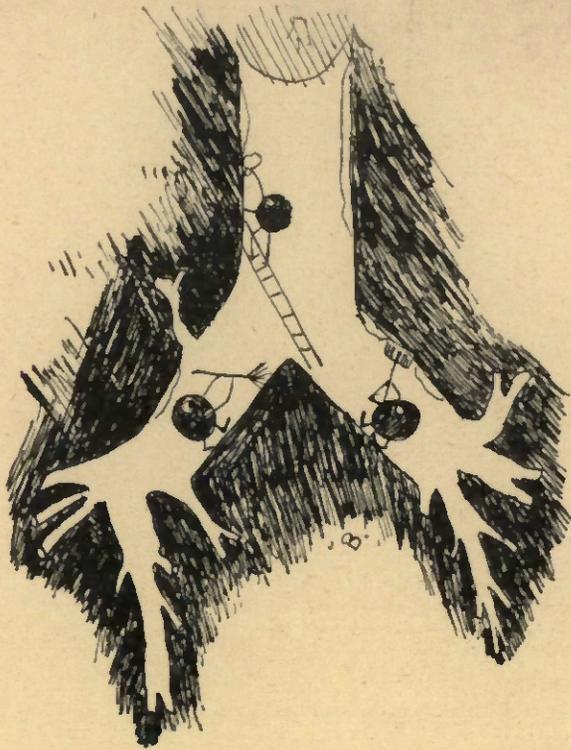
bei venösen Leiden

Tropfen · Dragees · Salbe
mit Aesculus und Sulfur

Aescosulf[®]

APOTHEKER MÜLLER ARZNEIMITTELFABRIK BIELEFELD

Baumkranz / Dr. Erich Mühsel



Großreinemachen in den Bronchien

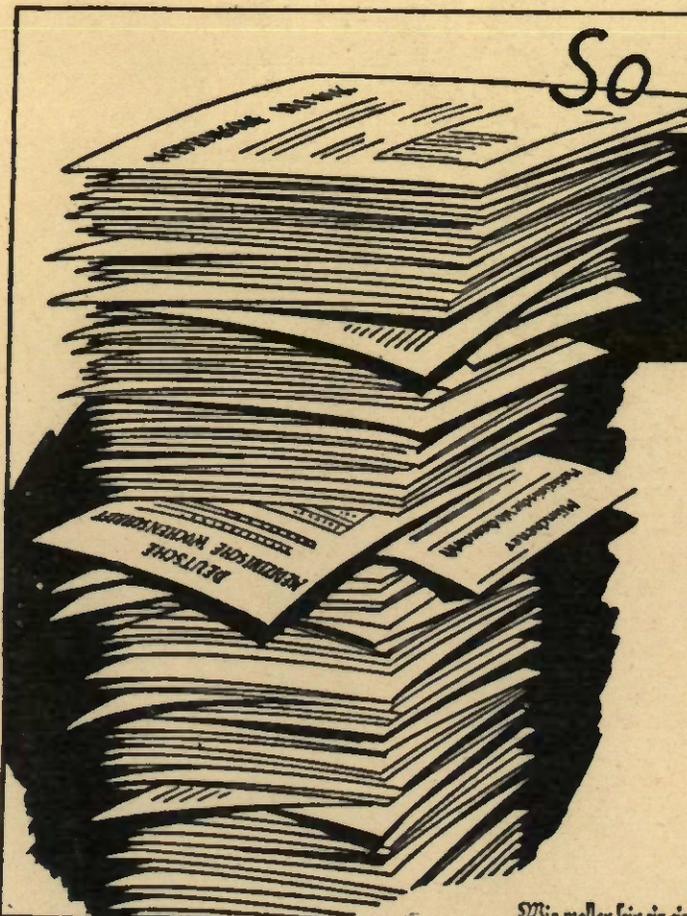
Bronchiektasen
Bronchitis
Pneumomykosen
Lungengangrän

GELOMYRTOL KAPSELN

Gelomyrtol enthält in dünnwandigen Gelatinekapseln je 0,12 g Myrtol. Dieses ist die bei 160-180° übergehende Fraktion des aus den Blättern der Myrtenpflanze gewonnenen Myrtenöles. Myrtol, ein alterprobter Naturstoff, enthält als Wirkstoffe Cineol und Pinen.

40 Kps. DM 2.70 o. U. 400 Kps. DM 20.30 o. U.

G. POHL-BOSKAMP · HOHENLOCKSTEDT / HOLSTEIN



So umfangreiche Literatur über:

Causat...

Intravenös und lokal injizierbare isotonische Lösung eines intermolekularen Komplexes von Procain und Phenylaethylborbitursäure, mit Zusätzen von Atropin und Nikotinsäure.

Vegetative Dystonie · Asthma bronchiale
Allergie · Spasmen d. Verdauungstraktus
Ulcus ventriculi bzw. duodeni · Migräne
Ischias · Trigemineuralgie
Durchblutungsstörungen
Ozaena · Arthropathie.

Packung mit
5 Amp. zu je 5 ccm
DM 5,75
Flasche mit 10 ccm
DM 2,10
Preise lt. Arzneitaxe

DR. RUDOLF REISS
CHEMISCHE WERKE
BERLIN WEST
HAMBURG-MÜNCHEN



Wie wollen sein ein einzig Volk von Brüdern...

