



# BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN  
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nnummer 6

München, Juni 1963

18. Jahrgang

ohne Salzsäure -

... trotzdem starke  
Säurewirkung

mit hoher kathept.  
u. pept. Aktivität!

  
**Helo-acid**  
Dragées

Bei An- u. Subacidität jeder Genese,  
nach Magenresektion, bact. Gastro-  
enteritiden, verbunden mit Leber- u.  
Gallenwegserkrankungen.

**Helo-acid comp.**

... bei gleichzeitiger Erkrankung des Bauch-  
speichelsystems und Zuständen von Dys-  
fermentie.

HELOPHARM KG · BERLIN



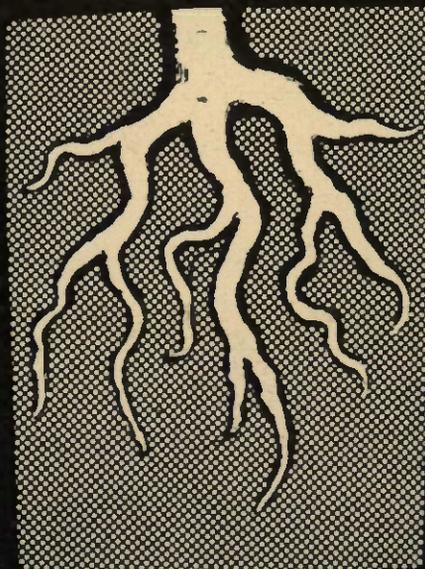
*Der coffeinhaltige Idee-Kaffee*

# **stützt Herz und Kreislauf**

*dank seinem vollen natürlichen Caffeingehalt.  
Idee-Kaffee schont auch Magen, Leber, Galle,  
weil er vor dem Rosten (ohne Anwendung von  
Chemikalien) von Reizstoffen befreit wird.*

**Klinische Untersuchungen** haben ergeben, daß Idee-Kaffee für viele Patienten eine wichtige Diäterleichterung ist (vergl. »Grüne Liste« 1960 S.57). Deshalb ist der Idee-Kaffee **der ideale Kaffee unserer Zeit – von höchster Reinheit und Bekömmlichkeit!**

Auf Wunsch Literatur und Auskünfte von J. J. Darbaven Hamburg 1 Abteilung Ärztedienst



## **bei venösen Leiden**

Tropfen · Dragees · Salbe  
mit Aesculus und Sulfur

Tropfen u. Dragees O.P. 1.90 DM<sup>®</sup>

# ***Aescosulf***

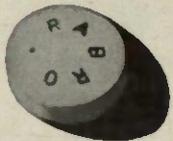
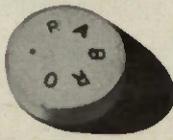
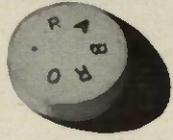
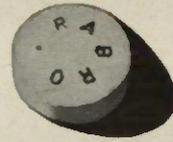
**APOTHEKER MÜLLER ARZNEIMITTELFABRIK BIELEFELD**

# RABRO<sup>®</sup> - Magentabletten

In fast allen Fällen auch zur ambulanten Behandlung. - Auffallend schnelle subjektive Schmerzbefreiung schon nach kurzer Zeit auch ohne Belladonna.

Indikationen: Ulcus ventriculi et duodeni; Gastritis et duodenitis; Zustand nach Magenresektion mit und ohne peptischem Geschwür. Nervöse Magenbeschwerden, Spasmen, Gastralgien, Schwangerschaftsgastritis, bei Hyper-, Sub- und Anacidität.

- Keine besondere Diät erforderlich
- Hoher Heilungsprozentsatz
- Auffallend schnelle Spasmenlösung, schnelle Schmerzbefreiung (auch ohne Belladonna-Zusatz)
- Voll-wirksam auch bei Hyper-, Sub- und Anacidität.



Dasierung: Täglich 3 x 1 bis zu 2 Tabletten nach dem Essen.

Rabra-Magentabletten seit über 10 Jahren bewährt. Keine unerwünschten Nebenerscheinungen, die umfangreiche Literatur beweist es.



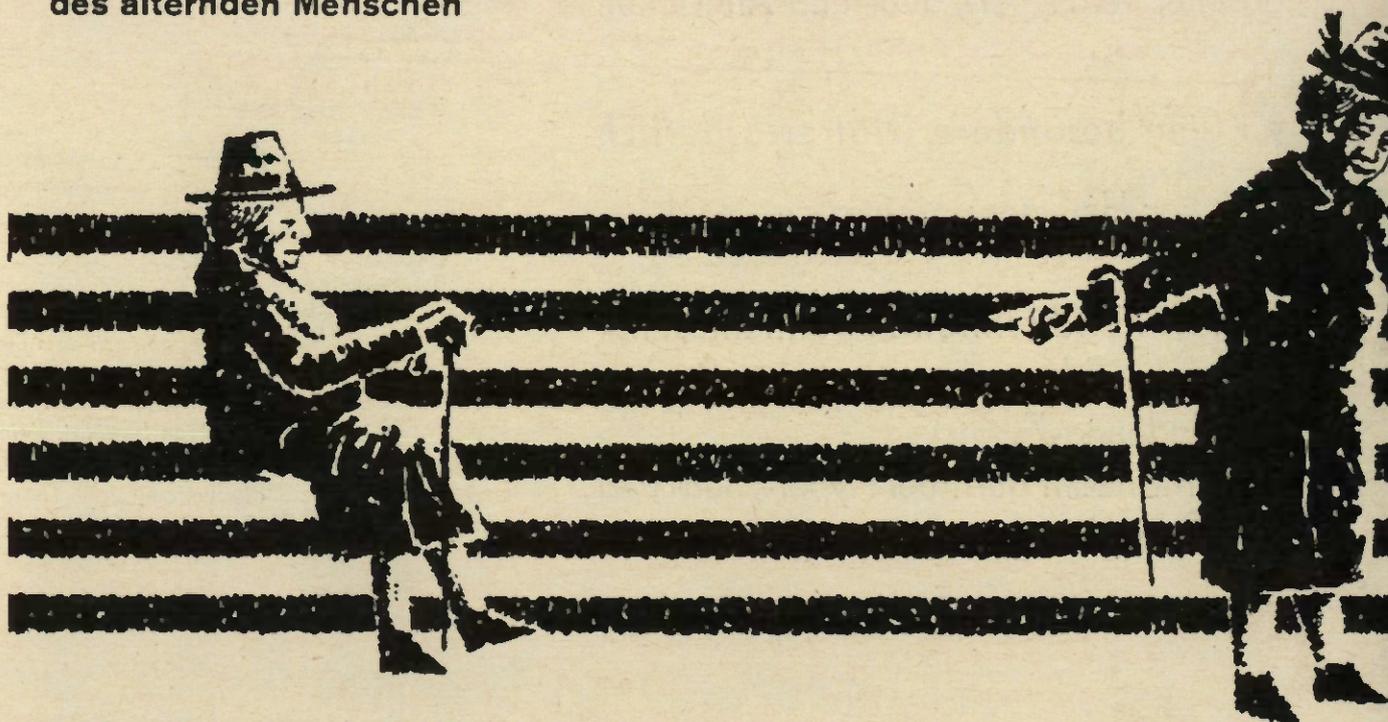
# SCILLORAL®



# SO

Herzwirksame Glykoside aus  
Bulbus Scillae

zur schonenden Herztherapie  
des alternden Menschen

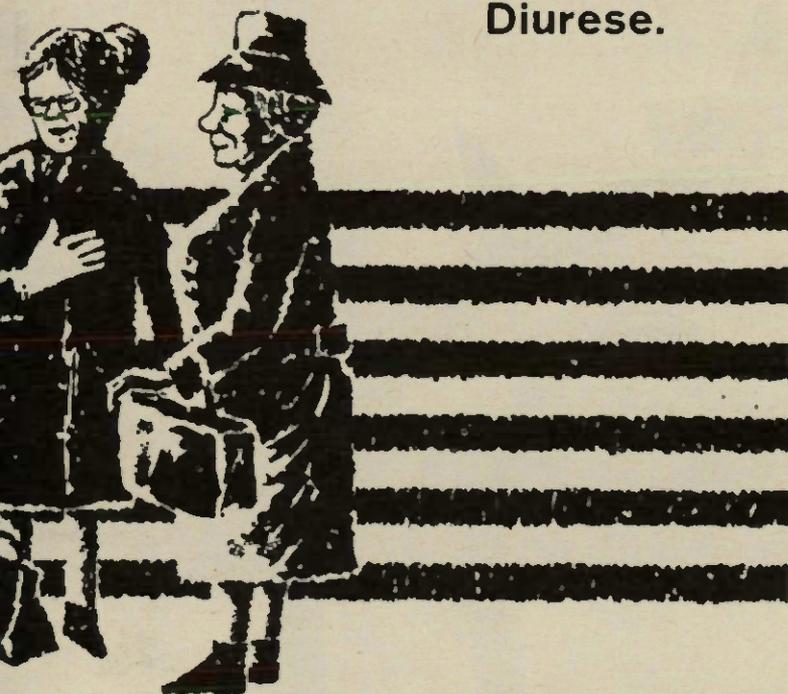


ASTA-WERKE AG  
Chemische Fabrik  
Brackwede (Westf.)

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

<b>Der 16. BAYERISCHE ÄRZTETAG</b> vom 17.—19. Mai 1963 in Ansbach . . . . .	381
<b>Aus der festlichen Eröffnung</b>	
Wendelstein: Grußworte des gastgebenden Kreis- verbandes . . . . .	381
Junker: Staat und Selbstverwaltung . . . . .	382
Sewering: Der Arzt — Anwalt des Kranken . . . . .	384
<b>Aus der Arbeitstagung</b>	
Sewering, Sondermann: Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer . . . . .	387
Soennig: Krankenhausfragen . . . . .	401
Aurnhammer: Der Haushalt der Kammer . . . . .	402
Sewering: Aufnahme der Bezeichnung „Prakti- scher Arzt“ in die Berufsordnung für die Ärzte Bayerns . . . . .	404
Reichstein: Ärztliches Hilfspersonal im Röntgen- und Laborbetrieb . . . . .	408
Die Entschleßungen des Ärztetages . . . . .	410
betr. Versorgung der wissenschaftlichen Assistenten in Bayern; Jugendarbeitsschutzgesetz; Mangel an Krankenpflegepersonal; Weiterbildung für unge- prüfte Röntgen- und Laborhelferinnen	
<b>Referate beim Bayerischen Ärztetag</b>	
Lorenz: Strahlengefahren und Strahlenschutz aus der Sicht des Arztes . . . . .	410
Wachsmann: Strahlengefahren und Strahlenschutz aus der Sicht des Physikers . . . . .	417
Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin . . . . .	420
Beschluß der Vertrauensmänner in der Kassenärzt- lichen Vereinigung, Bezirksstelle Oberbayern . . . . .	427
Berufsverband der praktischen Ärzte Deutschlands e. V. . . . .	427
Ordentliche Hauptversammlung des Marburger Bun- des, Landesverband Bayern . . . . .	427
Bundesverband Deutscher Thorakologen . . . . .	428
Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin e. V. . . . .	428
<b>FAKULTÄT UND PERSONALIA</b> . . . . .	428
Nachrichten aus den medizinischen Fakultäten der Universitäten Würzburg und München — Professor Dr. H. Baur 65 Jahre alt — Dr. Götz verläßt die Standespolitik	
<b>IN MEMORIAM</b> . . . . .	430/433
Josef Stein — Paul Weigel	
<b>AUS DER GESCHICHTE DER MEDIZIN</b> . . . . .	433
Schneider: Franken, die Heimat der Röntgen- ologie	
<b>FEUILLETON</b> . . . . .	439
Chiengmai — Insel der Hoffnung	
<b>Aus dem Europarat</b> . . . . .	440
Medizinische Forschungsstipendien — Sachverständi- ge für öffentliches Gesundheitswesen — Tagung eines europäischen Sachverständigenausschusses für Fragen der Blutübertragung in Berlin	
<b>AMTLICHES</b> . . . . .	441
Einführungslehrgang für die Kassenpraxis — Melde- pflicht der Krankenanstalten — Vollzug des Gesetzes über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung — Eichpflicht von Personenwaagen im Ge- sundheitsdienst — Zuschüsse zur Ausbildung von Krankenhauspflegepersonal — Entgelte der Prakti- kantinnen — Entzug der Approbation und andere Bestallungsangelegenheiten	
<b>GESETZES- UND RECHTSFRAGEN</b> . . . . .	445
Poellinger: Unzulässige Werbung in Zeitungs- anzeigen	
<b>STEUERFRAGEN</b> . . . . .	447
Baehring: Sparen und Anlegen	
<b>MITTEILUNGEN</b> . . . . .	449
<b>BUCHBESPRECHUNGEN</b> . . . . .	461
<b>KONGRESSE UND FORTBILDUNG</b> . . . . .	462
Kongreßkalender . . . . .	468

Schutz und Heilung für die Magenschleimhaut

# Gelusil<sup>®</sup>-Lac

GÖDECKE

bei Ulkus, Gastritis und Säurebeschwerden

angenehmer Geschmack · außergewöhnliche Wirksamkeit  
durch die Spezial-Milchkomponente

Gelusil-Lac: Spezial-Milchzubereitung mit 15,6% Gelusil\*.

Dose mit 150 g, Packungen mit 5 und 10 Beuteln.

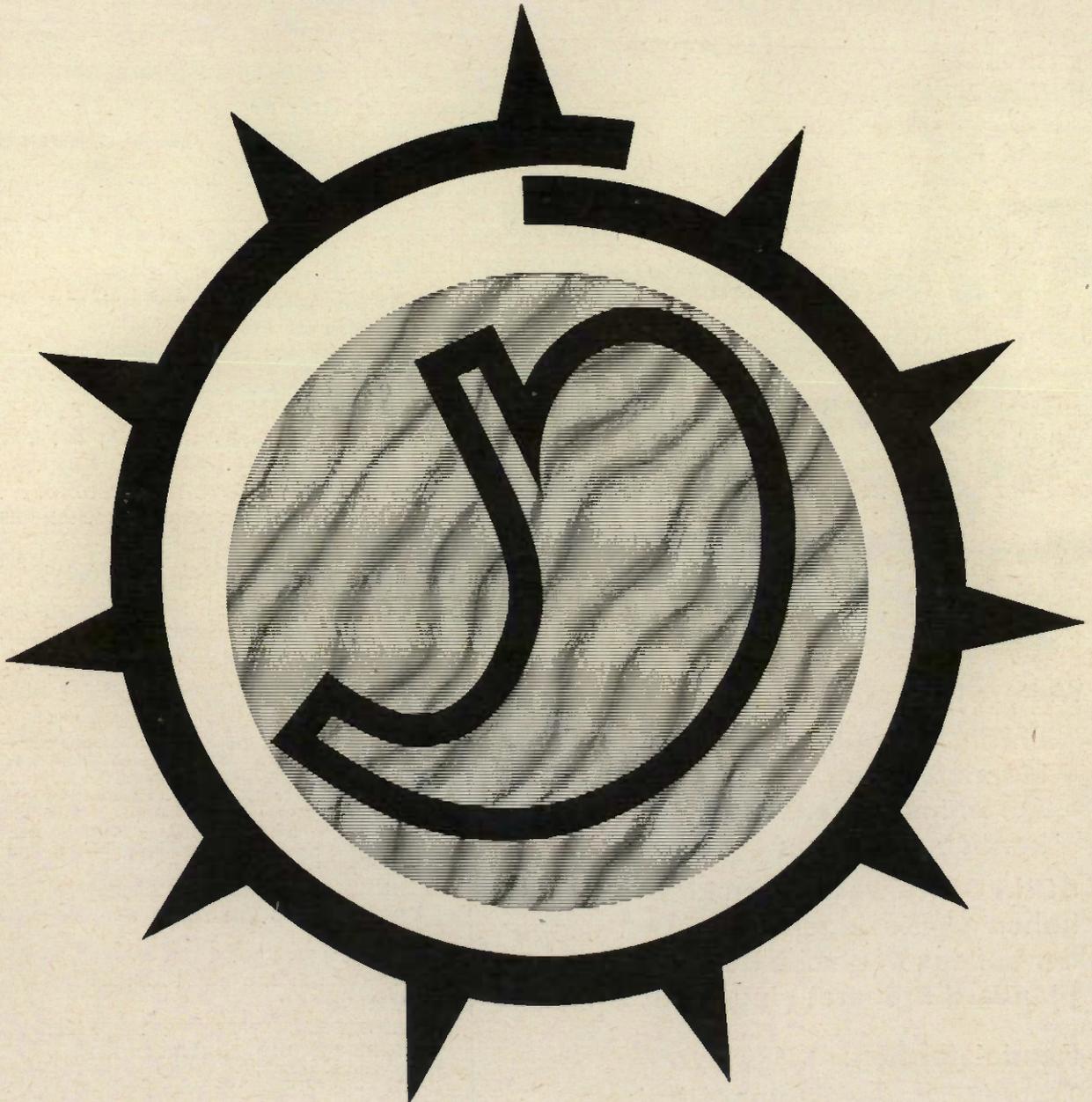
Gelusil\*: Tabletten zu 550 mg, Packungen mit 18, 40 und 100 Stück.

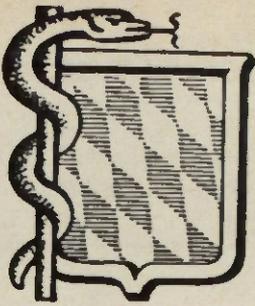
\*Magnesiumaluminium-Silikathydrat DBP

**neu** Gelusil-Lac Tabletten

Spezial-Milchzubereitung mit 500 mg Gelusil\* pro Tablette

Packung mit 40 Tabletten





# BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN  
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 6

München, Juni 1963

18. Jahrgang

## Der 16. Bayerische Ärztetag in Ansbach vom 17. — 19. Mai 1963

Mit einem Festakt im überfüllten Prunksaal des Ansbacher Markgrafenschlosses wurde am 17. Mai 1963 der 16. Bayerische Ärztetag eröffnet.

Nach einer musikalischen Einleitung aus dem Doppelkonzert in d-Moll von J. S. Bach begrüßte der Vorsitzende des gastgebenden Ärztlichen Kreisverbandes Ansbach und Umgebung, Herr Dr. Dr. Wendelstein, die Festversammlung:

**Hochansehnliche Festversammlung!**

Es ist mir eine hohe Ehre und große Freude zugleich, Sie als örtlicher Standesvertreter für die Ansbacher Ärzte in Ansbach herzlichst begrüßen und willkommen heißen zu dürfen.

Ich bin ein wenig stolz darauf, Ansbach zum zweiten Male als Tagungsort eines bayerischen Ärztetages erleben zu dürfen und nicht minder stolz, daß in diesem historischen Prunksaal unseres Markgrafenschlosses

1956 erstmals ein bayerischer Ärztetag festlich umrahmt und in feierlicher Weise eröffnet wurde, wodurch die Verbundenheit unseres Arztstandes mit der Bevölkerung und staatlichen Verwaltung sichtbaren und lebhaften Ausdruck erhalten hat. Zu einem soich feierlichen Auftakt sehe ich einen zweifachen Sinn: Dieser Abend soll der Öffentlichkeit die Bedeutung der Aufgaben unseres Arztstandes für die Bevölkerung näherbringen, der Stimme der Ärzte ein besseres Gehör verschaffen und damit ein gutes Echo unserer Zeitprobleme auslösen.

Zum anderen soll der Festakt dazu beitragen, unsere Ärzte als einen echten, innerlich miteinander verbundenen Stand anzusehen, der in erster Linie dazu berufen ist, die Belange des Gesundheitswesens wahrzunehmen und für Fragen der Volksgesundheit kompetent zu sein.

Diese feierliche Ouvertüre von heute soll ferner



Aus der festlichen Eröffnung im Prunksaal des Markgrafenschlosses

Geist und Klima der Arbeitstagung von morgen günstig beeinflussen und dafür eine würdige Atmosphäre schaffen.

Danach erfolgte die Eröffnung des Ärztetages durch den Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Herrn Dr. H. Sewering.

Die sehr große Zahl der Ehrengäste war ein Beweis für das Ansehen und die Bedeutung des Bayer. Ärztetages. Erschienen waren u. a. als Vertreter der Bayer. Staatsregierung der Staatsminister des Innern, Herr Dipl.-Ing. Heinrich Junker, das Mitglied des Deutschen Bundestages Herr Studienrat Porzner, als Mitglieder des Bayer. Landtags die Herren Abgeordneten Fink und Mack sowie unsere Kollegen Dr. Brentano-Hommeyer, Dr. Dehler und Dr. Soennig, das Mitglied des Bayer. Senats Herr Senator Dr. Kießwetter zugleich auch in seiner Eigenschaft als Präsident des Bezirktages von Mittelfranken, Staatssekretär Schütz vom Bayer. Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge, der Herr Regierungspräsident, das Stadtoberhaupt der Stadt Ansbach Herr Oberbürgermeister Dr. Schönecker und die Mitglieder des Stadtrates; vom Bayer. Staatsministerium des Innern Herr Ministerialrat Knies und Herr Kollege Regierungsmedizinalkommissar Dr. Helm; die Dekane der Medizinischen Fakultäten der drei bayerischen Landesuniversitäten, Ihre Spektabilitäten, die Herren Professor Dr. Herrmann, München, Prof. Dr. Wullstein, Würzburg, und Prof. Dr. Schreck, in Vertretung des Herrn Dekans Prof. Dr. Windorfer, Erlangen; der Vorsitzende des westdeutschen medizinischen Fakultätentages, Prof. Dr. Hämel, Heidelberg, die Referenten des 16. Bayer. Ärztetages, die Herren Professoren Dr. Lorenz, Mainz, und Dr. Wachsmann, Erlangen; der Präsident der Bundesärztekammer, Herr Dr. Fromm, sowie die Mitglieder des Geschäftsführenden Vorstandes und des Gesamtvorstandes der Bundesärztekammer, darunter die Präsidenten zahlreicher Ärztekammern, unter ihnen der Präsident der erst kürzlich wieder begründeten Ärztekammer Berlin; die Vorsitzende des

Deutschen Ärztinnenbundes, Frau Dr. Albrecht, Hamburg, und der Inspekteur für das Gesundheits- und Sanitätswesen der Bundeswehr, Herr Kollege Generalstabsarzt Dr. Albrecht, sowie die Geschäftsführung und die Rechtsabteilung der Bundesärztekammer.

Ferner Herr Dr. Hufnagel, der Vorsitzende des Bundes Deutscher Medizinalbeamter, und Herr Kollege Böhm, der Vorsitzende des Bayer. Medizinalbeamtenvereins. Als Vertreter der Bayer. Versicherungskammer Herr Präsident Dr. Herrgen und der Leiter der Bayer. Ärzteversorgung, Herr Regierungsdirektor Dr. Hoenig, der Vizepräsident der Bayer. Landesärztekammer, Herr Zahnarzt Emmert, als Vertreter der Bayer. Landestierärztekammer Herr Vizepräsident Dr. Blendinger, der Präsident der Bayer. Landesapothekerkammer, Herr Apotheker Riemerschmid und der Geschäftsführer Herr Prof. Dr. Schlemmer; Vertreter der Behörden des Bundes und des Freistaates Bayern sowie der Stadt Ansbach, die Vertreter der Schulen und der gesetzlichen und privaten Versicherungsträger, Vertreter des kulturellen, sozialen und wirtschaftlichen Lebens der Stadt und des Landkreises Ansbach, die Damen und Herren des Rundfunks und der Presse.

Nach einem freundlichen Willkommensgruß des Oberbürgermeisters von Ansbach, Herrn Dr. Schönecker, dankte der Präsident der Bundesärztekammer, Herr Dr. Fromm, Hamburg, für die Einladung und für die wertvolle Mitarbeit bayerischer Kollegen, insbesondere des Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, bei den Aufgaben der Bundesärztekammer.

Für die medizinischen Fakultäten der bayerischen Universitäten übermittelte Se. Spektabilität Prof. Dr. Herrmann, der Dekan der medizinischen Fakultät der Universität München, Grußworte an den Ärztetag. Sodann ergriff der Bayerische Staatsminister des Innern, Herr Dipl.-Ing. Heinrich Junker, das Wort zu seinen vielbeachteten Ausführungen:

## Staat und Selbstverwaltung

Von Dipl.-Ing. Heinrich Junker, Bayer. Staatsminister des Innern

Meine sehr verehrten Damen und Herren!

Noch immer haben mit Geschichte erfüllte Städte auch in unserer modernen Zeit eine besondere Anziehungskraft. Die große Zahl der Ärzte, die sich zu der feierlichen Eröffnung des 16. Bayerischen Ärztetages heute in diesem historischen Raum zusammengefunden haben und die an ihren Anliegen teilnehmenden Gäste beweisen das. So darf ich Sie im Namen der Bayerischen Staatsregierung hier herzlich begrüßen und kann Ihnen versichern, daß die Staatsregierung Ihren Beratungen ein besonderes Interesse entgegenbringt und ihnen einen guten Erfolg wünscht.

Als Sie zum letztenmal hier in Ansbach versammelt waren — es sind jetzt sieben Jahre her und ich darf diese Zahl als ein gutes Omen für einen glücklichen Verlauf nennen — war Ihre Arbeit überschattet von dem Ringen um eine neue Form und Gestalt Ihres

Standeslebens. Das Bayerische Parlament beriet über das Kammergesetz und wenn auch der in engstem Einvernehmen mit der Staatsvertretung verfaßte Gesetzentwurf sich die Erfahrung einer langen Tradition ärztlichen Zusammenlebens zunutze machte, so wurden damit doch zwangsläufig wieder die einer solchen Ordnung innewohnenden Probleme, ich nenne nur die Pflichtmitgliedschaft, die Berufserrichtbarkeit und schließlich das Verhältnis zum Staat neu aufgeworfen und mußten wieder überdacht, überprüft und gewogen werden.

Wenn das Kammergesetz — 1957 erlassen — heute auf ein sechsjähriges Bestehen zurückblicken kann, so ist das auch in unserer schnelllebigen Zeit noch kein Grund für ein festliches Jubiläum. Ja, ich möchte noch nicht einmal den durch die äußere Entwicklung vielleicht gerechtfertigten Schluß ziehen, daß es sich bewährt hätte. Dazu ist die Zeit zu kurz. Eines können

wir aber alle wohl unbestritten feststellen, daß wir Z in der Zwischenzeit eine reiche Summe von Erfahrungen sammeln konnten, die uns auf der einen Seite Anlaß zur Befriedigung über den eingeschlagenen Weg geben, uns aber auch andererseits zu kritischen Gedanken und Überlegungen zwingen. Gestatten Sie dem Innenminister, dem der Gesetzgeber letztlich die „Aufsicht“ — wenn ich das zu Widerspruch reizende Wort gleich aussprechen darf — über die ärztlichen Berufsvertretungen übertragen hat, gerade zu der Frage des Verhältnisses des Staates zu den ärztlichen Berufsvertretungen einiges zu sagen.

Die ärztlichen Standesorganisationen können auf eine lange geschichtliche Entwicklung zurückblicken. Längst, ebe der Staat ihnen Aufgaben und Rechte übertrug, haben sie zu Formen des Zusammenlebens, zur Wahrung der allen Ärzten gemeinsamen Anliegen und zur Formung der dem ärztlichen Beruf innewohnenden Pflichten gefunden. Hinter ihrem Wirken stand nicht die drohende Macht des Staates, sondern die Kraft der Überzeugung. Ihr Wirken prägte entscheidend den hohen Stand des ärztlichen Berufs, wie wir ihn heute bald schon als selbstverständlich voraussetzen, nicht achtend der Tatsache, daß auch der Arzt Mensch ist mit all dem Guten, aber auch mit allen seinen Fehlern und Schwächen, die dem Menschen nun einmal eigen sind und der erst durch deren Überwindung das verkörpert, was man unter einem guten Arzt versteht. An dieser historischen Entwicklung konnte der Gesetzgeber ebensowenig vorübergehen wie daran, daß der Mensch der Neuzeit Teil einer Gesellschaft ist, die ihn mit der Hilfe, die sie ihm gewährt, oft auch seiner Selbstverantwortung entwöhnt und ihn ihr, dieser Gesellschaft, ausliefert. Tragende Gesichtspunkte einer Ordnung des ärztlichen Standes durch den Gesetzgeber sind daher Selbstverwaltung und Selbstverantwortung. Nur sie sichern die Lebensfähigkeit des Arztiums in der modernen Demokratie. Was bedeutet das?

Das menschliche Zusammenleben verläuft in unserer pluralistischen Massengesellschaft nicht mehr in den selbstgenügsamen Formen früherer Zeiten. Es läßt dem einzelnen nicht mehr die Entscheidungen und auch die Möglichkeit, seine Lebensverhältnisse nach eigenen Plänen und Vorstellungen zu gestalten. Das moderne Zusammenleben zwingt zu Ordnungsformen, die dem einzelnen dienen, ihn aber auch damit in seiner Freiheit beschränken. Der Bürger hat das selbst heraufbeschworen, indem er in zunehmendem Maße immer mehr von der Gesellschaft, vom Staat also, forderte und fordert und nicht bedenkt, daß jede Forderung an die Gemeinschaft neue Pflichten ihr gegenüber auslöst. Soll das nicht in eine uferlose Staatsallmacht ausarten, müssen Formen der Ordnung und des Zusammenlebens gefunden werden, die der Initiative und der Verantwortung des einzelnen einen möglichst großen Raum lassen. Dem dient die Selbstverwaltung, ein Begriff, der zwar am Beginn der modernen Staatsentwicklung stand, als es galt, aus dem Untertan einen freien Bürger zu machen, der aber nicht auf den kommunalen Bereich beschränkt ist und der heute gerade unter dem neuen Gedanken der Subsidiarität staatlichen Tätigwerdens neuen Inhalt gewonnen hat. Der Staat soll unmittelbar ordnend und gestaltend nur dort eingreifen, wo orts- oder personenbezogene

Einrichtungen dazu nicht mehr in der Lage sind. Mit der Übertragung solcher Gemeinschaftsaufgaben sind dann aber auch die Selbstverwaltungskörperschaften über ihre früheren sich selbstgestellten und sich im eigenen Bereich erschöpfenden Aufgaben hinaus in das Leben der größeren Gemeinschaft, des Staates, hineingewachsen. Sie nehmen nicht mehr nur Interessen wahr, sie erfüllen vielmehr öffentliche, d. h. gemeinschaftsbezogene Aufgaben.

Es ist natürlich, daß unter diesen Gesichtspunkten das Verhältnis der Selbstverwaltungskörperschaften zum Staat besondere Bedeutung gewinnt. Dieses Verhältnis ist wie das Verhältnis des Bürgers zum Staat leider durch die geschichtliche Entwicklung der letzten Jahrzehnte stark belastet. Das darf uns aber nicht hindern, es neu zu überdenken, seinen Wesenskern zu erkennen und danach das Zusammenleben zu gestalten. Das setzt einmal voraus, daß das Denken in einer Polarität: hier Staat, hier Selbstverwaltung, überwunden wird.

Der Staat — wir vergessen es leider zu oft — sind wir, wir alle. Sein Wohiergehen hängt vom Wohlergehen aller seiner Glieder ab. Er ist letzten Endes — wenn auch durch die Vielgestaltigkeit der modernen Lebensformen kaum mehr erkennbar — selbst eine Art Selbstverwaltungskörper, wenn auch höherer, d. h. umfassenderer Ordnung. Er kann nicht im Gegensatz stehen zu den örtlichen und persönlichen Gemeinschaften, die seine Glieder sind, wie umgekehrt auch diese ihre Aufgabe und Funktion nicht in einer Gegensätzlichkeit zum Staat haben. Das Allgemeinwohl, dem alle dienen, ist einheitlich und unteilbar.

Die Ablehnung eines Gegensatzes zwischen Staat und Selbstverwaltung prägt auch Art und Wesen der Staatsaufsicht. Sie ist untrennbarer Bestandteil einer Selbstverwaltung. Letztere ist ohne Staatsaufsicht nicht denkbar. Als Mittel der Gestaltung des Verhältnisses zwischen Staat und Selbstverwaltung ist sie aber nicht eine Ausdrucksform des Befehls, sondern ein Mittel, das harmonische Funktionieren des Teilbereiches im Gesamtorganismus sicherzustellen.

Im Mittelpunkt staatsaufsichtlicher Tätigkeit steht daher das verständnisvolle Bemühen um die Lösung der Selbstverwaltungsaufgaben und der Schutz des Eigenlebens dieser Körperschaften. Das führt zu gemeinsamem Suchen nach der besten Ordnung und die staatsaufsichtliche Anordnung als der frühere Inbegriff der Staatsaufsicht stellt nur einen Grenzfall, ein allerletztes Mittel dar. Die Staatskuratel früherer Zeit gehört der Vergangenheit an. Wir wollen sie nicht wieder beschwören. Welchen Standort nehmen nun die ärztlichen Berufsvertretungen in diesem System ein?

Für sie ergeben sich daraus einige nicht unwesentliche Erkenntnisse. Die ärztlichen Berufsvertretungen sind keine Interessenvertretungen, die nur Forderungen an die Gesellschaft stellen. Neben ihren aus der geschichtlichen Entwicklung überkommenen Aufgaben hat es ihnen der Gesetzgeber übertragen, im Interesse des Gesamtwohls um einen ethisch hochstehenden Ärztestand bemüht zu sein. Sie erfüllen damit keinen Selbstzweck, sondern eine wesentlich öffentliche, als gemeinschaftsbezogene Aufgabe. Sie haben ferner, wie Art. 2 des Kammergesetzes besagt, die beruflichen Belange der Ärzte wahrzunehmen. Der Gesetzgeber hat

Ihnen allein die wichtige Aufgabe übertragen, im öffentlichen Bereich und damit bei der Erfüllung aller öffentlichen Aufgaben die ärztlichen Gesichtspunkte zu vertreten. Sie sind so Mitbestandteil der öffentlichen Gesamtordnung, in der die verschiedensten Interessen zum Ausgleich gebracht werden müssen. Damit, daß sie so in den öffentlichen Bereich eingegliedert sind, unterscheiden sie sich wesentlich von Verbänden, die sich in der Interessenvertretung ihrer Mitglieder als alleiniger Aufgabe erschöpfen. Der Arzt ist kein Interessent, die Landesärztekammer kein Interessenverband. Das hindert sie nicht, die Belange ihrer Mitglieder wahrzunehmen, wenn sie am Gesamtwohl orientiert sind. Sie steht damit zwangsläufig in einem Spannungsverhältnis zwischen der Wahrung der Belange des einzelnen und der Allgemeinheit. Das legt ihr eine zurückhaltende, ausgleichende und, wie gesagt, das Gemeinwohl berücksichtigende Interessenvertretung auf, gibt ihr aber auch die schöne Aufgabe, diesen Ausgleich herbeizuführen. Freilich ist gerade in Arztkreisen nicht immer volles Verständnis für diese ausgleichende Aufgabe der Standesorganisation anzutreffen. Eine möglichst gute medizinische Ausbildung an den Universitäten ist nicht in erster Linie aus dem Berufsständischen heraus zu vertreten, sondern vom Standpunkt der Gemeinschaft, für die der Arzt tätig ist, also auch des Staates heraus. Gerade wegen seiner Bedeutung für die Allgemeinheit und das Wohlergehen des einzelnen Staatsbürgers ist die Frage der gesellschaftlichen Position des Arztes auch ein allgemeines Anliegen, genauso wie die Aufgabe des Arztes in der Gesellschaft. Außenseiter belasten mit Extratouren den gesamten ärztlichen Berufsstand und stellen damit auch für die Selbstverantwortung der ärztlichen Berufsorganisation eine besondere Aufgabe dar, weil ja die Verantwortung für den ärztlichen Beruf in die Hand der Ärzte gelegt ist. Das wird von seiten des Staates stets berücksichtigt, in pro- und contra-Fällen, wie ich ausdrücklich betonen möchte.

Das Recht zur Selbstverwaltung bedeutet auch eine Verpflichtung dazu. Wäre das nicht der Fall, müßte der Staat selbst und unmittelbar tätig werden. Es ist aber gerade der Sinn auch der berufsständigen Selbstverwaltung, das überflüssig zu machen. Damit wirkt

sie zugleich dezentralisierend und demokratisierend und festigt die Stellung des Arztes in der Gesellschaft. Dafür sollte jeder Arzt Verständnis aufbringen.

In dem mir verantwortlich übertragenen Bereich habe ich stets darauf geachtet, daß die der Selbstverwaltung zugeordnete Staatsaufsicht nach den Grundsätzen gehandhabt wird, die unserer demokratischen Staatsordnung entsprechen. Ich darf wohl hier feststellen, daß das Staatsministerium des Innern der Bayerischen Landesärztekammer gegenüber niemals als maßregelnde Behörde aufgetreten ist, sondern stets für sachliche Beratung bereitstand und um gerechte Lösungen, die auf einer gemeinsamen Grundauffassung beruhen, bemüht und besorgt war. Darin sieht es auch künftig seine Aufgabe. Ich weiß, daß das nicht allen gerecht wird. Weder lassen sich die Wünsche derer erfüllen, die möchten, daß der Staat immer in ihrem Falle eingreift, noch die Forderungen jener, die glauben, der Staat solle sich auf ein Nachwächterdasein zurückziehen und sich jedes Einflusses begeben. Ich glaube, daß die Bayerische Landesärztekammer und die ärztlichen Kreisverbände mit dieser Art der Staatsaufsicht gut gefahren sind und auch weiterhin gut fahren. ohne daß damit die öffentlichen Belange vernachlässigt werden. Von einer selbstverwaltungsfeindlichen „Ablehnung“ an den Staat zu sprechen, ist daher ebenso wenig berechtigt, wie von der Preisgabe der Interessen des Gemeinwohls.

Meine Damen und Herren, die Hauptthemen Ihrer bevorstehenden Beratungen sprechen Fragen an, die auch Sorgen der Bayerischen Staatsregierung sind. Ich denke an die Gefahren radioaktiver Strahlen und an den Strahlenschutz, weiter an das ärztliche Hilfspersonal im Röntgen- und Laborbetrieb. Schließlich kommt auch den Anforderungen, die die moderne Medizin vom praktischen — oder praktizierenden? — Arzt fordert, wie der Ausbildung für den ärztlichen Beruf überhaupt große, über den Rahmen des Standes hinausgehende politische Bedeutung zu. Ich bin der festen Zuversicht, daß das Ergebnis Ihrer Beratungen mit zur Lösung der uns gestellten Aufgaben beiträgt. In diesem Sinne wünsche ich dem 16. Bayerischen Ärztetag einen glücklichen und erfolgreichen Verlauf.

## Der Arzt — Anwalt des Kranken

Festrede von Dr. H. Sewering, Präsident der Bayer. Landesärztekammer

Meine Damen und Herren!

Zu den wesentlichen Aufgaben der ärztlichen Selbstverwaltung gehört die Regelung der ärztlichen Berufsausübung.

Die ärztliche Berufsordnung enthält sowohl allgemeine Grundsätze, welche bei der Ausübung des ärztlichen Berufes zu beachten sind, in einem besonderen Abschnitt aber auch die Bestimmungen über die Weiterbildung des Arztes zum Facharzt und die von diesem zu beachtenden Richtlinien. Die Deutschen Ärztetage der beiden letzten Jahre haben eingehend darüber beraten, ob sich nicht auch für den praktischen Arzt im Zuge der Entwicklung die Notwendigkeit ergibt, ihm nach seiner Ausbildung und Erteilung der Bestallung eine bestimmte Weiterbildungszeit, vorwiegend an

Krankenhäusern, aufzuerlegen, bevor er sich unter der Berufsbezeichnung „praktischer Arzt“ niederlassen darf.

Mit imponierender Mehrheit hat der Deutsche Ärztetag in Norderney im vergangenen Jahr beschlossen, eine dreijährige Weiterbildungszeit einzuführen. Dieser Beschluß ist rein rechtlich nur eine Empfehlung, weil nach dem Grundgesetz die Regelung der ärztlichen Berufsausübung zum Landesrecht gehört und von diesem der ärztlichen Selbstverwaltung — der Landesärztekammer und ihrer Vollversammlung — zugewiesen wurde. Der Bayerische Ärztetag wird deshalb über den Einbau entsprechender Bestimmungen in die Berufsordnung für die Ärzte Bayerns zu beraten haben.

Sie werden vielleicht fragen, meine sehr verehrten Gäste, ob sich denn die Mühe noch lohnt, den Weiter-

bildungsgang vom approbierten Arzt zum praktischen Arzt jetzt in der Berufsordnung der Ärzte zu verankern. Ist dieser Typ des Arztes denn überhaupt noch zeitgemäß? Ich habe Verständnis dafür, wenn Sie so fragen, denn in den hinter uns liegenden Jahren wurde zu oft und zu viel von der Spezialisierung in der Medizin gesprochen und geschrieben. Man mußte zeitweise den Eindruck gewinnen, als ob es eigentlich nur noch Spezialisten geben dürfte. Daß solche in viel größerer Zahl als früher notwendig sind, liegt auf der Hand. Der Spezialist ist der Motor der Forschung und des Fortschrittes in der Medizin, und im Ergebnis seiner Arbeit zeugt er immer wieder neue Spezialitäten und Spezialisten. Gerade diese Entwicklung ist es aber, die den praktischen Arzt nicht etwa überflüssig macht, sondern ihn mehr und mehr an Bedeutung gewinnen läßt! Es ist aber noch etwas anderes, was den praktischen Arzt wieder stärker ins Bewußtsein der Menschen treten läßt: Das Bedürfnis nach einem Hausarzt, einem Arzt also, zu dem man alles hintragen kann, was drückt, ohne vorher selbst analysieren zu müssen, ob es leibliche oder seelische Schmerzen sind und welcher Körperteil vielleicht schuld sein könnte. Der praktische Arzt soll, durch ein enges Vertrauensverhältnis mit seinem Patienten verbunden, Freund und Berater in gesunden und kranken Tagen sein. Er soll sie als ein Ganzes, als eine Einheit von Leib und Seele, erkennen und behandeln, die Quellen moderner Medizin für sie erschließen und nutzbar machen, wenn es dessen bedarf. Sein Sprechzimmer soll damit gewissermaßen zum Ankerplatz werden für die Menschen, welche ihm ihr Vertrauen schenken. Der Zuckerkranke, der Herzkranke, die Frau in den Zeiten guter Hoffnung — sie alle sind bei ihrem Hausarzt gut aufgehoben. Er wird den Facharzt immer zuziehen, wenn es erforderlich ist. Aus solcher Zusammenarbeit der Hausärzte und der Fachärzte erwächst eine optimale ärztliche Versorgung unserer Bevölkerung.

Noch in anderer Hinsicht wird der praktische Arzt an Bedeutung gewinnen: Bei Neuregelung der gesetzlichen Krankenversicherung wird neben die kurative Medizin, die Behandlung der Krankheit, die Gesundheitsvorsorge treten. Allen Versicherten und deren Familienangehörigen wird die Möglichkeit eröffnet werden, sich zunächst im Abstand von drei Jahren ärztlich untersuchen zu lassen. Der Zweck dieser Untersuchung ist in erster Linie die Früherkennung von Krankheiten. Sie wird aber ebenso Anlaß sein, dem untersuchten Menschen Ratschläge zu geben für seine private und berufliche Lebensführung und -gestaltung. Hier erwächst dem Hausarzt eine Aufgabe, die nur von ihm sinnvoll erfüllt werden kann, wenn er sich ihrer annimmt und die von ihm betreuten Menschen das Ihre zum Gelingen beitragen.

Ich habe versucht, Ihnen mit wenigen Strichen das Bild des alten und wieder so modernen Hausarztes, des praktischen Arztes, zu zeichnen. Sie werden jetzt verstehen, warum sich die ärztliche Standesvertretung solche Mühe macht um seine Weiterbildung, seine berufliche Förderung. Dem dienen auch die Beratungen dieses Bayerischen Ärztetages.

Auf den Ärztetagen der vergangenen Jahre standen die Themen der Ausbildung zum Arzt, der Weiterbildung und Fortbildung approbierter Ärzte und der ärztlichen Berufsausübung fast ständig auf der Tagesordnung. Es ging dabei stets um die Frage, welche Ver-

besserungen gefunden und durchgeführt werden können. Ich möchte, um allen Vermutungen von vorneherein zu begegnen, eindeutig darauf hinweisen, daß wir bei allen unseren Überlegungen, Beratungen und Beschlüssen nicht von der Befürchtung getrieben worden sind, in Deutschland sei etwa der Kranke ärztlich ungenügend versorgt oder in Gefahr. Wer behauptet, die deutschen Ärzte seien weniger gut, als ihre Kollegen in den anderen Ländern, der kennt entweder die Verhältnisse nicht oder er ist böswillig. Wir wollen aber, daß die ärztliche Versorgung unserer Mitmenschen immer noch besser wird und daß sie zu jeder Zeit dem neuesten Stand unserer medizinischen und sozialen Entwicklung entspricht. Daraus ergibt sich für uns die stete Verpflichtung zur Fortentwicklung, der wir uns nicht entziehen können und wollen.

Ich kann Ihnen allerdings unsere große Sorge nicht verhehlen, die darin liegt, daß die Öffentlichkeit und auch die Gesetzgebung Bedeutung und Besonderheit des Arztes und seiner Berufsausübung nicht immer voll erkennen.

Ich darf nur beispielhaft darauf hinweisen, daß es unvereinbar ist, wenn man einerseits nach immer mehr Ärzten ruft, andererseits aber offensichtlich die Auffassung vertreten wird, daß der Anteil der ärztlichen Honorare am Sozialprodukt bereits eine angeblich unvertretbare Höhe erreicht habe. Wir sind der Auffassung, daß die in Deutschland zur Verfügung stehenden Ärzte eine gute gesundheitliche Betreuung sicherstellen. Freilich gibt es einige Bereiche, wo mehr Ärzte verlangt werden. Man erweist der Sache aber einen schlechten Dienst, wenn man durch stetige Propagierung des Medizinstudiums versucht, die Zahl der Ärzte so zu steigern, daß sie dann — vielleicht — bereit sind, jede Arbeit anzunehmen, auch wenn die Bedingungen ungenügend sind. Wer mehr Ärzte fordert, muß auch bereit sein, dafür entsprechend mehr aufzuwenden. So kann man — um es nur an einem Beispiel zu zeigen — den Bedarf an ärztlicher Arbeitskraft an den Krankenanstalten nicht einfach durch uferlose Vermehrung der kurzfristig tätigen Assistenzärzte befriedigen, sondern muß bereit sein, in größerer Zahl Lebensstellungen an Krankenhäusern für Ärzte zu schaffen. Wenn man die Zahl der Ärzte vermehren, die Kosten aber durch eine Senkung ihres Lebensstandards gleichhalten oder gar vermindern will, trifft man zwar zuerst die Ärzte selbst. Die Leidtragenden werden aber alle Mitglieder der Gesellschaft sein.

Wenn wir für den Arzt eine angemessene Honorierung und einen seiner Bedeutung entsprechenden Lebensstandard fordern, so natürlich auch in Anwendung des Grundsatzes, daß eine gute Arbeit entsprechend entlohnt werden muß. Wir müssen aber immer wieder darauf hinweisen, daß ein Arzt, der den ganzen Tag nichts anderes tun soll, als anderen zu helfen, innerlich frei sein muß. Dazu gehört es auch, daß er nicht selbst von wirtschaftlichen Sorgen erdrückt wird.

Diese und andere Überlegungen werden auch von Bedeutung sein im Hinblick auf die Herstellung der Freizügigkeit der Ärzte in der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft.

Wir hoffen sehr, daß die Bundesregierung unsere Probleme mit gleicher Sorgfalt behandeln wird, wie die derzeit zweifellos schwierigen der deutschen Landwirtschaft.

In unseren Beratungen werden wir uns auch mit der Anwendung ionisierender Strahlen in der Medizin befassen. Diese Materie hat große Bedeutung. Die Röntgenstrahlen sind in Diagnostik und Therapie nicht mehr zu entbehren.

Jede Verweigerung ihrer Anwendung durch den Patienten in Krankheitsfällen, die nicht anders geklärt werden können, müßte unheilbaren Schaden stiften. Es wird von der Ärzteschaft deshalb alles getan und unterstützt, was geeignet ist, unseren Kranken jede Sorge vor irgendeinem Schaden zu nehmen. Dazu gehört auch der Widerstand gegen eine unnötige Massenanwendung der Röntgenstrahlen. Die III. Strahlenschutzverordnung, an deren Gestaltung wir Ärzte das größte Interesse haben, wird sich besonders mit der Strahlenanwendung in der ärztlichen Praxis befassen. Wir erwarten, daß uns Regierung und Gesetzgeber in dieser für unsere Patienten und für uns Ärzte selbst so überaus wichtigen Frage in gebotener Weise zur Mitberatung heranziehen.

Lassen Sie mich noch ein letztes Wort sagen:

Auf unserem Ärztetag in Passau im vergangenen Herbst sprach ich über die große Sorge, welche uns das kritiklose Einnehmen von Tabletten bereitet. Ich sagte damals, daß man Tabletten nimmt, um wach zu werden, um „fit“ zu sein, Psychopharmaka schluckt, um seine seelischen, beruflichen oder familiären Sorgen zu verdecken, und am Abend zu Schlaftabletten greift, um so schnell wie möglich aus der rauhen Wirklichkeit in den befreienden Schlaf zu flüchten. Unsere Bevölkerung war einige Zeit sehr schockiert durch die Berichte über Folgen der Anwendung eines Schlafmittels. Ich habe die Sorge, daß dieser Schock leider nur von allzu kurzer Dauer war.

Um so größere Aufmerksamkeit muß die Ärzteschaft einem Gesetz zuwenden, das hoffentlich in nächster Zeit im Bundestag behandelt werden wird, dem Gesetz über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens.

Dieses Gesetz ist eine notwendige Ergänzung des Arzneimittelgesetzes und wird endlich die völlig unzulängliche Polizeiverordnung über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens vom 29. September 1941 ablösen.

Ich bin mir der Bedeutung der Werbung im Geschäftsleben voll bewußt, auch wenn ich sie auf manchen Gebieten für bedenklich halte, so z. B. bei Tabak und Alkohol, vor allem in ihrer Wirkung auf Jugendliche. Ich weise — ein erschreckendes Symptom — darauf hin, daß allein der Zigarettenverbrauch in der

Bundesrepublik einschließlich Westberlin im Jahre 1961 78 Milliarden betrug, 1950 waren es 25 Milliarden, also in nur 10 Jahren ein Anstieg um mehr als 50 Milliarden! Trotz noch so intensiver Werbung vermag der Verbraucher im allgemeinen, etwa bei Kleidung, Möbeln oder Lebensmitteln, im großen ganzen doch zu entscheiden, ob er etwas Angebotenes zumindest benötigt, wenn er auch hinsichtlich der behaupteten Qualität schon mehr oder weniger im Dunkeln tappt.

Bei Arzneimitteln liegen die Dinge völlig anders.

Der angesprochene Verbraucher kann nicht in der Lage sein, zu beurteilen, ob er ein angepriesenes Medikament benötigt, ob es ihm nützt oder gar schadet. Mit Schaudern denke ich an manches, was auf diesem Gebiet in oft raffiniert aufgemachter Form angepriesen wird. Ein Symptom — und nur ein solches vermag der Laie wahrzunehmen — läßt für ihn noch keinerlei Rückschlüsse auf seine Ursache.

Wie soll daraus dann die Notwendigkeit zur Einnahme eines bestimmten Medikaments abgeleitet werden?

Aber auch wenn jemand seine Diagnose kennt, ist es für ihn nicht möglich, zu beurteilen, welches Medikament er benötigt. Die Laienwerbung für Medikamente kann aber zur Selbstbehandlung verleiten und damit unabsehbare Folgen haben. Dem steht auch nicht die allgemeine Feststellung entgegen, daß Kopfschmerzen meist harmlos, die Werbung für ein entsprechendes Mittel demnach ebenfalls harmlos sein müßte. Ich kenne natürlich die Rechnungen, welche aufgemacht werden für die Kosten eines Hustensaftes, welchen der Arzt verordnet, im Gegensatz zum direkten Einkauf in der Apotheke! Solche Rechnungen sind ein Spiel mit Menschenleben! Wir Ärzte können nicht genug darauf hinweisen, welche Verantwortung gerade bei diesem Gesetz, das im ersten Augenblick recht harmlos erscheinen mag, auf dem Gesetzgeber lastet. Die ärztliche Ständevertretung wird deshalb der Arzneimittelgesetzgebung weiterhin ihre besondere Aufmerksamkeit widmen und alles tun, um sinnvolle Regelungen zu erreichen, auch wenn sie den wirtschaftlichen Wünschen mancher Produzenten nicht gerecht werden. Es gehört nämlich auch zu den ärztlichen Pflichten, gesundheitliche Belange gegen kommerzielle Interessen zu verteidigen.

In Abwandlung eines Wortes von Virchow möchte ich diese Pflichten in den Satz fassen:

**Der Arzt ist der Anwalt des Kranken.**

### **Empfang des Vorstandes durch den Oberbürgermeister von Ansbach**

Im Anschluß an die Eröffnungsveranstaltung gab der Herr Oberbürgermeister von Ansbach einen Empfang für die Mitglieder des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer und der Bundesärztekammer; auch der Bayerische Staatsminister des Innern, Herr Dipl.-Ing. H. Junker, Mitglieder des Bayerischen Landtages und der Ministerien sowie der Regierungspräsident von Mittelfranken, Herr Burkhardt, waren erschienen.

### **Gesellschaftsabend in der Orangerie**

Am Abend des ersten Tages der Arbeitssitzung folgten viele Kollegen mit ihren Damen der Einladung der Ansbacher Ärzte zu einem Gesellschaftsabend in der Orangerie.

Das Markgrafenpaar hielt in historischen Kostümen feierlichen Einzug und tanzte mit seiner Suite schöne Tänze einer vergangenen Zeit. Eine Lampionpolonaise bildete einen weiteren Höhepunkt des wohlgelungenen Abends, um dessen Gestaltung sich insbesondere Herr Kollege Wendelstein mit großem, zu Dank verpflichtendem Elfer bemüht hatte.

## Aus der Arbeitstagung des 16. Bayerischen Ärztetages

Nach der Begrüßung der Delegierten und der Gäste — u. a. der Herren Ministerialrat Knies, Regierungsmedizinalkommissar Dr. Hein vom Staatsministerium des Innern, Ministerialrat Weißauer, Regierungsdirektor Dr. Dr. Hönig, den Leiter der Bayerischen Ärzteversorgung, Regierungsmedizinalkommissar Dr. Schmidt von der Regierung von Mittelfranken — durch den Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Herrn Kollegen Sewering, gedachten die Anwesenden schweigend der seit dem letzten Ärztetag verstorbenen Kollegen, darunter insbesondere der Herren Dr. Stein aus Hengersberg, der selbst viele Jahre Mitglied der Vollversammlung war und des Herrn Dr. Wack aus München, des langjährigen Schriftleiters des Bayerischen Ärzteblattes.

Sodann ergriff nach Aufruf des Punkt 1 der Tagesordnung Präsident Dr. Sewering das Wort zum

### Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer

Meine sehr geehrten Kolleginnen und Kollegen! Auf unserem Ärztetag in Passau im vergangenen Jahr habe ich einen sehr ausführlichen Tätigkeitsbericht erstattet; denn wir standen damals ja am Ende unserer vierjährigen Legislaturperiode, und es war angebracht, über die Arbeit in diesen vier Jahren einen Überblick zu geben. Heute stehen wir am Beginn einer neuen Legislaturperiode. Die Neuwahlen haben erst vor kurzem stattgefunden. Ich werde mich deshalb etwas kürzer fassen können. Ich glaube aber, daß es doch einige Dinge gibt, über die wir berichten und beraten sollten; denn wir haben ja mit unserer Arbeit nicht neu begonnen, sondern das, was wir in früheren Jahren begonnen haben, fortgesetzt und damit auch keine Aufbauzeit verloren.

#### Beratung bei der Vertragsgestaltung

An den Anfang darf ich auch heute wieder die erfreuliche Feststellung setzen, daß trotz mancher Ereignisse der letzten Zeit die Zahl der Kollegen, die zu uns kommen, um sich in Berufsangelegenheiten, in Fragen der Vertragsgestaltung an den Krankenanstalten beraten zu lassen, immer größer geworden ist, und daß ich selbst und meine Mitarbeiter damit einen erheblichen Arbeitsumfang zu leisten haben, zum Teil in der Kammer, zum Teil auch draußen im Land, wo wir immer gerufen werden, um an der Gestaltung von Krankenhausverträgen teilzunehmen. Diese Arbeit liegt uns nach wie vor besonders am Herzen, und wir werden sie auch in der Zukunft außerordentlich pflegen. Dabei kommt es uns besonders darauf an, dafür zu sorgen, daß die Arztverträge an den Krankenanstalten Formen erhalten, die der Arbeit des Arztes gerecht werden und die ihm eine ungestörte Berufsausübung ermöglichen. Das gilt sowohl für die Vertreter der hauptamtlichen Krankenhausärzte, aber nicht weniger auch für die Belegärzte, deren Verträge ja aus der Vergangenheit heraus zum Teil Bestimmungen enthalten, die keineswegs mit unserer Auffassung zu vereinbaren sind.

Auch von verschiedenen Stadtverwaltungen und Stadträten wurde ich selbst in Anspruch genommen für Fragen der Gestaltung der Krankenanstalten und

ihrer ärztlichen Besetzung. Meine Beratung und die der Kammer geschehen im Sinne unserer Wiesbadener Beschlüsse, wo wir uns ja eingehend mit Krankenhausfragen beschäftigt und unsere Auffassung zur Gestaltung des Krankenhauses niedergelegt haben.

#### Vertreterzentrale

Großen Umfang hat auch die Tätigkeit unserer Vertreterzentrale angenommen. Sie wird laufend stark in Anspruch genommen, und dank der Bemühungen einer sehr rührigen und tüchtigen Angestellten, die hier tätig ist, gelingt es uns doch in recht vielen, insbesondere dringenden Fällen, Vertreter für plötzlich nicht mehr besetzte Praxen, vor allem in Krankheitsfällen, zu gewinnen und zu vermitteln. Auch die Vermittlung von Fachärzten hat zugenommen. Wochenendvertreter werden in der letzten Zeit häufig verlangt, und es gelingt uns auch hier immer wieder, jemanden zu finden.

Was sich dabei ganz von selbst entwickelte und einen recht beachtlichen Umfang angenommen hat, ist die Vermittlung von Assistenten und vor allem auch von Medizinalassistenten. Sowohl die Krankenanstalten wenden sich an uns, aber umgekehrt wenden sich auch viele Kollegen an uns, die irgendwo eine Stelle suchen. Wir haben den Eindruck, daß sich die ansteigende Welle des ärztlichen Nachwuchses bereits bemerkbar zu machen beginnt.

Sie wissen ja, daß die Nachwuchszahlen außerordentlich alarmierend sind. Die ersten Anzeichen dafür sind, wie wir aus der Arbeit unserer Vertreterzentrale feststellen können, schon jetzt zu bemerken.

#### Fürsorge

Ein Gebiet, dem wir uns nach wie vor mit großer Aufmerksamkeit und Liebe widmen, ist die Fürsorge für unsere alten Kollegen und für die Hinterbliebenen unserer Kollegen. Gerade hier obliegt uns ja eine außerordentlich große Verpflichtung, nicht nur deshalb, weil sie im Kammergesetz niedergelegt ist, sondern weil es eine Standespflicht ist, daß wir unsere alten Kollegen und die Hinterbliebenen unserer Kolle-



Präsident Dr. H. Sewering

gen nicht im Stich lassen. Wir haben ja nun die Situation, daß in unserem Land die Kammer nicht allein für diese Fragen zuständig ist, wie das teilweise in anderen Ländern, zum mindesten in der letzten Zeit noch, gewesen ist. In erster Linie werden unsere Kollegen ja von der Bayerischen Ärzteversorgung betreut; soweit sie von dort infolge zu geringer früherer Zahlungen noch zu niedrige Renten bekommen oder, weil sie erst in einem bestimmten Alter zu uns kamen, überhaupt keine Renten zu erwarten haben, tritt für sie auch das Sozialwerk der Kassenärztlichen Vereinigung ein, wenn sie Kassenärzte gewesen sind. Darüber hinaus verbleibt aber der Kammer noch eine recht beträchtliche Zahl von sehr alten Kollegen, vor allem aber von Arzttwitwen, für die die Kammer im Rahmen ihres Unterstützungswerks zu sorgen hat. Um diese Kollegen und Arzttwitwen müssen wir uns ganz besonders kümmern. Es soll uns gelingen, gemeinsam mit Ärzteversorgung und Sozialwerk der KV einen Plan zur Unterstützung zu entwickeln, der nun für jeden irgend etwas bereit hält. Ich darf Sie daran erinnern, daß, obwohl wir das Land mit der ältesten Versorgungseinrichtung und dem kleinsten noch ungedeckten Bereich haben, hier einmal ein Artikel erschienen ist mit der Überschrift: „Der bayerische Schandfleck“. Nun, wenn alle einen so kleinen Schandfleck hätten auf diesem Sektor, dann bräuchten wir wirklich keine Sorge mehr zu haben! Aber auch diese kleine Lücke soll geschlossen werden, und unser Fürsorgeausschuß hat zusammen mit dem Finanzausschuß Pläne entwickelt.

Es sind zwei Dinge, die dabei zu besprechen waren. Zunächst einmal die Anhebung der Sätze für bereits laufende Unterstützungen; denn wir können den Arzttwitwen und den alten Kollegen keine Beträge geben, die eben einfach kein Leben, auch keinen Minimalbedarf, decken. Und das zweite ist die Vorausplanung für den steigenden Bedarf. Es ist, wie wir durch eine sehr genaue Umfrage in Bayern feststellen konnten, doch so, daß es noch eine Gruppe von rund hundert Kollegen gibt, die aus den verschiedensten Gründen — meistens, weil sie erst als Vertriebene nach dem Krieg zu uns gekommen sind — von Ärzteversorgung und Sozialwerk der KV keine oder unzureichende Unterstützungen zu erwarten haben. Für diese hundert Kollegen muß die Kammer in irgendeiner Form sorgen.

Wir haben ja bereits im vergangenen Jahr dem Fürsorgefonds eine Sonderzuweisung in Höhe von 200 000 DM überwiesen, damit er langsam einen gewissen kleinen Stock aufbauen kann. Es wird aber heute im Rahmen der Haushaltsberatungen neuerdings notwendig sein, sich über diese Frage zu unterhalten. Ich glaube jedenfalls, daß wir uns auf das, was auf uns zukommt, und auf die Aufgabe, die uns gestellt ist, immer besser vorbereiten müssen mit dem Ziel, daß für jeden Arzt und seine Familie in unserem Land in ausreichender und zumutbarer Form gesorgt wird.

#### Arzthelferinnen

Eine Aufgabe, die sehr großen Umfang angenommen hat, ist die Betreuung der Arzthelferinnen-Anlernlinge. Die Zahl der Klassen in Bayern ist beachtlich, die Zahl der interessierten jungen Mädchen ist sehr groß. Die Kammer glaubt nach wie vor, daß es ein guter Beschluß war, diese Sache in die Hand zu nehmen; denn hier wird den praktizierenden Kollegen

draußen doch erhebliche Hilfe geleistet, wenn wir uns darum kümmern, daß ordentliche junge Mädchen als Arzthelferinnen für die Praxen herangebildet werden. Ich darf Ihnen den ausführlichen schriftlichen Bericht in Erinnerung bringen, den Herr Kollege Sluka im vergangenen Herbst zu diesem Thema erstattet hat.

Der Vorstand hat in seiner letzten Sitzung neue Empfehlungen für Beihilfen für Arzthelferinnen-Anlernlinge und für die Gehälter der Arzthelferinnen beschlossen, die im „Bayerischen Ärzteblatt“ Nr. 3/63 abgedruckt wurden.

Der Vorstand beschloß dann auch, einem Vorbild der Bayerischen Landeszahnärztekammer folgend, eine Ehrung der langjährigen Arzthelferinnen nach 25-jähriger Tätigkeit. Wir haben das bereits bekanntgegeben, und ich möchte auch Sie bitten, die Kollegen davon zu unterrichten: Wenn in einer Praxis eine Arzthelferin 25 Jahre tätig war, dann möge man sie der Kammer bekanntgeben, damit sie in der entsprechenden Weise ausgezeichnet werden kann.

Die Idee stammt — das möchte ich noch einmal sagen — von der Zahnärztekammer. Wir haben sie gern aufgegriffen.

#### Röntgen- und Laborhelferinnen

Auf diesem Ärztetag sollen wir ja auch darüber beraten, ob die Bemühungen der Kammer auf diesem Gebiet noch intensiviert werden sollten, und zwar in Hinsicht auf eine Mithilfe in der Ausbildung von Röntgenhelferinnen und vielleicht auch von Laborhelferinnen. Hier handelt es sich nicht darum, in einer schullischen Ausbildung diese jungen Mädchen zunächst einmal auszubilden, um sie dann in die ärztliche Praxis zu entlassen, sondern hier handelt es sich darum, daß sowohl die Kollegen mit Röntgenpraxis als auch diejenigen mit Labor junge Mädchen und junge Damen beschäftigen müssen, die keine medizinisch-technischen Assistentinnen sind, weil es einfach nicht möglich ist, so viele medizinisch-technische Assistentinnen auszubilden. Wir haben im Bundesgebiet einen Fehlbedarf an medizinisch-technischen Assistentinnen, der beinahe bei 5000 liegt, und die vorhandenen Schulen werden auf Jahre hinaus nicht in der Lage sein, hier auch nur annähernd einen ausreichenden Nachwuchs heranzubilden. Wir sind bemüht, in Besprechungen mit dem Staat und den Kommunalverbänden nach neuen Möglichkeiten für die Errichtung von MTA-Schulen zu suchen, aber diese Möglichkeiten sind leider außerordentlich beschränkt.

Auf Bundesebene laufen nach wie vor Verhandlungen darüber, ob man die Ausbildung der medizinisch-technischen Assistentinnen nicht teilen sollte in eine solche mit dem Schwerpunkt Röntgen und die andere Gruppe mit dem Schwerpunkt Labor, weil es einfacher wäre, Ausbildungsstätten für die eine oder die andere Sparte zu schaffen. Schwierigkeiten liegen vor allem darin, daß es leider so selten möglich ist, eine Krankenanstalt zu finden, in der beide Ausbildungsmöglichkeiten in genügender Zahl und Form vorhanden sind. Es fehlt hier teilweise auch an der Bereitwilligkeit der Krankenhausträger, die — dafür muß man Verständnis haben — den Standpunkt vertreten, daß sie eigentlich hier Kosten aufwenden für etwas, was ihren eigenen Zwecken nur in beschränktem Umfang dient.

Ich glaube, daß wir hier noch recht viel tun müssen, um langsam einen größeren Nachwuchs an medizinisch-

technischen Assistentinnen zu bekommen. Das Tragische ist ja, daß es für diesen Beruf so außerordentlich viele Interessentinnen gibt und wir sie nicht ausbilden können, während wir in den sonstigen Berufen heute doch das umgekehrte Problem haben. Hinzu kommt, wie ich ja schon früher ausführte, daß die medizinisch-technischen Assistentinnen im Durchschnitt ja nur eine sehr kurze Berufszeit haben. Diese jungen Damen werden eben leider allzu früh weggeheiratet und damit ihrem zunächst mit so großer Mühe erlernten Beruf wieder zu früh entzogen. Deshalb sind nun die Röntgenologen als erste an uns herangetreten mit der Bitte, doch zu überprüfen, ob die in den Röntgenpraxen tätigen Mädchen nicht in einer kürzeren Ausbildung wenigstens so viel Wissen vermittelt bekommen können, daß man sie ohne größere Bedenken beschäftigen kann, womit natürlich die Bestimmungen des Gesetzes über die medizinisch-technischen Assistentinnen noch keineswegs ausgeräumt sind. Darüber soll heute beraten werden. Herr Kollege Reichstein wird Sie in einem besonderen Punkt der Tagesordnung mit dieser Frage noch näher vertraut machen.

#### Informationsdienst und Ärzteblatt

Zur Information unserer Kollegen geben wir nach wie vor den „Informationsdienst“ in unregelmäßigen Abständen je nach Anfall des Materials heraus. Wir haben zur Zeit rund 660 Bezieher. Das sind die Mitglieder der Vollversammlung, der Vertreterversammlung der KV, die gewählten Kollegen innerhalb der ärztlichen Organisationen und die Amtsärzte.

Das „Ärzteblatt“ liegt Ihnen ja heute in der Ärztetag-Ausgabe vor. Wer es in der letzten Zeit verfolgt hat, wird wohl zugeben müssen, daß die Bemühungen um seine Gestaltung fruchtbar waren. Was wir über das „Ärzteblatt“ hören, auch aus anderen Ländern, ist doch sehr erfreulich und wird uns anspornen müssen, es auch weiterhin noch besser auszugestalten.

#### Handbuch

Zum „Handbuch für den bayerischen Arzt“ werden wir in allernächster Zeit die zweite Nachlieferung bringen können. Sie enthält Erläuterungen zur Bundesärzteordnung, Richtlinien über Ausbildung von Arzthelferinnen, Ausführungen zum Bundesseuchengesetz, zum Bundessozialhilfegesetz, dann für den Arzt wichtige Hinweise auf das Mutterschutzgesetz sowie über die gesetzlichen Bestimmungen über verschreibungspflichtige Arzneien.

#### Die Zusammenarbeit mit ärztlichen Verbänden

Die Zusammenarbeit mit ärztlichen Verbänden wurde in der weiteren Zeit gepflegt und gehört mit zu den besonderen Anliegen der Kammer. Traditionell ist ja schon unsere enge Zusammenarbeit mit dem „Marburger Bund“ in allen Angelegenheiten der angestellten Ärzte, und ich glaube, daß gerade diese Zusammenarbeit schon viele gute Früchte getragen hat.

Auch der Bund gewerkschaftlicher Ärzte hat sich an die Kammer gewandt und legt Wert auf eine gute Zusammenarbeit. Fruchtbare Gespräche im Sinne sowohl der freipraktizierenden Ärzte wie der Kollegen im staatlichen Dienst führen wir auch laufend mit dem Bayerischen Medizinalbeamtenverein, und ich freue

mich, daß das Verhältnis zwischen Kammer und Medizinalbeamtenverein ein außerordentlich gutes geworden ist. Auch der Landesverband Bayern des Bundesverbandes der Vertrauensärzte hat die Verbindungen zur Kammer verstärkt. Wir wollen auch hier im Interesse der Kollegen, die im Vertrauensärztlichen Dienst tätig sind und die weiß Gott große Sorgen haben, eine gute Zusammenarbeit pflegen und versuchen, manches was die Vertrauensärzte bedrückt, zu beseitigen, damit sie ihren Beruf ungestört und ungehindert ausüben können.

Es bedarf wohl keines besonderen Hinweises, daß ich auch in der weiteren Zeit allen Einladungen zu Versammlungen der ärztlichen Kreisverbände Folge geleistet habe, und zwar gerade auch die Diskussion innerhalb der ärztlichen Kreisverbände in den Versammlungen besonders schätze, weil sie Gelegenheit gibt, über alle Dinge zu sprechen, die die Kollegen drücken, die sie wissen wollen und die sie interessieren. Ich bitte, auch in Zukunft von dieser Möglichkeit reichlich Gebrauch zu machen.

#### Berufsaufsicht

Im Rahmen unserer Arbeit in der Berufsaufsicht ist besonders der Vizepräsident der Kammer, Herr Kollege Sondermann, eingeschaltet, der nun seit über acht Jahren dieses Gebiet allein bearbeitet und es mit einer Liebe und Aufmerksamkeit und einem Pflichtbewußtsein tut, die nicht übertroffen werden können. Sie wissen ja, daß die Kammer Stellung zu nehmen hat in Fragen des Ruhens der Approbation und der Zurücknahme der Approbation nach der Bundesärzteordnung, früher nach dem Bayerischen Ärztegesetz.

Mit der Gesundheitsabteilung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern führen wir laufend Gespräche über alle aktuellen Fragen, und wir bemühen uns zur Zeit darum, das Tätigwerden der freipraktizierenden Ärzte im Rahmen des Bundesseuchengesetzes so zu gestalten, daß es sinnvoll ist. Wir wollen unsere Bemühungen koordinieren auf dem Gebiet der Körperbehindertenfürsorge, der Lupusberatung, der Tuberkulosenfürsorge; denn auch hier soll ja dem Grundsatz Rechnung getragen werden, daß das, was aus der privaten Initiative der Ärzte heraus gestaltet und betreut werden kann, vom Staat aus nicht mehr selbst betreut werden muß. Das Subsidiaritätsprinzip muß hier langsam immer mehr Raum gewinnen. Das hat ja auch gestern abend der Herr Staatsminister in seinen Ausführungen sehr richtig zum Ausdruck gebracht.

#### Ausländische Ärzte

Mit Aufmerksamkeit verfolgen wir die Tätigkeit der ausländischen Kollegen innerhalb des Bundesgebietes, und für uns speziell innerhalb Bayerns.

Sie wissen ja, daß eine nicht geringe Zahl ausländischer Kollegen aus allen Ländern Afrikas und Asiens in unseren Krankenanstalten tätig ist. Wir begrüßen dieses Tätigwerden auch deshalb, weil wir diesen Kollegen ja Gelegenheit geben wollen, sich möglichst viele berufliche Kenntnisse anzueignen, die sie dann in ihrer Heimat, wo Ärzte so dringend gesucht werden, verwenden können. Daneben diene uns natürlich dieses Tätigwerden der ausländischen Kollegen sehr, um einige Lücken zu schließen, die in den Krankenhäusern nun

einmal im Zug der letzten Zeit entstanden waren, die aber immer kleiner werden. Wir müssen aber — darüber besteht Einigkeit auch mit den Herren des Staatsministeriums des Innern — diesen ausländischen Kollegen immer wieder klarmachen, daß das Ziel ihrer Tätigkeit in unserem Land auf keinen Fall die Erlangung etwa einer deutschen Approbation sein kann, sondern das Ziel muß die Rückkehr in die Heimat sein, um dort die ärztliche Versorgung zu verbessern. Ich möchte hier ganz besonders darauf hinweisen, daß ja die ärztliche Versorgung in den Entwicklungsländern noch eine katastrophal schlechte ist, und wir könnten es überhaupt nicht verantworten, wenn wir etwa in Deutschland Hunderte und aber Hunderte von diesen Ärzten festhalten, während in ihrer Heimat die Menschen reihenweise dahinsterben müssen, weil es an Ärzten fehlt.

Wie Sie wissen, besteht nach der Bundesärzteordnung die Möglichkeit, daß auch Nichtdeutsche in gewissen Ausnahmefällen die deutsche Approbation erhalten können, was bedeuten würde, daß sie dann alle Rechte eines deutschen Arztes haben. Bis jetzt wurde von dieser Möglichkeit in Bayern nur in drei Ausnahmefällen Gebrauch gemacht. Wir können also die beruhigende Gewißheit haben, daß das Bayerische Staatsministerium des Innern hier wirklich ganz strenge Maßstäbe anlegt und diese Ausnahmefälle nur in den allerseltensten Fällen überhaupt gelten läßt.

Auf einen Sonderfall muß ich Sie allerdings hinweisen. Das sind diejenigen ausländischen Ärzte, die unter das Gesetz über die Rechtsstellung heimatloser Ausländer im Bundesgebiet fallen. Allerdings hat dieses Gesetz einen Stichtag, der im Jahr 1950 liegt, und es kommt heute kaum mehr in Frage. Es werden also auch einige Kollegen, die als heimatlose Ausländer anerkannt sind, die deutsche Approbation erhalten. Die Zahl kann aber nicht groß sein. Das Hauptaugenmerk gilt also der großen Zahl jener Ärzte, die vor allem aus den arabischen Ländern zu uns gekommen sind und bei denen ich mich manchmal des Eindrucks nicht ganz erwehren kann, daß sie das Verbleiben in Deutschland der Rückkehr in die eigene Heimat durchaus vorziehen würden.

Auf einen Vertrag muß ich Sie hinweisen, nachdem wir ja ein Grenzland sind und eine lange Grenze mit Österreich haben. Nach wie vor besteht ein rechtsgültiger Vertrag zwischen Deutschland und Österreich über die Ausübung ärztlicher Tätigkeit in Grenzgebieten. Dieser Vertrag sieht vor, daß österreichische Ärzte in einem genau beschriebenen schmalen Streifen entlang der österreichischen Grenze auf deutschem Bundesgebiet und umgekehrt deutsche Ärzte auf österreichischem Gebiet ärztlich tätig werden können. Dazu gehört nicht die Tätigkeit im Bereich der sozialen Krankenversicherung, die ja an die Zulassung gebunden ist. Aber grundsätzlich kann also in diesen Bereichen, die die Vereinbarung zwischen Deutschland und Österreich festgelegt hat, von der einen auch nach der anderen Seite hin ärztliche Behandlung ausgeübt werden. Die Einzelheiten dieser Vereinbarung können wir den ärztlichen Kreisverbänden, die direkt an der österreichischen Grenze liegen, gern einmal bekanntgeben, damit sie sich in Fällen, die vielleicht einmal auftauchen können, darüber orientieren.

### Europäische Wirtschaftsgemeinschaft

Hinweisen muß ich Sie auch diesmal wieder auf die im Gang befindliche Entwicklung im Rahmen der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft. Wir schreiben zwar erst das Jahr 1963, der Stichtag, zu dem die Freizügigkeit der Ärzte innerhalb der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft hergestellt sein muß, das Jahr 1967, kommt aber unaufhaltsam auf uns zu, und wir müssen uns darauf einstellen.

Diese Herstellung der Freizügigkeit auf dem ärztlichen Sektor ist ein Teilgebiet der Freizügigkeit der Dienstleistungsberufe, unter die alle freigestellt Schaffenden gehören, und ist in den Römischen Verträgen als ein wesentlicher Bestandteil festgelegt.

Wir haben schon seit längerer Zeit ein gemeinsames Beratungsgremium mit den Ärzteschaften der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft gegründet und dort außerordentlich fruchtbare Arbeit geleistet. Bis jetzt ist abgeschlossen die Beratung über die ärztliche Ausbildung bis zur Erteilung der ärztlichen Approbation. Nach eingehenden Untersuchungen über die Studiengänge in den sechs Ländern — d. h. in den fünf Ländern, denn Luxemburg hat ja keine eigene Universität — sind wir zu dem Ergebnis gekommen, daß eine Uniformierung dieser Ausbildungsgänge nicht notwendig ist, weil der Studiengang in diesen Ländern als gleichwertig und das Ergebnis der ärztlichen Ausbildung ebenfalls als gleichwertig angesehen werden kann, so daß also der erste Schritt insofern getan wurde. Diese Auffassung wurde inzwischen auch von den Regierungen der sechs Länder übernommen.

Große Sorge bereitet uns aber nun der nächste Schritt, nämlich die Angleichung in der ärztlichen Weiterbildung, vor allem hier auf dem Gebiet der Weiterbildung der Fachärzte. Hier sind die Unterschiede in diesen sechs Ländern geradezu ungeheuer groß. Sie erstrecken sich nicht nur auf den Bereich der Facharztbezeichnungen, sondern auch auf die Art der Weiterbildung zum Facharzt. So gibt es beispielsweise in Italien nunmehr rund acht Facharztbezeichnungen mehr als in unserem Land. In Frankreich wiederum gibt es überhaupt keinen Facharzt für innere Medizin. Der Gynäkologe deutschen Stils ist in Frankreich fast unbekannt. Es gibt dort Geburtshelfer und Gynäkologen, aber einen Facharzt für Frauenkrankheiten und für Geburtshilfe in unserem Sinn kennt man in Frankreich überhaupt nicht. Dann haben Länder wie Holland, Belgien und Frankreich andererseits wieder Fachärzte für Kardiologie, einzelne auch für Rheumatologie. Sie sehen also, da ist eine Vielfalt vorhanden, die recht erschreckend ist.

Auch der Weiterbildungsgang — um den noch anzusprechen — ist sehr unterschiedlich. In Italien z. B. werden die Fachärzte in Kursen herangebildet, die an den Universitäten gehalten werden. Die jungen Kollegen müssen sich für diese Kurse einschreiben, sie müssen eine hohe Kursgebühr bezahlen und am Nachmittag verdienen sie sich dann diese Kursgebühren meist durch irgendeine berufsfremde Tätigkeit und bekommen nach einer gewissen Zeit dann eine Urkunde, daß sie Facharzt eines bestimmten Gebietes sind. Unsere Auffassungen über die Weiterbildung des Facharztes sind grundlegend andere.

Ich wollte Ihnen damit zeigen, daß wir nun, nachdem der erste Schritt getan ist, vor erheblichen Schwierigkeiten stehen. Ich hoffe, daß wir sie in gemeinsamer Arbeit bewältigen können. Es ist innerhalb der Ärzteschaften ein eigener Arbeitsausschuß für diese Fragen gegründet worden, der sich nun speziell mit der Angleichung der Facharztweiterbildung und des Facharztkatalogs zu beschäftigen hat. Diese Arbeit hat schon begonnen.

### Reform des Medizinstudiums

Zur Frage der Reform des Medizinstudiums brauche ich heute keine langen Ausführungen zu machen. Sie haben vielleicht die Tagesordnung des Deutschen Ärztetages in Mannheim gelesen und dabei festgestellt, daß es mir obliegt, dort einen Bericht über den derzeitigen Stand der Bemühungen um die Neuordnung der ärztlichen Ausbildung zu erstatten. In den zahlreichen Gesprächen, die ich in der letzten Zeit wieder führen konnte, einerseits mit den maßgeblichen Vertretern des Deutschen medizinischen Fakultätentags, andererseits mit den Vertretern der Ständigen Konferenz der leitenden Medizinalbeamten des Bundesgebiets und mit anderen Beteiligten, etwa dem Hochschulausschuß der Kultusministerkonferenz, konnte ich feststellen, daß die Arbeiten in all diesen Gremien nun bereits sehr weit vorangetrieben sind. So hat die Konferenz der leitenden Medizinalbeamten nun ihre vorbereitenden Arbeiten über eine Stellungnahme zur neuen Bestallungsordnung vorläufig abgeschlossen, so daß ich glaube, daß das von uns seit Jahren vorgeschlagene und angestrebte Gespräch der beteiligten Kreise, nämlich der Medizinalbeamten, der Kultusministerkonferenz, des Fakultätentags und der Ärztlichen Standesvertretung, nun beginnen kann. Ich hoffe, daß wir nun doch in allernächster Zukunft zu neuen Formen der ärztlichen Ausbildung gelangen, die ihren Niederschlag in einer neuen Bestallungsordnung finden werden.

Unterstützt wurden wir in diesen Bemühungen durch Beschlüsse in parlamentarischen Gremien. So hat der Bayerische Landtag einen Antrag des Herrn Kollegen Dehler angenommen, in welchem die Staatsregierung gebeten oder beauftragt wird, sich darum zu bemühen, daß die Arbeiten an der neuen Bestallungsordnung nun endlich Form annehmen. Der Gesundheitsausschuß des Bundestags hat einen ähnlichen oder fast gleichlautenden Beschluß gefaßt. Auf eine Anfrage unseres Kollegen Jungmann im Bundestag, hat auch die Frau Bundesministerin für das Gesundheitswesen erklärt, daß nunmehr die vorbereitenden Untersuchungen und Verhandlungen zu einem gewissen Abschluß gelangt sind. Soweit ich mich informieren konnte — erfreulicherweise besteht zwischen den Beteiligten eine große Offenheit und Ehrlichkeit in der Aussprache —, haben unsere Lübecker Vorschläge weitestgehend Anklang gefunden. Ich glaube also, daß es nicht so schwierig sein wird, sich bei den noch offenen Fragen zu einigen und dabei ein gutes Ergebnis zu erzielen. Ich bin sogar davon überzeugt, daß wir die Gesamtdauer der ärztlichen Ausbildung vom Beginn des Studiums bis zur Erteilung der Approbation gegenüber der jetzigen Zeit eher etwas verkürzen können, wobei die Verkürzung in der Weise erwartet werden darf, daß die Medizinalassistentenzeit wesentlich gestutzt wird. Ich glaube, die zwei Jahre haben sich in

der Form nicht sonderlich bewährt. Das ist inzwischen auch allgemeine Anschauung, nachdem wir die Erfahrungen sammeln konnten. Andererseits besteht auch mit unseren Lübecker Beschlüssen Übereinstimmung darüber, daß, wenn die Ausbildung an den Universitäten eine gründlichere und eine mehr auf das Praktische ausgerichtete sein wird, die Schaffung eines zwölften Studiensemesters nicht umgangen werden kann. Ich möchte hier, nachdem Seine Spektabilität der Herr Dekan der Medizinischen Fakultät München gestern Abend in seiner Begrüßungsrede Ausführungen zu diesem Thema gemacht hat, ausdrücklich betonen, daß die von ihm vorgetragenen Anschauungen mit den unsrigen nicht übereinstimmen.

Wir können es nicht vertreten, daß die Ausbildung an der Universität unverändert bleibt und die Last der praktischen Ausbildung völlig auf die Krankenanstalten des Landes im Rahmen der Famulatur abgeschoben wird. Hier sind wir also mit dem Herrn Dekan der Münchner Fakultät nicht auf der gleichen Linie, aber ich habe mit ihm noch gestern Abend vereinbart, daß wir über diese Frage eingehend sprechen wollen.

### Jugendarbeitsschutzgesetz

Zum Jugendarbeitsschutzgesetz darf ich Ihnen berichten, daß bisher die Zahl der Grunduntersuchungen bei uns mit 85 000 abgerechnet wurde. Wir sind ja in der angenehmen Lage, über die Zahl der Untersuchungen insgesamt und auch über die Verteilung der Untersuchungen eingehend unterrichtet zu sein, weil die Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung erfolgt. Dieser Beschluß hat sich inzwischen als sehr sinnvoll und vernünftig erwiesen; denn die Kollegen in anderen Bundesländern sind hier weitgehend auf Vermutungen angewiesen. Sie wissen also nicht, wo die freie Arztwahl unterbunden wird, wo gesteuert wird, während wir an dem, was an Abrechnungen eingereicht wird, genau sehen können, wie die Dinge laufen. Das Ergebnis ist erfreulich. Eine Häufung der Untersuchungen bei einzelnen Ärzten, die gewisse Sonderstellungen einnehmen, ist nur in einigen Fällen beobachtet worden, und auch hier in einem noch vertretbaren Rahmen. Aber im großen ganzen und in der überwältigenden Zahl wurden die Untersuchungen durch die freipraktizierenden Ärzte, durch die praktischen Ärzte unseres Landes durchgeführt. Die Zahl der Ergänzungsuntersuchungen liegt mit 5000 überraschend niedrig.

Etwas, was uns beunruhigt, ist die Feststellung, daß die Zahl der bisher durchgeführten Untersuchungen in einem Mißverhältnis zur Zahl der erwarteten Untersuchungen steht, über die wir uns ja ein gutes Bild machen konnten, weil man ja die Zahl der zu erwartenden Schulentlassungen genau kennt. Die gleiche Beobachtung wird in allen Ländern des Bundesgebietes gemacht, jedoch liegen die Beteiligungszahlen an den Untersuchungen dort teilweise noch erheblich unter den unseren.

Wir haben über diese Frage auf Landesebene mit dem Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge, auf Bundesebene mit allen daran beteiligten Kreisen gesprochen. Wir hoffen, daß es sich zunächst immer noch um Anlaufschwierigkeiten handelt, daß sich also das Gesetz in allen seinen Bestimmungen noch nicht überall durchgesprochen hat; denn wenn es anders

wäre, so müßten wir ja die bedauerliche Feststellung treffen, daß die Achtung vor einem Gesetz innerhalb unserer deutschen Wirtschaft so außerordentlich gering wäre, daß man solche gesetzliche Bestimmungen einfach ignoriert und sich darauf verläßt, daß durchaus keine Folgerungen gezogen werden. Die staatlichen Stellen haben den dafür zuständigen Behörden Anweisungen erteilt, bei den Betrieben eingehende Untersuchungen darüber anzustellen, ob die beschäftigten Lehrlinge untersucht worden sind und die notwendigen und vorgeschriebenen Bescheinigungen bei den Arbeitgebern vorliegen. Ich hoffe, daß diese Untersuchungen dann dazu führen werden, daß in nächster Zeit die Zahl der Untersuchungen die gleiche sein wird wie die Zahl der Schulentlassenen; denn nur dann wird das Gesetz in vollem Umfang durchgeführt werden.

Inzwischen sind ja die ersten Untersuchten auch schon ein Jahr in ihrer Lehrstelle, so daß auch bereits die ersten Nachuntersuchungen, die nach einem Jahr durchzuführen sind, anfallen. Für die bayerischen Kollegen ist das eine nicht unerhebliche Aufgabe, aber es ist eine so wesentliche gesundheitspolitische Aufgabe, daß wir ihr auch weiterhin unsere besondere Aufmerksamkeit widmen sollten.

Bedauerlich ist das immer noch nicht beendete Tauschen um die Honorargestaltung. Das Gesetz schreibt, wie Sie wissen, vor, daß für die Grunduntersuchung ein Pauschbetrag im Rahmen der geltenden Gebührenordnungen festgesetzt werden kann. Die Ärztekammern des Bundesgebietes haben in Übereinstimmung mit den ärztlichen Verbänden von Anfang an ein Honorar von 30 DM gefordert und dabei darauf hingewiesen, daß, wenn man alle Ziffern der Gebührenordnung zugrunde legt, an sich noch ein höherer Betrag errechnet werden könnte. Leider haben sich die Arbeitsminister der Länder dieser Aufforderung seinerzeit verschlossen und ein Honorar von 20 DM festgesetzt. Wir haben unsererseits in der Zwischenzeit die Bemühungen um eine Anhebung dieses völlig unzureichenden Betrags fortgesetzt. Zu gleicher Zeit wurde auch in Baden-Württemberg ein Musterprozeß zu dieser Frage vor den dortigen Verwaltungsgerichten geführt und auch gewonnen. In dem Urteil zu diesem Prozeß ist festgestellt, daß der Betrag von 20 DM unterhalb des Rahmens der geltenden Gebührenordnungen liegt.

Inzwischen fanden nun innerhalb der Konferenz der Arbeitsminister weitere Beratungen statt, und es wird jeden Tag mit der Bekanntgabe des Ergebnisses dieser Beratungen gerechnet. Leider sind die Informationen, die uns bis jetzt zur Verfügung stehen, noch keine günstigen. Es scheint, daß sich die Arbeitsminister auf Grund von Berechnungen von Gebührenordnungsexperten, die sie nun wiederum angerufen haben, auf einen Betrag von 27 DM einigen wollen. Man kann eigentlich dieses Feilschen um solche Differenzen, wie sie hier bestehen, nur außerordentlich bedauern. Wir werden uns deswegen auch weiterhin nicht davon abbringen lassen, unsere berechnigte Forderung zu vertreten und zum Ausdruck zu bringen, daß diese Form der Honorargestaltung der Sache in keiner Weise würdig ist und ihr auch nicht dient.

#### Beamtete Ärzte

Seit unserer letzten Vollversammlung ist, wie Sie ja Ihrem „Bayerischen Ärzteblatt“ entnehmen konnten,

\*) Siehe „Bayerisches Ärzteblatt“, Heft 1, 1963.

auch das Urteil des Bayerischen Verfassungsgerichtshofs über die Frage der Pflichtmitgliedschaft der als Beamte tätigen Kollegen bei den ärztlichen Kreisverbänden ergangen. Es ist Ihnen ja allen bekannt, daß der Bayer. Verfassungsgerichtshof dazu ein außerordentlich fundiertes und klar begründetes Urteil erlassen hat, in dem er feststellt, daß auch der beamtete Arzt primär Arzt ist und damit ein Angehöriger dieses Standes und damit Mitglied der gesetzlichen Standesvertretung. Ich freue mich, daß dieses Urteil in weiten Kreisen der beamteten Ärzte große Zustimmung gefunden hat und daß die Zahl derjenigen beamteten Ärzte, die sich dagegen ausgesprochen haben, verschwindend gering ist. Das zeigt, daß unsere als Beamte tätigen ärztlichen Kollegen die gleiche Auffassung, wie sie das Urteil zum Ausdruck bringt, auch von sich aus stets vertreten haben und weiterhin vertreten wollen. Wir betrachten das als eine gute Voraussetzung für die weitere gemeinsame Arbeit.

#### Sanitätsoffiziere

Problematisch wurde in der letzten Zeit die Zugehörigkeit der Sanitätsoffiziere zu den ärztlichen Kreisverbänden. Hier hat es eine Reihe von Sperren gegeben. Sie lagen teilweise in der Beitragsgestaltung, sie lagen teilweise in rein technischen Schwierigkeiten derart, daß Sanitätsoffiziere nun einmal recht häufig versetzt werden und dann mit der Meldung bei den Kreisverbänden hier und da in Schwierigkeiten geraten. Offenbar wurden auch teilweise von diesen Kollegen Angaben verlangt, die sie auf Grund ihrer Berufspflichten als Sanitätsoffiziere nicht zu machen in der Lage waren. Aber das alles wäre nicht so schwierig gewesen. Was uns vielmehr überraschte, war eine Äußerung des Bundesministers für Verteidigung bzw. der Rechtsabteilung seines Hauses, die sich auf den Standpunkt stellte, daß Sanitätsoffiziere den ärztlichen Kreisverbänden bzw. in anderen Ländern den analogen Organisationen der ärztlichen Standesvertretung nicht als Pflichtmitglieder angehören. Nun ist die Rechtsabteilung des Bundesverteidigungsministers mit Sicherheit nicht kompetent, darüber eine endgültige Entscheidung zu treffen; denn nach wie vor ist ja hier Landesrecht angesprochen, und es müßte also auch diese Frage, wenn es hart auf hart ginge, zunächst einmal verfassungsgerichtlich in einem Sonderverfahren geklärt werden. Ich möchte aber hier zum Ausdruck bringen — und der Herr Inspekteur des Sanitätswesens der Bundeswehr, der gestern abend an unserer Eröffnungsfeier teilnahm, hat mir in einem anschließenden Gespräch das auch noch einmal ausdrücklich versichert —, daß die überwiegende Mehrzahl der Sanitätsoffiziere, genau wie die beamteten Ärzte, sich zunächst als Arzt betrachtet; sie wollen deshalb auch Mitglieder der ärztlichen Standesvertretung bleiben. Diese Einstellung kann von uns nur begrüßt werden; denn ich glaube, es wäre den Kollegen, die als Sanitätsoffiziere ihren Beruf ausüben, ein schlechter Dienst erwiesen worden, wenn man sie gewaltsam aus der ärztlichen Standesvertretung herausgelöst hätte, obgleich wir uns auch dann noch verpflichtet gefühlt hätten, weiterhin für sie tätig zu sein. Ich glaube aber, der Rückhalt, den die Sanitätsoffiziere in der ärztlichen Standesvertretung haben, ist für sie doch eine starke Stütze gegenüber den auch in diesem Bereich leider nicht immer so arztfreundlichen Tendenzen. Wir sollten deshalb die Sanitätsoffi-

ziere hier unterstützen, und wir hoffen, daß diese Frage zu einem vernünftigen Abschluß gebracht werden kann. Nach den Äußerungen des Herrn Kollegen Albrecht, des Sanitätsinspektors der Bundeswehr, besteht dafür nunmehr begründete Hoffnung, weil offenbar nun maßgebliche Persönlichkeiten in Bonn die ärztliche Auffassung teilen.

### Ärztliche Fortbildung

Zum Thema „Ärztliche Fortbildung“ darf ich wieder darauf hinweisen, daß unsere Großveranstaltungen in Bayern an Bedeutung nicht im geringsten verloren, sondern weiterhin gewonnen haben. Die Teilnehmerzahlen in Augsburg, in Regensburg und in Nürnberg sind eher noch angestiegen, und diese Veranstaltungen genießen im ganzen Bundesgebiet außerordentliches Ansehen und sind ein Anziehungspunkt vieler Kollegen aus ganz Deutschland.

Große Aufmerksamkeit sollten wir weiterhin der Fortbildung im kleinen Kreis zuwenden. Ich habe den Eindruck, daß auch die Kollegen draußen in den Kreisverbänden das immer mehr erkennen und sich bemühen, Referenten für Fortbildungsvorträge zu gewinnen. Ich möchte den Kollegen, die sich für solche Vorträge immer wieder zur Verfügung stellen, ganz herzlich danken; denn wir wissen, was es bedeutet, den ganzen Tag über in der Klinik zu sein und abends noch irgendwohin weit ins Land hinauszufahren, um uns dort Vorträge zu halten. Wir bitten aber die Kollegen an den Kliniken, sich dieser sinnvollen Aufgabe auch weiterhin zu unterziehen.

Als neuen Schwerpunkt der ärztlichen Fortbildung wollen wir die Unfallversorgung herausstellen; denn, wie Sie ja wissen, ist es uns durch unendliche Bemühungen im Deutschen Bundestag gelungen, die Zahl der an der Unfallversicherung im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung teilnehmenden Ärzte erheblich zu vergrößern. Das strenge und enge und, wie man ruhig sagen kann, engstirnige Durchgangsarztverfahren der bisherigen Zeit wird durch eine gründlichere und zweifellos auch sinnvollere Lösung abgelöst werden. Damit erwächst den Kollegen aber natürlich auch eine größere Verpflichtung, und es soll deshalb dem Thema „Unfallversorgung“ in der ärztlichen Fortbildung größere Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Die ärztliche Fortbildung in den Kliniken haben wir in Bayern weiterhin, ich möchte fast sagen, als Versuchsobjekt gepflegt. Im vergangenen Jahr betrug die Teilnehmerzahl 120 Ärzte. Das ist zweifellos sehr wenig, aber es ist immerhin ein Zeichen, daß sich die Kollegen dafür interessieren, und ich hoffe, daß es uns gelingt, immer noch mehr Ärzte dafür zu gewinnen, für eine Woche an eine Klinik zu kommen und an einem solchen gut organisierten Fortbildungskurs teilzunehmen. Die meisten derjenigen Kollegen, die an solchen klinischen Wochen schon teilgenommen haben, sind begeistert, und ich glaube deshalb, wir sollten sie weiter fördern.

Im Rahmen unserer Bemühungen um die ärztliche Fortbildung hat der Vorstand in seiner letzten Sitzung auch beschlossen, den bayerischen Kollegen in weitestem Umfang das von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft nun fertiggestellte Buch „Arzneimittelverordnungen“ zur Verfügung zu stellen. Der Vorstand bat dafür Mittel aus dem Fonds

„Fortbildung“ freigemacht, so daß der einzelne bayerische Kollege, der dieses Buch wünscht, lediglich eine Schutzgebühr von 2 DM bezahlen soll, während die Kammer aus Fortbildungsmitteln die übrigen Beträge aufbringen wird. Ich hoffe, daß so gut wie alle Kollegen in Bayern dieses Buch bestellen werden; denn es ist eine außerordentlich wertvolle Arbeit. Die früheren Arzneimittelverordnungen, die damals noch von der Arzneimittelkommission der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin herausgegeben worden waren, sind ja ebenfalls immer sehr gesucht gewesen und waren ein wertvoller Helfer für die ärztliche Praxis.

Die Zahl der Facharztanerkennungen im Jahr 1962 betrug 246. Mit weitem Abstand führen darunter die Internisten. Es sind aber auch alle übrigen Fachgebiete daran beteiligt.

Zur Frage der Geltung der Facharztordnung in Krankenanstalten läuft, wie Sie wissen, ein Musterprozeß, der bis jetzt noch nicht zum Abschluß gekommen ist. Zum Thema Facharztordnung und Europäische Wirtschaftsgemeinschaft habe ich bereits Ausführungen gemacht.

### Bayerische Ärzteversorgung

Wie jedes Jahr möchte ich auch heute auf unsere Bayerische Ärzteversorgung zu sprechen kommen und einige Hinweise geben. Die Versorgung des Arztes und seiner Familie — das sagte ich vorhin schon — stand ja schon immer im Mittelpunkt unserer Überlegungen und unserer Arbeit. Wir freuen uns, daß wir hier in Bayern schon seit Jahrzehnten in einer fruchtbareren Zusammenarbeit mit den Herren der Bayerischen Ärzteversorgung in der Lage waren, ein Versorgungswerk aufzubauen, auf das wir m. E. doch stolz sein können. Wir haben Ihnen neulich wieder einmal die Leistungen der Bayerischen Ärzteversorgung im „Bayerischen Ärzteblatt“ zusammengestellt, damit jeder Kollege sich wieder kurz darüber informieren kann, was die Bayerische Ärzteversorgung zur Zeit leistet und anbietet.

Die seinerzeit von uns beschlossene Satzungsänderung, wonach der Steigerungssatz neuerdings von 20 auf 22% erhöht werden sollte, wurde, wie Sie schon wissen, von der Versicherungsaufsicht, die dem Bayerischen Staatsministerium für Wirtschaft angegliedert ist, nicht genehmigt. Wir haben uns eingehend darüber Gedanken gemacht, wie wir nun weiter verfahren sollen, und sind zu dem Ergebnis gekommen, daß wir zunächst noch einmal eingehende Untersuchungen über die wirtschaftliche Leistungskraft der Ärzteversorgung anstellen wollen, und zwar auf lange Sicht gesehen, um dann neuerliche Beschlüsse zu fassen. Ich möchte ausdrücklich betonen, daß wir nach wie vor gar nicht daran denken, auf dem derzeitigen Stand stehen zu bleiben, sondern daß wir eine Fortentwicklung und eine neuerliche Verbesserung der Rentenleistungen der Bayerischen Ärzteversorgung erzielen wollen, die nach unserer Überzeugung auch erzielt werden kann. In den letzten Tagen erst ist es gewesen, da habe ich einen Brief bekommen, der von einem Verein der Arztfrauen an Arzttwitwen geschrieben wird und in dem die Arzttwitwen aufgefordert werden, über ihre zu niedrigen Renten zu berichten. Wir wissen natürlich, daß die Witwen von älteren Ärzten, die schon längere Zeit gestorben sind, teilweise — nicht alle — sehr geringe Renten erhalten. Aber erstens haben auch diese Witwen an

den Rentenerhöhungen der letzten Jahre selbstverständlich stets teilgenommen, und zweitens muß eben immer wieder darauf hingewiesen werden, daß die Rente, die man aus der Bayerischen Ärzteversorgung erhalten kann, unlösbar mit dem zusammenhängt, was man als Arzt zu seinen Lebzeiten und in seinen Arbeitsjahren eingezahlt hat. Wir können es uns nicht leisten, in der Ärzteversorgung Versicherungs- und Fürsorgegesichtspunkte in einem Umfang zusammenzuwerfen, daß eine klare Übersicht über die Leistungsgestaltung nicht mehr ermöglicht würde. Im übrigen haben — das habe ich ja zum Thema Fürsorge hier ausgeführt — alle diese Arztlwitwen die Möglichkeit, sich an die ärztliche Ständevertretung zu wenden, damit ihnen zusätzlich geholfen werden kann, wenn ihre Renten zu niedrig sind; denn wir wollen keineswegs diese alten Witwen dafür büßen lassen, daß ihre Männer seinerzeit den Wert und die Bedeutung der Ärzteversorgung eben nicht richtig erkannt haben, zum Teil auch falsch unterrichtet waren und deshalb zu wenig einbezahlt haben. Für uns und unsere Kollegen sollte das aber immer wieder ein Ansporn sein, immer noch mehr einzubezahlen, um auf diese Weise für unser eigenes Alter und für unsere Hinterbliebenen zu einer guten Altersrente zu kommen.

Zur Frage der Altersgrenze — 67 Jahre, aber Aufgabe der RVO-Praxis — sind inzwischen bereits zwei Prozesse vor dem Bayerischen Verfassungsgerichtshof geführt und in beiden Fällen die Klagen abgewiesen worden. Die Frage, bei welchem Alter und unter welchen Bedingungen wir die Rente gewähren, ist eine Frage der Eigengestaltung unserer Satzung, und wir machen uns darüber auch immer wieder erhebliche Gedanken. Dabei muß aber darauf hingewiesen werden, daß es mit einer Herabsetzung des Alters auf 65 Jahre nicht einfach getan ist, sondern daß eine derartige Änderung unserer Leistungsgestaltung ganz erhebliche Konsequenzen nach sich zieht; denn das kostet ungeheure Summen, die zu Lasten der Höhe der Renten gehen müssen, wenn wir bei den derzeitigen Beitragsbestimmungen bleiben wollen. Ich glaube deshalb, daß wir uns solche Gedanken sehr eingehend überlegen müssen, und bin nach wie vor der Überzeugung, daß die derzeitigen Altersgrenzen eine sinnvolle Regelung sind, die allen Gesichtspunkten am besten Rechnung tragen. Aber wir werden diese Frage auch in Zukunft immer wieder von neuem erörtern. Es wird ja auch immer wieder auf den sog. Juliusturm hingewiesen, auf das große Vermögen der Bayerischen Ärzteversorgung. Meine Damen und Herren, dieses Vermögen ist ja nicht irgendwie entstanden, sondern das ist ja das Geld, welches die Kollegen einbezahlen und von dem sie später einmal eine entsprechend hohe Rente erwarten. Die Beitragszahlung in der Bayerischen Ärzteversorgung ist in den vergangenen Jahren sprunghaft angestiegen, aber diesem sprunghaften Ansteigen der Einzahlungen folgt natürlich nach einer bestimmten Zeit auch ein sprunghaftes Anwachsen der Rentenleistungen. Darauf müssen wir abstellen. Wir können nicht davon ausgehen, daß heute so viel Vermögen vorhanden ist und daß wir heute großzügig Renten verteilen können, sondern wir müssen immer den Grundsatz im Auge behalten, daß die Ärzteversorgung eine Einrichtung ist, die den Heutigen zu dienen hat, die wir aber auch vor den Zukünftigen verantworten können. Es wäre leichtfertig und verantwortungslos,

heute große Rentengeschenke zu machen auf dem Buckel derjenigen, die das in 10, 15 und 20 Jahren ausbaden müssen.

Ich glaube, das kann keiner von uns verantworten.

Nach wie vor muß ich sagen, daß ich überrascht bin über die geringe Zahl der Anmeldungen für das Zusatzsterbegeld, das in der Höhe von 10 000 DM abgeschlossen werden kann, und zwar, wie ich wieder betonen möchte, zu Beitragsbedingungen, die unvergleichlich günstig sind. Bis jetzt haben wir erst 1327 Anmeldungen. Seit Einführung des Sterbegeldes sind in 13 Todesfällen bereits 110 000 DM ausgezahlt worden, also eine sehr beachtliche Summe. Ich möchte Ihnen das noch einmal sehr in Erinnerung bringen und Sie bitten, das auch draußen bei Ihren Kollegen zu tun.

Im vergangenen Jahr berichtete ich Ihnen auch über die sehr kritische Situation der Pfälzer Ärzte. Bekanntlich hatte ein Pfälzer Arzt in den vergangenen Jahren gegen seine Pflichtmitgliedschaft bei der Bayerischen Ärzteversorgung einen Prozeß geführt. Er hat diesen Prozeß auch in zweiter Instanz vor dem Landesverwaltungsgericht in Rheinland-Pfalz gewonnen. Damit waren die gesamten Pfälzer Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte in Gefahr, aus der Bayerischen Ärzteversorgung ausscheiden zu müssen. Das hat in der Pfalz ungeheure Unruhe hervorgerufen. Die Pfälzer Kollegen haben sich aber sofort zusammengetan und haben in sehr energischen Forderungen bei ihrer Staatsregierung verlangt, daß die Rheinland-pfälzische Staatsregierung mit der Bayerischen Staatsregierung einen Staatsvertrag abschließt, um weiterhin die Mitgliedschaft der Pfälzer Ärzte bei uns und unserer Ärzteversorgung zu ermöglichen. Nach anfänglichem sehr erheblichen Widerstand seitens der dortigen Staatsregierung ist es dann aber den Pfälzer Kollegen gelungen, durch Einschaltung von Parlamentariern, zu erreichen, daß jetzt Verhandlungen über den Abschluß eines Staatsvertrags zwischen Bayern und Rheinland-Pfalz unmittelbar vor dem Abschluß stehen. Der Inhalt des Staatsvertrags wurde von uns bereits beraten; er fand unsere Zustimmung. Ich glaube also, daß wir bald berichten können, daß die Pfälzer Kollegen weiterhin bei uns bleiben können. Ich betrachte das als eine außerordentlich erfreuliche und glückliche Lösung.

Wie Sie wissen, haben wir in den vergangenen Jahren dem Wohnungsbau in der Bayerischen Ärzteversorgung große Aufmerksamkeit zugewendet. Allein in München konnten wir Hunderte von Wohnungen bauen, die im wesentlichen und zu anständigen Bedingungen an junge Kollegen vermietet wurden, so daß wir in München heute Häuserblocks haben, in denen nur angestellte Ärzte wohnen. Der Wohnungsbau ist zur Zeit insofern etwas schwierig, weil die Baupreise so außerordentlich angestiegen sind und die Mieten, die wir verlangen müssen, auf diese Weise relativ hoch werden. Das heißt, im Augenblick würden sie wohl der Entwicklung entsprechen, aber nachdem der Wohnungsbau ja ein Mittel der Kapitalsanlage ist, müssen wir uns ja auch überlegen, ob die Mietpreise, die wir auf Grund der gestiegenen Kosten unter Berücksichtigung einer angemessenen Verzinsung des aufgewendeten Kapitals verlangen, auch für die Zukunft erzielt werden können. Das macht uns einige Sorge. Wir wollen aber den Wohnungsbau trotzdem weiterführen, so gut es geht; denn der Bedarf an solchen Wohnungen für unsere Kollegen in den Städten ist

groß, und wir möchten ihnen helfen, daß sie nicht von irgendwelchen Hausvermietern ausgenommen werden, die nicht nur hohe Mieten, sondern auch Zuzahlungen und alles mögliche verlangen.

Eine erfreuliche Entwicklung nimmt das Wohnbauwerk der Bayerischen Ärzteversorgung, das wir vor einigen Jahren geschaffen haben und mit dem es uns möglich ist, unseren Kollegen die Errichtung von Wohnhäusern zu einem Zeitpunkt zu ermöglichen, zu dem es ihnen früher noch nicht möglich war, weil sie nach den herkömmlichen Bestimmungen ganz erhebliches Eigenkapital benötigt hätten, um selbst bauen zu können. Das Wohnbauwerk der Bayerischen Ärzteversorgung gestattet eine Finanzierung von Eigenwohnbauten der Ärzte bis zu 80% der Gesamtkosten von Haus und Grundstück. Im Rahmen dieses Wohnbauwerkes wurden bis heute in 227 Fällen 22 Millionen DM ausbezahlt. Zur Zeit sind 83 Fälle mit rd. 8 Millionen DM in Bearbeitung. Als Zwischenkredite für noch nicht abgeschlossene Bausparverträge, die ja nach dem Wohnbauwerk nicht mehr vorher erforderlich sind, haben wir eine Summe von 3,5 Millionen DM aufgewendet. Neuerdings sind wir dazu übergegangen, Darlehen für den Kauf von Eigentumswohnungen zu gewähren, was früher ja nicht möglich war. Auch hierzu liegen bereits 37 Anfragen bei der Ärzteversorgung vor und werden dort bearbeitet.

Hinweisen möchte ich abschließend darauf, daß die Zusammenarbeit mit den beiden anderen Heilberufen, den Zahnärzten und den Tierärzten, nach wie vor eine außerordentlich gute ist. Sie haben vielleicht in der Zeitung gelesen, daß einige Zahnärzte-Prottestversammlungen stattgefunden haben zu dem Thema 22%. Ich persönlich halte den Weg über die Prottestversammlung nicht für ganz richtig, weil er bei den Verhandlungen mit der Versicherungsaufsicht unseren Standpunkt wahrscheinlich nicht erleichtern wird. Aber es belastet die Zusammenarbeit in keiner Weise; sie ist eine vorzügliche.

Ich darf abschließend feststellen, daß die Bayerische Ärzteversorgung den Vergleich mit allen ähnlichen Einrichtungen dieser Art nicht nur aushält, sondern daß sie nach dem übereinstimmenden Urteil aller, die diese Einrichtung kennen, in ihrer Gestaltung und in ihren Leistungen nun eine Spitzenstellung einnimmt, die zu erreichen sich andere noch bemühen.

Unser Ziel müßte sein, die höchstmöglichen Leistungen herauszuholen, aber immer unter Beachtung des Grundsatzes der dauernden Gewährleistung dieser Leistungen, also unter der Verantwortung für die Zukunft.

Dem Leiter der Bayerischen Ärzteversorgung, Herrn Regierungsdirektor Dr. Dr. Hönig, dem ich gestern abend schon meinen Dank ausgesprochen habe, möchte ich auch an dieser Stelle noch einmal versichern, daß wir in der Zusammenarbeit mit ihm außerordentlich glücklich sind und uns freuen über das große Verständnis, das er für uns aufbringt.

Dem Herrn Präsidenten der Bayerischen Versicherungskammer konnte ich gestern abends bereits unseren Dank zum Ausdruck bringen.

#### Gesetz zu Art. 131 GG

Hinweisen möchte ich Sie im Hinblick auf die Haushaltsberatungen noch darauf, daß die Verhandlungen über das Gesetz zu Art. 131 des Grundgesetzes, Ver-

sorgung der früheren Angestellten der Reichsärztekammer, unmittelbar vor dem Abschluß stehen. Dem Bundestag liegt nunmehr ein entsprechender Gesetzentwurf vor, der vorsieht, daß die Landesärztekammern des Bundesgebietes die Versorgungslasten für diejenigen früheren Angestellten der Reichsärztekammer zu übernehmen haben, deren Ansprüche auf Versorgung nach Überprüfung durch die zuständigen Landesministerien anerkannt werden. Wir werden — das habe ich ja schon in den vergangenen Jahren immer wieder betont — damit eine erhebliche finanzielle Last zu übernehmen haben, vor allem deshalb, weil diese Leistungen an die berechtigten Angehörigen der Reichsärztekammer zum Teil schon seit 1951 gezahlt werden und diese bis zum Inkrafttreten des Gesetzes aufgewendeten finanziellen Mittel von uns rückerstattet werden müssen. Es ist dafür Sorge getragen und wir bemühen uns darum, in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob es sich um einen echten Angestellten der Reichsärztekammer gehandelt hat, der auch Aufgaben einer Ärztekammer erledigte, oder ob es sich, wie wir in einzelnen Fällen bereits feststellen konnten, um Kollegen gehandelt hat, die lediglich einen Dienstvertrag bei der Reichsärztekammer hatten, aber im übrigen andere Funktionen ausübten. Hier wird sehr genau geprüft. Aber für diejenigen, deren Ansprüche anerkannt werden, trifft uns die Versorgungslast; daran können wir nicht vorbei. Der Bundestag wird das einschlägige Gesetz sicher in allernächster Zeit beschließen.

#### Landesgesundheitsrat

Noch ein letztes Wort zur Zusammenarbeit mit dem Landesgesundheitsrat. Er hat sich nach den Neuwahlen des Bayerischen Landtags neu konstituiert. Zum Vorsitzenden wurde wieder unser Kollege Soenning gewählt.

Ich darf ihn namens der Vollversammlung auch noch einmal herzlich beglückwünschen. Die Zusammenarbeit mit Herrn Soenning hat sich im Laufe der Jahre außerordentlich entwickelt. Ich glaube, wir konnten schon allerhand miteinander tun, um in Bayern Entwicklungen vorzubeugen, die artzunfreundlich oder gegen die Ärzte gerichtet waren, und auch manches tun, was der gesundheitlichen Betreuung unserer Bevölkerung dient.

Auf dem neuen Arbeitsplan, mit dem wir nun wieder die Arbeit beginnen, stehen vor allem die Fragen der Krankenhausplanung, die Klinikbauten in München, die Einschaltung der städtischen Krankenhäuser in den Unterricht bei den medizinischen Fakultäten und ein besonders kummervolles Problem, nämlich der Mangel an Schwestern. Zu diesem Thema wird Herr Kollege Soenning nachher noch selbst einige Ausführungen machen.

Ich möchte nun meinen Mitarbeitern, die zusammen mit mir und Herrn Sondermann die Arbeit in der Kammer leisten, noch besonders danken, und sie bitten, mich auch in der kommenden Zeit wie bisher bei unserer Arbeit für die bayerischen Kollegen zu unterstützen.

#### Zur Angelegenheit Dr. Schmitt

Zu der Angelegenheit Dr. Schmitt, München, habe ich Ihnen an sich lediglich bekanntzugeben, daß, wie Sie ja schon wissen, der Vorstand Antrag auf Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens gestellt hat.

Dieses Verfahren wurde eröffnet; die Hauptverhandlung ist auf Samstag, den 25. Mai, anberaumt, also heute in einer Woche.

Ich habe von mir aus außerdem Strafantrag gegen Herrn Schmitt gestellt, über dessen Weiterbehandlung ich heute noch nicht berichten kann. Mehr wollte ich zu diesem Thema heute nicht sagen.

Es sind aber zwei Beschlüsse, die veröffentlicht wurden, welche mich zwingen, einige Bemerkungen zu machen. Als erster ein Beschluß des Vorstands des Hartmannbundes München, veröffentlicht in vollem Wortlaut in Nr. 19 der „Münchner Ärztlichen Anzeigen“ vom 11. Mai 1963:

„Der Münchner Hartmannbund lehnt die Anrufung eines Berufsgerichts zur Klärung standespolitischer Auseinandersetzungen zwischen Ärzten grundsätzlich ab, da sie den demokratischen Gedanken innerhalb der ärztlichen Selbstverwaltung nicht fördert, sondern ihn ad absurdum führen kann.

Kritik ist, auch wenn sie noch so hart sein mag, nötig und darf als Grundrecht des freien Bürgers nicht angetastet werden. Die Möglichkeit, dieserhalb mit einem berufsgerichtlichen Verfahren wegen unkollegialen und standeswidrigen Verhaltens bedacht zu werden, ist geeignet, als Drohung zu wirken, deren Druck die freie standespolitische Kritik gefährdet.

Nach dem Grundgesetz und auch nach der Bayerischen Verfassung hat jeder Staatsbürger das Recht, seine Meinung in Wort, Schrift und Bild frei zu äußern. Niemand darf ihn in Ausübung dieses Rechts benachteiligen. Es findet seine Grenzen lediglich in den Vorschriften der allgemeinen Gesetze.

Nach dem bayerischen Ärztesgesetz wird die Verletzung ärztlicher Berufspflichten durch das Berufsgericht verfolgt. Standespolitische Gegensätze, Handlungen und Äußerungen waren bisher niemals Gegenstand eines Verfahrens vor einem ärztlichen Berufsgericht, weder in Bayern noch im Bereich einer außerbayerischen Landesärztekammer. Sie sollten es nach dem Ergebnis der seinerzeitigen Beratungen im Bayerischen Parlament auch nicht sein können. Bei persönlicher Beleidigung im Verlaufe solcher Differenzen werden, wie allgemein üblich und gültig, die öffentlichen Gerichte tätig.“

Meine Damen und Herren! Ich glaube, es wird wohl niemand unter uns auf die abwegige Idee kommen, standespolitische Auseinandersetzungen vor ein Berufsgericht zu bringen. Wir stehen alle auf dem Standpunkt, daß die Freiheit der Rede, der Meinungsäußerung, der Kritik gewahrt und verteidigt werden muß. Es spricht aber für ein hohes Maß von Begriffsverwirrung, wenn jemand seitenweise vorgetragene Verleumdungen als standespolitische Auseinandersetzungen bezeichnet,

und wenn man dem Kammervorstand unterstellt, er wolle die freie Meinungsäußerung durch Drohung mit dem Berufsgericht unterdrücken. Über solche Beschlüsse kann ich von mir aus nur mein tiefes Bedauern zum Ausdruck bringen.

Im übrigen möchte ich kurz zitieren die „Münchner Ärztlichen Anzeigen“ Nr. 8 vom 23. Februar. Sie enthalten einen Leitartikel, der also die offizielle Meinung dieses Blattes darstellt, und wo Sie lesen können:

„Entweder — so scheint es dem unvoreingenommenen Leser — sind die Behauptungen Dr. Schmitts falsch. Dann ist der Tatbestand der Verleumdung gegeben. Warum wurde dann nicht sofort eine einstweilige Verfügung oder Untersagung der Weiterverbreitung veranlaßt?“

Am 23. Februar war man also offenbar auch hier noch der Meinung, daß es sich, wenn diese Äußerungen falsch sind, um Verleumdungen handelt. Inzwischen hat man seine Meinung allerdings gründlich geändert und hat daraus eine standespolitische Auseinandersetzung gemacht.

Im übrigen darf ich Sie, was die Zuständigkeit des Berufsgerichts betrifft, darauf hinweisen, daß § 12 der Berufsordnung die Bestimmung enthält:

Der Arzt hat seinen Kollegen durch rücksichtsvolles Verhalten Achtung zu erweisen. In Form und Art herabsetzende Äußerungen über die Person, die Behandlungsweise oder das berufliche Wissen und Können eines anderen Arztes sind mit der ärztlichen Standeswürde ebenso wenig vereinbar wie jeder Versuch, einen Kollegen aus seiner Stellung oder seiner Behandlungstätigkeit zu verdrängen.

Daß im übrigen die Berufsordnung auch die Tätigkeit unserer Standesorganisation betrifft, ist auch entsprechend durch § 2 der Berufsordnung ausgeführt, dessen Satz 2 lautet:

Er hat die von ihm in der Berufsvertretung übernommenen Aufgaben gewissenhaft zu erfüllen.

Im übrigen ist auch das Berufsgericht, wie Sie wissen, bei uns nach dem Kammergesetz als ordentliches öffentliches Gericht konstruiert und entspricht damit sämtlichen Vorschriften der Strafprozeßordnung.

Es wurde uns auch noch ein weiterer Beschluß offiziell zugeleitet mit der Forderung, ihn zu veröffentlichen. Herr Kollege Breidenbach, München, richtete einen Brief an die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“:

„Sehr geehrter Herr Kollege!

Die Münchner Opposition e. V. hat in ihrer Vollversammlung vom 25. April 1963 das anliegende Schreiben beschlossen und außerdem darüber Beschluß gefaßt, daß dieses Schreiben in unserem „Bayerischen Ärzteblatt“ zu veröffentlichen sei, ebenso wie in anderen Organen der Standespresse. Ich darf sie deshalb ersuchen, entsprechend dem Beschluß der Opposition, dieses Schreiben im nächsten „Bayerischen Ärzteblatt“ zu veröffentlichen, da mir als dem derzeitigen Vorsitzenden die Durchführung dieses Beschlusses übertragen wurde.

Mit vorzüglicher kollegialer Hochachtung  
gez. Breidenbach.“

Die Münchner Opposition ist, wie Sie auch aus dem Schreiben entnehmen, ein eingetragener Verein. Der 1. Vorsitzende ist Herr Kollege Breidenbach, der 2. Vorsitzende Herr Kollege Schoch, München, der Sprecher Herr Dr. Ludwig Schmitt, München, und Schriftführer Herr Dr. Dr. Graßl, München. Der Verein umfaßt ca. 30 Mitglieder.

Nun der Beschluß der Münchner Opposition:

„Die Münchner Opposition e. V. hat in ihrer Versammlung am 25. 4. 1963 einstimmig folgende Beschlüsse zur Veröffentlichung an die bayerischen Ärzte gefaßt:

1. Das an alle bayerischen Ärzte gerichtete Schreiben des Herrn Dr. Schmitt war nach Inhalt und Deutung ausschließlich gegen die Person des Herrn Dr. Sewering gerichtet. Die heutige Versammlung mißbilligt schärfstens das Vorgehen des Herrn Dr. Sewering, sich in seinen Antworten auf Kosten der bayerischen Ärzte der Machtmittel der Bayerischen Landesärztekammer zu bedienen und damit den bayerischen Ärzten unnötige Kosten aufzubürden. (Karte, Brief, Sonderdruck des Bayerischen Ärzteblattes, Vorstandssitzungen usw.).

BAYERISCHES ARZTEBLATT

Heft 4 / 1963

# AKTIVANAD

**schafft  
Kraft  
macht  
frisch  
und  
froh**





**THROMBOPHOB**  
**SALBE**

Ulcus cruris

Wadenkrämpfe

Furunkel

Varizen

Thrombophlebitiden

Hämatome

Frostleiden

beseitigt venöse Stase  
fördert Kapillardurchblutung



NORDMARK-WERKE GMBH HAMBURG

2. Die Versammlung hält die Bekanntgabe der Kontroverse der Ärzte Schmitt — Sewering an die Presse seitens des Herrn Dr. Sewering als standesunwürdig.“

Dazu einige Bemerkungen. Zum ersten Satz, der Brief sei ausschließlich gegen die Person — also gegen mich — gerichtet, möchte ich mich wiederum gar nicht auf meine eigene Meinung verlassen; denn in Nr. 17 der „Münchener Ärztliche Anzeigen“ wurde ein Artikel aus dem roten „Berliner Ärzteblatt“ abgedruckt, das weiß Gott nicht in Verdacht steht, mich zu unterstützen. Auch hier möchte ich nur zitieren:

„Wir könnten uns darauf beschränken festzuhalten, daß Dr. Schmitt dem Kammervorstand, dem er selbst kraft seines Amtes als Vorsitzender des Münchener Kreisvereins angehört, Zentralismus, Selbstherrlichkeit, Mangel an Bedeutung, Mangel an Objektivität und Neutralität, Monopolismus und Zerstörung der Selbstverwaltung vorwirft. (Dabei sind bewußt jene Vorwürfe ausgelassen, die sich gegen die Person des Kammerpräsidenten selbst richten).“

Mit anderen Worten: Auch das für Herrn Schmitt weiß Gott unverdächtige „Berliner Ärzteblatt“ hat diese Vorwürfe als gegen die Kammer und ihren Vorstand gerichtet betrachtet und hat die Angriffe, die gegen mich persönlich gerichtet sind, überhaupt nicht zitiert. Der Kammervorstand steht also wohl mit seiner Auffassung, daß sich diese Angriffe weiß Gott nicht gegen meine Person allein richten, sicher nicht allein da. Das nur zu diesem einen Punkt.

Zum zweiten die Kosten der Erwiderung. Meine Damen und Herren, hier möchte ich in aller Klarheit und Offenheit eines sagen: Wenn eine Organisation einen Kollegen wählt und ihn an eine verantwortliche Stelle stellt und sie läßt ihn dann, wenn er in dieser Eigenschaft als Träger eines Amtes angegriffen wird, ohne Schutz, da möchte ich den Kollegen sehen, der es seiner Familie gegenüber noch verantworten kann, ein solches Amt überhaupt anzunehmen.

Ich für meine Person wäre jedenfalls nicht bereit, hier riesige Tausende von Mark, die vielleicht notwendig sind, aufzuwenden, wenn meine Organisation, die mich gewählt hat, nicht bereit ist, mich in einer solchen Situation in Schutz zu nehmen.

Nebenbei bemerkt, das „Bayerische Ärzteblatt“ hat bisher die bayerischen Kollegen noch keinen Pfennig gekostet.

Nun aber die andere Frage. Ich möchte noch einmal zitieren:

„...die Bekanntgabe der Kontroverse der Ärzte Schmitt — Sewering an die Presse seitens des Herrn Dr. Sewering“

ist nach Meinung der Herren der Münchner Opposition „standesunwürdig“. Dazu einige Bemerkungen. Es wurden seinerzeit rd. 13 000 Briefe verschickt. Wie wir feststellen konnten, sind diese Briefe bei den Ärzten in Bayern, aber auch bei allen Zeitungsredaktionen und Journalisten,

bei den Ministerien und sonstigen Organisationen zur gleichen Zeit eingegangen.

Es spielt überhaupt keine Rolle, durch wen das geschehen ist. Tatsache ist, wenn ich 13 000 Briefe verschicke, muß ich wissen, daß so etwas am nächsten Tag in den Händen sämtlicher Journalisten sein muß. Wer das nicht weiß, der stellt sich dumm.

Bereits einen Tag, nachdem ich selbst den Brief in die Hände bekam, war der erste, der bei unserer Pressestelle mit dem Brief in der Hand erschien, der Münchner Vertreter des „Spiegel“. Von dieser Stunde an rissen die Besuche von Journalisten ärztlicher und nichtärztlicher Zeitungen bei der Pressestelle der Kammer überhaupt nicht mehr ab. Es steht also fest, daß die Öffentlichkeit genauso schnell im Besitz des Briefes war wie Sie alle, die Sie hier versammelt sind.

Schon damit ist die Frage, wer an die Öffentlichkeit gegangen ist, klar und unwiderlegbar beantwortet. Ich weise Sie aber auch darauf hin, daß bereits eine Woche später die „Münchener Ärztlichen Anzeigen“ vom 23. Februar in einem Leitartikel und in Leserschriften ausführlich zu dem Brief Stellung nahmen, also auch ihrerseits in ihrem Presseorgan diesen Brief besprachen, bevor von seiten der Kammer überhaupt eine Stellungnahme dazu erschienen war.

Meine Damen und Herren, wer nun geglaubt hätte, wir hätten in dieser Situation den bei uns ankommenden Journalisten etwa die Tür verschließen und ihnen sagen sollen, wir erteilen keine Auskunft, der müßte mich für einen ausgesprochenen berufspolitischen Selbstmordkandidaten halten. Das konnten Sie von mir nicht erwarten, daß ich mich von der Presse aufknüpfen lasse; denn dann wäre die einzige Informationsquelle ja der Brief gewesen, den die Presse in der Hand hatte. Wir haben auf alle Fragen geantwortet und haben uns jede Zeit genommen, die von der Presse dafür beansprucht wurde. Bei der unübersehbaren Verbreitung, die der Brief damit hatte, blieb eine andere Beantwortung als die durch das „Bayerische Ärzteblatt“ überhaupt nicht mehr übrig.

Wenn nun die Herren der Münchner Opposition also die Bekanntgabe der Sache an die Presse für standesunwürdig halten, dann möchte ich hier bitten, sich an die richtige Adresse, aber nicht an mich, zu wenden.

Im übrigen wird der Beschluß der Münchner Opposition selbstverständlich im „Bayerischen Ärzteblatt“ veröffentlicht im Rahmen meines Tätigkeitsberichts. Das Urteil überlasse ich Ihnen. Für mich gibt es hier nur eine Antwort: „Niedriger hängen!“

Meine Kolleginnen und Kollegen! Wer das Amt des Präsidenten der größten deutschen Landesärztekammer übernimmt, muß sich von vornherein darüber klar sein, daß er eine Last auf seine Schultern nimmt. Die Aufgabe, die ihm gestellt wird, ist aber eine schöne, eine sinnvolle und eine fruchtbare. Es ist nur schade um jede Stunde, die man sich mit derartig unsachlichen, darüber hinaus noch beleidigenden und verleumderrischen Angriffen berumschlagen muß, und es ist wahrhaftig körperlich und geistig keine Freude. Aber das wird überwunden werden.

Sie haben mich vor wenigen Monaten mit großer Mehrheit zum drittenmal gewählt. Von diesem Vertrauen getragen, werde ich auch weiterhin meine Aufgabe erfüllen und mich voll und ganz für meine Kollegen, die Ärzteschaft und das gemeinsame Wohl einsetzen; denn dieser Dienst ist für mich eine freudige Pflicht. Mich dabei zu unterstützen, mir zu helfen, das bitte ich Sie.

Die Delegierten nahmen diesen Bericht mit anhaltend starkem Beifall zur Kenntnis.

Herr Präsident Dr. Sewering, bat sodann den Vizepräsidenten der Bayer. Landesärztekammer, Herrn Dr. S o n d e r m a n n, den Tätigkeitsbericht aus seinem Arbeitsbereich zu ergänzen:

Meine Damen und Herren! Ich darf in gedrängter Kürze aus meinem Arbeitsbereich auf einige Punkte hinweisen, die Sie vielleicht interessieren.

#### Ärztliche Schweigepflicht

Zunächst darf ich über die sog. Generalklausel sprechen. Sie wissen alle, was dieser Begriff beinhaltet. Die Erklärung eines Menschen, der sich bei einer Versicherung versichern läßt und der unterschreibt, daß er alle Ärzte, die er jemals konsultiert hat oder konsultieren wird, von ihrer Schweigepflicht entbindet. Diese Generalklausel war von jeher ein Gegenstand unseres Mißtrauens. Wir haben sie von jeher mehr gefühlsmäßig abgelehnt, da wir meinen, es sei ein Verstoß wider die guten Sitten, in solch persönlichen Angelegenheiten eine Pauschallizenz für alle Zeiten abzuverlangen. Nun hat das Urteil des Oberlandesgerichts Köln unsere Haltung ganz eindeutig bestätigt. Ein Arzt hat über eine Patientin, die bei einer Unfallversicherung versichert war, ein Zeugnis ausgestellt. Ihm wurde von der Versicherung versichert, daß er ausdrücklich von der Schweigepflicht entbunden sei. Er war aber so vorsichtig und hat die Versicherung noch einmal telefonisch angerufen, und der betreffende Angestellte hat ihm nochmals versichert, er sei entbunden. Beides war nicht wahr. Und nun hat die Patientin gegen den Arzt wegen Bruches der Schweigepflicht Klage geführt. Der Arzt wurde nur deshalb nicht verurteilt, weil er fahrlässig gehandelt hat. Ein fahrlässiger Bruch der Schweigepflicht wird nicht bestraft. Aber der Richter hat dem Arzt einen groben Verstoß gegen die ärztliche Schweigepflicht vorgeworfen; denn die schriftliche Zusage der Versicherungsgesellschaft habe ihm ebensowenig genügen dürfen wie die fernmündliche Bestätigung; er habe als Arzt wissen müssen, daß er sich an seinen Patienten selbst wenden müsse. Wenn das bei einer Klinik oder einem Arzt der Brauch sei, so sei dies ein Mißbrauch, der einen weiteren Rechtsbruch nicht berechtigt sein lasse.

Mit diesem Urteil hat sich nun auch der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer befaßt und hat sich der Rechtsauffassung voll angeschlossen. Er war sich



Vizepräsident Dr. Sondermann

aber auch klar darüber, daß versucht werden soll, die Versicherungsgesellschaften zu veranlassen, von sich aus ihren Auskunftersuchen an Ärzte immer auch eine konkrete Erklärung des Patienten beizufügen, mit der dieser seinen Arzt von der Schweigepflicht entbindet.

Dann darf ich ganz kurz über das Schicksal der sog. Diagnoseerpressung sprechen. Das ist ja ein Punkt, der uns seit Jahren beschäftigt und der immer wieder viel Bitterkeit unter Patienten und Ärzten erregt. Der Kampf um diese Diagnoseerpressung flackerte im Januar etwas stärker auf, als das Finanzministerium einen Erlaß herausgegeben hatte, wonach bei längerer als achtägiger Erkrankung auch über die Art der Erkrankung ein ärztliches Zeugnis abgegeben werden muß; weigere sich der Beamte, ein entsprechendes Zeugnis vom Arzt anzufordern, so verstoße er gegen seine Dienstpflicht und mache sich eines Dienstvergehens schuldig. Nachdem direkte Verhandlungen nicht zum Ziel führten, hat der Kollege Dehler dankenswerterweise einen Antrag auf Zurückziehung dieser Entschliebung und ihre Ersetzung durch eine andere ähnliche gestellt, dahin, daß zum Schutz der intimen Persönlichkeitssphäre der Staatsbediensteten auf die Angabe der Art der Erkrankung verzichtet wird.

Der Beamtenrechtsausschuß des Landtags stimmte nun diesem Antrag zu, allerdings mit der Zusatzklausel, daß die Art der Erkrankung nur in den Fällen verlangt werden soll, in denen dies aus besonderen dienstlichen Gründen geboten sei. Der Ausschuß für Verfassungs-, Rechts- und Kommunalfragen hat jedoch diesen Antrag in unveränderter Form angenommen, so daß man hoffen konnte, der Antrag gehe nun im Plenum glatt durch. Leider wurde der Antrag dann auf Antrag der CSU an die Ausschüsse zurückverwiesen, so daß diese Hoffnung, daß der Beschluß nun durchgehe, nicht erfüllt wurde. Nun höre ich, daß in den letzten Tagen der Beamtenrechtsausschuß den Antrag wieder angenommen hat, und zwar wieder mit dem Zusatz „aus besonderen dienstlichen Gründen“, so daß wir hoffen, daß in absehbarer Zeit diese ärgerliche und völlig unberechtigte Angelegenheit erledigt wird.

Aus gegebener Veranlassung glaube ich, auch auf folgendes hinweisen zu müssen: Die Schweigepflicht des Arztes besteht nach dem Tode des Patienten weiter, und der Arzt kann nicht durch die Erben und die Angehörigen davon entbunden werden. Nur der Arzt entscheidet, ob es ihm geboten erscheint, zum Schutze höherwertiger Interessen auszusagen. Auch das Gericht kann dem Arzt diese Entscheidung, ob er aussagen soll oder nicht, nicht abnehmen, weil der Arzt den wahren Sachverhalt kennt und somit abzuwägen vermag, ob er aussagen soll oder nicht. Auf keinen Fall ist in einem Erbprozeß ohne weiteres das höherwertige Rechtsgut ersichtlich, wenn es um das Geld geht, um das Erbe.

Mich veranlaßt zu dieser Bemerkung ein Prozeßbericht, in dem es heißt, daß die als Zeugen aufgerufenen Ärzte von den Hinterbliebenen von der Schweigepflicht entbunden seien und deshalb ausgesagt hätten. Sie haben auch ausgesagt, ja, ein an der Erbschaft interessierter Arzt hat den ganzen Akt der Redaktion der Lokalpresse übergeben, und die hat nun einen ziemlich unappetitlichen und ungunstigen Artikel darüber verfaßt, in dem die Aussagen der Ärzte des langen und breiten dargelegt sind.

Meine Damen und Herren! Hier muß sich jeder wirklich sehr überlegen, ob er aussagen soll oder nicht. Hier muß genau abgewogen werden, im Interesse welchen Rechtsgutes man sich befugt glaubt, die Schweigepflicht durchbrechen zu dürfen.

### Wehrgesetzgebung

Nun darf ich noch ganz kurz, weil das auch immer wieder Unruhe bringt, über Planung und zukünftige Änderung in der Wehrgesetzgebung berichten. Ab 1. April 1963, also seit kurzem, werden Abiturienten, die Medizin, Zahnmedizin oder Pharmazie studieren wollen, vor Beginn ihres Studiums zu einem Wehrdienst von 12 Monaten einberufen, also nicht von 18 Monaten. In dieser Zeit werden sie ein Vierteljahr Grundausbildung erhalten, ein Vierteljahr Unteroffizierslehrgang, ein Vierteljahr Offizierslehrgang und noch ein Vierteljahr Sanitätsdienst tun. Dann werden sie in der Regel vorübergehend beurlaubt als Fahnenjunker. Nach Erhalt ihrer Approbation werden sie zur Dienstleistung der restlichen sechs Monate ihrer Wehrpflicht wieder einberufen, und zwar in dem zeitweiligen Dienstgrad als Stabsarzt.

Zweitens: Es ist anzunehmen, daß ab Mai 1963 die sog. Restanten, also die jungen Leute, die nicht eingezogen wurden — es wird ja nicht der ganze Jahrgang eingezogen, sondern die werden ausgelost —, zu einem verkürzten Wehrdienst von sechs Monaten einberufen werden. Dabei werden sie einen Monat auf der Sanitätsschule ausgebildet, die restlichen fünf Monate werden sie als Stabsärzte auf Zeit ihren Dienst bei der Truppe tun.

Noch eine Änderung des § 49 des Wehrpflichtgesetzes ist in absehbarer Zeit zu erwarten. Bis jetzt konnten Deutsche nur einberufen werden, wenn ihr ganzer Jahrgang aufgerufen wurde. Jetzt sollen die Angehörigen besonders benötigter Berufe zu Wehrübungen von drei Monaten einberufen werden können, ohne daß der gesamte Jahrgang aufgerufen wird. Es besteht die Absicht, dann den Approbationsjahrgang 1962 und jünger einzuberufen, und zwar 100 bis 125 Ärzte im Monat. Damit würde auch eine große Beunruhigung von den älteren Kollegen abgenommen werden. Es werden doch immer wieder ältere Kollegen jetzt erfaßt und gemustert und bekommen eine Mob-Beorderung. Das bereitet Unruhe. Und törichterweise sagt auch das Wehersatzamt: Sie müssen damit rechnen, daß Sie demnächst eingezogen werden! Das ist nach dem Gesetz gar nicht möglich, daß die Kollegen einberufen werden könnten. Augenblicklich können nur einberufen werden der Jahrgang 1922, dann die Herren, die bereits in der Reserve der Bundeswehr stehen, und der junge Jahrgang, der sowieso zur Einberufung heransteht. Kein anderer kann einberufen werden. Wenn die Wehersatzämter dies mitteilen, so ist das eine falsche Information eines Amtes, die man gar nicht begreifen kann.

Durch diese Maßnahme, daß nun die jungen Kollegen laufend einberufen werden, wird die Mobilmachungsorder, die einer Reihe von älteren Kollegen ins Haus geflattert ist, damit allmählich abgelöst, und sie kommen wieder aus dem Druck einer gewissen Drohung heraus.

Ich darf in diesem Zusammenhang auch meinerseits noch betonen, daß die Zusammenarbeit auch mit dem neuen Sanitätsinspekteur eine ausgezeichnete ist, und daß wir alles tun müssen, um die drohende Spaltung zwischen aktiven und Zivilärzten hintanzuhalten.

Präsident Dr. Sewering dankte Herrn Kollegen Sonderrmann für seine Ausführungen.

Er bat dann Herrn Dr. Soennig, MdL und Vorsitzender des Bayer. Landesgesundheitsrates, zu seinem Referat über

### Krankenhausragen

Meine sehr geehrten Damen und Herren!

Seit Jahren beschäftigen sich der Bayerische Landtag und der Bayerische Landesgesundheitsrat mit dem wichtigen Problem des Krankenhauspfllege- und Hauspersonals.

Der Mangel an Krankenhauspfllegepersonen und des Hauspersonals in Krankenhäusern nimmt katastrophale Formen an. Er könnte das Krankenhauswesen vielerorts zum Erlahmen bringen. Das nach wie vor vorhandene Interesse unserer Frauen, sich dem Krankenpfllegeberuf zu widmen, muß unterstützt werden durch weitere Erleichterung und Förderung der Ausbildung des Krankenpfllegepersonals. Es kann nicht behauptet werden, daß unsere Frauen weniger Interesse am Krankenhauspfllegedienst haben wie früher. Wir hatten im Bundesgebiet

1955	58 496 Schwestern
1957	62 437 Schwestern
1958	68 132 Schwestern.

Weshalb wir heute trotzdem den akuten Mangel an Krankenschwestern haben, hängt damit zusammen, daß die Krankenhäuser im Gegensatz zu früher wesentlich mehr Krankenschwestern brauchen. Besonders die Arbeitszeitverkürzungen wirken sich sehr nachteilig aus. Während bis 1957 die Krankenschwestern im Durchschnitt noch 60 Stunden gearbeitet haben, wurde ab 1. 10. 1960 auch bei dem Krankenhauspfllegepersonal die 48-Stunden-Woche eingeführt. Diese Arbeitszeitverkürzung forderte in Bayern ca. 3000 Schwestern mehr.

Nach der Empfehlung der Deutschen Krankenhauesgesellschaft vom 23. 1. 1959 für die Besetzung der Krankenanstalten mit Pflegekräften soll das Verhältnis Schwester : Betten im Durchschnitt etwa 1 : 5 betragen.

Bei der Berechnung von 1 Schwester auf 5 Betten wären in Bayern

21 168

Schwwestern nötig.  
Vorhanden sind (einschließlich der Schüler und Praktikanten in der zulässigen Anrechnung)

17 141

Demnach fehlen:

4 027

Nach einer letzten Mitteilung der Deutschen Krankenhauesgesellschaft fehlen im Bundesgebiet zur Zeit ca. 25 000 Schwestern und 3000 technische Assistenten.

Die Tarife der Krankenschwestern wurden in den letzten Jahren wesentlich verbessert. Sie wurden von 1951 bis 1961 von 110 auf 145 Prozent angehoben. Die Arbeitszeit wurde von 60 Wochenstunden auf 48 verkürzt. Die Unterbringung der Schwestern in Einzelzimmern und in eigenen Schwesternhäusern hat sich auch wesentlich verbessert; aber mindestens 50 Prozent des Personals sind ungenügend untergebracht. Am schlechtesten ist die Unterbringung in den staatlichen Universitätskliniken, besonders in München. Seit 1951 wurden mit großzügiger Unterstützung des Staates 5930 Schwesternwohnungen mit einem Aufwand von fast 24 Millionen DM erstellt. Während bis zum Jahre 1959



Dr. Soening, MdL  
Vorsitzender des Landesgesundheitsrates

die Länder und auch Bayern für Schwesternausbildung praktisch keine Sondermittel ausgegeben haben, stellt die jetzige Regierung im Haushalt 1962 1,4 Millionen DM bereit. Für jede in Ausbildung stehende Krankenschwester erhält die zuständige Schule einen Zuschuß von 500 DM. Diese Unterstützungsaktion zeigt schon jetzt ihren Erfolg. Die Zahl der Krankenpflegepersonen in den Krankenanstalten hat sich seit 1954 von 11 363 auf 14 483 im Jahre 1960 erhöht. Während 1954 ca. 2400 Krankenpflegepersonen in Ausbildung standen, waren es im Jahre 1960 ca. 4600. Auch die Krankenschulung haben sich von 1954 von 82 auf 80 im Jahre 1961 erhöht.

Fast noch katastrophaler ist der Mangel an Hauspersonal in den Krankenhäusern. Um diesen Notstand zu überwinden, werden Sofortmaßnahmen ergriffen werden müssen. Bevor man an einen sozialen Pflichtdienst denkt, sollten alle anderen Möglichkeiten, den Sozialdienst zu fördern, ausgeschöpft werden. Im Landtag und im Landesgesundheitsrat wird zur Zeit das Problem des Mangels an Krankenpflegepersonal erneut eingehend behandelt. Alle Fraktionen bemühen sich zur Zeit mit Anträgen und Anfragen, um neue Wege zur Überwindung des Mangels an Krankenpflege- und Hauspersonal zu finden.

Auch der Bayerische Landesgesundheitsrat hatte dieses wichtige Problem auf der Tagesordnung der Sitzung am 3. 5. 1963, an der auch die Spitzenverbände der Schwesternschaft teilnahmen.

Obwohl die Behandlung des Schwesternproblems im Landesgesundheitsrat noch nicht abgeschlossen ist, kann heute schon festgestellt werden, daß zusätzlich folgende Maßnahmen notwendig sind:

1. Die Unterstützung der Schwesternschulen — bisher 500 DM für jede in Ausbildung befindliche Schwester — soll erhöht werden.
2. Der Ausbau und der Unterhalt von Schwesternschulen kann den Krankenhausträgern und den zuständigen Verbänden nicht mehr allein zugemutet werden, sondern muß ebenfalls vom Staat gefördert werden.

3. Mittel zur Förderung der Schwesternhelme sollen nicht nur erhöht werden, sondern es soll auch die Errichtung von den notwendigen Personalbauten finanziell unterstützt werden.
4. Die Zeit der Schulentlassung von jungen Mädchen und der Möglichkeit der Schwesternausbildung mit dem 18. Lebensjahr soll durch entsprechende Maßnahmen überbrückt werden.
5. Im Rahmen der schon längst geforderten Krankenhausplanung soll festgelegt werden, daß Krankenhausprojekte nur dann gefördert werden sollen, wenn die Krankenhausträger sich bereit erklären, die notwendigen Personalunterkünfte zu errichten und Schulen einrichten, sofern die gegebenen Verhältnisse es fordern.
6. Der freiwillige Sozialdienst soll eingerichtet werden, um den Mangel an Hauspersonal in den Krankenhäusern zu überwinden.
7. Eine Koordinierung der Maßnahmen zur Überwindung des Mangels an Schwestern und Hauspersonal in den verschiedenen Ländern. Eine Initiative hierzu könnte von der Bundesärztekammer ergriffen werden.

Persönlich fordere ich eine Unterstützung der Krankenpflegeausbildung durch Bundeswehr und Katastrophendienst, da es nicht ausreicht, nur Reserven an Lazaretten und Ärzten zu haben, ohne daß genügend Krankenpflegepersonal ausgebildet wird.

Ferner halte ich es für dringend notwendig, daß in Presse, Rundfunk und Fernsehen darauf hingewiesen wird, daß die Pflege der Kranken nicht nur einer der schönsten und beglückendsten Frauenberufe ist, sondern auch für eine Frau in ihrem späteren Leben als Hausfrau und Mutter sehr von Nutzen sein wird.

### Der Haushalt der Kammer

Zum nächsten Punkt der Tagesordnung — Rechnungsabschluß 1962 für die Kammer und Kindergeldkasse, Nachtragshaushalt für 1963 für die Kammer, Voranschlag für 1964 für die Kammer, führte Herr Dr. Aurnhammer, der Vorsitzende des Finanzausschusses als Berichterstatter folgendes aus:

Ich nehme für alle Delegierten in Anspruch, daß wir die Aufwendungen der Kammer stets kritisch betrachtet haben, allerdings auch aus positiver Grundeinstellung zur Selbstverwaltung der Ärzte heraus bereit waren, ihr die Mittel zu geben, die für die Durchführung der zum großen Teil von uns selbst gestellten Aufgaben erforderlich waren. Um der historischen Wahrheit willen muß auch festgehalten werden, daß in dem Augenblick, als bei einer relativ günstigen, finanziellen Gesamtentwicklung erstmals diskutabile Überschüsse auftraten, sofort die Frage einer evtl. Beitragsermäßigung besprochen wurde. Nach eingehender Überprüfung unserer laufenden und zukünftigen Verpflichtungen ließ ein wirklich häusliches Denken auf längere Sicht dies aber nicht zu. Ich halte es für richtig, auch in Zukunft so zu verfahren, d. h., zuerst unsere Pflichten zu überprüfen, bevor wir um einer augenblicklichen Vorspiegelung willen den nachkommenden Kollegen früher oder später außergewöhnliche Lasten übertragen würden.



Dr. Aurnhammer  
Vorsitzender des Finanzausschusses

Gestatten Sie mir, daß ich in einem ganz großen Rahmen eine Übersicht vom Jahr 1953 bis zum Haushalt 1962 gebe. Dieser Rahmen umspannt also 10 Jahre bayerischen Kammerhaushalt. Alle Einzelheiten sind Ihnen Jahr um Jahr vorgelegen, und viele von Ihnen mögen sie gesammelt und zur Verfügung haben. Im Jahre 1953 betrug die Zahl der Ärzte etwa 12 000 in Bayern; zur Zeit beträgt sie fast 16 000, also eine Vermehrung um ein Drittel. Die Aufwendungen der Kammer, die vergleichbar sind vom Jahr 1953 bis 1962, bewegten sich damals in einer Größe von etwa 220 000 DM; jetzt sind es 520 000 DM. Die Vergleichbarkeit hat ihre Grenzen einmal darin, daß die damalige Art der Haushaltsvorlagen nicht mit der jetzigen Art der Vorlagen zu vergleichen ist. Es kommt hinzu, daß alle jene Aufgaben, die den Bereich zwischen den 220 000 DM seinerzeit und den 520 000 DM von heute erfassen, in der heutigen Kammer eine erhebliche Ausweitung erfahren haben.

Lassen Sie mich vier Posten aus dieser Entwicklung herausgreifen. Sie sollen Ihnen die Steigerung begreiflich machen. Der 1. Posten ist der der Personalkosten einschließlich Sozialversicherung. Diese haben seinerzeit ca. 100 000 DM erfordert, heute sind es 230 000 DM. Ich habe diesen Posten sehr kritisch überprüft. Die Zahl unseres für die Kammer tätigen Personals hat sich in diesem Zeitraum von 17 auf 21 Mitarbeiter erhöht. Es ist die parallele Erhöhung, wie sie für die Erhöhungszahl der bayerischen Ärzte von 12 000 auf 16 000 Mitglieder zu ziehen ist. Die Erhöhung beträgt auch hier ein Drittel. Nehmen Sie hinzu die Tarifierhöhungen, die in diesem Zeitraum 70% betragen, so kommen Sie um keine tausend Mark höher, als es die Entwicklung mit sich gebracht hat.

Ein zweiter Posten: Die Reisekosten waren im damaligen Haushalt mit 10 000 DM eingebaut. Sie haben einen erheblichen Anstieg erfahren. Sie betragen im letzten zu genehmigenden Haushalt 55 000 DM. Sie sind jetzt auf 95 000 DM angestiegen. Ich glaube aber, meine Kolleginnen und Kollegen, daß darin doch nicht nur eine finanzielle Ausweitung liegt, sondern daß es sich hier um Vergütungen handelt, die das Tätigwerden der Ausschüsse und das Zusammenkommen zu unseren Beratungen ermöglicht haben. Wenn diese Kosten sich

um fast das Zehnfache erhöht haben, so darf man doch wohl unterstellen, daß sich damit auch die Tätigkeit dieser Gremien um einen entsprechenden Prozentsatz vermehrt hat. Dabei liegt in dieser Steigerung von 55 000 auf 95 000 DM noch die Aufnahme der Kosten für den Bayerischen Ärztetag. Es sind aber auch die Kosten für die Delegierten zum Deutschen Ärztetag in dieser Summe enthalten.

Wenn 3. die Ansätze für den laufenden Bürobetrieb von 11 000 DM auf 46 000 DM angestiegen sind, muß man wohl erwarten, daß damit auch eine erhöhte Tätigkeit verbunden gewesen ist.

Als vierte Zahl noch die Summe der Beiträge, die wir weiter abführen. Sie haben sich von 56 000 auf 108 000 DM erhöht.

Ich wiederhole: Auf vergleichbaren Gebieten sind die Beträge heute auf 520 000 DM angestiegen. Das bedeutet im wesentlichen die Fortführung, allerdings erweiterte Fortführung der seinerzeit üblichen Tätigkeit der Kammer. Sicher hätten wir in den letzten Jahren auf dieser Basis stehen bleiben können. Es war aber unsere freie Entscheidung, daß wir weitere Aufgaben übernommen haben. Ich erinnere z. B. an die Kollektivunfallversicherung und an den Betrag, den wir für die Ausbildung der Arzthelferinnen-Anlernlinge ausgeben.

Ich erinnere Sie aber auch daran, daß wir uns in den letzten Jahren gefragt haben, welche Dinge unter Umständen plötzlich einmal zu erheblichen Ausgaben führen könnten, die wir aber nicht irgendwelchen späteren Kollegen aufbürden wollen. So kam es zu den Rückstellungen für die Versorgungsansprüche der geschäftsführenden Ärzte. Wir haben sie im wesentlichen soweit ausgebaut, daß dieses Problem hinter uns liegt.

Es kam zu einem, zunächst bescheidenen Ausbau der Rückstellungen für die vom Gesetz zu Art. 131 GG Betroffenen. Es kam dann unser Beschluß auf dem Würzburger Ärztetag, die gesamten Auslagen für die Berufsgenossenschaft zu übernehmen, um die Kollegen von diesen verwaltungstechnischen Dingen zu entlasten.

Das hat natürlich zu einer erheblichen Aufstockung des Gesamthaushaltes führen müssen. Es kam erstmals im letzten Jahr die Subvention für den Hilfsfonds, der mit seinen Mitteln, die ihm durch die Beitragsanteile zufließen, nicht mehr die primitivsten Anforderungen in seinem Rahmen erfüllen konnte.

Durch diese Dinge, die wir Zug um Zug übernommen haben, haben wir nun allerdings die Grenze der Million erreicht, die wir wahrscheinlich in den kommenden Haushaltsjahren etwas überschreiten werden.

Zu dieser Übersicht soll aber auch die Aufbringung der Mittel gehören. Ich darf in Erinnerung rufen, daß wir vom Jahr 1953 mit 1957 eine gleichbleibende Beitragsordnung hatten. Sie hatte — um nur den Rahmen zu zeichnen — in der Gruppe I einen Kammeranteil von 45 DM beinhaltet und in der Gruppe II 22 DM.

Im Jahre 1958 wurde dieser Beitrag in Gruppe I auf 60 DM aufgestockt und in der Gruppe II bei 22 DM belassen. Seit 1959 können wir, da wir in Würzburg nur die Zulage für die Berufsgenossenschaft hineingenommen haben, sagen, daß wir eine gleichbleibende Beitragsordnung haben, die für die Zwecke der Kammer 90 DM in der Gruppe I und 36 DM in der Gruppe II enthält. Das bedeutet also, daß wir seit 1959 eine gleichbleibende Beitragsordnung haben.

Bevor ich nun in die Einzelheiten eintrete, will ich versuchen, noch die berechtigte Frage nicht nur der Kollegen unter uns hier, sondern aller Kollegen im Lande, zu beantworten, was mit den Geldern geschieht, die sie an die Kammer abführen. Dieser Versuch hat mich bei der Überprüfung zu folgenden Zahlen geführt, die als trockene Zahlen eines Haushalts die lebendigen Leistungen, die mit diesen Mitteln vollbracht werden, widerspiegeln, wenn man dies einmal positiv betrachtet.

Von den Geldern, die die Kollegen Jahr für Jahr an die Kammer geben, gehen 32% zur Verwendung im Hilfsfonds weiter, 16% an die Berufsgenossenschaft, und für die Ausbildung der Arzthelferinnenanlernlinge 2%. Das sind zusammengezählt genau 50% der eingehenden Mittel. Diese Aufwendungen fließen sofort den drei genannten Zwecken zu. Werden dann noch die Beiträge berücksichtigt, die wir an die Bundesärztekammer weiterreichen, sowie die Zuwendungen an die Berufsgerichte, so sind das nochmals rund 10% des Aufkommens. Insgesamt werden somit rund 60% des Aufkommens einfach weitergegeben. Es darf demnach festgehalten werden, daß nur 40% des Aufkommens für die eigentliche Tätigkeit der Bayerischen Landesärztekammer aufgewendet werden. Es wird also mit einem Aufwand von 40% der gesamten Mittel, die die bayerische Ärzteschaft aufbringt, die gesamte Arbeit der Bayerischen Landesärztekammer als Körperschaft des öffentlichen Rechts geleistet. Die Kammer benötigt aber auch diese Mittel, um die ärztliche Selbstverwaltung und die Wahrung der Belange der Ärzte erfüllen zu können. Wer Form, Ordnung und Tätigkeit unserer Standesvertretung bejaht, wird ihr auch die erforderlichen Mittel gewähren müssen. Wer ihr die notwendigen Mittel verweigern oder schmälern wollte, muß zumindest in den Verdacht kommen, daß er nicht nur die Haushaltsansätze ablehnt, sondern daß er Form und Ordnung unseres Standeslebens verneint, wie sie uns der Rahmen des Kammergesetzes gegeben hat. Eine solche negative Einstellung mag dem einzelnen Kollegen durchaus noch gestattet sein. Wer aber in der ärztlichen Standesorganisation Amt und Aufgabe übernimmt, wozu kein Kollege gezwungen wird, dem wird Wahrung und Erfüllung dieser Aufgaben der Standesvertretung zur Verpflichtung, was unsere Berufsordnung in § 2 Abs. 2 nur zu unterstreichen vermag.

Beim Eintritt in die Einzelberatungen empfehle ich Ihnen, unter diesen Gesichtspunkten den Vorschlägen aufgrund der Vorberatungen im Finanzausschuß und im Vorstand zu folgen, ohne daß ich Ihrer kritischen Stellungnahme auch in diesem Jahre vorgreifen möchte. Sollte es zur Annahme unserer Vorlagen kommen, so glaube ich, daß alle ernsthaft prüfenden Kollegen uns die Anerkennung unseres ehrlichen Bemühens nicht versagen können.

Anschließend erläuterte Herr Dr. Aurnhammer an Hand des jedem Delegierten übersandten, 23 Seiten umfassenden Finanzberichts die einzelnen Abschnitte.

Im Anschluß an die Aussprache zu diesen Abschnitten des Finanzberichtes billigte die Delegiertenversammlung mit einzelnen Gegenstimmen und Stimmenthaltungen den Rechnungsabschluß für 1962 für Kammer und Kindergeldkasse, den Nachtragshaushalt 1963 für die Kammer und den Voranschlag 1964 für die Kammer.

## Aufnahme der Bezeichnung „Praktischer Arzt“ in die Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. 4. 1958

Zu diesem Punkt der Tagesordnung führte Präsident Dr. Sewering als Berichterstatter folgendes aus:

Meine Damen und Herren Kollegen! Ich habe auf dem letzten Ärztetag in Passau bereits zu diesem Thema der Weiterbildung zum praktischen Arzt Ausführungen gemacht und Ihnen vor allem berichtet, daß sich der Deutsche Ärztetag in Wiesbaden mit dieser Frage, ob für den zukünftigen praktischen Arzt Weiterbildungsbestimmungen in die Berufsordnung aufgenommen werden sollen, befaßt. Aufgrund des Beschlusses, den der Deutsche Ärztetag in Wiesbaden faßte, wurden dem Deutschen Ärztetag in Norderney formulierte Vorschläge für eine Änderung der Berufsordnung vorgelegt. In Norderney wurde ein ganzer Tag für die Beratung dieses Themas verwendet und mit einer sehr großen Mehrheit ein entsprechender Beschluß gefaßt. Ich darf zunächst einmal die gefaßten Beschlüsse in Erinnerung rufen.

Nach dem Referat des Herrn Kollegen Dobler hat der Deutsche Ärztetag in Wiesbaden folgenden Beschluß gefaßt:

Der Deutsche Ärztetag hält es für notwendig, daß die Weiterbildung zum praktischen Arzt in der Berufsordnung verankert wird. Der Deutsche Ärztetag beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer, dem nächsten Ärztetag hierzu konkrete Vorschläge vorzuschlagen, die die Pflichtweiterbildung festlegen, nach deren Erfüllung die Berufsbezeichnung „Praktischer Arzt“ geführt werden darf.

Das war der Beschluß des Deutschen Ärztetages in Wiesbaden. Es begannen dann die Beratungen in der Akademie der praktischen Ärzte und im Vorstand der Bundesärztekammer. Auf dem Deutschen Ärztetag in Norderney hielt der Vorsitzende der Akademie, Herr Kollege Jungmann, Mitglied des Deutschen Bundestages, sein Grundsatzreferat. Nach einer sehr eingehenden Diskussion — von der ich schon sagte, daß sie einen ganzen Sitzungstag in Anspruch nahm — wurde folgender Beschluß gefaßt:

Die Berechtigung, die Bezeichnung „Praktischer Arzt“ zu führen, setzt eine Weiterbildungszeit von mindestens drei Jahren nach dem Zeitpunkt voraus, zu welchem die erteilte Bestallung die selbständige Ausübung des ärztlichen Berufes gestattet.

Davon sollen mindestens abgeleistet werden:

- 12 Monate auf dem Gebiet der inneren Medizin
- 12 Monate auf den Gebieten der Chirurgie oder der Frauenkrankheiten und Geburtshilfe
- 3 Monate in einer ärztlichen Allgemeinpraxis
- 9 Monate in freier Wahl unter den klinischen Fächern der Pathologie und der prophylaktischen Medizin.

Gleichzeitig wurde der Gesamtvorstand der Bundesärztekammer beauftragt, die notwendigen Übergangsbestimmungen zu beraten und zu beschließen und sie dann als eine Empfehlung an die Landesärztekammern herauszugeben.

Im vergangenen Herbst waren wir noch der Auffassung, wir könnten vielleicht bereits auf diesem Ärztetag konkret über das Thema beraten und Beschluß

*E. Merck*  
DARMSTADT

**Polybion**

**Polybion**

**Vitamin-B-Komplex**

**Vitamin-B-Komplex**





# ILVICO



Die wohlbegründete und ausgeglichene Kombination bewährter antipyretischer und analgetischer Substanzen mit einem Antihistaminikum und Vitamin C ist der Grund, warum **ILVICO** bei Grippe und Erkältungskrankheiten so sicher und zuverlässig wirkt

*EMerck*  
DARMSTADT

fassen. Diese Erwartung hat sich nicht erfüllt, und zwar aus verschiedenen Gründen:

1) Ich habe Ihnen in Aussicht gestellt, daß jedes Mitglied unserer Vollversammlung das Wortprotokoll des Deutschen Ärztetages von Norderney erhält, damit Sie die Rede des Herrn Kollegen Jungmann und die gesamte Diskussion nachlesen können. Dies erschien mir für unsere Beratungen von außerordentlicher Bedeutung. Ich konnte Ihnen das Wortprotokoll nicht rechtzeitig vorlegen, weil es bis zum heutigen Tage leider noch nicht erschienen ist. Es liegt aber in Köln eine entsprechende Bestellung der Bayerischen Landesärztekammer vor, damit Sie alle dieses Protokoll nach seinem Erscheinen erhalten.

2) Es wurden gegen die Einführung von Weiterbildungsbestimmungen für den praktischen Arzt rechtliche Einwände gemacht, die darauf hinweisen, daß eine solche Bestimmung in den Berufsordnungen der Ärztekammern gegen die Bestimmungen des Grundgesetzes verstoße. Es wurde deshalb vom Vorstand der Bundesärztekammer beschlossen, dazu ein ausführliches Rechtsgutachten einzuholen. Dieses Rechtsgutachten hat Herr Ministerialrat Weißauer vom Bayerischen Staatsministerium der Justiz, der Kommentator unseres Handbuchs für den bayerischen Arzt, erstattet. Es wurde in dem Ihnen vorliegenden Ärztetagsheft des „Bayerischen Ärzteblattes“ abgedruckt. Auch dieses Heft und damit das Gutachten haben Sie erst erhalten. Sie hatten zweifellos keine Zeit, dieses Gutachten, das eine umfangreiche Arbeit darstellt, ausführlich zu studieren. Man kann so etwas ja nicht einfach in der Diagonale durchlesen.

3) Der Gesamtvorstand der Bundesärztekammer hat sich erst auf seiner Sitzung hier in Ansbach vor zwei Tagen mit Übergangsbestimmungen, die notwendig erscheinen, beschäftigt, und ich konnte Ihnen deshalb erst heute morgen einen Entwurf\*) der gesamten Bestimmungen, wie sie in die Berufsordnung eingebaut werden müßten, auf den Tisch legen lassen. Es war Ihnen also noch nicht möglich, sich auch hier in Ruhe und eingehend mit diesen Fragen zu beschäftigen.

Diese drei Gründe sind meines Erachtens so wesentlich, daß heute eine Grundlage für eine umfassende Diskussion dieses Themas nicht vorhanden sein dürfte. Weil das vorauszusehen war, haben wir im Vorstand bereits die Auffassung vertreten, daß es sich heute nur um eine erste Lesung handeln kann. Der Beratungsgegenstand wird damit zum offiziellen Beratungsgegenstand der Kammer. Es wäre Ihre Aufgabe, nun die Verweisung an den Vorstand der Kammer zu beschließen, damit sich dann der Vorstand im einzelnen mit dieser Materie beschäftigt und Ihnen zur gegebenen Zeit formulierte Vorschläge vorlegt, die Sie dann aufgrund des Studiums der von uns zur Verfügung gestellten Unterlagen beraten und gegebenenfalls beschließen können.

Bereits gestern haben Sie im Rahmen der Haushaltsberatungen den Etattitel „Reisekosten“ im Nachtragshaushalt 1963 so erhöht, daß auch die Kosten einer außerordentlichen Vollversammlung, die der Beratung dieses Themas gegen Ende des Jahres dienen könnte, gedeckt werden können.

Damit ist eigentlich schon zum Ausdruck gebracht, daß wir der Meinung sind, diese Beratungsgegenstände

sollten Inhalt einer eigenen Arbeitssitzung sein. Dieses Vorgehen hätte auch den weiteren Vorteil, daß wir noch abwarten können, welche Auffassung sich in der ständigen Konferenz der leitenden Medizinalbeamten der Länder herauskristallisiert. Inzwischen haben zwei Landesärztekammern bereits die Änderung der Berufsordnung im vorgeschlagenen Sinn, also die Aufnahme der Weiterbildungsbestimmungen für den praktischen Arzt beschlossen. Es sind dies die Landesärztekammern von Niedersachsen und von Hessen.

Schon die erste Fühlungnahme dieser Kammern mit ihren leitenden Medizinalbeamten, also mit ihrer Staatsaufsichtsbehörde, hat ergeben, daß die zuständigen Länderministerien, also die Gesundheitsabteilungen dieser Ministerien, den Wunsch haben, diese grundsätzliche Frage in der ständigen Konferenz der leitenden Medizinalbeamten zu erörtern. Auch dieser ständigen Konferenz liegen die notwendigen Unterlagen für diese Beratung noch nicht vor. Seit wenigen Tagen hat die ständige Konferenz der leitenden Medizinalbeamten das Gutachten in Händen, aber sie hat noch nicht das Wortprotokoll von Norderney. Auch aus dieser Sicht hielte ich es für verfehlt, wollten wir heute einen endgültigen Beschluß fassen, ohne daß die Frage rechtlich einwandfrei abgeklärt ist.

Deshalb möchte ich von mir aus schon jetzt den Antrag stellen, daß nach der von Ihnen gewünschten Diskussion — einige Diskussionsredner stehen bereits auf der Tafel —

die Vollversammlung den gesamten Beratungsgegenstand „Änderung der Berufsordnung mit dem Ziele eines Einbaues von Bestimmungen über die Weiterbildung“ an den Vorstand zur weiteren Beratung verweist.

Nun darf ich kurz noch ein Wort sagen zu dem Ihnen vorliegenden ersten Entwurf von Vorschriften über die Führung der Bezeichnung „Praktischer Arzt“. Die Paragraphen, wie sie hier aufgeführt sind, werden Sie später in der Numerierung selbstverständlich zu ändern haben, weil sie ja in die vorhandene Berufsordnung als eigener Abschnitt eingebaut werden müßten. Es sollte hier diese Durchnummerierung der besseren Systematik halber erfolgen.

§ 1 enthält die Grundsatzbestimmungen, wie sie der Deutsche Ärztetag in Norderney beschlossen hat.

In § 2 ist festgelegt, in welcher Form und wo diese Weiterbildung erfolgen soll.

§ 3 legt fest, wie die Genehmigung zur Führung der Berufsbezeichnung „Praktischer Arzt“ erteilt werden soll.

§ 4 enthält die Bestimmungen über den Entzug der Genehmigung.

§ 5 enthält Übergangsbestimmungen. Auch diese Übergangsbestimmungen unter a), b) und c) sind das Ergebnis der Beratungen des Gesamtvorstandes der Bundesärztekammer.

§ 6 enthält eine Bestimmung über das Inkrafttreten dieser Regelungen.

Soviel zu diesem ersten Entwurf. Ich wiederhole, daß mein Antrag lautet:

Nach der nun beginnenden Diskussion wird beschlossen, daß der gesamte Beratungsgegenstand zur weiteren Beratung und zur Erarbeitung formulierter Vorschläge an den Vorstand der Kammer verwiesen wird.

\*) Siehe Seite 408.

## Entwurf von Vorschriften über die Führung der Bezeichnung „Praktischer Arzt“

### § 1

#### Weiterbildung zum Praktischen Arzt

1. Die Berechtigung, die Bezeichnung „Praktischer Arzt“ zu führen, setzt eine Weiterbildung von mindestens drei Jahren nach dem Zeitpunkt voraus, zu welchem die erteilte Bestallung die selbständige Ausübung des ärztlichen Berufes gestattet.
2. Innerhalb dieser Zeit sollen mindestens abgeleistet werden
  - 12 Monate auf dem Gebiet der inneren Medizin
  - 12 Monate auf den Gebieten der Chirurgie oder der Frauenkrankheiten und Geburtshilfe
  - 3 Monate in einer ärztlichen Allgemeinpraxis
  - 9 Monate nach freier Wahl unter den klinischen Fächern, der Pathologie und der prophylaktischen Medizin.

### § 2

#### Art der Weiterbildung zum Praktischen Arzt

1. a) Die Weiterbildung soll an geeigneten Krankenhäusern, Polikliniken, Instituten und bei geeigneten praktischen Ärzten erfolgen.
- b) Eine Zeit ärztlicher Tätigkeit, in welcher eigene Praxis ausgeübt wird, ist nicht anrechnungsfähig.
2. Im Ausland abgeleistete ärztliche Weiterbildung kann angerechnet werden, wenn sie den Bestimmungen der §§ 1 und 2, Ziff. 1. a) und b) entspricht.
3. In besonderen Ausnahmefällen kann die Bezeichnung „Praktischer Arzt“ auch dann erteilt werden, wenn die erforderliche ärztliche Weiterbildung von diesen Bestimmungen und Vorschriften abweicht.

### § 3

#### Genehmigung zur Führung der Bezeichnung „Praktischer Arzt“

1. Die Genehmigung oder Ablehnung zur Führung der Bezeichnung „Praktischer Arzt“ spricht die Bayerische Landesärztekammer nach Prüfung der vorgelegten Unterlagen und nach Anhören des Anerkennungsausschusses aus.
2. Der sich bewerbende Arzt kann nach Beendigung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit bei der Bayer. Landesärztekammer den Antrag auf Genehmigung zur Führung der Bezeichnung „Praktischer Arzt“ stellen. Dem Antrag sind die Nachweise über die ärztliche Tätigkeit beizufügen.

### § 4

#### Entzug der Genehmigung zur Führung der Bezeichnung

Die Genehmigung zur Führung der Bezeichnung „Praktischer Arzt“ kann von der Bayer. Landesärztekammer nach Anhören des Anerkennungsausschusses zurückgenommen werden, wenn

- a) durch Tatsachen erwiesen wird, daß der Arzt die Voraussetzungen zur Führung der Bezeichnung „Praktischer Arzt“ nicht erfüllt oder
- b) die für die Genehmigung zur Führung der Bezeichnung „Praktischer Arzt“ erforderlichen Voraussetzungen nicht gegeben waren.

Vor der Entscheidung muß der Arzt gehört werden.

### § 5

#### Übergangsbestimmungen

- a) Ärzte, die bei Inkrafttreten dieser Bestimmung die Bezeichnung „Praktischer Arzt“ führen, sind dazu weiterhin berechtigt,
- b) Ärzte, die bei Inkrafttreten dieser Bestimmung die Bezeichnung „Arzt“ oder eine Facharztbezeichnung führen, können innerhalb von drei Jahren die Bezeichnung „Praktischer Arzt“ annehmen. Dies ist der Ärztekammer anzuzeigen,
- c) Ärzte, die bei Inkrafttreten dieser Bestimmung eine Weiterbildung nach Abs. 1 begonnen haben, können innerhalb von drei Jahren die Bezeichnung „Praktischer Arzt“ annehmen. Dies ist der Ärztekammer anzuzeigen.

### § 6

#### Inkrafttreten

Diese Vorschriften treten innerhalb von drei Jahren vom Zeitpunkt der Veröffentlichung ab in Kraft.

Im Anschluß an die Berichterstattung erfolgte eine sehr eingehende Aussprache mit ausführlicher Erörterung der verschiedenen Auffassungen zu dieser Frage. Die Delegierten stimmten dann dem Antrag des Berichterstatters zu und beauftragten damit den Vorstand mit der Ausarbeitung formulierter Vorschläge.

Die Beschlußfassung über die Aufnahme der Bezeichnung „Praktischer Arzt“ in die Berufsordnung soll in einer zu diesem Zweck einzuberufenden Arbeitstagung erfolgen.

#### Ärztliches Hilfspersonal im Röntgen- und Laborbetrieb

Zu diesem Punkt der Tagesordnung führte Herr Dr. Reichstein folgendes aus:

Der 15. Bayerische Ärztetag in Passau hatte zur Behebung des Mangels an med.-techn. Assistentinnen eine Entschließung gefaßt, die folgende Vorschläge enthält:

1. Vermehrung der Schulen für med.-techn. Assistentinnen;
2. Trennung der Ausbildung für eine Tätigkeit im Labor und im Röntgenbereich;
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.

Über eine Reform der Ausbildung zur MTA werden seit längerer Zeit erheblich gegensätzliche Auffassungen vertreten, bei denen insbesondere die Frage der Trennung der Ausbildung für den Röntgen-Betrieb und für den Labor-Betrieb eine Rolle spielt.

Die Beratungen darüber sind noch nicht abgeschlossen und es kann daher auch noch nichts darüber gesagt werden, ob und wann es zu einer Änderung des Bundesgesetzes über die Ausübung des Berufs der MTA's vom 21. Dezember 1958 kommt.

Diese Fragen sollen uns hier auf unserem Ärztetag jedoch nicht beschäftigen, da sie in die Zuständigkeit bundesgesetzlicher Regelung fallen.

Hingegen ist es aber Aufgabe des Bayerischen Ärztetages, sich mit dem Mangel an MTA's zu beschäftigen, da dieser auch die beruflichen Belange der Ärzte be-

rührt, deren Wahrnehmung zu den Aufgaben der Bayerischen Landesärztekammer gehört.

In Bayern bestehen drei staatliche Lehranstalten für MTA's an den drei Landesuniversitäten.

Bei den Beratungen des Haushalts des Bayer. Kultusministeriums hat der Regierungsvertreter vor wenigen Tagen erneut bestätigt, daß diese drei Schulen nicht in der Lage sind, alle Bewerberinnen für eine Ausbildung zur MTA aufzunehmen.

Diese universitätseigenen, also staatlichen Schulen können auch nicht weiter ausgebaut werden.

Das Innenministerium und das Kultusministerium versuchen daher seit längerer Zeit, die Kommunen und auch private Institutionen zur Schaffung von Ausbildungsstätten für MTA's zu veranlassen.

Selbst wenn das in absehbarer Zeit gelänge, würden auch die dadurch zusätzlich geschaffenen Ausbildungsplätze mit Sicherheit nicht ausreichen, den Bedarf zu decken.

Die bayerischen Ärzte werden daher bis auf weiteres noch auf ungeprüfte Kräfte zurückgreifen müssen.

Dabei entstehen jedoch für den Arzt einige schwerwiegende Probleme.

Das „Gesetz über die Ausübung des Berufs der med.-techn. Assistentinnen“ vom 21. Dezember 1958 enthält in § 11 und § 12 die sog. „vorbehaltenen Tätigkeiten“.

#### § 11

(1) Zur Ausübung einer der nachstehenden Tätigkeiten in der Humanmedizin sind nur Personen zugelassen, die eine Erlaubnis nach § 1 besitzen:

1. Hilfeleistung bei der Anwendung ionisierender Strahlen;
2. Hilfeleistung bei der Untersuchung von Körpergeweben;
3. Arbeiten auf dem Gebiet der klinischen Chemie mit Ausnahme der Untersuchungen des Harns, des Magensaftes, des Stuhls, der Rückenmarkflüssigkeit auf Zellzahl und der Blutzuckerbestimmung nach Crecellius-Seifert;
4. Arbeiten auf dem Gebiet der Hämatologie mit Ausnahme der Färbung von Blutaussstrichen, der Zählung der roten und weißen Blutkörperchen und der Bestimmung des Hämoglobins;
5. Arbeiten auf dem Gebiet der Mikrobiologie einschl. der Serologie.

(2) Die in Absatz 1 Nr. 1, 2 und 5 bezeichneten Tätigkeiten dürfen von den in Absatz 1 genannten Personen nicht in selbständiger Berufstätigkeit ausgeübt werden.

(3) Die in Absatz 1 genannten Personen dürfen ferner

1. die in Absatz 1 Nr. 1 bezeichneten Tätigkeiten nur im Auftrage eines Arztes oder Zahnarztes,
2. die in Absatz 1 Nr. 2 bis 5 bezeichneten Tätigkeiten nur im Auftrage eines Arztes, Zahnarztes oder Tierarztes ausüben.

#### § 12

(1) § 11 Abs. 1 findet keine Anwendung auf

1. Ärzte, Zahnärzte und, mit Ausnahme des § 11 Abs. 1 Nr. 1, auf Tierärzte sowie Apotheker und Personen mit abgeschlossener naturwissenschaftlicher Hochschulbildung, die über die erforderlichen Fachkenntnisse verfügen;
2. Personen, die sich in der Ausbildung für einen der in Nummer 1 genannten Berufe oder in der nach diesem Gesetz vorgeschriebenen Ausbildung für den Beruf der med.-techn. Assistentin befinden, soweit sie Arbeiten ausführen, die ihnen im Rahmen ihrer Ausbildung übertragen sind.

(2) § 11 Abs. 1 findet ferner keine Anwendung auf

1. Personen, die in § 11 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 bezeichnete Tätigkeiten unter ständiger Aufsicht und ausschließlicher Verantwortung eines Arztes oder Zahnarztes, Tätigkeiten unter ständiger Aufsicht und ausschließlicher Verantwortung eines Tierarztes ausüben.

Nach den Bestimmungen dieses Gesetzes ist also die Beschäftigung von Personen, die keine abgeschlossene Ausbildung haben, im Bereich „der vorbehaltenen Tätigkeiten“ nur unter „ständiger Aufsicht und ausschließlicher Verantwortung“ des Arztes erlaubt. Wenn auch die Forderung nach „einer ständigen Aufsicht“ nicht identisch ist mit ständiger Anwesenheit, so bedeutet sie doch die besondere Verpflichtung zu einer regelmäßigen Kontrolle und auch Überwachung der Tätigkeit solcher Personen.

Die „ausschließliche Verantwortung“ des Arztes beruht bereits auf den Vorschriften des § 831 BGB.

Das Ausmaß der ständigen Aufsicht und auch der Beaufsichtigung jeden Personals ist abhängig vom Bildungs- und Ausbildungsstand, der Berufserfahrung und Zuverlässigkeit dieser Personen.

Je besser die Ausbildung ist, desto größer ist nicht nur die Hilfe für den Arzt, sondern auch die Entlastung von seinen Verpflichtungen hinsichtlich der ständigen Aufsicht und der Verantwortung.

Es liegt also im Interesse der Ärzte und natürlich auch im Interesse der Patienten und der betreffenden Hilfskräfte selbst, den ungeprüften Helferinnen nach einiger Zeit der Berufserfahrung noch eine Ausbildung und damit ein größeres Wissen zu vermitteln, nachdem das vor Beginn ihrer beruflichen Tätigkeit wegen der geschluderten Ausbildungsverhältnisse nicht möglich war.

Die Bayerische Röntgen-Vereinigung hat in der Erkenntnis dieser Sachlage im Dezember 1962 einen Fortbildungskurs für ungeprüfte Röntgen-Anlernlinge in Erlangen durchgeführt. An diesem Kurs haben 15 Röntgen-Helferinnen teilgenommen. Ihre berufliche Tätigkeit lag zwischen 2 1/2 bis 20 Jahren. Diese Personen haben damit zum ersten Male eine theoretische und auch fachliche Ausbildung erhalten. Sie waren alle über diese Möglichkeit, die ihnen damit geboten wurde, außerordentlich glücklich.

Bei diesem 14tägigen Kurs wurden folgende Sachgebiete behandelt: Anatomie; medizinischer Strahlenschutz; Praxis des Strahlenschutzes (med. und techn. Teil); spezielle diagnostische Verfahren; Übersicht über die Methoden der Strahlentherapie; Physik des Strahlenschutzes; med. Auflage und Lagerungstechnik; Einführung in die Strahlenkunde; Bildentstehung; Film — Folie; Filmfehlerbesprechung; technische Bearbeitungs- und Aufnahmetechnik; Einführung in die Elektrotechnik; Gerätekunde.

Dieser Fortbildungskurs schloß mit einer mündlichen und schriftlichen Überprüfung der Teilnehmerinnen.

Die Bayerische Röntgen-Vereinigung kann diese Fortbildungskurse nur für die bei ihren Mitgliedern beschäftigten Hilfskräfte durchführen. Von den Verhältnissen betroffen sind aber auch Ärzte, die nicht Mitglieder der Bayerischen Röntgen-Vereinigung sind.

Dieser Umstand tritt noch zu der Tatsache hinzu, daß es auch zu den Aufgaben der Landesärztekammer gehört, den Ärzten in ihrer beruflichen Tätigkeit dadurch zu helfen und sie in ihrer Verantwortung dadurch zu entlasten, daß sie für die Weiterbildung der unge-

prüften Helferinnen im Röntgen- und Labor-Betrieb Sorge trägt.

Die Bayerische Röntgen-Vereinigung würde im übrigen diese Aufgabe gern der Landesärztekammer überlassen.

Aus wohlüberlegten Gründen wird daher vorgeschlagen, daß sich die Landesärztekammer unter Berücksichtigung der bei dem erwähnten 1. Fortbildungskurs gemachten Erfahrungen künftig der Weiterbildung der ungeprüften Röntgen-Labor-Helferinnen annimmt und die dafür nötigen Voraussetzungen schafft.

### Die Entschließungen des 16. Bayerischen Ärztetages

#### Betreff: Versorgung der wissenschaftlichen Assistenten in Bayern

Die Bayerische Landesärztekammer möchte mit Nachdruck darauf hinweisen, daß die Versorgung der wissenschaftlichen Assistenten in Bayern endlich befriedigend sichergestellt wird.

Wegen dieser Sicherstellung sollten die gleichen Bedingungen angestrebt werden, wie sie für angestellte Ärzte gelten.

#### Betreff: Jugendarbeitsschutzgesetz

Der 16. Bayer. Ärztetag fordert die Staatsregierung auf, für die Einhaltung der Bestimmungen des Jugendarbeitsschutzgesetzes zu sorgen. Allein schon in der Tatsache, daß nur etwa 60% der Jugendlichen entsprechend den Vorschriften dieses Gesetzes untersucht wurden, sieht der Ärztetag nicht nur eine deutliche Mißachtung dieses Gesetzes, sondern auch eine erhebliche Gefährdung seiner gesundheitspolitischen Ziele.

Der Ärztetag begrüßt es, daß der Bayerische Landtag den Staatsminister für Arbeit und soziale Fürsorge ersucht hat, bei der Arbeitsministerkonferenz für ein Honorar von DM 30,— für die Untersuchungen nach

dem Jugendarbeitsschutzgesetz einzutreten und zugleich auch die für eine solche Honorierung erforderlichen Haushaltsmittel bewilligt hat.

Der Bayerische Ärztetag erwartet, daß die Bayerische Staatsregierung sich von der Erfüllung dieses Landtagsbeschlusses nicht durch außerbayerische Stellen abbringen läßt.

#### Betreff: Mangel an Krankenpflegepersonal

Der alarmierende Mangel an Krankenpflege- und Hauspersonal könnte die pflegerische Versorgung unserer Kranken in den Krankenhäusern gefährden.

Der 16. Bayerische Ärztetag ersucht Bund, Länder und Gemeinden, baldigst gemeinsam Maßnahmen zu ergreifen, durch die die soziale Stellung des Pflegepersonals verbessert und die Ausbildung des Nachwuchses nachhaltig gefördert wird.

#### Betreff: Weiterbildung für ungeprüfte Röntgen- und Laborhelferinnen

Der 16. Bayerische Ärztetag stellt unter Hinweis auf die Entschliebung des 15. Bayer. Ärztetages fest, daß der Bedarf an med.-techn. Assistentinnen durch die für deren Ausbildung bestehenden Schulen bis auf weiteres nicht gedeckt werden kann.

Die Ärzte werden daher noch auf lange Zeit für Labor- und Röntgenarbeiten ungeprüfte Helferinnen beschäftigen müssen.

Um den Ärzten bei der Einhaltung der für die Beschäftigung ungeprüften Personals\*) geltenden besonderen Bestimmungen behilflich zu sein, hält es der Ärztetag für erforderlich, für die Weiterbildung dieser Personen Sorge zu tragen.

Er beauftragt daher den Vorstand mit der Durchführung von Maßnahmen, die diesem Zweck dienen.

\*) (§§ 11, 12 des Gesetzes über die Ausübung des Berufs der medizinisch-technischen Assistentin vom 21. Dezember 1958.)

### Referate beim Bayer. Ärztetag

## Strahlengefahren und Strahlenschutz aus der Sicht des Arztes

Von Werner Lorenz, Mainz

In unserem Zeitalter der immer detaillierteren Spezialisierung erweist es sich häufig als günstig, ein Problem aus den verschiedensten Fachrichtungen zu beleuchten. So wird jeder von uns den Wunsch des Tagungspräsidiums in hohem Maße begrüßen, die Frage nach Gefahren und Schutzmaßnahmen bei ärztlichem Gebrauch von Röntgenstrahlen, radioaktiven Strahlern und anderen energiereichen Strahlenquellen sowohl aus der Sicht des Physikers als auch aus der Sicht des Arztes zu betrachten.

Nun könnte man darüber hinaus die Zahl spezieller Detail-Betrachtungen beträchtlich erhöhen, ja bis zum Unübersehbaren steigern, gibt es doch kaum eine akademische — oder auch nichtakademische! — Berufsgruppe, die sich bei Strahlengefährdungsfragen nicht zur Stellungnahme gedrängt fühlt. Aber gerade ein Überangebot an Details könnte leicht verwirren, wenn

nicht die Vielzahl spezieller Mosaiksteinchen zu einem Gesamtbild zusammengefügt würde.

Da jede Detailbetrachtung zunächst eine Aufteilung beinhaltet, muß solch analytisches Vorgehen immer wieder mit einer Rückschau zur Ausgangsbasis und einer Synthese zum generell Gültigen gekoppelt sein. Zu den „Spezialia“ kommen also immer wieder „Generalia“, die Fundament, Zwischenbilanz und neue Ausgangsbasis sind. Diese „Generalia“ aber sind es gerade, die in der ärztlichen Strahlengefährdungs- und Strahlenschutzerörterung oftmals zu wenig herausgestellt werden. In diesem Versäumnis sehe ich die eigentliche Wurzel dafür, daß die allgemein verbreitete Strahlenangst auch tief in den Bereich unseres ärztlichen Wirkens eingedrungen ist. Und wem obliegt wohl in der Erörterung ärztlicher Strahlenanwendung die Herausstellung solcher „Generalia“ eher als dem Arzt? Ich

erachte es deshalb als wesentliche Aufgabe, bei jeder Strahlenschutz Betrachtung, die aus ärztlicher Sicht erfolgt, radiologisch-ärztliche Einzelheiten in einen Rahmen einzufügen, der von der Ärzteschaft in ihrer Gesamtheit getragen wird. Somit sind solche fundamentalen „Generalia“ gleichzeitig „Spezifika“ der Ärzteschaft in der Erörterung und praktischen Verwirklichung von Strahlenschutzmaßnahmen innerhalb der medizinischen Anwendung energiereicher Strahlen. In meiner Betrachtung seien deshalb den Spezialia einige arzt-spezifische „Generalia“ vorausgestellt.

### I. Grundsätzliches zum Strahlenschutzproblem aus der Sicht der gesamten Ärzteschaft

Zur Unterstreichung der dringlichen Notwendigkeit unserer ärztlichen „Generalia“ sei auf Artikel und Tabellen verwiesen, die schlaglichtartig erhellen, wie immer wieder in der Laienpublizistik der ärztliche Strahlengebrauch in einem Atemzug mit der Atombombe zitiert wird. Solche Beiträge sind in einem erschreckenden Ausmaß dazu angetan, in dem verbreiteten Reflexdenken unserer Patienten und auch bei unserem Personal den Panikkomplex der Atombombe auch auf den ärztlichen Strahlengebrauch zu übertragen! Dies aber ist eine Gedankenverbindung, gegen deren Gefahr wir als Ärzte nicht entschieden genug angehen können! So erachte ich es als eine der vordringlichsten und schwierigsten Strahlenschutzaufgaben der gesamten Ärzteschaft, unsere Patienten wie auch unser Personal gegen eine Angstpsychose vor dem ärztlichen Strahlengebrauch abzuschirmen! Dies sei speziell aus der Sicht der gesamten Ärzteschaft unsere Strahlenschutz-Forderung Nr. 1.

Ein weiterer Aspekt sei an den Anfang unserer Betrachtung gestellt, da er wiederum mit aller Deutlichkeit die Spezifität und Allgemeingültigkeit ärztlichen Strahlenschutzdenkens und -handelns im Rahmen medizinischer Strahlenanwendungen demonstriert.

Erörterungen über medizinische Strahlengefahren bleiben fast regelmäßig in der einseitigen Herausstellung möglicher Risiken stecken. Viel zu wenig wird diesen möglichen Negativa an die Seite gestellt, daß wir als Ärzte im Rahmen der uns übertragenen Gesundheitsfürsorge einen fest umrissenen ärztlichen Auftrag zu erfüllen haben, in diesem Falle den Auftrag, im Rahmen diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen auch Röntgenstrahlen und andere energiereiche Strahlen zum Wohle der Bevölkerung einzusetzen. Aus diesem wahrlich schwerwiegenden Auftrag der Gesundheitsfürsorge müssen wir Ärzte die Forderung ableiten, daß jede Erörterung über etwaige Strahlenrisiken des Patienten in jedem Falle durch eine Gegenüberstellung der mit solchen Risiken für den Patienten erreichbaren diagnostischen oder therapeutischen Positiva vervollständigt wird.

Hieraus folgt aus der Sicht der Ärzteschaft zum Wohl unserer Patienten: Jede Betrachtung einer medizinischen Strahlenanwendung, die zu ärztlichen Konsequenzen führen soll, bedarf eines sorgfältigen Abwägens zwischen dem etwaigen Risiko und dem erwarteten Nutzen.

Zu einem solchen Abwägen zwischen den Positiva und Negativa einer ärztlichen Maßnahme aber ist selbstverständlich nur der Arzt berufen. Aus solcher

Berufung erwächst ihm ein entsprechend hohes Maß an Verantwortung, eine Verantwortung, die der Arzt in keinem Falle an einen Nichtarzt abtreten kann, die er auch keinesfalls abtreten darf. Speziell für die ärztliche Anwendung energiereicher Strahlen bringt eine solche hohe Verantwortung die unabdingbare Forderung mit sich, daß jeder Arzt die erforderliche Fachkunde besitzen muß, die ihn in die Lage versetzt, die Positiva und Negativa einer beabsichtigten Strahlenanwendung gegeneinander abzuwägen. Wendet der betreffende Arzt dann selbst die Strahlung an, so hat er, ebenso verantwortungsbewußt wie bei der Indikationsstellung, dafür Sorge zu tragen, daß er den diagnostischen oder therapeutischen Nutzeffekt der Strahlenanwendung möglichst hochschraubt, etwaige Risiken aber auf das mögliche Minimum senkt.

Die aus der Sicht des Arztes speziell an uns selbst zu stellende Strahlenschutz-Forderung Nr. 3 lautet also: Die Indikation zum Strahlengebrauch darf erst dann gestellt werden, wenn der zu erwartende Nutzen gegenüber etwaigen Risiken unzweifelhaft überwiegt. Die Anwendung der Strahlung zielt in jedem Einzelfalle darauf hin, für den Patienten den möglichst hohen diagnostischen oder therapeutischen Gewinn mit einem Risiko-Minimum zu erreichen. Zur Indikationsstellung und Strahlenanwendung aber ist eine entsprechende Fachkunde unbedingt erforderlich.

Die Erfüllung dieser Selbstforderung ist nicht nur eine Frage des Wissens, sie ist in mindestens gleichem Ausmaße eine Frage des Gewissens!

Erste Voraussetzung zu unseren Strahlenschutzmaßnahmen ist die innere Bereitschaft aller Beteiligten. Wenn sie nicht in ausreichendem Umfang vorhanden ist, so sollten wir uns eindringlich bemühen, sie zu wecken und zu fördern; ist sie vorhanden, dürfen wir sie keinesfalls ungenutzt lassen oder enttäuschen. Aus diesem Aspekt heraus erwächst uns Ärzten eine zusätzliche Verantwortung gegenüber den noch in Ausbildung stehenden Kollegen und unseren nichtakademischen Mitarbeitern. Ihnen gegenüber müssen wir die praktische Realisierung ärztlicher Strahlenschutzmaßnahmen gleichsam vorleben. Dabei müssen wir vielfach zuvor eingepflanzte Irrtümer richtigstellen, eine oft schwierige und uns immer wieder erwachsende Aufgabe, da die Strahlenangst und das Anklingen von Strahlenkatastrophen aus der Gesamtbevölkerung heraus auch weite Bereiche unseres Mitarbeiterkreises erfaßt hat. Dabei kommt zum Panikkomplex der Atombombe noch vielfach speziell das Erinnern an berufliche Strahlenschäden aus der Pionierzeit der Radiologie mit der Versicherung abschließen, daß bei den Schadensbildern, die uns auch in der Gegenwart noch immer Mahnung sein sollen. Eine psychologische Fehlsteuerung aber liegt analog zum Panikkomplex der Atombombe darin, daß vielfach für medizin-beruflich strahlenexponierte Personen ein überdimensionales Berufsrisiko befürchtet wird. Aus diesem beruflichen Panikkomplex heraus erklärt sich beispielsweise der extreme Mangel an Röntgenassistentinnen. Aus ärztlicher Sicht heraus sollten wir jeden Hinweis auf mögliche Berufsrisiken aus der Frühzeit der Radiologie mit der Versicherung abschließen, daß bei den heutigen Arbeitsbedingungen das Berufsrisiko der medizin-beruflich strahlenexponierten Personen nicht

mehr größer ist als das Risiko, das man in anderen Berufszweigen der Medizin akzeptiert; Voraussetzung hierzu aber ist, daß die Grundregeln des Strahlenschutzes sorgfältig beherzigt werden.

Der hier angedeutete psychologische Schutz unserer Mitarbeiter unter Hinweis auf die sorgfältige Beherzigung der Grundregeln des Strahlenschutzes sei bei den Präliminarien unserer Betrachtung aus der Sicht des Arztes unsere Strahlenschutz-Forderung Nr. 4.

Die hier erfolgte Gegenüberstellung früherer Schadensmöglichkeiten mit den heutigen Gegebenheiten leitet uns über zu der generellen Forderung, bei jeder Erörterung medizinischer Strahlengefahren nicht bei der Benennung von erwiesenen oder denkbaren Möglichkeiten eines Strahlenschadens stehen zu bleiben; da in solchem Falle wiederum allzuleicht die Denkrichtung zum Katastrophenfall ausgelöst wird, sei aus ärztlicher Sicht unsere allgemeine Strahlenschutz-Forderung Nr. 5: Jede Erwähnung einer Schadensmöglichkeit muß durch das Abschätzen der erwarteten Schadenswahrscheinlichkeit ergänzt werden.

Bei Beachtung des Faktors „Wahrscheinlichkeit“ rückt auch der oft zitierte und vielfach beunruhigende Satz, es sei auch die kleinste Röntgenstrahlenmenge für den Menschen gefährlich, in ein neues Licht, zeigt sich doch, daß gerade im Bereich der Röntgendiagnostik die von Patient und Personal möglicherweise absorbierte Strahlenmenge in der Mehrzahl der Fälle so verschwindend gering ist, daß der Sprachgebrauch des Begriffes „gefährlich“ sicher abwegig ist.

Wo liegen denn nun — und damit komme ich von den „Generalia“ zu den „Spezialia“ — zunächst in der Röntgendiagnostik und dann in der Strahlentherapie wirkliche Gefahrenmomente einerseits für unsere Patienten, andererseits für unsere Mitarbeiter und uns selbst?

## II. Spezielles zum Strahlenschutz für Patient und medizinisch-beruflich strahlenexponiertes Personal

Wir betonen sehr oft — nach meinem Dafürhalten zu oft — daß wir viele Dinge in der Radiologie noch nicht wissen. Zu dem absolut gesicherten Wissen gehört jedoch, daß für eine strahlenbiologische Wirkung entscheidend sind: 1. die Menge der absorbierten Strahlenenergie und 2. die Empfindlichkeit der strahlenabsorbierenden Zellen, Gewebe und Organe.

### a) Strahlenschutz unserer Patienten.

Aus der Praxis der Röntgendiagnostik ist für die vom Patienten absorbierte Strahlendosis zu betonen, daß die Strahlenintensität im Bereich des primären Strahlenkegels (des sogenannten „Nutzstrahlenkegels“) größenordnungsgemäß tausendmal höher ist als außerhalb der direkt bestrahlten Körperregion im Bereich des „Strahlenschattens“. Ähnliche Differenzen bestehen im Bereich der Strahlenempfindlichkeit der Organe, so daß beispielsweise der Embryo gegenüber der Haut etwa tausendmal sensibler ist. Von diesen physikalischen und strahlenbiologischen Schwerpunkten leitet sich für den röntgendiagnostischen Strahlenschutz des Untersuchten als roter Faden die für jeden verständliche und von jedem Arzt zu beherzigende Forderung ab, wenn irgend möglich, es zu vermeiden, daß eines der beson-

ders strahlenempfindlichen Organe in den Nutzstrahlenbereich kommt!

Geben wir aus der Skala der Strahlenempfindlichkeit für den Strahlenschutz des Röntgenuntersuchten einige Richtwerte, bei welchen unter Berücksichtigung des Faktors Wahrscheinlichkeit absorbierte Strahlendosen zu echten Gefährdungen werden können, so kommen wir auf die Ihnen wahrscheinlich aus meinem Buch\*) schon hinlänglich bekannte, aber wegen Ihrer praktischen Bedeutung immer wieder zu betonende Tabelle:

Schematische Tabelle über Dosis-Größenordnungen, bei welchen Strahlenexpositionen zu echten Gefährdungen werden können.

Bestrahlungsobjekt	Größenordnung praktisch gefährdender Herddosen
Embryo	1 — Röntgen
Fetus	3 — Röntgen
Gonaden	10 — Röntgen
Knochenmark, Augenlinse	100 — Röntgen
Haut akut bestrahlt	1 000 — Röntgen
Haut chronisch bestrahlt	10 000 — Röntgen

Zwangsläufig folgt als nächstes die Frage nach jenen Strahlendosen, die der röntgenuntersuchte Patient innerhalb und außerhalb des Strahlenkegels möglicherweise erhält. Diese röntgendiagnostischen Dosis-Größenordnungen sind in der nachfolgenden Tabelle zusammengestellt:

### Expositions-Größenordnung

Im Strahlenkegel (OD):

Röntgen-Durchleuchtung	1 — 10 r
Röntgen-Aufnahme	0,1 — 1 r

Außerhalb des Strahlenkegels (GD):

Röntgen-Durchleuchtung	0,001 r
Röntgen-Aufnahme	0,0001 r

Kombinieren wir nun die beiden vorausgestellten Tabellen, die sich jeder von uns in die oberste Schublade seines Schreibtisches legen sollte, so erkennen wir eindeutig als die drei röntgendiagnostischen Maßnahmen mit dem bedeutsamsten strahlenbiologischen Gewicht:

1. Röntgenuntersuchungen in der Region des schwangeren Uterus;
2. Röntgenuntersuchungen im Bereich der Gonaden;
3. Röntgenuntersuchungen mit voluminöser Exposition des Knochenmarks, insbesondere bei Säuglingen und Kleinkindern.

Aus diesem Wissen resultieren für uns nachfolgende Forderungen:

1. Eine entsprechende Strenge bei der Indikationsstellung.
2. Wenn irgend möglich, ist der Schutz dieser besonders strahlenempfindlichen Regionen gegenüber der primären Röntgenstrahlung anzustreben, meist erreichbar durch Einblenden des Strahlenkegels und lokale Abdeckung.
3. Bei unvermeidlicher Exposition muß man durch Verwendung eines sehr leistungsfähigen Gerätes und Instrumentariums alles versuchen, die absorbierte Strahlendosis auf ein mögliches Minimum zu senken. (Technische Einzelheiten hierzu s. mein Buch.)\*

\*) LORENZ, W.: Strahlenschutz in Klinik und ärztlicher Praxis, Thieme, Stuttgart 1961.



BERUHIGT  
VERLASST  
DER ARZT  
DEN  
PATIENTEN  
ES BLEIBT  
DIE  
SICHERHEIT  
DURCH  
Baycillin

# NEU! Baycillin

*Baycillin – mehr als ein orales Penicillin*

1. 3mal höhere Serumspiegel als nach anderen oralen Penicillinen
2. bereits 15 Minuten nach der Einnahme hohe antibakterielle Serumkonzentrationen
3. ausgezeichnete Gewebegängigkeit, selbst am Ort der Infektion können baktericide Spiegel erreicht werden
4. vollwirksam auch bei leicht- und mittelresistenten Staphylokokken, da weitgehend Penicillinase-unabhängig
5. hoher therapeutischer Effekt bei Streptokokkeninfektionen
6. orales Penicillin in Drageeform, kein Penicillin-Geschmack, keine Störung der physiologischen Mundflora.

# Für Menschen mit spastischen Schmerzen



## Spasmo- Dolviran®

Rasche Spasmolyse und Analgesie durch die Kombination des neuen Spasmolyticums Phencarbamid mit der vollen Dolviran-Dosis

Spasmen der glatten Muskulatur im Bereich der Nieren und abführenden Harnwege, Blasentenesmen, Dyskinesien der Gallenwege, Spasmen des Magen-Darm-Traktes, Geburtsschmerzen, Dysmenorrhoe, Migräne

### Zusammensetzung:

Phencarbamid . . . . . 0,01 g (Supp.)  
Phencarbamid-naphthal.-1,5-  
disulfonat . . . . . 0,01 g (Tabl.)  
Aspirin® . . . . . 0,2 g  
Phenacetin . . . . . 0,2 g  
Codein. phosphoric. . . . . 0,01 g  
Coffein. anhydr. . . . . 0,05 g  
Luminal® . . . . . 0,025 g

### Originalpackungen:

5 Suppositorien  
10 Suppositorien  
20 Tabletten

Zum Schutz der Frucht darf ich, wie schon so oft, auch an dieser Stelle noch einmal wieder betonen, daß Unterbauch-Durchleuchtungen bei gebärfähigen Frauen immer nur unmittelbar nach der Menstruation durchgeführt werden sollen, um nicht bei noch unbekannter Schwangerschaft einen erst wenige Tage alten und deshalb besonders strahlenempfindlichen Embryo versehentlich zu bestrahlen. Bezüglich der Dringlichkeit und Wirksamkeit eines Schutzes der Keimdrüsen sei auf die letzte Veröffentlichung einer Untersuchungsreihe von HOLTHUSEN verwiesen, der nachfolgende Tabelle entnommen ist:

**Rangordnung der wichtigsten Untersuchungstypen in Hamburg**

Nr.	Untersuchungstyp	Zahlenmäßiger Anteil (% aller Untersuchung)	Dj in mR der genetisch sign. Gonadendosis	Gonadendosis Anteil (%)
1	Unterer G. I.-Trakt	1,00	6,09	79
2	Hüfte, Oberschenkel	0,76	3,33	
3	Ausscheidungsurographie	1,13	1,46	
4	Lendenwirbelsäule	2,78	1,28	
5	Becken	0,98	1,151	
6	Abdomen bei Schwangeren	0,04	0,764	
7	Magen, oberer G. I.-Trakt	5,30	0,602	12
8	Retrograde Pyelographie	0,30	0,495	
9	Abdomenübersicht	0,97	0,482	
10	Beckenmessung bei Schwangeren	0,006	0,401	
		13,266%		91%

Aus: HOLTHUSEN, H., und Mitarb.: Die genetische Belastung der Bevölkerung einer Großstadt (Hamburg) durch medizinische Strahlenanwendung. Schriftenreihe des Bundesministers für Atomkernenergie und Wasserwirtschaft. Bd. 21, 1961. S. 184, Tab. 29.

Es ist also von höchstem Gewicht, daß man bei diesen Röntgenuntersuchungen sich bemüht, die Gonaden, wenn irgendmöglich, aus dem Primärstrahlenkegel herauszulassen. Abgesehen von dem direkten Schutz der Keimdrüsen vor der primären Strahlung, kommt bei gonadenfernen Röntgenuntersuchungen hinzu, daß man den Strahlenkegel sorgsam einblendet und insbesondere bei unruhigen Patienten, vor allem bei Kindern, verhindert, daß durch Bewegungen versehentlich die Keimdrüsen in den Bereich der Nutzstrahlung gelangen. Durch möglichst enges Einblenden erreichen wir mit einer Senkung der Volumendosis auch eine Verringerung der Streustrahlenexposition der Gonaden, durch eine patientennahe Abdeckung der Gonadenregion verringern wir bei Kindern die Gefahr einer versehentlichen direkten Gonadenexposition.

Stellen wir den hohen Gonadendosen bei Lage der Keimdrüsen im Nutzstrahlenkegel die Gonadendosen bei keimdrüsenfernen Röntgenuntersuchungen gegenüber, die bei Aufnahmen nur Bruchteile von Milliröntgen betragen, so leuchtet ein, daß man nicht bei jeder Röntgenaufnahme von einer Gonadenbelastung oder genetischen Gefahr, oder wie die vieldeutigen, beim Laien häufig alarmierend wirken-

den Sammelbegriffe alle heißen mögen, sprechen soll, sondern daß man, wenn man von einer Belastung oder gar von einer Gefahr spricht, jeweils die Größenordnung, in der sich die Gefahr oder Belastung befindet, angeben muß. Wenn aber in der Tat eine Gefahr besteht, obliegt gerade dem Fachkundigen in erhöhtem Maß die Verpflichtung, einer solchen Strahlengefahr durch wirksame Schutzmaßnahmen zu begegnen.

Wie für den Schutz der Keimdrüsen bei gonadenfernen Röntgenuntersuchungen ist auch für die Senkung der Knochenmarkdosis eine möglichst enge Einblendung des Strahlenkegels von hervorragender Bedeutung. Auch hierbei fällt die Einblendung des Strahlenkegels für Säuglinge ganz besonders ins Gewicht, da bei ihm das bestrahlte Körpervolumen relativ groß ist und die blutbildenden Organe gegenüber dem Erwachsenen erhöht strahlenempfindlich sind.

Abschließend seien zur Unterstreichung unserer sehr subtilen Strahlenschutzmaßnahmen des Untersuchten noch einmal die Maxima möglicher Strahlengefährdungen für den Untersuchten in der Röntgendiagnostik zusammengefaßt; es sind dies:

1. der Embryo und Fetus bei Unterbauch-Durchleuchtungen und -Aufnahmen,
2. die Gonaden bei Unterbauch-Durchleuchtungen und -Aufnahmen,
3. das Knochenmark bei voluminösen Säuglings-Durchleuchtungen.

Gegenüber der Röntgendiagnostik mag eine Betrachtung des Patientenschutzes in der Strahlentherapie vielleicht für diesen Zuhörererkreis aus der Praxis heraus gesehen wohl weniger von Bedeutung sein; eine Erörterung dürfte aber trotzdem für uns alle von großem Interesse sein, da der Schutz des Patienten bei der Behandlung mit Röntgen- und anderen ionisierenden Strahlen infolge der hierbei gegenüber den Diagnostik-Strahlendosen tausendmal höheren Strahlenbelastung sehr schwerwiegend ist. Es liegt auf der Hand, daß die für den Diagnostik-Patienten herausgestellten Grundregeln in noch höherem Maße für den Strahlenschutz des Therapiepatienten zutreffen. Dabei sei aber auch hier wiederum auf das dem Arzt übertragene Abwägen zwischen Risiko und Nutzen verwiesen, woraus sich für die Vielzahl von Krebspatienten die ärztliche Rechtfertigung einer Inkaufnahme von Risiken ergibt, die in der Röntgen-Diagnostik völlig indiskutabel sind. Aber auch für den Strahlentherapie-Patienten gilt die Grundregel jeglichen Patientenschutzes, jede vermeidbare Strahlenbelastung zu vermeiden. Wichtigste Regel zum Schutz des Strahlentherapie-Patienten ist die: Vor jeder Strahlentherapie ist die Möglichkeit einer Schwangerschaft mit Sicherheit auszuschließen!

**b) Strahlenschutz für Arzt und Mitarbeiter**

Nun zu Strahlengefahren und Strahlenschutzmaßnahmen für unsere Mitarbeiter und uns selbst. Unter allen medizin-beruflichen Expositionsmöglichkeiten rangiert weit an der Spitze möglicher Strahlenbelastungen der Umgang mit umschlossenen Gammastrahlern, vor allem die übliche gynäkologische Radium-Therapie. Hier gilt es, abgesehen von der Beachtung des bekannten Quadratabstandsgesetzes und von der Verwendung des vorgeschriebenen Instrumentariums, durch einen

sehr subtil abgestimmten Zeitplan die Zeit unvermeidlicher Strahlenexpositionen auf das mögliche Minimum zu begrenzen.

In der Röntgendiagnostik möchten wir die beruflichen Strahlenbelastungsmöglichkeiten der Hände einer Strahlenbelastung des gesamten Organismus und damit des Knochenmarks und der Gonaden gegenüberstellen. Eine Strahlengefährdung der Hände erwächst erst dann, wenn wir mit ihnen häufig in den Nutzstrahlenkegel gelangen. Diese Möglichkeit besteht, wie nachfolgende Tabelle zeigt, insbesondere bei Zahnaufnahmen, wenn verbotenerweise der Zahnfilm vom Zahnarzt selbst oder von seiner Assistenz gehalten wird, sowie beim Operieren im Röntgenlicht und bei Serlenaufnahmen.

Medizin-berufliche Strahlenbelastungs-Möglichkeiten der Hände.

- |   |   |
|---|---|
| 1. Operieren im Röntgenlicht ohne Bildverstärker. | 5. Durchleuchtung ohne Schutzhandschuhe.  |
| 2. Operieren im Röntgenlicht mit Bildverstärker.  | 6. Halten unruhiger Patienten bei Durchleuchtung und Aufnahmen. (Einblenden! Handschuhe.) |
| 3. Zahnaufnahmen.                                 |   |
| 4. Serienaufnahmen.                               |   |

Wie beim Strahlenschutz des Patienten läßt sich auch bei den zitierten Fällen durch eine enge Einblendung des Strahlenkegels und gegebenenfalls durch eine Abdeckung der Hände die Strahlenexposition um mehrere Zehnerpotenzen senken.

Für den Gesamtorganismus und damit für das Knochenmark und die Gonaden bestehen für Arzt und Assistenz Belastungsmöglichkeiten bei den üblichen Untertischdurchleuchtungen:

Medizin-berufliche Expositionsmöglichkeiten des Gesamtorganismus (Knochenmark, Gonaden).

1. Untertischdurchleuchtung.
2. Operieren im Röntgenlicht.
3. Serienaufnahmen.
4. Halten unruhiger Patienten bei Durchleuchtung und Aufnahmen (Einblenden!).
5. Durchleuchtung am stehenden Patienten für Mitbeobachter.
6. Aufnahmen an transportablen Röntgengeräten.

Hauptquelle der uns treffenden Röntgen-Streustrahlung ist der Patient selbst, so daß auf Grund des Quadratabstandsgesetzes der Abstand des beruflich Strahlenexponierten zum Patienten besonders ins Gewicht fällt. Weiterhin ist der apparatetechnische Strahlenschutz von erhöhter Bedeutung, insbesondere bezüglich der Frage, ob das Gerät mit der jetzt üblichen Strahlenschutzwanne ausgestattet ist, oder ob wir die Untertischdurchleuchtung mit einem veralteten Gerät durchführen, bei welchem eine solche Strahlenschutzwanne noch fehlt. Aus dem Gesagten folgt, daß offenbar das Strahlungsmilieu der von uns verwendeten Röntgen-Geräte sehr unterschiedlich ist, woraus wir zwangsläufig die Forderung ableiten müssen, daß jeder von uns über das Strahlungsmilieu seiner Röntgen-Geräte orientiert sein muß. Nur so werden wir erkennen, wo in unserem medizin-beruflichen Arbeitsbereich für unsere Mitarbeiter und uns gleichsam heiße und kalte Zonen möglicher Strahlenbelastung liegen. Allein diese Kenntnis gibt uns die Sicherheit des Arbeitens

und die Gewißheit, den uns anvertrauten Mitarbeitern gegenüber unsere Sorgfaltspflicht zu erfüllen. Auch dies fällt in den Bereich der erforderlichen Fachkunde, wobei es vor den Forderungen unseres ärztlichen Gewissens nicht erst gesetzlicher Forderungen bedürfen sollte.

Ist bei der ärztlichen Anwendung energiereicher Strahlen der Strahlenschutz in mindestens gleichem Maße eine Frage des Wissens und des Gewissens, so demonstriert sich dies besonders eindrucksvoll bei dem Umgang mit offenen radioaktiven Strahlern. Hier führt die psychologische Fehlsteuerung im Gefolge von Strahlenangst und Unsicherheit heutzutage nicht selten zu einer untragbaren Übertreibung baulicher Strahlenschutzmaßnahmen. Man beachte viel mehr, als dies üblicherweise geschieht, vor dem Baukörper die Funktion, und man darf für die Arbeitsweise ein fachkundiges, verantwortungsbewußtes Personal einplanen. Auch hier muß man mit Wahrscheinlichkeiten rechnen und sollte nicht seine Baumaßnahmen auf irrationale Möglichkeiten abstimmen, da dies allzuleicht den nutzbringenden Einsatz radioaktiver Stoffe im Rahmen der Gesundheitsfürsorge blockiert, was sicher nicht der Sinn von Strahlenschutzforderungen sein darf.

Im Rahmen der therapeutischen Anwendung offener radioaktiver Strahler ist bekannt, daß zum Schutz der Familie des Therapie-Patienten und seiner Umwelt eine solche Therapie in stationärer Krankenhausbehandlung durchgeführt werden muß, bis die im Patienten noch vorhandene Rest-Aktivität auf ungefährliche Werte abgeklungen ist, bei der üblichen Radiojod-Behandlung auf maximal 2 Millicurie, bei Radiogold-Therapie auf 5 Millicurie. Auch ist die Beachtung des Schutzes der Krankenhausbesucher sowohl hier wie auch bei der Therapie mit umschlossenen radioaktiven Strahlern allgemein bekannt. Weniger bekannt ist allerdings, daß man in der Klinik durchaus nicht in jedem Fall zur Durchführung einer Therapie mit offenen radioaktiven Strahlern eine Millionen kostende Abwasseranlage benötigt. Selbst die Erste Strahlenschutzverordnung, die in vielen Abschnitten besser ist, als sie vielfach hingestellt wird, gestattet, insbesondere in § 34 Abs. 3, durchaus vernünftige Ausnahmen, vorausgesetzt allerdings, daß man auch zu einer solchen Auslegung die erforderliche Fachkunde besitzt.

### III. Rückblick und Ausblick

In der Erörterung von Strahlengefahren und Strahlenschutz trägt bei ärztlicher Anwendung energiereicher Strahlen die letzte Verantwortung und somit die letzte Entscheidung in jedem Fall der Arzt. Dies betrifft die Ärzteschaft in ihrer Gesamtheit, keinesfalls nur den Spezialisten. Der radiologische Fachkollege wird dem Nichtradiologen wohlwollend über die Schulter schauen, nicht um ihn mit erhobenem Zeigefinger zu kontrollieren, vielmehr um ihn kollegial zu beraten, wie man dies üblicherweise den noch weniger erfahrenen Kollegen gegenüber tut.

Verweisen wir in unserer Gesamtheit immer wieder auf unseren ärztlichen Auftrag, energiereiche Strahlen zum Wohle des Patienten diagnostisch und therapeutisch einzusetzen, dann wird uns niemand widersprechen, wenn wir den Anspruch erheben, etwaigen Strahlenrisiken jeweils auch den Nutzen unserer Maßnahmen gegenüberzustellen. Dieser Anspruch aber ist zwangs-

läufig gekoppelt an die hierzu erforderliche Fachkunde, die zu erwerben und weiter auszubauen in gleichem Maße eine Frage des Wissens wie auch eine Frage des Gewissens ist.

Ist diese erforderliche Fachkunde vorhanden, die nicht nur eine fachgerechte Arbeitsweise, sondern auch die Verwendung leistungsfähiger Geräte garantiert, so können wir den uns anvertrauten Patienten die Versicherung geben, daß der Nutzen der ärztlichen Anwendung von Röntgenstrahlen und radioaktiven Strahlern gegenüber etwaigen Risiken weit überwiegt; es besteht somit für die Bevölkerung keinerlei Veranlassung, dem ärztlichen Strahlengebrauch besorgt oder gar verängstigt zu begegnen.

Auch für medizin-beruflich strahlenexponierte Personen, also vorwiegend für Ärzte und Röntgenassistenten,

tinnen, steht außer Frage, daß unter den heutigen Arbeitsbedingungen bei Berücksichtigung der leicht zu befolgenden Strahlenschutzregeln die Personendosen weit unterhalb des Zulässigen gehalten werden und somit als ungefährlich gewertet werden dürfen.

Die Gemeinsamkeit unseres ärztlichen Wissens und Handelns wird uns auch das dringend erforderliche Gewicht verleihen, wenn wir uns auf das entschiedenste dagegen verwahren, daß man unsere ärztlichen Strahlenanwendungen gedanklich immer wieder mit dem Schreckensbereich der Atombombe in Verbindung bringt oder gar aus egoistischen Gründen mit der Strahlenangst der Menschen schändlichen Mißbrauch treibt.

*Anschrift des Verfassers: Prof. Dr. med. Werner Lorenz, Institut für Klinische Strahlenkunde der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, Mainz, Langenbeckstraße 1.*

## Strahlengefahren und Strahlenschutz aus der Sicht des Physikers

Von F. Wachsmann

(Leiter des Institutes für physikalische und medizinische Strahlenkunde der Universität Erlangen-Nürnberg)

Die einmal erfolgte Einwirkung ionisierender Strahlungen hat eine praktisch nicht mehr beeinflussbare Kette biologischer Wirkungen zur Folge. Das heißt, daß einer übermäßigen lokalen oder allgemeinen Strahlenexposition zwangsläufig und unabwendbar ein örtlicher Strahlenschaden bzw. bei der Ganzkörperbestrahlung die Allgemeinschädigung und im Extremfall der Strahlentod folgt. Strahlenschäden können also nur vermieden werden, indem man dafür sorgt, daß unzulässig hohe Strahlenbelastungen nicht stattfinden.

So gesehen, erhält das Problem des Strahlenschutzes einen vorwiegend physikalischen Charakter. Aufgabe des Physikers ist es nämlich, einerseits dafür zu sorgen, daß gefährliche Strahlungen abgeschirmt werden, und andererseits, daß die unvermeidbaren Strahlendosen, von denen die mit ionisierenden Strahlungen Arbeitenden getroffen werden, messend verfolgt werden, um Überdosierungen rechtzeitig ausschließen zu können.

Die äußere Dosisbelastung der mit Strahlungen Arbeitenden kann mit verschiedenen Mitteln klein gehalten werden, die in der Regel alle gleichzeitig und nebeneinander anzuwenden sind.

Zunächst wird man dafür sorgen müssen, daß der Nutzstrahlenkegel immer möglichst eng ausgeblendet und genau auf das zu bestrahlende Objekt, das heißt in der Medizin auf den Patienten bzw. in der Materialprüfung auf das Werkstück usw., ausgerichtet wird. Ein übermäßig großer Strahlenkegel belastet nämlich nicht nur den Patienten unnötig stark, sondern er gefährdet auch den Untersucher — ganz abgesehen davon, daß die bei großen Feldern verstärkt auftretende Streustrahlung auch die Qualität des Durchleuchtungsbildes und der Aufnahme verschlechtert.

Wo immer möglich, sind Einrichtungen vorzusehen, die es den mit Strahlungen Arbeitenden unnötig und wenn irgend zugänglich unmöglich machen, in den Nutzstrahlenkegel zu gelangen. So sind zum Beispiel in der Röntgendiagnostik Blenden vor-

geschrieben, die ein Ausblenden des Röntgenstrahlenkegels über den Rand des Bestrahlungsschirmes unmöglich machen, und in der Therapie Türkontakte, die ein Betreten des Bestrahlungsraumes bei eingeschalteter Apparatur verhindern.

Die Primärstrahlung wird dort, wo sie nicht mehr gebraucht wird, das heißt, nachdem sie den Patienten durchsetzt und zum Beispiel das gewünschte Röntgenbild erzeugt hat, möglichst bald abgeschirmt. Das gleiche gilt für die unvermeidliche Streustrahlung, das heißt, daß sie möglichst schon in der Nähe des Entstehungsortes abzufangen ist.

Zur Abschirmung werden nach Möglichkeit den Untersuchern nicht belastende Schutzmittel, die an den Untersuchungsgeräten angebracht sind, benützt. Nur wo



Abb. 1: Modernes Röntgenuntersuchungsgerät mit Schutz gegen Primär- und Sekundärstrahlung

es nicht anders möglich ist, wird ihm das Tragen von Schutzkleidung, das heißt zum Beispiel von Bleigummischürzen oder Handschuhen zugemutet. Beim Arbeiten mit radioaktiven Stoffen, die in der Regel sehr harte und durchdringende Strahlungen aussenden, kommt Schutzkleidung des großen Gewichtes wegen, das diese haben müßte, sowieso nicht mehr in Frage. Hier sind ortsfeste Abschirmungen, wie zum Beispiel „Bleiburgen“ oder Abschirmwände und dergleichen anzuwenden.

Zum Schutz der Umgebung von Räumen, in denen ionisierende Strahlungen angewandt werden, sind die Wände und Decken dieser Räume so auszubilden, daß die sie durchsetzende Primär- und Streustrahlung auf ein unschädliches Maß geschwächt wird. In der Röntgendiagnostik ist dies bei den relativ weichen hier verwendeten Strahlungen leicht meist schon durch eine einfache Ziegelwand zu erreichen. Die härteren Strahlungen der Therapie erfordern aber schon dickere, oft zusätzlich mit strahlenabsorbierenden Stoffen, wie Blei oder Baryt, verstärkte Wände. Die neuerdings in der Tiefentherapie verwendeten ultraharten Strahlungen von  $\text{Co}^{60}$  oder des Betatrons dagegen machen Betonwände von 1 m und mehr erforderlich. Das gleiche gilt natürlich auch für die Abschirmung der in Kernreaktoren auftretenden großen Aktivitäten.

Eine sehr wichtige Möglichkeit für den Strahlenschutz stellt das „Abstandsgesetz“ dar, das besagt, daß die Intensität einer Strahlung mit dem Quadrat des Abstandes von der (punktförmigen) Strahlenquelle abnimmt. Oft genügt es also, besonders bei nicht allzu starken Strahlenquellen, dadurch für ausreichenden Strahlenschutz zu sorgen, daß man eine unzulässige Annäherung an die Strahlenquelle vermeidet. Hierauf beruhen die in der Isotopentechnik viel benutzten Ferngreif- und Fernbedienungswerkzeuge.

Von größter Bedeutung für den Strahlenschutz ist schließlich die Beschränkung der Strahleneinwirkung auf eine möglichst kurze Zeit. Die Dosis kann nämlich auch bei relativ hoher Dosisleistung klein bleiben, wenn nur die Einwirkungszeit kurz ist. Arbeiten, bei denen ein Aufenthalt an Orten hoher Dosisleistung unvermeidlich ist, sollen deshalb an Phantomen ohne Strahlung eingeübt werden, um sie

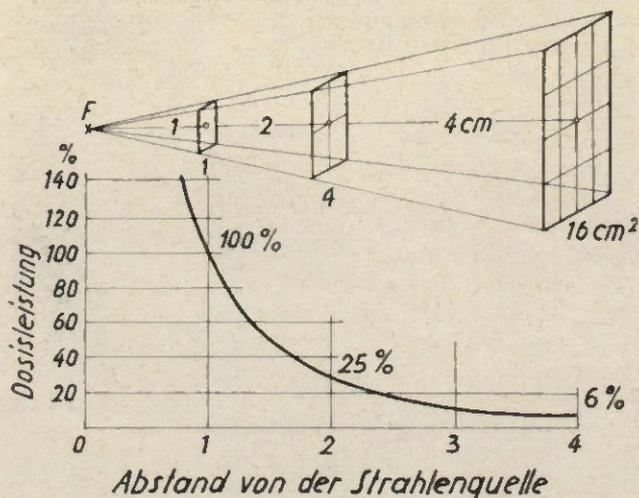


Abb. 2: Zustandekommen des Dosisabfalles mit dem Quadrat des Abstandes

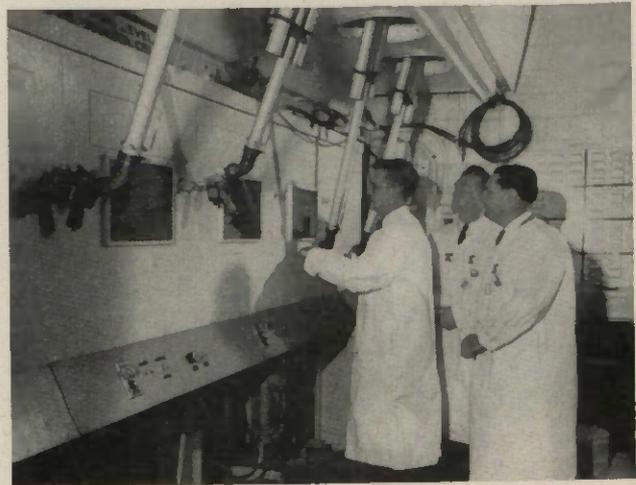


Abb. 3: Heiße Zellen (Hot-Cells) mit Fernbedienungswerkzeugen zur Verarbeitung großer Mengen radioaktiver Stoffe

anschließend in möglichst kurzer Zeit erledigen zu können.

Beim Arbeiten mit offenen radioaktiven Stoffen tritt zu der Gefahr der Einstrahlung von außen auch noch die Gefahr der Kontamination, das heißt, der Verseuchung der Körperoberfläche mit strahlender Substanz oder — was noch gefährlicher ist — die Aufnahme dieser in den Körper. Als Gegenmaßnahme kommt nur peinliche Sauberkeit beim Umgang mit offenen radioaktiven Stoffen in Frage. Diese Sauberkeit bezieht sich auf die Reinhaltung der Arbeitsplätze und der Werkzeuge sowie — bei staub- und gasförmigen Stoffen — auf die Reinhaltung der Atemluft. Besonders ausgestattete Räume mit wasserdichten Fußböden und abwaschbaren Wänden, guten Lüftungseinrichtungen mit Filteranlagen und Abwasservorrichtungen sind Voraussetzung für die Verarbeitung größerer radioaktiver Stoffe.

Erforderlichenfalls sind auch hier Schutzanzüge, evtl. solche mit Überdruck, um das Eindringen von Staub unmöglich zu machen, zu verwenden. In Laboratorien sind dagegen unter Unterdruck stehende Handschutzkästen anzuwenden bzw. zur Verarbeitung großer Aktivitäten vollständig abgeschlossene und gut abgeschirmte sogenannte „heiße Zellen“, in denen sämtliche Manipulationen von außen durch fernbediente Werkzeuge erledigt werden.

Alle technischen und organisatorischen Strahlenschutzmaßnahmen machen jedoch laufende Strahlenschutzmessungen nicht entbehrlich. Diese sind erforderlich, um evtl. Mängel in der Abschirmung, unbemerkte aufgetretene Kontaminationen und — was vielleicht das Wichtigste ist — ein strahlenschutzmäßig unkorrektes Verhalten der Beschäftigten rechtzeitig festzustellen.

Strahlenschutzmessungen können zunächst in Form von Messungen der Ortsdosis, das heißt als Messungen ausgeführt werden, die die Bestimmung der Dosisleistung an jeder Stelle des strahlengefährdeten Raumes zur Aufgabe haben. Da diese Dosisleistungen in der Regel sehr klein sind, müssen sehr empfindliche Meßgeräte benutzt werden. Das sind entweder mit großen Meßkammern und empfindlichen Anzeigeräten ausgerüstete Ionisationsinstrumente oder Zählrohrgeräte. Mit ihrer Hilfe lassen sich Raumisdosen

aufstellen, die den Beschäftigten zeigen, an welchen Stellen der längere Aufenthalt unbedenklich und an welchen Stellen er unzulässig ist.

Die großen Unterschiede der Dosisleistung innerhalb eines Arbeitsraumes lassen erkennen, daß die Dosisbelastung der hier Arbeitenden in starkem Maße von ihrer Verhaltungsweise abhängt. Zu dem kommt aber noch, daß die Dosisverteilung im Raum keineswegs konstant ist, sondern sich zeitlich schnell und stark verändert, je nach den Betriebsbedingungen der Apparatur, der Art und Größe des streuenden Körpers, das heißt in der Medizin des Patienten usw.

Um zuverlässige Werte über die Dosisbelastung des einzelnen zu erhalten, ist also die Messung der Personendosis unerlässlich. Diese Messung wird für mit radioaktiven Stoffen Arbeitende durch die erste Strahlenschutzverordnung auch gesetzlich vorgeschrieben und wird, sobald die neue Röntgenverordnung in Kraft getreten ist, sicherlich auch von dieser verlangt werden.

Zur Messung der Personendosis stehen zur Zeit grundsätzlich zwei verschiedene Verfahren bzw. Meßmittel zur Verfügung: die nach dem Kondensatorkammerprinzip arbeitenden Taschendosimeter und die auf der Schwärzung fotografischer Emulsionen beruhenden FilmDOSimeter. Beide Methoden besitzen jede für sich ihre Vorteile und Grenzen der Anwendbarkeit.

Die Taschendosimeter gestatten als direkt anzeigende oder mit Hilfe eines Ablesegerätes auswertbare Instrumente die jederzeitige Ablesung der aufgenommenen Dosis. Sie sind relativ teuer, empfindlich gegen mechanische Einwirkungen und nicht unbedingt zuverlässig, da stets mit einer Selbstentladung gerechnet werden muß, die eine zu hohe Dosis vortäuscht.

FilmDOSimeter sind dagegen sehr einfach, billig und zuverlässig und so klein, daß sie auch in Finger ringen untergebracht werden können. Die nach dem filteranalytischen Verfahren arbeitenden FilmDOSimeter bieten den Vorteil, daß sie nicht nur die Quantität, sondern auch die Art und Qualität der auftretenden Strahlung erkennen lassen. Darüber hinaus lassen sie aber auch noch erkennen, aus welcher Richtung und mit welcher zeitlichen Verteilung die Strahlung eingefallen ist. Diese Angaben sind sehr wichtig, um dem Überwachten Hinweise dafür zu geben, bei welcher

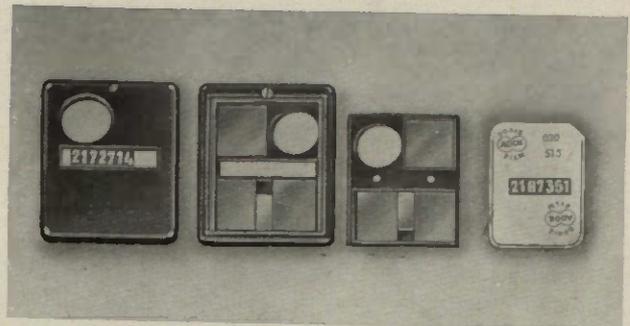


Abb. 5: In Deutschland verwendete nach dem filteranalytischen Verfahren arbeitende FilmDOSimeter

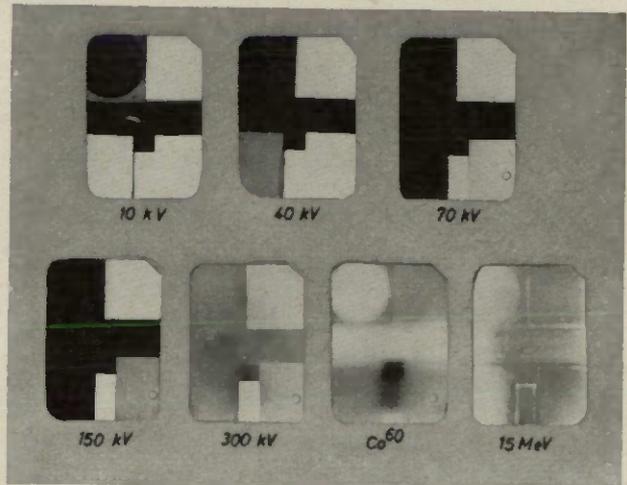


Abb. 6: Mit Strahlungen verschiedener Qualität (Härte) geschwärzte Dosisfilme

Tätigkeit mit ionisierenden Strahlungen er vor allem gefährdet ist und bei welcher Arbeit er vorsichtiger zu sein hat. Schließlich aber besitzen die FilmDOSimeter den Vorteil eines sehr großen Meßbereiches — mit ihnen lassen sich Dosen von wenigen Milliröntgen bis zu den höchsten interessierenden Dosen von etwa 1000 R messen —, die Möglichkeit Kontaminationen mit radioaktiven Stoffen erkennen zu können und die gesetzlich geforderte Eigenschaft „unlöschar“ Dosimeter zu sein, das heißt, das Ergebnis als Dokument festzuhalten.

Erwähnt seien hier nur die neuerdings besonders in Japan zu einer erstaunlichen Leistung entwickelten GlasDOSimeter, die in gewisser Beziehung den FilmDOSimetern sogar überlegen zu sein scheinen. Ihrer Anwendung bei der Überwachung von in Röntgenbetrieben arbeitenden Personen steht allerdings ihre starke Energieabhängigkeit im Wege.

Für die Personendosismessung ist nach der ersten Strahlenschutzverordnung im übrigen die Verwendung sowohl der „direkt ablesbaren“ als auch der „unlöschar“ Dosimeter vorgeschrieben, das heißt, daß beim Arbeiten mit radioaktiven Stoffen Taschen- und FilmDOSimeter gleichzeitig nebeneinander benutzt werden müssen. Die Taschendosimeter sind vom jeweiligen Strahlenschutzbeauftragten selbst abzulesen und die FilmDOSimeter einer staatlichen bzw. staatlich anerkannten Auswertungsstelle zur Entwicklung und Dosisbestimmung einzusenden. Die für die Länder Bayern, Hessen und Schleswig-Holstein zuständige Auswertungsstelle arbeitet seit nunmehr bereits über 10 Jahren in Erlangen. In dieser

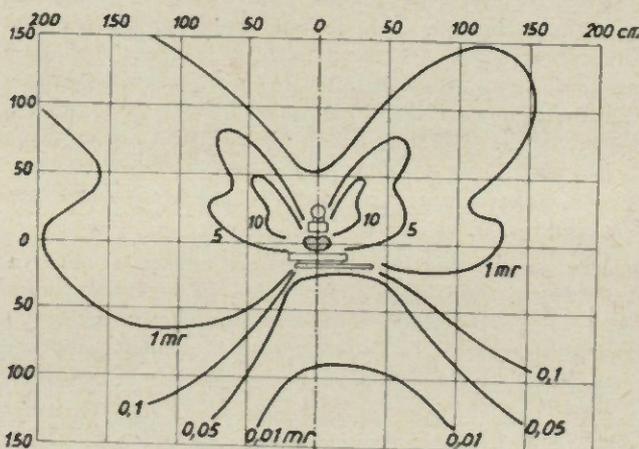


Abb. 4: Raumisodosen innerhalb eines Untersuchungsraumes

Zeit ist die Zahl der monatlich überwachten Personen von erst wenigen hundert auf heute etwa 10 000 gestiegen, während in ganz Deutschland zur Zeit regelmäßig insgesamt etwa 30 000 Personen mit Filmplaketten bezüglich ihrer Dosisbelastung überwacht werden.

Diese große Zahl von Überwachungen setzt uns in die Lage, gewisse recht interessante statistische Beobachtungen zu machen. So konnten wir zum Beispiel feststellen, daß sowohl in der Medizin als auch in der Industrie unzulässig hohe Dosisbelastungen heute nur in einem sehr kleinen Prozentsatz — das heißt, etwa 0,5% der Überwachungen — auftreten. Lediglich bei Gynäkologen, die Radium zur interkavitären Therapie benutzen, fanden wir in früheren Jahren bis 40% und neuerdings immer noch bei 9% der Überwachten Überschreitungen der zugelassenen Dosen! Hier muß in Zukunft sicher irgendwie Abhilfe geschaffen werden.

Interessant ist auch die mit Hilfe von Filmdosimetern getroffene Feststellung, daß bei Ärzten oder allgemein bei Akademikern seltener Dosisüberschreitungen vorkommen als bei technischen Assistentinnen und Technikern und bei diesen wieder seltener als bei Hilfskräften, wie Krankenpflegern, Schwestern usw. Man erkennt hieraus die große Wichtigkeit der Schulung auf dem Gebiete des Strahlenschutzes.

Ältere Radiologen und deren ältere Hilfskräfte zeigen dabei häufiger Dosisüberschreitungen als jüngere. Dies ist offenbar eine Folge davon, daß die Schulung der Jüngeren besser und wohl auch die Strahlenangst bei diesen größer ist als die der Älteren.

Die erfreulichste Feststellung ist jedoch, daß die Zahl der Dosisüberschreitungen und die Höhe der Dosisbelastung bei den Überwachten mehr oder weniger kontinuierlich von Jahr

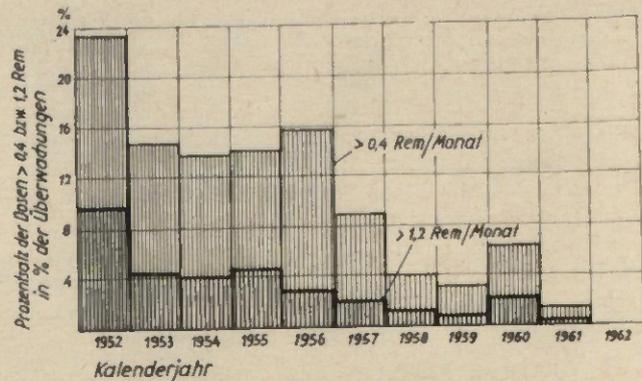


Abb. 7: Abnahme des Prozentsatzes der Dosisüberschreitungen im Verlaufe der Jahre

zu Jahr kleiner wurde. Dies mag eine Folge der Verbesserung der Strahlenschutzeinrichtungen sein, es kann auch mit der gründlicheren Schulung der Beschäftigten auf dem Gebiet des Strahlenschutzes zusammenhängen, eine wichtige Rolle spielt bei dieser Beobachtung aber sicher auch die erzieherische Wirkung der ständigen Strahlenschutzkontrolle!

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß heute eine Strahlengefahr für die mit ionisierenden Strahlungen Arbeitenden kaum mehr besteht. Es ist mit Sicherheit damit zu rechnen, daß sich die Zahl der 266 Opfer von Röntgen- und Radiumstrahlen, deren Name auf dem Gedenkstein im St.-Georg-Krankenhaus in Hamburg genannt sind, trotz immer häufiger werdender Verwendung ionisierender Strahlungen in Medizin, Forschung und Technik kaum mehr vermehren wird. Denn eine Gefahr, die man kennt, kann vermieden werden!

Anschrift des Verfassers: Prof. Dr. F. Wachsmann, Erlangen, Krankenhausstraße 12.

## Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin

(Vom 29. bis 31. März 1963)

„Diagnose und Therapie bei Erkrankungen des Respirationstraktes“ war das Hauptthema der unter der Leitung von Prof. Dr. A. Schretzenmayr, dem Vorsitzenden des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung in Augsburg, wiederum unter Teilnahme überaus zahlreicher Ärzte, veranstalteten Vortragsreihe.

Dr. med. habil. W. Lutz (Ried im Innkreis-Oberösterreich) besprach einige speziellere Untersuchungsmethoden der „Labor- und Lungenfunktionsdiagnostik in der Sprechstunde“, um die Allgemeinpraktiker mit Untersuchungsmethoden bekanntzumachen, die bei der Mehrzahl von Patienten mit Erkrankungen der Atemorgane interessante Ergebnisse liefern können und nur einen bescheidenen zeitlichen und apparativen Aufwand erfordern.

Im einzelnen wurden die Lungenfunktionsproben, die Eosinophilenzählung, die Nebennierenrindendiagnostik behandelt.

Die „Epidemiologie, Prophylaxe und Therapie der viralen Infekte des Respirationstraktes“ fand in Prof. Dr. F. O. Hörling, Chefarzt am Rudolf-Virchow-Krankenhaus, Berlin, einen kenntnisreichen Interpreten. Er befaßte sich mit den vitalen Erregern respira-

torischer Infektionen, den Eigenwerten der Epidemiologie, den Möglichkeiten der Vorbeugung und der Therapie. Zusammenfassend stellte er fest, daß die Therapie durch die virologische Forschung leider noch keine Bereicherung von praktischer Bedeutung erfahren hat. Während die sogenannten Bagatellfälle keiner speziellen Therapie bedürfen, ja die Ausbildung einer Immunität sogar erwünscht ist, steht bei der Behandlung der häufig als Komplikation auftretenden Sekundärinfektion naturgemäß die antibiotische Therapie an erster Stelle. Allerdings sollte der Arzt mit diesen Mitteln warten können, denn gibt er sie zu früh, so provoziert er geradezu durch Störung der Normalflora die Sekundärinfektion.

Eine weitsichtige Prophylaxe besteht nicht nur in Infektionsverhütung, sondern viel eher in einem Training der körpereigenen Abwehr durch Infektübung. Grundsatz: nicht Infektbekämpfung, sondern Infektlenkung.

Prof. Dr. F. Mlczoch, Vorstand der II. Medizinischen Abteilung des Wilhelminenspitals in Wien, sprach über „Klinik und Therapie der akut-entzündlichen bronchopulmonalen Erkrankungen beim Erwachsenen“.



Dr. med. habil. W. Lutz  
Ried



Prof. Dr. F. O. Höring  
Berlin



Prof. Dr. F. Mlczoch  
Wien



Prof. Dr. H. Hübler  
München

Nicht jede entzündliche Erkrankung im Bereich der Lunge ist eine Lungenentzündung: siehe die vielen Viruserkrankungen in der Lunge und im Bronchialsystem; nicht jede Infiltration im Bereich der Lunge ist eine Lungenentzündung: siehe die vielen nichtentzündlichen Prozesse von den Lungengeschwülsten über die Inhalationskrankheiten zu den Reaktionskrankheiten im Bereich der Lunge; und auch nicht jede entzündliche Infiltration im Bereich der Lunge kann man nach dem klinischen Sprachgebrauch als Lungenentzündung bezeichnen: siehe die vielen spezifischen Entzündungen im Bereich der Lunge, an der Spitze die Tuberkulose, siehe aber auch die sogenannte rheumatische Pneumonie, die auch keine echte Pneumonie ist, siehe die allergischen Erkrankungen, z. B. das eosinophile Infiltrat. Die Folge dieser Problematik ist eine babylonische Sprachverwirrung auf diesem Gebiet, wobei auf der einen Seite neue Namen geprägt werden, wie Pneumonitis, und auf der anderen Seite jede Präjudizierung vermieden wird und man nur von Pneumopathien verschiedener Genese und Ätiologie spricht.

Für praktische Begriffe sind zu genaue Differenzierungen nicht notwendig. Für die Erfordernisse des Krankenbettes soll der alte Begriff der „Pneumonie“ aufrechterhalten werden, selbst wenn man keine exakte Definition dafür geben kann. Unter „Pneumonie“ wird — vorerst ohne jede pathogenetische und ätiologische Präjudizierung — jenes Krankheitsbild verstanden, bei dem ein entzündliches, nichtspezifisches Krankheitsgeschehen im Bereich der Lunge die verantwortliche Ursache für ein bestehendes Krankheitsbild ist. Diese Definition entspricht etwa der klinischen Vorstellung und Erfahrung: unter dieser Bezeichnung lassen sich sowohl die Viruspneumonie als auch die Aspirationspneumonie einordnen.

Diagnose, Differentialdiagnose und Therapie fanden eingehende Behandlung.

Die antibakterielle Behandlung führt bei genügend hoher Dosierung zu Fieberabfall ohne Krise, wodurch die Gefahr einer zu kurzen Behandlung und von Restinfiltrationen nach der Entfieberung entsteht. Daher zumindest 3 Tage über den Fieberanfall hinaus behandeln. Die übliche Therapie mit 1 bis 3 Penicillininjektionen bewirkt günstigstenfalls eine Abschirmung gegen die bakterielle Sekundärinfektion bei Viruspneumonien. Mittel der Wahl ist das Penicillin (500 000 bis 600 000 E. p.d., bei toxischen Pneumonien 1 bis 2 Mill. E. p.d.). Keine Depotpräparate im akuten Stadium, desgleichen auch keine perorale Anwendung wegen der Unsicherheit der Einnahme. Bei ungenügendem Ansprechen Chloromycetin (1 bis 2 g p.d.), in gleicher Weise auch Tetracycline.

Die Verhütung der toxischen Phase einer Pneumonie durch rechtzeitige antibiotische Therapie stellt die Grundlage der Kreislaufbehandlung dar, ferner Noradrenalin in seiner kurz oder lang wirkenden Form und schließlich in bedrohlichen Fällen Cortisonderivate, deren schockbekämpfende Kreislaufwirkung darin liegt, daß sie die Gefäße für das körpereigene oder zugeführte Noradrenalin wieder ansprechbar machen (Prednisolon 25 bis 50 mg i.v. oder Dexamethason 5 bis 10 mg i.v.). Bei schwerkranken Patienten sollte das Cortisonderivat bereits vor dem Transport in die Klinik erstmals verabreicht werden. Bei einer Cortisontherapie ist die Abschirmung mit einem Antibiotikum unerlässlich. Außerdem ist jedes bruske Absetzen zu vermeiden, entweder langsam ausschleichend oder 4 Tage lang ACTH.

Eine Digitalisierung ist nur bei einem bereits vor der Erkrankung geschädigten Herzen notwendig.

Prof. Dr. H. Hübler, Chefarzt des Städtischen Kinderkrankenhauses München-Schwabing, behandelte „Die Erkrankungen des Respirationstraktes beim Kind“. Als Therapie empfahl er:

Die im Kindesalter besonders häufige Adenoiditis wird mit Einträufeln von Targasin oder Collargol-Privin, evtl. in Kombination mit antibiotischer Aerosolbehandlung, angegangen.

Bei Anginen erfordern nur die bakteriellen Formen Penicillin, mitunter bei Pneumokokken, Staphylokokken, Haemophilus influenzae breispektrale Antibiotika.

Bei der Diphtherie ist die frühzeitige Gabe von Heilserum unerlässlich.

Die Therapie des Krupp umfaßt ausreichende Siedierung, Spasmolytika, Sauerstoffzufuhr oder Freiluft, Bronchitiskessel, Antibiotika, Cortisonderivate, evtl. Tracheotomie.

Der jetzt selten gewordene Laryngospasmus bei rachitogener Tetanie wird mit Luminal oder einem Chloralhydratklysmas, Stimulierung von Atmung und Kreislauf mit Lobelin und Effortil, Kalzium i.v., Vitamin D behandelt.

Beim Glottisödem ist sofortige Einweisung in eine Klinik indiziert, vorherige Injektion von Beruhigungs- und Kreislaufmitteln, Kalzium und Prednisolon (bis 50 mg i.v.) sehr vorteilhaft.

Symptomatische Maßnahmen sind bei der Tracheobronchitis des älteren Kindes ausreichend, während im frühen Kindesalter Sulfonamide oder Antibiotika zusätzlich gegeben werden sollten. Der Senfwickel bewährt sich nach wie vor bei der Bronchiolitis.

Bei asthmatischer Komponente Mischspritze aus Atropinum sulfuricum und Suprarenin 1:1000 in alters-

gemäßiger Dosierung als Sofortmaßnahme, außerdem Bronchospasmolytika (Ephetonin, Atumin, Eupaco), Prednisolon. Günstige Wirkungen beim Asthma bronchiale haben außerdem Klimakuren, konsequente Atemgymnastik, in schweren Fällen Prednisolon.

Bei der Pertussis sind kodeinhaltige Hustenmittel erlaubt, Schlafmittel zur Erhaltung der Nachtruhe zweckmäßig. Für schwere Fälle Hyperimmunglobulin, besonders bei Pertussiszephalosen, bei pneumonischen Komplikationen Antibiotika.

Die Verflüssigung des zähen Bronchialsekretes und die Vermeidung und Bekämpfung bakterieller Infektionen der Lunge steht bei der Mukoviszidose im Vordergrund, daneben Substitution der Verdauungsfermente.

Während die Viruspneumonie rein symptomatisch behandelt wird, zielt die Therapie des eosinophilen Infiltrates auf die Ausschaltung der Noxe hin. ACTH und Kortikosteroide vermögen die eosinophile Grundreaktion zu drosseln.

Die interstitielle Pneumonie kennt keine kausale Behandlung, Zufuhr von feuchtigkeitsgesättigtem Sauerstoff, sorgfältige Kreislaufstütze und Pflege sind erforderlich.

Bei der Pleuropneumonie stellt das Auftreten eines Ventilpneus eine Notfallsituation dar. Man punktiert mit einer Kanüle mit Kugelventil oder aufgebundenem Fingerling. Wegen der häufigen Staphylokokkenätiologie empfiehlt es sich, entsprechend wirksame Antibiotika (Chloramphenicol, Erythromycin, Stapenor, Cinopenil) zu verabfolgen.

Den „Sofortmaßnahmen bei akut bedrohlicher Atemnot“ widmete Prof. Dr. M. J. Halhuber, Medizinische Universitätsklinik Innsbruck, seine Ausführungen.

Relativ häufige Ursachen der Atemnot sind:

1. Stenosen der oberen Luftwege (Struma, allergische Ödeme, Fremdkörper).
2. Erkrankungen der Lunge (Bronchospasmus bei Asthma bronchiale und Emphysebronchitis, ausgehende Verminderung der Atmungsfläche bei Lungeninfiltration und Pleuraerguß, Atelektasen, Spontanpneu).
3. Herz-Gefäß-Krankheiten (Asthma cardiale und Lungenödem, Lungenembolie und -infarkt, nervöses Atmungssyndrom).
4. Zerebrale und metabolische Dyspnoe (Cheyne-Stokes-Atmung, Kußmaulsche Azidoseatmung).

Diese systematische Übersicht über die Hauptursachengruppen der Atemnot muß man auch in der akut bedrohlichen Situation gegenwärtig haben, damit man planen kann, welche Sofortmaßnahmen diagnostischer und therapeutischer Art überhaupt in Frage kommen.

Bei Atemnot infolge Stenose der oberen Luftwege ist je nach der Ursache die Notwendigkeit einer Tracheotomie, Intubation, der Beseitigung laryngealen oder bronchialen Sekretes durch Absaugen oder der Entfernung eines Fremdkörpers zu prüfen. Zur Unterstützung der erforderlichen Maßnahmen sind Anreicherung der Atemluft mit Feuchtigkeit, Gaben von Cortisonderivaten, Antihistaminika, Sedativa, Antibiotika und eine Lokalbehandlung mit Adrenalin bzw. Pravin angezeigt.

Beim Asthma bronchiale sollte man therapeutisch in erster Linie Theophyllinpräparate geben, des weiteren Sympathikomimetika, Cortisonderivate oder ACTH, Sauerstoffzufuhr, i.v. Novokainanwendung — wobei gleichzeitig keine Sympathikomimetika appliziert werden können —, Herzstützung und Heilschlafbehandlung. Morphium ist im Gegensatz zum Asthma cardiale kontraindiziert. In schweren Fällen eines Status asthmaticus ist aus vitaler Indikation ausnahmsweise die Verabfolgung von Scophedal sehr langsam i.v. erlaubt, evtl. unter Zugabe von Micoren.

Die Behandlung des Asthma cardiale wird mit Strophanthin in Kombination mit Lävulose und Theophyllin, Morphium oder Pantopon durchgeführt, evtl. Ganglienblocker, Cortisonderivate, blutiger oder unblutiger Aderlaß.

Der Spontanpneu erfordert sofortige Ruhigstellung, Kollapsprophylaxe, Sauerstoffatmung und Absaugen mit Pneuapparat, notfalls, z. B. bei Ventilpneu, mit einer Hohlnadel.

Die Cheyne-Stokes-Atmung bei zerebraler Gefäßsklerose und gleichzeitiger Herzschwäche — ein Signum mali ominis — wird mit Theophyllin, Herzglykosiden, Diuretika behandelt.

Priv.-Doz. Dr. F. Wyss, Chefarzt der Medizinischen Abteilung des Inselspitals Bern, behandelte die „Klinik und Therapie der chronischen Bronchitis und des Emphysems beim Erwachsenen“.

Die chronische Bronchitis und das Lungenemphysem gehören so eng zusammen, daß eine getrennte Besprechung unmöglich ist. In der Regel ist das Emphysem eine direkte Folge, ein Endzustand der chronischen Bronchitis, ähnlich etwa wie die Deformierung der Gelenke bei der chronischen Polyarthrit.

Die Definition beinhaltet beträchtliche Schwierigkeiten. Um eine zielgerechte Therapie einleiten zu können, ist es in jedem Falle nötig, die Ätiologie einer chronischen Bronchitis möglichst genau zu klären. Die Therapie erfordert, daß zunächst sämtliche ursächlichen Faktoren eruiert und, wenn möglich, ausgeschaltet werden sollten. Allergiesuche und anschließende Desensibilisierung bringt nur bei Jugendlichen Erfolg. Vorübergehende Besserung zeitigen Klimakuren in nebelfreiem, staub- und allergenarmem Hochgebirge.

Zur symptomatischen Behandlung der Bronchiolostenose eignen sich Adrenalinlösungen; sie wirken prompt, aber flüchtig (0,5 bis 1 ml Adrenalin der 1%igen Lösung oder Aludrin). Ephedrinum hydrochloricum per os oder s.c. wirkt länger (Einzeldosis 25 bis 50 mg); auch Theophyllinpräparate i.v. oder rektal.

Gleichzeitig gibt man Expektorantien (z. B. Kalium jodatum, Ipecacuanha, Ammonium chloratum).

Kortikosteroide sind nur bei schweren Asthmaformen allergischer Genese angezeigt (kurzfristig 20 bis 30 mg p.d., rasch zurückgehend auf 15 bis 5 mg p.d.), Dauertherapie nur in schweren Fällen. Nach Abklingen der akuten respiratorischen Insuffizienz Atemgymnastik. Antibakterielle Behandlung ist gegebenenfalls unerlässlich. Häufigster Erreger ist der Haemophilus influenzae, er ist immer chloramphenicolempfindlich (4- bis 6mal 250 mg p.d.). In hartnäckigen Fällen, wie bei Bronchiektasen, ist eine mehrmonatige Behandlung, besonders während der Wintermonate (2mal 250 mg Chloramphenicol p.d.), zu empfehlen.



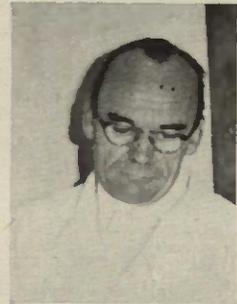
Prof. Dr. M. J. Halhuber  
Innsbruck



Priv. Doz. Dr. F. Wyss  
Bern



Prof. Dr. W. Hadorn  
Bern



Doz. Dr. Langen  
Tübingen

„Klinik und Therapie des Cor pulmonale chronicum“ wurde von Prof. Dr. W. Hadorn, Direktor der Medizinischen Klinik der Universität Bern, in einem fesselnden Vortrag behandelt, der sich vorerst mit der Entstehung des Cor pulmonale und der Symptomatologie eingehend auseinandersetzte.

Alle Maßnahmen, die sich bei der Prophylaxe und Behandlung der chronischen asthmatischen und infektiös eitrigen Bronchitis bewähren, sind gleichzeitig geeignet, die deletäre Entwicklung eines chronischen Cor pulmonale hintanzuhalten. Kalorienarme Diät (600 bis 1200 Kalorien). Die Sauerstofftherapie darf wegen der Gefahr eines Coma hyperkapnicum nur intermittierend durchgeführt werden, z. B. 15 Minuten pro Stunde. Bei Anzeichen von Azidose auf apparative Beatmung übergehen oder Micoren verabreichen (6 bis 10 Amp. entspr. 1350 bis 2250 mg i.v. Tropfinfusion in 30 bis 60 Minuten, innerhalb 24 Stunden 3- bis 6mal anwendbar, die Gabe einzelner Ampullen oder per os ist völlig unzureichend). Bekämpfung der Kohlensäureretention durch Karboanhydrasehemmer wie Diamox (250 bis 500 mg p.d. per os oder i.v.) u. ä., grundsätzlich immer Kombination mit Bronchospasmolytika, Expektorantien und Antibiotika. Bei fortgeschrittenem obstruktivem Lungenemphysem künstliche Beatmung mit geeigneten druckgesteuerten Geräten. Außerdem wegen Polyzythämie Aderlässe (300 bis 500 ml 1- bis 2mal wöchentlich, im ganzen etwa 10 Aderlässe), Antikoagulantien wegen häufiger thromboembolischer Prozesse.

Bei primären und sekundären Lungengefäßveränderungen sind alle Maßnahmen gegen die Mangelbelüftung sinnlos, Prophylaxe gegen gesteigerten Sauerstoffverbrauch durch körperliche Schonung, Betruhe.

Die Behandlung des dekompensierten chronischen Cor pulmonale entspricht der einer Herzinsuffizienz mit Strophanthin ( $\frac{1}{8}$  mg i.v. 1- bis 2mal p.d.), salzfreier Diät, Diuretika.

Dozent Dr. Langen, Oberarzt der Universitäts-Nervenklinik Tübingen, brachte Ausführungen über die „Psychogenese und Psychotherapie bei Erkrankungen des Respirationstraktes“, ein oft nicht genügend gewürdigtes Gebiet. Er hob die piurikonditionalen Faktoren der psychosomatischen Erkrankungen hervor und schilderte die speziellen Zusammenhänge beim Asthma bronchiale anhand der drei Stadien der Neurosenentwicklung. Bei der speziellen Psychotherapie, die nicht alternativ zur Somatotherapie, sondern in Kombination mit ihr durchgeführt werden sollte, wird neben einer in jedem Falle notwendigen Diagnostik der psychoreaktiven Faktoren vor allem eine Behandlung mit

autogenem Training und gestufter Aktivhypnose empfohlen. Eine eventuell parallellaufende Analyse muß sich häufig mit den sekundären Reaktionen beschäftigen, sollte aber in geeigneten Fällen mit einer klaren, aktiv-analytischen Verarbeitung der Schicksalssituation kombiniert werden.

Die „Frühd Diagnose des Lungen-Ca und der Lungen-Tbc in der Praxis“ wurde von Prof. Dr. A. Sattler von der Abteilung für Tuberkulose und Lungenkrankheiten des Krankenhauses der Stadt Wien-Lainz besprochen.

Die seit drei Jahrzehnten zunehmend in Erscheinung getretene Lungenkrebsseuche und die — gesamthaft betrachtet — unbefriedigenden Resultate der derzeitigen Behandlung mittels chirurgischer, radiologischer und chemotherapeutischer Maßnahmen erfordern gebieterisch eine Verbesserung und Intensivierung der Frühd Diagnose. Betont wurde, das das Bronchuskarzinom (Br.-Ca.) bei Männern unter den Organkrebsen heute an erster Stelle steht und somit das Magenkarzinom überflügelt hat.

Die Hauptursache ist der enorme Anstieg des Zigarettenkonsums, wobei durch die Inhalation des Tabakrauches kanzerogene Brennpunkte aufgenommen werden, die im Laufe der Zeit — vielleicht unter Mitwirkung von Viren — die Transformierung der Schleimhautepithelzelle in die Krebszelle bewirken. Auf diese Tatsache hat Prof. Dr. Sattler entgegen anderen Meinungen seit Jahren hingewiesen, und der medialstatistisch unleugbare Zusammenhang zwischen der Zunahme an Br.-Ca. und Nikotinabusus hat bereits in mehreren Staaten zu vom Standpunkt der Prophylaxe begrüßenswerten Regierungsmaßnahmen geführt. Gegenüber dem „Raucherkrebs“ treten die durch andere erwiesene Kanzerogene hervorgerufenen Bronchialkrebs in den Hintergrund. Die Verfechter der Theorie von der kanzerogenen Wirkung der allgemeinen Luftverunreinigung (air-pollution) kommen an der Tatsache der Raucherkrebszunahme in ländlichen Gebieten nicht vorbei. Histogenetisch hat man es beim Raucherkrebs mit dem bösartigen, für ein operatives Vorgehen nicht geeigneten kleinzelligen Oat-cell-Tumor zu tun, der rasch wächst, ein akutes Krankheitssyndrom mit toxischen Erscheinungen hervorrufen kann und radiologisch sowie chemotherapeutisch beeinflussbar ist. Die Domäne für das chirurgische Vorgehen ist das weitaus häufigere Pflasterzellkarzinom mit seinen verhornenden und nichtverhornenden Varianten, das vergleichsweise gutartiger ist und in seiner Manifestation als „peripherer Lungenkrebs“ lange Zeit keine Meta-



Prof. Dr. A. Sattler  
Wien



Prof. Dr. P. G. Schmidt  
Engelskirchen



Priv.-Doz. Dr. E. Kugel  
München



Dr. R. H. Bishop jr., MC  
Augsburg

stasen setzt. Das Adenokarzinom, das nach allgemeiner Ansicht auf Bronchialdrüsen zurückgeht, bekundet seine Sonderstellung auch darin, daß es an der allgemeinen Zunahme des Br.-Ca. nicht teilnimmt. Hinsichtlich der Bösartigkeit steht es zwischen dem kleinzelligen und dem pflasterzelligen Karzinom.

Von den zur Aufnahme gelangenden Fällen von Bronchialkarzinom sind etwa zwei Drittel inoperabel.

An dem Krankengut des Vortragenden verhielten sich die peripheren zu den zentralen Karzinomen wie 1:2. Dies ist von großer praktischer Bedeutung, weil eine morphologische Erfassung des peripheren karzinomatösen Rundherdes mittels des Röntgenverfahrens in einem realen Frühstadium, vor jeglicher Metastasierung, möglich ist.

Prof. Dr. Sattler befaßte sich sodann mit der Frage der Früherfassung dieser Karzinome.

Schon die Anerkennung des ätiologischen Faktors hat zu einer Klärung geführt, da die Gruppe der schweren Raucher nunmehr als die „Risikogruppe“ kat exochen jenseits 40 Jahren als besonders suspekt zu gelten hat, wenn ein therapierefraktärer Husten, Hämoptysen, Schmerzen im Thoraxbereich den Kranken zum Arzt führen. Da die starken Raucher an „Raucherbronchitis“ leiden, sind sie nur allzu geneigt, eine Zunahme dieser Beschwerden gering zu schätzen und auf das Rauchen zu schieben. Dem Arzt obliegt es, in der Anamnese herauszufinden, ob der etwa Jahre bestehende chronische Raucherhusten seit einem bestimmten Zeitpunkt besonders hartnäckig, quälend und unbeeinflussbar wurde. Hämoptysen selbst geringfügiger Art und namentlich streifenförmige Beimengungen sind gravierender Natur, während das früher vielgenannte Symptom der himbeergeleeartigen Blutbeimengung eher ein seltenes und spätes Symptom darstellt. Schmerzen im Thorax werden meist als dumpf und in der Tiefe lokalisiert angegeben und können frühzeitig perzipiert werden. Von diesen sind die lanzinierenden und äußerst heftigen Schmerzen beim sog. „Ausbrecherkrebs“ (Pancoast-Syndrom), der zu Rippen- und Wirbelsäulenzerstörungen und Wurzelneuritiden führt, verschieden und als ein Spätsymptom zu werten.

Hat der konsultierte Arzt Verdacht geschöpft, so sollte neben einer klinisch-physikalischen Untersuchung unverzüglich eine genaue Röntgenuntersuchung stattfinden. Alle Maßnahmen von seiten des Arztes, rechtzeitige Verdachtschöpfung, Einleitung des röntgenologischen, zytologischen, bronchoskopischen und thorakoskopischen Untersuchungsganges sind davon abhängig, daß der Kranke selbst zur Erkenntnis seines krank-

haften Zustandes gelangt, diesen nicht bagatellisiert und den Arzt aufsucht. Leider ist die dem Kranken anzulastende Verschleppungszeit oft bedeutend, sie beträgt 3 bis 6 Monate, eine Zeit, die ausreichend ist, um bei zentralem Sitz des Tumors die letztlich letale Metastasierung in den hilären Lymphknotenbereich zu ermöglichen.

Anschließend wurde die Frühdiagnose der Lungentuberkulose eingehend behandelt.

Prof. Dr. P. G. Schmidt, Chefarzt der Aggertalklinik, Engelskirchen, befaßte sich mit dem „Hentigen Stand der Tbc-Therapie“.

Sämtliche Tuberkulostatika wirken nicht bakterizid, sondern bakteriostatisch. Die intensivste Wirkung besitzen INH und Streptomycin, ihr Nachteil ist eine rasch einsetzende Resistenz, bei INH nach zwei bis drei Monaten, bei Streptomycin nach vier bis sechs Wochen. Die Resistenzbildung kann durch Kombinationsbehandlung verzögert werden.

INH ist ausgezeichnet verträglich, es passiert die Blut-Liquor-Schranke. Das Indikationsgebiet stellen sämtliche Verlaufsformen, besonders die akut entzündlichen dar, vor allem hämatogene Streuungen wie die Miliartuberkulose, dann auch Kavernen und Schleimhauttuberkulosen. Bei der Pleuritis exsudativa ist eine Kombination mit Kortikosteroiden unerlässlich. Dosierung 5 bis 10 mg/kg p.d.

Streptomycin erscheint am wirksamsten bei akuten infiltrativen, verkäsenden Tuberkulosen, bei der Miliartuberkulose und Meningitis tuberculosa, umstritten ist die Wirkung bei der Pleuritis tuberculosa und Lymphknotentuberkulosen, ungeeignet ist es bei nodösen Formen. Eine gute Wirkung entfaltet Streptomycin bei lokaler Anwendung (Empyem u. a.). Es sollte nur in Kombination mit INH angewendet werden und auch dann besonderen Situationen vorbehalten bleiben.

Conteben ist heute wegen seiner Nebenerscheinungen wenig aktuell; es findet vor allem bei Schleimhauttuberkulosen lokale Anwendung, im übrigen bei produktiven Formen Verwendung in Form des Kombinationspräparates Nicoteben.

Die PAS zeichnet sich durch eine sehr gute Hemmung des Wachstums der Tuberkelbakterien aus. Ihr Nachteil ist die hohe Dosierung von 12 g p.d. per os; deswegen wird die Infusionstherapie bevorzugt, jedoch nur in Kombination mit INH.

Als Standardtherapie wird empfohlen: 3mal 200 mg INH p.d., 15,0 g PAS i.v. 5mal wöchentlich, evtl. 1 g Streptomycin täglich oder jeden 2. Tag, bei allen akuten Formen Kombinationen mit Kortikosteroiden.

In einer kritischen Rückschau nach 14 Jahren würdigte Priv.-Doz. Dr. E. Kugel, Thoraxchirurg der chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses rechts der Isar, München, „Die Resektionsbehandlung pulmonaler Erkrankungen“. Eindrucksvolle Statistiken unterstrichen die inhaltsreichen Ausführungen, die sowohl das Bronchialkarzinom wie die Lungentuberkulose behandelten.

Es müsse angestrebt werden, daß die notwendigen Voraussetzungen einer sachgemäßen thoraxchirurgischen Versorgung weitere Verbreitung finden. Die Scheu vor dem offenen Thorax sollte verschwinden. Bei unklaren Fällen sollte die operative Klärung genauso selbstverständlich werden, wie es heute bereits die Laparotomie geworden ist.

In der Zeitschrift „Monatskurse für die ärztliche Fortbildung“ (1963, Heft 1) sind die hier kurz referierten Vorträge in vollem Wortlaut abgedruckt, worauf ausdrücklich verwiesen sei.

Zahlreiche Ärzte folgten einer Einladung in das amerikanische Hospital in Augsburg, Flakkaserne. Dort wurden einschlägige Filme vorgeführt und ein Kurzreferat von Major Raymond Bishop MC: „Zunehmende Gefahr der Luftverunreinigung“ gehalten. Es schloß sich eine Aussprache zum Thema (Prof. Dr. Stötter) an.

Die Teilnehmer an der Fortbildungstagung hatten, wie üblich, Gelegenheit, in den einzelnen Krankenhäusern und Kliniken klinischen Visiten und Demonstrationen beizuwohnen.

Außerhalb der Fortbildungstagung, aber innerhalb ihres zeitlichen Ablaufs, fand die Mitgliederversammlung der „Vereinigung der frei praktizierenden Lungenfachärzte Deutschlands e. V.“ und der „Schwäbische Ärztetag“ statt.

K-g.

Am Vorabend der 31. Vortragsreihe der Augsburger Fortbildungstage fand auf Einladung des Chefarztes im amerikanischen Lazarett eine Zusammenkunft von Ärzten, Zahnärzten, Krankenschwestern und Krankenhausverwaltern statt. Die Teilnehmer besichtigten das amerikanische Lazarett, das eine Kapazität von etwa 150 Betten und eine monatliche Ambulanz von etwa 3000 Patienten hat.

Anläßlich dieser Zusammenkunft hielt Mayor Raymond H Bishop Jr., MC. einen Vortrag über die „Zunehmende Gefahr der Luftverunreinigung“. Er führte u. a. aus:

„Seit langem wurde Luftverschmutzung als Bedrohung für Gesundheit und Wohlbefinden erkannt. Die Schnelligkeit, mit der die Verunreinigung der Luft in Großstädten und industriellen Gegenden zunimmt, stellt eine der wichtigsten Raumprobleme für die

Menschheit dar. Geschichtlich wurde Luftverschmutzung in der westlichen Zivilisation im 13. Jahrhundert nachweisbar erwähnt, als in England bitumenhaltige Kohlen als Brennmaterial verwandt wurden. Seitdem wurde sie in der ganzen zivilisierten Welt zum konstanten Problem.

Luftverschmutzung resultiert aus Emissionen in die Atmosphäre von Aerosolen, Staub, Dämpfen, Gasen, Nebeln, Düften, Rauch, Verdampfungen und Ionenausstrahlungen. Sie repräsentiert schädliche Nebenprodukte, meistens Abfälle gebräuchlicher technischer Prozesse, von denen die Existenz und der Komfort der Menschheit abhängig sind.

Niemals wurde die Größe der Luftverunreinigungen genau bestimmt. In den Vereinigten Staaten von Amerika wird die Zerstörung durch Luftverschmutzung jährlich auf 11 000 000 000 (11 Milliarden) Dollar Verlust geschätzt neben den unkalkulierbaren menschlichen Verlusten durch Morbidität und Mortalität.

Es ist äußerst schwierig die Morbidität und Mortalität zu bestimmen, unter Umständen ist die Rate hoch. Als Beispiel zeigen die folgenden Zahlen des britischen Gesundheitsministeriums die erhöhte Mortalitätsrate während der prinzipiellen Nebeltage in Groß-London (Bevölkerung 8 250 000).

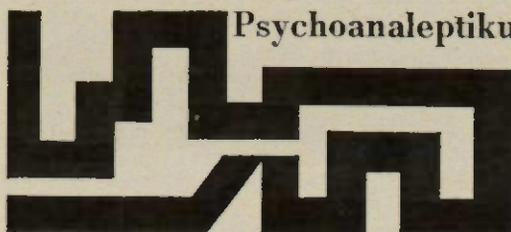
1948, 28. Nov. — 1. Dez.	700 — 800 zusätzliche Todesfälle
1952, 5. Dez. — 8. Dez.	4000 zusätzliche Todesfälle
1956, 3. Jan. — 6. Jan.	1000 zusätzliche Todesfälle
1957, 2. Dez. — 5. Dez.	700 — 800 zusätzliche Todesfälle
1959, 26. Jan. — 31. Jan.	200 — 260 zusätzliche Todesfälle

1959 hat die Luftverunreinigungs-kontrollbehörde des Distriktes Los Angeles geschätzt, daß im Bezirk Los Angeles jeden Tag 1000 Tonnen unverbrannten Kohlenwasserstoffes durch Automobile, Busse und Lastkraftwagen in die Luft abgegeben werden; die lokale Industrie, öffentliche Werkstätten und Privathaushalte haben weitere 650 Tonnen in die Luft ausgestoßen. In London werden an einem Wintertag über 1000 Tonnen Rauch und 2000 Tonnen Schwefeldioxyd täglich in die Atmosphäre ausgeschieden.

Drei Grundprobleme der Lunge sind im Zusammenhang mit der Luftverunreinigung gesehen:

1. Bronchospasmus
2. Chronische Bronchitis mit nachfolgender Lungeninsuffizienz und Emphysem
3. Lungenkrebs

Ein möglicher kausaler Zusammenhang zwischen Lungen-Ca und Luftverschmutzung ist seit langem Gegenstand intensiver Studien. Es scheint eine hohe Korrelation zwischen urbaner Luftverunreinigung und malignen Tumoren der Lunge zu bestehen.



Psychoanaleptikum - bei Störungen von Bewußtsein und Intellekt

Helfergin®

Dragées - Ampullen - Suppositorien

Centrophenoxylin „Helfenberg“



**Mortalitätsrate von Ca der Trachea, der Bronchien und des Lungengewebes bei weißen Männern:**

In den Städten mit mehr als 1 000 000 Einwohnern	29 per 100 000
In Großstädten mit 250 000 — 1 000 000 Einwohnern	22,9 per 100 000
In Städten mit weniger als 250 000 Einwohnern	17,5 per 100 000
In ländlichen Gegenden	14,6 per 100 000

Bei diesem Punkt möchte ich etwas vom Hauptthema abschweifen und ein speziell japanisches Luftverunreinigungsproblem streifen.

1954 hat Huber es als eine neue örtlich begrenzte Respirationserkrankung beschrieben, die im Volksmund „Yokohama-Asthma“ genannt wird. Wahrscheinlich ist diese Krankheit zum erstenmal 1946 in dem amerikanischen Hospital in Yokohama gemeldet worden, als die dortigen Ärzte eine ungewöhnlich große Anzahl von Patienten mit Asthma sahen. Bald zeigte es sich, daß diese Syndrome nicht nur auf Yokohama beschränkt waren, sondern sich auf die Tokio-Yokohama Gegend erstreckten, die als sogenannte Kanto-Ebene bekannt ist. Dies ist eine hochindustrialisierte Gegend, an einer Bucht gelegen, von Hügeln und Bergen umschlossen. Eine ideale Lage zur Bildung und Stauung von Smog (Nebel-Rauch). Dieser Smog ist gewöhnlich sehr dicht bei windstillen und regenarmen Perioden und liegt charakteristisch dicht über der Oberfläche, selten über eine Höhe von 1000 Fuß (330 m) hinausgehend, verdichtet sich gegen den späten Nachmittag und wird am dichtesten zwischen 20 und 24 Uhr. Der Smog ist im Spätherbst und während der Wintermonate am dichtesten.

Die asthmatische Bronchitis dieser Gegend befällt normale, gesunde Personen, die sich in der Tokio-Yokohama Gegend aufhalten, von denen die Mehrzahl eine komplette negative Anamnese für Lungenerkrankungen vor ihrer Ankunft in Japan hatten. Die höchste Befallsrate ereignet sich von Oktober bis einschließlich Januar. Die prodominierenden Symptome sind ein chronisch-progressiver Husten, der meistens nachts und am frühen Morgen auftritt. Das steigert sich zu Episoden von Giemen, das sich in keiner Weise bei der Auskultation von Bronchialasthma unterscheidet. Die Krankheit verschlechtert sich weiter und die Patienten werden ausgesprochen kurzatmig. Diese Dyspnoe ist andauernd und ohne Remission. Der Patient ist nie frei von Symptomen bis er die Gegend verläßt, jedoch wird eine dramatische Besserung gesehen, schon wenn man sich außerhalb der Kanto-Ebene aufhält (15 — 20 Meilen).

Nach der Entdeckung hat man angenommen, daß diese Krankheit durch irgendwelche Pollentypen, Pilze oder durch den für die Tokio-Yokohama Gegend typischen Staub ausgelöst würde. Jedoch haben ausgedehnte Studien ergeben, daß die Attacken mit der Luftverunreinigung und dem Smog im Zusammenhang stehen. Anfänglich wurde geglaubt, daß die Patienten nach Rückkehr in die Vereinigten Staaten komplett asymptomatisch werden würden, jedoch haben Nachuntersuchungen über lange Zeit ergeben, daß permanente respiratorische Erkrankungen, besonders Emphysem auftreten kann.

Mit meinen kurzen Ausführungen habe ich versucht eine Übersicht über das allgemeine Problem der Luft-

verunreinigung zu geben, dabei bin ich besonders auf einen Fall von Luftverschmutzung eingegangen, den die Streitkräfte der Vereinigten Staaten in Japan erlebten. Überall werden große Anstrengungen unternommen, jedoch wird es noch viele Jahre bis zu einer Lösung dauern. (Eigenreferat)

**Literaturverzeichnis**

- Andelman, Samuel L., M. D., M. P. H.  
Air Pollution and Respiratory Disease  
American Journal of Medical Science, 242:487-93, Oct. 1961
- Banyal, Andrew L., M. D. Chicago  
Pulmonary Hazards of Air Pollution  
Archives of Environmental Health, 396-403, Oct. 1961
- Boyd, J. T., London School of Hygiene and Tropical Medicine  
Climate, Air Pollution, and Mortality  
British Journal of Preventive and Social Medicine (London) 14:123-35, July 1960
- Burgess, S. G., Ph. D., and Shaddick, C. W., E. R. D.  
Bronchitis and Air Pollution  
Royal Society of Health Journal (London) 79(1):10-22, Jan.-Feb., 1959
- Canadian Medical Association  
Carcinogenic Hazards of Air Pollution  
Canadian Medical Association Journal, 87:411-2, 25. Aug. 1962
- Cole, C. W. E., Chest Physician  
Effects of Atmospheric Pollution on the Human Chest  
Royal Society of Health Journal (London) 80:153-6, May-June 1960
- Daly, Charles  
Air Pollution and Causes of Death  
British Journal of Preventive and Social Medicine (London) 13(1):14-27, Jan. 1959
- Dohan, F. C., M. D. and Taylor, E. W., B. S.  
Air Pollution and Respiratory Disease  
American Journal of Medical Science, 240:337-9, Sept. 1960
- Dohan, F. Curtis, M. D.  
Air Pollutants and Incidence of Respiratory Disease  
Archives of Environmental Health (Chicago), 3:387-95, Oct. 1961
- Drinker, Philip, Professor  
Air Pollution and the Public Health  
I. Problem of Great Cities; Acute Effects, fog disasters  
Journal of the Royal Institute of Public Health and Hygiene 20(7):211-31, July 1957
- Drinker, Philip, Professor  
Air Pollution and the Public Health  
(Excerpts from the Harben Lectures given before the Royal Institute of Public Health and Hygiene, London)  
American Industrial Hygiene Association Journal, (Detroit) 19(3):218-24, June 1958
- Gore, A. T. and Shaddick, C. W.  
Atmospheric Pollution and Mortality in the County of London  
British Journal of Preventive and Social Medicine 12(2):104-13, April 1958
- Hamil, Peter V. V., M. D.  
Atmospheric Pollution, the Problem-An Over-All View  
AMA Archives of Environmental Health, L:241-6, Sept. 1960
- Hechter, H. H., M. P. H. and Goldsmith, John R., M. D.  
Air Pollution and Daily Mortality  
American Journal of Medical Science, 241:581-8, May 1961
- Katz, Morris, M. Sc., Ph. D.  
Some Toxic Effects of Air Pollution on Public Health  
Medical Service Journal Canada, 16:504-25, Juni 1960
- Lawther, F. J., Director, Medical Research Council Group for Research on Atmospheric Pollution  
Chronic Bronchitis and Air Pollution  
Royal Society of Health Journal, London 79(1):4-9, Jan.-Feb., 1959

- Logan, W. P. D., M. D., Ph. D.  
Mortality from Fog in London, January 1956  
British Medical Journal, 1:722-5, 31. Mar. 1956
- Martin, A. E. M. D.  
Atmospheric Pollution in Great Britain: The London Fog of 2-5 Dec. 1957  
International Journal of Air Pollution, 2:34-8, July 1959  
Epidemiological Studies of Atmospheric Pollution  
Monthly Bulletin of the Ministry of Health and the Public Health Laboratory Service (London), 20:42,9, Mar. 1961
- McDermott, Walsh  
Air Pollution and Public Health  
Scientific American, 205:49-57, Oct. 1961
- Mills, A. C., M. D., Ph. D.  
Respiratory and Cardiac Deaths in Los Angeles Smogs  
American Journal of Medical Science, 233(4):379-86, April 1957
- Mills, A. C., M. D., Ph. D.  
Respiratory and Cardiac Deaths in Los Angeles Smogs during 1956, 1957 and 1958  
American Journal of the Medical Sciences, 239:307-15, Mar. 1960
- McGivern, A. R.  
Atmospheric Pollution; Its Relation to Lung Cancer  
New Zealand Medical Journal, 56, 314:455-60, Aug. 1957
- Paul, George A.  
Medical Aspects of Air Pollution  
Journal of the Medical Society of New Jersey, 58:560-2, Nov. 1961
- Phelps, Harvey W. and Kolke, Shlgeo  
„TOKYO YOKOHAMA ASTHMA“  
The Rapid Development of Respiratory Distress Presumably Due to Air Pollution  
American Review of Respiratory Diseases, 86:55-63, July 1962
- Phelps, Harvey W., Major M. C.  
Air Pollution Asthmatic-Bronchitis among United States Personnel in Japan  
Japanese Heart Journal, 2:180-6, April 1961
- Prindle, Richard A., M. D.  
Air Pollution as a Public Health Hazard  
Archives of Environmental Health (Chicago), 4:401-7, Apr. 1962
- Rokaw, Stanley N.  
Air Pollution and Chronic Respiratory Disease  
American Review of Respiratory Disease, 83:572-4, Apr. 1961
- Schoettlin, Charles E., M. D. and Landau, Emanuel  
Air Pollution and Asthmatic Attacks in the Los Angeles Area  
Public Health Reports, Washington, 76:654-8, June 1961
- Stocks, Persy, M. D.  
Cancer and Bronchitis Mortality in Relation to Atmospheric Deposit and Smoke  
British Medical Journal, No: 5114, p:74-8, 10. Jan. 1959
- Waller, Robert E., B. Sc. and Wawther, Patrick J., M. B., B. S., M. R. C. P.  
Further Observations on London Fog  
British Medical Journal, No: 5059, p: 1473-5, 21. Dec. 1957
- Winkelstein, Warren Jr., M. D., M. P. H.  
The Erie County Air Pollution — Respiratory Function Study  
Journal of the Air Pollution Control Association 12:221-2, May 1962

#### Vesallus-Medaille für Verdienste um die Augsburger Fortbildungstage

Der Oberbürgermeister von Augsburg überreichte die Vesallus-Medaille in Silber an die Herren:

Prof. Dr. W. Hadorn, Bern, Prof. D. M. J. Halhuber, Innsbruck, Prof. Dr. H. Hilbert, München, Prof. Dr. F. O. Höring, Berlin, Dr. med. habil. W. Lutz, Ried/oÖ., Prof. Dr. F. Miczoch, Wien, Prof. Dr. A. Sattler, Wien, Herrn Otto Spatz, München.

In Bronze an die Herren: Priv.-Doz. Dr. E. Kugel, München, Dozent Dr. Langen, Tübingen, und Prof. Dr. P. G. Schmidt, Engelskirchen.

#### Beschluß der Vertrauensmänner der Kassenärztlichen Vereinigung, Bezirksstelle Oberbayern, vom 17. 4. 1963

In ihrer Sitzung am 17. 4. 1963 faßte die Vertrauensmänner-Versammlung der KVB, Bezirksstelle Oberbayern, hinsichtlich der Angriffe des Herrn Dr. Ludwig Schmitt gegen Herrn Dr. Sewering einstimmig folgende Resolution:

Die Vertrauensmänner weisen die Art und Form des Vorgehens von Herrn Dr. Schmitt zurück. Hinsichtlich der Vorwürfe gegen Herrn Dr. Sewering als Vorsitzenden der Bezirksstelle Oberbayern stellt die Vertrauensmänner-Versammlung fest, daß die Gesamttätigkeit des Herrn Dr. Sewering in der Bezirksstelle Oberbayern auf den Beratungen und Abstimmungen der Vertrauensmänner-Versammlung beruht. Für die Entscheidungen trägt also nicht Herr Dr. Sewering allein die Verantwortung, sondern mit ihm die Vertrauensmänner-Versammlung der Bezirksstelle Oberbayern.

Die Vertrauensmänner-Versammlung der Bezirksstelle Oberbayern spricht Herrn Dr. Sewering einstimmig ihr volles Vertrauen aus.

gez. Dr. Braun	gez. Dr. Rechl
gez. K. Goetz	gez. Dr. Schindlbeck
gez. Dr. H. Goetz	gez. Dr. Schleicher
gez. Dr. Hickl	gez. Dr. Schlosser
gez. Dr. Kaufmann	gez. Dr. Schuienburg
gez. Dr. Kern	gez. Dr. Stuhlfelder
gez. Dr. Ortner	gez. Dr. Wolpert

#### Der Berufsverband der Praktischen Ärzte

Sitz Köln (BPA), hat auf seiner Delegiertenversammlung vom 26. bis 28. April 1963 in Wiesbaden seinen Vorstand neu gewählt.

1. Vorsitzender wurde wieder Herr Dr. Sachse, Kempten-Krefeld, zum 2. Vorsitzenden wurde Dr. Balusehek, München, wiedergewählt, zum 3. Vorsitzenden wählten die Delegierten Herrn Dr. Petzlaff. Schriftführer wurde Dr. Schrauer aus Göllheim, Rheinland-Pfalz, und Schatzmeister Dr. Rettlinger, Berlin.

#### Ordentliche Hauptversammlung 1963 des Marburger Bundes — Landesverband Bayern

Der Verband der angestellten Ärzte Deutschlands — Marburger Bund — Landesverband Bayern, hielt am 4. 5. 1963 in München seine ordentliche Landesversammlung 1963 ab.

In einem umfassenden Rechenschaftsbericht konnte der 1. Landesvorsitzende, Dr. med. Klaus Dehler, MdL, auf erfreuliche organisatorische Erfolge des Verbandes verweisen. Es sei gelungen, durch den Abschluß bedeutsamer Tarifverträge die wirtschaftliche und soziale Stellung der Krankenhausärzte weiter zu festigen und auch Verbesserungen der Altersversorgung durch die Bayerische Ärzteversorgung zu erreichen.

Dr. Dehler beklagte, unter Zustimmung der Versammlung, die schleppende Behandlung der überfälligen Reform des Medizinstudiums durch Bund und Länder und die Widerstände, die sowohl an den medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken wie auch an den gemeindlichen Krankenanstalten den Bemü-

hungen um eine Änderung der inneren und äußeren Struktur des Krankenhauswesens entgegengestellt werden. Er bezeichnete es als vordringliches Anliegen, auch für die wissenschaftlichen Assistenten an den Universitätskliniken geregelte Arbeitszeitverhältnisse zu schaffen und Mißstände, die teilweise zu Wochenarbeitszeiten von 70 oder gar 90 Stunden führen, zu beseitigen.

Die Versammlung wählte einen neuen Landesvorstand. In ihren Ämtern wurden

Dr. Klaus Dehler, MdL, als 1. Vorsitzender und Priv.-Doz. Dr. Dietrich Vogt, als 2. Vorsitzender bestätigt.

Dem neuen Landesvorstand gehören weiter an die Herren:

Dr. Hermann Mühleisen, Amberg  
Dr. Franz Schmidl, Nürnberg  
Dr. Friedrich Wolf, Erlangen  
Dr. Günter Hartmann, München  
Dr. Klaus Jelke, Bayreuth.

### Bundesverband deutscher Thorakologen

Anlässlich der Fortbildungstage für „Praktische Medizin“ in Augsburg vom 28. bis 31. 3. 1963, die unter dem Motto „Diagnose und Therapie bei Erkrankungen des Respirationstraktes“ standen, hat sich aus den Kreisen der auf diesem Gebiet tätigen Ärzte, Wissenschaftler, Kliniker und niedergelassenen Fachärzte, der „Bundesverband deutscher Thorakologen“ konstituiert. Zweck des Bundesverbandes ist die Förderung der wissenschaftlichen und beruflichen Belange aller Ärzte, die sich mit den Erkrankungen der Thoraxorgane, einschließlich der Tuberkulose befassen.

Der Bundesverband hat sich daher zum Ziel gesetzt, Mitglieder von Gesellschaften und Vereinigungen, die ähnlichen Zwecken dienen, sowie Lungenfachärzte, Internisten, Chirurgen, Röntgenologen, Bakteriologen und Angehörige anderer Fachwissenschaften auf dem Gebiete der Erkrankungen der Thoraxorgane zusammenzufassen, um durch gemeinsame Besprechungen die Grundlage für die Wahrung der Interessen seiner Mitglieder zu erarbeiten.

Der Bundesverband tritt mit allen öffentlichen, politischen und privaten Institutionen des Inlandes und mit Vereinigungen des Auslandes, die eine ähnliche Zweckbestimmung haben, in Gedanken- und Erfahrungsaustausch.

Anfragen und Anmeldungen zur Mitgliedschaft erbeten an den Generalsekretär Dr. med. Max Hellmann, 89 Augsburg, Maximilianstraße 27.

### Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin e. V.

In Caen wurden in einer Arbeitstagung zum erstenmal Probleme der Arbeitsmedizin zwischen Wissenschaftlern, Klinikern, sowie Werksärzten und Praktikern diskutiert.

Veranstalter waren die Universität Caen in der Normandie, die normannische Gesellschaft der Werksärzte und die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin.

Über die Wiederaufnahme der Arbeit nach dem Herzinfarkt sprachen Prof. Oliver, Caen, sowie Prof. Valentin, Köln, und Prof. Fritze, Bochum. Werksärzte und Praktiker gaben Beiträge zur Diskussion. Das zweite

Thema war die Asbestose, zu der Prof. Porin, Caen, Prof. Champeix, Clermont Ferrand, Prof. Worth, Moers, Prof. Klosterkötter, Münster, und Dr. Einbrodt, Göttingen, maßgebende Beiträge leisteten.

Ein Bericht über die deutschen Erfahrungen in der Byssinose gab Dr. Antweiler, Homberg. Auch über diese Themen gaben Werksärzte ihre Erfahrungen aus der Praxis bekannt. Die Referenten überraschten die Franzosen, indem sie fast durchweg ihre Referate in französischer Sprache hielten, so daß Herr Dr. Claas von der Montanunion Luxemburg, der sich freundlicherweise zur Übersetzung zur Verfügung gestellt hatte, sich nur in die Diskussion einschalten mußte.

Das Treffen war nicht nur fachlich, sondern auch als freundschaftlicher Austausch zwischen französischen und deutschen Ärzten ein voller Erfolg.

## FAKULTÄT und PERSONALIA

### Nachrichten aus der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg

Würzburg: Professor Dr. med. Hans Franke, Direktor der Medizinischen Poliklinik der Universität Würzburg, hat einen Ruf auf die Lehrkanzel für Innere Medizin an der Universität Innsbruck erhalten.

Der außerplanmäßige Professor Dr. Rudolf Naujoks, Universität Hamburg, wurde zum ordentlichen Professor der Zahnheilkunde in der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg und zum Direktor der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten ernannt.

Der Wissenschaftliche Rat und apl. Professor an der Universität Kiel Dr. Theodor Heinrich Schiebeler wurde zum außerordentlichen Professor der Anatomie an der Universität Würzburg ernannt.

Der Universitäts-Dozent Dr. Wolfgang Schwerd, Erlangen, hat einen Ruf auf den Lehrstuhl für gerichtliche und soziale Medizin an der Universität Würzburg erhalten.

Dem Privatdozenten der Chirurgie Dr. Rudolf Schautz wurde die Amtsbezeichnung „apl. Prof.“ verliehen.

Zu Privatdozenten wurden ernannt:

Dr. med. Werner Kahle für Neurologie,  
Dr. med. Ulrich Peiper für Physiologie,  
Dr. med. Kai Rehder für Anaesthesiologie,  
Dr. med. Hans Erhard Schäfer für Innere Medizin,  
Dr. med. Harm Spuler für Neurochirurgie.

Professor Dr. Erwin Schliephake, Gießen, wurde zum korrespondierenden Mitglied der American Congress of Physical Medicine, Chicago, und zum Ehrenmitglied der Connecticut Society of Physical Medicine, New Haven, ernannt.

### Nachrichten aus der Medizinischen Fakultät der Universität München

Nachstehenden Privatdozenten der Universität München wurde der Titel „Außerplanmäßiger Professor“ verliehen:

Dr. med. Emmi Christine Dingler, wiss. Assistentin am Anatomischen Institut München. Entschl. V 25 958 vom 26. 3. 1963;

Dr. med. Johannes Lang, wiss. Assistent am Anatomischen Institut München. Entschl. I 218 vom 20. 2. 1963;

Dr. med. Friedrich Pirner, wiss. Oberassistent an der Chirurgischen Poliklinik München. Entschl. V 25 957 vom 26. 3. 1963;

Dr. med. Rudolph Wetzstein, wiss. Assistent am Anatomischen Institut München. Entschl. V 27 046 vom 5. 4. 1963.

### Prof. Dr. Hanns Baur 65 Jahre alt

Am 1. Juni 1963 ist Professor Dr. Hanns Baur, Chefarzt der 2. medizinischen Abteilung des städt. Krankenhauses München r. d. Isar, wegen Erreichung des 65. Lebensjahres in den Ruhestand getreten.

Er kam als Repräsentant der Münchner Medizinischen Schule Friedrich von Müllers vom damaligen städt. Krankenhaus links der Isar an das Schwabinger Krankenhaus und leitete während der jüngsten Periode seiner Tätigkeit die 2. medizinische Abteilung am städt. Krankenhaus rechts der Isar. Sein Bekenntnis zum umfassenden Aufgabengebiet der Inneren Medizin als „Mutterfach“ verband sich mit der vollen Anerkennung der zeitgemäßen natürlichen Entwicklung und Förderung von Teilspezialisierungen.

Zu der Realisierung eines „sowohl, als auch“ lieferte der Aufbau seiner Schule wesentliche Beiträge. Die Gründung der ersten unter diesem Namen geführten klinisch-toxikologischen Abteilung des Bundesgebietes lieferte für unseren süddeutschen Raum und weit über seine Grenzen hinaus der Ärzteschaft vielseitige, wertvolle Hilfeleistungen. Von seiten der wissenschaftlichen Grundlagenforschung und der Fortbildung hat Prof. Dr. Hanns Baur mit der bewußten Zielsetzung der klinischen Toxikologie die Lücke geschlossen, die zwischen der fachlichen Bearbeitung durch die Pharmakologie und den Problemen bestand, die der Kranke bietet. Es begann mit seinen Arbeiten und Vorträgen, die sich stets auch in die Lage der Praxis (z. B. Symptomatischer Vergiftungssteckbrief) zu versetzen wußten.

Wie man höchste Stufen einer Teilspezialisierung in organischer Form, rein aus der vorhandenen Basis einer möglichst breitgefaßten Konzeption des Mutterfaches heraus entwickeln kann, ohne daß vorher aufwendige Spezialgrundlagen vorhanden waren, zeigt dieses Beispiel der klinisch-toxikologischen Station. Sie verdankt ihre Entstehung dem übergeordneten Arbeitsgebiet von Prof. Dr. Hanns Baur, der lebenslänglichen Arbeit an der Aufklärung des Hergangs akuter lebensbedrohlicher Zustände und der Todesursachen (Elementarpathologie, Thanatogenese).

Wiederum war es ein zunächst nach außen hin kaum merklicher Anfang, der zu speziellen Arbeiten über ein Neu-land des Wissens, den Wasser-Elektrolyt-Haushalt und Säure-Basen-Haushalt führte. Auf der Grundlage seiner früheren Arbeiten und seiner speziellen, von



jedem seiner Schüler gerühmten Kunst der unmittelbaren kritischen Krankenbeobachtung, war es für Prof. Dr. H. Baur eine selbstverständliche Verpflichtung, die umwälzenden Neuerungen der ärztlichen Vorstellungen und die dramatischen Hilfsmöglichkeiten am Krankenbett, die durch Pionierarbeiten der letzten Jahrzehnte erschlossen waren, nicht nur im eigenen Bereich zu realisieren, sondern auch einem möglichst breiten Kreis von Krankenhausärzten, Fachärzten und Praktikern zugänglich zu machen.

Seine Abteilung genießt heute, wie die fortlaufenden Gastbesuche, Anforderungen von Referaten und Arbeiten, die an Prof. Dr. H. Baur und seine Mitarbeiter ergehen, beweisen, den Ruf, dieses Spezialgebiet mit den einfachsten Mitteln zu beherrschen.

Fast unüberwindlich schienen anfangs die Schwierigkeiten, die Resignation zu überwinden, die sich aus den Mißverständnissen ergab, es handle sich um ein Reservat besonderer laborativer und apparativer Ausstattungen, wenn es darum geht, dem Arzt — wie Baur sagt — „zu zeigen, daß die Eingriffe in den W.E.I.H. beginnen, wenn er die Frage beantwortet, was der Kranke heute trinken darf“. Die Anlage, seinen Energieaufwand der jeweiligen Behinderung anzugleichen, offenbarte sich bei diesem klinischen Lehrer (nicht zum erstenmal) in der Entwicklung eines Formates, das die Interpretation zu beherrschen lernte. Bald wurde der Redner als „Missionar“ des W.E.I.H. begrüßt. Seine Hörer, die den lebhaften und stets mit haftenbleibenden, treffenden und stellenweise humorgewürzten Formulierungen folgten, konnten die Vorarbeiten, die solchen Vorträgen vorausgingen, wohl kaum noch ermessen.

# Cefasabal<sup>®</sup>

TROPFEN · TABL. · AMP.



CEFAK · KEMPTEN

Pyelitis Cystitis  
Prostatitis  
Prostatahypertrophie

Man würde sich von der großen Linie entfernen, wenn man allein aus der jüngsten Schaffensperiode Professor Baur die vielseitigen Themen von etwa 50 wissenschaftlichen Arbeiten, Buchbeiträgen und Monographien, die große Zahl von alljährlich gehaltenen Vorträgen, Kursen und Facharztkursen am Krankenbett einzeln aufzählen würde. Auch die Ernennung zum Ehrenmitglied der Gesellschaft der Ärzte für Oberösterreich und die Aufnahme in das Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung sollen nur kurz erwähnt werden. Für die Ärzteschaft sei dieser Eintritt in eine neue Arbeitsperiode mit der Anmeldung vieler Wünsche verbunden, deren Erfüllung uns Prof. Dr. Baur noch schuldet.

In Würdigung und dankbarer Anerkennung seiner großen Verdienste um die ärztliche Fortbildung hat der Vorstand der Bundesärztekammer Herrn Professor Dr. H. Baur die Ernst-von-Bergmann-Plakette verliehen, die ihm bei der festlichen Eröffnung des XI. Internationalen Fortbildungskurses in Grado vom Vizepräsidenten der Bundesärztekammer und Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Herrn Dr. H. Sewering, überreicht wurde.

Zu einem hoffnungsvollen Blick in die Zukunft scheint uns die Tatsache zu berechtigen, daß Prof. Dr. H. Baur am Tag seiner „Versetzung in den Ruhestand“ beim XI. Internationalen Fortbildungskurs in Grado am Rednerpult stand und ein 5tägiges Elektrolytseminar las, das er anschließend in Montecatini wiederholte, worauf dann ein Tagespräsidium (Elektrolyttag) und ein Referat (Toxikologie) auf der kommenden Therapiewoche in Karlsruhe folgen werden.

### Dr. Götz verläßt die Landespolitik

Herr Dr. med. Wilhelm Götz, der seit 1925 in Augsburg als Augenarzt tätig war, ist nach schwerer Krankheit aus seinen Ehrenämtern in den ärztlichen Organisationen ausgeschieden.

Bereits in den Jahren zwischen 1927 und 1933 war Herr Kollege Götz 2. Vorsitzender der damaligen örtlichen ärztlichen Organisationen. Als engster Mitarbeiter des weit über Bayern hinaus bekannten Geheimrates Dr. Hoerber hat er schon damals an dem Aufbau derselben aktiv mitgearbeitet und in zahlreichen Gremien entscheidend mitgewirkt.

Im Jahre 1933 legte er infolge der veränderten politischen Verhältnisse mit der gesamten Vorstandschaft seine Ämter nieder, um sich nach dem Zusammenbruch erneut zur Mitarbeit zur Verfügung zu stellen.

Er wurde wieder zum 2. Vorsitzenden des Ärztlichen Kreisverbandes Augsburg und der Bezirksstelle Schwaben der KVB gewählt. Als besonders verantwortliche Aufgabe im kassenärztlichen Bereich wurde ihm das Zulassungswesen und das Prüfungswesen übertragen. Er hat diese unter vollem Einsatz seiner Person in den schweren Nachkriegsjahren allen Schwierigkeiten zum Trotz bis 1952 gesteuert.

In den letzten Jahren war Kollege Götz neben seiner Tätigkeit als Vertrauensmann der KVB und Delegierter

zur Landesärztekammer Schatzmeister der Kammer und hat sich dabei um die Regelung des Finanz- und Beitragswesens der Standesorganisation verdient gemacht.

### IN MEMORIAM

Um dem nach langem Leiden verstorbenen Kollegen Dr. Josef Stein das letzte Geleit zu geben, hatte sich eine stattliche Anzahl von Trauergästen, darunter viele Ärzte aus Niederbayern, besonders aus dem Wirkungsbereich des Verstorbenen, Deggendorf und Bayer. Wald, auf dem Bergfriedhof von Hengersberg am 7. 4. 1963 zusammengefunden.



An seinem Grabe sprach der Vorsitzende des Ärztlichen Bezirksverbandes Niederbayern, Herr Kollege Forchheimer, Straubing, im Namen der niederbayerischen Ärzteschaft:

„Was vergangen, kehrt nicht wieder!  
Aber ging es leuchtend nieder,  
leuchtet's lange noch zurück.“

Dieses Leuchten liegt auch über dem Wirken und Werken unseres lieben Kollegen Dr. Josef Stein. All das zu erfassen und all das zu sagen, was wir in ihm verloren haben, würde viel Mühe und Zeit kosten.

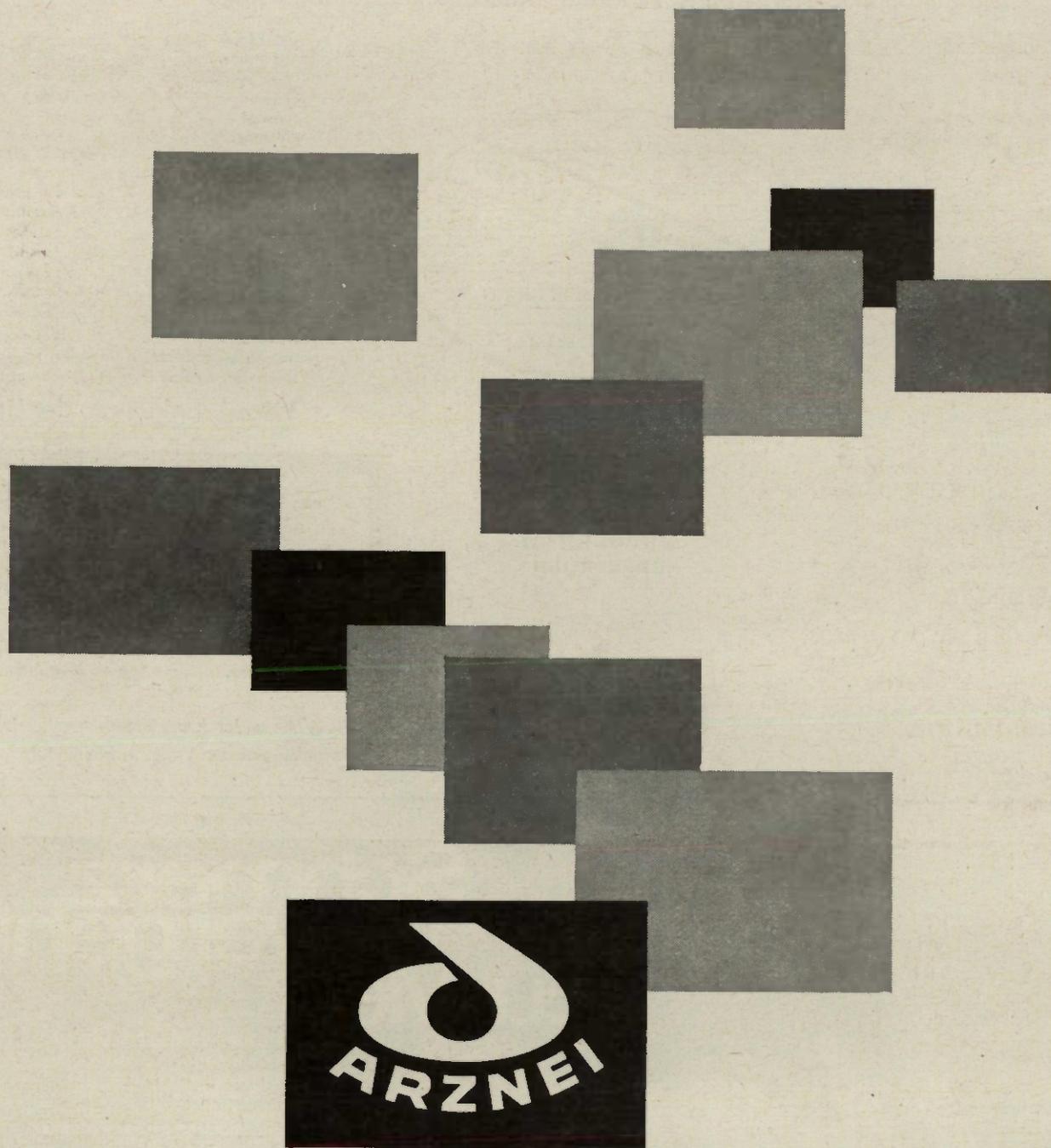
Der Zusammenbruch des Jahres 1945 lag schon mehrere Wochen hinter uns; vor uns lag die Verpflichtung, auch auf dem ärztlichen Sektor wieder aufzubauen; bei der Umschau nach Mitarbeitern fiel mein Blick auch auf unseren lieben Dr. Stein. Ich wußte, daß er bis dahin sich einer ausgedehnten Praxis mit voller Hingabe und Einsatzfreudigkeit widmete und daß ihm nur wenige Stunden Freizeit gönnt waren.

Diese kargen Stunden nützte er zur Befriedigung seiner Lieblingsbeschäftigungen. Dies waren die Musik, die Jagd und das Fischen und die Röntgenologie, dazu kam noch etwas tändelnderweise ein Forschen auf dem Gebiete der Krebsbekämpfung, das ihn mit einem der führenden Männer dieses Gebietes, dem Nobelpreisträger Prof. Dr. Domagk in freundschaftliche Beziehungen brachte.

Das Vertrauen der niederbayerischen Ärzte berief ihn zum Vorsitzenden des Ärztlichen Kreisverbandes Deggendorf und Bayerischer Wald, zum stellvertretenden Vorsitzenden des Ärztlichen Bezirksverbandes Niederbayern, zum Delegierten der Bayer. Landesärztekammer und zum Vorsitzenden des Röntgenausschusses für den Bezirksverband Niederbayern.

In Anbetracht dieser seiner großen Verdienste ist neben der großen Trauer Dankbarkeit unsere erste Regung.

Dr. Stein bejahte das Leben, er liebte die Natur. Eine vita aktiva ging zu Ende; geblieben sind die Trauer und das tiefe Mitfühlen für das große Leid der Seinen, für die Untröstlichkeit seiner vielen Freunde.



*Das leistungsschwache Herz braucht*

# Diffucord

Tropfen zu 20 und 50 ml

Dragées zu 30 und 60 St.

Die Sulfonamid-Harnstoff Kombinationstherapie mit  
**Jacosulfon**



Jacosulfon  
pulvis



Jacosulfon  
unguentum



Hamburg-Schenefeld

Indikationen

- |                                       |                                  |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| Alle eitrigen Wunden und Verletzungen | Mundausschlag                    |
| Alle Pyodermien                       | Ulcus cruris                     |
| Impetigo contagiosa                   | Straphulus Infantum              |
| Ekzeme                                | Phlegmonen                       |
| Furunkel                              | Exantheme                        |
| Karbunkel                             | Abszesse                         |
| Infektionsprophylaxe bei Verletzungen | Balanitis erosiva                |
| Brandwunden                           | Herpes                           |
| Fissuren und Rhagaden                 | Falliculitiden                   |
| Röntgenstrahlenschäden                | Akne vulgaris,                   |
| Pemphigus                             | Akne necrotica                   |
| Intertrigo                            | Seborrhaisches Ekzem             |
| Wundsein der Säuglinge                | Neurodermitis                    |
| Schweißdrüsenabszesse                 | Sykasis nan parasitaria          |
| Mastoiditis                           | Cangelationen                    |
| Mammillenhagaden                      | Scheiden-Dammrisse               |
| Operationswunden                      | Partioerosionen                  |
|                                       | Unspez. Fluor (Vaginaltamponade) |

Pilzkrankungen der Haut

(Unguentum u. Pulvis im Wechsel)



**Jacosulfon**

Unspez. Fluor *vaginale* diff. Kolpitis  
Partioerosionen Vaginitis

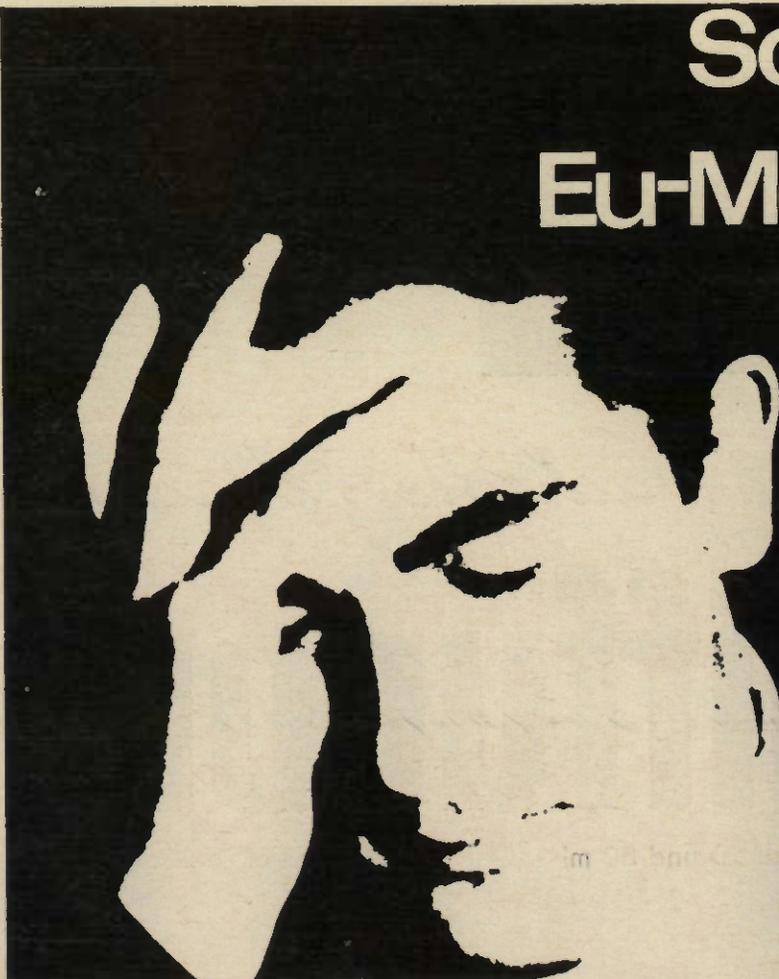
sowie alle anderen entzündlichen und infektiösen  
Erkrankungen der Vaginalschleimhaut

Schmerz  
vergeht-  
Eu-Med®

Ein klassisches Analgeticum

10 Tabletten DM 0,90  
20 Tabletten DM 1,55  
6 Suppositorien DM 1,45 lt. AT.o.U.

MED Fabrik  
chemisch-pharmazeutischer  
Präparate J. Carl Pflüger  
Berlin 31



Meinen lieben Kollegen, die in so stattlicher Zahl sich zum letzten Gang unseres lieben Vaters Stein auch heute hier zusammengefunden haben, möchte ich das Dichterwort zurufen:

„Haltet das Bild der Würdigen fest!  
Wie leuchtende Sterne teilte sie aus  
die Natur für den unendlichen Raum.  
Haltet das Bild des Würdigen fest!“

Paul Weigel †

Am 27. Mai ist Dr. med. Paul Weigel, Facharzt für HNO-Krankheiten, Augsburg, im Alter von 67 Jahren gestorben. Sein Tod kam nicht ganz unerwartet. Seit Monaten schon litt er an einem okkulten Leiden, das ihn aus seiner Praxis riß, die er sich 1926 in Augsburg aufzubauen begonnen hatte, nachdem er 1922 approbiert wurde und in Halle und Rostock zum Facharzt ausgebildet worden war.

Mit ihm hat die Bayerische Ärzteschaft einen Freund verloren, der regsten Anteil am Schicksal seiner ärztlichen Kollegen und der Allgemeinheit genommen hat. Ohne selbst Ämter und Würden anzustreben, war er stets bestrebt, jene Grundsätze zum Tragen zu bringen, die er von zu Hause ins Leben mitgebracht hatte. Aus einem fränkischen Pfarrhaus stammend, war ihm Offenheit und Pflichtbewußtsein ebenso eine Selbstverständlichkeit wie der unerschütterliche, in einem

tiefen Glauben wurzelnde Optimismus, der immer das Gute im Menschen sah. Nie verlor er das endgültige Ziel aus den Augen, für den Arzt gerechte Bedingungen für ein ersprießliches Wirken zu erstreiten. Fern von jedem Opportunismus ging er selten geraden Weg vornehm voran, ohne dabei selbst bei schärfsten Auseinandersetzungen die Persönlichkeit anders Denkender jemals zu verletzen. So war ihm möglich, im Laufe der Jahre in verschiedenen Ehrenämtern, in den lokalen Kammer- und KV-Organisationen, wie in freien Verbänden und schließlich auch im Augsburger Stadtrat im Interesse der freien Berufe und des freipraktizierenden Arztes fruchtbar tätig zu werden. Als langjähriges Vorstandsmitglied des Landesverbandes des Hartmannbundes hat er seine mahnende Stimme häufig in dessen Mitteilungen vernehmen lassen, die er jahrelang als Schriftleiter betreute. Der Ärztliche Bezirksverband Schwaben, die Kassenärztliche Bezirksstelle Schwaben, der Landesverband Bayern des Hartmannbundes sowie der Bundesverband und schließlich sein geliebtes Corps Onoldia-Erlangen würdigten an seinem Grabe die rastlose Tätigkeit und die noble Gesinnung des Dahingeshiedenen, die bereits zu seinen Lebzeiten durch Verleihen des Bundesverdienstkreuzes und der Hartmann-Thieding-Plakette anerkannt worden waren. Mit seinen Angehörigen und den von ihm in aufopfernder Hingabe betreuten Patienten betrauern wir in ihm ein Vorbild ärztlicher Berufserfüllung, das unvergessen bleiben wird.

### Aus der Geschichte der Medizin

## Franken, die Heimat der Röntgenologie und damit die Geburtsstätte des modernen physikalischen Weltbildes am Ende der konventionellen klassischen Physik

(Ein Beitrag zur Geschichte der Medizin\*)

Von G. H. Schneider

Die wenigsten wissen, daß auf den Tag genau das Ende der klassischen konventionellen Physik und der Geburtstag der atomaren modernen Physik feststeht, nämlich am Freitag, den 8. November 1895. Da hatte in Würzburg Wilhelm Conrad Röntgen im Physikalischen Institut der von Julius Echter von Mespelbrunn gegründeten Universität die klassische Physik zu Grabe getragen und die neue Ära der atomaren modernen Physik begründet. So ist im Frankenland der bedeutungsvolle Anfang für das heutige physikalische Weltbild. Und ich berufe den Genius loci unserer alten Kaiser- und nachbarlichen Bischofsstadt Bamberg und Würzburg mit dem humanistischen Zitat:

\*) Nach einem historisch einführenden Vortrag der Tagung der Bayer. Röntgenvereinigung in Bamberg, 7./8. April 1962.

homo bonus semper tiro — der tüchtige Mensch lernt nie aus (wörtlich „bleibt immer Rekrut“).

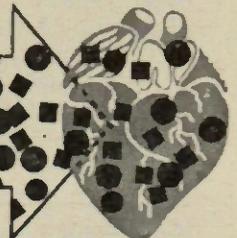
Dieser humanistische Grundsatz gilt von niemandem mehr als von den Radiologen. Denn sie stellen auf Grund ihrer Untersuchungs- und Behandlungstätigkeit der Technik als angewandter Physik immer wieder neue Probleme, um dann selbst neue Aufgaben angehen zu können. Die Lösung der technischen Forderungen setzt die Radiologen wieder in den Stand, der Radiologie weitere Gebiete zu erschließen. So wiederholt sich immer wieder dieser Circulus prosperus im Gegensatz zu manch bekanntem Circulus vitiosus. „Die Stätte, die ein guter Mensch betrat ist eingeweiht; nach 100 Jahren klingt sein Wort und seine Tat dem Enkel wieder“, sagt Goethe (im Torquato Tasso I, 1).

● Magnesiumparaginat ◆ Kaliumparaginat

**Kationen-„Schlepper“**  
zur Behandlung der Ischämie.  
Prophylaxe, Soforthherapie, Nachbehandlung  
des Myocardinfarctes.

**TROMCARDIN®**  
zur Basis-Therapie der myogenen Herzinsuffizienz

H. TROMMSDORFF · AACHEN



Nicht nur für uns Ärzte und Radiologen, sondern für die gesamte Menschheit ist Wilhelm Conrad Röntgen das Vorbild eines homo bonus, eines großen, tüchtigen, überragenden Menschen.

Seine Entdeckung der X-Strahlen, von Albert Kölliker in der denkwürdigen Sitzung der Medizinisch-Physikalischen Gesellschaft vom 23. Januar 1896 — das einzige Mal, daß der Entdecker über seine Entdeckung öffentlich gesprochen hat — sofort in Röntgenstrahlen umbenannt, bedeutet die große Zäsur zwischen der bisherigen als abgeschlossen betrachteten konventionellen Physik und der neuen atomaren Physik, die er durch seine Entdeckung begründet und eingeleitet hat. Auf ihn geht die Umwälzung des Weltbildes und der Naturphilosophie zurück, die weiter durch Max Planck, Albert Einstein (geb. 1879 in Ulm), Pierre und Marie Curie, geb. Skłodowska, Ernest Rutherford, Werner Heisenberg, Enrico Fermi und Arthur Holly Compton, um nur einige zu nennen, ausgebaut wurde.

In kürzester Zeit breitete sich zum Zwecke der richtigen und frühzeitigen Erkennung und Heilung von Erkrankungen die Anwendung der Röntgenstrahlen über alle fünf Kontinente aus. Also auch auf dem Gebiete der Heilkunde begründete Röntgen durch seine Großtat eine neue Epoche.

Auch die Bamberger Stadt und Flur ist persönlich von Röntgen betreten worden. Sein intimster Freund, der Zoologe und bahnbrechende Entwicklungsgeschichtler Theodor Boveri in Würzburg, hatte drei Brüder, darunter einen Verwaltungsjuristen Albert Boveri, damals kgl. Bezirksamtmann für Bamberg-Ost (heute Ländrat genannt), die einen reizenden Besitz — das Seebaus in Höfen besaßen, das nach der Säkularisation ein Vorfahre der Familie Boveri erworben hatte, ein ehemaliges fürstbischöfliches Land- und Fischerhaus mit früherer Karpfenzucht der Aischgründer Karpfen. Die Erben bewohnen heute noch das schöne Besitztum, z. B. die Tochter des Zoologen, Dr. Margret Boveri, die bekannte Schriftstellerin und Journalistin. Hier besuchte Röntgen wiederholt die Familie Theodor Boveri in dem idyllischen Besitze am Fuße des Distelberges und am Ausgang des Bruderwaldes bei Bamberg. So z. B. ganz sicher in dem trockenen und guten Weinjahr 1911, als Röntgen schon seit 1900 in München lehrte; auch später wiederholt und auch nach dem Tode seiner Frau Berta 1919, alljährlich bis zu seinem Tode am 23. 2. 1923.

Wer sich aber mit Anfängen der Röntgenologie befassen will, muß seine Augen nach Süden weiterlenken zur benachbarten Universitätsstadt Erlangen. Hier war seit 1877 der Universitätsmechaniker Erwin Moritz Reiniger tätig, der mit den Werkstätten von Gebbert und Schall aus Stuttgart sich 1886 (dem Todesjahr des Psychiaters Gudden, des Großvaters Grasbergs, und seines Patienten König Ludwig II. v. Bayern) zur Firma Reiniger-Gebbert & Schall (RGS) zusammenschloß. Hier war seit 1896 die Wiege des Baues von Röntgenapparaten, nach den Angaben Röntgens bestehend aus Ruhmkorffschem Induktor und Hittor-Crooke- oder Leonardschen luftarmen Kathodenstrahlröhren, wie sie in der Nr. 9 der Sitzungsberichte der Physikalisch-Medizinischen Gesellschaft Würzburg vom 28. 12. 1895 Röntgen beschrieben hat. Der Nachfolger Röntgens in Gießen, Prof. Walter Koenig (bei

dem ich noch in Physik für das Physikum geprüft wurde) schrieb seinerzeit, daß er zuerst eine Fokusröhre benützte, mit der man die Heizwirkung der Kathodenstrahlen auf einem Platinblech zu zeigen pflegte. Auf Vorschlag meines elektrotechnischen Kollegen Prof. Epstein hin, erregte ich die Röhre mit einem Teslatransformator, wodurch ich stärkere Wirkungen und kürzere Expositionszeiten erhielt\*\*).

Ruhmkorffsche Induktoren hatte deren Erfinder, ein deutscher Mechaniker, zuerst 1851 in Paris gebaut. Siemens & Halske, gegründet 1847, baute die von Werner Siemens bereits seit 1844 zur Prüfung der Hochisolation der Kabel konstruierten Volta-Induktoren später weiter für physikalische, technische und medizinische Zwecke. Von vornherein waren aber die Induktoren zuerst physikalische Apparate. 1861 lieferten Siemens & Halske Ruhmkorffsche Induktoren von 2 bis 20 cm Funkenlänge und stellten 1862 auf der Pariser Weltausstellung einen solchen von 50 cm Funkenschlagweite aus. Erst ab 1896, durch Röntgens Entdeckung, erlangten diese hochspannigen Induktoren eine physikalisch-medizinische Bedeutung zur Erzeugung von Röntgenstrahlen. J. Rosenthal (Mitautor der Monografie, Lehrbuch der Röntgenkunde von Rieder & Rosenthal, J. A. Barth, Leipzig, 1922) schrieb 1896: Als Röntgen seine Entdeckung zum ersten Male vortrug, war ich als Ingenieur in der Starkstromabteilung von RGS. In der elektro-medizinischen Abteilung war natürlich größtes Interesse für Röntgens Entdeckung vorhanden. Um schwieriger aufzunehmende Körperteile zu röntgenografieren, brauchte man eine halbe Stunde und mehr. Eine besonders schöne Aufnahme eines Kopfes in 11 Minuten sandte ich an Prof. Röntgen in Würzburg. Dieser schrieb zurück: „Für die Zusendung der sehr schönen Fotografie eines Kopfes sage ich Ihnen meinen besten Dank und ersuche Sie, mir für Rechnung des hiesigen Physikalischen Institutes zwei Vakuumröhren Ihrer Konstruktion... möglichst bald zu schicken.“

Eilhard Wiedemann, damals der „Erlanger Physiker“, der Sohn des Leipziger Physikers Gustav Wiedemann (der Begründer der Annalen der Physik, genannt „Wiedemanns Annalen“), hatte damals Rosenthal vorgeschlagen, die von Walter Koenig, damals noch Frankfurt a. M., benutzte Tesla-Anordnung anzuwenden, um durch die Bündelung der Kathodenstrahlen in einer Platinanode die Leistungsfähigkeit der Röntgenröhre zu erhöhen.

Aus unserer westfränkischen Nachbarstadt Aschaffenburg hat sich der Ingenieur Friedrich Dessauer (1881—1963) durch die Gründung einer Röntgenapparatfabrik bekanntgemacht. Er war der Sohn des Gründers der dortigen Buntpapierfabrik des späteren kgl. Kommerzienrates Philipp Dessauer. Er hat auch in „Wiedemanns Annalen“ bedeutende und grundlegende Arbeiten über die Erzeugung und Anwendung der Röntgenstrahlen erscheinen lassen. Er arbeitete viel mit einem ärztlichen Pionier, seinem Freunde Dr. Wiesener, in Röntgendiagnostik zusammen. Kein Geringerer als Carl Josef Gauß (1875—1957) (der Urkel des Mathematikers, Physikers und Astronomen

\*\*) Walter Koenig: 14 Fotografien mit Röntgen-Strahlen aufgenommen im Physikalischen Verein zu Frankfurt/Main 1896, Leipzig, J. A. Barth, derselbe: Über Aufnahmen mit Röntgenstrahlen im Physikalischen Verein Frankfurt/Main, 1896, Verh. Physik. Ges. Berlin, 15, 74.

# DURENAT



## ECHTE VORTEILE ÜBERZEUGEN

Durenat® (Sulfamethoxydiazin),  
das langwirkende Sulfonamid  
von Bayer und Schering mit den  
entscheidenden Vorteilen:

maximale Serum- und Gewebsspiegel an wirksamem Sulfonamid  
weiter Anwendungsbereich  
ausgezeichnete Verträglichkeit  
niedrige Dosierung

Durenat gibt es in vier verschiedenen  
Darreichungsformen:

---

Tabletten:  
8 Tabletten zu je 0,5 g DM 2,80

---

Saft:  
Flasche mit 40 ml/10% DM 3,55

---

Tropfen:  
Tropfflasche mit 10 ml/20% DM 3,25

---

Ampullen:  
5 Ampullen zu je 5 ml/10% DM 7,65

---

Preise lt. AT. o. U. auf Basis unserer Lieferpreise  
für Apotheken



2 spezielle Schlafmittel

# Doroma<sup>®</sup>

bei nervös bedingten Schlafstörungen

Zusammensetzung: Adalin<sup>®</sup> 0,4 g, Atosil<sup>®</sup> 0,01 g  
Handelsformen: 10 und 20 Tabletten

# Dormopan<sup>®</sup>

bei Organkrankheiten und Schmerzzuständen

Zusammensetzung: Adalin 0,125 g  
Evipan<sup>®</sup> 0,2 g (N-Methyl-cyclohexenylmethylbarbitursäure)  
Phanodorm<sup>®</sup>-Calcium 0,125 g  
(Calciumsalz der Cyclohexenylaethylbarbitursäure)  
Handelsformen: 10 und 20 Tabletten



Carl Friedrich Gauß in Göttingen), der Mitbegründer der Freiburger Röntgentiefentherapie- und Frauenklinik Bernhard Krönigs (1863—1917), des Frauenklinikers und Veters des großen Pathologen Aschoff (1875—1957), der Erbauer der neuen Frauenklinik in Würzburg, (die Gründer der Freiburger Schule sind Krönig, Gauß, Friedrich und Lembcke) schreibt in seiner Arbeit „Zur Geschichte der gynäkologischen Strahlentherapie“ im 100. Festband der Strahlentherapie, die seit ihrer Gründung 1912 heute noch von Hans Meyer herausgegeben wird: „Meine ersten Lehrstunden im Röntgen verdanke ich Friedrich Dessauer, der in seiner Aschaffenburg-Apparatefabrik sehr interessante Lehrkurse abhielt!“ Ich durfte auch noch anfangs der zwanziger Jahre, während meiner klinischen Tätigkeit an der Seitzschen Klinik, in Dessauers seinerzeitigem „Institut für Physikalische Grundlagen der Medizin“ im Theodor-Stern-Haus in Frankfurt/M. (heute Max-Planck-Institut für Biophysik unter Boris Rajewsky) als Schüler arbeiten, nachdem ich vorher in Erlangen noch vom seinerzeitigen Oberarzt Wintz in der Frauenklinik und von Obering. Leonhard Baummeister im Labor der RGS in die Geheimnisse der Röntgentherapie und der Strahlungsmessung eingeweiht war. Dessauer verlegte seine Apparatefabrik nach Frankfurt, wo sie dann 1916 mit RGS Erlangen zu den Reiniger-Gebbert- und Schall-Weifa-Werken vereinigt wurde. 1907 wurde RGS nach dem Tode Max Gebberts sen. in eine Aktiengesellschaft umgewandelt, die sich lange Zeit in erster Linie an die Namen Zitzmann (dem späteren Schwiegervater von Hermann Wintz) und Niendorf (Mechaniker, Techniker) knüpfte. 1924/25 wurde die bedeutende med. Abteilung der Siemens & Halske AG mit Reiniger-Weifa zusammen mit der Dachgesellschaft Inag vereinigt, wozu auch die berühmte alte Röntgenröhrenfabrik Phönix, Rudolstadt, gehörte. Heute ist die ganze elektromed. Produktion unter dem Namen Siemens-Reiniger-Werke AG eine Tochtergesellschaft von Siemens & Halske, die den ersten Glühventilapparat Stablivolt herausbrachten, mit denen kein Induktorium mit mechanischen Gleichrichtern konkurrieren konnte. In Bamberg bestellte schon 1896 der damalige sog. kgl. Oberwundarzt der Chirurgischen Abt. des Allgem. Krankenhauses, Max Jungengel (1863—1918), einen Diagnostikapparat bei RGS in Erlangen. Wir haben darüber noch eine schriftliche Unterlage aus der Hand des Chirurgen und Autodidakten der Röntgendiagnostik, eines Schülers des Jenenser Chirurgen Riedel folgenden Wortlautes: „Induktor und Röhren funktionieren tadellos, wir haben bereits eine große Serie Fotografien fertiggebracht, die ausgezeichnet gelungen sind und auch Prof. Röntgens Beifall gefunden haben.“

Der Vorgänger Jungengels war Lothar Nibinger, der in einem Anfall hochgradiger seelischer Depression 1894 seinem Leben ein Ende setzte.



Paul Zweifel

Hier ist nicht der Platz im einzelnen zu erwähnen, welchen Siegeszug die Röntgenkunde in allen klinischen Fächern angetreten hat, wie die klinische Diagnostik bereichert, bestätigt oder berichtigt und umgeworfen worden ist. Man kann sich heute eine diffizile Differentialdiagnostik im Einzelfall oder eine didaktische Differentialdiagnose ohne das Röntgenverfahren nicht vorstellen. Denn für viele Fälle ist das Röntgenverfahren die untrügliche Pathologie am noch lebenden Patienten!

Andererseits aber bewundern wir die großen Diagnostiker der vorröntgenologischen Zeit, wie etwa den Polikliniker Matternstock in Würzburg oder den Pfälzer Karl Gerhardt sen. (1833—1902), früher in der Inneren Klinik des alten Juliuspitals zu Würzburg, später ab 1885 Internist auf der 2. Inneren Klinik der Charité in Berlin. Dieser hat etwa das Myomherz, die Herzhypertrophie mit und ohne Dilatation oder Insuffizienz, infolge eines Uterus myomatosus mit mehr oder weniger sekundärer posthämorrhagischer Anämie, allein durch exakte Auskultation und Perkussion festgestellt und beschrieben. Zur gleichen Zeit war in der Würzburger alten Frauenklinik Freiherr Scanzoni von Lichtenfels (geb. in Prag 1821—1891). Gerhardt war es übrigens auch, der als erster beim Kronprinzen Friedrich von Preußen, 1887 dem späteren unglücklichen 99-Tage-Kaiser Friedrich III., die Diagnose auf Kehlkopfkarzinom gestellt hat, im Gegensatz zu dem englischen Leibarzt Mackenzie, der den Tumor für gutartig erklärt hatte.

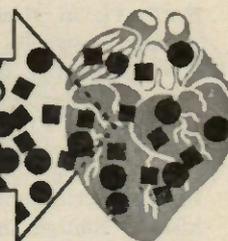
Verfolgen wir nun den zweiten noch dankbareren Zweig der medizinischen Frucht am Baum der Ent-

Kationen-„Schlepper“  
zur Behandlung der Ischämie.  
Prophylaxe, Soforttherapie, Nachbehandlung  
des Myocardinfarctes.

● Magnesiumparaginal    ◆ Kalliumparaginal

**TROMCARDIN®**  
zur Basis-Therapie der myogenen Herzinsuffizienz

H. IROMMSDORFF · AACHEN





Richard Frommel

auch experimentell beschäftigte. 1904 kam Veit nach Halie. Sein Nachfolger wurde Karl Menge, Schüler von Zweifel, der dann 1908 nach Heidelberg berufen wurde (1864—1945). 1908 löste ihn Philipp Jung ab (1870—1918), Schüler von Pfannenstiel und August Martin, bis er nach Göttingen 1910 berufen wurde. 1910 wurde Ludwig Seitz, ein Schüler von Winkel und Döderlein, Vorstand der Klinik (1872 bis 1961). Er hatte das feine Gespür, seinen Assistenten Hermann Wintz, der auch in Physik den Dr. phil. gemacht hat, von 1921 an sich zu dem weltberühmten Röntgenforscher entwickeln zu lassen und an der Klinik zu behalten, der ihn dann 1921 als Chef ablöste (1887—1947), als Seitz nach Frankfurt ging. Als Magnificus des Jubiläumsjahres 1943 wurde er leider 1945 mit der Zeitwende „automatischer Arrestant“ der Besatzungsmacht. Vorübergehend war dann Reeh kommissarischer Klinikverweser, bis dann Rudolf Dyroff, geb. 1893 in Ingolstadt, bis 1962 der Klinik vorstand. Z. Z. ist Kliniksdirektor Karl Günther Ober, geb. 1915 in Berlin, Schüler von Carl Kaufmann in Marburg und Köln (geb. 1900 in Malmedy). Letzterer ist Schüler von Georg August Wagner (1873—1947), der an die Charité aus Prag berufen wurde, Schüler von Chrobak, v. Rosthorn und Wertheim.

Eines Gedankens der Wintzschen Behandlungsmethode ist noch unbedingt zu gedenken. Das für ihn wichtigste

Prinzip war die forcierte maximal mögliche Kompression der Hautfelder, speziell bei den Karzinombestrahlungen. Holfelder vertrat den gleichen Standpunkt der Kompression, während sowohl die Schulen Albers-Schönberg, Krönig, Gauß, Lembecke und Dessauer-Warnekos an der Bumannschen Klinik zu Berlin die Methode des großen Fernfeldes auch ohne Kompression bevorzugten. Des Rätsels Lösung, warum die starke Kompression eine größere erfolgreichere Wirkung gerade bei Karzinom zur Destruktion der Tumoren ausübt, gab erst vor kurzem Heinrich Otto Warburg. Der Nobelpreisträger teilte mit, daß die Strahlenempfindlichkeit der Krebszellen erheblich ansteigt, wenn man während der Bestrahlung die Katalase fernhält. Und die Träger der Katalase sind die roten Blutkörperchen. Durch die maximale Kompression drückt man mit dem Blut die Katalase aus dem bestrahlten Volumen. Die Möglichkeit einer Sauerstoffdurchspülung während der Bestrahlung würde die Tumorgewebe noch weiter schädigen (100 D. Naturforscher-Ärzteversammlung 1958, Wiesbaden).

Aus der Bamberger Medizingeschichte wäre noch erwähnenswert, daß den ersten Diagnostikapparat in der freien Praxis der Orthopäde Karl Semlinger benützte (1874—1936). Der Berliner Kliniker Johann Lukas Schönlein (1793—1864) stammt aus Bamberg und kehrte in seinem Ruhestand wieder in seine Heimat zurück, wo er auch bestattet ist. August Paul Wassermann (1866—1925) ist auch ein Bamberger Kind, den seine Komplementbindungsreaktion in aller Welt bekannt gemacht hat, die seines Geistes Kind ist. Nach der Erprobung in der Charité durch Citron setzte Friedrich Kraus seine ganze Autorität für deren Verbreitung ein, der auch ein großer Förderer der Röntgenologie war (1858—1936). Dann wäre noch unseres Landsmannes Julius Morgenroth zu gedenken (1871—1924), der nach spezieller Ausbildung in Hygiene Bakteriologie und Serologie eine selbständige Abteilung für Chemotherapie im Pathologischen Institut Berlin unter Johannes Orth hatte.

Als abschließendes Kuriosum soll noch erwähnt werden, daß Doktor Eisenbarth, Hannoversch-Münden, gestorben 1727, als kgl. britannischer und kurfürstlicher braunschweigischer Landarzt, kgl. Preussischer Rat und Hofokulist, geb. 1661 in Oberviechtach, schon mit 10 Jahren zur Ausbildung in die Lehre seines Schwagers, des Bruchschneiders Alexander Biller gekommen ist, der in Bamberg ansässig war.

Ansch. d. Verf.: Bamberg, Oberer Stefansberg 3

**Aufruf  
zur  
Anmeldung  
von  
Arztvertretern**

Die Bayer. Landesärztekammer konnte in den vergangenen Jahren nach der Errichtung einer zentralen Vermittlungsstelle für Praxisvertretungen in ihrer Geschäftsstelle in den meisten Fällen die Weiterführung einer Praxis sicherstellen, deren Inhaber ausfielen. Dabei hatte es sich im Interesse des Praxisinhabers wie auch des Vertreters für notwendig erwiesen, die Vermittlung einer Vertretung so rechtzeitig wie möglich in die Wege zu leiten.

Aus diesem Grunde bitten wir alle Kolleginnen und Kollegen, die im Laufe des Jahres 1963 die Absicht haben, Vertretungen zu übernehmen, dringend, sich bereits vier Wochen vor Beginn der beabsichtigten Vertretung in der Vertreterzentrale der Bayer. Landesärztekammer, München 23, Königinstraße 85/IV, Telefon 36 11 21, nach Möglichkeit persönlich, zu melden.

Die Kammer weist darauf hin, daß insbesondere für die Zeit der ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen und für die Haupturlaubszeit vom 20. 7. bis 31. 10. 1963 noch dringend Ärzte zur Übernahme der Vertretung von praktischen Ärzten und Fachärzten benötigt werden.

Feuilleton:**Chiengmai – Insel der Hoffnung**

Mitten im Ping-Fluß liegt eine kleine Insel. Sie trägt den Namen der benachbarten zweitgrößten Stadt Thailands: Chiengmai. Die Menschen, die hier leben, sind Gezeichnete, aus der Gesellschaft Ausgestoßene — die Insel Chiengmai ist ein Leprosorium, ein Dorf der Aussätzigen.



*Frau Schröder, die Gattin des Außenministers der Bundesrepublik, auf der Leprainsel anlässlich des Staatsbesuches des Bundespräsidenten in Thailand*

Aber Chiengmai ist kein Ort der Trostlosigkeit, sondern erfüllt von fast „normal“ anmutendem Leben und — von Hoffnung. Dr. Chinda, der leitende Arzt und der „Vater“ der kleinen Kolonie, weiß nicht nur, daß Lepra dank der medizinischen Fortschritte heilbar ist, er hat auch längst erkannt, daß Arbeit für seine Patienten eine lebenswichtige Medizin ist. Sie gibt ihnen neuen Mut und Vertrauen zur eigenen Leistung und richtet die seelisch Gebrochenen wieder auf, denn auch heute noch sind die Aussätzigen wie in biblischen Zeiten die Ausgestoßenen und werden von ihrer Umwelt gemieden.

In Chiengmai aber sind sie unter ihresgleichen und haben die Aussicht, nach einer oft allerdings jahrelangen Behandlung wieder gesund zu werden, wieder zurückkehren zu können in die menschliche Gemein-

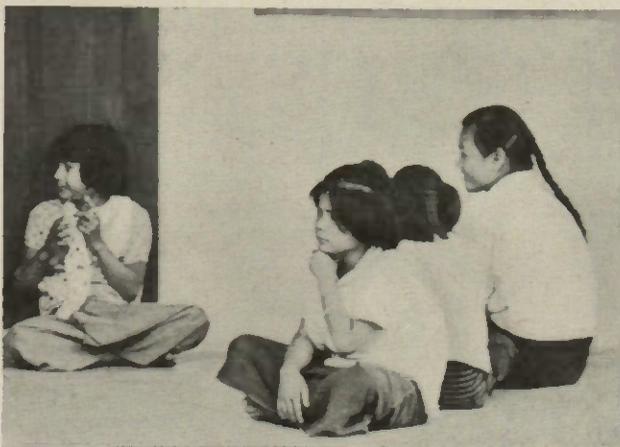
schaft. Rund siebenhundert Männer, Frauen und Kinder bevölkern die Insel im Ping-Fluß. Daß sie nicht mehr in dürftigen, regendurchlässigen Hütten, sondern in kleinen, sauberen Häuschen wohnen können, ist mit das Werk eines Deutschen.

Als Public-Relations-Manager der Lufthansa für den Nahen und Mittleren Osten lernte Dr. Lutz Hartdegen vor rund zwei Jahren bei einem Besuch in Thailand Dr. Chinda kennen, der ihn nach Chiengmai einlud. Ergriffen von dem Anblick, der sich auf der Insel bot, beschloß Dr. Hartdegen, dem Leprosorium zu helfen. Freunden und Bekannten erzählte er von der Not der Leprakranken und gründete einen Hilfsfonds. Immer wieder machte er darauf aufmerksam, daß schon für 1200 DM ein Haus auf der Insel gebaut werden kann. Und er erhielt Spenden! Eine hübsche kleine Siedlung ist inzwischen auf der Insel entstanden. Jedes Haus trägt den Namen des Spenders, und neben einer „Hartdegen-Street“ führt inzwischen auch eine „Lufthansa-Street“ durch das Dorf.

Aber noch reichen die Unterkünfte nicht für alle aus, die in Chiengmai Hilfe suchen, und noch ist der Fonds nicht groß genug für die vielen notwendigen Ausgaben für Medikamente, medizinische Geräte und für die weiteren für ein kleines Gemeinwesen nötigen Einrichtungen.

Mit Wohnungen allein ist es nicht getan: die Kinder, die nach Chiengmai kommen, müssen unterrichtet werden, die Erwachsenen brauchen Werkstätten, damit die Lepra-Kolonie sich eines Tages kostenmäßig selbst trägt. „Noch ein paar Jahre brauchen sie meine Hilfe“, meint Dr. Hartdegen, dessen Fonds die zweitgrößte Einnahmequelle des Leprosoriums ist, „dann können sie sich weitgehend mit eigenen Mitteln helfen.“

Chiengmai, die Insel der Hoffnung, hat dann den schwierigsten Teil des Aufbaues hinter sich. Aber das Problem der Aussätzigen in Afrika und Asien ist damit noch lange nicht gelöst, denn „das Wunder von Chiengmai“ ist erst ein Anfang. Rund 15 Millionen Leprakranke gibt es auf der Welt — zwei Millionen allein in Thailand und viele, noch allzu viele müssen ohne ausreichende ärztliche Versorgung, ohne Pflege



*Kranke Mädchen*



*Die Hände eines Kranken in den Händen des Arztes*

und Hilfe als Verstoßene dahinvegetieren, obwohl Lepra weitaus weniger ansteckend als beispielsweise Tuberkulose und heute bei rechtzeitiger Behandlung ausheilbar ist. Diesen Unglücklichen zu helfen, ist das Bestreben des Deutschen Aussätzigen-Hilfswerkes in Würzburg, das auch Dr. Hartdegen bei seinen Bemühungen um die Kranken von Chiengmai tatkräftig unterstützt.

Um auf die Not dieser Gezeichneten aufmerksam zu machen und zur Hilfe aufzurufen, wurde 1954 der Welttag der Leprakranken geschaffen. Zum zehnten Male wurde dieser Gedenktag am 27. Januar begangen. Ob er bewirkt wird, daß sich da und dort in Afrika und Asien das „Wunder von Chiengmai“ wiederholt?

(ad)



Freiwillige Helferin mit kranken Frauen

## AUS DEM EUROPARAT

### Medizinische Forschungsstipendien

Das im Jahre 1957 begonnene Programm von medizinischen Forschungsstipendien im Rahmen des Europarates hat sich von Jahr zu Jahr ausgeweitet und wird für 1963 einen Umfang von 320 Monaten annehmen. Das diesjährige Programm wird 146 Stipendiaten die Möglichkeit geben, sich neue, in anderen Ländern angewandte Techniken anzueignen. Die Dauer der einzelnen Studienaufenthalte variiert zwischen ein und sechs Monaten, wobei je Land drei Stipendien vergeben worden sind.

Das Auswahlkomitee für die medizinischen Stipendien hat sich vor kurzem in Nancy unter dem Vorsitz des Honorardekans der medizinischen Fakultät von Nancy, Professor Parisot, getroffen, um die Stipendiaten für das Jahr 1963 auszuwählen. Das Komitee stellte sich dabei auf den Standpunkt, daß der Stipendienumfang von 320 Monaten pro Jahr für die nächste Zukunft beibehalten werden sollte, es sei denn, daß neue Länder sich diesem Programm anschließen.

Neben den Mitgliedsländern des Europarates hat auch die Schweiz bereits seit 1961 an diesem Studien- und Stipendienprogramm mitgearbeitet.

Das Komitee hat weiterhin die drei Forscher ausgewählt, welche dieses Jahr eine koordinierte Studie über „Der Lärm als Problem des öffentlichen Gesundheitswesens“ durchführen soll. Diese Dreiergruppe setzt sich zusammen aus den Herren Perret (Schweiz), Drury (Irland), und Dr. E. Berner (Österreich). Die Studie selbst wird durch den Gesundheitsdirektor des Großherzogtums Luxemburg Dr. Molitor geleitet. Diese Gemeinschaftsstudie soll die Arbeiten ergänzen, die der Sozialausschuß der Beratenden Versammlung in diesem Bereich bereits durchgeführt hat. Diese Zusammenarbeit zwischen Regierungsexperten und Beratender Versammlung entspricht einem ausdrücklichen Wunsch der Versammlung selbst.

### Sachverständige für öffentliches Gesundheitswesen

Der Sachverständigenausschuß hielt vom 4. bis 6. März in Straßburg seine 15. Sitzung ab. Als erstes wurde das Präsidium gewählt: Dr. M. Tottie (Schweden) Präsident, Dr. R. Vannugli (Italien) Vizepräsident, Dr. L. Molitor (Luxemburg) Berichterstatter.

Der Ausschuß setzte die Prüfung der Tätigkeit der Spezialistengruppe für Blutprobleme fort und machte sich dessen Empfehlungen zu eigen. Er war der Ansicht, daß unter den verschiedenen Fragen das Problem der Ausbildung von Spezialisten im Vordergrund stehen solle und daß ein internationaler Lehrgang im Rahmen des medizinischen Stipendienprogrammes durchgeführt werden sollte. Die Entschlüsse des Ausschusses wurden von der Gruppe der Spezialisten auf einer Sitzung in Berlin vom 19. bis 22. März geprüft (siehe unten). Die Sachverständigen beschlossen, beim Ministerausschuß die Einberufung einer Arbeitsgruppe über die Vereinheitlichung der Ausbildung von Krankenschwestern zu beantragen. Diese Arbeitsgruppe sollte in großen Linien den Entwurf eines Übereinkommens über die Gleichwertigkeit von Krankenpflege-Diplomen ausarbeiten, damit diese Berufsgruppe in allen Mitgliedsländern des Europarates beschäftigt werden könne. Weiterhin wurde die Möglichkeit erwogen, daß der Ministerausschuß einen Sachverständigen bestellt, der eine Bilanz der Ergebnisse der ersten drei Jahre des medizinischen Stipendienprogrammes ausarbeiten soll. Professor Goodman (Großbritannien) legte den Bericht der Gemeinschaftsstipendien für 1962 vor. Dieser Bericht befaßt sich mit den Methoden für einen Ersatz der Krankenhauspfege.

Auf Vorschlag des griechischen Delegierten beschloß der Ausschuß, dem Ministerausschuß zu empfehlen, in den Volks- und Mittelschulen einen Gesundheitspflege-Unterricht einzuführen. Schließlich nahm der Ausschuß eine Entschluß an, die den Vorschlag der Kommunalkonferenz über die Verbesserung der Werbung von Blutspendern zum Gegenstand hat.

### Tagung eines europäischen Sachverständigenausschusses für Fragen der Blutübertragung in Berlin

Auf Einladung des Leiters des Robert-Koch-Institutes von West-Berlin, Dr. Pettenkofer, trat das im Rahmen des Europarates aufgestellte Spezialistenkomitee für Fragen der Vereinheitlichung der Blutübertragungsmethoden in Europa vom 19. bis 22. März am Sitz des Institutes in Berlin zusammen, um in Ergänzung zum bereits bestehenden System der Zusammenarbeit eine Reihe zusätzlicher Fragen zu behandeln.

## AMTLICHES

### Einführungslehrgang für die Kassenpraxis

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet zusammen mit den Verbänden der Krankenkassen am

Mittwoch, den 10. Juli 1963, in Regensburg einen Einführungslehrgang für die Kassenpraxis (§ 17 ZO-Ärzte).

Nähere Einzelheiten bitten wir bei der **Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Bezirksstelle Oberpfalz in Regensburg, Landshuter Straße 49**, zu erfragen.

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

### Meldepflicht der Krankenanstalten

Aus gegebener Veranlassung wird darauf hingewiesen, daß die Bestimmung des § 23 Abs. 4 der Reichsmeldeordnung vom 6. 1. 1938 durch das Gesetz über das Meldewesen (Meidegesetz) vom 28. 11. 1960 aufgehoben worden ist.

Nach dem Meldegesetz sind auch die Leiter von Krankenhäusern, Kliniken, Entbindungsanstalten, Säuglingsheimen, Kuranstalten, Sanatorien, Heilstätten, Heil-, Pflege-, Bewahr- und Erziehungsanstalten sowie Sickenheimen lediglich verpflichtet, die aufgenommenen Personen innerhalb von drei Tagen in einem Verzeichnis einzutragen, aus dem die Tage der Aufnahme und Entlassung ersichtlich sind.

Das Verzeichnis ist der Meldebehörde, Polizei und dem Statistischen Landesamt auf Verlangen zur Einsicht vorzulegen. Mit dieser neuen gesetzlichen Bestimmung entfällt die bisherige Verpflichtung der Krankenanstalten zur Meldung von Personen, welche mit Schuß-, Stich- und Hiebwunden oder in einem sonstigen auf eine strafbare Handlung hindeutenden Zustand eingeliefert werden.

### Vollzug des Gesetzes über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz)

vom 17. Februar 1939 (RGBl. I S. 251);

hier: Mitglieder des gemeinsamen Gutachterausschusses für Heilpraktiker.

Mit sofortiger Wirkung wurde Herr Verw.-Gerichtsdirektor a. D. Lothar St a a b, München 8, Hofoldinginger Straße 3, als stellvertretendes Mitglied in den mit Entschließung vom 4. 10. 1962 Nr. III 8 — 5370/10 — 14/62 (MABl. S. 584) gebildeten gemeinsamen Gutachterausschuß für Heilpraktiker berufen und zum stellvertretenden Vorsitzenden bestellt.

I. A. gez. K n i e s, Ministerialrat

### Eichpflicht von Personenwaagen im Gesundheitsdienst

Das Bayer. Landesamt für Maß und Gewicht teilt mit:

Es wird von seiten der Eichämter vielfach Klage darüber geführt, daß sich viele Ärzte und der Volksgesundheit dienende Anstalten weigern, ihre Personenwaagen zur Eichung zu stellen.

Das Landesamt gestattet sich daher darauf hinzuweisen, daß das Maß- und Gewichtsgesetz die bei Ärzten vorhandenen Personenwaagen eindeutig unter Eichpflicht stellt. Der hier in Frage kommende § 13 des MuGG lautet:

„Der Eichpflicht unterliegen ferner: Personenwaagen, die

1. von Ärzten und anderen Personen, die die Heilkunde, Krankenpflege, Geburtshilfe und Gesundheitspflege berufsmäßig ausüben, angewandt oder bereitgehalten werden,
  2. in Krankenanstalten, Sanatorien und ähnlichen der Wiederherstellung der Gesundheit dienenden öffentlichen und privaten Anstalten aufgestellt sind,
  3. sich in Schwimmbädern, Sportfeldern und ähnlichen der Volksgesundheit dienenden Anstalten befinden.“
- Der Begriff „Bereithaltung“ ist in § 12 (2) MuGG definiert:

„Bereithalten ist ein Gegenstand, wenn die äußeren Umstände erkennen lassen, daß er ohne besondere Vorbereitung in Gebrauch genommen werden kann.“

Das Landesamt erlaubt sich ferner darauf hinzuweisen, daß nach den Erfahrungen der Eichbehörden die in Gebrauch befindlichen Personenwaagen oft um ein Vielfaches der zulässigen Fehlergrenzen unrichtig anzeigen. Die Verwendung solcher in hohem Maße fehlerhaften Waagen dürfte wohl auch im Gesundheitsdienst in den meisten Fällen nicht tragbar sein.

Aus weiteren Erfahrungen der letzten Jahre wird deutlich, daß die Ärzteschaft in steigendem Maße — teils aus Preisgründen, teils in Unkenntnis der Bestimmungen — zur Verwendung nicht eichfähiger Waagen übergeht.

Diese Handhabung greift immer mehr um sich, obwohl die Herstellerfirmen von eichfähigen Waagen in medizinischen Fachzeitschriften usw. auf die Notwendigkeit der Benutzung geeichter Waagen hinweisen.

Um weitere Schwierigkeiten bei der Durchführung der im § 13 MuGG geforderten Eichung der im Gesundheitsdienst verwendeten Personenwaagen zu vermeiden und besonders, um der Notwendigkeit, in Fällen der Verweigerung der Anhängung gerichtlicher Verfahren

# Strophoperm

zur perlingualen Herztherapie

# Salistoperm

zur percutanen Heilanaesthesia

enthoben zu sein, bittet das Landesamt die Bayer. Landesärztekammer, den unter § 13 des MuGG fallenden Personenkreis über die Eichpflicht der Personenwaagen an sich zu informieren; ferner darüber, daß schon geeichte Personenwaagen alle vier Jahre der Nacheichpflicht (§§ 16 und 17 MuGG) unterliegen.

Bekanntmachung des Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 29. Mai 1963 Nr. III 8 — 5376/1 — 31/63 über

### Zuschüsse zur Ausbildung von Krankenhauspflegepersonal

Im Jahr 1963 stehen wieder Haushaltsmittel für Zuschüsse zur Ausbildung von Krankenhauspflegepersonal nach den Richtlinien der Bekanntmachung vom 4. Juli 1962 (MABL S. 470, StAnz. Nr. 28) zur Verfügung.

Die Anträge sind bis 1. September 1963 bei den Regierungen einzureichen.

Bekanntmachung des Bayer. Staatsministeriums der Finanzen vom 31. Mai 1963 Nr. P 2033/1 — 31 743 über die

### Entgelte der Praktikantinnen (Praktikanten) für den Beruf der medizinisch-technischen Assistentin, des Krankengymnasten, des Masseurs, des Masseurs und medizinischen Bademeisters

Nachstehend wird der am 1. April 1963 in Kraft getretene Tarifvertrag vom 17. Mai 1963 zur Änderung des Tarifvertrages vom 15. Juli 1960 über die Regelung der Arbeitsbedingungen der medizinisch-technischen Assistentin, des Krankengymnasten, des Masseurs sowie des Masseurs und medizinischen Bademeisters (vgl. FMBek. vom 13. Dezember 1960 Az.: P 2100 A — 93 856 — StAnz. Nr. 51, FMBl. S. 1442 — und vom 22. Juni 1962 Az.: P 2033 — 38 414 — StAnz. Nr. 26, FMBl. S. 1254 —) zum Vollzug bekanntgemacht.

Die FM-Bekanntmachung vom 22. Juni 1962 Az.: P 2033 — 38 414 (StAnz. Nr. 26, FMBl. S. 1254) ist mit Ablauf des Monats März 1963 gegenstandslos geworden.

I. A. gez. Dr. Barbarino, Ministerialdirektor

#### Tarifvertrag

vom 17. Mai 1963

über die Änderung des Tarifvertrages über die Regelung der Arbeitsbedingungen der Praktikantinnen (Praktikanten) für den Beruf der medizinisch-technischen Assistentin, des Krankengymnasten, des Masseurs, des Masseurs und medizinischen Bademeisters vom 15. Juli 1960

Zwischen

der Bundesrepublik Deutschland  
vertreten durch den Bundesminister des Innern,  
der Tarifgemeinschaft deutscher Länder,  
vertreten durch den Vorsitz der Vorstandes,  
der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände,  
vertreten durch den Vorstand,

einerseits

und

der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr — Hauptvorstand —,  
der Deutschen Angestellten-Gewerkschaft  
— Hauptvorstand —,

andererseits

wird folgendes vereinbart:

§ 2 und § 8 des Tarifvertrages über die Regelung der Arbeitsbedingungen der Praktikantinnen (Praktikanten) für den Beruf der medizinisch-technischen Assistentin, des Krankengymnasten, des Masseurs, des Masseurs und medizinischen Bademeisters vom 15. Juli 1960 in der Fassung der Tarifverträge vom 15. Mai 1961 und vom 7. Juni 1962 werden wie folgt geändert:

1. § 2 erhält folgende Fassung:

„§ 2

Entgelt

Die Praktikantinnen (Praktikanten) erhalten folgendes monatliche Entgelt:

a) für die Zeit vom 1. April 1963 bis 31. März 1964 für die Berufe in den Ortsklassen

	S	A	B
	DM	DM	DM
der med.-techn. Assistentin . . . . .	401	387	373
des Krankengymnasten . . . . .	401	387	373
des Masseurs . . . . .	342	327	312
des Masseurs und med. Bademeisters			
im ersten Praktikantenjahr . . . . .	342	327	312
in der weiteren Praktikantenzeit . . . . .	377	362	349

b) für die Zeit vom 1. April 1964 an für die Berufe in den Ortsklassen

	S	A	B
	DM	DM	DM
der med.-techn. Assistentin . . . . .	409	395	380
des Krankengymnasten . . . . .	409	395	380
des Masseurs . . . . .	349	334	318
des Masseurs und med. Bademeisters			
im ersten Praktikantenjahr . . . . .	349	334	318
in der weiteren Praktikantenzeit . . . . .	385	369	356

Kinderzuschlag wird nach den für die Angestellten der Anstalt jeweils maßgebenden Bestimmungen gewährt. Das Entgelt ist am Fünfzehnten eines jeden Monats für den laufenden Monat zu zahlen.“

2. § 8 erhält folgende Fassung:

„§ 8

Inkrafttreten, Geltungsdauer

Der Tarifvertrag tritt am 1. April 1963 in Kraft. Er kann mit einer Frist von einem Monat zum Schluß eines Kalendervierteljahres, frühestens jedoch zum 31. Dezember 1964, gekündigt werden.“

### Entzug der Approbation und andere Bestallungsangelegenheiten der Ärzte

Betreff: Dr. med. Helmut Kullmann, geb. am 2. 2. 1920 in Marburg/L., wohnhaft in Wetzlar, Goethestraße 13.

Der Hessische Minister für Arbeit, Volkswohlfahrt und Gesundheitswesen in Wiesbaden teilte am 27. Februar 1963 folgendes mit:

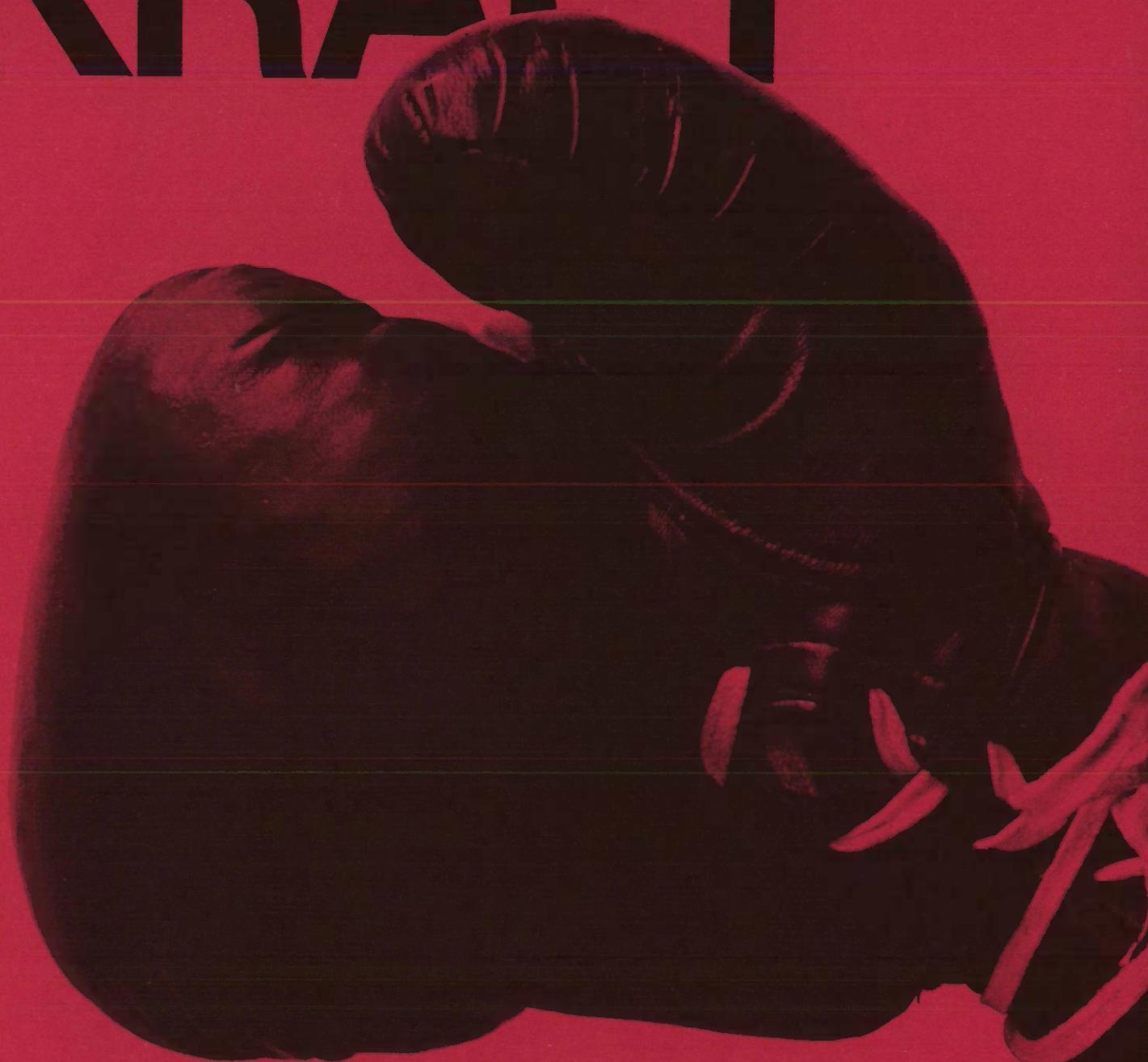
„Der Regierungspräsident in Wiesbaden hat seine Verfügung vom 4. 7. 1959, mit der gegen den oben genannten Arzt ein vorläufiges Verbot zur Ausübung des ärztlichen Berufes verhängt worden ist, aufgehoben. Dr. K. ist somit wieder zur Ausübung des Berufes berechtigt.

Betreff: Dr. med. Friedrich Illgen, geb. 1. 7. 1890 in Crimitschau/Sachsen, wohnhaft Berlin 20 (Spandau), Waldürner Weg 18.

# ABWEHR

# KRAFT

schlagartig steigern  
durch Vitamin C



# CEBION

*E. Merck*  
DARMSTADT

für einen  
sonnigen Herbst  
des Lebens

**GEROBION**

**HORMO-  
GEROBION**

Der Senator für Gesundheitswesen in Berlin teilte am 25. Februar 1963 folgendes mit:

„Mit meiner Verfügung vom 20. 12. 1962 habe ich die Bestellung des obengenannten Arztes gemäß § 6 Abs. 1 Ziff. 2 der Bundesärzteordnung vom 2. 10. 1961 (Bundesgesetzblatt I, S. 1857) für ruhend erklärt. Herr Dr. Illgen hat gegen diese Maßnahme keine Klage erhoben. Meine Verfügung ist somit rechtswirksam geworden.“

Die Ärztekammer Nordrhein teilt mit:

1. **Betreff:** Dr. med. Ernst Hungerland, geb. 23. 11. 1918 in Kassel, wohnhaft in Wuppertal-Elberfeld, Wall 3.

„Der hiesige Regierungspräsident hat mit Verfügung vom 30. 11. 1962 das Ruhen der ärztlichen Bestallung des Obengenannten angeordnet. Diese Entscheidung ist unanfechtbar geworden. Dr. Hungerland ist somit nicht mehr berechtigt, ärztliche Tätigkeit auszuüben.“

2. **Betreff:** Hermann von der Ahe, geb. 28. 9. 1913 in Bonn, wohnhaft Düsseldorf, Siegfriedstraße 1, z. Z. Anrath.

„Der hiesige Regierungspräsident hat mit Verfügung vom 26. 11. 1962 die ärztliche Bestallung des Oben-

genannten zurückgenommen. Diese Entscheidung ist unanfechtbar geworden.“

3. **Betreff:** Prof. Dr. Dr. Caspar Tropp, geb. 13. 8. 1899 in Weisenau/Mainz, wohnhaft in Bad Godesberg, Römerplatz 6.

„Der Regierungspräsident in Köln hat mit Verfügung vom 28. 1. 1963 das Ruhen der ärztlichen Bestallung des Obengenannten angeordnet und gleichzeitig die sofortige Vollziehung dieser Verfügung ausgesprochen. Danach ist Prof. Dr. Dr. Tropp bis auf weiteres zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit nicht berechtigt.“

Entziehung des akademischen Grades eines Doktors der Medizin (Dr. med.); hier: Arthur Schenk, geb. am 22. 5. 1915 in Heßheim, wohnhaft in Memmingen, Pulvermühlstraße 11.

Der Rektor der Bayer. Julius-Maximilians-Universität Würzburg teilt mit:

„Dem Arthur Schenk, geboren am 22. Mai 1915 in Heßheim, ist der im Jahre 1942 an der Universität Würzburg erworbene akademische Grad eines Doktors der Medizin (Dr. med.) durch Beschluß vom 7. November 1962, unanfechtbar seit dem 28. Februar 1963, entzogen worden, da er sich seiner unwürdig erwiesen hatte (§ 4 Abs. 1 Buchst. c des Reichsgesetzes vom 7. Juni 1939 — RGBl. I S. 985).“

## GESETZES- UND RECHTSFRAGEN

### Unzulässige Werbung in Zeitungsanzeigen

Die Frage nach den Grenzen einer standesgemäßen Werbung stellt sich besonders immer wieder dann, wenn Kliniken, Sanatorien oder Institute einerseits für ihre Heilmethoden und Heilerfolge werben wollen, andererseits aber auch den Namen und die Leistungen des leitenden Arztes zu Werbezwecken verwenden. Die Standesauffassung der Ärzte hat hier stets enge Grenzen verlangt. Mit absoluter Klarheit sagt auch die Berufsordnung für die Ärzte Bayerns (§ 18), die in diesem Punkt mit den Berufsordnungen der übrigen Länder der Bundesrepublik übereinstimmt, daß dem Arzt jegliche Werbung und Anpreisung untersagt ist. Deshalb ist es auch eine Berufspflicht des Arztes in Kliniken usw., eine mittelbare Laienwerbung der Klinik, die seinen Namen verwendet, zu verhindern. Auf diese Grundsätze zum Thema „Werbung“ haben die Deutschen und Bayerischen Ärztetage wiederholt mahnend hingewiesen (z. B. der 61. Deutsche Ärztetag 1958, dazu WEISSAUER in BayÄBl. 1959/49; der 62. Deutsche Ärztetag 1959, vergl. ÄM 1959/957; der 12. Bayerische Ärztetag 1959, dazu SONDERMANN in BayÄBl. 1959/266). Die Bayerische Ärzteschaft ist hier auch durch einen Hinweis des Kammervorstandes im BayÄBl. 1959/287 unterrichtet worden. Der weiteren Aufklärung diente ein Aufsatz von STEINLE im BayÄBl. 1961/307. Da trotz dieser Hinweise in der Öffentlichkeit immer wieder Verstöße zu beobachten sind, war die ärztliche Standesvertretung in Einzelfällen veranlaßt, einzugreifen. Daß auch außerhalb Bayerns Berufsverstöße auf dem Gebiet der Werbung geahndet werden, zeigt das nachstehende (rechtskräftige) Urteil des Berufungsgerichts für Ärzte für den Regierungsbezirk Pfalz vom 3. 4. 63 (BGÄ 4/61).

Der hier beschuldigte Arzt ist Angestellter einer Spezialklinik, deren Inhaberin seine Ehefrau ist. Aus

Werbungsgründen hatte die Ehefrau in verschiedenen Tageszeitungen Anzeigen veröffentlicht, von denen eine z. B. folgenden Inhalt hatte:

„Herz-Spezial-Klinik K.

Angina pectoris — Infarkt (Herzschmerz — Herzdruck — Stolpern) und alle Herzkrankheiten auch mit Zucker — Leber — Nieren usw.

Spezialmethoden

zur Erkennung und Heilung.

Chefarzt: Dr. med. habil., Dr. phil. F. K., ehem. Dozent für innere Medizin an der Universität B.

B... (Sitz der Klinik)

Tel....

Inh. L. K.“

Teilweise waren die Anzeigen mit Zeichnungen versehen. Die Klinikinhaberin veranlaßte auch Reportagen über ihre Klinik, wobei auch die besondere Qualifikation des leitenden Arztes werbend hervorgehoben wurde; diese Zeitungsartikel wurden durch die Klinikleitung versandt.

Das Berufsgericht verurteilte den leitenden Arzt wegen Verstoßes gegen das Verbot der Werbung zu einer Geldbuße von DM 500.— und zur Tragung der Kosten des Verfahrens.

Aus den Gründen:

Das Verhalten des Beschuldigten stellt einen Verstoß gegen § 20 der Berufsordnung für Ärzte in Rheinland-Pfalz dar. Danach ist dem Arzt jegliche Werbung und Anpreisung untersagt (Abs. 1). Dem Arzt ist aber auch jede mittelbare Werbung verboten, welche darin liegt, daß er es veranlaßt oder zuläßt, daß Sanatorien, Institute, Kliniken oder andere Unternehmungen unter seinem oder unter Hinweis auf seinen Namen für ihre Heilmittel, Heilmethoden oder Heilerfolge auf welche Art

auch immer werben. Der Arzt ist verpflichtet, bei derartiger Werbung ohne seine Mitwirkung auf das betreffende Unternehmen dahin gehend einzuwirken, daß die Werbung in der durch diese Berufsordnung für unzulässig erklärten Weise unterbleibt.

Die angeführten Annoncen enthalten eine solche unzulässige Werbung. In der Anzeige vom ... 1961 in der „Bruchsaler Rundschau“ kann durch die in Klammern hinter dem Wort „Infarkt“ gesetzten Worte „Herzschmerz — Herzdruck — Stolpern“ bei einem Laien leicht der Eindruck erweckt werden, er habe einen Herzinfarkt und müsse sich schnell in Behandlung begeben, wenn er an Herzschmerz, Herzdruck oder Stolpern leide. Durch die Ankündigung von Spezialmethoden zur Erkennung und Heilung soll der ängstlich gewordene Leser veranlaßt werden, die Herz-Spezial-Klinik K. in B. aufzusuchen. In der Anzeige der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ vom ... 1961, der „Rheinpfalz“ vom ... 1961 und der „Badischen Neuesten Nachrichten“ vom ... 1961 geht die Zeichnung des zerrissenen Herzens ins Marktschreierische. Dem Leser soll gezeigt werden, daß selbst ein solches Herz infolge der Spezialmethoden von der Herz-Spezial-Klinik K. noch geheilt werden kann. Bei beiden Anzeigen kommt hinzu, daß die Werbung unter Hinweis auf den Namen des Beschuldigten erfolgt ist, was § 20 Abs. 2 der Berufsordnung eindeutig für unzulässig erklärt.

Die Anzeigen in der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ vom ... und ... 1962 sind unzulässig, weil auch hier die Spezialmethoden der Herz-Spezial-Klinik K. zur Erkennung und Heilung eines kranken Herzens angepriesen werden und durch ihre Anwendung ein Heilerfolg in Aussicht gestellt wird. Eine solche Heilung soll selbst bei schweren Befunden noch möglich sein. Der Abfassung der Annoncen kann entnommen werden, daß die Herz-Spezial-Klinik K. auch dann noch helfen kann, wenn der Kranke anderswo keine Heilung mehr finden konnte. Dies geht ebenfalls ins Marktschreierische.

Die Artikel in dem „Pfälzer Tageblatt“ und in der „Freiheit“ werben in übertriebener Form für die Herz-Spezial-Klinik K. unter besonderem Hinweis auf den Beschuldigten als einer Kapazität und als eines Spezialisten mit eigenen Forschungsergebnissen. Eine solche Werbung ist unzulässig.

Der Beschuldigte ist für eine Werbung in den Zeitungsannoncen verantwortlich. Das Berufsgericht konnte zwar nicht feststellen, daß er selbst die Anzeigen entworfen und zur Veröffentlichung gegeben hat. Er hat es aber zugelassen, daß mit diesen Annoncen zum Teil unter Hinweis auf seinen Namen für seine Heilmethoden geworben wurde. Der Beschuldigte ist nicht dadurch entlastet, daß die Inhaberin der Klinik seine Ehefrau ist und daß diese wirtschaftlich die Klinik leitet. Er hat nach seinen eigenen Angaben gewußt, in welcher Form seine Frau werben wollte. Er durfte daher diese Werbung nicht zulassen. Er kann sich nicht darauf berufen, daß seine Frau sich in die geschäftliche Führung der Klinik nicht habe hineinreden lassen. Er wußte, daß ohne ihn und ohne seine Leistungen das Bestehen der Herz-Spezial-Klinik unmöglich war. Er mußte daher energisch die Unterlassung der unzulässigen Werbung verlangen. Nach dem Eindruck, den das Berufsgericht von der Persönlichkeit des Beschuldigten gewonnen hat, wäre ihm

dies auch ohne weiteres mit Erfolg möglich gewesen, so daß es des letzten zumutbaren Mittels, nämlich des Hinweises auf eine sonst erforderliche Einstellung seiner ärztlichen Tätigkeit für die Klinik, nicht bedurft hätte.

Der Beschuldigte hätte auch die Versendung der Zeitungsausschnitte aus dem „Pfälzer Tageblatt“ und aus der „Freiheit“ nach Überzeugung des ärztlichen Berufsgerichts verhindern können, wenn er sich energisch genug dafür eingesetzt hätte. Die Klinik-Sekretärin ist nicht nur Angestellte seiner Ehefrau, sie schreibt auch für den Beschuldigten und hat seine Weisungen, die er als Chef der Klinik gibt, zu befolgen. Das Berufsgericht hält die Persönlichkeit des Beschuldigten für viel zu stark, als daß es die Klinik-Sekretärin — auch ohne Hinweis auf eine evtl. Entlassung — hätte wagen können, seine Anordnungen nicht zu befolgen. Der Beschuldigte muß daher für die Versendung der Zeitungsartikel verantwortlich gemacht werden.

Dem Beschuldigten waren seine Pflichten nach der Berufsordnung auch durchaus bekannt. Er wußte, wie er selbst eingestand, daß er als Arzt nicht werben darf und daß die aufgegebenen Annoncen für ihn als Arzt völlig undenkbar waren. Er hatte sich nach seinen eigenen Angaben schon vor seiner Tätigkeit in B. mit den Standesregeln des Arztberufes eingehend befaßt. Darüber hinaus räumte er die Möglichkeit ein, die Berufsordnung für die Ärzte in Rheinland-Pfalz erhalten zu haben. Hätte er diese nicht bekommen, so wäre es seine Pflicht gewesen, sich nach dem Bestand einer solchen Berufsordnung zu erkundigen und sich diese von der Ärztekammer geben zu lassen.

Der Beschuldigte wird schließlich nicht dadurch entlastet, daß Annoncen ähnlichen Inhaltes von anderen Kliniken veröffentlicht wurden. Eine unzulässige Anzeige gibt niemandem das Recht, ebenfalls unzulässig zu annonciieren oder die Aufgabe unzulässiger Anzeigen nicht zu verhindern. Wenn Berufsgerichtsverfahren insoweit nicht eingeleitet worden sind, wird dadurch der Beschuldigte nicht straffrei.

Er ist vielmehr wegen Verstoßes gegen § 20 Abs. 2 der Berufsordnung für die Ärzte in Rheinland-Pfalz nach § 1 der Berufsgerichtsordnung vom 21. 6. 1954 (GVBl. S. 95) in Verbindung mit § 9 des Kammergesetzes vom 1. 4. 1953 (GVBl. S. 33) zu bestrafen.

Für die Strafzumessung kamen straf erhöhend in Betracht, daß der Beschuldigte schon einmal strafgerichtlich und standesgerichtlich verurteilt worden ist und daß er nach Auffassung des Berufsgerichtes in wirtschaftlichen Verhältnissen lebt, die zur Wirksamkeit der Bestrafung eine höhere Geldbuße erforderlich erscheinen lassen. Andererseits mußte strafmildernd berücksichtigt werden, daß in vielen Zeitungen und Zeitschriften Annoncen unzulässigen Inhalts erschienen sind, ohne daß offensichtlich von den zuständigen Ärztekammern dagegen eingeschritten worden ist. Diese konnten zwar nicht, wie schon dargelegt, die Straffreiheit des Beschuldigten begründen, mußten aber in erheblichem Maße bei der Strafzumessung zu seinen Gunsten berücksichtigt werden. Eine Geldbuße von DM 500.— erschien alledem als angemessen.

Als Folge der Verurteilung hat der Beschuldigte nach § 32 der Berufsgerichtsordnung die Kosten des Verfahrens zu tragen.

RA Poellinger, München

## STEUERFRAGEN

### Sparen und Anlegen

Was über die gute Reihenfolge gesagt werden kann

Erinnern wir uns des ersten Aufsatzes dieser Reihe. Er war eine kurze tour de horizon in puncto Geldanlage und hatte etwa die folgende Erkenntnis gebracht: Sparen ist eine Frage der Potenz, Anlegen ist eine Sache von Kunst und Wissen. An Hand einiger Faustregeln ist letzteres deutlich geworden — vor allem an dem Hinweis darauf, daß man mischen soll; die Alten hatten recht: ein Drittel Grund, ein Drittel Aktien, ein Drittel Renten. Heute wollen wir — sozusagen eine Etage tiefer — eine weitere Faustregel suchen. Die Frage ist, in welcher Reihenfolge baut der kluge Mann sich sein Vermögen zusammen. Hier gleich die Antwort: Zuerst das Sparkonto, dann die Anleihe, der Pfandbrief, darauf das Investmentzertifikat, schließlich die Aktie.

Diese Regel schreibt natürlich nichts vor; sie erlaubt selbstverständlich ohne weiteres, daß an irgendeiner Stelle im geschilderten Ablauf der Dinge etwa ein Bausparvertrag, ein Grundstückskauf, eine Lebensversicherung usw. „eingeschoben“ wird. Die Bedeutung dieser Regel liegt auf einem anderen Gebiet. Sie übersetzt gewissermaßen eine alte Erfahrung in die Terminologie des Kapitalmarktes: Bevor eine risikobehaftete, freilich oft auch lukrativere Anlage gemacht wird, muß ein gewisses Polster an risikoarmen, dafür allerdings auch nicht sehr ertragskräftigen Anlagen da sein. Das schlichte Sparkonto bringt derzeit, je nachdem wie lange man das Geld festgelegt hat, zwischen  $3\frac{3}{4}$  und 4 Prozent Zinsen im Jahr (Sparprämien hier zunächst einmal nicht gerechnet). Man kann den eingezahlten Betrag bis zu 1000 DM im Monat jederzeit unter Beachtung eventuell vereinbarter, zinsträchtiger Fristen ohne Abschläge wieder zu Bargeld machen. Diese Liquidisierbarkeit in Verbindung mit der Garantie des Nominalbetrages der Spareinlage ist viel wert. Sie rechtfertigt eine relativ schmale Verzinsung. Aber diese Rechtfertigung ist auch vom Blickpunkt der Bank oder Sparkasse her gegeben: Das Sparinstitut muß sich, weil Spareinlagen leicht abgehoben werden können, entsprechend flüssig halten. Eine bekannte Regel im Bankwesen aber lautet: Liquidität ist teuer. Ergo können die Zinsen, die dem vergütet werden, der zu solcher Liquiditätshaltung veranlaßt, weil er selbst bei Bedarf liquide zu sein wünscht, nicht sehr hoch sein.

Was tut also der Sparer? Geschickterweise hält er sein Sparkonto in Grenzen. Nach dem Kassenbestand (in einer alten Kindertasse im Küchenschrank aufzubewahren) und eventuell noch einem „laufenden“ Bankkonto (Zins z. Z.  $\frac{3}{8}$  Prozent, aber Gebührenberechnung)

beziehungsweise einem Postscheckkonto (zins- und ziemlich gebührenlos) ist das Sparkonto gewissermaßen die zweite Liquiditätslinie. Wer sie — immer nur im Rahmen seines gesamten Liquiditätsbedürfnisses — recht kräftig in Anspruch nimmt, lebt rentabler als derjenige, der es meist mit Bargeld und mit Einlagen „auf Sicht“ hält (die Fragen des bargeldlosen Zahlungsverkehrs, etwa der Scheckverwendung, können im Rahmen dieser der Geldanlage gewidmeten Betrachtung nicht behandelt werden).

Diese Grundregel erfährt freilich eine Einschränkung: Seit einigen Jahren werden Prämien an Leute gezahlt, die Geld auf Sparkonten — freilich nicht nur dort — über mehrere Jahre hinweg festlegen. Das zielt, ebenso wie die sogenannte Jahresspareinlage und die Spareinlagen mit sechs- bis unter zwölfmonatiger Kündigungsfrist, vom Charakter der Spareinlage als Liquiditätsreserve weg. Es muß überhaupt gesagt werden, daß sich so manchem alten Sparkassenmann das Herz im Leibe herumdrehen wird, wenn er die Spareinlage als „Liquiditätsreserve“ klassifiziert hört. Bis zu einem gewissen Grade ist das auch verständlich, denn für breite Schichten unseres Volkes war und ist die Spareinlage, neben dem gesetzlichen Rentenversicherungsanspruch, ganz schlicht ein Stück Daseinsicherung. Aber wir sprechen jetzt nicht diese breite Schichten, sondern die etwas schmaleren, gleichwohl langsam breiter werdenden Schichten an, für die — siehe oben — Sparen und Anlegen allmählich Synonyma werden bzw. bereits sinngleich geworden sind.

Der Mensch, so möchte man sagen, ist am erwachsensten, wenn seine Fähigkeit zu differenzieren am größten ist. Da wir alle sehr erwachsen sind, steht unserem sorgfältigen Differenzieren in Gelddingen sozusagen nichts im Wege. Auf das Sparbuch angewendet heißt dies: es ist kein Symbol mehr, sondern nur noch Handwerkszeug für Gelddispositionen. Es hat den Symbolwert eingebüßt, mit dem wir aufgewachsen sind, seit uns ein Patenonkel dieses kleine Heftchen mit dem Bienenkorb darauf zwischen die Windeln steckte. An uns ist es jetzt, mit einem neuen Sparbuch dieses Symbol einer wichtigen Tugend neu zu beleben — nun selbst als Patenonkel.

Mit anderen Worten: Weil wir Kinder haben, die wir leiten und deren Fragen wir beantworten wollen, halten wir uns in dieser Betrachtung noch ein wenig bei dem biederen Sparbuch als einer Form der Geldanlage auf. Da ist zunächst die bereits erwähnte Prämie. Sie wird Alleinstehenden und Ehegatten in Höhe von 20 Prozent des Sparbetrages, der fünf Jahre lang festgelegt wird, gewährt. Allerdings ist die Sparprämie der Höhe nach

**RECORSAN**<sup>®</sup>

die älteste **Herzsalbe**  
aber allen neuzeitlichen Forderungen entsprechend  
schnelle Penetration und Resorption, hierdurch sichere Wirkung  
fettfrei — wasserlöslich — nicht schmutzend

O. P. 20 g lt. A. T. DM 1,90 o. U.

RECORSAN-GMBH. APOTHEKER REINHARD & SOHN-MÜNCHEN-GRÄFELING

begrenzt. Sie beträgt bei Ledigen, die unter fünfzig Jahre alt sind, höchstens 120 DM pro Jahr. Alleinstehende, die älter als fünfzig Jahre sind, außerdem Eheleute (ohne Kinder) können bis zu 240 DM Sparprämie jährlich erhalten. Anders ausgedrückt: Der Ledige unter Fünfzig kann pro Jahr höchstens 600 DM prämiengünstig sparen, ältere Ledige und kinderlose Ehepaare können bis zu 1200 DM jährlich prämiengünstig zurücklegen. Bei Familien mit Kindern steigt die Sparprämie sowohl dem Prozentsatz nach (von 22 bis 30 Prozent des Sparbetrages) als auch hinsichtlich des „prämienfähigen“ Sparbetrages an: Eine Familie mit mehr als fünf Kindern beispielsweise braucht nur 1600 DM im Jahr auf fünf Jahre hinaus fest auf Konto zu legen, um 480 DM Sparprämie (möglicher Höchstsatz) zu erhalten. Diese Regelung, die für Familien mit Kindern etwas günstiger ist als die bisherige, die gleichzeitig aber auch komplizierter wurde, gilt ab 1. Januar 1963, und zwar, jedenfalls zunächst, nur für ein Jahr.

Rechnen wir einmal die Sache durch: Wer 600 DM im Jahr prämiengünstig spart, bekommt im Laufe der fünfjährigen Festlegungsfrist von der Sparkasse oder Bank fünfmal je 4 Prozent Zinsen, also fünfmal 24 DM, ist gleich 120 DM — dazu 120 DM Prämie, ist gleich 240 DM. Die jährliche Effektivverzinsung erhält man, indem dieser Betrag durch fünf dividiert wird; das ergibt 48 DM oder 8 Prozent von 600 DM. Mit anderen Worten: Die Sparprämie hat die Verzinsung verdoppelt. Nun werden auch Zinsen auf die Zinsen und auch auf die Sparprämie gezahlt. Am Ende der Festlegungsfrist hat der Prämiensparer aus seiner Einlage also einen noch fühlbar über 8 Prozent hinausgehenden Nutzen. Man kann es auch so ausdrücken: Mit Hilfe der Sparprämie wird der eingezahlte, begünstigte Betrag im Laufe von fünf Jahren etwa um die Hälfte erhöht.

Das sind die allgemeinen Linien, die durch nur zwei Hinweise noch ergänzt seien: ad eins — es können Ratensparverträge und allgemeine Sparverträge abgeschlossen werden; ad zwei — die Festlegungsfrist kann auf praktisch  $4\frac{1}{2}$  Jahre verkürzt werden, wenn die Einzahlung des Sparbetrages kurz vor dem 1. Juli oder dem 1. Januar erfolgt, weil nämlich die Laufzeit eines Sparprämienvorganges stets am 1. Juli oder 1. Januar beginnt, wobei die seit diesen Stichtagen verflossene Zeit schon als Vertragszeit gilt.

Sparprämien in gleicher Höhe gibt es auch beim Kauf von Wertpapieren, worauf dann jeweils kurz zurückzukommen ist. Es kann aber ein Berechtigter die Sparprämie nur insgesamt bis zum genannten Höchstbetrag in Anspruch nehmen. Beispielsweise ein Lediger unter fünfzig Jahren kann also nicht 600 DM jährlich prämiengünstig auf Konto sparen und außerdem durch den Kauf von Pfandbriefen, Investmentanteilen usw. weitere 120 DM Prämie im gleichen Jahr „verdienen“. Wohl aber kann neben der Sparprämie beim Abschluß eines Bausparvertrages die — noch etwas höhere — Wohnungsbauprämie beziehungsweise die Sonderausgabenvergünstigung nach Paragraph 10 des Einkommensteuergesetzes in Anspruch genommen werden.

Kein Zweifel also: Der Staat tut viel, um seine Bürger zum Sparen anzuhalten. Er tut dies, weil eine breite Vermögensbildung in sein sozialpolitisches Pro-

gramm und soziologisches Konzept gehört und weil er die Kapitalbildung fördern will. „Kapitalbildung“ ist nämlich nichts anderes als volkswirtschaftliche Ersparnis, und so wie der Privatmann nur dann krisenfest ist, wenn er für die Finanzierung dauerhafter Anlagen Geld von entsprechend langer Fristigkeit („Kapital“) zur Verfügung hat, so ist es auch in der ganzen Volkswirtschaft. Um diesen Gedanken noch mit einem Satz weiterzuführen: Wer, sei es ein Privatmann, ein Industrieunternehmen oder auch der Staat, eine dauerhafte Anlage richtig finanzieren will, also „Kapital“ in Geldform braucht, beschafft es sich auf zweierlei Art. Er bildet es aus sich selbst — der Privatmann in Form von Rücklagen aus dem Einkommen, das Unternehmen, indem es Marktpreise nimmt, die entsprechend viel Gewinn lassen, der Staat über die sattsam bekannten Steuern; oder er leiht es sich eben — der Privatmann etwa durch die Aufnahme von Hypotheken, das Unternehmen desgleichen oder z. B. durch die Emission von Industrie-Obligationen, der Staat indem er beispielsweise Anleihen an das Publikum verkauft.

Und hier schließt sich der Kreis: Indem eine Aktiengesellschaft dem Publikum Obligationen oder der Staat, die Stadt der Öffentlichkeit Anleihen zum Kauf anbieten, bitten diese Stellen um die Überlassung von sozusagen fertigem Geldkapital, das sie dann in Sachkapital (Maschinen, Straßen, Schulen usw.) umwandeln wollen. Im Prinzip das gleiche gilt, wenn eine Aktiengesellschaft sich beim Publikum kein Geld leihen, sondern wenn sie Geld vom Publikum zu Beteiligungszwecken, als Eigenkapital — als Aktienkapital — haben will. Immer sollen mit den Anlagen, die auch mit den Ersparnissen des Bürgers finanziert werden, rentable Werte geschaffen werden. Mit dem Geld, das sich die Industrie vom Publikum verschafft, sollen Anlagen errichtet werden, die mindestens so viel Ertrag bringen, daß die Verzinsung und — bei Obligationen — die Rückzahlung des aufgenommenen Geldkapitals mit einiger Leichtigkeit möglich ist. Für die Hypothekendarlehenbanken, die sich durch den Verkauf von Pfandbriefen das Geld für die Ausleihung von Hypothekendarlehen verschaffen, gilt im Prinzip das gleiche. Beim Staat garantieren die Steuerkraft der Bürger, das Vermögen des Staates und eine vom Parlament zu kontrollierende ordentliche Haushaltsführung die Fähigkeit zur Zahlung von Zinsen und zur Anleiherückzahlung.

Damit haben wir einen kurzen Blick auch hinter die Kulissen dessen getan, was uns in dieser Aufsatzreihe interessiert. Wir haben diesen Artikel mit dem Hinweis darauf begonnen, daß es einen vernünftigen Grundsatz hinsichtlich der Reihenfolge dessen gibt, was man als Sparer zu tun beabsichtigt: Konto, Renwert, Investmentpapier, Aktie. Heute haben wir, gewissermaßen, damit alles einigermaßen auch in der Reihe abläuft, vor allem von Punkt eins, vom Sparkonto, gesprochen. Wenn Sie damit einverstanden sind, so behalten wir die Richtschnur bei und gehen in den folgenden Aufsätzen zunächst nacheinander auf die Dinge ein, deren wirtschaftlicher Hintergrund im vorausgegangenen Absatz schon angeklungen ist: auf die Rentenpapiere (als da sind Pfandbriefe und Kommunalobligationen, Industrieobligationen, Staats- und Stadtanleihen, Auslandsanleihen und Anleihen von Spezialkreditinstituten), Investmentzertifikate und Aktien.

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

## MITTEILUNGEN

### Hilfen für Kinder mit angeborenen Mißbildungen

Kindern mit angeborenen körperlichen Mißbildungen soll umfassend und nach den Bedürfnissen des Einzel-falles wirksam geholfen werden. Das hat der Niedersächsischer Sozialminister Kurt Partzsch in einem Runderlaß an die Träger der Sozialhilfe und die Gesundheitsämter betont, in dem er vor allem auf die folgenden Eingliederungshilfen hinweist:

Ambulante und stationäre Behandlung sowie andere ärztliche oder ärztlich verordnete Maßnahmen, Versorgung mit dem notwendigen Körperersatz und mit orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln, nachgehende Hilfen,  
Schulbildung,  
Berufsausbildung,  
Unterrichtung der Mütter.

Diese Hilfen sollen dazu beitragen, das Los der betroffenen Kinder zu lindern und sie weitgehendst einzugliedern. Damit das erreicht wird, sollen Eltern, Ärzte, Sozialarbeiter, Gesundheitsämter, Krankenkassen, die Träger der Sozialhilfe und andere Stellen eng zusammenarbeiten. Wer für ein mißgebildetes Kind sorgt, sollte es unverzüglich einem Arzt vorstellen und sich vom Gesundheitsamt und — in Fragen der Sozialhilfe — vom Sozialamt beraten lassen.

Den Trägern der Sozialhilfe hat der Sozialminister empfohlen, bei den Einkommensprüfungen nach dem Bundessozialhilfegesetz die ohnehin schwierige Lage und die besondere Belastung der Eltern zu berücksichtigen und in großzügiger Weise zu verfahren.

Das zweite niedersächsische Behandlungszentrum für die medizinische Betreuung mißgebildeter Kinder — neben dem „Annastift“ in Hannover — im DRK-Krankenhaus „Seepark“ in Debstedt, Landkreis Wesermünde, hat inzwischen im Frühjahr seine Arbeit aufgenommen. In Debstedt und im „Annastift“ in Hannover werden dann zusammen etwa 55 Kinder behandelt und betreut werden können. Sie werden dort im allgemeinen in jedem Jahr drei bis vier Monate bleiben. Ein- oder zweimal während dieser Zeit werden auch ihre Mütter bei ihnen wohnen und alles lernen, was für die Betreuung ihrer Kinder wichtig ist. In den beiden niedersächsischen Behandlungszentren sollen die Kinder später auch ihre Schulbildung und Berufsausbildung erhalten.

Für die Einrichtung der beiden Behandlungszentren hat das Land Niedersachsen bisher 400 000 DM bereitgestellt.

### Bessere Verkehrspolitik fördert die Volksgesundheit

Die sprunghafte Zunahme der Kraftfahrzeuge in der Bundesrepublik von 1,95 Millionen im Jahre 1950 auf 9,71 Millionen im Jahre 1962 ist offensichtlich von den zuständigen Behörden nicht rechtzeitig vorhergesehen worden. 1965 soll die Zahl der Personenkraftwagen sich verdoppelt, 1980 sich vervierfacht haben. Der Deutsche

Städtetag hat in einer Denkschrift darauf hingewiesen, daß nur 15% auf den Fernverkehr, jedoch 85% auf den Orts- und Nachbarschaftsverkehr entfallen. Nur 8 km betrage der durchschnittliche Bewegungsradius eines Kraftfahrzeuges. Der Städtetag forderte daher Bundesmittel bzw. einen Teil der Mineralöl- und Kraftfahrzeugsteuer, um die Verkehrsnot in den Stadtbereichen durch bauliche Maßnahmen zu beseitigen. Längst hätten die Abgase, der Lärm der Kraftfahrzeuge und die durch sie ausgelöste Hetze ein gesundheitsgefährdendes Maß angenommen, so heißt es in der Begründung des Antrages.

Durch bauliche Maßnahmen allein dürfte man jedoch der Verkehrsüberflutung nicht mehr beikommen können. Daher sind die Vorschläge des Städtetages unvollkommen. Befolgt man sie, ist nur zeitweise eine gewisse Erleichterung zu erwarten. Die rapide Zunahme des Kraftfahrzeugbestandes wird diese kleinen Erleichterungen schnell wieder aufheben.

Da die Gefährdung der Volksgesundheit durch den Verkehr ganz offenbar ist, und die Nachteile der Motorisierung vielfach bedeutender sind als die Vorteile, wird nichts anderes übrigbleiben, als ein zwar noch recht unpopuläres, aber drastisches Programm zur Diskussion zu stellen. Einige Empfehlungen sollten mit Vorrang auf die Möglichkeit ihrer Realisierung geprüft werden.

1. Schneller und rechtzeitiger Ausbau der in Zukunft am stärksten frequentierten Bundesbahnstrecken, um den Einsatz von mehr Zügen als bisher zu ermöglichen.
2. Großzügige Förderung der übrigen öffentlichen Verkehrsmittel (Ausbau eines engmaschigen Streckennetzes, schnellere Folge der Verkehrsmittel, vor allem: Einsatz komfortablerer Omnibusse, Obusse und Straßenbahnen mit besserer Lufthygiene und Fortfall des für viele Menschen mühevollen Vorbeifilrierens am Sitzschaffner, nach Möglichkeit Senkung der Tarife, Verbesserung der Umsteigemöglichkeiten usw.).
3. Förderung des örtlichen Taxi- und Leihwagenbetriebes (Verbilligung) zur Entlastung des Pkw-Fernverkehrs.
4. Abstimmung der Raumplanung mit den zukünftigen Erfordernissen der öffentlichen Verkehrsmittel.
5. Förderung aller Forschungen und Maßnahmen zur schnellen Umstellung der Kraftfahrzeuge auf Brennstoffzellen, Verwendung elektrischer Energie oder einwandfreier Abgasebeseitigung bei Verbrennungsmotoren.
6. Vermehrter Bau von Parkhäusern bzw. Tiefgaragen und Freihaltung bisheriger Baulücken, die zum Abstellen von Kraftfahrzeugen dienen.
7. Bevorzugung von Hochstraßen (evtl. mit Verkehr in entgegengesetzter Richtung) gegenüber weiteren ebenerdigen Straßen, die kostbaren Boden rauben.
8. Einschränkung der Kraftfahrzeugbenutzung in Einkaufsstraßen der City, in Wohn- und Erholungsgebieten sowie in Kurorten.

9. Drosselung des nicht beruflichen Zwecken dienenden Kraftfahrzeugverkehrs durch steuerpolitische und finanzielle Maßnahmen.
10. Anlage von Fußgängerfließbändern (rollende Bürgersteige) in den Städten.
11. Genehmigung genügend langer Parkzeiten durch entsprechende Parkuhreinstellungen.
12. Zulassung nur sicherer Kraftfahrzeuge mit möglichst reichhaltigen, unfallverhütenden Konstruktionen.
13. Laufende Kontrolle der Lärm- und Abgaserzeugung durch Kraftfahrzeuge. Weitere Verstärkung der diesbezüglichen Anforderungen.
14. Anlage attraktiver, siedlungsnaher Erholungsparks in jedem Wohngebiet zur Verminderung unnötiger Kraftfahrzeugbenutzung in der Freizeit.
15. Zur Herabsetzung der nächtlichen Blendungsgefahr und der nervlichen Überanstrengung der Kraftfahrer allgemeine Einführung von Gelblicht, helleren Straßenbelages und die Aufforderung an die Bevölkerung, nachts hellere Bekleidungsstücke zu tragen, damit sie rechtzeitig von Kraftfahrern, auch bei Abendlicht erkannt werden können.

Dies sind einige Vorschläge, die noch um weitere vermehrt werden könnten, so z. B. ärztlich-psychologische Ausleseuntersuchungen der Kraftfahrer, soweit für sorgfältige Untersuchungen und übergeordnete Begutachtung entsprechende äußere Voraussetzungen geschaffen werden können. DMI

### Berufstätige Frauen oft falsch ernährt

Immer mehr Frauen, die eine Doppeltätigkeit in Beruf und Haushalt ausüben, nehmen die ärztliche Beratung in Anspruch. Häufig sind es nur Erschöpfungszustände, aber die damit verbundene mangelnde Abwehrbereitschaft führt zu einer erhöhten Anfälligkeit gegenüber Erkrankungen. Die Ursache hierfür ist die Unterbrechung des natürlichen Rhythmus zwischen Ruhe und Arbeit, ausgelöst durch eine ärztlich oft nicht mehr verantwortbare doppelte Belastung. Der Gedanke, nach Büroschluß noch die Arbeit im Haushalt bewältigen zu müssen, führt zu einer erhöhten nervlichen Belastung mit all ihren Folgen.

Die geringe Zeit, die für die Zubereitung des Essens und zum Essen selbst zur Verfügung steht, reicht nicht aus, um dem Körper auf die Dauer all die Nährstoffe, die er für die erhöhte Leistungsfähigkeit benötigt, in der richtigen Menge und Zusammensetzung zuzuführen. Leider ist es häufig in jungen Ehen nicht möglich, die Frau in ihrem eigentlichen Lebensbereich als Mutter und Hausfrau zu belassen, weil die gesteigerten Lebenshaltungskosten keine andere Lösung ermöglichen. Aber auch das übertriebene Verlangen nach Steigerung des materiellen Wohlstandes wird häufig mit einer erhöhten Gesundheitsgefährdung der Frau erkauft. Es wird dabei nicht bedacht, daß die Gesundheit das größere Kapital ist.

Die Frau ist abgehetzt und hat keine Zeit zum regelmäßigen Essen. Oft muß ein kleiner Imbiß, der meist nicht die richtigen Nährstoffe aufweist, eine komplette Mahlzeit ersetzen. Viel schlechter ist es jedoch noch, das Hungergefühl nur durch Kaffee oder Zigarettenrauchen zu unterdrücken. Erkrankungen des Magen-Darm-Kanals sind häufig die Folge.

Das richtige Essen zur rechten Zeit wird durch die arbeitsmäßige Überforderung gefährdet. Dies gilt vor allem für die verheiratete berufstätige Frau mit Kindern. Nach den Erhebungen des Max-Planck-Institutes für Arbeitsphysiologie in Dortmund zeigte sich, daß etwa 25% der ledigen Frauen 2—3 Stunden und ebenso viele 3 und mehr Stunden für häusliche Arbeiten aufwenden — Zeiten, die der arbeitende Mann für seine Erholung verwenden kann. Von den verheirateten Frauen werden je nach Kinderzahl entsprechend mehr Stunden für die Haushaltarbeiten benötigt. Hinzu kommt, daß das sogenannte freie Wochenende für all die Arbeiten benötigt wird, die während der Woche liegenbleiben mußten. Damit wird die notwendige Erholungszeit der berufstätigen Frau noch weiter herabgesetzt.

Um die Gefährdung der Leistungsfähigkeit auf ein Minimum zu reduzieren, empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), in den Arbeitspausen richtige Zwischenmahlzeiten einzuschalten, die dazu beitragen, dem Organismus neuen Antrieb zu geben, ohne ihn gleichzeitig zu belasten. Am einfachsten geschieht das mit Milch, Joghurt, Obst oder Obstsaft, dazu vielleicht etwas Roggenbrot, Knäckebrot oder Zwieback mit Butter oder Margarine. Je größer die geistige Anstrengung ist, um so sorgfältiger muß die Zwischenmahlzeit zusammengestellt werden. Unser Gehirn braucht zur Arbeit auch Phosphor, den die Eiweißträger gleich mitliefern. Milch und Milcherzeugnisse sind am besten geeignet, weil sie — leicht verdaulich — keine Belastung des Körpers bedeuten.

Die Zwischenmahlzeiten müssen allerdings regelmäßig eingelegt werden. Besonders wichtig sind diese Mahlzeiten in den Betrieben, in denen noch keine vollwertige Mittagsmahlzeit verabreicht wird oder verabreicht werden kann. Die Hauptmahlzeit des Tages, die auf den Abend verlegt wird, ist oft so umfangreich, daß ein erholsamer Schlaf nicht möglich ist. Die Länge des Arbeitstages der berufstätigen Frau ist mit einer so starken gesundheitlichen Belastung verbunden, daß man zumindest auf dem Gebiet der Ernährung dazu beitragen sollte, diese Gefährdung auf ein Mindestmaß zu beschränken.

Einzelheiten über die Probleme der Ernährung der Frau finden sich in der Broschüre „Die Frau und ihre Ernährung“; auch wurden von der DGE „Schnellgerichte für Berufstätige“ ausgearbeitet, und ein Merkblatt über „Zwischenmahlzeiten“ gibt Auskunft über die Gestaltung dieser Kost. Alle Broschüren sind zu beziehen über die Hauptgeschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, Frankfurt/M., Feldbergstraße 28.

### Ferienpfütze für Töchter von französischen Kofflegen gesucht

Professor der Medizin an der Universität Paris, sucht für seine 16jährige Tochter Aufenthalt als zahlender Gast für die großen Ferien Juli/August.

Chirurg (Dep. Seine) sucht für seine 15jährige Tochter in den großen Ferien Aufenthalt in deutscher Arztfamilie mit Austausch für Kollegentochter im gleichen Alter.

Anfragen und Angebote an die Schriftleitung des „Bayerischen Arzteblattes“, München, Königinstr. 85.



**machtvoll**

**durchwärmt**

**Rubriment**

**Tiefenhyperämikum**

**RUBRIMENT-ÖL**

zum Einreiben

**RUBRIMENT-Essenz**

zur Intensivierung mediz. Teilbäder

Rheumatische Erkrankungen, Neuralgien, Parästhesien, Durchblutungsstörungen



NORDMARK-WERKE GMBH HAMBURG - WERK UETERSEN/HOLSTEIN

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

Heft 4 / 1963



... und jetzt

*Enzymorm*

verdaut wie Magensaft



NORDMARK WERKE GMBH HAMBURG · WERK UETERSEN/HOLSTEIN

## Die meldepflichtigen, übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat April 1963

(Zusammengestellt auf Grund der Wochenmeldungen)

Im Berichtsmonat wurden nach zweimonatiger Pause wieder zwei Erkrankungen an übertragbarer Kinderlähmung gemeldet. Die Zahl der Diphtherie- und Scharlacherkrankungen erhöhte sich geringfügig. Übertragbare Genickstarre trat im Vergleich zum Vormonat wieder seltener auf.

Infolge einer Gruppeninfektion in einem Kranken-

haus nahm die Zahl der Salmonellosefälle (übertragbare Dünndarmentzündung durch Salmonella-Bakterien) im April vorübergehend zu. Erkrankungen an Bauchtyphus, Paratyphus und Ruhr traten nur vereinzelt auf. An übertragbarer Leberentzündung (Hepatitis infectiosa) erkrankten wiederum weniger Personen als im vorhergehenden Monat.

## Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 31. März bis 27. April 1963 (Vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare				Tuberkulose <sup>2)</sup> der						Typhus						
					Kleberlähmung dar. parat. Fälle		Hirnhautentzündung		Gehirnentzündung		Atmungsorgane (aktive Form)		Ruhr		Übrigen Organe		dominantis				
	E 1)	ST 2)	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	
Oberbayern	2	—	124	—	1	1	—	4	—	5	—	3	—	159	23	4	—	29	2	4	—
Niederbayern	—	—	25	—	—	—	—	5	—	1	—	2	1	77	8	—	—	15	—	1	—
Oberpfalz	1	—	9	—	—	—	—	3	—	1	—	—	—	56	16	2	—	10	1	1	—
Oberfranken	2	—	44	—	1	1	—	6	1	6	—	1	—	57	21	—	—	11	1	—	—
Mittelfranken	4	—	66	—	—	—	—	11	—	1	—	1	1	85	21	3	—	11	2	—	—
Unterfranken	—	—	27	—	—	—	—	6	—	9	—	—	—	77	15	1	—	9	—	3	—
Schwaben	—	—	59	—	—	—	—	4	—	1	—	—	—	72	7	3	—	12	—	2	—
Bayern	9	—	354	—	2	2	—	39	1	24	—	7	2	583	111	13	—	97	6	11	—
München	1	—	67	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	59	13	1	—	13	2	2	—
Nürnberg	1	—	25	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	30	7	—	—	2	1	—	—
Augsburg	—	—	12	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	14	2	1	—	3	—	1	—
Regensburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	—	—	—	2	—	—	—
Würzburg	—	—	5	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	8	—	1	—	2	—	—	—

Gebiet	11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22	
	Paratyphus A and B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				Botulismus		Hepatitis infectiosa		Psittacose		Verdachtsfälle von Tollwut <sup>4)</sup>		Bang'sche Krankheit		Kindbettfieber <sup>5)</sup>		Toxoplasmose		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
Oberbayern	1	—	3	—	19	—	—	—	—	40	1	1	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—
Niederbayern	—	—	—	—	1	—	3	—	—	8	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	2	—	—	—
Oberpfalz	1	—	2	—	4	—	—	—	—	2	—	—	—	5	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberfranken	1	—	—	—	3	—	—	—	1	12	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mittelfranken	—	—	—	—	9	—	—	—	—	11	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	4	—	1	1
Unterfranken	8	—	—	—	206	—	—	—	—	31	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Schwaben	1	—	—	—	12	—	1	—	—	17	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Bayern	12	—	5	—	254	—	4	—	1	121	1	1	—	12	—	12	—	1	—	6	—	1	1	—
München	1	—	2	—	4	—	—	—	—	22	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	—	—	2	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	199	—	—	—	—	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 Thc-Gruppen

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

5) Kindbettfieber bei oder nach Fehlgeburt.

## Stetiger Rückgang der Tuberkulose

Die Häufigkeit der Tuberkulose und die Zahl der Neuerkrankungen ist in den letzten Jahren in der Bundesrepublik stetig zurückgegangen. Aus der vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Tuberkulosestatistik 1961 geht hervor, daß am Jahresende 1961 bei den Gesundheitsämtern im Bundesgebiet 300 000 an Tuberkulose erkrankte Personen bekannt waren und im Laufe des Jahres 61 100 Neuzugänge gemeldet worden sind. Die Zahl der Erkrankten betrug 1958 noch 369 700; sie sank in den beiden folgenden Jahren auf 347 900 und 316 200. Die Zahl der Neuzugänge belief sich 1958 auf 79 200; in den beiden folgenden Jahren wurden 72 800 und 65 300 Neuzugänge gemeldet.

Die Zahl der „Neuzugänge“ entspricht nicht vollständig der Zahl der Neuerkrankungen. Da die Zahlen von den einzelnen Gesundheitsämtern der Kreise und kreisfreien Städte an die statistischen Behörden gemeldet werden, enthalten sie auch diejenigen Kranken als Neuzugänge, die während der Erkrankung ihren Wohnort gewechselt haben. Nur vier Länder und Berlin sind bisher in der Lage, diese Umzugs-Neuzugänge von den Neuerkrankungen zu trennen. Die tatsächliche Neuerkrankungszahl liegt deshalb wahrscheinlich um etwa 8 v. H. niedriger als die Zahl der Neuzugänge insgesamt. Der Anteil der Wiedererkrankten an den neu als krank gemeldeten Personen beträgt — ebenfalls nach den Zahlen dieser vier Länder geschätzt — etwa 5 v. H. Lediglich in Berlin machen die Wiedererkrankungen 21,9 v. H. der gesamten Neuerkrankungen aus.

Ein entsprechender Rückgang zeigt sich, wenn man die Zahl der Tuberkulosefälle auf jeweils 100 000 Einwohner errechnet: es ergab sich im Jahre 1961 ein Anteil an Tuberkulosekranken von 549,6 auf 100 000 Einwohner (1958: 704,3; 1959: 655,8; 1960: 592,9) und an Neuerkrankungen von 113,1 auf 100 000 Einwohner (1958: 151,8; 1959: 138,0; 1960: 123,6).

An der Spitze der verschiedenen Tuberkulosearten steht die Tuberkulose der Atmungsorgane. Tuberkuloseerkrankungen anderer Organe machen im Durchschnitt rund 15 v. H. aller Tuberkulosefälle aus.

Die Mehrzahl der Tuberkulosekranken sind Männer: Von der Gesamtzahl der Erkrankten machen die Männer etwa drei Fünftel aus. In den Altersgruppen zeigen sich auffallende Unterschiede zwischen den Geschlechtern: den höchsten Anteil an Tuberkuloseerkrankten haben bei den Männern die Altersgruppen zwischen 35 und 40 sowie zwischen 50 und 60 Jahren, während bei den Frauen der größte Anteil in den Altersgruppen von 25 bis 30 Jahren liegt. Das Statistische Bundesamt vermutet, daß hier die Einflüsse von körperlichen Belastungen im Entwicklungsalter bei diesen Jahrgängen eine nachwirkende Rolle spielen.

Vier Länder des Bundesgebietes (Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Baden-Württemberg und Bayern) führen mit mehr oder weniger Intensität auf gesetzlicher Basis Röntgenreihenuntersuchungen durch. Es fällt auf, daß sich die Tuberkulosezahlen in diesen Ländern nicht in einer Weise von denen der anderen Länder unterscheiden, die auf eine Auswirkung

der Röntgenreihenuntersuchungen im Jahre 1961 schließen lassen könnte.

Mit dem Rückgang der Tuberkulosezahlen hat sich auch die Anzahl der Tuberkulosekrankenhäuser, Heilstätten und Krankenbetten vermindert. Einem Rückgang der Tuberkulosekranken von 9% im Jahre 1960 stand ein Rückgang des Bettenbestandes in den Facheinrichtungen von 6% gegenüber. API

## 13. Nobelpreissträgertagung

### V. Tagung der Mediziner

An der vom 1. bis 5. Juli in Lindau stattfindenden 13. Nobelpreissträgertagung werden nach den bis jetzt vorliegenden Zusagen 18 Laureaten teilnehmen. Unter den 11 Vortragenden sind 2 deutsche Preisträger, Prof. Dr. Otto Warburg, der über sein Spezialgebiet „Chemie der Photosynthese“ referieren wird, und Prof. Dr. Werner Forssmann, der über „Die moderne Knochenbruchbehandlung im Rahmen des allgemeinen Krankenhauses“ spricht. Aus Schweden kommen mit Vorträgen Prof. Dr. Hugo Theorell, dessen Thema „Verbrennung von Alkohol in der Leber“ ist, und Prof. Dr. Georg von Hevesy, der über „Diurnale Variationen biologischer Vorgänge“ berichten wird.

Die USA sind in der Vortragsreihe dreimal vertreten. Prof. Dr. Severo Ochoa spricht über „Chemical Basis of heredity, The Genetic Code“. Prof. Dr. Thomas H. Weller, Boston, über „Newly isolated viruses responsible for human fetal damage“ und Prof. Dr. Philip S. Hench, Rochester, Minn., über das gerade in Deutschland in Anbetracht der Geschehnisse des letzten Jahres sehr aktuelle Thema „Side effects of medicines“. Der australische Nobelpreisträger, Sir Macfarlane Burnet behandelt „The role of the Thymus in immunity“, Prof. Dr. Henrik Dam, Kopenhagen, spricht über „Experiments on gallstone formation in animals“, Prof. Dr. C. Heymans, Gent, über „Pharmaka und Elektroschock“ und Prof. Sir Hans A. Krebs, Oxford, über „Die Regulierung des Zellstoffwechsels“.

## Auslands-„Praktikum“ auch für Medizinstudenten

### Über 900 Famulanten mit 24 Ländern ausgetauscht — Zusammenarbeit DAAD und VDS

Der Deutsche Akademische Austauschdienst teilt mit: Von Jahr zu Jahr ist die Zahl der Studenten größer geworden, die für einige Ferienwochen oder -monate über die Grenze wechselten, um eine Praktikantenzeit im Ausland zu verbringen. Der beim Deutschen Akademischen Austauschdienst (DAAD) angesiedelte deutsche Zweig der IAESTE (International Association for the Exchange of Students for Technical Experience) konnte im vergangenen Jahr mehr als 3700 Praktikantenplätze für deutsche und ausländische Studenten technischer Fachrichtungen vermitteln. Über das deutsche Komitee der AIESEC (Association Internationale des Etudiants en Sciences Economiques et Commerciales) wurden 1962 rund 1000 deutsche und ausländische Studenten der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften ausgetauscht. Weniger bekannt ist, daß es Auslands-„Praktika“ auch für fortgeschrittene Medizinstudenten gibt. Der mit dem DAAD zusammenarbeitende und von ihm unterstützte Fachverband Medizin im VDS (Verband deutscher Studentenschaften)

hat 1962 über 900 Famulanten mit 24 europäischen und überseeischen Ländern ausgetauscht.

#### Vier Jahre Zusammenarbeit mit dem DAAD

1957, so berichtet der Auslandsreferent des Fachverbandes Medizin, begann eine Handvoll aktiver Medizinstudenten auf eigene Faust mit dem Famulanten-austausch. Die Austauschsziffern blieben zwangsläufig klein, stiegen aber rasch an seit der 1959 begonnenen Zusammenarbeit mit dem DAAD. Mit 21 Ländern in Europa und in Übersee wurden 1960 bereits mehr als 850 Medizinstudenten ausgetauscht. Im vergangenen Jahr waren 21 europäische Länder, Israel, Kanada und die USA Austauschpartner des Fachverbandes Medizin. Das Austauschergebnis: 937 Studenten oder genauer 937 Austauscheinheiten, wobei ein einmonatiger Klinik-aufenthalt eines Studenten als eine Einheit zählt. 447 ausländische Studenten — um bei der nicht ganz exakten Formulierung zu bleiben — konnten im vergangenen Jahr in den Kliniken von 19 deutschen Hochschulen hospitieren. 490 deutsche Medizinstudenten, die das Physikum, ein klinisches Jahr und eine sechs-wöchige Famulatur in Deutschland bereits hinter sich hatten, hatten umgekehrt Gelegenheit, sich durch ihren Aufenthalt an Kliniken des Auslandes über den dortigen Stand der medizinischen Praxis zu informieren. Die Gastaufenthalte der Studenten an den Kliniken im Ausland dauerten zwischen einem Monat und einem Vierteljahr; deshalb deckt sich die Zahl der 937 Austauscheinheiten nicht genau mit der Zahl der ausgetauschten Studenten.

#### Frankreich und Kanada wichtigste Austauschpartner

Mit 104 Famulaturplätzen für deutsche Studenten lag Frankreich im vergangenen Jahr an der Spitze der Austauschländer. Im Rahmen eines Sonderprogramms der deutsch-französischen Rektorenkonferenz konnten im Sommer 1962 allein in Marseille 30 junge deutsche Mediziner für zweieinhalb Monate hospitieren. Sie wohnten in der Cité Universitaire, taten an den Vormittagen als „Externe“ Dienst auf Stationen ihrer Wahl und hörten mehrfach in der Woche an den Nachmittagen Vorträge über allgemeine medizinische Fragen oder über einzelne Krankheitsbilder. Zum Abschluß nahm die Gruppe der deutschen Famulanten in Paris an den Medizintagen „Entretien de Bichat“ teil. Eine Gegeneinladung für 60 junge französische „Externes“ und „Internes“, die zur Elite des Mediziner Nachwuchses in unserem Nachbarland gehören, wurde bereits ausgesprochen; je 30 von ihnen werden im Sommer dieses Jahres für drei Monate in Hamburg und München famulieren. Mit 86 Famulantenplätzen war Kanada nach Frankreich bedeutendster Austauschpartner. Kanada gehört zu den Ländern, deren Ausbildungssystem für deutsche Medizinstudenten besonders interessant ist. Die deutschen Famulanten wurden dort als

sog. „Junior Interns“ eingestellt und hatten auf diese Weise mehr als anderswo die Möglichkeit, praktische Erfahrungen unter der ständigen Anleitung eines jüngeren Assistenzarztes zu gewinnen. Die deutschen Studenten arbeiteten von August bis Oktober an verschiedenen „Teaching Hospitals“ in Kanada. Ähnlich günstige Bedingungen wie in Kanada fanden die deutschen Medizinstudenten in Großbritannien (48 Famulanten) vor. Jugoslawien (47) und Italien (40 Famulantenplätze) waren die nächstwichtigen Austauschländer.

In Deutschland waren die Fachschaften der Medizinstudenten an den einzelnen Hochschulen bemüht, die Zahl der Famulantenplätze für ausländische Studenten zu erhöhen. Schwierigstes Problem — besonders in den Großstädten — war die Unterbringung der ausländischen Gäste. Italien und Jugoslawien waren mit je 70 Famulaturen am stärksten beteiligt, gefolgt von Spanien (51), Großbritannien (47), Frankreich und der Schweiz (je 34 Famulantenplätze). Die meisten Famulantenplätze für ausländische Medizinstudenten standen 1962 in Berlin (119), München (110), Heidelberg (36) und Hamburg (34) zur Verfügung.

Wie groß der Gewinn einer Auslandsfamulatur ist, geht aus den Berichten zahlreicher Medizinstudenten hervor. Der Fachverband Medizin im VDS und der DAAD hoffen, 1963 noch mehr jungen Mediziner eine Famulatur im Ausland vermitteln zu können. Interessierte Medizinstudenten können sich bei den Fachschaften ihrer Hochschulen um eine Auslandsfamulatur bewerben.

#### Ergebnisse der Brüsseler Sozialkonferenz unbefriedigend und unklar

In der Mai-Ausgabe der „Deutschen Versicherungszeitung“ werden die Ergebnisse der „Europäischen Konferenz über die soziale Sicherheit“, die im Dezember letzten Jahres von den Europäischen Gemeinschaften in Brüssel abgehalten wurde, einer ersten Untersuchung unterzogen. Grundlage für die kritischen Bemerkungen unter dem Titel „Schlüsse aus den Schlußfolgerungen“ bilden die sog. Schlußfolgerungen, die als Ergebnisprotokoll von den Ausschüssen verfaßt worden sind.

Bei ihrer Durchsicht tritt die Unmöglichkeit zutage, unter den Sozialpartnern und Unabhängigen zu auch nur halbwegs einheitlichen und damit vorwärtsweisenden Vorschlägen hinsichtlich einer „Harmonisierung“ zu gelangen. So wird z. B. festgestellt, daß seitens der Vertreter der Arbeitnehmer insgesamt an den geradezu utopischen Vorschlägen des Berichterstatters Veillon für eine grenzenlose Ausweitung der Sozialversicherung und ihre Organisation in zentralen Verwaltungen festgehalten wird.

Aus den angeführten Verlautbarungen seitens der EWG-Kommission wird deutlich, daß zwischen den Absichten der Vorbereitungen zur Konferenz, den offi-

# Antiphlogistine\*

\* eingetr. Wz.

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



LYSSIA-WERKE

WIESBAOEN

#### Wärmepackung - Wärmeumschlag

bei: Gelenkentzündung  
Nerventzündung  
Rippenfehlentzündung  
Hals- und Brustschmerzen  
Rheumatismus

zielen Äußerungen während der Konferenz und der Einstellung nach der Konferenz beträchtliche Unterschiede bestehen.

### Private Krankenkassen erhöhen Beiträge

**Private Krankenversicherung ist mit Krankenversicherungs-Neuregelungs-Gesetzentwurf unzufrieden — Ungenügende Regelung der Versicherungsberechtigung**

„Unsere alten Tarife stammen in ihren Grundzügen aus der Mitte der dreißiger Jahre. Ihrer Kalkulation haben Leistungsstatistiken der Vorjahre zugrunde gelegen, also Heilbehandlungskosten, die für die heutige Zeit unter keinen Umständen mehr ausreichen. Viele Behandlungsmöglichkeiten konnte der ‚Tarifkonstrukteur‘ vor 25 Jahren überhaupt nicht berücksichtigen; Diagnostik und Therapie sind gegenüber früher verfeinert und wesentlich vielgestaltiger geworden. Viele schwere Erkrankungen haben auf diese Weise ihren Schrecken verloren“, lauteten die Argumente, mit der Sprecher des Verbandes der privaten Krankenversicherung vor Journalisten in Bad Nauheim die Beitrags-erhöhungen privater Kassen begründeten. Tatsächlich erreichten die Versicherungsleistungen 1961 nahezu die Milliarden-Grenze: Sie stiegen um 62,4 Mill. DM auf 974,2 Mill. DM an, was einer Auszahlung von 3,9 Mill. DM je Arbeitstag entsprach. Als Ursache dieser Leistungsausweitung wurden weniger der Zuwachs an Versicherten, als „die hohen, durch den steigenden Lebensstandard bedingten Ansprüche der Versicherten“ angeführt.

Intensität und Häufigkeit der Krankenbehandlung seien in den letzten Jahren „zum Teil erheblich“ gestiegen. Die in den Tarifen festgelegten Erstattungssätze würden dadurch viel häufiger beansprucht. Dadurch seien die Ausgaben der privaten Krankenversicherung wesentlich gestiegen. Das Beitragsaufkommen der alten Tarife reiche bei weitem nicht mehr aus, um die Unkosten — insgesamt gesehen — zu decken.

Aus ihrer Sorge um die Erhaltung von Möglichkeiten zur eigenverantwortlichen und individuellen Vorsorge im Krankheitsfall, machten die Sprecher des Verbandes der privaten Krankenversicherung im Hinblick auf den Entwurf eines Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetzes (KVNG) kein Hehl. Nachdrücklich wandten sie sich

- gegen die vorgesehene Einführung höherer Leistungsklassen auch in der gesetzlichen Krankenversicherung,
- gegen die vorgesehene Erweiterung des Versichertenkreises in der gesetzlichen Krankenversicherung,
- gegen die vorgeschlagene Erhöhung der Pflichtversicherungsgrenze von 660 DM auf 750 DM monatlich.

Die Forderung der Deutschen Angestelltengewerkschaft (DAG), die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung auf höhere Pflegeklassen bei stationärer Behandlung im Krankenhaus auszudehnen, verstoße gegen das Solidaritätsprinzip, da die ungleiche Behandlung verschiedener Versichertengruppen auf dieser Grundlage nicht zu vertreten sei. Woilten etwa die Ersatzkassen unterschiedliche Leistungsklassen einführen, müßten sie Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit werden.

Nach den vorgeschlagenen Überleitungsvorschriften könnten bisher freiwillig Versicherte weiterhin der gesetzlichen Krankenversicherung angehören. Im § 174 sei zwar vorgesehen, die freiwillige Weiterversicherung bei einem Jahreseinkommen von 15 000 DM unmöglich zu machen, jedoch nur in den Fällen, in denen der Versicherte weniger als 20 Jahre einer gesetzlichen Krankenkasse angehört oder noch nicht das 40. Lebensjahr vollendet habe. Würden diese Bestrebungen verwirklicht, dann entfiele bei vielen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung der Anreiz, bereits in jungen Jahren individuelle Vorsorgemaßnahmen für das Alter zu treffen und in dem Alter in eine private Krankenkasse hinüberzuwechseln, in dem der Übertritt noch nicht mit Nachteilen verbunden sei.

Durch die beabsichtigte Erhöhung der Pflichtversicherungsgrenze werde der privaten Krankenversicherung weiterer Boden entzogen. Sie erwarte vom Gesetzgeber, daß das freiwillige Vorsorgebestreben in Wahrnehmung der berechtigten Belange ihrer Versichertengemeinschaften, die in der PKV bis heute 13,5 Millionen Verträge abgeschlossen und somit bewiesen hätten, daß sie ihre Vorsorge im Krankheitsfall in Eigenverantwortung treffen wollten, berücksichtigt werde. Insbesondere dürften die Versichertengemeinschaften nicht weiter durch eine fortgesetzte Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze bedroht werden. Die PKV sei nach wie vor bereit, aus der Pflichtversicherung ausscheidenden Personen günstige Beitragsangebote zu machen.

Einen besseren Versicherungsschutz für sog. „alte Leiden“ will die PKV durch neue Tarife ermöglichen, mit deren Ausarbeitung bereits begonnen wurde. Darin sollen die Leistungen laufend an die Bedürfnisse eines besseren Versicherungsschutzes angepaßt werden. Bisher mußten die „alten Leiden“ bei Wechsel von einem Tarif auf den anderen durch Zuschläge berücksichtigt werden.

Beunruhigt zeigen sich die privaten Krankenversicherungen auch über die Tendenzen, die sich bei der ersten Beratung der Europäischen Konferenz für die soziale Sicherheit über die Harmonisierung der sozialen Leistungen in den EWG-Staaten im Dezember in Brüssel bemerkbar machten.

Die Vorschläge der Gewerkschaftler Heise und Veillon, die zur Grundlage der Diskussion erhoben worden seien, hätten u. a. vorgesehen,

das Verhältnis zwischen Arzt und Patient nach der Art des englischen Gesundheitsdienstes oder des Sprengelarzt-Systems westdeutscher Knappschaften zu regeln;

auf jede Kostenbeteiligung des Patienten zu verzichten;

in allen EWG-Mitgliedsstaaten eine Pflichtversicherung für alle Arbeitnehmer und Angehörige der freien Berufe einzuführen;

alle Versicherungsleistungen — auch Krankenhauspflege — unbegrenzt zu gewähren;

die historische Gliederung der deutschen Krankenversicherung zu beseitigen;

die freie Arztwahl aufzuheben.

Allerdings verdiene das unverkennbare Bestreben, die Kosten der sozialen Sicherheit nach und nach auf den Staat zu übernehmen und so zu einer Staatsbürgerversorgung zu gelangen, aufmerksam verfolgt zu werden. Bei der allgemeinen Bewertung habe nicht übersehen werden können, daß die Arbeitgeber der Beachtung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit weitgehende Bedeutung einräumten, die Arbeitnehmer ihre Forderungen unter allen Umständen unabhängig von wirtschaftlichen Grenzen realisiert sehen möchten. Trotz aller Gegensätze seien gewisse Vereinheitlichungstendenzen immer wieder angeklungen.

J. O.

### Familienleistung in drei Nachbarländern beträchtlich erhöht

#### Erhebliche Verbesserungen in Österreich, Frankreich und Belgien

Das Bundesministerium für Familien- und Jugendfragen teilt mit: Seit der Konferenz der mit Familienfragen befaßten Minister aus neun europäischen Ländern im Mai 1962 in Bad Godesberg haben die Regierungen der drei Länder Österreich, Frankreich und Belgien die Leistungen zugunsten der Familie beträchtlich erhöht. Folgende Leistungsverbesserungen wurden vorgenommen:

**Österreich:** Der Anspruch auf Mütterbeihilfe, die neben dem Kindergeld in 14 Monatsbeiträgen (zwei Monatsbeiträge plus je einen zusätzlichen Monatsbeitrag im Juli und Dezember für Urlaub bzw. Weihnachten) gezahlt wird, wurde im Juli 1962 erweitert. Während die Mütterbeihilfe bisher lediglich für Familien ab drei Kindern galt, wird sie nunmehr auch Familien mit zwei Kindern gewährt. — Nach der neuen Regelung erhalten Zweikinderfamilien nunmehr jährlich 91 DM ( $14 \times 6,50$  DM) und Drei- und Mehrkinderfamilien 224 DM ( $14 \times 16$  DM) an Mütterbeihilfen. — Ab 1. Januar 1963 wird die Mütterbeihilfe für Familien mit drei und mehr Kindern außerdem von monatlich 16 DM auf 18,70 DM angehoben. Eine weitere Steigerung ab 1. Januar 1964 auf 32,70 DM ist ebenfalls bereits beschlossen.

**Frankreich:** Die Familienzulagen (Kindergeld plus Zuschlag nach dem Alter der Kinder, Ausgleichsbetrag für Arbeitnehmerfamilien sowie Geburtsbeihilfen) wurden im August 1962 sowie ein zweites Mal zum 1. November 1962 erhöht. Sie liegen damit gegenwärtig um rd. 9 v. H. höher als zum Zeitpunkt der europäischen Familienministertagung in Bad Godesberg (Mai 1962).

Diese Steigerung um rd. 9 v. H. wurde im wesentlichen durch Anhebung des sogenannten Basislohns von 194,40 DM auf nunmehr 211,60 DM herbeigeführt. Die Familienzulagen für die Arbeitnehmerfamilie (sogenannte Grundzulagen für die Kinder plus Ausgleichsentschädigung) belaufen sich demzufolge gegenwärtig auf monatlich 54,40 DM für das 2. Kind, monatlich 81,90 DM für das 3. Kind und monatlich 81,90 DM für das 4. und die weiteren Kinder. Hinzu kamen bisher schon Zulagen nach dem Alter der Kinder (in Höhe von bisher + 7 v. H. für Kinder ab 10 Jahren), die — da sie nach dem Basislohn errechnet werden — mit Anhebung des Basislohns nunmehr ebenfalls gestiegen sind.

Zusätzlich ist eine weitere Erhöhung der Zulagen nach dem Alter der Kinder für Jugendliche von 15 Jahren an um 8 v. H. vorgenommen worden. Es erhalten somit gegenwärtig: Kinder bis zu 10 Jahren die einfache Grundzulage; Kinder zwischen 10 und 15 Jahren die Grundzulage + 7 v. H.; Kinder ab 15 Jahren die Grundzulage + 15 v. H. (bisherige 7 v. H. + neue 8 v. H.). Durch die Leistungsverbesserungen einschließlich einer weiteren Zulage für Familien mit nur einem Verdiener (d. h. Familien, deren Mutter nicht außer Haus erwerbstätig ist) erhält in Frankreich die Familie mit 5 Kindern im Alter von 5, 7, 9, 13 und 15 Jahren nunmehr monatlich an Familienzulagen insgesamt den Betrag von 424,40 DM.

**Belgien:** Im Oktober 1962 sind die Kinderzulagen erhöht worden. Sie betragen nunmehr monatlich 35,70 DM für das 1. Kind, monatlich 44 DM für das 2. Kind, monatlich 72 DM für das 3. Kind, monatlich 80 DM für das 4. und jedes weitere Kind. Außerdem wurde zusätzlich ein Zuschlag zu den Kinderzulagen von monatlich 20 DM für jedes über 14 Jahre alte Kind neu eingeführt. Nach dem Beispiel Frankreichs wird ferner nunmehr auch eine sogenannte „Vorgeburtszulage“ von einmalig (d. h. nur vor der ersten Geburt) 160 DM gewährt. Die Geburtszulage für das 1. Kind von 400 DM ist unverändert beibehalten, die für das 2. Kind hingegen von 215 auf 400 DM angehoben worden. Ab dem 3. Kind beträgt die Geburtszulage weiterhin je 215 DM. Allein durch die Leistungsverbesserungen bei den Kinderzulagen (ohne Geburtszulagen) erhält in Belgien die Familie mit 5 Kindern im Alter von 5, 7, 9, 13 und 15 Jahren (vgl. auch das für Frankreich gegebene Beispiel) nunmehr monatlich an Kinderzulagen den Betrag von 363,20 DM. (Diese Angaben wurden nach einer Mitteilung der großen belgischen Familienzeitschrift „Ligeur“ Nr. 39 vom 19. Oktober 1962 zusammengestellt.)

#### Anteil der Frühinvalidität beim Rentenzugang

Um der oft wiederholten Behauptung entgegenzutreten, daß von den zugehenden Versichertenrentnern der gesetzlichen Rentenversicherungen der Arbeiter und der Angestellten zwei Drittel „Frühinvaliden“ seien, weist das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung auf folgendes hin:

1. Als „Frühinvaliden“ darf man keinesfalls die Gesamtheit aller Rentner bezeichnen, die vor Vollendung des 65. Lebensjahres zu Rentnern geworden sind. Denn in dieser Rentnergesamtheit sind einerseits schon die Empfänger der vorgezogenen Altersruhegehälter an 60jährige Arbeitslose oder an 60jährige Frauen enthalten, andererseits noch die Empfänger von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrenten mit Zugangsaltern, die dicht bei der allgemeinen Altersgrenze von 65 Jahren für Altersrentner liegen.

2. Als „Frühinvaliden“ kann man allenfalls die Rentner mit einem Zugangsalter unter 60 Jahren bezeichnen, besser aber die Rentner mit einem Zugangsalter unter 55 oder unter 50 oder unter 45 Jahren.

3. Je nachdem, ob man als Frühinvaliden alle Rentner mit einem Zugangsalter unter 60, 55, 50 oder 45 Jahren bezeichnet, ergibt sich z. B. für die im Jahre 1960 zugegangenen männlichen Versichertenrentner in der Rentenversicherung der Arbeiter ein Anteil der Frühinvaliden von 38, 20, 12 oder 8 v. H.

Man sieht, daß der Anteil der Frühinvalidität beim

Rentenzugang weniger als 10 v. H. beträgt, wenn man als Frühinvalide die Rentner mit einem Zugangsalter unter 45 Jahren versteht. Aber auch dann, wenn man als Frühinvalide alle Rentner bis zum Zugangsalter unter 60 bezeichnen wollte, läge der Anteil der Frühinvalidität größenordnungsmäßig nur bei einem Drittel.

### Kinderzahl von sechs auf zwei vermindert

Nach einer Untersuchung des Statistischen Bundesamts im Oktober-Heft 1962 von „Wirtschaft und Statistik“ hatten die um die Mitte des 19. Jahrhunderts in Deutschland geschlossenen Ehen im Durchschnitt rd. sechs Kinder, die Ehen um 1900 etwas über vier Kinder und die Ehen aus der Zeit kurz nach dem ersten Weltkrieg etwa drei Kinder. Danach ist die Zahl der Kinder weiter zurückgegangen. Aus den in den letzten Jahren im Bundesgebiet ohne Berlin geschlossenen Ehen dürften im Durchschnitt nur noch etwas über zwei Kinder zu erwarten sein. Im Vergleich zu den Ehen aus der Zeit kurz nach dem zweiten Weltkrieg ist jedoch eine Zunahme der Kinderzahl festzustellen. Der Unterschied zwischen früher und heute wird erheblich kleiner, wenn man bedenkt, daß gegen Ende des vergangenen Jahrhunderts nur rd. 75 v. H. der Kinder das Säuglingsalter überlebten und nur rd. 60 v. H. das 15. Lebensjahr erreichten, während heute etwa 96 v. H. aller Neugeborenen das Kindesalter überleben. Geht man von den Kindern im 15. Lebensjahr aus, haben sich die Kinderzahlen seit 1900 nicht um die Hälfte, sondern lediglich um ein Drittel vermindert.

### Entziehungskliniken für Rouher in England

Nach Mitteilung des britischen Gesundheitsministeriums bestehen z. Z. in England drei Entziehungskliniken für Rouher. Weitere Kliniken sollen demnächst errichtet werden. Für die Volksaufklärung über die Gefahren des Rauchens wurden bisher etwa 275 000 DM ausgegeben.

### Kommission für Lärmforschung

In Bad Godesberg trat in Anwesenheit des Präsidenten der Deutschen Forschungsgemeinschaft, Prof. Dr. Gerhard Heß, die Kommission für Lärmforschung zu ihrer konstituierenden Sitzung zusammen. Die Forschungsgemeinschaft hat damit den Kreis derjenigen Senatskommissionen erweitert, die sich, wie z. B. die Farbstoffkommission, die Kommission für Ernährungsforschung und die Kommission zur Prüfung der wissenschaftlichen Voraussetzungen für die Reinhaltung der Luft mit wichtigen Fragen der Gesundheit befassen. Die Arbeit dieser Kommissionen dient zugleich der Grundlage für die Beratung der Parlamente und Regierungen, wie sie die Forschungsgemeinschaft bisher schon — besonders im Rahmen der Lebensmittelgesetzgebung — geübt hat. Die neue Kommission für Lärmforschung hat sich u. a. die Aufgabe gestellt, Meßverfahren komplizierter Art auf ihre Brauchbarkeit zu überprüfen und sie dann jeweils für bestimmte Zwecke der Lärmbekämpfung zu empfehlen. Außerdem wollen die Mitglieder der Kommission Forschungsvorhaben anregen, in denen die Wirkung des Lärms auf den Menschen erforscht werden soll. An der Untersuchung von Lärmbeeinträchtigungen werden sich Psychologen, Physiologen, Internisten, Neurologen, Psychiater und Kinderärzte beteiligen. Den Vorsitz der Kommission führt

der Direktor des Max-Planck-Instituts für Arbeitsphysiologie in Dortmund, Prof. Dr. Gunther Lehmann, der bereits als Vorsitzender des Arbeitsringes für Lärmbekämpfung bekannt ist.

### Gewährdauer von Impfstoffen und Seren

Das Paul-Ehrlich-Institut, Staatliche Anstalt für experimentelle Therapie in Frankfurt am Main, hat mitgeteilt, daß die Gewährdauer für nachstehend aufgeführte Impfstoffe und Seren abgelaufen ist:

#### Die Diphtherie-Sera

mit den Kontrollnummern

6884—6888	(sechstausendachtundvierundachtzig bis sechstausendachtundachtundachtzig)
6891	(sechstausendachtunderteinundneunzig) aus den Behringwerken A.G., Marburg a. d. Lahn.

#### Die Gasbrand-(Gasoedem-)Sera

mit den Kontrollnummern

577—580	(fünfhundertsebenundsiebzig bis fünfhundertachtzig) aus den Behringwerken A.G., Marburg a. d. Lahn.
---------	---

#### Die Rohsera zur Bestimmung der Blutfaktoren M und N

mit den Kontrollnummern

1436 u. 1437	(eintausendvierhundertsechunddreißig und eintausendvierhundertsebenunddreißig)
1495	(eintausendvierhundertfünfundneunzig)
1505	(eintausendfünfhundertfünf)
1552	(eintausendfünfhundertzweikundfünfzig) aus den Behringwerken A.G., Marburg a. d. Lahn.

#### Die Testsera (flüssig) zur Bestimmung der Blutgruppen A, B, 0

1. mit den Kontrollnummern

1402—1404	(eintausendvierhundertzwei bis eintausendvierhundertvier)
1429—1431	(eintausendvierhundertneunundzwanzig bis eintausendvierhunderteinunddreißig)
1487	(eintausendvierhundertsebenundachtzig)
1520 u. 1521	(eintausendfünfhundertundzwanzig und eintausendfünfhunderteinundzwanzig)
1539—1541	(eintausendfünfhundertneununddreißig bis eintausendfünfhunderteinundvierzig) aus dem Asid-Institut GmbH., Lohhof b. München;

2. mit den Kontrollnummern

1388 u. 1389	(eintausenddreihundertachtundachtzig und eintausenddreihundertneunundachtzig)
1394—1396	(eintausenddreihundertvierundneunzig bis eintausenddreihundertsechundneunzig)
1406—1411	(eintausendvierhundertundsechs bis eintausendvierhundertelf)
1423—1425	(eintausendvierhundertdreizehn bis eintausendvierhundertfünfundzwanzig)
1432—1434	(eintausendvierhundertzweikunddreißig bis eintausendvierhundertvierunddreißig)
1441—1443	(eintausendvierhunderteinundvierzig bis eintausendvierhundertdreieundvierzig)
1454 u. 1455	(eintausendvierhundertvierundfünfzig und eintausendvierhundertfünfundfünfzig)
1457 u. 1458	(eintausendvierhundertsebenundfünfzig und eintausendvierhundertachtundfünfzig)
1468—1474	(eintausendvierhundertachtundsechzig bis eintausendvierhundertvierundsiebzig)
1476—1478	(eintausendvierhundertsechundsiebzig bis eintausendvierhundertachtundsiebzig)
1484—1486	(eintausendvierhundertvierundachtzig bis eintausendvierhundertsechundachtzig)
1491—1493	(eintausendvierhunderteinundneunzig bis eintausendvierhundertdreieundneunzig)
1500—1502	(eintausendfünfhundert bis eintausendfünfhundertzwei)
1506—1508	(eintausendfünfhundertsechs bis eintausendfünfhundertacht)
1510—1512	(eintausendfünfhundertzehn bis eintausendfünfhundertzwölf)
1519	(eintausendfünfhundertneunzehn)
1531—1536	(eintausendfünfhunderteinunddreißig bis eintausendfünfhundertsechunddreißig) aus den Behringwerken A.G., Marburg a. d. Lahn;

# NUCLEOTON®

standardisierter Orangenextrakt  
mit energiereichen Adenasin-  
phosphoten

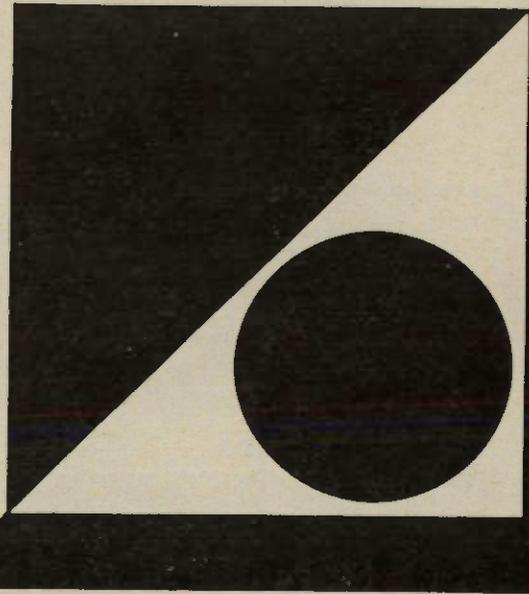
Normalisierung der Durch-  
blutung / Ökonomisierung  
der Herzarbeit / Akti-  
vierung des interme-  
diären Stoffwechsels



HORMON · CHEMIE · MÜNCHEN

Tonikum: Blasenatonie · Sexuelle Neurasthenie

Adjuvans bei der Behandlung der Prostatitis



gesteuerte Yohimbewirkung

# Tonaton



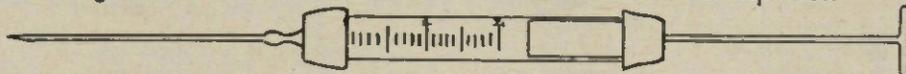
100 Dragées

LUITPOLD · WERK MÜNCHEN

# GERMAKELLIN®

Packungen  
mit 5 Ampullen  
DM 3.35 o. U.

2 ccm langsam i.v. verabreicht wirken oft schon während der Injektion



## Die neuartige Wirkstoffkombination zur Soforthilfe



Frei von Adrenalin-Derivaten  
keine schädlichen Nebenwirkungen  
auf Herz und Kreislauf

DR. H. THIEMANN GMBH LÜNEN i.W.

## beim Asthma-Anfall und beim

## Status asthmaticus

Gegen groben  
Schmutz!

# Rilan

putzt  
poliert  
pflegt

scheuert  
schaumaktiv

RILAN gibt es im wirtschaft-  
lichen Großverbraucher-  
Gebinde zu 10 kg. Lieferung  
über den Fachhandel.  
Böhme Fettchemie GmbH,  
Düsseldorf

3. mit den Kontrollnummern
- 1391 (eintausenddreihunderteinundneunzig)  
1415—1417 (eintausendvierhundertfünfzehn bis eintausendvierhundertsechzehn)
- 1445 u. 1446 (eintausendvierhundertfünfundvierzig und eintausendvierhundertsechundvierzig)  
1456 (eintausendvierhundertsechundfünfzig)  
1459—1461 (eintausendvierhundertneunundfünfzig bis eintausendvierhunderteinundsechzig)
- 1482 u. 1483 (eintausendvierhundertzweiundachtzig und eintausendvierhundertdreiundachtzig)  
1497—1499 (eintausendvierhundertsechundneunzig bis eintausendvierhundertneunundneunzig)  
1516—1518 (eintausendfünfhundertsechzehn bis eintausendfünfhundertachtzehn)  
1527—1529 (eintausendfünfhundertsiebenundzwanzig bis eintausendfünfhundertneunundzwanzig)  
1557 (eintausendfünfhundertsiebenundfünfzig) aus dem **Biotest-Serum-Institut**, Frankfurt a. M.;
4. mit den Kontrollnummern
- 1381—1383 (eintausenddreihunderteinundachtzig bis eintausenddreihundertdreiundachtzig)  
1451—1453 (eintausendvierhunderteinundfünfzig bis eintausendvierhundertdreiundfünfzig)  
1465—1467 (eintausendvierhundertfünfundsechzig bis eintausendvierhundertsiebenundsechzig) aus dem **Serum-Institut Dr. H. Molter**, Heidelberg.

#### Die Testsera (flüssig, supplementwirksam) zur Bestimmung des Rhesusfaktors D (Rho)

1. mit den Kontrollnummern
- 1397—1401 (eintausenddreihundertsiebenundneunzig bis eintausendvierhunderteins)  
1405 (eintausendvierhundertfünf)  
1438—1440 (eintausendvierhundertachtunddreißig bis eintausendvierhundertvierzig)  
1479 u. 1480 (eintausendvierhundertneunundsechzig und eintausendvierhundertachtzig)  
1488 (eintausendvierhundertachtundachtzig)  
1503 u. 1504 (eintausendfünfhundertdrei und eintausendfünfhundertvier)  
1509 (eintausendfünfhundertneun)  
1523 u. 1524 (eintausendfünfhundertdreiundzwanzig und eintausendfünfhundertvierundzwanzig)  
1549—1551 (eintausendfünfhundertneunundvierzig bis eintausendfünfhunderteinundfünfzig) aus den **Behringwerken A.G.**, Marburg a. d. Lahn;
2. mit den Kontrollnummern
- 1374 (eintausenddreihundertvierundsiebzig)  
1393 (eintausenddreihundertdreiundneunzig)  
1418 (eintausendvierhundertachtundzweiundzwei)  
1426 (eintausendvierhundertsechundzwanzig)  
1428 (eintausendvierhundertachtundzwanzig)  
1444 (eintausendvierhundertvierundvierzig)  
1462 u. 1463 (eintausendvierhundertzweiundsechzig und eintausendvierhundertdreiundsechzig)  
1481 (eintausendvierhunderteinundachtzig)  
1490 (eintausendvierhundertneunzig)  
1496 (eintausendvierhundertsechundneunzig)  
1526 (eintausendfünfhundertsechundzwanzig)  
1530 (eintausendfünfhundertdreiundfünfzig) aus dem **Biotest-Serum-Institut**, Frankfurt a. M.;
3. mit den Kontrollnummern
- 1384 (eintausenddreihundertvierundachtzig)  
1450 (eintausendvierhundertfünfundfünfzig)  
1464 (eintausendvierhundertvierundsechzig)  
1514 u. 1515 (eintausendfünfhundertvierzehn und eintausendfünfhundertfünfzehn) aus dem **Serum-Institut Dr. H. Molter**, Heidelberg;
4. mit der Kontrollnummer
- 1413 (eintausendvierhundertdreizehn) aus dem **Serologischen Chemischen Institut**, Dr. E. Cohnen, Bonn.

#### Die Testsera (flüssig, agglutinierend) zur Bestimmung des Rhesusfaktors D (Rho)

1. mit der Kontrollnummer
- 1838 (eintausendachthundertachtunddreißig) aus den **Behringwerken A.G.**, Marburg a. d. Lahn;
2. mit den Kontrollnummern
- 1703 (eintausendsiebenhundertdrei)  
1736 (eintausendsiebenhundertsechunddreißig) aus dem **Biotest-Serum-Institut**, Frankfurt a. M.;

3. mit den Kontrollnummern
- 1752 (eintausendsiebenhundertzweiundfünfzig)  
1784 (eintausendsiebenhundertvierundachtzig) aus dem **Serum-Institut Dr. H. Molter**, Heidelberg.

#### Die Tetanus-Sera

1. mit den Kontrollnummern
- 89—90 (achtundachtzig bis neunzig) aus dem **Asid-Institut GmbH**, Lohhof b. München;
2. mit den Kontrollnummern
- 6966 u. 6967 (sechstausendneunhundertsechundfünfzig und sechstausendneunhundertsechundfünfzig)  
6969—6971 (sechstausendneunhundertneunundfünfzig bis sechstausendneunhundertsechundsechzig)  
6969—6975 (sechstausendneunhundertneunundsechzig bis sechstausendneunhundertfünfundsechzig)  
6977 (sechstausendneunhundertsechundsechzig) aus den **Behringwerken A.G.**, Marburg a. d. Lahn;
3. mit der Kontrollnummer
- 15 (fünfzehn) aus dem **Serumwerk Memmen**, Memmen über Hoya/Weser.

#### Die Diphtherie- und Diphtherie-Mischimpfstoffe

1. mit den Kontrollnummern
- 24 (vierundzwanzig) = Diphtherie-Pertussis-Tetanus  
25 (fünfundzwanzig) = Diphtherie aus dem **Asid-Institut GmbH**, Lohhof b. München;
2. mit den Kontrollnummern
- 321 (dreihunderteinundzwanzig) = Diphtherie-Pertussis-Tetanus  
326 (dreihundertsechundzwanzig) = Diphtherie  
329 (dreihundertneunundzwanzig) = Diphtherie-Pertussis-Tetanus  
330 (dreihundertdreiundfünfzig) = Diphtherie-Pertussis-Tetanus  
328 (dreihundertachtundzwanzig) = Diphtherie-Tetanus aus den **Behringwerken A.G.**, Marburg a. d. Lahn.

#### Die Poliomyelitis-Impfstoffe

- mit den Kontrollnummern
- 33—35 (dreiunddreißig bis fünfunddreißig) aus der **Firma Boehringer & Söhne**, Mannheim.

#### Die Wundstarrkrampf-(Tetanus-)Impfstoffe und Tetanus-Mischimpfstoffe

1. mit der Kontrollnummer
- 8 (acht) = Tetanus aus dem **Asid-Institut GmbH**, Lohhof b. München;
2. mit den Kontrollnummern
- 47 (siebenundvierzig) = Tetanus  
48 (achtundvierzig) = TABTet  
49 (neunundvierzig) = Tetanus  
50 (fünfzig) = TABTet aus dem **Asid-Institut GmbH**, Lohhof b. München;

#### Die Tuberkuline

1. mit den Kontrollnummern
- 48 u. 49 (achtundvierzig und neunundvierzig) = Rinder-Einheitstuberkulin aus den **Asid-Institut GmbH**, Lohhof b. München;
2. mit der Kontrollnummer
- 575 (fünfhundertfünfundsechzig) = Rinder-Einheitstuberkulin aus dem **Bakteriologischen Institut Dr. Rentschler & Co.**, Warthausen/Württemberg;
3. mit den Kontrollnummern
- 31 u. 32 (einunddreißig und zweiunddreißig) = Rinder-Einheitstuberkulin  
117 (einhundertsieben) = Alttuberkulin aus den **Farbwerken Hoechst A.G.**, Frankfurt am Main-Hoechst;
4. mit der Kontrollnummer
- 194 (einhundertvierundneunzig) = Rinder-Einheitstuberkulin aus dem **Impfstoffwerk Friesoythe**, Friesoythe/Oldenburg;
5. mit der Kontrollnummer
- 13 (dreizehn) = Rinder-Einheitstuberkulin aus dem **Serumwerk Memmen**, Memmen über Hoya/Weser.

I. A. gez. Dr. Riedl, Ministerialdirektor  
StAnz. 1963 / Nr. 17

## BUCHBESPRECHUNGEN

**Der Weg der neuen Arzneimittel.** Arzneimittel-Entwicklung und -Prüfung beim Hersteller. Arzneimittelforschung in der Klinik. Arzneimittelprüfung im Ausland. Herausgegeben von Priv.-Doz. Dr. Walter Trummer, 1963, Verlag: J. F. Lehmanns, München, 100 Seiten, kartoniert, 12 DM.

Das Problem der Nebenwirkungen von Arzneistoffen hat in den zurückliegenden Monaten ein außergewöhnliches Interesse bei Ärzten und auch in der breiten Öffentlichkeit gefunden. Gerade dem Arzt drängt sich eine stärkere Beschäftigung mit der Frage auf, ob denkbare Arzneischäden und Nebenwirkungen vorausgesehen sind und vermieden werden können.

Das Buch gewährt wichtige Einblicke in die Entwicklung und Prüfung neuer Arzneimittel, und zwar aus der Sicht des Chemikers, des Pharmakologen und des Klinikers. Es wird der Weg gezeigt vom Laboratorium des präparativen Chemikers bis zum klinischen Prüfer am Krankenbett.

Von besonderem Interesse für die Ärzte dürfte das Kapitel sein: „Beurteilung von Arzneimittelwirkungen in der Tiermedizin“ sowie auch die Ausführungen über die Arzneiprüfung in Frankreich, in der UdSSR und in den Vereinigten Staaten, mit denen die Broschüre schließt.

Legt man nach der Lektüre das empfehlenswerte Buch zur Seite, drängt sich einem der Gedanke von der Notwendigkeit einer „klinischen Pharmakologie“ von selbst auf.

Dr. Stollreuther

**Rechtsvorschriften und Regeln für die amtsärztliche und gesundheitstechnische Praxis** — Abhandlungen aus dem Bundesgesundheitsamt, Heft 4, Verlag: Springer, Berlin, 1961, mit 18 Abb. und 15 Tab., 102 S., 18 DM.

Der Versuch, die einschlägigen Rechtsvorschriften und Normen des an Bedeutung immer noch zunehmenden hygienisch-bautechnischen Sektors in übersichtlicher Form zusammenzustellen, ist außerordentlich dankenswert und den Herausgebern in jeder Hinsicht geiungen. Schade, daß die Bestimmungen des am 1. 1. 1962 in Kraft getretenen Bundesseuchengesetzes nicht mehr berücksichtigt werden konnten. Die Hinweise auf das Reichsseuchengesetz vom 30. 6. 1900 sind also überholt!

Sonst aber findet man so ziemlich alles, was wissenschaftlich und praktisch brauchbar ist. Die Hauptabschnitte behandeln Wasser-, Abwasser-, Zweckbau- und Wohnungshygiene. Außerdem finden sich Ausführungen über das Wesen der Normung, ein Verzeichnis der zahlreichen Abkürzungen, eine Zusammenstellung der zitierten Rechtsvorschriften und Normen, sowie ein lückenloses Sachverzeichnis. Von besonderer Bedeutung, gerade für den Nichttechniker, ist, daß neben den Rechts- und Verwaltungsvorschriften — die Amtsärzten und Juristen geläufig zu sein pflegen — zahlreiche (insgesamt 50) einschlägige DIN-Vorschriften angeführt und kurz referiert sind. Man staunt,

was es da alles gibt und wie wenig man — auch wenn man sich, wie der Referent, seit Jahren mit der Materie beschäftigt — davon weiß. Eine Reihe recht instruktiver Skizzen erleichtert das Verständnis der ziemlich komplizierten Materie.

So liegt uns ein Kompendium vor, das jeder, der mit bautechnisch-hygienischen Problemen zu tun hat, unbedingt zur Hand haben sollte: Gesundheitsämter, hygienische Institute, Baugenehmigungsbehörden und, last not least, Architekten, die sich damit manchen Verdruss ersparen könnten. ObRegMedRat Dr. Baehmann, Freising

**Spezialitäten-Praktikum**, von Dr. Hans Rothgang, Verlag: Gebr. Parcus KG, München, 1200 Seiten, Plastikeinband, Preis: 35 DM.

Vor kurzem erschien die zweite neubearbeitete Auflage des Spezialitäten-Praktikums.

Da die pharmazeutische Industrie bei fortschreitender Forschung ständig neue Arzneimittel auf den Markt bringt und sich dadurch der Kreis der Arzneimittel ständig erweitert, ist es sehr erfreulich, daß in einem relativ kurzen Abstand bereits die zweite Auflage erschien.

Der Zweck auch dieser Auflage ist, dem in seinem beruflichen Alltag überforderten Arzt ein schnelles und leichtes Zurechtfinden in der Vielzahl der Arzneifertigpräparate zu ermöglichen.

Die Einteilung des Buches ist im großen und ganzen die gleiche geblieben und die Arzneipräparate sind in sinnvoller Weise wie in der ersten Auflage in pharmakotherapeutische Gruppen aufgliedert. In einer orientierenden Übersicht bietet es dem Arzt die Möglichkeit, in Kürze ein Präparat zu suchen und zu finden, dessen Anwendung nach Feststellung der Diagnose ihm vorschwebt. So bietet es eine große Erleichterung für die tägliche ärztliche Arbeit. Vorteilhaft wie in der ersten Ausgabe ist auch die Deklaration der Präparate und ihre Preisangabe.

Die Neuaufgabe führt auch den Untertitel „Pharmakotherapeutische Ordnung der Arzneifertigpräparate für Arzt und Apotheker“. Sie wendet sich also auch an den Apotheker. Dies könnte einer wünschenswerten engeren Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pharmazeuten sicherlich förderlich sein. Denn eine Orientierung in der Fülle des heutigen Angebotes ist dem vielbeschäftigten Arzt kaum noch möglich. Sie ist ja auch ein Gegenstand ständiger Sorgen und Klagen nicht nur der Ärzte, sondern auch der Apotheker. Denn selbst derjenige, der sich nur mit Arzneimitteln beschäftigt, kann die heute angebotenen Mittel nicht annähernd mehr übersehen.

Das Spezialitäten-Praktikum bringt selbstverständlich keine therapeutische Wertung der einzelnen Präparate und erspart deshalb dem Arzt keineswegs die Pflicht, auf Grund seiner wissenschaftlichen Ausbildung und Erfahrung über die einzelnen Arzneimittel sich eine eigene fundierte Meinung hinsichtlich ihres therapeutischen Wertes zu bilden. Der „Rothgang“ erleichtert sie ihm.

Dr. Stollreuther

# AEGROSAN®

mit haematopoetisch wirksamen Vitaminen: Folsäure + Cyanocobalamin

**JOHANN G. W. OPFERMANN & SOHN**

ARZNEIMITTELFABRIK SEIT 1907 · BERGISCH GLADBACH

**AEGROSAN®**

EISEN  
IN BESONDERS VERTRÄGLICHER FORM

zur Behandlung von Anaemien  
zur Förderung der Stoffwechselforgänge

zur Resistenzsteigerung gegen Infektionen

## KONGRESSE UND FORTBILDUNG

### 15. Deutsche Therapiewoche 1963

Auf der 15. Deutschen Therapiewoche 1963, die in der Zeit vom 1. bis 7. September zusammen mit der 15. Deutschen Heilmittelausstellung in Karlsruhe stattfindet, werden folgende Hauptthemen abgehandelt werden:

#### „Der periphere Kreislauf und die Durchblutungsstörungen der Organe“

Präsident: Prof. Dr. M. Ratschow, Darmstadt

#### „Nachsorge und Rehabilitation in der Neuropsychiatrie“

Präsident: Prof. Dr. H. Ruffin, Freiburg/Brsg.

#### „Die Behandlung von Erkrankungen des Abdomens“

Präsident: Prof. Dr. N. Henning, Erlangen

#### „Die Bedeutung der Elektrolyte für die Therapie und die Eingriffe in den Wasser-Elektrolyt-Haushalt durch diätetische Maßnahmen“

Präsident: Prof. Dr. H. Baur, München

#### „Was muß, was kann der praktizierende Arzt in der Früherkennung und Behandlung maligner Tumoren leisten?“

Präsident: Dr. med. Th. Dobler, Schorndorf/Wttbg.

#### „Notfalldiagnostik und Notfalltherapie in der Praxis“

Präsident: Prof. Dr. A. Hittmair, Innsbruck/Österr.

#### „Kinderchirurgie“

Präsident: Prof. Dr. F. Rehbein, Bremen

#### „Kieferhöhlenkrankungen aus ärztlicher und zahnärztlicher Sicht“

Präsident: Prof. Dr. E. Harndt, Berlin

#### „Die Behandlung vom Störungsfeld aus im Rahmen der Reinaltherapie“

Präsident: Dr. med. M. Kibler, Heilbronn a. N.

#### „Schwangerenfürsorge und Schwangerenvorsorge“

Präsident: Prof. Dr. H. Goecke, Münster/Westf.

#### „Die Therapie akuter und chronischer Erkrankungen der Atmungsorgane“

Präsident: Prof. Dr. F.-E. Schmengler, Bad Reichenhall

#### „Behandlung mit Steroiden in der täglichen Praxis und ihre Gefahren“

Präsident: Prof. Dr. L. Weißbecker, Kiel

#### „Therapeutische Probleme in der Geriatrie und ihre Bedeutung für den Arzt in der Praxis“

Präsident: Prof. Dr. B. Steinmann, Bern/Schweiz

#### „Praxiseinrichtung und ihre Modernisierung bzw. Rationalisierung“

Präsident: Dr. med. G. Kurow, Berlin

#### „Arztrecht“

Präsident: Dr. jur. R. Schmelcher, Karlsruhe

#### „Indikationen zur Balneotherapie“

Präsident: Prof. Dr. W. H. Fährndrich, Baden-Baden

Anfragen bitten wir zu richten an: Dr. med. P. Hoffmann, Karlsruhe, Kaiserallee 30 (Wissenschaftl. Kongreßbüro), Telefon: 5 53 21.

#### Vereinigung südwestdeutscher Hals-Nasen-Ohren-Ärzte

Die 47. Versammlung der Vereinigung südwestdeutscher Hals-Nasen-Ohren-Ärzte findet am 27. und 28. September 1963 unter dem Vorsitz von Prof. Dr. J. Berendes in Marburg a. d. Lahn statt.

Referat I: „Neuere Gesichtspunkte in der laryngologischen Behandlung von Stimmstörungen“

Referat II: „Neuere Gesichtspunkte in der hals-nasen-ohrenärztlichen Behandlung von Sprachstörungen.“

Auskunft: Prof. Dr. W. Becker, Mainz, Univ.-Hals-Nasen-Ohrenklinik.

### USA-Fachstudienreise für Ärzte zu günstigen Bedingungen!

Die Bayerische Landesärztekammer kann den in Bayern tätigen Kolleginnen und Kollegen mit ihren Gatten und Kindern in Zusammenarbeit mit der Studienreisen-Gesellschaft TERRA und der DEUTSCHEN LUFTHANSA folgende Reisen anbieten:

#### Programm A:

Teilnahme nur am Sonderflug der Lufthansa München — New York — München

Teilnehmerkosten ca. DM 930.— p.P.

#### Programm B:

Teilnahme an einer USA-Fachstudienreise ab und bis New York DM 1860.— p.P.

#### Programm C:

Teilnahme an einer touristischen Reise ab und bis New York

Teilnehmerpreis ca. DM 1400.— p.P.

#### PROGRAMM A

Dieses Programm sieht lediglich die Beteiligung am Sonderflug ohne Arrangements in USA vor. Es ist also ideal für Teilnehmer, die Verwandte oder Bekannte in



## Teppich-Haus BREHM

Größtes Teppichlager  
Oberfrankens mit eigenen Importen

Aus dem ganzen Orient, einschließlich Kaukasus, bieten wir Ihnen zu günstigen Preisen:

Belutsch	129×95	160,—	Bidjar	221×135	880,—	Kirman, feine Knüpf.	419×296	4800,—
Mahal	195×130	260,—	Kalkok Bidjar	198×129	980,—	Sherkat, fein	354×241	4550,—
Mossul	203×138	350,—	Serap	322×82	695,—	Kirman Laver, antik	375×263	9500,—
Khamsee	198×135	480,—	Karabagh, all	410×180	3900,—	Djashegan	322×223	1280,—
Melas, alt	189×133	850,—	Kosak, alt	468×123	2320,—	Gaszwin,		
Kayserie Bild	180×120	350,—	Meshghin, alt	352×102	980,—	sehr feine Knüpfung	479×310	10 400,—
Kirman	116×57	220,—	Täbris	280×198	1980,—	Sinneh Täbris, antik		
Tarki, alt	192×161	680,—	Heris	250×350	1950,—	sehr feine Knüpfung,		
Isfahan	225×147	980,—	Heris	198×312	980,—	ohne Fehler	759×446	36 000,—
Araun Käschan	210×130	980,—	Sabsewar	273×209	1980,—	Kosak, alt	220×110	2200,—

Ca. 1100 weitere Teppiche, Brücken und Läufer aus allen Gebieten des Orients, in allen Preislagen, haben wir für unsere Kunden stets zur Verfügung.

Unverbindliche Beratung und Vorlagen frei Haus in allen Gebieten durch Ihren Fachmann

**H. U. H. BREHM - BAYREUTH** LUDWIGSTRASSE 1  
TELEFON 5916

den USA besuchen oder Nordamerika auf eigenem Wege kennenlernen möchten.

Hinflug am 27. Oktober gegen Mittag ab München.

Ankunft in New York am späten Nachmittag des gleichen Tages.

Rückflug am 11. November ab New York gegen 20 Uhr.

Ankunft in München im Laufe des Vormittags des nächsten Tages (12. November).

Vorgesehen ist der Sonderflug mit einer modernen Düsenverkehrsmaschine vom Typ Boeing 720 der Deutschen Lufthansa, die sonst im planmäßigen Flugverkehr über dem Atlantik eingesetzt ist.

Der Flugpreis von 930.— DM pro Person ist auf der Basis einer Beteiligung von 100 Personen errechnet und kann, je nach der tatsächlichen Beteiligung, Änderungen nach oben oder unten unterliegen.

Die TERRA-Studienreisen-Gesellschaft, Augsburg, der wir die Organisation des Gesamtprogramms übertragen haben, wird Sie gerne beraten über Mietung von Pkws in den USA und deren Bedingungen. Vielleicht dürfte auch ein Greyhound-Abonnement interessant sein, das den Inhaber zu beliebigen Fahrten innerhalb von 99 Tagen auf den Omnibuslinien dieser Gesellschaft berechtigt, zum Preis von 99.— Dollar.

## PROGRAMM B

Reiseverlauf der USA-Fachstudienreise.

### 27. Oktober, Sonntag MÜNCHEN — NEW YORK

Die Teilnehmer treffen sich am Vormittag in München-Riem auf dem Flughafen. Gegen Mittag Abflug nach New York mit einem modernen Düsenverkehrsflugzeug der Deutschen Lufthansa. Am späten Nachmittag Ankunft in New York auf dem internationalen Flughafen „Idlewild“, wo Sie von einem deutsch sprechenden Reiseleiter empfangen werden, der Sie auch auf der ganzen Reise durch die USA begleiten wird.

Anschließend Fahrt zum PARK SHERATON HOTEL.

### 28. Oktober, Montag NEW YORK

Am Vormittag ist eine Stadtrundfahrt durch New York geplant, wobei Sie WALL STREET, CHINATOWN, GREENWICH VILLAGE, FIFTH AVENUE, UNO-HAUPTQUARTIER und HARLEM sehen werden und von der BATTERY aus die ausgedehnten Hafenanlagen New Yorks mit der Freiheitsstatue überblicken können.

Für den Nachmittag ist ein Besuch des COLUMBIA UNIVERSITY PRESBYTERIAN HOSPITAL vorgesehen, eines der größten Krankenhäuser von New York. Es ist in viele Abteilungen für Hauptgebiete, wie Gynä-

kologie, Chirurgie, Psychiatrie, Infektionskrankheiten, usw., eingeteilt.

### 29. Oktober, Dienstag

### NEW YORK

Nach dem Frühstück besichtigen Sie das INSTITUTE OF PHYSICAL MEDICINE AND REHABILITATION. Hier werden behinderten Menschen Möglichkeiten gelehrt, innerhalb ihrer physischen Grenzen vollwertig einsatzfähig zu werden (wie Gelähmte). In dem Institut gibt es z. B. Spezialküchen, in denen einarmige Frauen kochen oder ein Baby baden lernen.

Viele dieser Probleme befassen sich mit den häuslichen Arbeiten. Unlängst wurde das GENERAL ELECTRIC HORIZON HOUSE fertiggestellt, das eigens für Leute in Rollstühlen entworfen wurde. Das ganze Haus ist auf die Ebene des Rollstuhles eingestellt, mit niedrigeren Arbeitstischen und Spülbecken, höher angebrachten Steckdosen, extra angefertigten Staubsaugern, usw.

Der Nachmittag steht Ihnen für Kontakte mit Ihren amerikanischen Kollegen zur Verfügung.

### 30. Oktober, Mittwoch

### NEW YORK

Tagesausflug nach Rockland County. Dieser Stadtteil liegt am Westufer des Hudson Rivers, nördlich von New York City, und zeigt auf nationaler Basis den drittgrößten Zuwachs in den letzten zehn Jahren. Durch die Abwanderung in die Vororte mußten hier neue Eigenheime, Mietshäuser, Schulen, Geschäfte und medizinische Einrichtungen geschaffen werden, um mit dem immensen Wachstum Schritt zu halten.

Sie werden mit der ROCKLAND COUNTY MEDICAL ASSOCIATION zusammentreffen und genügend Zeit haben, ein weites Interessengebiet mit Ihren amerikanischen Kollegen zu erörtern. Sie werden auch das neue MANUET MEDICAL BUILDING besuchen. Die Errichtung dieses Hauses liegt einer neuen Idee zugrunde, die im ganzen Land verbreitet werden soll: Viele Spezialisten unter einem Dach. Es ist kein Krankenhaus, sondern ein einstöckiges Gebäude, in dem verschiedene Ärzte ihre Praxis haben. Einem Portier obliegt die Aufgabe, die Patienten aller Ärzte zu empfangen, wodurch die Kosten verringert werden. Hier ist auch jederzeit ein medizinischer Notdienst zu erreichen; folgende Ärzte üben in diesem Haus ihre Tätigkeit aus:

Chirurg	Praktischer Arzt
Geburtshelfer	Internist
Gynäkologe	Psychiater
Zahnarzt	Orthopäde

Ferner arbeitet hier ein Apotheker und medizinisch-technisches Personal, das ein Labor zur Verfügung hat.

# SPARKASSE

*gibt Sicherheit in allen Geldgeschäften*

... auch beim prämiengünstigen Sparen

**31. Oktober, Donnerstag****NEW YORK — PHILADELPHIA**

Am Morgen Busfahrt nach Philadelphia.

Unterbringung im Hotel BENJAMIN FRANKLIN.

Nachmittags Stadtrundfahrt durch Philadelphia. Besondere Sehenswürdigkeiten während dieser Tour: Die INDEPENDENCE HALL mit der „Freiheitsglocke“, die CHRIST CHURCH, ELFRETH ALLEY und die ANTIQUE ROW.

**1. November, Freitag****PHILADELPHIA — WASHINGTON**

Vormittags Busfahrt nach Washington, D. C.

Unterbringung im Hotel WILLARD.

Nachmittags Stadtrundfahrt zum CAPITOL HILL, WHITE HOUSE, CONGRESS, HOUSE OF REPRESENTATIVE, SUPREME COURT, SMITHONIAN INSTITUTION usw., dann über den Potomac zum ARLINGTON NATIONAL Friedhof.

**2. November, Samstag****WASHINGTON**

Ganztägiger Besuch des NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH in Bethesda/Maryland. Dieses riesige Institut beschäftigt mehr als 7000 Menschen, davon über 1000 Ärzte. In eigenen Forschungslaboratorien sind ständig 1400 Forschungsprojekte in Bearbeitung.

Sie werden auch die Klinik mit ihren über 5000 Betten und 1100 laboratorischen Einrichtungen besuchen. Dieses Hospital ist kein gewöhnliches Krankenhaus, sondern ist vielmehr an schwierigen, neuartigen Fällen interessiert, für die neue Heil- und Behandlungsmethoden gefunden werden sollen.

Andere Teile dieses weitläufigen Komplexes beherbergen die Institute für Geisteskrankheiten, Krebs, Arthritis, Blutkrankheiten, Allergien und Infektionskrankheiten, Herz, Zahnheilkunde, allgemeine medizinische Wissenschaft und Biologie.

**3. November, Sonntag****WASHINGTON — INDIANAPOLIS**

Morgens Flug von Washington nach Indianapolis.

Hier besuchen Sie die ELY LILLY COMPANY. Diese Gesellschaft beschäftigt über 10 000 Personen und setzt jährlich mehr als 200 Millionen Dollar um.

Hier werden pharmazeutische Artikel und mehr als 900 Arzneien hergestellt, die für die ganze Menschheit lebenswichtig geworden sind. Auch hier wurde das neue Mittel gegen Krebs erforscht, und zwar Drolban und Velban (das erstere in Zusammenarbeit mit der Syntox Corporation). Zentrol, ein flüssiges Präparat zur Vorbeugung und Heilung von Eisenmangel und Anämie, Tri-Slogan, eine Tetravaccine gegen Diphtherie, Starrkrampf und Keuchhusten gehören zur Produktion dieser Gesellschaft.

Am frühen Abend Transfer zum Flughafen und Flug nach Chicago.

Transfer zum Hotel LA SALLE.

**4. November, Montag****CHICAGO**

Tagesausflug nach Crown Point/Indiana. Die Stadt mit 2000 Einwohnern ist eine typische amerikanische Kleinstadt. Bei Ihrer Ankunft werden Sie vom Bürgermeister oder dem Stadtrat von Crown Point empfangen.

Sie werden hier mit Ärzten der LAKE COUNTRY MEDICAL ASSOCIATION zusammentreffen und deren Krankenhäuser und Sanatorien besuchen. Hier befindet sich auch eine Tb-Heilstätte.

Sie werden Ihre Besuche nicht als Gruppe, sondern als Gäste der einzelnen Ärzte, Pharmazeuten oder Krankenhaus-Abteilungen Ihres Spezialgebietes unternehmen.

**5. November, Dienstag****MADISON**

Tagesfahrt nach Madison/Wisconsin, wo die STATE MEDICAL SOCIETY OF WISCONSIN für Sie Besuche in kleinen Orten arrangieren wird, um Ihnen den Stand der Arztpraxen auf dem Land zu zeigen. Sie werden Gelegenheit haben, mit den Ärzten zu sprechen und ihre Einrichtungen zu sehen.

**6. November, Mittwoch****CHICAGO**

Nach dem Frühstück besuchen Sie die AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. Dies ist der Hauptverband, dem alle amerikanischen Ärzte angehören. Diese Organisation stand seinerzeit in einer starken Opposition gegen die vorgeschlagene „Medicare“-Gesetzgebung.

Hier können Sie über die Stellung der amerikanischen Ärzte diskutieren, über den Grund der Stellung der AMA gegenüber „Medicare“ und über andere interessante Punkte.

Am Nachmittag sehen Sie während einer Stadtrundfahrt durch Chicago den „LOOP“, Geschäfts- und Wohngebiete, den Seestrand, die Chicagoer Universität Campus, das Museum der Wissenschaft und Industrie und andere Sehenswürdigkeiten.

**7. November, Donnerstag****CHICAGO — BUFFALO**

Morgens Flug von Chicago nach Buffalo.

Transfer zum Hotel SHERATON BROCK in Niagara Falls.

Nachmittags Fahrt zu den Niagara-Fällen mit RAPIDS, GOAD ISLAND und PROSPECT, PARK auf der US-Seite; über die „Regenbogen-Brücke“ nach Kanada; Besichtigung von VICTORIA PARK, WHIRLPOOL RAPIDS und des riesigen Wasserkraftwerkes.

**8. November, Freitag****BUFFALO — BOSTON**

Der Vormittag steht zur freien Verfügung.

Am Nachmittag Transfer zum Flughafen Buffalo und Flug nach Boston.

Transfer zum Hotel STATLER.

**9. November, Samstag****BOSTON**

Besuch des MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL'S. Bei Ihrer Ankunft werden Sie von einem Kollegen Ihres Spezialgebietes empfangen und ihn zur Visite begleiten oder an anderen Arbeiten teilnehmen.

Nachmittags Stadtrundfahrt durch Boston zum BUNKER HILL MONUMENT, OLDNORTH CHURCH, PAUL REVERE HOUSE, Geschäftsviertel und anderen historischen Sehenswürdigkeiten.

**10. November, Sonntag****BOSTON — NEW YORK**

Der Vormittag steht zur freien Verfügung.

Nachmittags Flug von Boston nach New York.

Übernachtung nochmals im PARK SHERATON-Hotel.

**11. November, Montag NEW YORK — MÜNCHEN**

Der Vormittag steht für die letzten Einkäufe noch zur Verfügung.

Am Nachmittag Transfer zum Flughafen und Rückflug mit einer modernen Düsenverkehrsmaschine der Lufthansa nach München.

**12. November, Dienstag MÜNCHEN**

Ankunft im Laufe des Vormittags.

Ende der Reise

**PROGRAMM C**

Reiseverlauf (Touristisches Programm).

**27. Oktober, Sonntag MÜNCHEN — NEW YORK**

Die Teilnehmer treffen sich in München-Riem auf dem Flughafen. Gegen Mittag Abflug mit der Sondermaschine der Deutschen Lufthansa. Ankunft in New York am späten Nachmittag, wo Sie von einem deutsch sprechenden Reiseleiter empfangen werden, der Sie auch auf der ganzen Reise durch die USA begleiten wird.

Anschließend Transfer mit einem Sonderbus zum Hotel in der Innenstadt New Yorks.

**28. Oktober, Montag NEW YORK**

Nach dem Frühstück Stadtrundfahrt. Dabei werden Sie TIMES SQUARE, LOWER EAST SIDE, CHINA TOWN, WALL STREET, THE FINANCIAL DISTRICT, BATTERY, CENTRAL PARK, RIVERSIDE DRIVE, HARLEM, moderne Wohnviertel in der 5th Avenue, ST. PATRICK'S CATHEDRAL sowie das Hauptgeschäftszentrum von Manhattan kennenlernen.

Nachmittags Besichtigung des Hauptquartiers der Vereinten Nationen.

**29. Oktober, Dienstag NEW YORK**

Vormittags halbtägige Bootsfahrt rund um die Insel Manhattan. Sie werden die berühmte „SKYLINE“ New York's sehen und den lebhaften Welthafen besichtigen können.

Der Nachmittag steht zur freien Verfügung.

**30. Oktober, Mittwoch NEW YORK**

Dieser Tag steht den Teilnehmern zur freien Verfügung, um Einkäufe zu erledigen oder sich auszu-ruhen.

Am Abend liegen für Sie Eintrittskarten für eine Aufführung in der RADIO CITY MUSIC HALL bereit. Sie sehen dort eine Revue und anschließend einen neuen Hollywood-Film.

**31. Oktober, Donnerstag NEW YORK — PHILADELPHIA**

Vormittags Fahrt im Sonderbus nach Philadelphia, wo Sie gegen Mittag eintreffen werden.

Nachmittags Rundfahrt durch diese schöne, interessante Stadt.

**1. November, Freitag****PHILADELPHIA — WASHINGTON**

Nach dem Frühstück Weiterfahrt mit dem Sonderbus nach Washington, der Hauptstadt der Vereinigten Staaten.

Sie haben Gelegenheit, sich im Hotel zu erfrischen. Der Nachmittag steht zur freien Verfügung.

**2. November, Samstag WASHINGTON**

Vormittags Rundfahrt durch die Stadt. Dabei werden Sie das WEISSE HAUS, das CAPITOL, das PENTAGON, die NATIONALE KUNSTGALERIE, das SMITHSONIAN INSTITUTE, das JEFFERSON- und LINCOLN-DENKMAL, das GRABMAL DES UNBEKANNTEN SOLDATEN, viele große, moderne Regierungsgebäude usw. sehen.

Der Nachmittag steht zur freien Verfügung.

**3. November, Sonntag WASHINGTON — PITTSBURGH**

Nach dem Frühstück Abfahrt mit einem bequemen Bus durch eine interessante Landschaft nach Pittsburgh. Ankunft gegen Mittag. Nach dem Mittagessen Stadtrundfahrt. Der Rest des Nachmittags steht zur freien Verfügung.

**4. November, Montag PITTSBURGH — DETROIT**

Der Vormittag steht zur freien Verfügung. Nach dem Mittagessen Weiterfahrt nach Detroit, wo Sie am Abend ankommen werden.

**5. November, Dienstag DETROIT**

Nach dem Frühstück ausgedehnte Stadtrundfahrt durch Detroit. Im Verlaufe dieser Fahrt werden Sie auch ein modernes Shopping-Center kennenlernen.

Der Nachmittag steht für eigene Pläne zur Verfügung, damit Sie Gelegenheit haben, Museen usw. zu besuchen.

**6. November, Mittwoch DETROIT**

An diesem Tage werden Sie die größte Automobilfabrik, die FORD-WERKE, besichtigen. Der Rest des Nachmittags steht nochmals zur freien Verfügung.

**7. November, Donnerstag DETROIT — LONDON — BUFFALO**

Am Vormittag Abfahrt mit unserem Sonderbus nach London/Ontario in Kanada. Hier wird eine Mittagspause eingelegt, dann Weiterfahrt durch eine herrliche Landschaft auf der kanadischen Seite, entlang des Erle-Sees bis Buffalo.

Hier übernachten Sie in einem Hotel in der Nähe der Niagara-Fälle.

**8. November, Freitag BUFFALO**

An diesem Tag haben Sie Gelegenheit, die Niagara-Fälle sowohl von der kanadischen als auch von der amerikanischen Seite aus zu besichtigen.

Der Rest des Tages dient der Erholung.

**9. November, Samstag BUFFALO — NEW YORK**

Nach dem Frühstück Weiterfahrt mit dem Omnibus nach New York, wo Sie am Abend eintreffen werden und in dem Ihnen bereits bekannten Hotel übernachten.

**10. November, Sonntag NEW YORK**

Dieser Tag steht Ihnen nochmals zur freien Verfügung, um Museen zu besuchen und die letzten Einkäufe zu tätigen.

## Gegen Müdigkeit am Morgen

Depression nach dem Erwachen, Erschöpfung,  
Arbeitsunlust, Arteriosklerose,  
morgens 1 Kapsel

### permorgen - vitamin

Rp.: Vitamin A, Vitamin D<sub>2</sub>, Vitamin B<sub>6</sub>, Vitamin B<sub>12</sub>, Methionin, ungesättigte Fettsäuren, Calciumlevulinat, Magnesiumthiasulfat, Natriumsilicat

Packung mit 30 Kapseln

permorgen-vitamin-schwarzhoupt DM 5.90

## Gegen Müdigkeit am Abend

vorzeitigen Leistungsabfall, Schwäche, Ge-  
reiztheit, Kältegefühl, Rekonvoleszenz, Nacht-  
blindheit, nachmittags oder abends 1 Kapsel

### perabend - vitamin

Rp.: Vitamin B<sub>1</sub>, Vitamin B<sub>2</sub>, Vitamin K, Vitamin E, Folsäure, Nicotinsäureamid, Cholin, Inosit, Glycerin, Natriumglycerophosphat, Natriumfluorid

Packung mit 30 Kapseln

perabend-vitamin-schwarzhoupt DM 5.90

### Gezielte Vitaminversorgung und spezifische Ergänzung der täglichen Nahrung!

Bitte hier abtrennen! 

### Bestellschein

Erbitte kostenloses Versuchsmuster von

permorgen-vitamin-schwarzhoupt

perabend-vitamin-schwarzhoupt

Persönliche Unterschrift und Stempel:

### SCHWARZHAUPT • KÖLN

Bay. X.

### 11. November, Montag NEW YORK — MÜNCHEN

Am Nachmittag Transfer vom Hotel zum internationalen Flughafen „Idlewild“ und Abflug, wieder mit einer Sondermaschine der Deutschen Lufthansa, nach Deutschland.

### 12. November, Dienstag MÜNCHEN

Ankunft in München im Laufe des Vormittags.

Ende der Reise

### TEILNEHMERKOSTEN PRO PERSON

Programm A: (je nach Beteiligung) ca. DM 930.—

Programm B: (Fachstudienreise)

ab New York) DM 1860.—

Einzelzimmerzuschlag DM 284.—

Mehrkosten f. Halbpension DM 280.—

Programm C: (Touristische Rundreise

ab New York) DM 1400.—

Einzelzimmerzuschlag DM 265.—

(Halbpension eingeschlossen)

### FOLGENDE LEISTUNGEN SIND EINGESCHLOSSEN:

**Programm A:** Flug in der Economy-Klasse einer modernen Düsenverkehrsmaschine der Deutschen Lufthansa von München nach New York und zurück. Mahlzeiten und Erfrischungen an Bord.

**Programme B und C. Hotels:** Unterbringung in sehr guten Hotels in Zweibettzimmern mit Bad oder Dusche, wie im Programm B angegeben. Programm C in Hotels der Sberaton-Gruppe. Einzelzimmer gegen Mehrkosten.

**Mahlzeiten:** Ausgiebiges Frühstück, und bei Programm C eine zusätzliche Hauptmahlzeit pro Tag (Halbpension).

Bei Programm B haben wir bewußt keine Hauptmahlzeiten einbezogen, um den Teilnehmern möglichst viel Bewegungsfreiheit zu lassen.

**Beförderungen:** In den USA mit bequemen Sonderomnibussen und im Programm B mit Flugzeugen, zum Teil in der 1. Klasse, wie in den jeweiligen Programmen angegeben.

**Transfers:** Alle Transfers zu den fachlichen Besichtigungen zwischen Flughafen und den Hotels usw., wie im Programm aufgeführt.

**Stadtrundfahrten** in den einzelnen Städten, wie im Programm aufgeführt.

**Gepäck:** 15 kg Gepäck werden im Flugzeug frei befördert.

**Gepäcktransfers:** Zwischen Hotels, Omnibus und Flughafen werden zwei Gepäckstücke (Koffer) frei befördert.

**Sonstiges:** Eintrittskarten Radio City, Music Hall, Hotelabgaben, Steuern, Trinkgelder für Hotelpersonal usw.

**Reiseleitung:** Sprachkundige Reisebegleitung während des ganzen Aufenthaltes in den USA.

**Mindestbeteiligung:** Programm B 35 Personen

Programm C 30 Personen

Bei mehr als 40 Teilnehmern wird Programm B in zwei Gruppen geteilt.

**Nicht eingeschlossen sind:** Mittag- und Abendessen im Programm B. Eine Hauptmahlzeit im Programm C. Getränke und Ausgaben persönlicher Art.

### Klinische Fortbildung 1963

Wie in den Vorjahren finden auch heuer in den ersten Novemberwochen klinische Fortbildungskurse in der Inneren Medizin, Kinderheilkunde, Chirurgie und Gynäkologie an den Universitätskliniken München, Erlangen und Würzburg sowie an den Städt. Krankenhäusern in München statt. Das genaue Programm wird in Heft 7/1963 des Bayerischen Ärzteblattes veröffentlicht werden.

### Internationales Symposium für Chemotherapie

Das III. Internationale Symposium für Chemotherapie in Verbindung mit dem First General Meeting of International Society of Chemotherapy findet vom 23. bis 27. Juli 1963 in Stuttgart statt.

**Hauptthemen:** 1. Grundlagenforschung. 2. Chemotherapie der Tuberkulose. 3. Chemotherapie bakterieller Infektionen. 4. Chemotherapie der Virus-erkrankungen II. 5. Chemotherapie des Carzinoms. 6. Neue Chemotherapeutika. 7. Chemoprophylaxe und Chemotherapie von Strahlenschäden. 8. Chemotherapie der Tropenkrankheiten.

**Auskunft:** Generalsekretariat des III. Internationalen Symposions für Chemotherapie, Stuttgart 1, Postfach 3030.

### Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer in Meran

In der Zeit vom 19. bis 31. August findet in Meran der XI. Internationale Fortbildungskurs — Lehrgang für praktische Medizin — der Bundesärztekammer statt.

**Gesamtthema:** „Herz- und Kreislauf-Erkrankungen, die Seuche unseres Jahrhunderts“. I. Grundlagen und Grundfragen. II. die cardiale Durchblutungsnot. III. Berufspolitik. IV. Die cerebrale Durchblutungsnot. V. Periphere Gefäßerkrankungen. VI. Herzinsuffizienz. VII. Therapeutische Fragestellung bei Erkrankungen des Myo- und Endocards. VIII. Psychosomatik. IX. Das aktuelle Problem. X. Veranstaltungen verschiedener Thematik.

**Auskunft:** Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstr. 1.

### Lehrgang des Deutschen Sportärztebundes

Der II. Fortbildungslehrgang des Deutschen Sportärztebundes im Sommerbergsteigen (Friedrichkurs) findet in Madonna di Campiglio (Brentadolomiten) vom 31. August bis 14. September 1963 statt. Kursleitung: Obermedizinalrat Dr. Friedrich, München 23, Wilhelmstraße 16.

**Prospekte:** DER, Frankfurt a. M., Eschersheimer Landstraße 23.

### Landesversammlung des Bayer. Medizinolbeamtenvereins e. V.

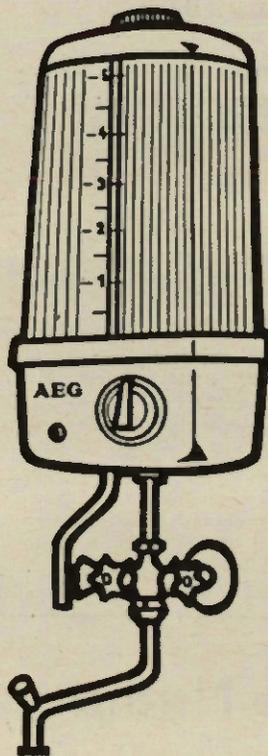
Die diesjährige Landesversammlung des Bayer. Medizinolbeamtenvereins e. V. findet in Bayreuth am 5. und 6. Juli statt. Die Veranstaltung am Freitag, den 5. Juli, wird im Großen Saal des Kolpinghauses ab 9.30 Uhr abgehalten mit folgendem Programm:

Bayer.. Staatsminister des Innern, Dipl.-Ing. Heinrich Junker, spricht über „Gesunde Jugend“.

Univ.-Professor Dr. Theodor Hellbrügge, Kinderpoliklinik der Univ. München: „Die Eigenarten der



## Überall gehört er hin...



Denn überall dort, wo schnell warmes, heißes oder kochendes Wasser gebraucht wird, ist der „AEG-Thermofix“ am richtigen Platz.

„AEG-Thermofix“ — das ist die moderne Art der Heißwasserbereitung: Wasser einlaufen lassen, Temperatur wählen, einschalten — und im Nu haben Sie die gewünschte Menge — einfacher geht es nicht! Einfachste Installation — stufenlose Temperaturwahl zwischen 35° und 85° C · Scheltstufe für kochendes Wasser · besonders wirtschaftlich durch Inhaltsmerkung von 1/2 bis 5 Liter. Empfohlener Preis 198,— DM einschl. Zuleitung und Spezialarmatur. Und noch etwas: Der AEG-Kundendienst ist immer für Sie da.

Des Kochendwassergeräts „AEG-Thermofix“ erhalten Sie überall beim guten Fechhandel. Prospekte auch bei Einsendung untenstehenden Coupons.

# AEG Thermofix

Senden Sie mir bitte kostenlos Prospekte über AEG-Heißwassergeräte.

Name .....

Ort .....

Straße .....

An das  
AEG-Heißwasser-  
geräte-Werk,  
Abt. GH 2  
85 Nürnberg  
Postfach 180

kindlichen Leistungs- und Erholungsfähigkeit als Grundlage für einen erfolgreichen Unterricht.“

Oberarzt Dozent Dr. Wilhelm W u n d t, Hygieneinstitut der Univ. Tübingen: „Zur Hygiene des Schulhauses und des Schulbetriebes.“

Regierungsbaudirektor Lars L a n d s c h r e i b e r, Bayer. Verwaltung der staatl. Schlösser, Gärten und Seen, München: „Überlegungen des Architekten beim Schulhausbau“ (Korreferat).

Medizinaldirektor Dr. Hans O s t e r, Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg: „Möglichkeiten und Grenzen des schulärztlichen Dienstes.“

Medzinalrat Dr. Eberhard von G l a s s, Gesundheitsamt der Stadt München: „Besondere Probleme der Schulzahnspflege mit Berücksichtigung der Kieferorthopädie“ (Korreferat).

Chefarzt Dr. Alexander W u n d e r w a l d, Städt. Kinderklinik Augsburg: „Die Tuberkulose des Schulkinde“ (Korreferat).

Am Samstag, den 6. 7. 1963, findet die Mitgliederversammlung um 9 Uhr in der Gaststätte „Maiselbräu“ statt.

Auskunft: ObRegMedRat Dr. A. B ö h m, 8 München 19, Bothmerstraße 8.

## 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 Anknüpfstelle in Verbindung zu setzen.

### Juli 1963

- 1.—5. 7. in Lindau: 13. Nobel-Preissträger-Tagung als V. Tagung der Mediziner. Auskunft: Ständiger Arbeitsausschuß für die Tagungen der Nobel-Preissträger, Lindau (Bodensee), Postfach 11.
- 1.—19. 7. in Neuherberg bei München: Strahlenschutzkurs (Einführungskurs, 1. und 2. Fortbildungskurs) für Ärzte, Tierärzte, Apotheker, Biologen usw. Auskunft: Dr. med. R. W i t t e n z e l i n e r, Neuherberg bei München, Ingoistädter Landstraße 1.
- 2.—8. 7. in Bad Godesberg-Mehlem: Lehrgang der Bundesschule des Deutschen Roten Kreuzes für Ärzte und Ärztinnen über die Unterrichtsmethoden der Ersten Hilfe (und der Sanitätsausbildung). Auskunft: Bundesschule des Deutschen Roten Kreuzes, Bad Godesberg-Mehlem, Mainzer Straße 238.

19.—20. 7. in München: 40. Tagung der Bayerischen Chirurgen-Vereinigung im Hörsaal der Chirurg. Universitätsklinik, Nußbaumstraße 20. Auskunft: Prof. Dr. R. N i s s e n, Chirurg. Universitätsklinik Basel (Schweiz).

22.—28. 7. in Lüttich: 5. Internationale Konferenz über medizinische Elektronik. Auskunft: Dr. F. B o s t e m, 23 rue Frère Orban, Lüttich.

23.—27. 7. in Stuttgart: III. Internationales Symposium für Chemotherapie. Auskunft: Dr. med. H. P. K u e m m e r l e, Stuttgart 1, Postfach 3030.

### Juli/August 1963:

29. 7.—9. 8. in Schloßgut Neutrauchburg ü. Isny/Allgäu: Einführungslerngang in die Manualtherapie (WS und Extremitäten). Auskunft: Sekretariat der MWE, Schloßgut Neutrauchburg über Isny/Allgäu.

### August 1963:

- 4.—11. 8. in Oslo: Internationales Seminar für Gerontologen. Auskunft: Norsk gerontologisk Selskap, Inkognito gt. 1, Oslo.
- 9.—15. 8. in Edinburgh: 8. Internationaler Kongreß für Ernährung. Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., Frankfurt a. M., Feldbergstraße 23.
- 11.—18. 8. in Kopenhagen: 6. Internationaler Kongreß für Gerontologie. Auskunft: Dr. Per H a n a e n, DIS Congress Service, 19 St.-Peders-Str., Kopenhagen.
- 19.—23. 8. in Detroit: 5. Internationaler Kongreß für klinische Chemie. Auskunft: Dr. D. G. R e m p, Henry-Ford-Hospital, Detroit 2/Mich., USA. Kongressreise: Prospekte durch Kongressbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 19.—23. 8. in Nordseebad Juist: Diagnostik-Kurs der ärztlichen Forschungs- und Arbeitsgemeinschaft für Chiropraktik (FAC). Auskunft: Sekretariat der FAC, Hamm/Westf., Am Markt 1.
- 19.—31. 8. Meran: XI. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer — Lehrgang für praktische Medizin — Thema: „Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die Seuche unseres Jahrhunderts.“ Auskunft und Prospekte ab Mai 1963 durch Kongressbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 20.—23. 8. in Prag: 2. Internationaler Pharmakologen-Kongreß. Auskunft: Prof. Z. V o t a v a, Albertov 4, Prag 2. Kongressreise: Prospekte durch Kongressbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 25.—29. 8. in Prag: 2. Internationaler Kongreß für Nephrologie. Auskunft: Dres. V. F e n c l und J. J i r k a, Institut für Kardiovascularforschung, Prag 4-Krc.
- 26.—31. 8. in Lissabon: IX. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Hämatologie. Auskunft: Instituto de Medicina Tropical, Dpt. of Haematology, Lissabon. Kongressreise: Prospekte durch Kongressbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

## Die elektrische Nachtstrom-Speicherheizung

hat sich im vergangenen Winter  
in **Ordinations- und Sprechzimmern** gut bewährt.

Wir beraten Sie unverbindlich und kostenlos bei der Projektierung  
dieser Heizungsanlagen.

**BELG** - Bayreuth

September 1963

31. 8.—14. 9. in **Madonna di Campiglio**: 2. Fortbildungslehrgang im Sommerbergsteigen. Auskunft: OMR Dr. Friedrich, München 23, Wilhelmstraße 16.
- 1.—4. 8. in **Hannover**: Einführungslehrgang in die Chirotherapie = Diagnostik-Kurs. Auskunft: Sekretariat der FAC, 47 Hamm-W., Ostenallee 83, Ruf 2 59 54, in Klinik für Manuelle Therapie.
- 1.—7. 8. in **Wien**: 9. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie und Traumatologie. Auskunft: Medizinische Akademie, Wien IX, Alserstraße 4. Kongreßreise: Prospekte durch Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 1.—7. 9. in **Karlsruhe**: 15. Deutsche Therapie-Woche und 15. Deutsche Heilmittelausstellung. Auskunft: Dr. med. P. Hoffmann, Karlsruhe, Kaiserallee 30.
- 1.—11. 9. in **Rio de Janeiro**: VII. Internationaler Kongreß für Tropenmedizin und Malaria. Auskunft: Generalsekretariat ICTMM, Postfach 1859, Rio de Janeiro.
- 2.—10. 9. in **Den Haag**: 11. Internationaler Kongreß für Genetik. Auskunft: Prof. S. J. Geerts, 14 de Monchyplein, Den Haag.
- 5.—7. 9. in **München**: 1. Tagung der Deutschen Gesellschaft für angewandte Zytologie. Auskunft: Dr. H.-J. Soost, I. Universitäts-Frauenklinik, München 15, Malstraße 11.
- 5.—8. 9. in **Wiesbaden**: Kongreß des Gesamtverbandes deutscher Nervenärzte. Auskunft: Prof. Dr. C. Kulenkampff, Univ.-Nervenklinik, Frankfurt a. M., Heinrich-Hoffmann-Straße 10.
- 8.—13. 9. in **Freudenstadt**: Atemtherapie-Seminar und Atemmassage-Lehrgang. Auskunft: Dr. V. Giaser, Freudenstadt, Straßburger Straße 25.
- 8.—14. 9. in **Salzburg**: 4. Internationaler Ärztekongreß — 22. Fortbildungslehrgang für Kneipptherapie. Auskunft: Kneippärztebund e. V., Bad Wörishofen, Postfach 180.
- 8.—14. 8. in **Bad Wörishofen**: 22. Fortbildungslehrgang für Kneipp-Therapie im Rahmen des 4. Internationalen Ärztekongresses. Auskunft: Kneippärztebund e. V., Bad Wörishofen, Postfach 180.
- 9.—16. 9. in **Westerland/Sylt**: 19. Ärztliches Seminar für Meeresheilkunde. Auskunft: Univ.-Institut für Bioklimatologie und Meeresheilkunde der Univ. Kiel, Westerland-Sylt.
- 12.—14. 9. in **Freiburg**: Zentraleuropäischer Kongreß der österreichischen, deutschen und schweizerischen Anästhesiengesellschaften. Auskunft: Doz. Dr. K. Wieners, Freiburg/Br., Hugstetterstraße 55, Anästhesieabteilung der Chirurg. Univ.-Klinik.
- 14.—21. 9. in **Freudenstadt**: Diagnostik-Kurs der ärztlichen For-Internationalen Gesellschaft für Neuraltherapie nach Huneke im Rahmen des 25. Kongresses für Naturheilverfahren. Auskunft: Dr. Hans Voss, 792 Heidenheim, Friedrichstraße 10.
- 14.—21. 9. in **Rom**: 20. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Chirurgie. Auskunft: Prof. P. Martin, 43 rue de Champs Elysées, Brüssel. Kongreßreise: Prospekte durch Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 14.—21. 9. in **Freudenstadt**: Diagnostik-Kurs der ärztlichen Forschungs- und Arbeitsgemeinschaft für Chiropraktik (FAC). Auskunft: Sekretariat der FAC, Hsmm/Westf., Am Markt 1.
- 14.—22. 9. in **Freudenstadt/Schwarzwald**: 25. Kongreß für Naturheilverfahren des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren. Auskunft: Dr. H. Haferkamp, 65 Mainz, Adam-Karillon-Straße 13.
- 15.—21. 9. in **Madrid**: Internationaler Kongreß für Arbeitsmedizin. Auskunft: Prof. Dr. Symanski, Institut für Arbeitsmedizin, Saarbrücken 1, Malstatterstraße 17.
- 18.—18. 9. in **Brüssel**: 2. Europäische Tagung für vergleichende Endokrinologie. Auskunft: Madame H. Herliant-Mewis, Professeur d'Histologie Comparée, Faculté des Sciences, Service de Zoologie, Université Libre, Brüssel 50, Avenue F.-D. Roosevelt.
- 18.—18. 8. in **Köln**: 63. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. Auskunft: Prof. Dr. Bennholdt-Thomsen, Köln-Lindenthal, Josef-Stelzmann-Straße 9.
- 19.—21. 9. in **Rom**: 8. Internationaler Kongreß der Internationalen Kardiovaskulargesellschaft. Auskunft: Dr. H. Halmovici, 862, Park Ave., New York 21, N. Y., USA.
- 18.—21. 8. in **Mailand**: 8. Konferenz der Internationalen Gesellschaft für geographische Pathologie. Auskunft: Signa R. Maga, Istituto di Patologia generale, Via Mangiagalli 31, Mailand.
- 19.—22. 9. in **Salzburg**: 5. Internationaler Kongreß für Allgemeinmedizin. Auskunft: Sekretariat der „Internationalen Gesellschaft f. prakt. angewandte Medizin“, Dr. med. K. Engelmeier, 4740 Oelde/Westf., Lange Straße 21a.
- 20.—22. 9. in **Westerland/Sylt**: 46. Tagung der Nordwestdeutschen Vereinigung der Hals-Nasen-Ohren-Ärzte. Auskunft: Doz. Dr. med. Schloßhauer, Bremen, HNO-Klinik der Stadt. Krankenanstalten.
- 20.—25. 9. in **Bad Mergentheim**: 3. Lebertagung der Sozialmediziner. Auskunft: Dr. L. Wannagat, Stoffwechselklinik, Bad Mergentheim.
- 21.—25. 8. in **Freudenstadt**: XX. Psychotherapie-Seminar. Auskunft: Seminarbüro der Arbeitsgemeinschaft „Psychotherapie-Seminare“, München 23, Königinstr. 101.
- 24.—28. 9. in **Rom**: 17. Internationale Tuberkulose-Konferenz. Auskunft: Prof. G. L'Eltore, Via Ezio 24, Rom. Kongreßreise: Prospekte durch Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 26.—28. 9. in **Cambridge**: 4. Jahresversammlung der Deutsch-Englischen Ärztevereinigung. Auskunft: Dozent Dr. G. Griesler, Tübingen, Postfach 161.

Bei allen  
neurovegetativen  
Störungen

# NEO NERVISAL

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

## September 1963

- 26.—28. 8. in Münster/Westf.: 21. Deutscher Sportärztekongress. Auskunft: Kongreßbüro des 21. Deutschen Sportärztekongresses, 44 Münster/Westf., Physiol. Institut, Westring 8.
- 26.—28. 9. in Mainz: 8. Wissenschaftliche Tagung des Deutschen Zentrallausschusses für Krebsbekämpfung und Krebsforschung e. V. (Deutscher Krebskongress). Auskunft: Geschäftsstelle des DZA, Mainz, Pathologisches Institut der Universität, Langenbeckstr. 1.
- 27.—28. 9. in Marburg: 47. Versammlung der Vereinigung Südwestdeutscher HNO-Ärzte. Auskunft: Prof. Dr. W. Becker, Universitäts-Hals-, Nasen-Ohrenklinik, Mainz, Langenbeckstraße 1.
- 27.—29. 9. in Augsburg: 32. Vortragsreihe der „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin“. Auskunft: Sekretariat der Angsburger Fortbildungstage für praktische Medizin, Augsburg, Schüzlerstraße 19.
- 27.—29. 8. in Bad Nauheim: 29. Fortbildungslehrgang der Vereinigung der Bad Nauheimer Ärzte. Auskunft: William-G.-Kerckhoff-Institut, Bad Nauheim.
- 28.—29. 9. in Lindau/Bodensee: Herbsttagung der Bayerischen Röntgenvereinigung. Auskunft: Doz. Dr. F. Ekert, München 8, Ismaninger Straße 22.

## September/Oktober 1963:

16. 9.—4. 10. in Neuherberg bei München: Strahlenschutzkurs (Einführungskurs, 1. und 2. Fortbildungskurs) für Ärzte, Tierärzte, Apotheker, Biologen usw. Auskunft: Dr. med. R. Wittenzellner, Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
28. 9.—2. 10. in Schaffhausen: 46. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik. Auskunft: Dr. H.-H. Eulner, Institut für Geschichte d. Medizin, Frankfurt a. M., Senckenberganlage 27.
30. 9.—2. 10. in Heidelberg: Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin e. V. Auskunft: Dr. Grossjohann, Institut f. gerichtl. Medizin, Mainz, Langenbeckstraße 1.

## Oktober 1963

- 2.—4. 10. in Luzern: Gemeinsame Tagung der Bayer., Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie. Auskunft: Dozent Dr. R. Kaiser, 1. Frauenklinik und Hebammenschule der Universität, München 15, Malstr. 11.
- 4.—6. 10. in Bad Homburg: 5. Ärztliche Fortbildungstagung des Arbeitskreises für neurovegetative Therapie. Auskunft: Dr. Dr. Gross, Frankfurt a. M., Biebergasse 1.
- 8.—12. 10. in Mexiko D. F.: 5. Internationaler Kongress für klinische Biologie und Pathologie. Auskunft: Dr. E. Cervera B., Asoc. Mexic. de Laboratorio Clinico, Durango 213, Mexico 7, D. F. Kongreßreise: Prospekte durch Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 7.—10. 10. in München: Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerichtliche Medizin. Auskunft: Prof. Dr. W. Laves, München 15, Frauenlobstraße 7.
- 9.—10. 11. in Würzburg: 3. Bayerische Internistentagung. Auskunft: Vereinigung der Fachärzte für innere Medizin Bayerns, Herrsching vor München, Summerstraße 3.
- 10.—13. 10. in Regensburg: Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung. Auskunft: Sekretariat der ärztl. Fortbildungskurse, Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5a.
- 13.—18. 10. in Washington D. C.: 3. Internationaler Kongress für plastische Chirurgie. Auskunft: Dr. L. H. Backus, 217, Linwood Ave., Buffalo 9, N. Y., USA. Kongreßreise: Prospekte durch Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstr. 1.
- 17.—19. 10. in Bad Lippspringe: 9. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allergieforschung. Auskunft: Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Allergieforschung, Bad Lippspringe, Arminiuspark.

- 21.—22. 10. in Tübingen: 8. Tagung der Gesellschaft für Konstitutionsforschung. Auskunft: Prof. Dr. J. Hirschmann, Universitäts-Nervenklinik, Tübingen, Oslanderstraße 22.
- 25.—27. 10. in Berlin: Tagung des Deutschen Ärztinnenbundes e. V. Auskunft: Frau Dr. med. Lezius, Hamburg 19, Schwenckestraße 19.

## Oktober/November 1963

21. 10.—1. 11. in Schloßgut Neutrauchburg B. Isny/Allgäu: Einführungslehrgang in die Manualtherapie (WS und Extremitäten). Auskunft: Sekretariat der MWE, Schloßgut Neutrauchburg über Isny/Allgäu.

## November 1963

- 2.—3. 11. in Sportschule Kaiserau bei Kamen/Westf.: Wochenendkurs für die Anerkennung als Sportarzt. Auskunft: OMR. Dr. Bernburg, Gesundheitsamt Gladbeck.
- 4.—15. 11. in Neuherberg bei München: Strahlenschutzkurs für Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Auskunft: Dr. med. R. Wittenzellner, Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.

## CIT-ITALIENREISEN

<b>Wochenpauschalen</b>	7 Tage Vollpens. in allen Hotelkategorien und Orten Italiens ab DM	<b>70.-</b>
<b>Adria</b>	7 Tage Flugreise ab DM 260.— 7 Tage Vollpension inkl. Bahn ab DM	<b>133.-</b>
<b>Taormina</b>	15 Tage Einzelflugreise ab DM 672.— 15 Tage Bahnreise, mit Rom, nur Hotel	<b>DM 281.-</b>
<b>Sizilien</b>	15 Tage Rom, Messina, Palermo, Selinunt, Agrigento, Syrakus, Taormina, Neapel, ab München	<b>DM 738.-</b>
<b>Golf von Neapel</b>	15 Tage Einzelflugreise ab DM 523.— 15 Tg. Bahn. m. Rom-Neapel, nur Hotel	<b>ab 239.-</b>
<b>Arena von Verona</b>	Opernfestspiele 24. 7.—18. 8. Prospekte und Eintrittskarten.	

„Alle Seepassagen — Kreuzfahrten und Erholungsreisen zur See“

<b>Riviera</b>	15 Tage Flugreise ab DM 450.— 7 Tage Vollpension ohne Bahn ab DM	<b>84.-</b>
----------------	---	-------------

Jahresprogramm mit Einzelreisen nach allen Gebieten Italiens sowie in den gesamten Mittelmeerraum kostenfrei.

**CIT** AMTLICHES ITALIENISCHES REISEBÜRO **CIT**  
München 2, Briener Straße 15, Telefon 22 61 21

## Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigelegt:

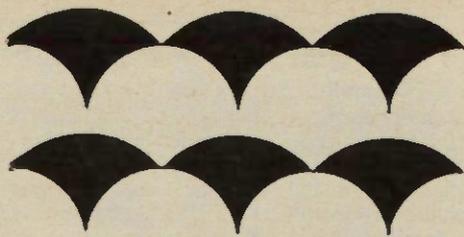
Klinge, München 23  
Dr. Reiss, Berlin  
Dr. Kade GmbH., Berlin  
Chemiewerk Homburg, Frankfurt/Main  
Dr. F. Sasse, Berlin  
Cilag, Chemie GmbH., Alsbach  
Chem. Fabrik von Heyden AG., München

„Bayerisches Arzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 83/III, Tel. 36 11 21. Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein.  
Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis für Nichtmitglieder der Ärztlichen Kreisverbände in Bayern DM 2.40 vierteljährlich, zuzüglich Zustellgebühr. Postscheckkonto Nr. 52 53 Amt München, Bayer. Landesärztekammer (Abt. Bayer. Arzteblatt). Anzeigenverwaltung: Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, München 15, Sonnenstraße 29, Telefon-Sammel-Nr. 55 80 81, Fernschreiber 05 23662, Telegrammadresse: Gablerpress. Für den Anzeigentell verantwortlich: Ernst W. Scharfing, München. Druck: Richard Pfäum Verlag, München. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrophotographie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

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

Alleiniger Inhaber der Verlagsrechte ist die Bayer. Landesärztekammer, München, Königinstraße 85.



beruhigt seit Jahrzehnten  
**Valocordin**

Tropfen · Dragées · Herzsalbe

teovelerianylcarb. brom., Ac. phen. aeth. barb. aa 0,005 g Humulus



**STELLENANGEBOTE**

## Aufstieg im Außendienst

In dem Wissenschaftlichen Büro München eines großen Unternehmens der pharmazeutischen Industrie bietet sich einem

## promovierten jüngeren Arzt

(bis etwa 40 Jahre)

die Möglichkeit, die fachliche Führung, Ausbildung und Betreuung eines Außendienstmitarbeiterstabes verantwortlich zu übernehmen.

Herrn mit entsprechendem Werdegang laden wir freundlichst ein, sich über die interessante Position näher informieren zu lassen.

Angebote erbeten unter Nr. 331/624 über  
Carl Gabler

Werbe-gesellschaft mbH

8 München 2, Karlsplatz 13

### HNO - Assistent

für Fachklinik in München gesucht. Facharztanerkennung.

Bewerbungen unter 331/622 über CARL GABLER WERBE-GESELLSCHAFT MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13

Der Landkreis Hofheim i. Ufr. (Postleitzahl 8729) sucht für das Krankenhaus Hofheim i. Ufr. (60 Betten) zur Unterstützung des Chefarztes einen

### Assistenzarzt

Die Vergütung erfolgt nach Vereinbarung. Außerdem wird Zulage für Bereitschaftsdienst gewährt. Wohnung steht zur Verfügung.

Bewerbungen mit handgeschriebenem Lebenslauf, Lichtbild und beglaubigten Abschriften von Ausbildungs- u. Tätigkeitsnachweisen werden an das Landratsamt Hofheim i. Ufr. sofort erbeten.

Bei Interesse sofortige Rücksprache mit dem Landrat:  
Telefon: Hofheim i. Ufr., Nr. 237 oder 238

Am Kreis Krankenhaus Mallersdorf/Ndb. wird zum 1. August 1963 die Stelle eines jüngeren

### chirurgischen Oberarztes und 1. Assistenten

frei. Vergütung nach TO A I. Bereitschaftsdienst wird bes. vergütet, außerdem erhebliche Nebeneinnahmen (Unfallkrankenhaus). Moderne Wohnung vorhanden.

Bewerbungen sind zu richten an:

Chefarzt Dr. Hermann Pickl, 8304 Mallersdorf/Ndb.

Für die chirurgische Abteilung des Kreiskrankenhauses Landau an der Isar werden zum möglichst baldigen Antritt

### ein Assistenzarzt(in) und ein Medizinalassistent(in)

gesucht. Gelegenheit zum selbständigen Operieren wird gegeben. Vergütung erfolgt nach Verg.-Gr. II (Assistenzarzt) bzw. III (Medizinalassistent). Bereitschaftsdienst wird vergütet. Nebeneinnahmen durch den Chefarzt.

Bewerbungen mit Lebenslauf und Zeugnisabschriften werden erbeten an das Landratsamt Landau a. d. Isar, Personalabteilung.

Das Kreis Krankenhaus Memmingen im Allgäu (32 000 Einwohner) sucht für sofort bzw. 1. 7. 1963 eine

### Röntgen-Assistentin

für modernst eingerichtete Röntgenabteilung (autom. Entwicklungsmaschine).

Vergütung nach BAT VIIb, zusätzl. Altersvers., Wohnung und Verpflegung im Hause.

Bewerbungen an Kreis Krankenhaus, 894 Memmingen.

**Jacosulfon** ist die heilende Hand des Arztes

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, 8 München 42

### Arzthelferin mit Diplom



Halbjährige Berufsfachlehrgänge für kaufm.-praktische ARZTHELFERINNEN Kursbeginn jeweils Oktober und April Med. Wohnheim · Ausbildungs-Beihilfen Fordern Sie Freiprospekt 9 M

Privates Lehrinstitut Dr. med. Buchholz Univ.-Stadt Freiburg, Schwarzwald, Stackenstraße 36

## Pianos - Flügel

Kleinklaviere - Cembali  
Bis zu 40 Monatsraten

### Pianohaus Lang

München · Kaufingerstraße 28/1  
Augsburg · Bahnhofstraße 15/1  
Regensburg · Kassiansplatz 3

### Auswärtige Schülerinnen

die eine der Fürther höheren Lehranstalten (hum. Gymn., Mädchen-Realgymn., Oberrealsch., Handelssch.) besuchen wollen, finden liebevolle Aufn., Aufgabenüberwachung und Nachhilfe im Privaten Schülerinnenheim Fürth (Bayern), Forsthausstraße 30, Ruf 7 47 30

Für das Kreiskrankenhaus Rain am Lech wird für sofort oder später eine

### Röntgen-Assistentin oder -gehilfin

gesucht.

Modernst eingerichtete Röntgenstation (nur Diagnostik). Vergütung nach BAT VII/ViB (Ortsklasse A), je nach Vorbildung. Zusätzl. Altersversorgung. Beihilfe in Krankheitsfällen usw. Sonntags- und Nachtdienst wird nicht verlangt. Wohnung und Verpflegung im Hause möglich.

Bewerbungen erbeten an den Chefarzt.

Am Kreiskrankenhaus Rain am Lech (Landkreis Neuburg a. d. Donau) ist zum 1. 8. 1963 die Stelle des

### I. Assistenten

der den Chefarzt kurzfristig vertreten kann, zu besetzen.

Chirurgische Vorbildung notwendig, Kenntnisse in Geburtshilfe erwünscht. Vergütung nach BAT II, Ortsklasse A. Nebeneinkommen durch Bereitschaftsdienstvergütung, Assistenz- u. Vertretungsgebühren, Gutachten. Geregelt. Freizeit. Zusätzl. Altersversorgung. Beihilfe, Trennungsschädigung bzw. Umzugskostenvergütung nach den geltenden Bestimmungen. Wohnung und Verpflegung im Hause bzw. ist der Landkreis bei der Wohnungsbeschaffung behilflich.

Bewerbungen erbeten an den Chefarzt.

Am Städt. Med. Krankenhaus in Freising ist zum 1. August 63 die Stelle einer

### med.-techn. Assistentin

mit Ausbildung in Röntgen und Laboratorium zu besetzen. Bezahlung erfolgt je nach Dienstzeit und Ausbildung nach Verg.-Gr. BAT VII oder ViB.

Bewerbungen mit Lichtbild, Lebenslauf u. Zeugnisabschriften sind an die Stadt Freising zu richten.

Bei einem Kreiskrankenhaus im süddeutschen Raum (300 Betten) ist ab 1. 7. 1963 die

### Planstelle eines Oberarztes

möglichst mit Facharztanerkennung, der Internen Abteilung (130 Betten) zu besetzen. Besoldung nach BAT I, Ortsklasse A, mit gutem Nebeneinkommen (Chefarztvertretung, Gutachtertätigkeit).

Weiterhin ist am 1. 7. 1963 eine

### Assistenzarztplanstelle

auf der gleichen Abteilung zu besetzen. Besoldung nach BAT III, Bereitschaftsdienstvergütung. Gute Ausbildungsmöglichkeit; volle Anerkennung für die Facharztausbildung.

Bewerbungen unter 331/609 an die CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13

In der Heilstätte Mütterstadt — Tuberkulosekrankenhaus des Bezirks Unterfranken —, 220 Betten für lungenkranke Männer und Frauen, ist

### eine Assistenzarztstelle

nach BAT III/II baldmöglichst zu besetzen. Vergütung für Bereitschaftsdienst nach BAT. Modern einger. Klinik in landschaftl. schöner Lage, Nähe Bad Kissingen; Zusammenarbeit mit Würzburger Univ.-Klinik; 6 Ärzte, Lungenfachausbildung voll anrechenbar. Für Unverheiratete Wohnung und Verpflegung im Haus. Für Bewerber mit Familie wird Wohnungsfrage gelöst; Gymnasium am Ort. Voraussetzung für die Bewerbung ausl. Ärzte ist volle Beherrschung der deutschen Sprache. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind an den Chefarzt der Heilstätte, 8732 Mütterstadt, zu richten.

Kreiskrankenhaus Waldsassen

sucht für sofort oder später

### 1 med.-techn. Assistentin

Bezahlung Vergütungsgruppe V, bei Bedarf Wohnung vorhanden.

Bewerbungen an die

Verwaltung des Kreiskrankenhauses Waldsassen

# ZOLGHADAR



Teppiche  
aus  
Persien

MÜNCHEN · MAXIMILIANSTR. 33

Im Städt. Loreto-Krankenhaus Rosenheim/Oberbayern sind am 1. Juli 1963 oder später folgende Stellen zu besetzen:

Für die chirurgische Abteilung mit angegliederter geburtshilflich-gynäkologischer Abteilung

### 1 Assistenzarztstelle und 1 Medizinalassistentenstelle

Verg.-Gr. III/II für die Assistenzarztstelle, Ruf- und Bereitschaftsdienstvergütung nach BAT.

Der Medizinalassistent kann im Hause die chirurgische, die geburtshilflich-gynäkologische und auch die interne Pflichtzeit ableisten.

Das städt. Krankenhaus Weiden i. d. Opf. sucht ab sofort

### 2 Ass.-Ärzte für die chirurg. Abteilung und 1 Ass.-Arzt für die Innere Abteilung

Bezahlung erfolgt nach Verg.-Gr. II BAT. Nebeneinkommen durch Chirurgenzulage, Gutachtertätigkeit und evtl. Bereitschaftsdienstvergütung.

Bewerbungen mit den erforderlichen Unterlagen (Lebenslauf, Lichtbild, Promotions- und Approbationsurkunde sowie Zeugnisse über die bisherige Tätigkeit) werden umgehend erbeten an das Hauptamt der Stadt Weiden i. d. Opf.

Bei der Beschaffung von Wohnraum ist die Stadt behilflich. Die Stadt Weiden zählt über 41 000 Einwohner und ist Sitz fast aller höheren Schulen.

Stadt Weiden i. d. Opf.

Chirurgisch-gynäkologische Privatklinik (70 Betten) in Landshut sucht ab sofort oder später

### approbierten Assistenzarzt (-ärztin)

Chirurgische Ausbildung nicht Bedingung. Bezahlung über-tariflich, nach Vereinbarung. Sondervergütung für Bereitschaftsdienst. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen an

Dr. Karl Duswald, Landshut, Brühfeldweg 18

Beim Parksanatorium Bad Wildungen mit 168 Betten (leitender Arzt Dr. med. Gerhard Josenhans) ist die Stelle

## eines Assistenzarztes

zu besetzen.

Vergütung nach Vergütungsgruppe III BAT; bei Vorliegen der Facharztanerkennung für innere Krankheiten II BAT.

Das klinisch geführte Sanatorium für Herz- und Kreislaufkrankheiten ist mit modernen Einrichtungen für die Diagnostik und Therapie ausgestattet. Die Assistenzarztstätigkeit wird für die Dauer eines Jahres auf die Facharztausbildung für das Fachgebiet der inneren Medizin angerechnet. Für Verheiratete kann voraussichtlich im Spätherbst eine Wohnung zur Verfügung gestellt werden. Für die Dauer der getrennten Haushaltsführung wird Trennungsschädigung gewährt. Umzugskosten werden vergütet.

Bewerbungen mit Angabe des möglichen Eintrittszeitpunkts und etwaigen Wohnbedarfs unter Anschluß der üblichen Unterlagen (handgeschriebener Lebenslauf, Lichtbild, Abschriften der Approbations-, Promotions- und Facharzturkunden, Zeugnisabschriften u. ä.) werden erbeten an die Landesversicherungsanstalt Württemberg, 7 Stuttgart-W, Rotebühnstraße 133

Beim Kurparksanatorium und Kurhaus Hohenzollern in Bad Kissingen mit 270 Betten für Männer und Frauen (Leitender Arzt Dr. med. Heinz Schröder) ist die Stelle

## eines Assistenzarztes

zu besetzen.

Vergütung nach Vergütungsgruppe III BAT; bei Vorliegen der Facharztanerkennung für innere Krankheiten II BAT.

Das klinisch geführte Sanatorium für Stoffwechsel-, Herz- und Kreislaufkrankheiten ist mit modernen Einrichtungen für die Diagnostik und Therapie ausgestattet. Die Assistenzarztstätigkeit wird für die Dauer von 2 Jahren auf die Facharztausbildung für das Fachgebiet der inneren Medizin angerechnet.

Für Verheiratete steht eine Werkdienstwohnung zur Verfügung. Ledigen wird Unterkunft und Verpflegung gewährt. Für die Dauer der getrennten Haushaltsführung wird Trennungsschädigung gezahlt, Umzugskosten werden vergütet.

Bewerbungen mit Angaben des möglichen Eintrittszeitpunktes und etwaigen Wohnbedarfs unter Anschluß der üblichen Unterlagen (handgeschriebener Lebenslauf, Lichtbild, Abschriften der Approbations-, Promotions- und Facharzturkunden, Zeugnisabschriften u. ä.) werden erbeten an die Landesversicherungsanstalt Württemberg, 7 Stuttgart-W, Rotebühnstraße 133

### Jagdgelegenheit!

im sch. Niederwildrevier Nähe Münchens geboten. Schriftliche Anfragen unter 331/625 über CARL GABLER, WERBEGESELLSCHAFT MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13

### Sanatorium Bad Gastein und Bad Tölz

jeweils zentral gelegene Grundstücke mit fertiger bzw. genehmigter Planung zu verkaufen. Einzelheiten durch den Alleinbeauftragten.

Dipl.-Volkswirt Hans-Georg Schmidt (RDM), Imm.  
8 München 15, Kobellstraße 11, Telefon 7 00 21

### Beachten Sie die Beilagen

### Allgemein-Praxis

durch Todesfall, Passau-Stadt, zu übergeben. Jahreseinnahmen über DM 70 000.—, wovon zwei Drittel auf Privatpatienten entfallen. Die Witwe ist bereit, wie bisher als Sprechstundenhilfe weiterzuarbeiten.

Angebote erbeten unter 331/631 über CARL GABLER, WERBEGESELLSCHAFT MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13

### Stellengesuche

#### Verschiedenes

Welches Krankenhaus braucht jetzt oder in absehbarer Zeit einen jüngeren

#### Urologen

der, da auch FA-Anerkennung für Chirurgie, in chir. Abtlg. mitarbeiten könnte. Bedingung: Dauerstellung und entsprechende Nebeneinnahmen. Angebote unter 331/620 über

CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13

Vielseitig erfahrener prakt. Arzt übernimmt ab 26. 8. auf ca. 4-5 Wochen

#### Vertretung

Wagen kann gestellt werden. Honorar nach Vereinbarung. Angebote erbeten unter 331/634 über CARL GABLER, WERBEGESELLSCHAFT MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13

### Bad Wörishofen

Im Kurzentrum, allerbeste Geschäftslage (Neubau), zu vermieten:

Arztpraxis mit Wohnung (100 qm), Lift u. allem Komfort.

Schuhhaus Landmann  
Bad Wörishofen

### Praxisräume und Wohnung

100-140 qm, sep. Eingang, Garage u. Garten, in großem Siedlungsgebiet von

#### Nürnberg

günstig zu vermieten oder zu verkaufen. Bezugsfertig Sommer 1964. Angeb. unter 331/619 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13

Durch Todesfall

#### besteigef. Landpraxis

frei, ganz neues Haus. Einrichtung, Wohnung u. Wagen nur geg. mtl. Miete, als Existenzminimum. Angebote erbeten unter 331/628 über CARL GABLER, WERBEGESELLSCHAFT MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13

BAYERISCHE

**LANDESPAUSPARKASSE**

DIE BAUSPARKASSE DER SPARKASSEN  
München 2 · Karolinenplatz 1 · Telefon 228501



### Arzttochter

24, schlank, gut aussehend, gute Vermögenslage, möchte Arzt zwecks Heirat kennenlernen, der Mut zur Übernahme einer Landpraxis hat. Bildzuschrift mit M. P. 84 129 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13

# A N A C I D I T Ä T

die Wurzel für viele andere Erkrankungen

- ▶ Roemheld Syndrom
- ▶ Neuritis · Flatulenz
- ▶ Hypovitaminose
- ▶ Anämie
- ▶ Meteorismus
- ▶ Gastrogene Diarrhoe

Zur Feststellung:

## Desmoidpillen „Pohl“

G. POHL-BOSKAMP · 2214 HOHENLOCKSTEDT/HOLST.

Zur rationellen Dermatotherapie mit Hydrocortison

### CORTI-LENICET<sup>®</sup>-Salbe

Dermatitiden, Ekzeme, Allergosen, Neurodermitis  
Epidermophytien, Onycho- und Otomykosen, Erythrasma.

**Tube**

**10 g**

**DM 3,60**

lt. Arzneitaxe

**1% Hydrocortison**

**1% Dibromsalizil**

**0,1% Lenicet**



DR. RUDOLF REISS CHEMISCHE WERKE  
BERLIN WEST · HAMBURG · MÜNCHEN

Dr. Erdt Arnulf  
Baindkirchen

1611