

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 10

München, Oktober 1964

19. Jahrgang

17. BAYERISCHER ÄRZTETAG

EntschlieÙung zur optimalen Betreuung der werdenden Mutter und des Säuglings

„Der Bayerische Ärztetag bekräftigt erneut, daß zu den ärztlichen Aufgaben nicht nur die Behandlung von Krankheiten, sondern auch deren Vorbeugung gehört. Diese präventive Medizin ist eine der vornehmsten Aufgaben der praktizierenden Ärzteschaft. Der Betreuung der werdenden Mütter und der Säuglinge kommt dabei besondere Bedeutung zu. Die Ärzte hatten schon bisher diesen Auftrag erfüllt.

Weitere Erfolge im Kampf gegen die Müttersterblichkeit und Neugeborenensterblichkeit setzen die umfassende Betreuung aller werdenden Mütter und Säuglinge voraus.

Der Bayerische Ärztetag fordert daher den Bundesgesetzgeber auf, diese Maßnahmen endlich zur Pflichtaufgabe der sozialen Krankenversicherung zu machen.

Mit der weiteren Verbesserung der Betreuung von Mutter und Kind kann jedoch nicht bis zum Erlaß der gesetzlichen Regelung gewartet werden.

Der Bayerische Ärztetag beschließt daher, von sich aus weitere Maßnahmen einzuleiten.

Er fordert alle werdenden Mütter auf, möglichst frühzeitig den Arzt aufzusuchen und später ihr Kind regelmäßig zum Arzt zu bringen.

Die Bayerische Landesärztekammer wird die notwendigen organisatorischen und technischen Voraussetzungen schaffen, um diese intensive ärztliche Betreuung zu ermöglichen.

Der Bayerische Ärztetag fordert die Träger der Sozialversicherung auf, bei dieser für die Gesundheit der Bevölkerung wichtigen Aufgabe mitzuwirken.

Die Öffentlichkeit, Presse, Rundfunk und Fernsehen werden ebenfalls um Mithilfe gebeten.“

Optimale Betreuung der werdenden Mutter und des Säuglings*)

aus der Sicht des Gynäkologen

Von Professor Dr. Horst Schwalm, Direktor der Universitäts-Frauenklinik und Hebommenschule Würzburg



Ist denn die Betreuung der Mütter in Deutschland nicht optimal? Lassen Sie uns vergleichen mit der in anderen Ländern praktizierten Schwangerenilfe.

In Frankreich ist die Beratung der Schwangeren durch die Sozialversicherung organisiert; die Frauen müssen eine bestimmte Anzahl von Untersuchungen während der Schwangerschaft — übrigens auch nach dem Wochenbett — absolvieren. Nur dann übernimmt die Versicherung die Kosten für die Entbindung. In England ist die Fürsorge für die schwangeren Frauen im Rahmen des dort ja straff organisierten nationalen Gesundheitsdienstes geordnet. Hebammen besuchen die Schwangeren regelmäßig in ihrer Wohnung. Zum Arzt werden Erstgebärende, Vielgebärende sowie Frauen mit Beschwerden gebracht. Die Ärzte sind in den Beratungszentren tätig; die Beratung ist kostenlos und wird reichlich in Anspruch genommen. In Amerika werden die Frauen über die Nützlichkeit einer Beratung während der Schwangerschaft in den Frauenorganisationen, auf Elternabenden usw. aufgeklärt. Die selbstzahlenden Privatpatientinnen gehen freiwillig während der Schwangerschaft alle Monate zu ihrem Arzt. Unbemittelte Schwangere werden in den Städten in den Kliniken, auf dem Lande in den Public-Health-Centers kostenlos ärztlich untersucht und beraten. Bei Beschwerden und akuten Erkrankungen werden von den Ärzten und von Schwestern auch Hausbesuche kostenlos ausgeführt. Mother-and-Child-Health ist ein wesentlicher und sehr aktiver Teil des praktischen Public-Health-Wesens; auch freipraktizierende Ärzte widmen einen Teil ihrer Arbeitszeit für Public-Health. Auch in den skandinavischen Ländern wird die Schwangerenberatung auf dem Lande in den staatlichen Gesundheitsämtern ausgeübt und von den Frauen reichlich in Anspruch genommen. Im dünn besiedelten Finnland ist für je 1500 Einwohner eine Mütterberatungsstelle eingerichtet. 93% der Frauen lassen sich dort beraten. In den sozialistischen Ländern — Rußland, Tschechoslowakei, sog. DDR — ist die medizinische und soziale Betreuung der Schwangeren ein Teil des staatlichen Gesundheitswesens und wird fast obligat von allen Schwangeren in Anspruch genommen. In Deutschland, in Österreich und auch in der Schweiz ist die Schwangerenbetreuung noch nicht organisiert. HUSSLEIN, der Direktor der II. Universitäts-Frauenklinik Wien, sprach kürzlich in seiner Antrittsvorlesung ausführlich über die Schwangerenvorsorge und berichtete, daß in Österreich nur etwa die Hälfte der Schwangeren ausreichend betreut wird. Über die Betreuung der Schwangeren in der Bundesrepublik Deutschland liegen nur spärliche Berichte vor. In der norddeutschen Großstadt Kiel hat BESKE etwa 2800 Mütter befragt. 86% von ihnen waren während der

Schwangerschaft beraten worden. Berufstätige Frauen nahmen die Beratung mehr in Anspruch als nichtberufstätige. Das hängt natürlich mit dem Mutterschutzgesetz und mit dem größeren Versicherungsschutz der berufstätigen Frauen zusammen. Frauen aus gehobenen Schichten ließen sich häufiger beraten als Arbeiterfrauen. Unter den Frauen, die keine Beratung während der Schwangerschaft aufgesucht hatten, waren 73% Arbeiterfrauen. Insgesamt waren aber unter den 2800 befragten Frauen die Arbeiterfrauen mit 61% in der Überzahl. Wenn wir also den Nutzen einer intensiven Schwangerenilfe ausweiten und möglichst allen Schwangeren zugute kommen lassen wollen, so wird es nötig sein, vor allem die sozial schlechter gestellten Bevölkerungskreise aufzuklären und zu belehren.

Wo ließen sich diese Frauen während ihrer Schwangerschaft beraten? In Kiel gingen nur 3% in die Beratungsstellen des Staatl. Gesundheitsamtes. 7% ließen sich von der Hebamme beraten. 9% wurden in der Universitäts-Frauenklinik beraten. Die überwiegende Mehrzahl aber — 68% — wurde von freipraktizierenden Ärzten beraten, davon 39% beim Frauenarzt und 29% beim Hausarzt (Allgemeinarzt).

Vor einigen Jahren hat in München ZIMMER untersucht, welche Beratung während der Schwangerschaft die an der I. Universitäts-Frauenklinik München entbundenen Frauen genossen haben. 93% der Frauen waren während der Schwangerschaft ein- oder mehrmals beim Arzt gewesen. Die dabei durchgeführten Untersuchungen waren allerdings unterschiedlich. Wenn man als ausreichend bezeichnen will eine äußere Untersuchung, Blutdruckkontrolle, Harnuntersuchung und Fahndung auf Ödeme, so waren in diesem Sinne nur 33% ausreichend untersucht. In Wirklichkeit ist aber eine solche Untersuchung unzureichend; es fehlen die Bestimmung der Blutgruppe und des Rh-Faktors, die Hämoglobinbestimmung, die Lues-Kontrolle und die Gewichtskontrollen u. a.

Parallel mit der Sorgfalt der Untersuchung in der Schwangerschaft verlief die Höhe der perinatalen Sterblichkeit der Neugeborenen. Bei den Hausschwangeren der Münchener Klinik, deren Schwangerenbetreuung optimal ist, war die Neugeborenensterblichkeit 1,3%. Bei den Frauen, die die eben als ausreichend bezeichnete, in Wirklichkeit aber minimale ärztliche Betreuung erfahren hatten, war die perinatale Sterblichkeit 3,2%, das entspricht etwa dem Durchschnitt. Ungenügend ärztlich betreut während der Schwangerschaft waren 53% der Frauen. Die Neugeborenensterblichkeit bei ihnen betrug 5,3%. Ohne jede Schwangerenbetreuung waren 7,5% der Frauen; bei ihnen war die Neugeborenensterblichkeit 6,5%, also doppelt so hoch wie der Durchschnitt.

*) Vortrag auf dem 17. Bayerischen Ärztetag in Oberstdorf.

Das sind Berichte aus Großstädten. Berichte über die Schwangerenberatung in kleineren Städten oder aus ländlichen Gebieten gibt es bisher nicht. Dort fehlt offenbar noch eine intensive und umfassende Beratung.

Ein Kriterium für die Leistung der Geburtshilfe ist die Sterblichkeit der Mütter im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Diese Zahlen werden in den meisten zivilisierten Ländern nach einheitlichen Gesichtspunkten ermittelt, von der Weltgesundheitsorganisation gesammelt und publiziert. Wir mußten hieraus vor etwa zehn Jahren erfahren, daß die Müttersterblichkeit in Deutschland höher ist als in Amerika, in Frankreich, in England, in Holland, in Skandinavien und in vielen anderen Ländern. Auch die perinatale Sterblichkeit der Neugeborenen ist in Deutschland höher als in den meisten der eben genannten Länder. Die Todesursachen der Müttersterblichkeit sind überschaubar und bekannt. Die Frauen sterben an Verblutung und Schock, an Gestose, an puerperaler Infektion — die keineswegs verschwunden ist — an Embolie und endlich an einigen Allgemeinerkrankungen, die vor der Schwangerschaft bereits bestanden haben und die durch Schwangerschaft und Entbindung verschlimmert wurden: Herzleiden, Diabetes, Nierenleiden. Die Todesfälle an Abortus bilden nur etwa 11% der gesamten mütterlichen Todesfälle. Die Abortus-Sterblichkeit ist in Deutschland, übrigens auch in England, sinkend. Septische Aborte werden immer seltener. Diese Komplikationen und Todesursachen sind in fast allen Ländern etwa die gleichen. Es ist auch nicht etwa eine bestimmte Erkrankung oder Komplikation, die in Deutschland häufiger vorkäme als in den übrigen Ländern, vielmehr liegen die Mortalitätsziffern in allen diesen genannten Gruppen der Todesursachen ein wenig höher als in den übrigen Ländern. Dabei sind die Methoden zur Erkennung dieser Komplikationen sowie auch die Methoden zur Behandlung und zur Abwendung der Gefahr in Deutschland die gleichen wie in den übrigen Ländern. Die Müttersterblichkeit in unserem Lande ist also kein wissenschaftliches Problem, sondern sie ist eine organisatorische Aufgabe. Ein erheblicher Teil der Todesfälle ist vermeidbar, wenn gesorgt ist, daß allen Frauen die Möglichkeiten der Erkennung und alsbaldigen Behandlung frühzeitig und rechtzeitig zur Verfügung stehen. Einzelne Gynäkologen (G. DÖDERLEIN, ANSELMINO, H. DIETEL u. a.) haben sich dazu geäußert. Die ärztliche Schwangerschaftsbetreuung war Thema von Referaten auf dem Gynäkologen-Kongreß 1941 und noch einmal 1962. Neuerdings — im Mai d. J. — hat die Mittelrheinische Gesellschaft für Gynäkologie gemeinsame Vorschläge zur Verminderung der Müttersterblichkeit erörtert, formuliert und publiziert. Diese Vorschläge beziehen sich einerseits auf Verbesserungen bei der Entbindung, insbesondere bei der klinischen Entbindung. Die Entbindungsabteilungen sollten technisch genügend eingerichtet sein und ebenfalls personell ausreichend besetzt sein. Das geht also die Krankenhausträger und die Gynäkologen an. Als eine weitere Maßnahme, geeignet zur Verminderung der Müttersterblichkeit, wird die in anderen Ländern bereits bewährte Ausweitung und Intensivierung der Schwangerenberatung empfohlen.

In der Tat sind viele bei der Geburt bedrohliche Komplikationen bereits in der Schwangerschaft er-

kennbar und durch eine prophylaktische Behandlung zu beherrschen, so daß die herannahende Gefahr abgewendet werden kann. Das gilt vor allem für die Gestose. Es wird heute nicht mehr bezweifelt, daß durch eine vorbeugende Behandlung die Entstehung einer schweren Präeklampsie und der Ausbruch der eklampthischen Krämpfe mit großer Wahrscheinlichkeit verhindert werden kann. Das gilt auch z. B. für das enge Becken, für die Querlage; wenn diese in der Schwangerschaft erkannt wird, ist die Gefahr der Uterusruptur bereits abgewendet. Das gilt ebenso für Herzleiden mit der Gefahr der Herzdekompensation; das gilt für den Diabetes mit der Gefahr des diabetischen Kommas und andere Erkrankungen. Freilich gibt es auch andere und ebenso bedrohliche Komplikationen, die in der Schwangerschaft nicht vorhersehbar sind, sondern während der Geburt unvermutet aufkommen, z. B. Blutungen in der Nachgeburtsperiode und post partum, die vorzeitige Plazentalösung, die Gefahren der durch Wehenanomalien protrahierten Geburten. Die Gefährdung der Mütter durch die zuletzt genannten Komplikationen muß also durch eine verbesserte Überwachung und Hilfe bei der Entbindung bekämpft werden.

Die Müttersterblichkeit ist am niedrigsten in den Ländern, in denen die Entbindungen unter ärztlicher Aufsicht in gut eingerichteten Entbindungskliniken stattfinden und dort, wo die Schwangerenberatung intensiv verwirklicht ist.

Wesentlich beeinflußt wird die Müttersterblichkeit durch die soziale Lage. Die Zahlen aus den Vereinigten Staaten von Amerika zeigen, daß dort die Müttersterblichkeit in den unteren sozialen Schichten der Bevölkerung, das sind in Amerika die Farbigen, zwei- bis dreimal höher ist als bei Wohlhabenden. Man könnte nun fragen, ob bei dem hohen Lebensstandard, der derzeit hier in Deutschland besteht, eine allgemeine Beratung der Schwangeren noch weitere günstige Wirkungen erwarten läßt.

Hierzu hat in der benachbarten Schweiz, in der es ja seit geraumer Zeit kaum noch wirtschaftliche Not gibt, SCHEURER Untersuchungen angestellt. Er fand, daß bei den Frauen, die in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft regelmäßig ärztlich beraten wurden, seltener Hypertonus und Proteinurie — also Gestosesymptome — vorkamen, und daß diese — wenn sie vorkamen — ein geringeres Ausmaß hatten als bei jenen Frauen, die nicht während der Schwangerschaft beraten waren. Noch deutlicher war aber die Auswirkung der Beratung auf die Neugeborenen erkennbar. Die Zahl der Frühgeburten und die Häufigkeit der Totgeburten und Neugeborenensterblichkeit war bei den Frauen aus der Schwangerenberatung deutlich geringer.

Besonders klar zeigt sich aber die Auswirkung einer optimalen Schwangerenbetreuung bei den sog. Hauschwangeren, die in den großen Entbindungsabteilungen die letzten Monate oder Wochen der Schwangerschaft zubringen. Diese Frauen entstammen fast alle einem schlechten oder sehr schlechten sozialen Milieu; viele sind debil und asozial; sie stellen eine ungünstige Auslese dar und es müßte bei ihnen also eine besonders hohe Häufigkeit von Komplikationen erwartet werden. Bereits seit mehreren Jahrzehnten und aus einer ganzen Anzahl von Berichten aus den verschiedensten Anstalten und Orten weiß man, daß bei den Hauschwange-

ren aber alle Geburtskomplikationen seltener vorkommen und sehr viel leichter verlaufen, verglichen mit verheirateten Frauen, verglichen mit Frauen aus gutem sozialen Milieu. Es mag sein, daß diese optimalen Ergebnisse der Geburtshilfe zum Teil dadurch beeinflusst werden, daß es sich bei den Hausschwangeren um jüngere Frauen handelt, der wesentliche Faktor liegt aber wohl darin, daß die Frauen eben unter gereinigten Bedingungen leben und unter ständiger ärztlicher Aufsicht sind. Die Auswirkung einer optimalen Schwangerenhilfe ist also hier sehr deutlich.

Wenn wir hier nun die Nützlichkeit und Notwendigkeit einer umfassenden und intensiven Betreuung aller Schwangeren erörtern, so ist die Frage berechtigt:

Sind denn aber Schwangere nicht im allgemeinen gesunde Frauen? In der Schwangerenberatung eines großen New Yorker Hospitals fand GUTTMACHER bei 11% der Frauen erhebliche Varizen. Bei 43% der Frauen wurde eine genaue Kreislaufuntersuchung vorgenommen; hierunter fanden sich 3% organische Herz- und Kreislaufkrankungen. Ähnlich war es bei der Untersuchung der Lungen; dort entdeckte man 3,4% Tuberkulose und 3,6% der Frauen hatten andere, nicht tuberkulöse Lungenerkrankungen. 14% der Frauen hatten einen Hämoglobinwert unter 9 g%, also eine schwere Anämie. Ganz ähnlich ist übrigens die Häufigkeit der Anämie hier in Deutschland. In Würzburg und Mainz fanden wir an einer großen Zahl der hier beobachteten Schwangeren und Gebärenden in 26% einen Hämoglobinwert unter 11 g%. Jede vierte Frau hat also eine Anämie. Bei der Untersuchung der Schwangeren finden sich also neben den rein geburtshilflichen Anomalien mit nicht geringer Häufigkeit Allgemeinleiden aus dem Gebiet der Inneren Medizin. Die Schwangerschaft bedeutet einen erheblich gesteigerten Leistungsanspruch an alle Organe und Organsysteme der Frauen. Geringe Abweichungen, geringe Einschränkungen, die vorher kaum in Erscheinung traten, gewinnen während der Schwangerschaft und vor allem bei der Geburt eine ernsthaft krankmachende und unter Umständen lebensbedrohende Bedeutung.

Wie ist nun eine ausreichende Schwangerenberatung zu gestalten?

Die ärztlichen Beratungen sollten so früh wie möglich beginnen, sobald die Schwangerschaft bekannt ist oder vermutet wird; also am besten schon im 2., 3. oder 4. Monat. Die frühzeitige Beratung hilft den Frauen zur Vermeidung unzweckmäßiger Verhaltensweisen und kann sicher manchen Abortus verhindern. Wir wissen heute auch, daß in den ersten 8 bis 12 Wochen der Schwangerschaft, in der Phase der Organogenese, der Embryo besonders empfindlich ist gegen äußere schädliche Einflüsse auf den mütterlichen Organismus; Infekte durch Viren, Bakterien, Schädigungen durch toxische Substanzen, durch Sauerstoffmangel usw. Es wird noch viel Mühe kosten, die Frauen dahin gehend zu belehren, daß sie gerade in diesen ersten Wochen der Schwangerschaft eine besondere Verantwortung gegenüber dem erst entstehenden Leben haben.

Die Untersuchung und Beratung sollte dann in der Folgezeit in Abständen von vier Wochen, im letzten Trimester in Abständen von zwei Wochen stattfinden. Das würde also bedeuten, daß jede Schwangere etwa acht- bis zehnmal untersucht und beraten wird. Die in

den bisherigen Gesetzesvorschlägen vorgesehene dreimalige Beratung ist unzureichend. Die ärztliche Untersuchung erstreckt sich zunächst natürlich auf den geburtshilflichen Befund; die Feststellung der Größe des Uterus, den Fundusstand, das Hören der kindlichen Herztöne, die Feststellung der Kindslage, die Beurteilung des knöchernen Beckens — dabei ist die innere Austastung wichtiger als die äußere Beckenmessung. Ausführlich muß dann die Allgemeinuntersuchung sein: Auskultation der Lungen, Auskultation des Herzens. Die Messung des Blutdrucks muß bei jeder Untersuchung erneut erfolgen. Ebenso muß bei jeder Untersuchung der spontan gelassene Harn auf Eiweiß und Zucker untersucht werden. Hören wir in der Anamnese von früheren Harnwegsinfekten, so sollte zumindest einmal der Harn mittels Katheter entnommen werden und die Sedimentuntersuchung gemacht werden. Bei jeder Untersuchung ist erneut auf Ödeme zu fahnden; dazu hilft die Bestimmung des Körpergewichtes bei jeder Untersuchung. Mindestens einmal während der Schwangerschaft muß der Hämoglobinwert bestimmt werden. Die Bestimmung der Blutgruppe und des Rh-Faktors darf nicht fehlen. Bei rh-negativen Frauen muß Antikörperbestimmung veranlaßt werden; wenn möglich, sollten auch die Blutgruppe und der Rh-Faktor des Kindsvaters bestimmt werden. Bei jeder Schwangeren muß auch eine Lues-Reaktion angestellt werden; die Lues ist auch in unserem Gebiet wieder im Zunehmen begriffen. Alle Befunde sollten in einer Karteikarte fortlaufend notiert werden, damit man eintretende Veränderungen, z. B. Anstieg des Blutdruckes, Gewichtszunahme u. ä., alsbald bemerkt. Die Karteikarte orientiert über den Verlauf der Schwangerschaft; sie muß bei der Entbindung verfügbar sein. Ein Teil dieser Untersuchungen, z. B. Bestimmung des Körpergewichtes, kann durch eine Hilfsperson — Sprechstundenhilfe, Hebamme — ausgeführt werden.

Die ärztliche Untersuchung der Schwangeren muß auch die Psychologie berücksichtigen. Viele der sog. Schwangerschaftsbeschwerden sind nicht durch organische Veränderungen zu erklären, sondern psychogen ausgelöst oder verstärkt. Gegen Ende der Tragzeit gehört es zu den Aufgaben der Schwangerenhilfe, die psychologische Vorbereitung auf die Entbindung einzuleiten und durchzuführen. Es ist zu erinnern an die vielerörterte READSche Methode. READ wollte durch Belehrung und Aufklärung über die Vorgänge der Schwangerschaft und der Geburt die Angst und die Spannung mindern, um damit die Wehenschmerzen zu erleichtern. Auch andere Methoden mit der gleichen Zielsetzung sind erprobt und empfohlen worden, z. B. systematische seelische Entspannungsübungen, das sog. Autogene Training, gymnastische Übungen und anderes mehr. Man kann das einzeln, rationeller aber auch gruppenweise durch Zusammenfassung mehrerer Schwangerer machen. Diese Psychoprophylaxe ist sicherlich nützlich, wenn der Erfolg auch nicht durch exakte Zahlen faßbar ist. Vor einigen Jahren hat BUXTON in einer sehr gründlichen Untersuchung an 32 europäischen und amerikanischen Entbindungskliniken die dort üblichen psychoprophylaktischen Methoden studiert und verglichen. Er fand, daß die Erfolge überall ziemlich ähnlich waren. Es kommt offenbar nicht so sehr darauf an, daß eine bestimmte Methode der Psychoprophylaxe durchgeführt wird, sondern daß überhaupt eine Psychoprophylaxe gemacht wird.

Die Schwangerenilfe kann nur dann wirksam werden, wenn sie soziale Faktoren mit berücksichtigt. Der Arzt kann nur dann die voraussichtliche Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit der Schwangeren im Hinblick auf die bevorstehende Entbindung beurteilen, wenn er ihre Beanspruchung in ihrem eigenen Milieu, in ihrer Wohnung, in ihrer Familie und in ihrer Berufsarbeit kennt. Hier kann es unter Umständen schädliche Einwirkungen geben, die in der Sprechstunde gar nicht zur Sprache kommen, also unbekannt bleiben, und die jede Beratung in der Sprechstunde zu Hause wieder zunichte machen. Besser als der Spezialist in der Großstadt, besser als der Klinikarzt, der die Schwangere in der Ambulanz der Klinik sieht, wird im allgemeinen der Hausarzt, insbesondere der Landarzt, mit diesen Faktoren vertraut sein können.

Schon bei der Untersuchung in der Sprechstunde, mehr noch aber zur Verwirklichung der gegebenen Ratschläge im häuslichen Milieu, ist die Mitwirkung der Hebammen besonders wirksam und fast unentbehrlich. Durch Hausbesuche kann und sollte sich die Hebamme, evtl. wiederholt, über das häusliche Milieu informieren, sollte dem Arzt über ihre Beobachtungen und Eindrücke berichten und kann auch gleich die Schwangere mit Rat und Tat unterstützen, z. B. hinsichtlich der Kleidung, hinsichtlich der Gestaltung der Hausarbeit, der Arbeit im Garten, in der Küche, hinsichtlich der Mitarbeit im Geschäft, im handwerklichen oder gewerblichen Betrieb des Ehemannes, hinsichtlich der Ernährung. Gerade die Ernährung ist ja ein für den Verlauf der Schwangerschaft wichtiger Faktor, schon in der normalen Schwangerschaft, mehr noch aber bei Vorhandensein leichter Ödeme. Die Beratung über die Ernährung ist ja in der Sprechstunde meist nur recht kurz. Der Arzt sagt den Frauen: Essen Sie salzarm. Aber wie man eine salzarme oder gar salzfreie Kost zubereitet, das wird meist in der Sprechstunde nicht erörtert. Hier könnte die Hebamme im Haushalt der Schwangeren selbst bei der Zubereitung einer salzarmen Kost behilflich sein. Gar zu leicht unterbleibt ja die Einhaltung der empfohlenen salzarmen Kost deswegen, weil die anderen Familienangehörigen, die mit am Tisch sitzen, diese Kost nicht mögen. Die Hebamme kann auch raten und helfen, daß die gesetzlich vorgesehenen Vorteile des Mutterschutzes von den Schwangeren genutzt werden; könnte Wege zu Ämtern, Behörden, Dienststellen der Sozialversicherung zeigen. Alles in Zusammenarbeit mit dem Arzt.

Wir haben bisher von den Auswirkungen einer intensiven Schwangerenilfe auf die Morbidität und Mortalität der Mütter gesprochen. Ein weiteres Kriterium für die Leistung der Geburtshilfe ist die perinatale Sterblichkeit der Neugeborenen.

Die Müttersterblichkeit in Deutschland liegt derzeit etwas unter 1‰, unter eins auf 1000. Die perinatale Sterblichkeit der Neugeborenen liegt zwischen 3 und 4‰, also wesentlich höher. Auch die Neugeborenensterblichkeit ist in Deutschland höher als in den meisten der vorhin genannten Länder. Etwa die Hälfte der bei der Geburt oder kurz nach der Geburt verstorbenen Neugeborenen sind frühgeborene, unreife Kinder, lebensschwache Kinder; daneben spielt eine Rolle das sog. Geburtstrauma mit Sauerstoffmangel und mit intrakraniellen Blutungen bei der Geburt. Es ist wei-

ter zu erinnern an die fetale Erythroblastose oder den Morbus haemolyticus neonatorum, der durch Inkompatibilität der Eltern im Rh-System oder auch im ABO-System entstehen kann. Durch Blutuntersuchung und Antikörperbestimmung bei der Mutter kann während der Schwangerschaft schon die Gefährdung frühzeitig erkannt werden. Leider ist eine prophylaktische Behandlung während der Schwangerschaft noch nicht mit Aussicht auf Erfolg möglich. Wenn die intrauterine Schädigung des Kindes vor Beginn der Geburt bereits zum Hydrops und zu ikterischer Verfärbung des Fruchtwassers geführt hat, kann man kaum damit rechnen, das Leben des Kindes zu erhalten. Kommen die Kinder aber lebend zur Welt und sind sie noch nicht gar zu sehr geschädigt, so vermag die sofort in den ersten Lebensstunden durchgeführte Austauschtransfusion das Leben zu retten und auch zu verhindern, daß durch Kernikterus bleibende zerebrale Schäden entstehen. Zahlenmäßig mehr ins Gewicht fällt der Verlust an kindlichen Leben durch Frühgeburt. Es sind mehrere Ursachen, die zum vorzeitigen Beginn der Wehen führen können. Eine Ursache ist die Gestose, wir sprachen bereits davon; eine andere Ursache vielleicht Hypoplasie des Uterus. In vielen Ländern fand man, daß in sozial schlechtgestellten Familien die Häufigkeit der Frühgeburt höher ist als in wirtschaftlich wohlhabenden Familien. Ob es nun die stärkere körperliche Belastung ist, die ärmere Frauen in ihrem Haushalt und vielleicht in ihrer Erwerbstätigkeit haben, oder andere Faktoren, die mit dem sozialen Milieu zusammenhängen, ist noch nicht näher bekannt. Die Erfahrungen bei den Hausschwangeren, die ja aus diesem Milieu stammen, bei denen die Frühgeburtquote niedrig ist, lassen erwarten, daß durch intensive ärztliche Beratung und soziale Fürsorge auf breiter Basis es möglich sein müßte, viele Faktoren, die die Frühgeburt provozieren, zu neutralisieren, und damit die Häufigkeit der Frühgeburt einzuschränken.

Die Beratung der Schwangeren ist kein Monopol der Kliniken oder der Spezialisten. Besonders in den kleinen Städten und auf dem Lande kann und wird die medizinische und soziale Betreuung der Schwangeren erfolgreich durch die Allgemeinärzte praktiziert werden, gemeinsam mit den Hebammen. Freilich bedarf die Schwangerenilfe der Ergänzung und Fortsetzung durch die Hilfe bei der Geburt. Die Entbindungen verlagern sich ja immer mehr in die Entbindungsabteilungen. Dort sollten die Entbindungen heute vom Arzt geleitet werden. In der Klinik sollte der Arzt nicht erst dann in Erscheinung treten, wenn die Hebamme eine Regelwidrigkeit bemerkt und ihn herbeiruft. Von der Hebammen-Geburtshilfe müssen wir fortschreiten zur ärztlichen Geburtshilfe. Die Hausentbindung sollte nicht mehr gefördert werden.

Wenn heute nun hier die ärztliche Standesorganisation die Initiative ergreift und die bisher fehlende, umfassende und intensive Schwangerenilfe organisiert, also das tut, was in anderen Ländern der Staat oder die Sozialversicherung machen, so wird sich das zunächst segensreich auswirken auf die Mütter und die Neugeborenen, darüber hinaus wäre dies aber ein gutes Beispiel dafür, daß die Allgemeinärzte an einem wichtigen Teilgebiet der prophylaktischen Medizin aktiv und erfolgreich mitwirken können und wollen.



Optimale Betreuung der werdenden Mutter und des Säuglings^{*)}

aus der Sicht des Pädiaters

Von Professor Dr. Hermann Hilber, Chefarzt der 1. Kinderabteilung des Kronenhauses München-Schwabing

Wenn sich der Pädiater zum vorliegenden Thema äußern soll, so wird er es in erster Linie mit Blickrichtung auf das Kind tun. Seine Aufgabe beginnt beim Neugeborenen. Ähnlich wie der Geburtshelfer als Wertmaßstab seiner Tätigkeit die Müttersterblichkeit und die perinatale Sterblichkeit wertet, zieht der Pädiater als Kriterium seiner Wirksamkeit die Säuglingssterblichkeit heran, die darüber hinaus als allgemein anerkannter Indikator für die Hygienisierung eines Volkes angesehen werden kann. Dabei ist zu unterscheiden zwischen der sog. Frühsterblichkeit, die die Sterblichkeit während der ersten 8 Lebensstage bezeichnet, der Neugeborenensterblichkeit während der ersten 4 Lebenswochen und der postneonatalen Sterblichkeit während des übrigen 1. Lebensjahres.

Die Säuglingssterblichkeit im ganzen ist in allen Kulturländern auf Werte zurückgegangen, die früher für unmöglich gehalten worden waren. Die allgemeine Hygienisierung des Lebens, die Entwicklung der modernen Säuglingsernährung, die erfolgreiche Bekämpfung der Rachitis, die zunehmende medikamentöse Beherrschung lebensbedrohlicher Infektionen taten das ihre, um die postneonatale Sterblichkeit drastisch zu senken. Während im Jahre 1900 in Deutschland noch eine Säuglingssterblichkeit von mehr als 20% verzeichnet wurde, sank sie bis zur Gegenwart, unterbrochen durch kurzfristige Wiederanstiege während und nach den beiden Weltkriegen, auf derzeit 2,74% ab. In Bayern starben 1963 noch 2,9% der Säuglinge.

Auffallend dabei ist die weltweite Erfahrung, daß dieses Absinken fast ganz auf das Konto der postneonatalen Sterblichkeit verbucht werden muß, während die Frühsterblichkeit, auf die $\frac{2}{3}$ Todesfälle innerhalb des ersten Lebensjahres entfallen, nur geringfügig vermindert werden konnte. In allen Ländern mit niedriger Säuglingssterblichkeit kommen die Hälfte bis drei Viertel der Kinder in der ersten Lebenswoche ad exitum, wobei die Gefährdung derselben vom ersten Lebenstag an stetig abnimmt.

Wenn also die Säuglingssterblichkeit weiter gesenkt werden soll, müssen unsere Bemühungen in vermehrtem Maße gegen die Mortalität der Neugeborenenperiode gerichtet werden. Daß die Senkung derselben möglich ist, beweisen die Vergleichszahlen des Auslandes, die unter Berücksichtigung gelegentlich unterschiedlicher statistischer Technik in einigen Ländern, z. B. in Schweden, doch noch objektiv niedriger liegen als bei uns. Es darf auch nicht verschwiegen werden, daß die Müttersterblichkeit in Schweden bereits 1959 mit nur mehr 0,25‰ beziffert wurde, während sie in Bayern mit dem im Jahre 1963 erreichten bisherigen Tiefstand

von 0,77‰ vergleichsweise heute noch dreimal höher liegt.

Ungünstig auf die Säuglingssterblichkeit wirkt sich nachweislich die uneheliche Geburt aus und ganz besonders die Berufstätigkeit der Mütter. Die Totgeburtensziffer wiederum wird erhöht durch die Abnahme der Geburtenfreudigkeit. Erstgeborenen droht ein höheres Geburtsrisiko als zweiten und dritten Kindern. Es handelt sich hierbei um Faktoren, die sich der Einwirkungsmöglichkeit des Arztes weitgehend entziehen.

Die Bekämpfung der Neugeborenensterblichkeit erfordert in vielerlei Hinsicht eine enge Zusammenarbeit zwischen Geburtshelfer und Pädiater. So sind auch die Augen des Pädiaters erwartungsvoll auf die geplante, dringend notwendige Vertiefung der Schwangerenbetreuung gerichtet. Den in diesem Zusammenhang fälligen Vergleich unserer Rückständigkeit mit diesbezüglichen beispielhaften Einrichtungen in anderen Ländern, hat mein Herr Vorredner bereits gebracht. Ich möchte mich darauf beschränken zu skizzieren, was sich der Kinderarzt von einer suffizienten Schwangerenberatung unter dem Gesichtswinkel seines Faches erwartet.

Die Neugeborenensterblichkeit, vor allem die Frühsterblichkeit während der ersten Lebenswoche, die, wie bereits betont, $\frac{2}{3}$ der Säuglingssterblichkeit ausmacht, wird im wesentlichen verursacht durch Frühgeburten, angeborene Mißbildungen, Geburts-, vor allem intrakranielle Schäden und den Morbus haemolyticus neonatorum (M. h. n.).

Während eine Intensivierung der Schwangerenberatung auf die Mißbildungsrate kaum einen und auf die Häufigkeit der Frühgeburten und intrakraniellen Schäden einen beschränkten Einfluß haben dürfte, könnte sie bei der Bekämpfung des M. h. n. einen durchschlagenden Erfolg zeitigen. Die dafür notwendigen Maßnahmen sind alles andere als undurchführbar. Wissen wir doch, daß jährlich in Bayern ungefähr 1000 Neugeborene vom M. h. n. bedroht werden, von denen 600 derzeit noch sterben oder nur mit schweren geistigen und körperlichen Schäden überleben, weil sie in Unkenntnis der Sachlage zu spät der rettenden Behandlung zugeführt werden.

Die Voraussetzung für die Änderung dieses traurigen Tatbestandes ist am 1. Juli 1964 geschaffen worden. Seither übernehmen bis zur Verabschiedung des geplanten Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetzes und der Novelle zum Mutterschutzgesetz der Staat, die gesetzlichen Krankenkassen und die Bezirke als überörtliche Träger der Sozialhilfe gemeinsam die Kosten blutgruppenserologischer Untersuchungen bei werdenden Müttern, die selbst als Mitglied oder als Familienmitglied einer gesetzlichen Krankenversiche-

^{*)} Vortrag auf dem 17. Bayerischen Ärztetag in Oberstdorf.

zung angehören oder Sozialhilfe erhalten. Da freie Arztwahl besteht, ist es weitgehend Aufgabe der Ärzteschaft, dieser großzügigen Regelung zum Erfolg zu verhelfen. Sie ermöglicht in jedem Falle die rechtzeitige Erkennung sowohl einer Blutgruppeninkompatibilität als auch drohender Konsequenzen derselben. Leider sind wir im Augenblick von dem Idealziel der diesbezüglichen Erfassung jeder Schwangeren noch weit entfernt.

Viel wäre geholfen, wenn endlich bei allen Schwangeren — auch bei der ersten Schwangerschaft — die Blutgruppe einschließlich des Rhesusfaktors bestimmt würde, eine Maßnahme, die spätestens in den Gebäranstalten routinemäßig durchgeführt werden sollte. Sie werden staunen, wenn ich Ihnen über unsere diesbezüglichen Erfahrungen berichte. Obwohl hierüber vor allem die Hebammen unterwiesen werden — es existiert seit Jahren ein Merkblatt des bayerischen Innenministeriums, das an Hebammen ausgegeben wird —, mußten wir in den letzten 2½ Jahren bei über 2000 zur Einlieferung gelangenden Neugeborenen meines Krankengutes — also bei Kindern aus dem Raume München — feststellen, daß die Blutgruppe der Mutter nur in 21% der Fälle bekannt war. Ist die Schwangere Rhesus-negativ (rh) und ist dieser Umstand bekannt, wird man von Anfang an die Möglichkeit des Auftretens eines M. h. n. in Erwägung ziehen, wenn die Frau bereits eine oder mehrere Schwangerschaften, eine Fehl- oder Totgeburt oder eine Bluttransfusion (ungleicher Rh-Gruppe) hinter sich hat. Hier empfiehlt sich die Kontrolle der Antikörpertiter im Serum der Schwangeren im 3. und 6. bis 8. Schwangerschaftsmonat. Bei einem Anstieg derselben und in jedem Falle, wenn die Mutter bereits ein Kind mit Krankheitssymptomen eines M. h. n. geboren hat, sollte das Kind unmittelbar nach der Geburt schnellstens in eine für Blut-austauschtransfusionen eingerichtete Kinderklinik verbracht werden, auch dann, wenn im Augenblick der Geburt keine Krankheitssymptome auffallen.

Spätestens muß so gehandelt werden, wenn innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Geburt ein Ikterus auftritt. In seltenen Fällen kann es nämlich auch dann, wenn Mutter und Kind beide rhesuspositiv (Rh) oder rhesusnegativ (rh) sind, d. h. bezüglich des D-Faktors im Rh-Mosaik übereinstimmen, durch Inkompatibilität der Untergruppen c und e zur isolierten Sensibilisierung der Mutter gegen c oder e bzw. C oder E kommen. Wir beobachten hierbei besonders schwere Verlaufsformen, vor allem, wenn eine kombinierte Inkompatibilität beider Untergruppen vorliegt.

Beispiel: Mutter: CCDee, Kind: CcDEe.

Bei Ikterusfällen dieser Ätiologie kann die Vornahme eines direkten Coombstestes mit dem Blute des Kindes die Diagnose fördern. Es empfiehlt sich darüber hinaus zur Aufdeckung eines Rh-bedingten M. h. n. die Vornahme des verhältnismäßig einfachen Coombstestes unmittelbar nach der Geburt in allen Fällen, in denen keine Blutgruppe der Mutter bekannt ist. Zur Durchführung des Coombstestes genügen 10 Tropfen Blut aus der Ferse entnommen. Dieses eignet sich besser als möglicherweise verunreinigtes Nabelschnurblut. Der Coombstest versagt in der Regel nur beim M. h. n., der auf einer ABO-Inkompatibilität beruht. Diese kommt zustande, wenn die Mutter mit der Blutgruppe 0 placentagängige (inkomplette) Antikörper gegen die

beim Kinde vorliegende Blutgruppe A oder B bildet. Die ABO-Inkompatibilität ist an sich häufiger als die Rh-Sensibilisierung und verschont das erste Kind nicht, führt aber relativ seltener zu schweren Störungen. Ein großer Teil der Fälle von prolongiertem „Neugeborenenikterus“ ist hierher zu rechnen. Die ABO-Inkompatibilität als Lieferantin schwerer Verlaufsformen des M. h. n. wird aber heute noch weithin unterschätzt. Im Kinderkrankenhaus Schwabing mußten in den letzten Jahren 36% der wegen nachgewiesener Blutgruppeninkompatibilität vorgenommenen Austauschtransfusionen wegen ABO-Inkompatibilität durchgeführt werden.

Ein ABO-bedingter M. h. n. kann somit nur vorausgesehen werden, wenn während der Schwangerschaft grundsätzlich blutgruppenserologische Untersuchungen vorgenommen werden. Handelt es sich um die erste Schwangerschaft, so ist eine Untersuchung nicht vor dem 8. Monat sinnvoll. Ein negativer Befund zu diesem Zeitpunkt der Schwangerschaft schließt allerdings einen späteren M. h. n. nicht unbedingt aus.

Die Methode der Wahl, einen M. h. n. wirksam zu bekämpfen, ist die Austauschtransfusion. Sie sollte beim Neugeborenen immer durchgeführt werden, wenn die Hyperbilirubinämie — gleichgültig welcher Ätiologie — die 20-mg-%-Grenze überschreitet. Das dabei einzuwendende Risiko ist geringer als gemeinhin angenommen wird. Wir haben allein seit 1. Januar 1962 213 Austauschtransfusionen durchgeführt. Es starben dabei insgesamt 7 Kinder, also rund 3,3%, 2 davon waren ausgetragen und 3 Frühgeborene. Einige von ihnen wiesen als unmittelbare Todesursache intrakranielle Blutungen auf. Kernikerische Schäden stellten sich in der Folgezeit nur bei wenigen Kindern ein, die mehrere Tage verspätet in Behandlung gekommen waren (1%), bei allen anderen kam es zur ungestörten körperlichen und geistigen Entwicklung.

Die Prophylaxe des M. h. n. stellt somit eine der wesentlichen Aufgaben der Schwangerenbetreuung dar. Eine weitere ist die Ernährungsberatung — auch in pädiatrischer Sicht. Die alte Auffassung, der Foet hole sich gleichsam in der Rolle des Schmarotzers aus dem mütterlichen Körper alles was er braucht, ist durch die Erfahrung der Hungerjahre widerlegt worden, die z. B. 1944/45 in Holland zu einem nachweislichen Absinken der Geburtsgewichte, Geburtslängen und zu einem Anstieg der Frühgeburtsziffer geführt haben. Wir machten im eigenen Lande die Beobachtung, daß in der Notzeit nach dem Zweiten Weltkrieg der Erkrankungsbeginn der Rachitis zeitlich deutlich vorverlegt war. Ausgetragene Säuglinge erkrankten ähnlich früh an Rachitis wie Frühgeborene.

Der gesundheitliche Zustand der Mutter und ihre Ernährung ist also nicht gleichgültig für die Entwicklung der Frucht und das Gedeihen des Kindes. Der Kalorienbedarf steigt zwar in der Schwangerschaft nur um 20%, es besteht aber daneben ein Mehrbedarf an Eiweiß, Kalzium, Phosphor, Eisen, Vitamin A, B₁, B₂, Nikotinsäureamid, Vitamin C und D. Eigene Untersuchungen ergaben, daß hierzulande viele Frauen in die Schwangerschaft mit niederem Ca-Depot eintreten und mit schlechten Ernährungsgewohnheiten, was die wichtigsten Ca-Träger Milch und Milchprodukte angeht. Es konnte außerdem nachgewiesen werden, daß eine ausreichende Versorgung der Schwangeren mit Vitamin D die Wahrscheinlichkeit einer späteren rachitischen Er-

krankung erheblich senkt (pränatale Rachitisprophylaxe). Aber auch andere Vitamine sind von großer Bedeutung. Peer konnte nachweisen, daß die Verabfolgung von Vitamin C sowie von Vitaminen des B-Komplexes die Rate schwerer, erbbedingter Terata wie Lippenkiefergaumenspalte, Polydaktylie, Syndaktylie und Pes varus durch günstige Beeinflussung von bestimmten, im Genom der Keime begründeten Stoffwechselstörungen herabzusetzen vermag.

Eine weitere wichtige Aufgabe der Schwangerenberatung ist die möglichst intensive Betreuung diabetischer Mütter bzw. die Erkennung latenter diabetischer Stoffwechsellagen, verbunden mit einer optimalen Einstellung des Diabetes. Die Schwierigkeiten bei Schwangerschaften diabetischer Mütter nehmen eher zu als ab. Der Anteil an Fehl-, Tot- und Frühgeburten ist hier höher als bei Schwangerschaften gesunder Mütter. Optimale Resultate erfordern gerade hier eine enge Zusammenarbeit zwischen Geburtshelfern, Internisten und Pädiatern. Am gefährlichsten sind die ersten 12 Stunden nach der Geburt. Aus diesem Grunde sollten Kinder diabetischer Mütter prinzipiell unmittelbar nach der Geburt in die Kinderklinik verbracht werden.

Postnatal werden wir uns in vermehrtem Maße der Frühgeborenen annehmen müssen. Die Frühgeborenen stellen ja das Hauptkontingent der in der Neugeborenenperiode sterbenden Kinder. Es ist heute noch nicht allgemein bekannt, daß Frühgeborene mit Geburtsgewichten unter 1000 Gramm durchgebracht werden und auch zu gesunden Menschen heranwachsen können. Das Vorhandensein zahlenmäßig ausreichender, gut eingerichteter Frühgeborenenzentren ist für optimale Aufzuchtsergebnisse, die ihrerseits die Säuglingssterblichkeit merklich zu beeinflussen vermögen, unumgänglich notwendig. Als wichtige Voraussetzung für die Pflegeerfolge erwies sich hier ein schneller und sachgemäßer Transport vom Orte der Geburt in die Kinderklinik. Bayern war mit der Schaffung seiner Frühgeborenen-transport-Organisation in Deutschland richtungweisend. Sie wissen, daß bei uns jeder Landkreis über mindestens einen Transportinkubator verfügt und über entsprechend geschultes Transportpersonal des Bayerischen Roten Kreuzes, das die Transporte seit Jahren erfolgreich durchführt.

Bayern hat weiterhin auf dem Gebiete der Rachitisvorbeugung große Erfolge zu verzeichnen. Seit mehr als 10 Jahren hat sich der sogenannte Frühstoß bewährt, der am Ende der ersten Lebenswoche beim ausgetragenen Kind mit 10 mg Vitamin D₃ verabfolgt wird. Wir hatten die Genugtuung zu erfahren, daß die Rachitis in Bayern erheblich seltener in Erscheinung tritt als z. B. in Nordrhein-Westfalen. Die rachitogene Tetanie trat 1961 in Köln 17mal häufiger auf als in München (PACHE und SEILER). Einen großen Anteil an diesem Erfolg hat unsere Gesundheitsbehörde, die die Hebammen anhielt und ermächtigte, den Frühstoß in

Analogie zur Credéschen Prophylaxe als einmalige Handlung von sich aus zu verabfolgen.

Die erfolgreiche Bekämpfung der Rachitis hat, wenn auch keinen unmittelbaren, so doch einen mittelbaren Einfluß auf die Säuglingssterblichkeit, da sie im Verein mit anderen Erkrankungen, z. B. der Pneumonie, deren Gefährlichkeit erheblich erhöht.

Beides, die erste Frühgeborenenversorgung und der Frühstoß, erfordern die Initiative des Geburtshelfers. Der Kinderarzt bedarf aber noch in anderer Hinsicht seiner Hilfe, nämlich bei der Förderung des Stillens, das ganz allgemein ärztlicherseits aber auch von amtlicher Stelle dringend stärker propagiert werden sollte. Es besteht trotz der jetzt zur Verfügung stehenden hochentwickelten künstlichen Säuglingsnahrungen auch heute noch kein Zweifel darüber, daß das gestillte Kind den Fährnissen des ersten Lebensjahres, vor allem jeder Infektbedrohung, besser gewachsen ist, als das künstlich ernährte. Die Angst vor der Mastitis, heutzutage verstärkt durch den gefürchteten bakteriellen Hospitalismus, und der Personalmangel in den Gebäranstalten, darf nicht dazu führen, das Stillen von vorne herein zu sabotieren. Die zunehmende Verlagerung der Geburten in die Anstalten war dem Stillen nicht förderlich, selbstverständlich auch nicht die leidige zunehmende Berufstätigkeit der Mütter. Es ist erschreckend zu wissen, daß heute mehr als 50% der Säuglinge praktisch überhaupt nicht mehr und länger als 3 Monate nur mehr in Ausnahmefällen gestillt werden.

Diese Beobachtung ist eine große Sorge für jeden Arzt, der sich mit der postneonatalen Betreuung des Säuglings befaßt. In diesem Zusammenhang wäre dringend zu wünschen, daß die Honorierung der regelmäßigen ärztlichen Überwachung des gesunden Säuglings und Kleinkindes einschließlich der notwendigen Impfungen von den Kassen in angemessener Weise übernommen würde. Diese wichtige Aufgabe der Prophylaxe, die in anderen Ländern 60—70% der Tätigkeit der Kinderärzte ausmacht, kann von den amtlichen Mütterberatungen allein nicht in optimaler Weise bewältigt werden.

Abschließend möchte ich der Hoffnung Ausdruck geben, daß es den vereinten Bemühungen der Ärzteschaft und des öffentlichen Gesundheitsdienstes gelingen möge, durch die bereits getroffenen und die noch in Planung begriffenen Maßnahmen weitere Erfolge in der Betreuung von Mutter und Kind zu erzielen, eine Aufgabe, zu deren Bewältigung die USA eine eigene, mächtige, vom Staat getragene Organisation neben dem öffentlichen Gesundheitsdienst in Gestalt des Childrens Bureau geschaffen haben. Wohl keine andere Sparte ärztlicher Tätigkeit und gesundheitspolitischer Handels verfügt über gleich zuverlässige Indikatoren ihrer Wirksamkeit, wie sie uns hier vor Augen stehen: Die Müttersterblichkeit und die Säuglingssterblichkeit.

RECORSAN[®]

RECORSAN-LIQUID. c. Rutin
zur Crataegus - Kombinationstherapie des Altersherzens

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

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

Der Arzt in unserer Zeit*)

Von Dr. Ernst Fr a m m, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages



Zu allen Zeiten hat die Ärzte, aber auch andere Beobachter die Frage beschäftigt: Welche Stellung nimmt der Arzt innerhalb der Gesellschaft ein, in der er lebt?

Diese Frage entspringt nicht nur einer natürlichen Neugierde, der wir schon im Märchen begegnen, in welchem die Königin fragt: „Spieglein, Spieglein an der Wand, wer ist die Schönste im ganzen Land?“, sondern sie belehrt denjenigen, der die Antwort erhält, über seinen Standort.

Nun sind die märchenhaften Zeiten, in denen einem der Spiegel besagt, wie angesehen man ist oder nicht, zwar im mythologischen Sinne vorbel, aber die Zahl derer, die sich berufen fühlen, über alles und jedes ihr Urteil abzugeben und Zensuren zu erteilen, ist in dem Maße gestiegen, wie der Respekt von hierarchischen Rangordnungen gesunken ist. Wer es heute ganz genau wissen will, wie man über ihn denkt, der wählt den leichteren Weg der demoskopischen Befragung. Er bedient sich also jener Erfindung, die angeblich völlig objektiv und mathematisch-statistisch gesichert Repräsentativaussagen erfassen kann.

Man mag zu solchen Befragungen und zu der Kraft ihrer Aussagewertigkeit stehen, wie man will, eins ist sicher: Sie erlauben sicherlich einen relativen Vergleich, da ja bei gleicher Fragetechnik zumindestens die Fehlerquellen gleich verteilt sind.

Erst kürzlich ist in England bei einer Befragung herausgekommen, daß der Arztberuf im Ansehen weit an der Spitze rangiert. Dieses Ergebnis reiht sich in eine Reihe durchaus ähnlicher Ergebnisse ein, aus welchen ich ein weiteres Resultat aus jüngster Zeit für erwähnenswert halte. Es lautet: „Die Angehörigen der freien Berufe wäsen den größten Prozentsatz von Mitgliedern auf, die sich in ihrem Beruf wohl fühlen.“ — Es folgen die Beamten und nach ihnen die Landwirte.

Man müßte jetzt folgern, daß die Mehrzahl der Ärzte sich eines hohen Ansehens erfreut und daß sie sich wahrscheinlich nicht zuletzt aus diesem Grund in ihrem Beruf wohl fühlen.

Diese lapidare Feststellung, die zwar leicht gesagt, aber schwer zu beweisen ist, möchte ich jetzt auf ihre Berechtigung prüfen.

Zunächst einmal in bezug auf unsere Zeit und dabei mit einem Blick auf die Vergangenheit.

Ich muß das deshalb, weil sehr viele Autoren immer wieder feststellen, das ärztliche Ansehen sei außerordentlich gering und zum anderen sei es im Vergleich zur Vergangenheit sehr gesunken. — Gestatten Sie mir, bei der Vergangenheit zu beginnen:

Leider besitzen wir keine vergleichbaren Befragungen von demoskopischen Instituten, aber es gibt Zeugnisse — in der Literatur, in der Satire, Aussagen der Ärzte selbst und nicht zuletzt gesetzgeberische Äußerungen —, die gewisse Rückschlüsse darüber zulassen, wie denn der Arzt seiner Zeit, also im Altertum, im Mittelalter und in der Neuzeit, angesehen war.

Es wird gerne darauf hingewiesen, daß der Arzt im Altertum „göttliche Ehren“ besaß. Das ist ohne Zweifel richtig. Es drängt sich bei dieser Gelegenheit geradezu der Vergleich mit dem Medizinmann primitiver Stämme in unserer Zeit auf, von dem man sicherlich ähnliches sagen kann. Diese „göttlichen Ehren“ sind ein logischer Reflex des Krankheitsbegriffes. Ja, wo Krankheit als Strafe der Götter gesehen wird oder mit Dämonen identifiziert wird, hat sie ihre Heimat im transzendenten, religiösen, mystischen Bereich. Derjenige, der sie meistern und abwehren kann, muß folgerichtig ein Übermensch sein, ja, wer die Bösen tötet oder beschwört, muß göttliche Kraft besitzen. Sein Ansehen muß also in jener Kategorie beheimatet sein, die den Göttern oder den Götzen vorbehalten ist.

Es liegt auf der Hand, daß diese Ebene des Ansehens, die später teilweise auf die Priesterärzte übergegangen ist, sich in den Zeiten einer wissenschaftlichen Medizin und einer echten Religiosität nicht mehr behaupten kann. So scheint es mir geradezu zwingend, daß durch die Trennung der Bereiche des Priesters und des Arztes das göttliche Ansehen vom Arzt abnehmen mußte und daß er sein Ansehen von anderen Quellen beziehen mußte. Dabei gestatten Sie mir die Nebenbemerkung, daß es in Zeiten hohen ärztlichen Ansehens im Altertum trotzdem möglich war, sich Sklavenärzte zu halten, wie das Beispiel der Römer lehrt. Ebenso instruktiv ist es allerdings, daß diese Sklavenärzte von ihren Herren sehr bald in den Stand der „Freien“ versetzt wurden. Man hat vermutlich erfahren oder gespürt, daß ein Arzt, der den Stand eines Sklaven hat, sehr viel weniger wert ist und sehr viel weniger wirkungsvoll sein kann, als ein Arzt, der dem Stand der Freien angehört.

Sie alle wissen, meine sehr verehrten Damen und Herren, daß der „Freie Beruf“ der Beruf ist, der den „Freien“ vorbehalten war, und Sie wissen auch, daß es im Altertum als Zeichen der Unfreiheit galt, wenn man seinen Lebensunterhalt durch Arbeit verdiente und daß das ärztliche Handeln und ärztliche Kunst in diesem Sinne damals nicht als erniedrigende Arbeit angesehen wurden, sondern als eine Tätigkeit, die des freien Mannes würdig war.

Diese Konstellation, wie gesagt, war im Mittelalter nicht mehr gegeben, und die Ärzte mußten eine andere,

*) Festvortrag bei der Eröffnung des 17. Bayerischen Ärztetages in Oberstdorf.

auch schon im Altertum entwickelte Wurzel des Ansehens pflegen und entdecken. Das ist die Wurzel des Wissens. Überall, in vielen Sprachstämmen, ist das Wort „Arzt“ identisch mit der Bedeutung „der Wissende“, und es ist eine alte Tatsache, daß Wissen, und zwar besonderes Wissen, tieferes Wissen, Ansehen verleiht. Noch heute werden in vielen Ländern des Ostens, besonders in Asien, die Lehrer hoch verehrt. Das konkrete Wissen, das ärztliche Wissen des Mittelalters war vielleicht nicht immer geeignet, überzeugende medizinische Leistungen hervorzubringen, und so bemerken wir sehr häufig den Versuch bei damaligen Ärzten, das aus dem Wissen allein nicht zu schöpfende und rechtzufertigende Ansehen durch einen Zusatz von Alchemie, Astrologie und vielfachen Geheimkünsten aufzubessern. In dem Maße, wie es dann gelang, an den Aberglauben der Mitmenschen zu appellieren, gelang es auch, mehr oder weniger Ansehen, wenn nicht gar Angst und Grauen zu erwecken. Das Bemühen dieser damaligen Ärzte war auch entsprechend auf eine Demonstration von übersinnlichen Kräften und Macht ausgerichtet.

Dieser reine Appell an den Aberglauben ist zu keiner Zeit, auch nicht im Zeitalter der Aufklärung, völlig aus der Medizin verschwunden. Auch in unseren Tagen erfüllen uns Beispiele dieser Haltung mit Scham und Zorn.

Aber zurück zur Frage: Waren diese Ärzte angesehen? Hatten sie eine angesehene Stellung in der Gesellschaft und waren ihre Einkünfte beachtlich?

Natürlich hat es zu allen Zeiten einzelne gegeben, über deren materiellen Erfolg berichtet wird. Sicherlich sind sie genauso wenig beispielhaft für ihren gesamten Stand, sofern man überhaupt von einem solchen sprechen konnte, wie heute.

Gestatten Sie mir einige nüchterne Beispiele, die jene etwas fernliegende Zeit des 14., 15. und 16. Jahrhunderts erhellen mögen: Von dem großen Paracelsus wissen wir, daß er zeitlebens in Bedrängnis gelebt hat. Von den Professoren der Medizinischen Fakultäten wissen wir, daß ihre Gehälter sehr dürftig waren. Die Gehälter der Mediziner standen denen der Theologen und Juristen im allgemeinen nach. Demgegenüber wird uns glaubhaft berichtet, daß wohlhabende Studenten Pluderhosen trugen, die hundert Gulden wert waren, während der Student für seine Vollpension 38 Gulden im ganzen Jahr bezahlte. Das Gehalt eines Professors betrug etwa 200 Gulden zu dieser Zeit. Am Rande sei bemerkt, daß zu jener Zeit an manchen Unversitäten der Rektor ein Student war. Diese frappante Konstruktion hat ihren Ursprung darin, daß die Studenten mit ihren Geldern die Universität weitgehend finanzierten und daher auch das Recht für sich in Anspruch nahmen, in der Selbstverwaltung ein maßgebendes Wort mitzureden. Von manchen Stadtärzten sind uns Gehälter bekannt, die keineswegs einen besonders hohen Lebensstandard ermöglichten und die denen der Handwerker meistens nachstanden. Von Schiffsärzten wissen wir aus überkommenen Verträgen, daß sie verpflichtet waren, der Schiffsbesatzung einmal wöchentlich den Bart zu scheren und beim Kapitän diese hohe Pflicht allerdings jeden Tag wahrzunehmen. Noch 1798 wies ein englischer Kapitän den vom Staat verpflichteten Schiffsarzt von Bord, weil er selbst die notwendigen

Kenntnisse zu besitzen glaubte, und von einem englischen Admiral wissen wir, daß er sich in schwierigen Gewässern weigerte, wegen eines über Bord gefallenen Chirurgen das Schiff zu stoppen, da er an Bord doch nur unnütz gewesen wäre.

Diese köstlichen Proben der Bewertung des Arztes durch Militärpersonen verdanken wir den Forschungen des Medizinhistorikers SCHADEWALDT. Ich darf sie um das Beispiel des Arztes Friedrich Schiller erweitern, der als Militärarzt vor die Frage gestellt, das Skalpell mit der Feder vertauschen zu müssen, sich unter persönlicher Gefahr für das letztere entschied. Uns ist auch nicht bekanntgeworden aus seinem Munde, daß er seiner ärztlichen Tätigkeit jemals wehmütig gedacht hätte.

Der große Aufschwung ärztlichen Ansehens wird gerne in die Zeit zurückverlegt, in der die großen naturwissenschaftlichen Entdeckungen die Medizin aus dem Dunkel einer mystischen Spekulationsphilosophie mit einem Schuß empirischen Handwerks in den Rang reiner Wissenschaftlichkeit emporhoben. Ohne Zweifel haben die großen Taten der Ärzte des 19. Jahrhunderts den Grundstein zu einem breiteren, nicht nur auf einzelne bezogenen ärztlichen Ansehens gelegt. Dazu kommt aber noch etwas sehr Wesentliches, das m. E. das Ansehen des Arztes in jener Zeit und von jener Zeit an kontinuierlich, wie ich glaube, erhoben hat: Das ist die Verbesserung seiner Ausbildung und die damit verbundene zwangsläufige Anhebung des Durchschnittsniveaus aller Ärzte, und das ist ferner eine Folge des ständigen Eindringens ordnender Faktoren in das Berufsbild und das Standesleben der immer größer werdenden Zahl der Ärzte. In dem Maße, wie das Wissen des Arztes und sein Können auf solidere Grundlagen gestellt werden und in dem Maße, wie durch ein geeignetes Studium und durch ein den sittlichen Hochstand garantierendes ärztliches Vereins- und Ehrengerichtswesen die Öffentlichkeit das Vertrauen haben konnte, daß jeder, der sich Arzt nennen durfte, neben den allgemeinen Pflichten jedes Staatsbürgers noch die zusätzliche Pflicht seiner Berufsethik auf sich zu nehmen gewillt und gezwungen war, in dem Maße wuchs das Ansehen und das Vertrauen zu der Masse der Ärzte. Das, was früher einzelne, hervorragende Ärzte sich individuell durch Leistung erkämpft hatten, konnte jetzt bis zu einem gewissen Grade auf die Gesamtheit der einander ebenbürtigen Mitglieder dieses gebildeten Standes ausgebreitet werden. Mit diesem Prozeß geht aber nicht automatisch die Verbesserung der materiellen Situation einher. Es ist ein Trugschluß zu glauben, daß unsere Vorväter im 19. Jahrhundert im Durchschnitt sehr hohe Einkommen gehabt hätten. Vergleiche sind schwer, weil genaue Zahlen selten vorliegen, da die wirtschaftliche Struktur jener Tage sich von der heutigen außerordentlich unterschied. Aber soviel darf gesagt werden: Der Durchschnittsarzt jener Zeiten der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts und auch Anfang des 20. Jahrhunderts gehörte dem Bürgertum an, genoß das Ansehen eines Bürgers und hatte die Lebensansprüche eines bescheidenen Bürgers. Wenn er diese Lebensansprüche befriedigen wollte, mußte er auch nach den Begriffen der damaligen Zeit viel und schwer arbeiten, Tag und Nacht bereit sein, weite Wege machen und praktisch die ärztliche Betreuung der Armen als selbstverständliche Ehrenpflicht mitleisten.

Ich habe keine greifbaren Unterlagen dafür, daß das Äquivalent aus den Einnahmen der Privatpraxis wirklich so bedeutend war, wie es manche Zeitgenossen in der Verklärung jener Jahre sehen möchten. Vergessen wir nicht, daß die Zeit des industriellen Aufstiegs die Zeit des Proletariats war, daß eine relativ kleine Zahl von Wohlhabenden einer sehr großen Zahl von Armen gegenüberstand, und ich kann mir volkswirtschaftlich sehr schwer ausrechnen, wie unsere Kollegen in den damaligen Jahren bei dieser ökonomischen Kraft der Gesamtbevölkerung als Durchschnittsärzte zu bedeutenden Durchschnittseinkommen gekommen sind. Ich kenne aber sehr viele schriftliche Äußerungen von Ärztereinen und Petitionen an die Regierungen, die darauf hinweisen, daß die Ärzte der damaligen Zeit in wirtschaftlicher Bedrängnis lebten.

Ein anderes Beispiel der Stellung unserer Kollegen in der Gesellschaft mag ihre Anerkennung und Behandlung durch die Regierung bieten. Wir lesen, daß der Deutsche Ärztevereinsbund auf den Deutschen Ärztetagen wiederholt beschloß, nach der Gründung des Deutschen Reiches nun auch Berufskammern auf dieser Ebene zu schaffen, um eine einheitliche Ärzteordnung zu erlauben.

Seit dem ersten Deutschen Ärztetag, 1873 zu Wiesbaden, ist diese Forderung immer wieder erhoben worden und letztmalig 1931 in Köln. Stimmt es nicht nachdenklich, daß im Zeitalter eines Rudolph Virchow, eines Robert Koch, eines Pettenkofer, eines Billroth, eines von Bergmann, eines Gräfe, um nur einige wenige der zahllosen leuchtenden Sterne am Himmel der damaligen Medizin zu nennen, daß in jenem Zeitalter höchsten Ansehens der medizinischen Wissenschaft in Deutschland der Ärztestand von der Reichsregierung praktisch nicht angehört wurde und daß der Reichskanzler, von Bismarck, Anträge des Ärztetages durch seinen Staatssekretär dahingehend beantwortet ließ, daß kein Bedürfnis für eine reichs-einheitliche Regelung des Arztrechts und der ärztlichen Berufspflichten und der ärztlichen Berufsvertretungen bestünde, weil dieses Sache der Länder sei.

Wollen Sie es mir bitte nachsehen, meine verehrten Kolleginnen und Kollegen, liebe Gäste, daß ich mit einem gewissen Gefühl der Befriedigung ausführe, daß die Ärzteschaft der Bundesrepublik auf ihren Ärztetagen zweimal den Präsidenten der Bundesrepublik begrüßen konnte, den Präsidenten des Bundestages, sowie Bundesminister, und, auf dem Ärztetag in Mannheim 1963, den Bundeskanzler Adenauer, der aus der Hand ihres Repräsentanten das Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft entgegennahm. Ich darf erwähnen, daß es ihrem Repräsentanten auch in kritischer Stunde möglich war, mehrfach persönlich beim Bundeskanzler vorstellig zu werden und daß auch der jetzige Bundeskanzler, Professor Erhard, kurz vor der Übernahme seines Amtes Wert darauf legte, einen Gedankenaustausch mit ihrer Standsvertretung zu pflegen, und daß das Parlament und die Regierung sich längst daran gewöhnt haben Fragen der Gesundheitsgesetzgebung mit den Vertretern des ärztlichen Berufes zu diskutieren.

Selbst hier, im Bayernland, haben Sie es oft genug demonstriert, welch Ansehen Ihre Ärzteschaft in der Öffentlichkeit, beim Parlament, bei der Regierung und

in anderen Gremien besitzt, so daß ich diejenigen, die so häufig feststellen, die Ärzte seien achtlos und ohne Ansehen, ja man ginge über sie zur Tagesordnung hinweg, weil sie ihre Wünsche mit überholten traditionellen Mitteln vertreten, doch bitten möchte, einmal zu überlegen, ob die wenigen Beispiele, die ich aus der Jetztzeit nannte, nicht auch ein erhebliches Stück Ansehen und Anerkennung des Arztes in unserer heutigen Gesellschaft und unserer heutigen Zeit darstellen, in einem Maße, das keine Vorgänger in der Vergangenheit besitzt und das auch jenseits der Grenzen unseres Vaterlandes beachtet und bewundert wird.

Und damit gestatten Sie mir, einen Blick über unsere Grenzen zu tun. Denn die von mir behandelten Fragen sind keineswegs auf unser Vaterland beschränkt, ja sie sind nicht einmal auf unseren Berufsstand allein bezogen; auch außerhalb Europas prüft man immer wieder die Frage: Hat der Arzt noch das Ansehen seiner Vorfahren, hat er die Stellung in der Gesellschaft, die ihm zukommt?

Für die USA möchte ich sagen, daß das Ansehen der Ärzte, verglichen mit dem ihrer Vorfahren um die Jahrhundertwende, zigfach gestiegen ist. Die Gründe dafür in Kürze: Die klarsichtige und konsequente Reform der Medical Schools zu Beginn des 20. Jahrhunderts nach dem Flexner-Report. — FLEXNER, ein Hygieniker, bereiste im Auftrag der American Medical Association, des Berufsverbandes der amerikanischen Ärzte also, sämtliche Ausbildungsstätten.

Er machte am Ende seiner Besichtigungsreise einen Vorschlag, der die Mindestnormen für diese Ausbildungsstätten enthielt. Er schlug vor, einen gewissen Teil der Schulen zu schließen, einem anderen Teil die Auflage zu erteilen, auf das gewünschte Niveau aufzusteigen, um erst dann die Erlaubnis zu erhalten, weiterzumachen, und einen geringen Teil befand er als vorbildlich und einwandfrei. Mit dieser drastischen, klaren und vernünftigen Maßnahme auf Wunsch des Berufsstandes ist dann das eingetreten, was wir heute erleben: Eine gut organisierte Ärzteschaft, die auf eine qualifizierte Ausbildung pochen kann, hat in 6 Jahrzehnten eine angesehene Position innerhalb ihrer Nation, ja innerhalb der zivilisierten Welt aufgebaut.

Der mir befreundete Präsident des Weltärztebundes, der Präsident der American Medical Association, Edward Annis, hat mir berichtet, daß Präsident Johnson im Gespräch einmal gesagt habe: „Ihr Ärzte in der AMA seid neben den Gewerkschaften die mächtigste und bestorganisierte Gruppe.“

Ich habe bei meiner Arbeit im Weltärztebund und innerhalb der Ärzteschaften der EWG gefunden, daß das Ansehen, fachliches Niveau und materielles Niveau nicht zuletzt von zwei Faktoren abhängig sind, nämlich von der Stellung des organisierten Ärztestandes im Staat und in der Gesetzgebung, und von der wirtschaftlichen Kraft der gesamten Volkswirtschaft.

Beim letzteren muß ich jedoch eine Einschränkung machen. Ich habe Länder gesehen, deren Bevölkerung arm ist und in denen eine zahlenmäßig geringe Ärzteschaft einen relativ hohen Standard hielt. Diesen Ländern gemeinsam war ein Problem: Solche Ärzte gab es immer nur in den Hauptstädten oder in anderen

großen Städten; auf dem flachen Lande gab es überhaupt keine Ärzte oder aber andere Kategorien von Heilpersonen.

Dann habe ich eine weitere Feststellung machen können: Da, wo der Arzt zahlenmäßig im Überfluß vorhanden zu sein scheint, sinkt sein Einfluß, ja manchmal auch sein Standard. Diese Tatsache scheint im Gegensatz zu der Theorie zu stehen, daß zahlenmäßig große Gruppen in der heutigen Massengesellschaft Einfluß besitzen. Verfechter dieser Theorie übersehen, glaube ich, daß selbst in zivilisierten Ländern die Zahl der Ärzte an sich Promilligrößen nicht übersteigt. Aber der im Überangebot befindliche Arzt läuft stets Gefahr, daß die Einigkeit seines Standes unter der Belastung des Existenzkampfes zerbricht und er dann ein Opfer derjenigen Machtgruppen wird, die Gesundheitspolitik mit billigen, abhängigen Ärzten betreiben.

Ich habe auch gefunden, daß die Stellung des Arztes zu seiner Sozialversicherung und darunter besonders zur sozialen Krankenversicherung Einfluß auf sein Ansehen und seine Gesamtsituation haben kann. Ich kenne Länder, in denen der Einfluß der sozialen Krankenversicherung bis in die Facharztanerkennung reicht. So hatte ich jüngst ein Dokument in der Hand, in dem es hieß: „Das Fach (ich glaube, es war Rheumatologie) ist von den Ärztekammern anerkannt, jedoch noch nicht von den Krankenkassen.“

Dieses Beispiel können Sie nur dann ganz begreifen, wenn Sie wissen, daß in diesem Lande der Facharzt für seine Leistung einen mehrfachen Betrag erhält als der Praktiker für die gleiche Leistung. Die Anerkennung einer neuen Facharztbezeichnung bedeutet also für den Kostenträger, daß nunmehr alle Ärzte als Fachärzte für ihre Leistungen zwei-, drei- oder vierfach zu honorieren sind. Sie können sich vorstellen, wie sehr die Krankenkassen in diesen Ländern daran interessiert sind, daß möglichst wenig neue Spezialitäten entstehen und in der Tat haben sie ein erhebliches Mitspracherecht bei der Anerkennung einer Spezialität. — Dieses Beispiel entnehme ich aus Frankreich.

In Italien kämpfen die Ärzte darum, zu den Krankenkassen und zu deren eigenen Einrichtungen, den Polikliniken und Ambulanzen, zugelassen zu werden. Bisher hat die Ärztekammer ein Vorschlagsrecht für Bewerber, aus denen sie sich einen aussucht. Die Forderung der italienischen Ärzte um generelle Zulassung eines jeden Arztes hat sich noch nicht verwirklichen lassen. Sie wird von den Krankenkassen mit der Forderung und Änderung der Ausbildung des Arztes durch zwei zusätzliche klinische Jahre beantwortet.

Wir sehen hier also, wie eine zur Zahlung von Leistungen verpflichtete Organisation versicherter Patienten systematisch in die Gestaltung des ärztlichen Berufsbildes eindringt, und ich verrate Ihnen, meine sehr verehrten Anwesenden, ja kein Geheimnis, wenn ich Ihnen sage, daß auch in unserem Vaterlande Sozialpolitiker und solche, die es zu sein glauben, durch diese ausländischen Vorbilder animiert, unser ärztliches Wirken normieren und bis in die Einzelheiten beeinflussen möchten. Nur so können Sie die bienenemssigen Bemühungen von Krankenkassenverbänden um die Gestaltung von Gebührenordnungen verstehen. Einige dieser Autoren besitzen die Geschmacklosigkeit, ihr Tun damit zu motivieren, daß sie Gerechtigkeit in den Ärzte-

stand hineintragen wollen, indem sie in unserer Gebührenordnung herumfuhrwerken, wie „ein Mann mit einer Stange im Nebel“, so hat sich vor kurzem unsere Frau Gesundheitsministerin in einem anderen Zusammenhang ausgedrückt und damit hat sie den Nagel auf den Kopf getroffen. Nur ein völliger Laie in Gebührenordnungsfragen kann den Mut oder die Anmaßung besitzen, auf diesem Gebiet ohne den sachverständigen Rat erfahrener Ärzte tätig zu werden. Wer auf diesem Gebiet den Ärzten helfen will, muß ihnen, wie es die Bundesärzteordnung vorsieht, selbst Gelegenheit geben, ihre Gebührenordnung weitgehend zu gestalten.

Wer aber die Gebührenordnung als ein Mittel zum Zweck der Beherrschung des Ärztestandes — und ich betone, des gesamten Ärztestandes, denn wohl jeder Arzt kommt mehr oder weniger mit einer Gebührenordnung in Berührung — mißbrauchen will, der interpretiert sie wie Dr. Schmatz und Dr. Matzke in der Zeitschrift „Die Ortskrankenkasse“. Er stellt dann alles in Frage mit der Begründung: Wir leben in einer Industriegesellschaft, und die Zeiten haben sich eben geändert, wozu soll es noch Mindest- und Höchstsätze geben und warum soll nicht eine Einheitsgebührenordnung verbindlich für alle ärztlichen Tätigkeiten sein, einschließlich der Privatpraxis? Einheitliche Gebührenordnung mit einheitlichen Sätzen für alle Tätigkeiten für alle Kostenträger — das ist das Bild, das manche in unserem sozialen Rechtsstaat in ihrem Busen tragen, die die Stirn haben zu behaupten, sie wollten dem freien Beruf des Arztes seine Existenz erhalten, ja sie wollten ihn fördern!

Es gibt Länder, die solche Systeme exerzieren. Sie pflegen damit allerdings konsequent den Arzt in ein Angestellten- oder Beamtenverhältnis zu zwingen und haben damit dann das Problem der Gebührenordnung endgültig gelöst. Die Stellung eines solchen Arztes in der Gesellschaft ist die eines abhängigen Menschen mit allen daraus resultierenden Folgen.

Neben dem Unbehagen, das die Ärzte selbst, die von einem solchen Schicksal betroffen sind, empfinden, ist fast regelmäßig ein ungeheurer Ansehensverlust bei der Bevölkerung zu verzeichnen. Ich glaube aber, daß es politische Kräfte gibt, die geradezu dieses Ziel anstreben, weil in ihrer Konzeption des bürokratisch regierten Ameisenstaates ein relativ unabhängiger, freiberuflich tätiger, selbstbewußter Stand keinen Lebensraum hat. Da sie selbst kein Ansehen haben, sondern bestenfalls mit Schrecken regieren, ist ihnen der Gedanke von Menschen, die von Verehrung und Ansehen der Bevölkerung getragen werden, unheimlich. Wehe dem Ärztestand, der in die Hände solcher Menschen gerät.

Aber ihr Vorkommen ist nicht geographisch begrenzt. Diese Menschen übersehen, daß ein Arzt, den man eines Teiles seines Ansehens beraubt, zwar gefügiger werden kann, daß er aber die wirksamste Essenz nicht mehr besitzt und das ist die Ausstrahlung auf den Patienten, der sich einer Person, oder noch besser einer Persönlichkeit anvertrauen will, von der er fühlt oder hofft, daß sie unabhängig von den immer mächtiger werden den Gruppierungen unserer modernen Gesellschaft ist. Jene Gruppierung, die so simplifizierend die Menschen in Arbeitnehmer und Arbeitgeber einteilt und in deren Schema der Freiberufler, der weder das eine noch das

andere ist, so gar keinen Platz hat. Ihm aber, diesem unabhängigen Menschen, der nicht im Auftrag der einen oder der anderen Gruppe handelt, will sich der Mensch anvertrauen. Ihn will er aufsuchen in der Intimität der Sprechstunde, jenen letzten Widerstandsnestern einer individuellen Begegnung in unserem Massenzeitalter.

Zum Freiberufler und zu seinem Ansehen und zu seiner Stellung in der Gesellschaft gehört auch die Spannung des Risikos und der Entfaltung. Der Tüchtige und Fleißige, und — sagen wir es offen — auch Glückliche, wird jene Zufriedenheit und Sicherheit ausstrahlen können, die dem Patienten in seiner Bedrängnis so sehr viel geben kann, die ihn veranlaßt aufzusehen zu diesem Arzt und ihn veranlaßt, ihn für beneidenswert und angesehen zu halten. Weil er sehr richtig spürt, daß beide Tatsachen zueinander passen, nämlich die innere Befriedigung, die ein Angehöriger des freien Berufes empfindet, und sein Ansehen, das daraus resultiert.

Wie vertragen sich aber diese Darstellungen, die ich hier fragmentarisch und aphoristisch ausbreiten durfte, mit jenen ernstgemeinten Mahnungen vom Ansehensverlust, von der Krise und von dem Niedergang des Ärztestandes?

Ich habe gefunden, daß alle diese Autoren, die so etwas schreiben, eines gemeinsam haben, sie huldigen mehr oder weniger einem Weltschmerz, der den kontinuierlichen Verlust jeglicher Sitte und Gesittung, jeglicher Ordnung und jeglicher Ideale ihrer Berufsgenossen, aber auch der Mitmenschen und der Jugend im allgemeinen feststellt. Gleichzeitig verklären sie und idealisieren sie vergangene Zeiten in einer vom Wunschenken bestimmten Anschauung. Die gute alte Zeit, die, wollte man diesen Autoren Glauben schenken, nur aus idealen Menschen bestanden haben muß, aus Herrschenden und Dienenden, wobei die Herrschenden, zu denen natürlich der Arzt gehören mußte, absolute Autoritäten, aber auch absolute Qualitäten besaßen, so wie es sich einem Befehlenden geziemt. In dieses Weltbild wollen mir so gar nicht die Bürgerkriege, die Bauernkriege, die Revolutionen, Reformationen und die Berichte über das Leid gesellschaftlicher Ächtung hineinpasse, Probleme, die in der sozialkritischen Literatur und Dramaturgie ihren Niederschlag gefunden haben und vor denen wir heute — das zeigen die Bühnenaufführungen der Werke von Gerhard Hauptmann und Ibsen — fast verständnislos stehen, weil wir nicht mehr recht begreifen können, warum eine geschiedene Frau sich das Leben nehmen muß und warum ein kranker Arbeiter sich demütigen lassen muß, um seine Familie vor dem Verhungern zu bewahren.

In jener erklärten alten Zeit mußte sich der Arzt, unser Vorfahre, einen Gewerbeschein holen, da er ein „Gewerbe“ ausübte. Er mußte versuchen, in einem Einzelvertrag zu der Behandlung der Krankenversicherten zugelassen zu werden, und er mußte gelegentlich mit Geschick und Anpassungsfähigkeit das Wohlwollen seiner einflußreichen Privatklientel erwerben. In jener Zeit ist ihm der arme Patient sicherlich demütig und bedrückt entgegengetreten. Ich kann mir nicht vorstellen, daß unsere Vorväter bei einer solchen Begegnung ein erhebendes Gefühl von Macht oder sozialen Ansehens gespürt haben. Genauso demütig trat nämlich der Soldat dem Offizier entgegen, das Dienstmäd-

chen der Madam, der Schüler dem Lehrer, der Lehrling seinem Meister, kurzum, der Abhängige seinem Vorgesetzten.

Nun haben aber gerade unsere Vorväter, und nicht die Schlechtesten unter ihnen, die Fragwürdigkeit dieser Ordnung bekämpft, ohne dabei unbedingt einer sozialistischen Ideologie zu huldigen. Es scheint mir nun verschwommen zu sein, wenn man die veränderte soziale Struktur unserer Bevölkerung in einer Aufstiegs-gesellschaft, die naturgemäß in einer Diminuirung der sozialen Abstände sich widerspiegelt, in einem unlogischen Relativismus als Ansehensverlust desjenigen bezeichnet, der zwar auf die nächste Gesellschaftsklasse nicht mehr sehr weit herabschauen kann, der dafür aber auch den Vorzug genießt, selbst nicht sehr weit nach oben blicken zu müssen oder in demütigender Haltung die Weisungen der ihm wiederum deutlich sichtbar Übergeordneten entgegenzunehmen. Mit anderen Worten: Die Abstände sind geringer geworden, aber sie sind es für uns alle. Der Verlust der Exklusivität ist verbunden mit dem Gewinn eines gewissen sozialen Friedens. Wir befinden uns mitten in dieser Anpassungsperiode und sie verläuft nicht ohne Extreme. Zu alien Zeiten hat der Knecht von gestern als Herr von heute eine wenig glückliche Rolle gespielt. Aber der Arzt steht, glaube ich, nach wie vor auf seinem gesunden Mittelplatz zwischen oben und unten, und er hat es nicht selten erreicht, weit in die Führungsschicht aufzusteigen, die ihm aufgrund seiner Bildung, seiner Leistung und seines Ansehens gebührt.

Ich glaube, daß diejenigen, die sich gelegentlich darüber beklagen, daß die Patienten zu anspruchsvoll und wenig respektvoll vor ihnen stehen, nun dieses alles als eine Folge unserer sozialen Krankenversicherung, die ich keineswegs für vollkommen halte, ansuldigen, doch gelegentlich übersehen, daß wir heute andere Formen der Begegnung finden und daß die Ausnahme, das berechnete Ärgernis im Einzelfall, nicht darüber hinwegtäuschen kann, daß zwischen dem Arzt und seinem Patienten in der Mehrzahl ein gesundes Vertrauensverhältnis besteht, das auch davon profitiert, daß jeder Mensch in diesem Land aufrecht und ohne materielle Sorgen zu seinem Arzt gehen kann. Er kann es in diesem Land darüber hinaus in der Gewißheit tun, daß seine Ärzte in Zeiten schwerster politischer, wirtschaftlicher Krisen treu zu ihren Patienten gehalten haben.

Lassen Sie mich daher meine Ausführungen mit dem Bekenntnis schließen: Ich glaube, daß wir in einer Zeit großer Umwälzungen und Umschichtungen leben, in einer Zeit, die Neugruppierungen und Neuorientierungen vollzieht und daß wir dieser Entwicklung als Ärzte dadurch Rechnung tragen müssen, daß wir jenen Platz behaupten und sichern, von dem aus wir optimal unserer Aufgabe gerecht werden können, der Bevölkerung Helfer und Berater in kranken und gesunden Tagen zu sein.

Ich glaube, daß auch unsere Zeit und unsere moderne Lebensform im sozialen Rechtsstaat jenen Platz für uns bereithalten kann und versichere Ihnen, den Nichtärzten und Gästen, daß die Ärzteschaft alles tun wird, um als sittlich und wissenschaftlich hochstehender Stand und selbstbewußter Partner diesen Platz würdig als freiberufliche Ärzte einzunehmen und, wenn es sein muß, zu verteidigen.

Tagungsverlauf des 17. Bayerischen Ärztetages

Der 17. Bayerische Ärztetag wurde am 9. Oktober 1964 im vollbesetzten Kursaal des Marktes Oberstdorf mit einer feierlichen Veranstaltung eröffnet. Der 1. Vorsitzende des Ärztlichen Kreisverbandes Oberallgäu, Herr Dr. HENKEL, hieß die Delegierten und Gäste herzlich willkommen. Er wies die Anwesenden auf mancherlei Besonderheiten der Menschen im Allgäu hin und auch auf die Schönheit der Landschaft, die den Tagungsteilnehmern in einer freien Stunde bewußt werden möge.

Danach erfolgte die Eröffnung des 17. Bayerischen Ärztetages durch den Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Herrn Dr. H. SEWERING. Er konnte eine große Zahl von Ehrengästen begrüßen, darunter den Bayerischen Staatsminister des Innern, Herrn Dipl.-Ingenieur H. JUNKER, den Bayerischen Staatsminister für Arbeit und soziale Fürsorge, Herrn H. SCHÜTZ, als Mitglieder des Bayerischen Landtags die Kollegen Dr. BRENTANO-HOMMEYER, Dr. DEHLER und Dr. SOENNING, als Mitglieder des Bayerischen Senats die Kollegen Dr. Dr. v. GUGEL und Dr. KLÄSS, den Kommandeur der Sanitätsakademie der Bundeswehr, Herrn Kollegen Generalarzt Dr. GROESCHEL, den Landrat von Sonthofen, DITTERICH, der in Vertretung des an der Teilnahme verhinderten Regierungspräsidenten von Schwaben erschienen war, sowie den Bürgermeister des Marktes Oberstdorf, Dr. DREHER, und den Bürgermeister von Sonthofen, UHL.

Auch der Vizepräsident der Bayerischen Versicherungskammer, Herr Dr. REGENSBURGER, und Herr Regierungsdirektor Dr. HÖNIG, der Leiter der Bayerischen Ärzteversorgung, waren der Einladung gefolgt.

Als Vertreter der Gesundheitsabteilung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern waren die Kollegen Frau Oberregierungsmedizinaldirektorin Dr. BREBECK und Herr Regierungsdirektor Dr. MANN erschienen, ebenso der Leiter des Medizinalreferats bei der Regierung von Schwaben, Herr Oberregierungsmedizinalrat Dr. WOKATSCH.

Sein Gruß galt weiterhin dem Präsidenten der Bayerischen Landesapothekerkammer, Herrn Apotheker

RIEMERSCHMID, und dem Präsidenten der Bayerischen Landestierärztekammer, Herrn Dr. VOGT.

Sehr herzlich begrüßt wurden auch die anwesenden Träger der Paracelsus-Medaille, der höchsten Auszeichnung der deutschen Ärzteschaft, die Herren Kollegen Dr. DIEM, Dr. SONDERMANN und Dr. VÖLLINGER. Herr Dr. Sewering gab dann seiner besonderen Freude Ausdruck, daß auch diesmal wieder der Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Herr Dr. E. FROMM, Hamburg, zusammen mit dem Vorstand der Bundesärztekammer — darunter die Präsidenten der Ärztekammern Baden-Württemberg, Berlin, Nordrhein, Saarland, Westfalen-Lippe, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein — an der Eröffnung des Bayerischen Ärztetages teilnahmen.

Die Grüße der Bayerischen Staatsregierung überbrachte der Staatsminister des Innern, Herr Dipl.-Ingenieur H. JUNKER. Er wies dabei auf die gute Zusammenarbeit zwischen der Bayerischen Staatsregierung und insbesondere zwischen dem von ihm geleiteten Innenministerium und der Bayerischen Landesärztekammer hin. Mit besonderer Aufmerksamkeit werden er und die Gesundheitsabteilung seines Hauses die Beratungen dieses Ärztetages verfolgen, der sich mit seinem Tagungsthema „Betreuung der werdenden Mutter und des Säuglings“ mit Fragen befasse, die von großer gesundheitlicher und gesundheitspolitischer Bedeutung sind. Die Auffassung der Ärzteschaft, daß auch die vorbeugende Medizin in die Hände der praktizierenden Ärzte gehöre, werde von ihm und der Bayerischen Staatsregierung geteilt.

In dankbarer Anerkennung ihrer Verdienste in mehr als dreißigjähriger Tätigkeit in der ärztlichen Standsorganisation wurde dann Fr. Maria MEICHLER, Herr Hans MAIER und Herr Karl SAMMET das vom Vorstand der Bundesärztekammer verliehene Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft durch den Präsidenten der Bundesärztekammer überreicht.

Eine besondere Würdigung seiner Tätigkeit erfuhr auch der 83jährige Herr Kollege Dr. Kurt WEIGERT.



Dipl.-Ing. H. Junker,
Bayerischer Staatsminister
des Innern.



Dr. G. Henkel, 1. Vorsitzender
des Ärztlichen Kreisverbandes
Oberallgäu.



Dr. Dreher, Bürgermeister des
Marktes Oberstdorf.



Dr. Fromm überreicht Frl. Maria Meichler, Landesgeschäftsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, das Ehrenzeichen.



Hans Maier, Bezirksstelle Oberbayern der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, beim Empfang der Auszeichnung.

In dankbarer Anerkennung seiner großen Verdienste als Arzt und Krankenhausarzt in Sonthofen hatte ihm der Stadtrat dieser Stadt das Ehrenbürgerrecht verliehen. Der Ehrenbrief wurde ihm unter großem Beifall der anwesenden Kollegen und Gäste von Bürgermeister UHL übergeben.

Den Festvortrag hielt Präsident Dr. FROMM über das Thema: „Der Arzt in unserer Zeit“. Zu Beginn seiner Ausführungen wies er darauf hin, daß der Bayerische Ärztetag zu den repräsentativen ärztlichen Tagungen der Bundesrepublik gehört, dessen Beratungen stets aufmerksame Beachtung finden. In besonderem Maße werde das auch für diesen Ärztetag mit seinem Thema „Betreuung der werdenden Mutter und des Säuglings“ gelten. Das gute Einvernehmen, das in Bayern zwischen der Staatsregierung und den Ärzten

bestehe, könne immer wieder mit Freude festgestellt werden. Dazu gehöre insbesondere auch die immer wieder gezeigte Verbundenheit des bayerischen Innenministers mit der bayerischen Ärzteschaft. Fromm dankte dem Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer für seine Mitwirkung in der Bundesärztekammer als deren Vizepräsident und wies darauf hin, daß die vor kurzer Zeit erfolgte Wahl Dr. Sewerings zum Generalsekretär des Ständigen Ausschusses der Ärzteschaft in der EWG auch eine Anerkennung seiner Arbeit auf dem Gebiete der europäischen Zusammenarbeit darstellt. Die Harmonisierung der ärztlichen Bereiche in der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft werde auch die Stellung des Arztes in unserer Zeit mitgestalten. Der weitere Wortlaut des Vertrages ist auf Seite 741 ff. veröffentlicht.

Aus der Arbeitstagung des Bayerischen Ärztetages

Zu Beginn der Sitzung gedachte Präsident Dr. SEWERING des am 19. 9. 1963 verstorbenen Mitgliedes der Delegiertenversammlung, Herrn Dr. Ludwig SCHMITT, München, sowie aller anderen seit dem letzten Ärztetag verstorbenen Kolleginnen und Kollegen.

Hiernach beglückwünschte er Dr. G. SONDERMANN,

den Vizepräsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, zu seinem 70. Geburtstag, den er am 7. Oktober begehen konnte.

Es erfolgte dann der Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer, den Herr Dr. Sewering vortrug. Er führte dabei u. a. aus:



Karl Sammet, Bezirksstelle Niederbayern der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, dankt für das Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft.



Dr. Kurt Weigert, Ehrenbürger der Stadt Sonthofen, wird vom Präsidenten der Landesärztekammer beglückwünscht.



Tätigkeitsbericht der Bayer. Landesärztekammer

Von Dr. H. Sewering

Ich darf Ihnen den Tätigkeitsbericht der Kammer erstatten. Dabei muß ich sagen, daß mir bei der Vorbereitung aufgefallen ist, daß wir im Rahmen unseres Tätigkeitsberichts

nicht allzu viele Neuigkeiten besprechen können; denn wer unsere Rundschreiben, unseren „Informationsdienst“, unseren „Nachrichtendienst“ und das „Bayerische Ärzteblatt“ regelmäßig liest — und das darf ich bei den Mitgliedern dieses Hauses sicher unterstellen —, der ist ja laufend unterrichtet.

Facharztordnung

Ich darf mit einigen Vorstandsbeschlüssen beginnen. Wir konnten in den letzten Monaten eine sehr wesentliche Arbeit zum Abschluß bringen, nämlich die Frage, ob die *Facharztordnung*, die für jeden Arzt verbindlich ist, auch auf die hauptamtlich im Krankenhaus tätigen Ärzte Anwendung findet. Wir haben darüber bereits berichtet, und Sie wissen, daß wir zu dieser Frage einen Musterprozeß angestrengt haben, der vor dem Berufsgericht in Nürnberg geführt wurde und der in seinem Urteil die von der Kammer vertretene Auffassung in vollem Umfang bestätigte. Die Auffassung der Kammer geht dahin, daß die Facharztordnung uneingeschränkt auch im Krankenhaus zu gelten hat, daß sich also der Facharzt auch im Krankenhaus auf sein Fachgebiet beschränken muß.

Im Zusammenwirken und im Einvernehmen mit dem Bayerischen Staatsministerium des Innern hat der Vorstand dann eine Reihe von Grundsätzen zu diesem Urteil entwickelt, die den Ärztlichen Kreisverbänden bekanntgegeben wurden. Ich darf sie hier noch einmal kurz wiederholen:

1. Krankenhausärzte, welche eine Facharztbezeichnung führen, sind verpflichtet, sich auf das betreffende Fachgebiet zu beschränken.
2. Soweit Krankenhausträger nicht bereit sind, weitere Fachärzte, z. B. als Belegärzte, im Krankenhaus tätig werden zu lassen, sondern vom Chefarzt ärztliche Tätigkeit auf mehreren Fachgebieten verlangen, muß dieser auf die Führung einer Facharztbezeichnung verzichten und sich lediglich als Krankenhausarzt oder leitender Arzt des Krankenhauses, Chefarzt bezeichnen; vergleiche § 25 der Berufsordnung. Die Facharztbezeichnung darf dann auch nicht im Einzelfall geführt werden, z. B. gegenüber der Berufsgenossenschaft oder der Kassenärztlichen Vereinigung.
3. Soweit Krankenhausträger vom leitenden Arzt mit Facharztbezeichnung die Tätigkeit auf mehreren Gebieten verlangen und dieser Zustand auf Verträge zurückgeht, die vor dem Inkrafttreten der Facharztordnung von 1950 abgeschlossen wurden, soll von berufsaufsichtlichen Maßnahmen durch die Berufsvertretung abgesehen werden.
4. Sofern sich Krankenhausträger entschließen, in einem Krankenhaus Fachabteilungen einzurichten, kann sich ein Chefarzt, welcher eine Facharztbezeichnung führt,

nicht unter Berufung auf etwaige Bestimmungen seines Arbeitsvertrags dagegen wenden, da für ihn das Berufsrecht dem Arbeitsvertrag vorgeht. Dies gilt auch dann, wenn der Vertrag aus der Zeit vor dem Inkrafttreten der Facharztordnung von 1950 stammt.

Ich glaube, daß wir mit dieser Klärung einen erheblichen Fortschritt erzielt haben und daß damit die Voraussetzungen geschaffen wurden, um auch an kleineren Krankenhäusern nun die ärztliche Versorgung vor allem durch Fachärzte der verschiedenen Gebiete zu intensivieren. Sie kennen alle den seit Jahren laufenden Streit vor allem zwischen Chirurgen und Gynäkologen, wo meines Erachtens ein erheblicher Fortschritt im Sinne der Gynäkologen erzielt wurde. Aber auch auf anderen Fachgebieten liegen die Verhältnisse teilweise noch ähnlich. Ich halte die Richtlinien, die wir hier beschließen konnten und die sowohl die Wünsche des Bayerischen Staatsministeriums des Innern berücksichtigen als auch seine volle Billigung gefunden haben, für ausgezeichnet und ich richte nun an Sie die Bitte, daß Sie draußen in den Kreisverbänden die Verhältnisse an Hand dieser Richtlinien überprüfen und daß dann gemeinsam mit der Kammer, nach Beratung mit uns, hier eine Änderung der Verhältnisse angestrebt wird. Damit werden wir sicher einen erheblichen Beitrag zur Verbesserung der Krankenhausverhältnisse in unserem Land erreichen.

Schweigepflicht

Ein anderer Punkt, der eigentlich immer bei uns auf der Tagesordnung steht, ist die Frage der ärztlichen Schweigepflicht. Hier darf ich zwei Punkte ansprechen. Das eine sind die Krankheitsbescheinigungen für Beamte. Sie wissen, daß gerade von Seiten des Staates verlangt wurde, daß jeder Beamte auf seiner Krankheitsbescheinigung auch die Diagnose angeben läßt. Wir haben uns dagegen ganz besonders scharf gewendet, wobei wir zu unserer Überraschung von Seiten der Verbände der Beamten eigentlich gar keine sehr wesentliche Unterstützung erfahren konnten. Aber es ist immerhin gelungen, hier einen Fortschritt zu erzielen. Die Ministerialentschließung, welche die Beamten verpflichtete, ihren Arzt von der Schweigepflicht zu entbinden, ist aufgehoben worden. Es gilt nunmehr die Urlaubsverordnung, und zwar deren § 19 Abs. 2 Satz 1. Dieser Satz ist allerdings nicht völlig eindeutig; er lautet:

„Eines Urlaubs bedarf der Beamte nicht, wenn er wegen Krankheit dienstunfähig ist, er hat jedoch die Erkrankung und deren voraussichtliche Dauer dem Dienstvorgesetzten spätestens am folgenden Tag anzuzeigen.“

Wir sind der Meinung, daß auch hier insofern eine Klärung erforderlich ist, als ganz präzise zum Ausdruck gebracht werden muß, daß damit nicht die Erkrankung als solche, sondern die Tatsache der Erkrankung gemeint ist. Ich darf hier vor allem wieder Herrn Kollegen DEHLER sehr herzlich danken, der sich in seiner Eigenschaft als Mitglied des Bayerischen Landtags mit dieser Frage außerordentlich bemüht hat und der auch gerade wegen der Klarstellung dieses Satzes zur Zeit

noch tätig ist. Ich hoffe, daß wir hier zu einer Regelung kommen, die den berechtigten Belangen der Beamten entspricht, wengleich, wie ich schon sagte, die Berufsvertretung der Beamten selbst eigentlich überraschend wenig in dieser Frage unternommen hat.

In einer zweiten Sache mußten wir uns mit der Frage der Schweigepflicht beschäftigen; das war die Angabe der Diagnose bzw. die ärztliche Auskunft gegenüber Lebensversicherern. Sie wissen, daß durch ein Urteil des Oberlandesgerichts in Köln ein Arzt verurteilt worden ist, weil er eine Auskunft an eine Versicherung gegeben hat, die ihm mitgeteilt hatte, er sei durch den betreffenden Patienten von der Schweigepflicht entbunden. Das Gericht erklärte, daß das nicht genüge, sondern daß sich der Arzt persönlich vergewissern müsse, daß der Patient ihn tatsächlich von der Schweigepflicht entbunden hat. Wir haben daraufhin im Februar 1963 an unsere Kollegen die Empfehlung gegeben, in jedem Falle einer Anfrage einer Versicherungsgesellschaft auf der Vorlegung einer persönlichen Erklärung des Patienten, daß er seinen Arzt von der Schweigepflicht entbindet, zu bestehen. Das hat natürlich zu erheblichen Auseinandersetzungen geführt. Die Lebensversicherer vor allem erklärten, daß das keine sinnvolle Regelung sei; denn es sei doch allgemein anerkannt, daß ein Lebensversicherungsvertrag nur abgeschlossen wird, wenn der Antragsteller die Versicherungsgesellschaft ermächtigt, Auskünfte einzuholen. Von seiten der Lebensversicherer wurde vor allem darauf aufmerksam gemacht, daß es sich bei diesem Kölner Urteil nicht um einen Fall einer Anfrage einer Lebensversicherung gehandelt hat, sondern einer Haftpflichtversicherung.

Um die gleiche Zeit liefen dann auch Verhandlungen des Hartmannbundes mit den Lebensversicherungsgesellschaften über neue Honorare für die Gutachten. Im Rahmen dieser Verhandlungen wurde natürlich auch die Frage der Auskunfterteilung besprochen. Es kam zu einer Regelung, in der grundsätzlich der ärztliche Standpunkt aufrechterhalten, aber in eine etwas praktikablere und aufgelockerte Form gebracht worden ist. Die Lebensversicherungsgesellschaften geben dem Arzt, wenn sie bei ihm anfragen, eine Erklärung, indem sie ihm mitteilen, daß der Patient ihn von der Schweigepflicht in vollem Umfang entbunden habe und daß diese Erklärung nicht älter als drei Jahre ist.

Nach Ansicht unserer juristischen Berater kann sich der Arzt im Falle der Anfrage einer Lebensversiche-

rung — das darf ich noch einmal unterstreichen — mit dieser Erklärung zufriedengeben und die Auskunft erteilen. Handelt es sich einmal um einen besonders schwierigen oder heiklen Fall, dann muß es in das Ermessen des einzelnen Kollegen gestellt werden, wieweit er Auskunft gibt oder ob er gegebenenfalls doch noch eine spezielle Erklärung des Patienten verlangt. Aber im Grunde glaube ich, daß diese Regelung, die also im Rahmen der Verhandlungen des Hartmannbundes im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer getroffen wurde, unseren Anregungen einigermaßen entspricht und daß wir sie auch akzeptieren können. In diesem Sinn hat auch der Vorstand unserer Kammer die Kollegen inzwischen unterrichtet.

Nach wie vor völlig anders zu beurteilen ist die Anfrage eines Haftpflichtversicherers; denn hier handelt es sich ja im Normalfall immer um die Haftpflichtversicherung des Schädigers, also nicht um eine Versicherung, mit der mein oder Ihr Patient in einem Vertragsverhältnis steht. In diesem Fall — das muß immer wieder betont werden und das bitte ich Sie auch in den Versammlungen zu sagen — muß eine persönliche Entbindungserklärung des Arztes nach wie vor verlangt werden. Ich hoffe, daß unsere Veröffentlichungen im „Bayerischen Ärzteblatt“ von den Kollegen gelesen wurden. Ich würde Sie aber bitten, in den Versammlungen nochmals auf diese Dinge hinzuweisen.

Behandlung von Ärzten

Dann hat der Vorstand in einer seiner Sitzungen ein recht heißes Eisen angefaßt, nämlich die Frage: Wie steht es denn mit der Berechnung von Honorar bei der Behandlung von Ärzten oder deren Familienangehörigen?

Aus dieser Frage entwickelte sich eine umfassende Diskussion um das Problem der Behandlung von Kollegen und Kolleginnen und der engeren Familienangehörigen. Nach einer außerordentlich lebhaften und temperamentvollen Debatte faßte der Vorstand dann auch dazu einen Beschluß, in dem er seine Stellung niederlegte. Ich möchte hinzufügen, der Beschluß war nicht einstimmig, was Ihnen zeigt, wie sehr die Meinungen hier aufeinanderprallten. Man war sich jedenfalls darüber einig, daß grundsätzlich bei der Behandlung von Kollegen und ihren engeren Familienangehörigen kein Honorar verlangt werden soll. Der Beschluß



Eupaco®

| | |
|-----------------------|---------|
| 10 Tabletten | DM 2.50 |
| 5 Zäpfchen | DM 1.90 |
| 5 Zäpfchen für Kinder | DM 1.75 |
| 10 Ampullen zu 1 ml | DM 5.30 |

Preise o. U. n. A. T.

Cascan GmbH · Wiesbaden

**krampflösend + beruhigend bei allen spastisch
schmerzhaften Zuständen der glatten Muskulatur**

cascan

hat dann das Wort „grundsätzlich“ gestrichen, und mit Mehrheit heißt nun die Stellungnahme des Vorstands, daß ein Arzt bei Behandlung von Kollegen oder deren engeren Familienangehörigen kein Honorar verlangen soll. Man wollte damit also eine alte Standessitte aufrechterhalten, und ich hoffe, daß das von den Kollegen draußen auch so verstanden wurde.

Ein juristischer Hinweis ist hier nötig. Es kann sich kein Kostenträger auf diesen Beschluß des Vorstands berufen. Es kann also nicht etwa, wie das in einem Fall jetzt geschehen ist, ein Versorgungsarzt einem Kollegen das Honorar verweigern unter Hinweis auf diesen Beschluß des Vorstands, weil der Beschädigte ein Arzt gewesen ist; denn Dritte können sich niemals auf diese Meinungsbildung des Vorstands, die kein verbindlicher Beschluß für die Kollegen, sondern für den einzelnen ist, berufen.

Krankenhausplan

Ein weiteres Kapitel, über das ich berichten möchte, ist unsere Zusammenarbeit mit der Gesundheitsabteilung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern. Hier darf ich vor allem den Krankenhausplan ansprechen, wie er von der Gesundheitsabteilung erarbeitet und zur Beratung gestellt wurde. In unserem Kreis hat sich unser Krankenhausausschuß bereits in einer Sitzung damit beschäftigt, im übrigen auch der Landesgesundheitsrat. Das Innenministerium hat einen Krankenhausplan entwickelt, der eine Gliederung der Krankenhäuser vorsieht nach Grundkrankenhäusern, Hauptkrankenhäusern und zentralen Krankenhäusern. Dabei denkt man nicht daran, nun etwa im Sandkasten eine Krankenhausplanung zu machen, die von der Voraussetzung ausgeht, daß es noch nichts gebe, sondern man ist zunächst einmal erst darangegangen, eine Bestandsaufnahme zu machen, und kam dann zu dem Ergebnis, daß man ohne großen Zwang die Krankenhäuser in Bayern in diese drei Kategorien einteilen kann. Man will nun für die Beurteilung dieser drei Kategorien Maßstäbe entwickeln. Dabei wird das Grundkrankenhaus, also das Kreiskrankenhaus, das kleinere Stadtkrankenhaus, die Basis der stationären ärztlichen Versorgung unserer Bevölkerung bilden. Zwischen diese Grundkrankenhäuser sollen dann die größeren Krankenhäuser, die dann als Hauptkrankenhäuser bezeichnet werden, in einer Größenordnung von 250 bis 600 Betten eingestreut sein, und an bestimmten Schwerpunkten sollen dann Zentralkrankenhäuser gefördert werden. Das sind also im wesentlichen die Universitätskliniken und die Krankenanstalten der großen Städte. Bei uns in Bayern ist in erster Linie zu denken an die großen Kliniken der Städte München, Nürnberg, Erlangen, Würzburg usw. Ich glaube, daß der Krankenhausplan, wie wir ihn jetzt vorliegen haben und wie er weiter bearbeitet wird, sehr lebensnah ist und daß er eine sehr gute Grundlage für die weitere Förderung des Krankenhauswesens in unserem Lande werden kann. Es ist nicht daran gedacht, zu einer absoluten Reglementierung des Krankenhauswesens in unserem Lande zu kommen. Das wäre nach der Gesetzeslage auch nicht möglich; denn das Krankenhauswesen ist in erster Linie eine Angelegenheit der kommunalen Verbände, also der Städte und der Landkreise, und soll ihnen auch überlassen bleiben. Aber der Staat will hier lenkend ein-

greifen. Er will vor allem die Unterstützungen, die er beim Bau von Krankenhäusern gibt, so verteilen, daß nicht unsinnige Objekte gefördert werden und daß es möglich wird, die Krankenhäuser, deren Bestand notwendig ist, auch so auszustatten, wie wir dies von ihnen erwarten.

Es war unser besonderes Anliegen, daß dabei die wesentlichen Fachgebiete vertreten sein sollen, und vor allem auch, daß in diesen Krankenhäusern in größtmöglichem Umfang Belegärzte tätig werden können. Dieses Anliegen wurde auch vom Bayerischen Staatsministerium des Innern anerkannt und aufgenommen. Man ist der Meinung, daß vor allem an den Grundkrankenhäusern, aber auch an den Hauptkrankenhäusern möglichst weitgehend Belegärzte beschäftigt werden sollen, so daß unsere niedergelassenen Fachärzte nicht in die unglückliche Lage kommen, ihr ärztliches Können nicht anwenden zu können, weil ihnen keine Betten zur Verfügung stehen. Es ist natürlich wesentlich einfacher, Hals-, Nasen- und Ohrenärzte und Augenärzte an den Krankenhäusern unterzubringen als Vertreter der größeren Fächer. Für die Innere Medizin und für die Chirurgie hat sich bereits weitgehend die hauptamtliche Besetzung durchgesetzt. Bei der Gynäkologie sind die Verhältnisse unterschiedlich; ich habe das ja schon kurz bei Erörterung des Grundsatzurteils angesprochen. Wir glauben aber nach unseren Beobachtungen doch zu der Annahme berechtigt zu sein, daß die Krankenhausträger zunehmend dazu übergehen, Gynäkologen in ihre Krankenhäuser aufzunehmen, und dort, wo heute noch Chirurgen in einer Doppelfunktion tätig sind, kann es sich also nur noch um auslaufende Fälle handeln, so daß diese drei Fachgebiete auf jeden Fall vertreten sind.

Etwas schwierig ist es, Kinderärzte an den normalen kleineren Krankenhäusern unterzubringen. Für das Fach Kinderheilkunde ist man im übrigen der Auffassung, daß hier das überörtliche zentrale Kinderkrankenhaus die Lösung der Wahl wäre. Man glaubt — und ich habe den Eindruck, daß das sehr richtig ist —, daß mit Kleinkinderabteilungen mit wenig Betten den Belangen der Kinderheilkunde, die ja doch gezwungen ist, ihre Patienten in sehr viele Untergruppen zu gliedern, wenig gedient ist. Man soll also hier nicht so sehr darauf hinstreben, an den kleineren Krankenhäusern Kleinkinderabteilungen zu errichten, sondern man soll versuchen, zentrale örtliche Kinderkrankenhäuser zu errichten. Ich darf als Beispiel dieser Art erwähnen das Kinderkrankenhaus unseres Kollegen AURNHAMMER in Neuburg, das für einen sehr großen Einzugsbereich zuständig ist, weshalb es bei der Größe dieses Hauses möglich ist, Kinderheilkunde wirklich zu betreiben. Wir werden auch diese Sache von uns aus weiter fördern, um auf diesem Weg in Bayern zu einer optimalen Behandlung der Kinderkrankheiten im Lande zu kommen.

Der gleiche Grundsatz soll für die Behandlung von Infektionskrankheiten angewendet werden. Auch hier ist man der Meinung, daß es wenig sinnvoll ist, in jedem kleinen Krankenhaus zwei bis drei Infektionszimmer zu unterhalten; meist liegen sie irgendwo in einem Hintergebäude, und kein Mensch will etwas damit zu tun haben. Man strebt vielmehr auch hier an, daß in jedem größeren Krankenhaus eine größere In-

fektionsabteilung errichtet wird, die für mehrere Landkreise zuständig sein soll. Auch das ist ein sehr guter Gedanke, den wir von uns aus fördern wollen.

Insgesamt darf ich also sagen, daß der Krankenhausplan, wie er zur Zeit bearbeitet wird, eine sehr gute Grundlage für die weitere Arbeit auf diesem Gebiet werden dürfte und daß er unsere volle Unterstützung verdient.

Ausländische Ärzte

Mit großer Aufmerksamkeit verfolgen wir gemeinsam mit der Gesundheitsabteilung das Arbeiten ausländischer Ärzte in unserem Land. Ich habe schon vor einem Jahr im Rahmen meines Tätigkeitsberichtes darüber gesprochen und seinerzeit die Auffassung vertreten, daß das Arbeiten ausländischer Assistenzärzte in unseren Krankenhäusern, so sehr es uns in den knappen Jahren geholfen hat, die Personalnot an den Krankenhäusern zu lindern, primär immer darauf ausgerichtet sein muß, diesen Ärzten eine gute Ausbildung zu geben, damit sie dann in ihrer Heimat die ärztliche Versorgung der Bevölkerung verbessern.

Ich habe — auch das sagte ich schon vor einem Jahre und ich muß es wiederholen — manchmal die Sorge, daß die Kollegen aus verschiedenen Ländern ihre Arbeit an unseren Krankenhäusern mehr als ein Sprungbrett in die ärztliche Praxis unseres Landes ansehen und daß die Neigung, in das eigene Land zurückzukehren, nicht immer so klar erkennbar ist, wie uns das notwendig erschiene. Die Zahl der ausländischen Ärzte, die zur Zeit mit einer Arbeitsgenehmigung bei uns tätig sind, beträgt 268. Es besteht wohl volle Übereinstimmung mit der Gesundheitsabteilung darüber, daß sich die Zahl dieser Arbeitsgenehmigungen am Angebot an jungen Ärzten aus dem eigenen Lande orientieren muß. Wenn also jetzt die stärkeren Approbationsjahrgänge auf uns zukommen und die Assistenzarztstellen an unseren Krankenanstalten von diesen jungen Kollegen besetzt werden können, muß zwangsläufig die Zahl der ausländischen Assistenzärzte sich danach richten und ihre Zahl wahrscheinlich zurückgehen. Das ist eine ganz klare Haltung, und ich glaube, daß sie uns von niemandem übelgenommen werden kann. Kein Land kann mehr Arbeitsmöglichkeiten bieten als nun einmal vorhanden sind. Es kann niemand von uns erwarten, daß unsere eigenen jungen Kollegen etwa vor den Toren stehen und keine Stellen bekommen, während diese Stellen von ausländischen Kollegen besetzt werden.

Nach wie vor werden in Bayern Approbationen nur in den seltensten Ausnahmefällen erteilt. Auch darüber besteht völlige Einigkeit. Es ist also nicht so, wie manchmal befürchtet wird, daß etwa nun ausländische Kollegen, wenn sie einmal ein paar Jahre hier waren, als Härtefälle anerkannt würden und die Approbation bekämen. Bisher wurde nur in ganz vereinzelt Ausnahmefällen die Approbation erteilt, wobei ich darauf hinweise, daß es jetzt immer noch Umsiedler gibt — z. B. aus Bulgarien, aus Rumänien —, die an sich Volksdeutsche sind und selbstverständlich dann, wenn sie in die Bundesrepublik kommen, hier auch die Approbation wie jeder deutsche Arzt erhalten. Die Erteilung von Approbationen an Ausländer ist, außer in diesen Fällen, eine ganz seltene Ausnahme.

Beamtete Ärzte

Über eine weitere Sache verhandeln wir laufend mit dem Staatsministerium des Innern, eine Sache, die uns sehr am Herzen liegt. Sie betrifft die Situation unserer beamteten Kollegen, vor allem der Medizinalbeamten, der in den Gesundheitsämtern tätigen Ärzte. Hier belastet es uns, daß der Arzt im Staatsdienst schlechter gestellt ist als beispielsweise der Jurist. Während der Jurist vom Regierungsrat zum Oberregierungsrat aufsteigt und seine weiteren Aufstiegsmöglichkeiten eigentlich sehr gut sind, gibt es für die Ärzte — nebenbei auch noch für den Philologen — eine Zwischenstufe. Der Arzt wird vom Medizinalrat normalerweise nicht zum Oberregierungsmedizinalrat, sondern zum Obermedizinalrat befördert. Das ist eine Zwischenstufe zwischen A 13 und A 14. Gegen diese Zwischenstufe, die eine echte Schlechterstellung der Ärzte bedeutet, wenden sich unsere beamteten Kollegen mit Recht. Sie haben dabei unsere volle Unterstützung.

Darüber hinaus vertreten wir die Auffassung, daß die Aufstiegsmöglichkeiten für den Arzt im Staatsdienst verbessert werden müssen. Es ist einfach nicht haltbar, daß es nur ganz wenige Medizinaldirektorenstellen in Bayern gibt und daß das Aufsteigen über den Medizinaldirektor im allgemeinen eigentlich nur einem einzigen oder vielleicht einmal zwei Ärzten gelingen kann. Wir haben für diese unsere Auffassung schon Verständnis gewonnen. Es ist in der letzten Zeit auch eine Verbesserung eingetreten, aber die Verhältnisse entsprechen noch nicht unseren Vorstellungen. Wir werden uns deshalb auch weiterhin sehr darum bemühen müssen, die Stellung unserer beamteten Kollegen zu stärken; denn wir haben ein echtes Interesse daran, daß der öffentliche Gesundheitsdienst mit guten Ärzten besetzt ist. Die echten Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes können nur von qualifizierten Ärzten bewältigt werden. Deshalb muß man ihnen auch die Chance geben, voranzukommen, sonst gehen eben die guten Kollegen nicht in den öffentlichen Gesundheitsdienst, und das wird sich nachteilig für das gesamte Gesundheitswesen auswirken. Wir werden Sie noch bitten, uns dazu auch durch einen Beschluß des Ärztetages den Rücken zu stärken.

Landesgesundheitsrat

Dann darf ich berichten, daß die Zusammenarbeit mit dem Landesgesundheitsrat auch weiterhin außerordentlich fruchtbar und gut gewesen ist. Ich möchte nicht versäumen, unserem lieben Kollegen Dr. SOENNING, dem Vorsitzenden des Landesgesundheitsrates, herzlich zu danken, daß er die Zusammenarbeit mit der Kammer so außerordentlich pflegt und daß sich wirklich ein Teamwork eingespielt hat, das uns immer wieder auch zu Erfolgen führt.

So ist es uns jetzt gelungen, alle Bestrebungen — sie sind von der Sozialdemokratischen Landtagsfraktion ausgegangen — nach Einführung eines Mütterpasses in Bayern zu unterbinden. Wie ich hörte, hat jetzt auch die Fraktion ihren Antrag auf Einführung des Mütterpasses zurückgezogen. Wir haben, wenn ich es ganz kurz sagen darf, den Standpunkt vertreten, daß ärztliche Daten und Untersuchungsergebnisse in die Kartei des Arztes, aber nicht in die Handtasche der Frau ge-

hören. Wenn sie in der Handtasche der Frau sind, werden sie Gegenstand von Unterhaltungen beim Kaffeeklatsch und bei sonstigen Gelegenheiten und führen nur zu einer unnötigen Beunruhigung der Frauen, die mit diesen Ergebnissen nichts anzufangen wissen und dann, wenn die Blutdruckwerte niedriger sind, sich entweder darüber sehr freuen oder darüber auch sehr beunruhigt sind. Die Angaben über Untersuchungsergebnisse gehören in die Kartei des Arztes. In der heutigen Zeit, in der es neben der Post auch noch das Telefon gibt, ist es jederzeit möglich, den Kollegen, bei dem die Frau zur Entbindung eingewiesen ist, auch über die Untersuchungsergebnisse zu unterrichten. Wir brauchen uns nicht an dem konstruierten Fall zu orientieren, mit dem gearbeitet wurde, daß die Frau etwa unterwegs irgendwo zusammenbricht, mit Blaulicht ins Krankenhaus gefahren wird und unglücklicherweise den Mütterpaß dann nicht in der Tasche hat, so daß der arme Kollege gar nicht weiß, was hier los ist.

Auch in anderen Fragen, z. B. in der Krankenhausfrage, haben wir mit dem Landesgesundheitsrat fruchtbar zusammengearbeitet. Ich darf den Herrn Kollegen Dr. Soenning bitten, daß wir diese gute Tradition auch in der Zukunft fortsetzen.

Vermittlung von Vertretern und Assistenzärzten

Aus unserer laufenden Arbeit möchte ich noch einiges herausgreifen. Unsere Vermittlungsstelle für Vertreter hat sich sehr erheblich ausgeweitet. Sie ist heute eine Vermittlungsstelle für Vertreter und Medizinalassistenten geworden. Wenn ich Ihnen sage, daß wir bis August dieses Jahres bereits doppelt soviel Vermittlungsfälle hatten als im gesamten vorigen Jahr, so zeigt Ihnen das, daß diese Einrichtung der Kammer immer mehr in Anspruch genommen wird, zunehmend auch von Krankenhausträgern, die bei uns ihre freien Stellen anmelden und denen wir dann in sehr vielen Fällen Medizinalassistenten und auch Assistenzärzte vermitteln können. Aber auch auf dem ursprünglichen Gebiet der Vertretervermittlung für niedergelassene Ärzte haben wir uns außerordentlich bemüht und doch in recht vielen Fällen helfen können. Ich möchte meinen, daß man diese Vertreter-Vermittlungstätigkeit und diese Vermittlungstätigkeit für niedergelassene Ärzte und Medizinalassistenten weiter fördern muß. Man sollte sie aber möglichst an einer Stelle beisammen haben. Je mehr sich diese Arbeit zersplittert, desto unsystematischer muß sie zwangsläufig werden. Ich wäre deshalb dankbar, wenn Sie alle dazu beitragen würden, daß wir vielleicht allen möglichst viel Hilfe leisten können.

Ich muß dabei eine Bitte an die Kollegen aussprechen. Wenn einmal ein Vertreter vermittelt wird, der sich als ungeeignet erweist, dann bitten wir herzlich, uns das mitzuteilen. Wir bekommen manchmal — in der letzten Zeit kaum mehr, aber noch im vergangenen Jahr ist es so gewesen — telefonische oder auch persönliche bittere Vorwürfe: Was habt ihr mir da für einen Vertreter geschickt! Der taugt hinten und vorne nichts! Wenn wir dann der Sache nachgehen, stellen wir fest, daß wir den gleichen Kollegen vorher schon mehrmals vermittelt hatten, ohne daß Klagen gekommen wären. Wir rufen dann jeweils die betreffenden Kollegen an und bekommen immer die gleiche Antwort: Ja, der hat

bei mir auch nichts geleistet; aber ich habe mir gedacht, ich will ihm nicht noch weitere Schwierigkeiten machen. Ich habe ihn hinausgeworfen, und so war der Fall für mich erledigt. — Damit, meine Kolleginnen und Kollegen, ist natürlich der Sache nicht gedient. Wer schlechte Erfahrungen mit einem von uns vermittelten Vertreter gemacht haben sollte, den muß ich wirklich herzlich bitten, uns das mitteilen zu wollen, damit wir anderen Kollegen gleich böse Erfahrungen ersparen können. Ich darf Sie auch hier um Ihre Mithilfe bitten.

Arzthelferinnen

Sehr viel beschäftigt sind wir mit unserer Aufgabe der Ausbildung der Arzthelferinnen. Sie wissen schon aus früheren Berichterstattungen, daß sich diese Aufgabe zu einer sehr umfangreichen, aber, wie ich glaube, doch auch zu einer sehr segensreichen und wertvollen Arbeit entwickelt hat. Die Kammer ist dabei zentral eingeschaltet. Sie muß die Richtlinien erlassen, sie muß für die Verträge sorgen, sie muß die Lehrverträge überprüfen und Berichtshefte verschicken. Es müssen Einzelfragen geklärt werden, die in reicher Zahl an uns gerichtet werden. Wir haben ständigen Kontakt mit den Berufsschulen, mit den hauptamtlichen und den ehrenamtlichen Lehrkräften, vor allem mit unseren Kollegen, die draußen Unterricht erteilen. Wir beraten uns mit den Berufsberatungsstellen und den Ärztlichen Kreisverbänden. Das ist wirklich eine sehr umfangreiche Arbeit.

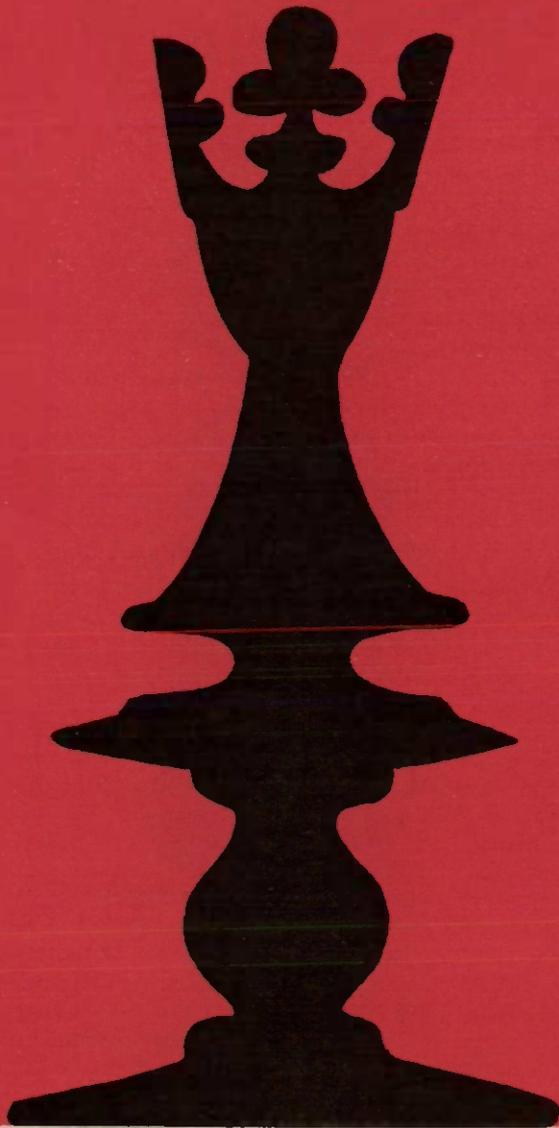
Ein paar Zahlen darf ich Ihnen dazu sagen: Im Jahre 1963 wurden 295 Arzthelferinnen geprüft, im Jahre 1964, also im laufenden Jahre, waren es bisher 314. Es sind also einige mehr geworden. Im Jahre 1963 sind 510 Mädchen in diese Ausbildung eingetreten; 1964 waren es bisher allerdings nur 387. Es machen sich bereits die geburtenschwachen Jahrgänge bemerkbar, so daß wir vorübergehend mit einem Absinken rechnen müssen.

Bemerkenswert ist eine Verschiebung mehr zu den Sechzehnjährigen hin, eine Entwicklung, die uns durchaus wünschenswert erscheint.

Für ausgebildete und geprüfte Arzthelferinnen hat der Vorstand der Kammer neue Gehaltssätze empfohlen, die sich an BAT 8 anlehnen. Das war notwendig, weil die Zahnärzte bereits eine derartige Empfehlung gegeben hatten und ein Abwandern auf die zahnärztliche Seite befürchtet werden mußte. Im übrigen ist es wohl auch eine Sache des Grundsätzlichen: Wenn wir selbst angemessene Honorare für unsere Arbeit fordern, dürfen wir unser eigenes Personal nicht schlecht bezahlen.

Der Vorstand hat noch etwas sehr Nettes beschlossen, nämlich eine Ehrung von Arzthelferinnen mit mehr als 20 Dienstjahren. Diese Anregung haben wir auch von den Zahnärzten übernommen, was ich ausdrücklich sagen möchte. Es erhalten die Arzthelferinnen mit mehr als 20 Dienstjahren, wenn ihre Arbeitgeber, also unsere Kollegen, an uns herantreten, von der Kammer eine Ehrenurkunde und eine Goldmünze. Wir konnten diese Ehrung bereits in — wenn ich nicht irre — 29 Fällen vergeben. Ich höre, daß das sehr große Freude bei den betreffenden Damen ausgelöst hat.

Schach
in Ihrer Hand



Choleretisch - antibakteriell -
spasmolytisch - Heperos -
das neue Präparat
bei Gallenwegserkrankungen

HEPEROS



-Institut GmbH München-Lohhof

Röntgenhelferinnen

Dann hat uns die Vollversammlung auf dem 16. Bayerischen Ärztetag einen neuen Auftrag erteilt, nämlich die Schaffung der Voraussetzungen für die Weiterbildung von Röntgenhelferinnen und von Laborhelferinnen. Wir haben auf dem 16. Bayerischen Ärztetag darüber berichtet, daß ein echtes Bedürfnis für die Weiterbildung dieser Gehilfinnen des Arztes besteht, ganz einfach deshalb, weil auf Jahre hinaus nicht damit gerechnet werden kann, daß genügend medizinisch-technische Assistentinnen zur Verfügung stehen, um die Röntgenarbeit und die Laborarbeit bei den praktizierenden Kollegen zu leisten.

Der 16. Bayerische Ärztetag hat deshalb den Beschluß gefaßt:

„Der 16. Bayerische Ärztetag stellt unter Hinweis auf die EntschlieÙung des 15. Bayerischen Ärztetages fest, daß der Bedarf an medizinisch-technischen 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 dieses Personals Sorge zu tragen, und beauftragt daher den Vorstand mit der Durchführung von Maßnahmen, die diesem Zweck dienen.“

Der Kammervorstand hat in der Folgezeit über die Art und Weise dieser Weiterbildung und über die Durchführung der Prüfungen Beschlüsse gefaßt. Es wurde eine Prüfungsordnung beschlossen, und bereits im April 1964 konnte der erste Kurs für Röntgenhelferinnen in Erlangen durchgeführt werden. Es nahmen 24 Helferinnen daran teil, die im dritten bis 21. Berufsjahr standen.

Sie sehen also, daß das Interesse sofort sehr groß war, und zwar nicht nur von jungen Helferinnen, sondern auch schon von sehr altgedienten. Von den 24 Helferinnen, die an diesem ersten Kurs teilnahmen, haben 22 die Prüfung bestanden. Zur Zeit läuft unser zweiter Weiterbildungskurs in Erlangen mit 28 Teilnehmerinnen. Sie stehen im dritten bis 36. Berufsjahr. Von den Teilnehmerinnen — das ist vielleicht ganz interessant — sind beschäftigt in Kreis- und Stadtkrankenhäusern 13, bei Röntgenologen 6, bei Internisten 4, bei Behörden 3, bei Orthopäden eine und bei Urologen auch eine.

Die Leitung der Kurse ist in den Händen unseres Kollegen Prof. FRIK. Er ist Leiter der Diagnostischen Röntgenabteilung der Med. Universitätsklinik Erlangen. Mit ihm beteiligten sich am Unterricht noch eine Reihe weiterer Kollegen sowie Damen und Herren der Firma Siemens-Reiniger in Erlangen, die sehr aufgeschlossen für diese Aufgaben waren und sich bereit erklären, hier mitzuwirken. Ich darf allen diesen Damen und Herren, den Kollegen und den anderen Damen und Herren auch an dieser Stelle einmal unseren herzlichsten Dank zum Ausdruck bringen.

Es wird Sie interessieren, daß wir zunehmend Anfragen aus dem übrigen Bundesgebiet bekommen und daß auch immer wieder Röntgenhelferinnen bei uns angemeldet werden. Wir sind aber bisher selbstverständ-

lich nicht in der Lage, auch Röntgenhelferinnen von außerhalb Bayerns in unsere Kurse aufzunehmen. Ich bin der Meinung, daß die übrigen Kammern doch von sich aus versuchen sollten, ähnliche Einrichtungen zu schaffen; denn unsere Erfahrungen damit sind ausgesprochen gut.

Kurse für Laborhelferinnen konnten bisher noch nicht durchgeführt werden. Die Verhandlungen mit der Stadt Nürnberg sind aber jetzt soweit gediehen, daß wir in die Vorbereitung des ersten Kurses für Laborhelferinnen eintreten können. Ich möchte glauben, daß wir versuchen sollten, diese Arbeit auf eine noch etwas breitere Basis zu stellen, was für Laborhelferinnen nicht nur in Nürnberg jedenfalls möglich sein müßte. Bei den Röntgenhelferinnen ist dies etwas schwieriger, weil wir für die Kurse natürlich auch auf die Einrichtungen angewiesen sind, die in Erlangen z. B. bei der Firma Siemens vorhanden sind. Vielleicht läßt sich aber auch auf diesem Gebiet noch etwas tun.

Für die Arbeit, die auf dem Gebiete der Ausbildung der Arzthelferinnen, der Röntgen- und Laborhelferinnen geleistet wurde, möchte ich meinen Mitarbeitern, den Herren Kollegen SLUKA und REICHSTEIN, auch an dieser Stelle sehr herzlich danken. Sie sind wirklich mit Begeisterung an diese Arbeit gegangen und haben auch gute Erfolge gehabt.

Die Grundsätze über die Ausbildung und Prüfung von Röntgenhelferinnen und das Formblatt für das Zeugnis wurden in den Heften 11/1963 und 2/1964 des „Bayer. Ärzteblattes“ veröffentlicht und können dort nachgelesen werden.

Fürsorgefonds und Hilfsausschuß

Wie immer, haben wir auch im vergangenen Jahr mit größter Aufmerksamkeit uns der Unterstützung unserer alten und kranken Kollegen sowie der Arzttwitwen gewidmet. Zur Zeit erhalten bei uns 28 Ärzte und 244 Arzttwitwen und Waisen monatliche Unterstützungen. Die Richtsätze bewegen sich in einer Größenordnung zwischen 350 und 450 DM. Das sind zweifellos keine sehr hohen Beträge, aber sie sind bereits wesentlich höher als die, die wir früher geben konnten. Das verdanken wir den großzügigen Beschlüssen der Bayerischen Ärztetage, die dem Fürsorgefonds der Kammer erhebliche Mittel zur Verfügung gestellt haben. Wir sind nach wie vor besonders darum bemüht, auch die letzte Arzttwitwe in Bayern kennenzulernen und in unsere Betreuung zu nehmen. Wir suchen auch die Ärzte, die keine Versorgung haben; denn wir wollen ja, wie ich schon früher ausführte, unbedingt erreichen, daß es hier keine Lücke mehr gibt.

Ich habe mich deshalb auch in Verbindung gesetzt mit dem Verein „Die Arztfrau“ und mit der Arbeitsgemeinschaft „Altersunversorgte Ärzte“. Der äußere Anlaß dafür war, daß ich plötzlich einen offenen Brief gelesen habe, den der Verein der Arztfrauen veröffentlichte und worin bitterlich Klage über die schlechten Verhältnisse in Bayern geführt wurde. Ich bin den Dingen nachgegangen und habe dabei sehr interessante Entdeckungen gemacht, die mir zeigten, daß die Klagen besonders hinsichtlich der Bayerischen Ärzteversorgung durchaus nicht so begründet waren, wie sie hier standen. Ich habe aber diese Gelegenheit zum Anlaß genommen, die Damen zu bitten, uns doch jeden Fall mit-

zuteilen und von den Einrichtungen der Kammer Gebrauch zu machen; denn wir wollen ja helfen. Wir können aber nur denjenigen helfen, die wir kennen.

Das gleiche gilt auch hinsichtlich der noch unverorgten Ärzte. Die Arbeitsgemeinschaft altersversorgter Ärzte veröffentlicht immer wieder Aufrufe und schreibt über ihre Situation und über ihr Schicksal. Ich habe es deshalb sehr begrüßt, daß es mir gelungen ist, mit diesen Kollegen ins Gespräch zu kommen und ihnen zu zeigen, daß ihre Klagen hinsichtlich der Unterstützungsmöglichkeiten jedenfalls nicht so begründet sind, wie das manchmal dargestellt wurde. Wir wollen diesen Kollegen weiß Gott keinen Vorwurf machen, aber wir haben es nicht ganz für richtig befunden, daß aus dieser Quelle einmal ein Artikel in der „Frankfurter Zeitung“ erschienen ist unter der Überschrift „Der bayerische Schandfleck“. Denn wenn in einem Bundesland für die Versorgung der alten Ärzte und der Arzttwitwen etwas getan wurde, dann, weiß Gott, in dem unsrigen.

Hier zeigt sich nun eine für mich nicht verständliche Schwierigkeit. Ich habe diesen Kollegen dargelegt, daß wir bereit und in der Lage sind, jedem zu helfen, wobei wir die Frage, inwieweit ein eigenes Verschulden vorliegt, gar nicht so sehr stark in die Prüfung ziehen wollen, der weder von der Ärzteversorgung noch aus anderen Quellen mit einer Unterstützung rechnen kann. Ich habe auch versucht, darzulegen, daß es nicht möglich ist, einen Rechtsanspruch für solche Unterstützungen einzuräumen. Denn in dem Augenblick, in dem man mit Rechtsansprüchen arbeitet, unterliegt man der Versicherungsgesetzgebung, und damit wird das ganze Verfahren schwerfällig und nicht mehr praktikierbar. Deshalb müssen wir uns darauf verlegen, die Unterstützung als freiwillige Unterstützung zu geben. Ich habe also dargelegt, daß wir diese Unterstützung als eine moralische Verpflichtung ansehen, aber keine juristische Verpflichtung eingehen können.

Wir sind mit unseren Gesprächspartnern leider noch nicht soweit, daß unsere Überlegungen als voll angesehen werden. Bei den Kollegen besteht immer noch der Wunsch nach einem Rechtsanspruch vordergründig. Wir werden uns also weiter miteinander unterhalten müssen. Ich betrachte es aber als einen echten Fortschritt, daß wir wenigstens einmal guten Kontakt mit diesen Kollegen haben. Wenn man miteinander redet, ist schon immer sehr viel gewonnen.

Unsere Kollegen im Hilfsausschuß — das möchte ich hier ausdrücklich hervorheben — sind außerordentlich fleißig. Sie machen sich enorme Mühe, um die ihnen übertragene Aufgabe — und sie ist, weiß Gott, nicht immer leicht — gut zu erfüllen.

Von mir aus möchte ich an die Kassenärztliche Vereinigung die Bitte richten, die Richtsätze des Sozialwerks der KV an die der Kammer anzugleichen, da im Augenblick die Unterstützungssätze der Kammer höher sind wie die der Kassenärztlichen Vereinigung. Das scheint mir doch nicht ganz richtig zu sein.

Kindergeldkasse

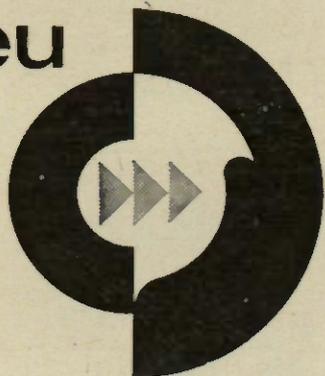
Über unsere Kindergeldkasse brauche ich Ihnen heute nicht viel zu berichten. Sie wissen, daß seit dem 1. Juli das Kindergeld von den Arbeitsämtern bezahlt wird, und zwar aufgrund des neuen Kindergeldgesetzes. Unsere Kindergeldkasse und alle gleichartigen Einrichtungen haben ihre Tätigkeit eingestellt. Die Abwicklung der Kindergeldkasse wird uns wohl erst im nächsten Jahre möglich sein. Ich werde deshalb auch erst im nächsten Jahr Ihnen anhand von Zahlen zeigen können, wie segensreich sich diese eigene Einrichtung ausgewirkt hat und wie gut wir daran taten, sie in die eigenen Hände zu nehmen. Das erscheint mir heute noch aus bestimmten Gründen etwas verfrüht.

Facharztfragen

Unsere Facharzausschüsse haben 1963 277 Facharztanerkennungen ausgesprochen. Die Zahl der Ablehnungen war sehr gering, weil die Antragsteller im großen und ganzen die geforderten Voraussetzungen voll erfüllten, so daß keine Ablehnungen erfolgen mußten. Ich will Ihnen hier nicht alle Zahlen vortragen, darf aber betonen, daß mit weitem Abstand die Internisten an der Spitze marschieren. Von den 277 Facharztanerkennungen, die wir aussprachen, waren allein 88 Fachärzte für Innere Krankheiten. Das ist eine enorm große Zahl. Mit großem Abstand folgen die Chirurgen, bei denen es ganze 38 Anerkennungen gewesen sind. Es waren übrigens 22 Röntgenologen, die neu anerkannt wurden, eine für dieses Fachgebiet eigentlich recht hohe Zahl. Die übrigen Anerkennungen verteilen sich auf alle Fachgebiete. Ich glaube, ich brauche diese Zahlen nicht im einzelnen vorzutragen.

Dann beschäftigte uns die Frage der Weiterbildung zum Facharzt auf der Bundesebene außer-

neu



palmalgin®

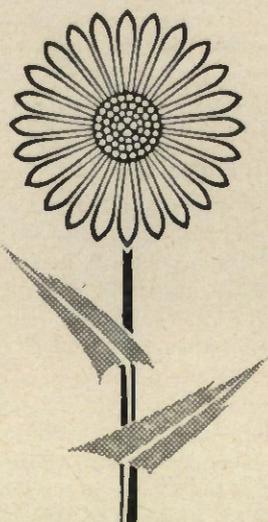
- Tropfen - Sirup -
Komplexe Therapie
des Hustens
bei Erkältungs-
krankheiten.

Nur 1 Verordnung!
Das zusätzliche
„Grippemittel“
wird erspart!

Costopalm Arzneimittelwerk GmbH 7067 Ploederhausen bei Stuttgart



Bronchicum macht schnell die Luftwege frei



Bronchicum[®]

ELIXIR



Bronchicum[®] Elixir

das wirkstoffreiche Expektorans
mit der sparsamen Teelöffeldosierung

eine OP reicht eine Woche



ordentlich stark. Wir müssen und wollen zu einer Neugestaltung der Facharztordnung kommen. Wir wollen die Bedingungen an die modernen Gegebenheiten anpassen. Es werden einige Zeiten reguliert werden müssen. Es wird auch der Inhalt der Weiterbildung in vielen Fällen neugestaltet werden müssen. Hier darf ich vor allem auf die Röntgendiagnostik hinweisen. Fast jeder Facharzt, in dessen Fachgebiet Röntgendiagnostik betrieben wird, kommt nach seiner Niederlassung zur KV und verlangt die Röntgen-Genehmigung. Wenn man aber nun die fachärztliche Weiterbildung einmal etwas genauer untersucht, muß man feststellen, daß die Ausbildung in Röntgendiagnostik den Forderungen nach röntgendiagnostischer Tätigkeit in der eigenen Praxis bei weitem nicht gerecht wird. Deshalb wollen wir, daß bei denjenigen Fachgebieten, bei denen Röntgendiagnostik einfach unlösbar dazugehört, diese Ausbildung auch in der Facharztordnung verankert wird, daß sie also nachgewiesen werden muß. Wir erreichen damit auch, daß es keiner eigenen kassenärztlichen Vorschriften mehr bedarf. Wir sind ja grundsätzlich der Meinung, daß Fragen der Ausbildung des Arztes mit dem Kassenarztrecht nichts zu tun haben, und daß deshalb die Frage „Hast du eine röntgendiagnostische Ausbildung?“ keine Frage des Kassenarztrechtes, sondern eine Frage des Arztrechtes sein soll. Wenn wir das aber wollen, müssen wir es auch in der Berufsordnung entsprechend verankern.

Auf diesem Gebiete sind wir sehr aktiv tätig, und ich glaube, wir kommen auch ganz gut voran. Unsere Arbeiten auf diesem Gebiete sind aber leider Gottes dadurch außerordentlich erschwert worden, daß wir sie ja gar nicht mehr allein im nationalen Raum der Bundesrepublik durchführen und sehen können, sondern im Rahmen der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft, denn, wie Sie wissen, es schreiben die Römischen Verträge auch vor, daß die Freizügigkeit der Ärzte hergestellt werden müsse. In diesen Verträgen heißt es: Als Voraussetzung dazu müssen die Ausbildungsbedingungen einander angeglichen werden. — Das ist gerade auf dem Sektor der Facharztweiterbildung außerordentlich schwierig. Trotzdem muß ich anerkennend sagen, daß wir schon erhebliche Fortschritte erzielten. Wir haben bei einem runden Dutzend von Fachgebieten uns bereits zu europäischen Normen geeinigt. Es gibt aber noch sehr, sehr erhebliche Differenzen. Ich darf hier eines als Beispiel herausgreifen: Wir haben den Facharzt für Innere Medizin und sind der Meinung, daß dieser Facharzt für Innere Medizin nach Verviendung seiner Aus- und Weiterbildung und nach Anerkennung als Facharzt sich auf ein Teilgebiet der Inneren Medizin zurückziehen kann, wenn er das wünscht. Es kann sich also ein Internist während seines weiteren Lebens auf dem Gebiete der Magen-Darm-Krankheiten betätigen oder, wenn es ihm lieb ist, auf

dem Gebiete der Kardiologie. Er kann sich mit Fragen der Rheumatologie beschäftigen. Immer als Facharzt für Innere Krankheiten.

In den meisten anderen EWG-Ländern hat man dieses Zusammenhalten der Inneren Medizin nicht. Sie ist in mehrere, ich möchte fast sagen in zahlreiche Spezialgebiete auseinandergefallen, die völlig voneinander getrennt sind. Es gibt den Facharzt für Rheumatologie, den Facharzt für Kardiologie usw. Ich kann mir die verschiedenen Gebiete nicht merken, was da alles erfunden wurde. Bei Beginn unserer Verhandlungen in der zuständigen Kommission, in der ich die deutschen Belege zu vertreten hatte, hatte ich den Eindruck, daß wir einen sehr schweren Stand haben würden. Im Laufe der letzten zwei Jahre ist es aber gelungen, die Vertreter der übrigen Länder davon zu überzeugen, daß der Weg des Zusammenhaltens der Inneren Medizin mit einer dann möglichen Spezialisierung auf ein Gebiet doch der richtigere ist. Beispielsweise wurde mir von holländischer Seite zuerkannt, daß man dort die Berechtigung eines eigenen Facharztes für Kardiologie bereits wieder bezweifelt und sich überlegt, ob man ihn nicht wieder auflösen soll, um es dem Facharzt für Innere Medizin wieder zu überlassen, sich dann kardiologisch zu betätigen.

Ich wollte Ihnen hier nur eine der Schwierigkeiten zeigen, mit denen wir zu tun haben.

Eine andere ist, daß es in Italien, Frankreich und Belgien sogenannte Stomatologen gibt, das sind Ärzte, die die Zahnheilkunde betreiben, während in Deutschland und auch in Holland die Zahnheilkunde von Zahnärzten betrieben wird. Hier stehen wir vor der heiklen Frage, ob nun die Freizügigkeit nach den Römischen Verträgen soweit getrieben werden müsse, daß ein italienischer Stomatologe nach Deutschland gehen kann, obwohl es diese Fachbezeichnung bei uns nicht gibt, oder ob sich die Freizügigkeit auf diejenigen Länder beschränkt, die derartige Facharztbezeichnungen eingeführt haben. Ich glaube aber, daß wir auch hier bereits eine sehr gute Position haben, die es uns ermöglichen wird, das Eindringen von Facharztbezeichnungen, die wir für falsch halten, in das eigene Land zu verhindern. Wir befinden uns hierbei in guter Gesellschaft vor allem mit den holländischen Kollegen, die ebenfalls der Meinung sind, daß man die Freizügigkeit nicht zur Unvernunft steigern dürfe, weil sonst einfach unübersehbare Verhältnisse entstehen, die der gesundheitlichen Betreuung unserer Bevölkerung keineswegs dienen würden.

Für uns steht noch eine sehr interessante Frage auf der Tagesordnung. Man war früher der Meinung, daß sich die Facharztbezeichnungen beschränken sollten auf Fachgebiete, die direkt am Patienten arbeiten, also Internisten, Chirurgen, Gynäkologen. Man hat diesen

Die neue Venen-Therapie

Tropfen
Dragees
Salbe

PENTAVENON®

5 facher Angriffspunkt

mit doppeltem Entstauungsprinzip:

Spartein und Roßkastanie

ADENYLICHEMIE - Stuttgart-Bad Cannstatt

Grundsatz erstmals verlassen mit der Einführung des Facharztes für Laboratoriumsdiagnostik. Inzwischen ist die Entwicklung weitergegangen. Die Pharmakologen z. B. sind an uns mit dem Wunsch herantreten, einen Facharzt für Pharmakologie zu schaffen. Die Begründung hierfür ist überzeugend. Das heutige Arzneimittelrecht sieht vor, daß die Arzneimittelproduktion pharmakologisch überwacht werden muß. Wenn nun die Bezeichnung „Pharmakologe“ nicht geschützt wird, dann sind auch Leute in der Lage, sich als Pharmakologen zu betätigen, die nicht die Voraussetzungen erfüllen, welche nach unserer Meinung für eine optimale Arzneimittelkontrolle erfüllt sein müssen. Hier gibt es tatsächlich nur den Weg, die Bezeichnung „Pharmakologe“ in der Berufsordnung zu schützen, sie also zu einer Facharztbezeichnung zu machen.

Inzwischen haben auch andere theoretische Fächer der Medizin erste Wünsche nach Schutz ihrer Berufsbezeichnung erklingen lassen, und wir stehen diesen Wünschen deshalb aufgeschlossen gegenüber, weil wir z. B. beobachtet haben, daß nach dem heutigen Recht jemand Anatom sein kann, ohne daß er die Approbation als Arzt erwirbt. Wir glauben, daß die Ausbildung von Ärzten doch primär auch eine Angelegenheit von Ärzten sein soll. Wir werden also mit der Frage des Schutzes von Berufsbezeichnungen aus dem Bereich der theoretischen Medizin weiter beschäftigt sein. Der erste Schritt ist mit den Verhandlungen über die Einführung des Facharztes für Pharmakologie bereits getan worden.

Ärztliche Fortbildung

In der Fortbildung wurde im Berichtszeitraum auch wieder sehr, sehr große Aktivität entwickelt. Wir sind ja sehr stolz darauf, daß der Meister der Fortbildung, der Motor der Fortbildung in Deutschland, aus unseren Reihen kommt. Wie Sie wissen, ist es Herr Kollege Prof. SCHRETZENMAYR als Vorsitzender des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung und als Gestalter unserer großen internationalen Fortbildungskurse. Außer ihm gehören aus unseren Kreisen noch die Kollegen HELLBRÜGGE und ich selbst dem Senat für ärztliche Fortbildung an. Unsere internationalen Kurse — Davos, Bad Gastein, Grado, Monte Catini, Meran — erfreuen sich nach wie vor stärksten Zuspruchs. Die Programme werden immer besser und interessanter. Es ist wirklich eine helle Freude, zu erleben, mit welcher Begeisterung und welchem Eifer die Kollegen an diesen Veranstaltungen teilnehmen. Wer jemals einen solchen Kurs besucht hat, weiß, daß die Behauptung, dort würde man nur zum Baden hinfahren, durch die Besichtigung und Teilnahme Lügen gestraft wird.

Innerhalb Bayerns — wir sind ja ein Mutterland der ärztlichen Fortbildung — haben wir nach wie vor die großen Kurse im Frühjahr und Herbst in Augsburg, getragen vom Ärztlichen Kreisverband in Augsburg, unter Leitung von Herrn Kollegen Schretzenmayr. Zweimal im Jahr findet der Regensburger Kurs statt, getragen vom Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung, unter der Leitung von Herrn Prof. JAHN. Wir selbst veranstalten einmal im Jahr unseren Fortbildungskurs in Nürnberg, der — obwohl er am ersten Dezemberwochenende stattfand — auch im vergangenen Jahr eine außerordentlich starke

Beteiligung aufwies. Die Zahl der Kollegen, die den Kurs besuchten — entweder alle drei Tage oder an einzelnen Tagen — dürfte etwa 1500 betragen haben. Die Leitung dieses Kurses unserer Kammer lag jahrelang in den Händen von Herrn Professor MEYTHALER. Nachdem dieser in den Ruhestand versetzt wurde, haben wir dann Herrn Professor SCHUBERT zu seinem Nachfolger als wissenschaftlichen Leiter dieses Nürnberger Fortbildungskurses bestellt.

Für 1964 ist der Kurs wiederum für das erste Wochenende im Dezember vorbereitet. Wir gehen erstmals — ich möchte sagen versuchsweise — in die Meistersingerhalle. Die Themen des diesjährigen Kurses sind: Asthma, Diabetes und Verkehrsmedizin; und zwar auf dem Sektor Verkehrsmedizin nicht die Unfallversorgung, die gerade jetzt sehr ausführlich abgehandelt wurde, sondern mehr internistische Fragen aus diesem Bereich.

Intensiv beschäftigen wir uns im organisatorischen Bereich weiterhin mit der in Bayern angelaufenen **klinischen Fortbildung**, also mit der Gestaltung von Fortbildungswochen an Kliniken unseres Landes. Da sind einige eigenartige Dinge zu beobachten. Auf der einen Seite kennzeichnet diese Kurse eine enorme Begeisterung der teilnehmenden Kollegen. Ich bekomme das ganze Jahr nicht einen Bruchteil von soviel Lobesbriefen, wie im Anschluß an die klinischen Fortbildungskurse. Wenn man mit den Kollegen spricht, so sind sie wirklich hell begeistert von dem, was sie in diesen Wochen gelernt haben. Sie sagen natürlich, wir sollten das weiter so machen, diese Fortbildungswochen seien eine wunderbare Sache.

Ich kann weiter feststellen, daß die Kursleiter, die anfangs etwas skeptisch waren, sehr befriedigt sind; sie freuen sich enorm über die Teilnahme der Kollegen, über das Interesse und auch über den Kontakt, den sie auf diese Weise mit ihren Kollegen gewinnen. Auf der anderen Seite muß ich aber eine außerordentlich geringe Beteiligung feststellen, gemessen an der Zahl der bayerischen Ärzte. 1960 haben wir begonnen. Da waren es nur ganze 20 Teilnehmer. 1961 waren es 45, 1962 schon 65 und 1963 waren es 134. Für das Jahr 1964 liegen bis jetzt 88 Meldungen vor. Aber das Programm ist jetzt gerade noch einmal verschickt worden. Die Zahl wird sich also sicher noch erhöhen. Aber wenn es auch 150 Teilnehmer werden sollten, so ist das doch eine außerordentlich niedrige Zahl. Ich hätte eigentlich gedacht, daß bei über 15 000 bayerischen Ärzten doch mehr Ärzte daran Interesse hätten. Auffallend ist auch, daß es uns bisher nur gelungen ist, Interessenten für Kurse in München zu finden; obwohl in Erlangen und in Würzburg hervorragende Kollegen an den Kliniken tätig sind, die bereit wären, solche Kurse abzuhalten, fanden sich für diese Orte einfach keine Teilnehmer. Das ist mit Sicherheit keine Ablehnung der Kursleiter oder Professoren, sondern es ist einfach der Magnet München, der unsere Kollegen lockt. Wenn man schon einmal eine Woche an einer klinischen Fortbildung teilnimmt, möchte man natürlich auch die sonstigen Annehmlichkeiten damit verbinden. Man will ins Theater gehen, man will einfach in München sein. Das kann ich durchaus verstehen, aber ich möchte es als etwas bedauerlich hier herausstellen. Denn ich bin überzeugt, daß die Kollegen, wenn sie nach Erlangen und Würzburg gingen, sicher genauso begeistert wären über das,

was sie dort lernten. Wir werden unsere Bemühungen auf jeden Fall fortsetzen und im Laufe der Zeit doch einen etwas größeren Teilnehmerkreis gewinnen.

Beschäftigt hat uns auch die Frage der Fortbildung auf dem Gebiete der Arbeitsmedizin. Sie wissen ja, daß fast jeden Monat ein neuer Antrag in irgendeinem Landtag oder auch im Bundestag von irgendeiner Seite auf Errichtung von Lehrstühlen für Arbeitsmedizin, auf Errichtung von Akademien für Arbeitsmedizin gestellt wird. Wir haben den Kontakt mit dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge aufgenommen, der sich inzwischen zu einer engen Zusammenarbeit entwickelt hat, so daß von seiten des Staates für unser Land anerkannt wird, daß jede Initiative auch auf diesem Gebiet der Weiterbildung der Ärzte im Bereich der Arbeitsmedizin eine Aufgabe der Kammer ist und nicht eine Aufgabe des Staates. Der Staat beteiligt sich aber fördernd an diesen Bemühungen und gibt uns auch finanzielle Hilfe, so daß wir im November den ersten Fortbildungskurs für Arbeitsmedizin in München abhalten werden.

Wenn so etwas das erste Mal stattfindet, hat man immer etwas Besorgnisse. Wenn ich zu einem solchen Kurs fahre, denke ich immer: Jetzt werden wir paar Veranstalter vor leeren Stuhlreihen stehen und uns gegenseitig begrüßen und bedauern müssen. So ist es mir bei dem ersten psychiatrischen Fortbildungskurs in Haar gegangen. Aber als ich dort eintraf, konnte ich kaum in den Saal vordringen, so groß war die Zahl der Teilnehmer aus ganz Bayern. Obwohl das Gebiet der Psychiatrie etwas abseits lag im ersten Anschein, war das Interesse sehr groß. Ich könnte mir vorstellen, daß sich auch genügend bayrische Kollegen finden, die an einem Wochenende an einem Fortbildungskurs über Fragen der Arbeitsmedizin teilzunehmen wünschen. Im Grunde genommen kommt heute jeder praktizierende Arzt mit diesen Dingen in Berührung. Denn zu ihm kommen ja die arbeitenden Menschen, und es ist für ihn doch sicher sehr wertvoll, wenn er dann manche Frage aus der Sicht der Arbeitsmedizin beurteilen und seine Patienten entsprechend gut beraten kann. Ich hoffe also, daß auch dieser Fortbildungskurs über Arbeitsmedizin unsere Erwartungen erfüllt.

Die Abendveranstaltungen im Rahmen der Ärztlichen Kreisverbände werden von uns, soweit wir in Anspruch genommen werden, gern gefördert. Wir sind vor allem tätig in der Vermittlung von Referenten. Ich glaube,

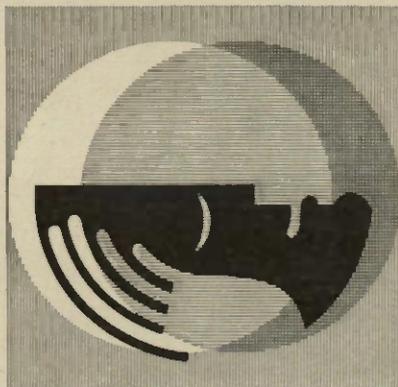
es hat sich doch recht gut eingebürgert, in den Ärztlichen Kreisverbänden Fortbildungsabende zu veranstalten. Ich habe es in meinem engeren Bereich nun schon mehrmals versucht, und am letzten Abend, dem vergangenen Mittwoch, konnte ich in einem Dachauer Wirtshausaal über hundert Kollegen aus den Bereichen Dachau, Fürstenfeldbruck, Pfaffenhofen, Aichach begrüßen, die alle gekommen waren, um an einem solchen Fortbildungsabend teilzunehmen. Eine ähnliche Einrichtung, die ich für ganz ausgezeichnet halte, die uns immer etwas Vorbild ist, sind die Fortbildungskurse in Prien am Chiemsee, wo mehrere Kreisverbände miteinander solche Fortbildungsabende veranstalten.

Nicht vergessen möchte ich den jährlichen Fortbildungskurs in Bad Wiessee, getragen vom Ärztlichen Kreisverband Miesbach, der sich auch immer eines guten Zuspruchs erfreut und bei dem stets ausgezeichnete Referate gehalten werden.

Ein Wort darf ich hier zur Mitwirkung der pharmazeutischen Industrie bei derartigen Fortbildungsveranstaltungen sagen. Sie haben ein Rundschreiben erhalten, das vielleicht etwas scharf in seiner Formulierung ist. Ich darf es deshalb hier etwas kommentieren:

Wir haben die Mitwirkung der pharmazeutischen Industrie eingehend beraten und sind zu dem Ergebnis gekommen, daß man dabei einen gesunden Mittelweg einhalten sollte. Auf der einen Seite wollen wir die pharmazeutische Industrie nicht völlig ausschalten; denn die seriöse Industrie ist ein echter Mitträger der ärztlichen Fortbildung. Ich darf nur daran erinnern, daß unsere ganzen ausgezeichneten Fortbildungsfilme mit Mitteln der pharmazeutischen Industrie hergestellt werden. Wir wollen aber nicht, daß ein Ärztlicher Kreisverband sich einen fertigen Fortbildungsabend von einer Firma liefern läßt. Wir wollen also nicht, daß die Firma den Redner stellt. In dem Augenblick, wo ein Referent von einer Firma kommt, ist er irgendwie dieser Firma verpflichtet, und dann besteht zumindest die Gefahr oder der Anschein, daß sein wissenschaftlicher Vortrag in etwa auch ein Werbevortrag sein könnte, und das wünschen wir nicht. Um die Gestaltung des Fortbildungsabends muß sich der Ärztliche Kreisverband selbst kümmern. Wenn er keine Verbindungen hat, möge er sich an die Kammer wenden. Wir sind gern bereit, Referenten zu vermitteln.

tempidorm®



**Ein
Stufenschlafmittel,
das Ihr Vertrauen
verdient**

Tabletten, Suppositorien
Supp. pro inf., comp. (Kapseln)



costo palm 7067 Plüderhausen bei Stuttgart

Wenn aber eine seriöse Firma erklärt, sie würde ganz gerne im Anschluß an den nächsten Fortbildungsabend, den Sie veranstalten, also nach getaner Arbeit, die Damen und Herren Ärzte zu einem gemütlichen Beisammensein einladen, so haben wir dagegen keine Bedenken. Damit ist eine klare Trennung bewirkt — und das scheint uns wünschenswert.

Ich bitte Sie also, das Rundschreiben so zu verstehen. Es ist in keiner Weise daran gedacht, etwa die pharmazeutische Industrie in einen falschen Verdacht zu bringen.

Wir haben uns auch bemüht, unseren Kollegen die Fortbildung ins Haus zu liefern, weil wir wissen, daß nicht jeder Gelegenheit hat, zu einem Kurs zu fahren, aber doch vielleicht manchmal eine ruhige Stunde findet, in der er auch bereit ist, einmal etwas durchzulesen. Wir bringen deshalb — wie Sie ja selbst feststellen können — immer wieder auch Fortbildungsartikel im „Bayerischen Ärzteblatt“. Der Vorstand hat beschlossen, für alle bayerischen Ärzte die hoffentlich in Kürze erscheinenden neuen Arzneiverordnungen zu beschaffen. Der Vorstand hat beschlossen, eine Broschüre über „Erste Hilfe am Unfallort“ für alle Kollegen in Bayern zu beschaffen. Sie wurde erarbeitet vom Ausschuß für Verkehrsmedizin der Bundesärztekammer. Sie ist sicher sehr gut. Heute liegt auf Ihrem Tisch eine Schrift „Psychiatrie“. Diese Schrift enthält die Vorträge auf der Fortbildungstagung in Haar. Sie ist außerordentlich lesenswert und durch ihre Gliederung in zahlreiche Einzelarbeiten auch so angelegt, daß man nicht alles auf einmal aufnehmen muß. Ich möchte Ihnen wirklich empfehlen, dieses Buch einmal zur Lektüre zu benutzen. Sie werden viel Lesenswertes finden.

Die Beschaffung solcher Schriften für die Kollegen kostet natürlich Geld. Wir werden uns hier mit dem für die Zukunft einzuschlagenden Weg noch im Kammervorstand beschäftigen müssen.

Präventive Medizin

Auch im Bereich der präventiven Medizin sind wir natürlich weiterhin tätig gewesen. Sie wissen alle, daß ich als Ihr Sprecher den Grundsatz vertrete: die präventive Medizin gehört in die Hand des niedergelassenen Arztes, primär des Hausarztes. In dieser Richtung haben wir weiter gearbeitet.

In der Arbeitsgemeinschaft „Krebs“, die von uns geführt wird, verlegten wir uns in der letzten Zeit mehr auf die Laienaufklärung. Wir haben eine Reihe sehr hübscher, kleiner Schriften anfertigen lassen, die an die Leute verteilt werden sollen. Ich möchte Sie bitten, sich solcher Schriften zu bedienen, sie auch an Ihre Patienten zu verteilen. Sie können diese Schriften über die Formularverteilungsstelle bekommen und sie selbstverständlich auch immer bei der Kammer anfordern.

Mit großer Aufmerksamkeit verfolgen wir auch die Untersuchungen auf dem Gebiete des Jugendarbeitsschutzgesetzes, also die durch das Jugendarbeitsschutzgesetz vorgeschriebenen Untersuchungen der Jugendlichen vor Beginn einer Lehr-tätigkeit und nach Abschluß des ersten Lehrjahres. Dazu muß ich Ihnen einige hochinteressante Zahlen mitteilen. Es sind in Bayern — Erstuntersuchungen vor Beginn der Lehre — untersucht worden im Jahre 1962 rund 51 000 Jugendliche, im Jahre 1963 rund 79 000 und im Jahre 1964 bis jetzt rund 67 000. Das sind insgesamt rund 200 000 Jugendliche, die von Ärzten vor Beginn ihrer Lehr-tätigkeit grunduntersucht wurden. Nun schreibt das Gesetz vor, daß der Jugendliche nach einem Jahr wieder untersucht werden muß. Wenn Sie nun die Zahl der Erstuntersuchungen lesen, werden Sie sicher jetzt eine recht hohe Zahl von Zweituntersuchungen erwarten. Diesen 200 000 Erstuntersuchungen stehen aber nur ganze 28 000 Zweituntersuchungen gegenüber. Das zeigt Ihnen, daß das Jugendarbeitsschutzgesetz zumindest in diesem Punkt noch völlig ungenügend durchgeführt wird. Man hat geradezu den Verdacht eines gewissen Boykotts von seiten der Arbeitgeber. Ich möchte aber ausdrücklich betonen: man hat den Eindruck — ich will in keiner Weise etwas den Arbeitgebern vorwerfen, denn das können wir nicht beweisen. Jedenfalls besteht hier aber eine sehr große Diskrepanz zwischen der Erstuntersuchung und der Zweituntersuchung: 200 000 gegenüber 28 000. Wir werden diese Frage noch einmal eingehend mit dem Herrn Bayerischen Staatsminister für Arbeit und soziale Fürsorge — der ja gestern abend auch hier gewesen ist — besprechen. Da muß etwas geschehen. Das ist meine Meinung! Es ist auch nicht so, daß diese Zweituntersuchungen alle gemacht und über andere Kanäle abgerechnet werden könnten. Im Lande Bayern kann man ein Honorar für Jugend-



**Physiologischer
Blutdruckheber
mit Langzeiteffekt**

RR-plus

erhöht die Aktivität, beseitigt Müdigkeit, Abgeschlagenheit,
Konzentrationschwäche, fördert die Coronardurchblutung

30 und 60 Dragées
ADENYL-CHEMIE 7016 Gerlingen bei Stuttgart

arbeitsschutzuntersuchungen nur von der Landesgeschäftsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns bekommen. Denn dort haben wir diese Stelle eingerichtet. Das war gut so! Hätten wir es nicht getan, wäre ich heute nicht in der Lage, Ihnen diese hochinteressanten und beunruhigenden Zahlen vorzutragen. Meine Kollegen in anderen Ländern des Bundesgebietes sind nicht in der Lage, diese Entwicklung zu überblicken, weil die Abrechnung bei irgendwelchen staatlichen Stellen erfolgt und dort keine zusammengefaßten Ziffern zur Verfügung stehen.

Es wird Sie vielleicht noch interessieren, welches Honorar inzwischen durch diese Untersuchungen den bayerischen Kollegen, also primär den Praktischen Ärzten, zugeflossen ist. Es handelt sich um eine Summe von 5,8 Millionen DM, die der Bayerische Staat bisher für Jugendarbeitsschutzuntersuchungen an uns bezahlt hat. Das ist auch insoferne eine recht beachtliche Sache.

Im „Deutschen Ärzteblatt“ haben Sie sicher gelesen, daß wir von der Bundesärztekammer aus eine Diabetes-Erfassungsaktion größten Stils anlaufen lassen. Alle deutschen Kollegen wurden durch Aufrufe, die von den Vorsitzenden der wesentlichen Verbände unterzeichnet sind, gebeten, sich an dieser Erfassungsaktion zu beteiligen.

Dazu nun einige Worte: Es wurde, als wir das ankündigten, von wissenschaftlicher Seite sofort eingewandt, daß das eine unwissenschaftliche Methode sei; denn die Harnuntersuchung sei keine Diabetes-Untersuchung. Dazu können wir nur sagen: Das wissen wir auch. Diese Fragen haben wir natürlich im Vorstand der Bundesärztekammer und gemeinsam mit den Vertretern der übrigen ärztlichen Verbände eingehend besprochen. Alles Für und Wider wurde erörtert. Im Ergebnis mußten wir uns aber sagen, daß wir jedenfalls bei den Personen, die nun einmal zu uns kommen und sich den Teststreifen abholen, wenigstens 70 Prozent vorhandener Erkrankungen erfassen, bei denen dann durch weitere ärztliche Untersuchung festgestellt werden muß, ob ein echter Diabetes vorliegt oder nicht. Es kann ja auch einmal etwas anderes an der Zuckerausscheidung schuld sein. Es soll aber dann die Aufgabe des Arztes sein, in diesen Fällen, in denen der Teststreifen die Zuckerausscheidung im Harn ankündigt, die weiteren ärztlichen Untersuchungen vorzunehmen.

Ich glaube also, daß es sich wirklich um eine ganz wichtige Aktion handelt, die von allen Ärzten unter-

stützt werden sollte. Bis jetzt haben sich bei der Bundesärztekammer bereits 18 000 Ärzte gemeldet und um Übersendung des notwendigen Materials gebeten. Das scheint mir eine beachtlich hohe Zahl zu sein. Sie muß aber noch höher werden, denn das Ganze soll ja auf breitester Front durchgeführt werden.

Bei dieser Aktion, von der wir ausdrücklich sagten, daß sie nicht mit Honorar verbunden ist, wird der Arzt nur insoferne belastet, als er jedem Patienten, der zu ihm kommt, einen solchen Teststreifen aushändigt, ihn auffordert, ihn zu Hause in den Harn zu hängen und ihn dann wieder zum Arzt zurückzubringen. Dann wird der Arzt sehen, ob eine Verfärbung vorliegt. Sobald eine Verfärbung vorliegt, handelt es sich um einen normalen Behandlungsfall. Dann geht der Weg weiter wie bei allen übrigen Krankheitsverdachtsfällen.

Diese Sache wird neuerdings die Diskussion um die beste Art und Weise der Diabetikerbetreuung entfachen. Schon jetzt ist von verschiedenen Seiten die Forderung angemeldet worden, der Staat müßte unter allen Umständen Mittel bereitstellen für die Einrichtung von Diabetiker-Ambulatorien; denn die Ärzte — die Praktischen Ärzte sowieso, aber auch die Internisten — seien nicht in der Lage, eine richtige, gute Diabetiker-Betreuung durchzuführen. Wir werden uns diesen Bestrebungen sehr scharf entgegenstellen und werden immer wieder darauf hinweisen, daß die Masse unserer Diabetiker von ihren Ärzten gut behandelt und betreut wird und daß nicht der leiseste Grund besteht, die Diabetiker aus der allgemeinen ärztlichen Betreuung herauszunehmen und sie den Diabetiker-Ambulatorien zuzuführen.

Ich möchte Sie bitten, in allen unseren Zusammenkünften und Veranstaltungen unseren Kollegen nachdrücklich klarzumachen, daß unser Kampf um die Erhaltung der präventiven Medizin und um die Erhaltung der gesamten kurativen Medizin in der Hand des freipraktizierenden Arztes nur erfolgreich sein kann, wenn sich jeder Kollege der enormen Verantwortung bewußt ist, die damit verbunden ist. Wenn man uns in großem Umfang nachweisen könnte, daß eine solche Aufgabe von den niedergelassenen Ärzten nicht in der richtigen Weise wahrgenommen wird, dann liefern wir den Befürwortern der Ambulatorien die notwendige Munition für ihre Arbeit und für ihre Angriffe. Dann wird es eben einfach zur Errichtung von Ambulatorien kom-

Für
Ihre
Magen-
Patienten

ULCOLIND[®]

unterbricht 3-fach den circulus vitiosus
um ZNS Magen und Leber

1/2 Packung 30 Tabletten

1/1 Packung 60 Tabletten

Lindopharm KG Hilden Rhld



men, ob wir wollen oder nicht. Wir haben es also wirklich mit einer Aufgabe von größter Bedeutung zu tun. Das muß man unseren Kollegen immer wieder klarmachen; denn hie und da hat man das Gefühl, daß das nicht voll erkannt wird.

Was ich soeben allgemein sagte, gilt auch für unsere Aktion „*Betreuung der werdenden Mütter*“, über die wir morgen sprechen werden. Sie ist in einem Teilgebiet, nämlich in dem der Blutgruppenuntersuchungen, bereits seit dem 1. Juli dieses Jahres angelaufen. Wir sind der Meinung, daß die werdende Mutter in die Hand ihres Hausarztes gehört, gegebenenfalls, wenn sie es wünscht, natürlich in die Hand des Gynäkologen, der dann neben dem Hausarzt steht. Wir wollen aber keine Mütterberatungsstellen, keine staatliche Schwangeren-Betreuung, wie sie auch schon von verschiedenen Seiten gefordert wurde, und zwar erst in den letzten Monaten wieder durch Anträge im Bayerischen Landtag. Ich muß noch einmal betonen: Auch hier steht und fällt der Erfolg unserer Bemühungen mit dem Einsatz unserer Kollegen. Jeder Fall, in dem uns nachgewiesen werden kann, daß eine Mutter zur Entbindung kommt, deren Blutdruck nie gemessen wurde, obwohl sie bei ihrem Hausarzt war, ist ein tödliches Argument gegen uns. Dessen muß sich auch der letzte Kollege einmal bewußt werden!

Welchen Sinn hätte es denn, wenn wir als die Ständevertretung für die Erhaltung des Aufgabengebietes des frei praktizierenden Arztes kämpfen, die Kollegen-schaft uns aber im Stiche läßt? Dann müssen wir eben dem allgemeinen Trend folgen und dann kommt es eben zur institutionalisierten Medizin. Dann kommt es zur Beratungsstelle, in der der Arzt der anonyme Erfüllungshelfer ist, von dem ich gestern sprach.

Über dieses Thema haben wir uns neulich auch im EWG-Bereich unterhalten. Ein holländischer Kollege hat uns eine sehr nette Geschichte erzählt: Ein junger kleiner Pfadfinderjunge kam nach Hause und erzählte seiner Mutter stolz, daß er wieder eine gute Tat vollbracht hätte. Er hätte zusammen mit 15 anderen Jungen eine alte Dame über die Straße gebracht. Als die Mutter erstaunt fragte, warum sie zu 15 die Dame über die Straße gebracht hätten, sagte der Junge zu seiner Mutter: Weißt du Mutter, die Dame wollte gar nicht über die Straße gehen.

Diese Geschichte muß man, glaube ich, manchmal erzählen, wenn man sich darum bemüht, der Ärzteschaft das Arbeitsfeld zu erhalten. Ich hoffe, daß wir nicht in die Rolle jenes Pfadfinderknaben kommen und unsere Kollegen die Rolle dieser alten Dame spielen, die gar nicht über die Straße gewollt hat. Dann wäre es besser, wir machten keine guten Taten in dieser Richtung.

Über Fragen des Sanitätswesens der Bundeswehr will ich von mir aus nicht berichten. Wenn Sie Fragen haben, wird sie Herr Kollege SONDERMANN sicher gern beantworten.

Gebührenordnung

Zu dem so schwierigen Thema der Gebührenordnung möchte ich Sie nur über den derzeitigen Stand unterrichten. Der Entwurf einer Übergangsgebührenordnung ist fertiggestellt. Die Ressortbesprechungen haben bereits stattgefunden. Wie wir hören, sollen sie nicht ganz ungünstig verlaufen sein. Unsere

Sorgen, daß die Gebührenordnung, die man uns vorlegen wird, unseren ärztlichen Vorstellungen nicht entspricht und daß sie vor allem auch zu erheblichen Verschiebungen führen wird, daß sie Leistungen nicht gleichmäßig anhebt, sind nach wie vor außerordentlich groß. Wir sind auch heute noch der Meinung, daß für den Übergang die lineare Preugo-Erhöhung richtig gewesen wäre und daß der Übergang zu einer Gebührenordnung, die in etwa der Ersatzkassen-Adgo entspricht, für uns zwar eine Zunahme des Honorarvolumens bringen wird, aber im übrigen doch die Gefahr erheblicher Spannungen innerhalb der ärztlichen Gruppen beinhaltet. Wir können Ihnen Näheres über den Inhalt der Gebührenordnung nicht berichten. Sie ist uns noch nicht zugestellt worden. Ich hoffe, daß das in den nächsten Wochen der Fall sein wird.

Auch zu diesem Thema werden wir Sie bitten, durch einen Beschluß unsere Bemühungen bei der Bayerischen Staatsregierung zu stärken, sie möge, wenn diese Gebührenordnung im Bundesrat beraten wird, unsere Anliegen zu den ihrigen machen. Ich bin überzeugt, daß die Vertreter der Bayerischen Staatsregierung — es geht hier um das Bayer. Staatsministerium des Innern — unseren Wünschen außerordentlich aufgeschlossen gegenüberstehen werden.

Pressestelle — Ärzteblatt

Schließlich darf ich noch über die Arbeit unserer Pressestelle und des „*Bayerischen Ärzteblattes*“ berichten. Unsere Pressestelle hat die Kontakte zu den Journalisten und Redakteuren erheblich verstärken und vertiefen können. Es ist eigentlich ein ständiger Besucherstrom aus diesem Kreis bei uns im Hause zu beobachten. Wer die Presse aufmerksam verfolgt, wird bemerkt haben, daß jetzt doch immer wieder auch einmal Artikel erscheinen, die unsere Überlegungen widerspiegeln, die zeigen, daß es uns gelingt, zunehmend Verständnis für unsere Anliegen zu bekommen. Ich erinnere an einen ausgezeichneten Artikel über die Frage der Preugo in der „*Süddeutschen Zeitung*“, aber auch an eine ganze Reihe anderer Presseveröffentlichungen, die sicherlich durch den guten Kontakt, den wir mit der Presse haben, beeinflusst worden sind. Es haben auch einige Pressekonferenzen, vor allem zu Fragen der Fortbildung, stattgefunden. Wir haben uns in der praktischen Vorbereitung des Deutschen Ärztetages und des Ärztlichen Aktionskomitees in München beteiligt. Durch den „*Informationsdienst*“ unterrichten wir unsere Kollegen und auch die Presse über wesentliche Ereignisse. So tragen wir auch zu einer besseren Information bei.

Das „*Bayerische Ärzteblatt*“ erscheint zur Zeit in einer Auflage von 16 000 Exemplaren. Es wird an alle Ärzte in Bayern verschickt. Die Medizinalassistenten erhalten es, sofern sie sich an uns wenden. Wir schicken es an alle Ärztekammern der Bundesrepublik, an Archive. Aber auch die ausländischen Ärztekammern verlangen immer wieder, daß sie beliefert werden. Vor allem aus der Schweiz und aus Österreich kommen laufend Wünsche. Wir haben diese Stellen nun in unseren regelmäßigen Bezieherkreis aufgenommen. Außerdem versenden wir das Blatt an sozial- und gesundheitspolitisch tätige Abgeordnete.

Über die Frage der Herausgabe von Fortbildungsschriften habe ich schon gesprochen. Das „*Hand-*

buch für den bayerischen Arzt" ist praktisch vergriffen. Wir überlegen zur Zeit, ob eine Neuauflage wünschenswert ist und wie wir sie finanzieren können. Es müßte vor allem auch eine Aufteilung in zwei Bände erfolgen, weil durch die Zahl der Nachlieferungen nicht mehr alles in einem Band untergebracht werden kann.

Bayerische Ärzteversorgung

Schließlich als Letztes noch einige Worte über unsere Arbeit in der Bayerischen Ärzteversorgung. An den Anfang möchte ich einige Zahlen stellen: Der derzeitige Mitgliederstand der Bayer. Ärzteversorgung ist 19 526. Als Vergleichszahl nenne ich den Stand von 1956: 14 093. Zwischen 1956 und heute liegt die Änderung des Angestellten-Versicherungsgesetzes, liegt der große Zustrom an angestellten Ärzten zu ihrer Standesversorgung. Daher rührt das starke Ansteigen der Mitgliederzahl. Die Versorgungsfälle haben in dieser Zeit beachtlich zugenommen. Während 1956 1014 Ärzte Ruhegeld bezogen, sind es heute 1582. Während es damals 2377 Witwen waren, beträgt ihre Zahl heute 3234. Dieses doch sehr beachtliche Ansteigen der Zahl der Versorgungsempfänger, das sich noch fortsetzen wird in den nächsten Jahrzehnten, bestätigt unsere konsequente Haltung hinsichtlich der Gestaltung der Bayerischen Ärzteversorgung. Wir widersetzen uns nach wie vor allen Versuchen, irgendwelche Momente des Umlageverfahrens einzubeziehen, um im Augenblick guten Eindruck zu machen. Wir sind weiterhin der Meinung, daß die Ärzteversorgung so gestaltet werden muß, daß auch die Kollegen, die nach uns kommen, nach menschlichem Ermessen mit vollen Leistungen bei gleichbleibender Belastung werden rechnen können. Nur wenn man diesen Grundsatz aufrechterhält, kann man es überhaupt verantworten, eine solche Einrichtung zu haben und zu führen. Es ist natürlich sehr einfach, heute große Erfolge durch hohe Leistungen zu erzielen und Beifall bei den Kollegen zu bekommen, wenn man es tut nach dem Grundsatz „nach uns die Sintflut“, wenn man der Meinung ist, die nächste Generation werde eben sehen, wie sie mit den Lasten fertig wird. Das ist kein Verantwortungsbewußtsein, das können wir uns nicht leisten. Wir müssen die gegenwärtigen und die zukünftigen Kollegen sehen und an sie denken. Nach diesem Grundsatz haben wir auch gehandelt.

Das Wohnbauwerk der Bayer. Ärzteversorgung hat sich sehr schön weiter entwickelt. Die ausgezahlten Darlehen belaufen sich inzwischen auf 30 Millionen DM. Wir arbeiten mit der Bayerischen Landesbausparkasse zusammen, die den weitaus größten Teil der Verträge mit uns hat. Wir arbeiten aber auch mit der Bausparkasse Wüstenrot und für die Pfälzer Kollegen mit der Badischen Landesbausparkasse.

Damit bin ich zu einem Stichwort gekommen, das ich noch einmal aufgreifen muß. Es handelt sich um unsere Pfälzer Kollegen. Ich habe bereits im vergangenen Jahr darüber berichtet, daß unserer Einrichtung eine Gefahr drohte, nämlich die Gefahr der Abspaltung der pfälzischen Ärzte von der Bayerischen Ärzteversorgung. Ein Pfälzer Kollege, der eben unzufrieden war, hat einen Prozeß geführt und diesen Prozeß vor dem Verwaltungsgerichtshof auch gewonnen. Das Gericht stellte sich auf den Standpunkt, daß

die gesetzlichen Grundlagen in der Pfalz für eine Pflichtmitgliedschaft bei der Bayerischen Ärzteversorgung nicht ausreichend sind. Da die Pfälzer Kollegen unbedingt bei uns bleiben wollten, wurden sehr intensive Verhandlungen zwischen den Regierungen der beiden Länder aufgenommen, auf bayerischer Seite vertreten durch das Bayerische Staatsministerium des Innern, in der Pfalz durch das dortige Innenministerium. Vor wenigen Wochen waren wir in der Lage, an der Unterzeichnung des Staatsvertrages zwischen Bayern und Rheinland-Pfalz teilzunehmen. Nunmehr ist also durch einen Staatsvertrag die weitere Mitgliedschaft der pfälzischen Ärzte bei der Bayer. Ärzteversorgung gesichert.

Das ist ein kleiner Beitrag zu den Möglichkeiten des Einflusses der Ärzteschaft auf ihre Regierungen. Die Regierung von Rheinland-Pfalz hat unseres Wissens bisher noch in allen anderen Fällen es abgelehnt, Staatsverträge mit anderen Ländern der Bundesrepublik zu schließen. Sie hat hier erstmals diesen Grundsatz gebrochen, so daß eine bayerische Einrichtung kraft Staatsvertrages in der Pfalz tätig werden kann.

Wir alle sind sehr glücklich über diese Entwicklung, ganz besonders glücklich unsere pfälzischen Kollegen, die nun bei uns bleiben dürfen.

Ein letztes Wort zur Ärzteversorgung: Sie werden fragen: Wie steht es mit weiteren Leistungsverbesserungen? Leider ist uns eine Steigerung des Steigerungsbetrages von 20 Prozent auf 21 oder 22 Prozent, wie wir sie wünschten, bisher noch nicht gelungen. Wir stehen hier noch in sehr intensiven und hartnäckigen Auseinandersetzungen mit unserer Aufsichtsbehörde, die natürlich die allgemeinen versicherungsmathematischen Grundsätze in den Vordergrund stellt. Sie können sich vorstellen, ohne daß ich hier die Details anspreche, daß uns das erhebliche Schwierigkeiten bereitet. Wir werden aber unsere Bemühungen weiter fortsetzen, aber immer unter dem Grundsatz, den ich vorhin für unsere Anstalt aufgestellt habe: Wir werden nie eine Leistungsverbesserung beschließen, wenn wir nicht davon überzeugt sind, daß sie für die Dauer gehalten werden kann und zu keiner zusätzlichen Belastung der zukünftigen Generation an Ärzten führt. Sie dürfen also versichert sein, daß wir am Werk sind und auf keinen Fall müde werden. Im übrigen darf ich darauf hinweisen, daß von sämtlichen vergleichbaren Einrichtungen die Bayerische Ärzteversorgung nach wie vor mit Abstand die beste ist. Die Leistungen, die von uns erbracht werden, sind wesentlich höher als in den ärztlichen Versorgungseinrichtungen der übrigen Länder.

Damit möchte ich meinen Tätigkeitsbericht schließen. Ich danke Ihnen dafür, daß Sie mir so aufmerksam zugehört haben. Bestimmt habe ich vieles, was Sie noch wissen möchten, nicht aufgegriffen.

Wir treten nun in die Diskussion ein. Ich darf Sie herzlich bitten, alle Fragen, die Ihnen von Interesse scheinen, aufzuwerfen. Wir werden uns bemühen, sie zu beantworten, bzw. sie in der Diskussion weiter zu vertiefen.

Nach Abschluß des Tätigkeitsberichtes erfolgte eine ausführliche Aussprache, auf der im nächsten Heft des „Bayerischen Ärzteblattes“ noch eingegangen werden wird. Die Versammlung nahm dann die nachstehenden Entschlüsse an:

Besoldung der Ärzte im öffentlichen Dienst

„Die beamteten Ärzte sind gegenüber den Beamten anderer Laufbahnen des höheren Dienstes hinsichtlich ihrer Dienstpostenbewertung, des Stellenschlüssels ihrer Laufbahn und durch die Anwendung der Zwischenbesoldungsgruppe A 13 a auf sie benachteiligt. Dadurch wird die Bedeutung der ärztlichen Tätigkeit im öffentlichen Dienst in unvertretbarer Weise abgewertet.“

Der Bayerische Ärztetag erwartet, daß bei den Beratungen der Harmonisierungsnovelle zum Besoldungsgesetz und bei den Beratungen des Staatshaushaltes den Ärzten eine Eingruppierung zuerkannt wird, die ihrer Ausbildung und Verantwortung angemessen ist und der Bedeutung ärztlicher Tätigkeit für die Allgemeinheit entspricht.“

Neuregelung der Gebührenordnung

„Der 17. Bayerische Ärztetag bittet die Bayerische Staatsregierung, ihren Einfluß geltend zu machen, damit der Forderung der Ärzteschaft nach Anpassung der Gebühren an die Lohn-Preis-Entwicklung endlich entsprochen wird und so in gerechter Bewertung der ärztlichen Leistung die Belange dieses freien Berufes gewahrt werden.“

Weiter wurde beschlossen, den § 5 der Richtlinien für die Anmeldung bei den Ärztlichen Kreisverbänden (Meldeordnung) wie folgt zu ändern:

§ 5

1. Nach erfolgter Erstanmeldung hat der Arzt innerhalb eines Monats nach Eintreten des betreffenden Ereignisses dem Ärztlichen Kreisverband, dessen Mitglied er ist, anzuzelgen, wenn
 - a) er sich niedergelassen hat (unter Angabe der Praxisart und der Praxisanschrift),
 - b) er zu den RVO-Krankenkassen zugelassen, an der kassenärztlichen Versorgung oder an der Ersatzkassenpraxis beteiligt wurde,
 - c) er einen ärztlichen Titel, eine Amtsbezeichnung oder von einer außerbayerischen Ärztekammer die Anerkennung als Facharzt erhalten hat,
 - d) er die Praxisart, die Praxisstelle oder den Arbeitsplatz gewechselt hat oder seine ärztliche Tätigkeit aufgegeben hat,
 - e) er aus dem Bereich des Ärztl. Kreisverbandes seine ärztliche Tätigkeit (§ 1 Abs. 1, Satz 1) dauernd oder vorübergehend bzw. seinen Wohnsitz

oder ständigen Aufenthaltsort (§ 1 Abs. 1, Satz 2) verlegt.

2. Bei Anzeigen nach a—c sind die einschlägigen Nachweise mit vorzulegen.
3. Soweit zutreffend hat der Medizinalassistent die entsprechenden Änderungsanzeigen zu erstatten.
4. Im Falle einer Verlegung seines Tätigkeitsortes, Wohnortes oder Aufenthaltsortes nach Abs. 1, Buchstabe e, kann die Neuanmeldung des Arztes bei dem neu zuständigen Ärztlichen Kreisverband schriftlich ohne Berücksichtigung der Erfordernisse des § 4 erfolgen.

Der Rechnungsabschluß 1963 für die Kammer und die Kindergeldkasse sowie der Voranschlag 1965 wurden nach erläuternden Ausführungen von Herrn Dr. AURNHAMMER, dem Vorsitzenden des Finanzausschusses der Bayerischen Landesärztekammer, verabschiedet.

Am Schluß des ersten Sitzungstages wurde die Stadt Bayreuth als Tagungsort für den 18. Bayerischen Ärztetag bestimmt.

Am Sonntag wurden die Fragen einer optimalen Betreuung der werdenden Mutter und des Säuglings beraten. Zu diesem Thema hielten Herr Professor Dr. Horst SCHWALM und Herr Professor Dr. Hermann HILBER die auf den Seiten 730—740 abgedruckten Vorträge.

Es erfolgte eine eingehende Aussprache, in die auch das als Entwurf vorgelegte Sprechstundenblatt für die Schwangerenvorsorge einbezogen wurde und an der sich eine sehr große Zahl von Delegierten beteiligte. Alle Diskussionsredner sprachen sich für die Durchführung der vorgeschlagenen Maßnahmen aus. Ein entsprechender Entschließungsantrag wurde am Schluß der Aussprache in einer von Herrn Kollegen Dr. DEHLER abgeänderten Form einstimmig angenommen. Der Wortlaut ist auf Seite 729 abgedruckt.

In der Diskussion wurde auch angeregt, daß sich die Bayerische Landesärztekammer für eine bessere Bezahlung der Hebammen einsetzen möge, die der Aufgabe und der Bedeutung dieser Tätigkeit gerecht wird.

Zum Schluß der Aussprache dankte Herr Dr. Sewering den Herren Professor Dr. Schwalm und Professor Dr. Hilber noch einmal für ihre Ausführungen und den Delegierten für ihre rege, die Arbeit der Landesärztekammer unterstützende Mitarbeit.

AUS DEM STANDESLEBEN

Neuwahl in der EWG-Ärztikonferenz

Präsident der Bayerischen Landesärztekammer zum Generalsekretär gewählt

Die Generalversammlung der ärztlichen Landesvertretungen der EWG-Länder wählte auf ihrer Sitzung am 18.—19. September 1964 in Den Haag den Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Dr. med. Ernst FROMM, Hamburg, zu ihrem neuen Vorsitzenden. Zum Generalsekretär des Ständigen Ausschusses der Ärzte in der EWG wurde der Vizepräsident der Bundesärztekammer und Präsident der

Bayerischen Landesärztekammer, Dr. med. Hans-Joachim SEWERING, München, bestellt.

Der Ständige Ausschuß der Ärzte der EWG hat die Vertretung des ärztlichen Berufes bei den verschiedenen Instanzen der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft wahrzunehmen.

Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte

Die „Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte“ hielt in Weimar ihre 103. Versammlung ab. An ihr nahmen 1200 Teilnehmer aus der Bundesrepublik und 100 aus West-Berlin teil. Westdeutschen Journalisten wurde jedoch, mit wenigen Ausnahmen, die Einreiseerlaubnis ohne Angabe von Gründen verweigert.

HORMON
FORSCHUNG
MERCK

Menova

Gestafortin-Äthinylöstradiol-Kombination

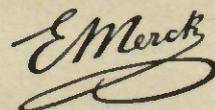
Zusammensetzung
2,0 mg Gestafortin®
0,02 mg Äthinylöstradiol
je Tablette

Gestafortin®,
eine Neuentwicklung
unserer Hormonforschung,
ist Chlormadinonacetat, das
stärkste heute bekannte Oral-
gestagen. Gestafortin ist
frei von allen unerwünschten
hormonalen, insbesondere
androgenen Begleiteffekten,
und hervorragend verträglich.

Äthinylöstradiol ist die
oral am besten wirksame
Substitutionsverbindung
von Östradiol, dem aktivsten
genuinen Follikelhormon;
seit langem unentbehrlich
bei allen Indikationen
der oralen Östrogentherapie.

Indikationen
Funktionelle Blutungen,
Zyklusstörungen,
Menstruationsverschiebung.

Menova®
Packung mit 30 Tabletten



DARMSTADT

Der neue Prozeß gegen Dr. Josef Issels

Am 29. Oktober 1964 beginnt vor der 1. Strafkammer des Landgerichts München II der neue Prozeß gegen Dr. Josef Issels, nachdem der Bundesgerichtshof als Revisionsinstanz das Urteil der Münchner Strafkammer vom 31. Juli 1961*) teilweise aufgehoben hatte. Nach diesem Urteil wurde Dr. Josef Issels wegen dreier sachlich zusammentreffender Vergehen der fahrlässigen Tötung zu einer Gesamtstrafe von einem Jahr Gefängnis verurteilt. Im übrigen wurde der Angeklagte freigesprochen. In der Urteilsbegründung hieß es dazu: „Mangels eines sicheren Nachweises einer vorsätzlichen Täuschung der Angehörigen in den Fällen Dehm, Schöneck und Lang war er daher, wenn auch mit erheblichen Bedenken, von der Anklage des Betruges freizusprechen... Zur Anordnung des Ersatzes seiner notwendigen Auslagen in den Freisprechungsfällen bestand kein Anlaß, da der derart jeweils erzielte Freispruch nur mangels Beweises erfolgt ist.“

Der Bundesgerichtshof hat in zwei Fällen der Verurteilung Dr. Issels wegen fahrlässiger Tötung das Urteil aufgehoben, in einem Falle den Schuldspruch bestätigt, jedoch habe das Münchner Gericht das Strafmaß — das sich ursprünglich ja auf drei Fälle bezog — neuerlich festzusetzen. Unterdessen wurde die Wiederaufnahme des Verfahrens in dem Falle, in dem das Urteil seitens des Bundesgerichtshofs bestätigt worden war, angestrebt und erreicht, so daß das Gericht über diesen Fall neuerlich zu befinden haben wird.

Wie schon vor dem ersten Prozeß bringen Wochenblätter und Illustrierte seit Wochen reichillustrierte Berichte mit zahlreichen neuen Aufnahmen und Aussagen Dr. Issels. Auch diesmal wieder werden ausführliche, reichbebilderte Befragungen von später im Prozeß auftretenden Zeugen gebracht, deren Namen Journalisten kaum auf geheimnisvolle Weise bekannt wurden. Damit werden aber die Zeugen, was schon im ersten Prozeß seitens des Gerichtes gerügt worden war, auf eine nun gedruckt vorliegende Aussage vor ihrer Vernehmung durch das Gericht festgelegt und überdies wird die Öffentlichkeit dem Trommelfeuer einseitiger und gleichgeschalteter Meinungsbildung ausgesetzt.

*) Siehe Bayer. Ärzteblatt 1961, Nummer 8, „Das Urteil gegen Dr. Issels“ und 1961, Nummer 9, „Der Strafprozeß gegen Dr. Issels. Ein Rückblick“.

Abgesehen von der Frage nach der Vereinbarkeit mit der Berufsordnung taucht der begreifliche Zweifel auf, ob es nicht das Gefühl der Unsicherheit über den zweiten Prozeß ist, daß eine so weitgehende Berleselung der öffentlichen Meinung durch bestimmte Presseorgane vor dem Prozeß als zweckmäßig erachtet wird.

Richtlinien für die Einsendung von Untersuchungsmaterial zur Laboratoriumsdiagnose der Poliomyelitis

Die Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung, Düsseldorf, hat im August die nachstehend abgedruckten Richtlinien herausgegeben:

Bei Erkrankung an Poliomyelitis und bei Verdachtsfällen dieser Erkrankung soll die klinische Diagnose durch virologische und serologische Untersuchungen gestützt werden. Dazu ist erforderlich:

1. Einsendung von Stuhlproben

in sterilen Stuhlröhrchen.

Erste Probe sobald wie möglich nach Beginn der Erkrankung.

Zweite Probe 24—48 Stunden nach der ersten.

2. Einsendung von Rachenabstrichen

in Di-Röhrchen (mit Zusatz von physiologischer — besser mit Phosphatpuffer auf pH 7,0 eingestellter — Kochsalzlösung zum Schutz gegen Austrocknung) in den ersten Krankheitstagen, nicht mehr nach der ersten Woche.

Versand der Proben zu 1) und 2) eisgekühlt oder tiefgefroren mit Trockeneis in Thermosflasche, bruchsicher verpackt mit Zellstoff.

Beschriftung nur auf Leukoplaststreifen mit Kugelschreiber.

3. Einsendung von Blutproben (zur Feststellung von Antikörpern)

mindestens 8 ccm Blut in Venüle oder in sterilen Glasröhrchen mit Gummistopfen.

Erste Probe so früh wie möglich im akuten Krankheitsstadium.

Zweite Probe 10—14 Tage später.

Bei Blutproben keine chemischen Zusätze! Proben nicht einfrieren! Bei normaler Temperatur versenden!

Bei allen Proben das Ausfüllen des Begleitzettels nicht vergessen!



dehydro

sanol

Dragées

Die Aussicht auf positiven Virusnachweis ist um so größer, je früher das Material eingeschickt wird. Ein „Zuviel“ an Untersuchungsproben kann nie schaden, ein „Zuwenig“ dagegen sehr.

Speziallaboratorien zum mikrobiologischen Nachweis von Poliomyelitis-Viren

1. * Bundesgesundheitsamt, Robert-Koch-Institut, Berlin 65, Nordufer 20
2. * Landesmedizinal-Untersuchungsamt, Berlin 41, Rubensstraße 111
3. Medizinal-Untersuchungsamt II, Berlin 19, Fürstenbrunner Weg
4. Medizinal-Untersuchungsamt III, Berlin 47, Henkelsweg
5. Staatl. Hygiene-Institut, Bremen, St.-Jürgens-Straße
6. * Institut für Hygiene und Mikrobiologie der Med. Akademie, Düsseldorf, Witzelstraße
7. Hygiene-Institut der Universität, Frankfurt/Main, Paul-Ehrlich-Straße
8. * Hygiene-Institut der Universität, Freiburg/Br., Hermann-Herder-Straße
9. Hygiene-Institut des Ruhrgebiets, Gelsenkirchen, Rothhauser Straße
10. * Laboratorium der Stiftung zur Erforschung der spinalen Kinderlähmung und multiplen Sklerose, Hamburg-Eppendorf, Univ.-Krankenhaus
11. Staatl. Med. Untersuchungsamt, Hannover, Auestraße
12. Institut für Hygiene und Mikrobiologie der Univ. des Saarlandes, Homburg/Saar
13. Hygiene Institut der Universität, Kiel, Brunswiker Straße
14. * Hygiene-Institut der Universität, Marburg/Lahn, Pilgrimstein
15. Staatl. Bakteriolog. Untersuchungsanstalt, München 2, Lazarettstraße 10
16. Staatl. Institut für Hygiene und Infektionskrankheiten, Saarbrücken 1, Malstatter Straße 17
17. Staatl. Medizinaluntersuchungsamt, Trier, Schöndorfer Straße
18. Universitäts-Nervenklinik, Köln-Lindenthal

Vermittlung

von Vertretern, Assistenten, Med.-Assistenten durch: **Bayer, Landesärztekammer**, München 23, Königinstraße 85, Telefon 36 11 21

19. Hygiene-Institut der Universität, München 15, Pettenkoflerstraße 12
20. Universitäts-Kinderklinik, Freiburg/Br., Mathildenstraße 1.

* Für die Impfschädenaufklärung (zur intratypischen Serodifferenzierung, Markerbestimmung zur Unterscheidung von Wildvirus und Impfvirus) kommen z. Z. nur die mit * bezeichneten Untersuchungsstellen in Frage. Abgesehen von diesen Sonderfällen sollte man eine für das betreffende Bundesland zuständige Untersuchungsstelle wählen.

Vorstandsneuwahl des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands

Die Delegiertenversammlung des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V. hat in ihrer diesjährigen Sitzung satzungsgemäß eine Neuwahl des Vorstandes durchgeführt. In den Geschäftsführenden Vorstand wurden gewählt:

Professor Dr. med. Gustav HOPF,
Vorsitzender Chefarzt der Hautklinik des Allgemeinen Krankenhauses Heidelberg
2000 Hamburg-Langenhorn, Tangstedter Landstr. 400

Professor Dr. med. Herbert MAJOR
Direktor der Chirurgischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten
5650 Solingen, Frankenstr.

Dr. med. Wilhelm SCHÖNDUBE
Facharzt für Innere Medizin, Krankenhausdirektor i. R.
6000 Frankfurt/Main, Niedenau 80

Als Stellvertreter wurden gewählt:

Professor Dr. med. Egon FAUVET
Ärztlicher Leiter des Oststadtkrankenhauses
3000 Hannover, Podbielskistr. 380

Professor Dr. med. Friedrich SCHOPOHL
Chefarzt der Frauenklinik des Städtischen Auguste-Victoria-Krankenhauses
1000 Berlin-Friedenau, Rubenstr. 125.

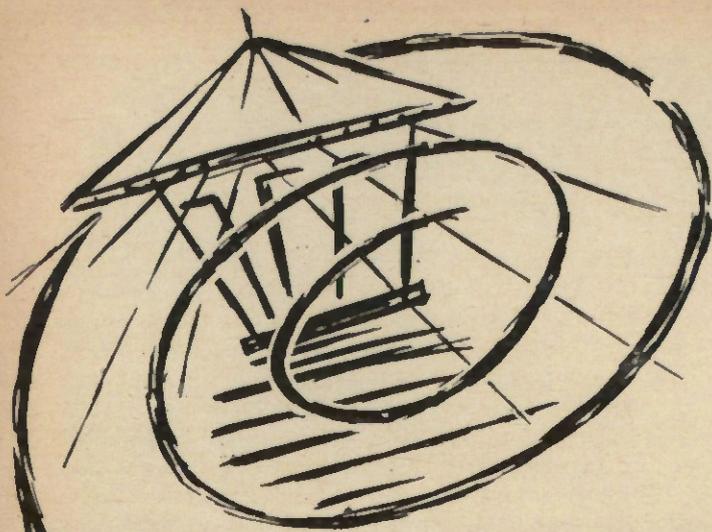
macht dicke Beine wieder dünn

Das Spezifikum für den ödematösen varikösen Symptomenkomplex bringt nachweisbare Therapieerfolge durch sanfte Dehydrierung und intensive Gefäßabdichtung.

sanol

arznei-
mittel

Sanol-Arzneimittel Dr. Schwarz GmbH · 4019 Monheim



Bei Schwindel
jeder Genese

Menièreschem Syndrom,
Reisekrankheiten

Vertigoheel®

Tabletten, liquidum, Ampullen

Biologische Heilmittel Heel GmbH. Baden-Baden -Heel

Die Sulfonamid-Harnstoff Kombinationstherapie mit
Jacosulfon



Jacosulfon
pulvis



Jacosulfon
unguentum

Jacopharm
Hamburg-Schenefeld

Indikationen

- | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| Alle eitrigen Wunden und Verletzungen | Mundausschlag |
| Alle Pyodermien | Ulcus cruris |
| Impetigo contagiosa | Strophulus infantum |
| Ekzeme | Phlegmonen |
| Furunkel | Exantheme |
| Karbunkel | Abszesse |
| Infektionsprophylaxe bei Verletzungen | Balanitis erosiva |
| Brandwunden | Herpes |
| Fissuren und Rhagaden | Folliculitiden |
| Röntgenstrahlenschäden | Akne vulgaris, |
| Pemphigus | Akne necrotica |
| Intertrigo | Seborrhoisches Ekzem |
| Wundsein der Säuglinge | Neurodermitis |
| Schweißdrüsenabszesse | Sykasia non parasitaria |
| Mastoiditis | Congelationen |
| Mamillenhagaden | Scheiden-Dammrisse |
| Operationswunden | Partioerosionen |
| | Unspez. Fluor (Vaginaltamponade) |

Pilzerkrankungen der Haut

(Unguentum u. Pulvis im Wechsel)



Jacosulfon

Unspez. Fluor *vaginale* diff. Kalpitis
Partioerosionen Vaginitis

sowie alle anderen entzündlichen und infektiösen
Erkrankungen der Vaginalschleimhaut

Statistische Woche in München

Kurzer Bericht über zwei ärztlich wichtige Themen

Vom 5. bis 9. Oktober 1964 tagten die „Deutsche statistische Gesellschaft“ und der „Verband deutscher Städtestatistiker“ in München. Von den zahlreichen Vorträgen sind für Ärzte besonders zwei von besonderem Interesse, die im Ausschuß für Wohlfahrts- und Gesundheitsstatistik gehalten wurden. Der Direktor des Statistischen Landesamtes Berlin (West), K. H. Katsch, behandelte die Probleme, die von den Alten gestellt werden. Der Vortragende führte aus, daß der Beginn des „Lebensabends“ durch die gesetzliche Rentenversicherung beeinflusst wird. Das Bundessozialhilfegesetz sieht Altenhilfe vor. Der Anteil der Alten an der Bevölkerung hat sich seit Einführung der gesetzlichen Rentenversicherung mehr als verdoppelt, beträgt heute 11% und wird bis 1976 auf 14% weiter steigen. In den Großstädten ist er zum Teil wesentlich höher, z. B. in Hamburg 14%, in Berlin sogar 19%. Die mittlere Lebenserwartung eines Geborenen hat durch die Erfolge der medizinischen Forschung von 37 auf 70 Jahre, die eines 65jährigen von 10 auf 14 Jahre zugenommen, die Geburtenfreudigkeit der gebärfähigen Frauen um die Hälfte auf jährlich nur noch 85 Kinder je 1000 Frauen abgenommen. Außerdem beeinflussten Kriege und — in den Großstädten — Wanderungen die heutige Alterspyramide ungünstig. Ende 1962 gab es 6,5 Mill. Alte im Bundesgebiet, darunter 61% Frauen. Nach der Volkszählung 1961 stellten je 100 Erwerbspersonen die materielle Versorgung von 20 nicht mehr erwerbstätigen Alten sicher, 1976 werden sie 28 zu versorgen haben. Die Sozialversicherungsstatistik gibt keine ausreichende Auskunft über die finanzielle Lage der Alten. Nach der Sozialhilfestatistik brauchen nur relativ wenige Alte laufend unterstützt zu werden. Die Wohnungserhebung 1960 ergab, daß 74% der 5,7 Mill. westdeutschen Alten über ein eigenes Einkommen, und zwar überwiegend Ruhegeld verfügten, beim Rest handelte es sich um Angehörige der Elnkommensbezieher.

Nach der Wohnungserhebung 1960 lebten von den 5,7 Mill. Alten 21%, von den Frauen sogar 29%, allein. 200 000 oder 4% waren in Anstalten aller Art untergebracht. 82% aller 3,1 Mill. Haushaltsvorstände im Alter von 65 oder mehr Jahren waren Wohnungsinhaber, 18% Untermieter. Die Alten bewohnen relativ häufiger

ältere und sanitär schlechter ausgestattete Wohnungen, die zum Teil der Stadtsanierung zum Opfer fallen werden. Die zunehmende Überalterung der Bevölkerung vergrößert den Wohnungsbedarf. Von 1950 bis 1961 ist die Bevölkerungszahl des Bundesgebiets nur um 11%, die Zahl der Haushalte jedoch um 17% und die der Einpersonenhaushalte sogar um 28% gestiegen. 54% aller Altenhaushalte bewohnten als Einzelpersonen ihre Wohnung allein, darunter war jede sechste eine Vierzimmerwohnung. Die Möglichkeit, einen Teil dieser großen Wohnungen dadurch freizubekommen, daß man den jetzigen alten Inhabern kleinere Wohnungen oder eine Heimunterbringung anbietet, hängt vom Umzugs-willen der Betroffenen ab. Nach der Wohnungserhebung 1960 wünschten von den Wohnungsinhabern lediglich 6% sich zu verändern und von sämtlichen Altenhaushalten nur 28 300 oder 0,9% in ein Altenheim aufgenommen zu werden. Alte Leute geben ihre vertraute Wohnung in der Regel erst bei erheblicher Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes auf. Gegen Altenheime und Altenwohnheime besteht eine weitverbreitete Abneigung.

Nach einer 1960 vom Deutschen Städtetag durchgeführten Befragung waren in 612 Mitgliedstädten 4,6% ihrer alten Bürger in Altenwohnheimen, Altenheimen und Altenpflegeheimen untergebracht. Die vorliegenden Anmeldungen beliefen sich auf 56% der vorhandenen Aufnahmekapazität. Der Bau weiterer Heime dürfte einfacher sein als die Bereitstellung des benötigten Pflegepersonals von 19 Kräften je 100 Insassen. Mit zunehmendem Alter verlieren sich die Kontakte mit der Umwelt. Soziale Isolation und Vereinsamung drohen und beeinflussen die Selbstmordziffer. Das Hauptmittel gegen die Alterslethargie ist Beschäftigung. Für alte Leute gibt es zahlreiche außerberufliche oder ehrenamtliche Beschäftigungsarten, es fehlt jedoch an Kontaktstellen, die Anregungen geben.

Nach den Ergebnissen des Mikrozensus 1961 sind 94% aller Alten krankenversichert. Eine Berliner Sonderbefragung ergab, daß 26% aller Alten innerhalb der beiden dem Befragungsstichtag vorangegangenen Wochen krank und mit wenigen Ausnahmen in ärztlicher Behandlung gewesen sind; 7% waren bettlägerig. 11%

Bei allen
Erkrankungen
der
Atmungsorgane

Antibex[®]

SIMPLEX · FORTE · CUM EPHEDRINO

125 ccm enthalten
50 mg Dihydrokodein

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

alier Alten des Bundesgebietes gaben beim Mikrozensus 1962 an, körperbehindert zu sein. Die Todesursachenstatistik läßt erkennen, daß der Krebs mit 17% erst an 3. Stelle steht. Es besteht ein großer Mangel an geriatrischen Krankenhäusern und an Altenpflegepersonal.

Vielseitig sind die Möglichkeiten der geistigen und seelischen Betreuung der Alten. Das Hauptproblem bildet die plötzliche Umstellung vom aktiven Berufsleben auf den Lebensabend ohne Vorbereitung. Eine Erleichterung der Arbeitsbedingungen in den letzten Berufsjahren könnte die Frühinvalidität senken und das Interesse an einer Verlängerung der Berufstätigkeit fördern. Stadtrundfahrten mit Verkehrsunterricht sind sehr zweckmäßig, da nach der Verkehrsunfallstatistik im Bundesgebiet 30% aller Todesopfer — in den Großstädten noch wesentlich mehr — alte, mit den Verkehrsvorschriften schlecht vertraute Menschen waren. Gehbehinderte Alte sind auf Besuche und fahrende Bibliotheken angewiesen.

In Deutschland fehlt bis heute eine spezielle amtliche Befragung der Alten über ihre Probleme, Wünsche und Vorschläge für die Betreuung, wie sie z. B. in Zürich und Innsbruck durchgeführt worden ist.

Der Direktor des Amtes für Statistik der Stadt Dortmund, Dr. K. Dietrich, referierte über eine Arbeit von Frau Dr. Erna Schmidt-Überreiter, Wien, die am Erscheinen verhindert war. Diese hatte in einer gründlichen Untersuchung die Frage behandelt: „Wird die Krebssterblichkeit durch geologisch-topologische Faktoren beeinflusst?“ Die Arbeit sollte eventuelle Zusammenhänge zwischen den Maxima der Krebssterblichkeit in einer Großstadt und gewissen Umweltfaktoren aufdecken. Die Arbeit zeigte die Entwicklung der Krebssterblichkeit der Wiener Bevölkerung von 1949 bis 1961 auf.

Der Arbeitsgang der Untersuchung ging von der Erfassung der Krebstodesfälle, und zwar Feststellung des genauen letzten ständigen Wohnorts, Eintragung dieses Wohnortes auf einen Plan, Mittelwerterrechnung der Krebstoten zur entsprechenden Bewohnerzahl aus. Wesentlich war die Unterteilung des Stadtgebietes in möglichst kleine Bezirke, die sogenannten „Sprengel“. Man legte der Untersuchung 42 274 Krebssterbefälle in 2062 Sprengeln zugrunde; man beschränkte sich durchweg auf die über 20 Jahre alte Bevölkerung, also die „Wahlbevölkerung“, da man nur hierfür die nach Sprengeln unterteilte Bevölkerungszahlen verfügbar hat.

Die Frage, warum man überhaupt die Krebstoten und nicht besser die Krebskranken zugrunde legte, ist damit beantwortet, daß keine gesetzliche Meldepflicht für die Krebserkrankung besteht, wohingegen die Totenscheine eine weitaus bessere und sichere Unterlage bieten — zumal Wien in der Zahl der Obduktionen führend ist.

Als mögliche Einflußfaktoren auf die Krebssterblichkeit wurden untersucht: Geologische Faktoren (Untergrund und Humusschicht), die Gewässer der Stadt, klimatische Faktoren, die Wohnverhältnisse der Stadt.

Der Untergrund von Wien wurde eingehend anhand vorliegender geologischer Arbeiten untersucht, beschrieben und graphisch dargestellt. Es zeigte sich, daß eine Häufung von Extremsprengeln in einer bestimmten geo-

15. Wissenschaftliche Ärztetagung Nürnberg

vom 4. — 6. Dezember 1964

Programm: Seite 830 dieses Heftes

logischen Schicht nicht nachweisbar ist. Außer dem Alter der Erdschichten wurden aber durch die Geologische Bundesanstalt auch chemische Analysen durchgeführt, und zwar Tonproben und Gesteinsproben verschieden zusammengesetzter Gesteine. Auch hierbei war kein Zusammenhang zwischen Krebssterblichkeit und geologischen Gegebenheiten nachweisbar.

Es wurden die verschiedenen Wasser Wiens untersucht und besprochen, so: das Trinkwasser; die zahlreichen überdeckten Gewässer im Wiener Stadtgebiet; die Grundwasserströme, und die Quellen im Stadtgebiet, von denen nur die Schwefelquellen von besonderem Interesse sind. Es ergab sich, daß ein Zusammenhang zwischen den Gewässern der Stadt und der Krebssterblichkeit nicht nachgewiesen werden konnte.

Bezüglich der klimatischen Faktoren wurden die verschiedenen Gegebenheiten der lokalklimatischen Lage untersucht, wie die Lufttemperatur, Luftfeuchtigkeit, Luftdruck, kurzfristige Luftdruckänderungen, Luftverunreinigungen, Staubablagerungen, Windverhältnisse, Luftelektrizität und Radioaktivität. Die Untersuchungen ergaben, daß sich die Luftfeuchtigkeit, die Durchlüftung und lokalklimatisch der Einfluß einerseits der Bahnhöfe, Großindustrien, Betriebe — andererseits der Grünflächen als interessante Faktoren erwiesen haben. Weitere Untersuchungen und Beobachtungen dürften hier angebracht sein.

Bei der Besprechung eines möglichen Zusammenhanges der Krebssterblichkeit mit dem Wohnraum wurden drei Gesichtspunkte besonders berücksichtigt: die Wohnungsgröße, der konstruktive Bautyp und das Baulter.

Es ergab sich, daß die Wohnverhältnisse einen Einfluß auf die Krebssterblichkeit erkennen lassen. „Die meisten Sprengel mit höchster Krebssterblichkeit liegen eindeutig in den überalterten, überfüllten, sanitär ungünstigsten, von Produktionsstätten durchsetzten Gebieten der Stadt.“ K.-g.

Neuwahlen in der österreichischen Ärztekammer

Am Mittwoch, den 8. Juli 1964, fand in Wien eine Vollversammlung der Österreichischen Ärztekammer statt, bei der die Landesvertreter neu gewählt wurden.

Auf Grund der Ärztesetznovelle 1964 wurde für die Amtszeit von zwei Jahren der Präsident der Ärztekammer für Burgenland, Lds.-Ob.-San.-Rat Dr. MIKULA, einstimmig zum Präsidenten der Österreichischen Ärztekammer wiedergewählt. Für den gleichen Zeitraum wurde Präsident Dr. DAUME, Ärztekammer für Wien, ebenfalls einstimmig zum Vizepräsidenten der Österreichischen Ärztekammer gewählt. Die Wiederwahl des Vizepräsidenten der Ärztekammer für Kärnten, Dr. SACHER, zum Finanzreferenten erfolgte ebenfalls einstimmig.

PERSONALIA**Dr. Sondermann 70 Jahre**

Am 7. Oktober konnte Herr Dr. Gustav SONDERMANN, der Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, seinen 70. Geburtstag begehen. Im Jahre 1922 hatte er sich nach einem Studium in Erlangen und München, das durch einen Kriegsdienst im kgl. bayerischen 19. Infanterieregiment unterbrochen worden war, in Emskirchen als Praktischer Arzt niedergelassen. Im Jahre 1934 trat er dann wieder in den aktiven Sanitätsdienst der Wehrmacht ein, in der er zuletzt als Oberstabsarzt Kommandeur einer Sanitätsabteilung in einer Panzerarmee im Osten war.



Nach Rückkehr aus englischer Kriegsgefangenschaft ließ er sich als Praktischer Arzt in Erlangen nieder und wurde 1948 dort zum Vorsitzenden des Ärztlichen Kreisverbandes gewählt. Seit 1951 gehört er dem Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer an, deren Vizepräsident er seit 1955 ist. Im Vorstand der Bundesärztekammer ist er seit 1957 tätig und hat seit Jahren den Vorsitz des Ausschusses und der Ständigen Konferenz für Fragen des Sanitätswesens in der Bundeswehr und des zivilen Bevölkerungsschutzes. Herr Dr. Sondermann ist auch Mitglied des Bundesgesundheitsrates und des wehrmedizinischen Beirates der Bundeswehr.

In Anerkennung seiner Verdienste beim Wiederaufbau in der Nachkriegszeit wurde er im Jahre 1960 mit dem Großen Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet. Auf dem Deutschen Ärztetag 1964 wurde ihm als Zeichen der Anerkennung seiner ärztlichen Haltung in Krieg und Frieden und seiner Bemühungen um die Wahrung und Sicherung der Schweigepflicht und des Schweigerechtes des Arztes als höchste Auszeichnung der deutschen Ärzteschaft die Paracelsus-Medaille verliehen.

FAKULTÄT**Erlangen-Nürnberg**

Zum Rektor der Universität für das Amtsjahr 1964/65 wurde Prof. D. theol. G. FRIEDRICH, ordentlicher Professor für Neutestamentliche Theologie, gewählt.

Es habilitierten sich: Frau Dr. Marika GELDMACHER-v. MALLINCKRODT für gerichtsmedizinische Chemie, Dr. H. J. HORSTMANN für physiologische Chemie, Dr. E. RÜGHEIMER für Anästhesiologie und Dr. med. Dr. med. dent. P. WEISS für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

Der Privatdozent für Chirurgie und Urologie Dr. A. SIGEL wurde zum Korrespondierenden Mitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Urologie gewählt.

München

Der Konservator beim Physiologischen-Chemischen Institut Dr. Peter KARLSON wurde zum o. Prof. an der Universität Marburg ernannt.

Die Bezeichnung „außerplanmäßiger Professor“ wurde verliehen an: Priv.-Doz. der Anaesthesiologie Oberarzt Dr. Rüdiger BEER; Priv.-Doz. der Kinderheilkunde Dr. Susanne von BERLIN, und Priv.-Doz. der Gynäkologie und Geburtshilfe Dr. Kurt SEMM.

Priv.-Doz. Dr. Helmut GÜTTICH wurde zum Oberassistenten bei der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten ernannt.

Die Lehrbefugnis für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde wurde an wiss. o. Ass. Dr. Dr. Werner REITHER, für Klinische Chemie und an wiss. Ass. bei der Chirurgischen Klinik Dr. Helmut SCHIEVELBEIN verliehen. Damit ist das Recht auf Führung der Bezeichnung „Privatdozent“ verbunden.

IN MEMORIAM**Professor Mortini gestorben**

Im Alter von 75 Jahren ist Professor Dr. Paul MARTINI, emeritierter Ordinarius für Innere Medizin und ehemaliger Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Bonn, Träger der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft, verstorben.



Standartin.

antitussicum

Der experimentell
im pharm. Reihenversuch
wirkungsbestimmte
Hustensaft

KREWEL-WERKE, Eitorf b. Köln

AUS DER GESCHICHTE DER MEDIZIN

Tagung der Medizinhistoriker in Würzburg

In Würzburg hielten die „Deutsche Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik“ und der „Verein Deutscher Ingenieure, Hauptgruppe Technikgeschichte“ vom 16. bis 20. September 1964 ihre gemeinsame Jahresversammlung ab. Die dadurch dokumentierte wissenschaftliche Gemeinsamkeit verschiedener Wissenschaftsgebiete bezeugt, daß es auch in der heutigen Zeit mit ihrer Vielfalt an Problemen möglich ist, statt Zersplitterung in Einzelgebiete eine Universitas aufzubauen, die Alle gleichermaßen befruchtet. Das große Interesse, das dieser Tagung entgegengebracht wurde, fand auch durch die Teilnahme zahlreicher Wissenschaftler aus Belgien, Finnland, Frankreich, den Niederlanden, Österreich, Rumänien, Syrien, der Tschechoslowakei, Ungarn und den USA ihren Ausdruck. Mit Bedauern wurde das Fehlen der Mitglieder aus der Sowjetzone festgestellt, während aus den Ländern des Ostblocks interessante Teilnehmer der Einladung gefolgt waren. Mit besonderer Herzlichkeit wurde der Präsident der Internationalen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Professor Dr. Dr. Ernest Wickersheimer (Frankreich), begrüßt.

Die wissenschaftliche Tagung wurde eingeleitet durch einen Festakt in der Aula der Alten Universität, der von ausgezeichneten Darbietungen des Quartetts des Bayerischen Staatsorchesters umrahmt wurde. Oberbürgermeister Dr. Zimmerer, der Rektor der Universität Prof. Dr. Arnold, Prodekan Dr. Altmann von der Medizinischen Fakultät, Domkapitular Dr. Kramer, Pfarrer Casselmann namens des Dekans der evangelischen Kirchengemeinde und Museumsdirektor Prof. Dr. von Freeden überbrachten Grüße und Wünsche. Der Vorsitzende Prof. Dr. Gernot Rath dankte namens der Gesellschaft und Professor Dr. Dr. h. c. Hans Schimank (Hamburg) sprach im Schlußwort für die Hauptgruppe Technikgeschichte im VDI. Im Festvortrag behandelte Professor Dr. Otto Meyer (Würzburg) „Zeitrechnung und Kalendermachen im Mittelalter“.

In den Fachsitzungen wurden zahlreiche einschlägige Themen behandelt, eingeleitet durch Vorträge zur Geschichte Würzburgs. Dr. Walter M. Brod (Würzburg) sprach über die bauliche Gestaltung des Juliusspitals

belegt durch Daten von der Gründung des Spitals 1576 durch Fürstbischof Julius Echter von Mespelbrunn bis zum Wiederaufbau nach der Zerstörung am 16. März 1945 an Hand von zahlreichen Lichtbildern alter Gemälde, Stiche und Pläne.

Dr. med. Wolfgang Tränkle (Brückenau) gab einen aufschlußreichen Überblick über „Heiligengräber und daran haftende Heilungsvorstellungen“. Ausgehend von der Tagebucheintragung des Dichters Karl Immermann bei seiner fränkischen Reise 1837, wie das Volk bei St. Kilian Heilung suche, wird der kastenförmige Reliquienaltar (13. Jh.) der Krypta des Neumünsters Würzburg in der allgemeinen Entwicklung des Tumuluskultes dargestellt. Im Glauben, daß von den sterblichen Resten der im Leben hervorgetretenen Personen noch eine Heil- und Heilskraft ausgehe, hatte sich die Verehrung der christlichen Blutzeugen wesentlich an die Grabstätte geknüpft. Nicht minder verehrt wurden dann die Orte der Heiligen, wo sie vor oder nach dem Tode „westen“. In der frühmittelalterlichen Zeit assimilierten sich — wie Bußbücher und Quellen zu erkennen geben — naturreligiöse Gepflogenheiten mit christlicher andächtiger Fürbitte zu dem volksfrommen Brauch des Unterschreitens bzw. Durchschlüpfens von Reliquienaltären. So ist der noch nach 1539 errichtete Grabaltar des hl. Otto auf dem Michelsberg in Bamberg mit einem Durchlaß versehen. Dort Durchkriechende hofften sich von Zahnweh, Rückenschmerzen, Gicht und anderen Leibesgebresten zu befreien. Neben solchen „Schlupf-altären“ erhielt sich in ursprünglicher Form ein Walddenkmal bei Friedewald (Hessen), „Nadelöhr“ genannt.

Über „Peter der Große als Heilkundiger“ sprach Dr. Heinz Müller-Dietz (Berlin). Peter der Große hatte ein recht enges Verhältnis zur Medizin, das in seinen Reformen des Medizinalwesens, der Einrichtung von Apotheken, einer Chirurgen-Schule, der „Kunst-kammer“, u. a. zum Ausdruck kam. Er war aber — ungewöhnlich für einen regierenden Monarchen — auch praktischer Wundarzt. In seinem Moskauer anatomischen Theater erwarb er systematisch anatomische Kenntnisse; sein Leibarzt Termont führte ihn in die Chirurgie ein. Peter beteiligte sich an Operationen und

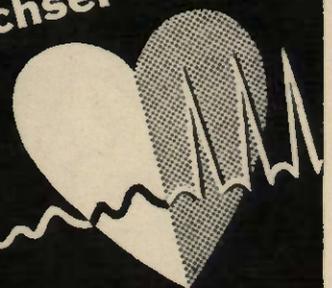
Adenylocrat®

Adenylsäuren-Organextrakt - Crataegus

ADENYL-CHEMIE
7016 Gerlingen bei Stuttgart

20 ccm 50 ccm

O₂-Donator für das Myocard
reguliert Myocardstoffwechsel
Coronardurchblutung



versorgte eigenhändig Kranke. Seine Spezialität waren Zahnextraktionen. Leider sind von seinen Eingriffen nur wenige sicher belegt. Die Frage nach dem Motiv des Zaren für seine eigenartige Neigung zur Medizin muß offen bleiben.

Dozent Dr. Rudolf Schmitz (Marburg) sprach „Über italienische Elemente in der deutschen mittelalterlichen Medizinalgesetzgebung“. „Die Grazer Monatsregeln und ihre Quellen“, dem Grenzbereich dem medizinisch-astrologischen Grenzbereich, zugehörig, wurden von Dr. Gundolf Keil (Göttingen) behandelt.

Dr. Franz Köcher (Berlin) befaßte sich mit dem Thema „Die magische und medizinische Literatur im Alten Zweistromland“.

Mit dem Einsetzen der schriftlichen Überlieferung im Bereich der Keilschriftmedizin ist bereits deutlich die Aufspaltung der Heilkunde in zwei Richtungen der Behandlungskunst zu erkennen. Das eine System beruht auf der Grundlage der Magie, das andere auf der der „Erfahrungsmedizin“. Beide Heilmethoden entwickeln sich, wie die Quellen zeigen, nebeneinander, wobei der gelegentliche Austausch des Wissensstoffes beider Richtungen nicht ausgeschlossen werden darf. Ein Teil des Überlieferungsgutes der Magie wird etwa im 14. Jahrhundert vor Christi zu größeren Werken zusammengefaßt, die seither nur unwesentliche Veränderungen erfahren haben. Ein anderer, offenbar älterer Teil jenes magischen Überlieferungsgutes wird später in die Texte der „Erfahrungsmedizin“ einbezogen. Diese werden etwa im 9. Jahrhundert vor Christi Geburt literarisch überarbeitet und zu kleineren Tafelwerken ohne Titelbezeichnungen zusammengefaßt. Aber die endgültige Festlegung der diagnostisch-therapeutischen Texte der „Erfahrungsmedizin“ erfolgt erst um die Mitte des 7. Jahrhunderts vor Christi auf Veranlassung des Assyrenkönigs Assurbanipal (668—626). Das Ergebnis dieser zusammenfassenden und systematischen Arbeit der assyrischen Kompilatoren sind die großen Serienwerke, die in der Tontafelbibliothek zu Ninive ihren Platz hatten. Überraschend und nicht recht verständlich ist die Tatsache, daß das hier getrennt laufende Wissensgut der Magie mit dem der empirischen Medizin zu einer Einheit verschmolzen wird.

Prof. Dr. Konrad Schubring (Berlin) befaßte sich mit dem „Corpus Hippocraticum des Martin de Saint Gille“. Eine wichtige Etappe in der reichen Wirkungsgeschichte der hippokratischen Aphorismen bilden ihre Übersetzungen in die Volkssprachen des Mittelalters. Die erste französische Aphorismen-Übersetzung und -Kommentierung stammt von Martin de Saint Gille aus den Jahren 1362—1365. Ein interessantes Licht wird auf das Verhältnis des Martin, bzw. der hinter ihm stehenden Pariser Universität, zur Chirurgie geworfen.

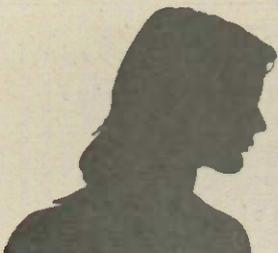
„Stellung und Versorgung der alten und kranken Brüder des Deutschen Ordens“ wurde von Dr. Christian Probst (Göttingen) dargestellt. Der Deutsche Orden

hatte neben seinen Spitälern für Arme und Kranke für die alten und kranken Ordensbrüder besondere Versorgungseinrichtungen, die sog. Firmarien. Das Gleiche findet sich bei den meisten anderen religiösen Orden des Mittelalters, u. a. den Benediktinern, deren Regel dem Templerorden zum Vorbild diente, der sie seinerseits an den Deutschen Orden weitergab. Der Johanniterorden, der auf der Augustinerregel aufbaut, kannte nur eine gemeinsame Infirmarie oder Spital. Die kranken Brüder nahmen in allen diesen Orden eine Sonderstellung ein, die sie aus der asketischen Gemeinschaft mit ihren Pflichten heraushob und den „pauperes infirmi“ gleichstellte, denen zu dienen höchster Gottesdienst ist. Eine Ausnahme macht der Franziskanerorden. Im Deutschordensstaat Preußen entwickelte sich das Firmariewesen zu einer der modernen Beamtenversorgung ähnelnden Einrichtung. Die Firmari Brüder bildeten eine Gemeinschaft, die auf der Ordensburg neben dem eigentlichen Konvent bestand; sie genossen bevorzugte Behandlung, die Forderungen mönchischer Askese waren weitgehend aufgehoben; ihr Leben war dabei auf den Tod hin ausgerichtet. Sie bewohnten einen eigenen Trakt oder ein eigenes Haus auf der Ordensburg, das eine Kapelle, Küche und oft auch Badstube und Stall besaß. Geleitet wurde es von einem Firmariemeister. Wie das mittelalterliche Spital, war auch die Firmarie zugleich Pflegestätte und Kirche. Im 15. Jahrhundert, der Zeit des Niedergangs des Ordensstaates, verfiel auch das Firmariewesen. Die kranken und alten Brüder wurden oft abgeschoben und die Gebäude verkamen. Seit der Mitte des 15. Jahrhunderts erreichten zahlreiche Reformgesetze der Hochmeister erst kurz vor der Säkularisierung des Ordensstaates, 1525, eine geringe Besserung.

Dr. Dr. Manfred Stürzbecher (Berlin) brachte Beiträge „Zur Geschichte des Jüdischen Krankenhauses zu Berlin“, das seit der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts bestand. Besondere Aufmerksamkeit wurde der Entwicklung der Organisationsform der als Krankenpflegearbeit begründeten Institution geschenkt.

„Prolegomena zur Geschichte der Psychotherapie“ wurden von Frau Dozent Dr. Annemarie Leibbrand-Wettley (München) in einem ausführlichen Vortrag dargelegt.

Im Vortrag „Zur Geschichte des Lärmproblems“ von Dr. Hans Ulrich Schulz (Biberach), wurde auf die Bedeutung des Lärmes in unserer Zeit hingewiesen, besonders die pathogenen Wirkungen des Schalls auf den (menschlichen) Organismus. Neben Luft- und Wasser-verseuchung sowie radioaktiver Strahlung hat sich der Lärm zu einer ernstesten Bedrohung unserer Gesundheit entwickelt. Ist es auch bislang nicht gelungen, eine „Lärmkrankheit“ sui generis abzugrenzen, steht doch außer Zweifel, daß Lärm krank macht! Alltägliche Erfahrungen haben dies ebenso bestätigt wie klinische Beobachtung, pathologisch-anatomische Befunde oder



zur gezielten Therapie
der Dysmenorrhoe

durch Spasmolyse im Genitaltrakt
und zuverlässige Analgesie

Dismenol

(Parasulfamidobenzoensäure 0,05 g
Dimethylamino-phenyldimethylpyraz. 0,25 g)
AGpharm, Luzern
Hersteller in Deutschland:
Simons Chemische Fabrik, Gauting bei München

experimentelle Untersuchungen. Ein instinktives Wissen um die Wirkung des Lärms ist seit Menschengedenken bekannt, desgleichen das Bedürfnis, sich dagegen zu schützen. Geschichtliche Untersuchungen zum Lärmproblem fehlen jedoch bisher; indessen finden sich Zeugnisse über Lärm-Belästigung und -Bekämpfung in fast allen Kulturen und Epochen. Dies wurde an einigen Beispielen gezeigt. Seit in einer Gebetsanleitung des Pharaonenreiches das Gebot der Stille niedergelegt wurde, ist es nicht mehr ruhig geworden um den Lärm — ob es sich um jene Stadtverordnung der Sybariten vor zweieinhalb Jahrtausenden handelt oder das Rom der Kaiserzeit, Shakespeare's England oder die „Lärmfolter“ als Abfallprodukt moderner Technik. Infolge der zunehmenden Industrialisierung in den letzten 200 Jahren ist eine „Wissenschaft vom Lärm“ entstanden, die ihrerseits Spezialberufe auf verschiedenen Gebieten (und wiederum neue Industriezweige!) hervorgebracht hat. „Das Lärmproblem“ ist heute zu einer vordringlichen Aufgabe allgemeiner Kulturhygiene geworden, um dessen notwendige Lösung sich Technik, Gesetzgebung und Medizin gemeinsam bemühen.

Weitere Vorträge befaßten sich mit Geschichtsproblemen der Naturwissenschaft und Technik.

In der Karl-Sudhoff-Gedächtnissitzung sprach Prof. Dr. Paul Wilpert (Köln) über „Nikolaus von Kues und die moderne Naturwissenschaft“.

In einem öffentlichen Vortrag gedachte Prof. Dr. Werner Leibbrand (München) der Bedeutung der vier Gebrüder Bumm. Die vier Brüder, Ernst, Anton, Franz und Karl Bumm, deren humanitärer Geist und Forscher-ruhm weit über die Grenzen von Würzburg drang, entstammten einer Würzburger Taubstummenlehrer-Familie. An der Entwicklung der Taubstummen-Fürsorge hatte der Vater der vier Brüder, der um die Mitte des 19. Jahrhunderts in Würzburg lebte, Anteil. An den berühmtesten von ihnen, den späteren Gynäkologen und Geburtshelfer und Professor an der Berliner Universitäts-Frauenklinik, Ernst Bumm, wußte sich der Vortragende lebhaft zu erinnern, zumal dieser sein Lehrer war. Neben seiner anstrengenden beruflichen Tätigkeit beschäftigte sich Ernst Bumm vor allem mit experimentellen Arbeiten. Der Bogen seiner Forschungsbereiche war weit gespannt. Seine Arbeiten auf dem Gebiet der Gynäkologie und der Bakteriologie verschafften ihm Ansehen und Ruhm. Im Alter von 67 Jahren verstarb Ernst Bumm. Er liegt auf dem Waldfriedhof in München begraben. Der um neun Jahre ältere Bruder Anton wurde ein anerkannter Psychiater. Er war Direktor der Irrenanstalten in Deggendorf, Erlangen und München. Zuletzt war er o. Prof. in München. Er beherrschte 14 Sprachen, war der Typ des exakten Naturforschers, verschrieb sich der histologischen Morphologie und wurde zum Pionier des Anstaltswesens in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts. Er lebte zuletzt in München, wo

er auch starb. Karl, der dritte der Gebrüder Bumm, stieg zum Staatssekretär im Reichsgesundheitsministerium auf. Er erhielt auf Grund seiner großen Verdienste den Adelstitel. Nicht weniger Ehre machte Bruder Franz seiner Familie, der den höchsten Beamtenrang des kaiserlichen Ministeriums als Präsident des Reichsgesundheitsamtes erreichte.

Der wissenschaftlichen Tagung ging die zahlreich besuchte Mitgliederversammlung voraus, die im altehrwürdigen Theatrum anatomicum des Juliusspitals stattfand. Die Zahl der Mitglieder (467) zeigt infolge zahlreicher Neueintritte eine erfreuliche Zunahme. Den Berichten der Amtswalter schloß sich die Neuwahl des Vorstandes an, da dessen Amtszeit satzungsgemäß nach dreijähriger Tätigkeit abgelaufen war. Die Wahl ergab:

1. Vorsitzender Prof. Dr. rer. nat. Friedrich Klemm, Direktor der Bibliothek des Deutschen Museums in München; Stellvertretende Vorsitzende: Prof. Dr. med. Heinz Goerke (Berlin), Prof. Dr. phil. Helmuth Gericke (München), Dipl.-Ing. Kurt Mauer (Düsseldorf); Beisitzer: Dr. med. Egon Schmitz-Cliever (Aachen), Dr. phil. Fritz Krafft (Hamburg), Kustos Paul A. Kirchvogel (Kassel); Archivar: Prof. Dr. phil. Dr. med. h. c. Rudolph Zau-nick (Halle/Saale); Schatzmeister: Dr. med. Günther Kerstein (Hameln); Schriftführer: Dr. rer. nat. Armin Hermann (München).

Anschrift des Vorsitzenden und des Schriftführers: 8 München 26, Deutsches Museum, Forschungsinstitut des Deutschen Museums für die Geschichte der Naturwissenschaften und der Technik (Fernruf: München Kennzahl 08 11, Nr. 22 45 66).

Als Tagungsort der nächsten Jahresversammlung wurde Lübeck (September 1965) in Aussicht genommen.

Der Vorstand der Gesellschaft legte an der von der Stadt Würzburg erhaltenen „Ehrengrabstätte der Universität Würzburg zur Erinnerung an die Professoren der Universität“, in der 23 Univ.-Professoren bestattet sind, einen Kranz nieder.

Besichtigungen unter sachkundiger Leitung führten die Teilnehmer durch das Juliusspital und das Mainfränkische Museum auf der Festung Marienburg sowie nach Schloß Aschach.

Die Universitätsbibliothek hatte aus ihren Beständen 48 wertvollste Schätze in einer Ausstellung zusammengestellt, die großes Interesse fanden.

Den Tagungsteilnehmern wurden wertvolle Gaben überreicht: W. M. Brod, Das Francken Landt, zwei Beiträge zur fränkischen Kartographie (mit einem Faksimile der Franckenland-Karte von Peter König aus dem Jahre 1620). Franz Seberich, Beiträge zur Geschichte des Juliusspitals. Gisela Kirchoff, Martin Münz, Professor der Anatomie in Würzburg (1829-1849).

K—g.

| | | |
|---|---|---|
| Röntgen- und elektromedizin. Apparate FRANKFURT/M. - S., Gartenstraße 114 Ruf 68 31 31 und 68 31 32 | <h1 style="margin: 0;">KURT PFEIFFER</h1> | Ärzte- und Krankenhausbedarf NURNBERG, Gleisbühlstraße 7 (Ecke Marienstr., Cancordiahaus), Ruf 20 39 03 |
| Generalvertretung der Firmen Albert Dargatz, Hamburg · Röntgenwerk F. Hofmann, Erlangen · Fritz Schwarzer, München · Disa Elektronik, Kopenhagen | | |
| ► Projektierung und Ausführung kompletter Ärzte- und Krankenhauseinrichtungen ◀ | | |
| Besuchen Sie bitte unsere Ausstellungsräume! | | |

AUS DER LANDESPOLITIK

Videant consules . . .

Am 14. März 1962 hatte der Bayerische Landtag bei den Beratungen des Haushalts des Staatsministeriums für Unterricht und Kultus einem Antrag der Abgeordneten Dr. REICHSTEIN und Dr. WÜLLNER und einem Beschluß des Kulturpolitischen Ausschusses folgend, die Staatsregierung aufgefordert, an der Universität München einen Lehrstuhl für Tropenmedizin zu schaffen. Der Antrag, seine Begründung und die Aussprache darüber berechtigten nicht zu dem geringsten Zweifel, daß der Landtag bei seinem Beschluß an einen Lehrstuhl in der humanmedizinischen Fakultät der Universität München dachte.

Am 25. Juni 1964 war dann jedoch im Nachrichtendienst des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus folgende Mitteilung zu lesen:

„Das Bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kultus hat den Regierungsmedizinaldirektor und außerplanmäßigen Professor an der Universität München, Dr. Albert HERRLICH, zum ordentlichen Professor der Tierärztlichen Tropenmedizin in der Tierärztlichen Fakultät der Universität München ernannt.“

Im Vorlesungsverzeichnis der Universität München für das Sommersemester 1964 wird Herr Professor Herrlich unter der Medizinischen Fakultät als außerplanmäßiger Professor für Innere Medizin und Tropenmedizin, Landesimpfarzt und Vorstand des Instituts für Infektions- und Tropenmedizin aufgeführt.

Im Kultusministerium hat man sich also über den Landtagsbeschluß einfach hinweggesetzt und den apl. Professor für Innere Medizin und Tropenmedizin zum Ordinarius in der Tiermedizinischen Fakultät berufen.

Der Landtag, zu dessen Pflichten es ja auch gehört, die Regierung zu kontrollieren, sollte sich die Nichtbeachtung seiner Beschlüsse nicht bieten lassen!

Tu felix bestia . .

Jetzt wissen die Hamburger endlich, welche nutzlose Einrichtung sie in der Medizinischen Fakultät ihrer Universität haben. Ihren Lehrstuhl für Tropenmedizin nämlich. Er ist völlig überflüssig, denn die Tropenmedizin kann ja leicht von der Tiermedizin mitbetreut werden. Sie sollten sich ein Beispiel nehmen an München, die Hamburger. In München hatte zwar der Landtag beschlossen, daß ein Ordinariat und ein Institut für Tropenmedizin errichtet werden sollen. Unser früherer Herr Kultusminister, von dem man sagte, er sei in der Lage nachzuweisen, wieviel Ecken ein rundes Zimmer habe, hatte sogar mutig erklärt, er würde selber einen Professor auf den Lehrstuhl berufen, wenn die Medizinische Fakultät keine Vorschläge machen sollte. Aber

so ernst kann das nicht gemeint gewesen sein. Außerdem ist es ja schon einmal gut gegangen. Der Landtag hatte ja schon einmal einen Lehrstuhl für Tropenmedizin bewilligt, aber dann wurde — unerforschlichen Ratschlüssen folgend — daraus ein Lehrstuhl für Elektronenmikroskopie. Da hatte der Landtag wenigstens was zum Durchgucken. Durch die Röhre nämlich. Und überhaupt, Bayern ist schließlich ein Agrarland mit Ackerbau und Viehzucht. Wenn es schon sein muß, dann brauchen eben die Tiere in München eine Tropenmedizin.

München könnte zwar seiner Lage wegen ein Zentrum der Tropenmedizin für den ganzen südöstlichen Raum werden — aber wen ficht's?

Der Landtag soll das Geld bewilligen und sich im übrigen gefälligst nicht weiter hineinmengen.

Die Hamburger werden schon noch einsehen, wie dumm es ist, ein Ordinariat und ein weltbekanntes Tropeninstitut zu haben. Kurzum, der Lehrstuhl wurde zwar errichtet — aber in der Tiermedizinischen Fakultät.

Herrliche Zeiten — aber eben nur für die Tiere!
quod licet bovi . . .

Der Bayerische Landesgesundheitsrat besichtigt Münchener Krankenhäuser

Der Vorsitzende des Bayerischen Landesgesundheitsrates, Dr. SOENNING, MdL, leitete dem Präsidenten des Bayerischen Landtages folgenden Bericht zu:

„Der Bayerische Landesgesundheitsrat besichtigte am 2. 6. 1964 Krankenanstalten der Stadt München und am 22. 6. 1964 Universitätskliniken in München. Die Stadt München und das Kultusministerium bereiteten die Besichtigungen vor. An ihnen nahmen die zuständigen Referenten und fast alle Klinikchefs teil. Nach den Besichtigungen fanden ausführliche Diskussionen statt.“

Zweck der Besichtigung war, festzustellen

1. wie Stadt und Staat mit ihren Krankenhaussorgen in München fertig werden,
2. wie die städtischen Krankenanstalten Münchens sinnvoll und wirksam in die Ausbildung der Medizinstudenten eingeschaltet werden können.

In München fehlen mindestens 2500 Krankbetten. Täglich müssen zahlreiche Patienten abgewiesen werden; wenn Lebensgefahr droht, wird auf jeden Fall aber ein Bett freigemacht. Mit großzügiger Unterstützung des Staates baut München z. Z. das Krankenhaus in Harlaching mit 900 Betten. Es wird 1965 fertig werden. Zwischen Planung und Fertigstellung vergehen 6 Jahre. Der Landesgesundheitsrat konnte feststellen, daß sowohl für Unterbringung wie auch Pflege und Verpflegung der Kranken das Bestmögliche getan wird. Die medizinischen und hygienischen Einrichtungen bieten Gewähr für eine moderne ärztliche Behandlung, wie die heutigen Erkenntnisse der Wissenschaft

Cefasabal®

TROPFEN · TABL · AMP.



CEFAK · KEMPTEN

Pyelitis Cystitis
Prostatitis
Prostatahypertrophie

es erfordern. Besonderen Wert legt die Stadt München auf soziale Betreuung und Unterbringung des Krankenpflege- und Krankenhaus-Hauspersonals. Diesem Umstand und einer eigenen Krankenpflegeschule ist es sicherlich zu verdanken, daß kein ausgesprochener Personalmangel vorliegt, obwohl, wie fast in allen modernen Krankenhäusern, auf einen Patienten ungefähr eine Arbeitskraft kommt.

Im Dezember 1960 besichtigte der Landesgesundheitsrat zum ersten Male die Universitätskliniken. Damals mußten erhebliche Mängel festgestellt werden. Nur dem äußersten Einsatz von Ärzten und Pflegekräften war es zu verdanken, daß die Behandlung der Patienten und die medizinische Ausbildung und Lehre trotzdem verantwortungsvoll durchgeführt werden konnte.

Bei der Besichtigung am 22. 6. 1964 konnte der Bayerische Landesgesundheitsrat feststellen, daß durch das Notprogramm der Staatsregierung mit einem Aufwand von 30 Millionen DM sich die Verhältnisse erheblich gebessert haben. Durch Neubau von Bettenhäusern, Behandlungsräumen, Vorlesungssälen und großzügige Renovierungsarbeiten sind Verhältnisse geschaffen worden, daß der Klinikbetrieb einwandfrei durchgeführt werden kann. Auch die Ausbildungseinrichtungen der Medizinstudenten haben sich gebessert und die medizinische Forschung kann unter günstigeren Voraussetzungen durchgeführt werden. Das geplante Notprogramm, für das 40 Millionen DM vorgesehen sind, soll nach Ansicht des Landesgesundheitsrates schnell und großzügig fortgesetzt werden, um besonders die großen Krankensäle mit 12 Patienten aufzulockern, die Arbeitsbedingungen der Ärzte und des Pflegepersonals zu rationalisieren und zu verbessern. Besonders dringlich ist die Schaffung von Personalbauten, da mindestens 400 Personalbetten fehlen.

Es muß anerkannt werden, daß der Bayerische Staat durch das Notprogramm Verhältnisse schafft, die einen einwandfreien Klinik-, Lehr- und Forschungsbetrieb in München ermöglichen. Nach wie vor sind die Universitätskliniken in München keine Visitenkarte für das Land Bayern. Sie stammen aus dem vorigen Jahrhundert, waren bis zu 70% kriegszerstört und sind trotz erheblicher Investitionen unmodern und wenig rationell. Parlament und Staatsregierung beschlossen deshalb 1955 den Neubau des Klinikums in Großhadern. Allein der erste Bauabschnitt wird über 300 Millionen DM kosten. Die hervorragenden Ärzte und Forscher haben einen Anspruch auf beste Arbeitsbedingungen. Der Landesgesundheitsrat nahm mit großem Bedauern zur Kenntnis, daß von dem Vertreter der Staatsregierung ein Zeitpunkt für den Beginn der Hochführung des Neubaus des Klinikums Großhadern augenblicklich nicht verbindlich angegeben werden kann, auch weil die Planung über einen Architektenentwurf im Maßstab 1:100 noch nicht weiterentwickelt werden konnte. Der Landesgesundheitsrat hätte es begrüßt, wenn die aufgetretenen Probleme der Kostensteigerungen großzügiger hätten behandelt werden können, wodurch zeitraubende Umplanungsüberlegungen zu vermeiden gewesen wären. Seit über 2 Jahren kann die für das Klinikum eingesetzte Architektengruppe nicht mehr weiterarbeiten. Während bei der Stadt München zwischen Planung und Fertigstellung 6 Jahre vergehen, wird beim Staat seit 10 Jahren nur geplant und es ist nach den bisherigen Erfahrungen damit zu rechnen,

daß mindestens weitere 12 Jahre vergehen, bis der 1. Bauabschnitt fertig sein wird.

Der Landesgesundheitsrat fühlt sich verpflichtet, die Staatsregierung zu bitten, alle organisatorischen und personellen Möglichkeiten einzusetzen, um die Voraussetzungen für den baldigen Beginn des Neubaus zu schaffen, wenn die Staatsregierung es nicht überhaupt vorzieht, einen mit den nötigen Vollmachten ausgestatteten Sonderbeauftragten einzusetzen. Die Epoche der Planung muß nunmehr abgeschlossen werden. Der Landesgesundheitsrat hofft, daß alle verantwortlichen Stellen sich jetzt mit Energie und Entschlußkraft für den baldigen Baubeginn einsetzen.

Es wurde festgestellt, daß die städtischen Krankenanstalten in den Ausbildungsbetrieb der Medizinstudenten in München nur in sehr bescheidenem Umfang bezüglich der Pflichtvorlesungen eingeschaltet sind, und zwar nur durch die Perkussions- und Auskultationskurse. Die habilitierten städtischen Chefärzte halten zwar Spezialvorlesungen, die jedoch für die pflichtmäßige Ausbildung nach der Bestallungsordnung zur Ablegung des Staatsexamens nicht erforderlich sind. Es ist zu wünschen, daß nach den Vorschlägen des Wissenschaftsrates die planmäßigen Ausbildungsstätten der Universität rasch, sparsam und wesentlich vermehrt werden, durch die Einschaltung geeigneter Großkrankenhäuser mit ausgewähltem, reichhaltigem Krankengut, mit allen neuzeitlichen Einrichtungen an Instrumenten, Apparaten und Laboratorien, mit bester personeller Besetzung, mit musterhaften baulichen Gegebenheiten, mit umfangreichen Bibliotheken, mit modernen Hörsaalanlagen und allen Hilfsmitteln der heutigen Medizin. Diese Erfordernisse sind im Krankenhauskomplex der Stadt München vorbildlich erfüllt, um so mehr als 25 Chefärzte als habilitierte Universitätsprofessoren und Dozenten zum Lehrbetrieb zur Verfügung stehen können.

Die 5000 kommunalen Krankbetten aller medizinischen Fachgebiete liegen in der bayerischen Landeshauptstadt für den planmäßigen akademischen Unterricht brach. Das zahlenmäßige Mißverhältnis zwischen auszubildenden Studenten und vorhandenen Krankbetten im Bereich der Universität unterstreicht die Notwendigkeit der Einschaltung der kommunalen Krankenanstalten.

Inwieweit die Zusammenarbeit zwischen den städtischen Krankenanstalten und der Medizinischen Fakultät auf diesem Gebiet noch verbessert werden kann, soll bei einer baldigen Aussprache der Beteiligten endgültig geklärt werden.“

FDP-Fraktion erarbeitet Bayerisches Hochschulgesetz

In einer Arbeitstagung beriet und verabschiedete die Landtagsfraktion der FDP den Diskussionsentwurf eines Bayerischen Hochschulgesetzes. Dieser Entwurf war vom Fraktionsvorsitzenden Dr. Klaus DEHLER erarbeitet und unter Hinzuziehung von Sachverständigen in Arbeitskreisen vorberaten worden.

Der Entwurf besteht aus 3 Abschnitten. Im ersten werden die Selbstverwaltungsfragen der Hochschulen geregelt, im zweiten das Bayerische Hochschullehrergesetz nach den Bedürfnissen der modernen Entwicklung novelliert, im dritten das Bayerische Besoldungsgesetz hinsichtlich der Hochschullehrerbesoldung den

ULCUS
GASTRITIS
MAGENSCHMERZ

Ventrivert

wirkt zuverlässig

antiphlogistisch
spasmolytisch
säurenormalisierend
sedativ
schmerzstillend

Ventrivert - Magentabletten 30, 60 u. 250 St.

Ventrivert "L"-liquidum 20 u. 50 ml


ARZNEI

DOLORGIET
BAD GODESBERG



Leistungen und Bedürfnissen der Hochschulen angepaßt.

Folgende wesentliche programmatische Ziele bestimmen den Gesetzentwurf:

1. Gesetzliche Kodifizierung des Rechtes der Hochschulen auf Selbstverwaltung, das bisher außer den grundsätzlichen Verfassungsbestimmungen nur durch Gewohnheitsrecht und einzelne Verordnungen bestimmt war.
2. Auflockerung der Struktur der Hochschulen durch die wahlweise Möglichkeit der Gliederung nach Abteilungen und interdisziplinären Instituten.
3. Verstärkung der Mitwirkungsmöglichkeit des sogenannten akademischen Mittelbaues in der akademischen Selbstverwaltung.
4. Stärkung der akademischen Verwaltung durch Schaffung der Position des Hochschulkanzlers und Über-

tragung von Verwaltungsaufgaben an den Verwaltungsausschuß.

5. Stärkung der studentischen Selbstverwaltung.
6. Steigerung der Intensität des akademischen Unterrichts durch Errichtung von Positionen von akademischen Räten, Lektoren und Studiendozenten sowie Tutoren.
7. Gleichstellung der Lehrstuhlinhaber durch Überführung der außerordentlichen Professoren in ordentliche.
8. Größere Anreize für den akademischen Nachwuchs durch eine leistungsentsprechende Besoldungsordnung mit Sonderbewertungsmöglichkeiten.

Die Fraktion der FDP stellte diesen Entwurf zur öffentlichen Diskussion. Sie hat ihn allen interessierten Verbänden und Organisationen, den Hochschulen und ihren Angehörigen mit der Bitte um Stellungnahme und um weitere Vorschläge zugeleitet.

AUS ANDEREN LÄNDERN:

Im Lande der Aufgehenden Sonne

Ärztliche Impressionen aus Nippon

Von Bruno Leo Friton

„Doch überseh' die Inseln nicht im Meer,
womit sich die Natur mehr schmücken wollte.“

Ort des Geschehens der XVIII. Olympischen Sommerspiele ist in diesem Jahre YAMATO. Hier will die jugendliche Sport-Elite der ganzen Welt wiederum noch schneller, noch weiter, noch höher hinaus...

In ärztlicher Schiffs-Offiziers-Mission des Norddeutschen Lloyd war ich vor einem Jahr fünf bei den „Söhnen des Himmels“ und in Japan. Nur wenigen Glücklichen ist es ja gegönnt, dies an Reizen der Landschaft so überreich gesegnete Inselreich zu sehen. Wenn ich heute an diese Zeit zurückdenke, tue ich es immer noch in dem Gefühl, damals der glücklichste Mensch gewesen zu sein...

Abseits der ausgetretenen Globetrotterstraßen, dort, wo man nicht mehr im Taxi fährt und man mit seinem Allerweltsenglisch nichts mehr anfangen kann, dort gibt es für den aufgeschlossenen Fahrensmann immer noch schier unbegrenzte Entdeckungsmöglichkeiten. Es wäre aber eine Anmaßung, wenn man glaubte, nach drei Japanreisen alles Wissenswerte aufgegriffen und verstanden zu haben. Erfolgte ja das Kennenlernen oft sozusagen nur par distance. Dennoch fielen mir Dinge auf, die für andere in täglicher Umgebung nichts bedeuten. Ich will im folgenden nicht mehr geben als ein paar Streiflichter, wobei ich genötigt bin, auch Persönliches zu erzählen. Ich boffe aber, einiges Wesentliche zu treffen. So setzt sich dann daraus ein Mosaik zusammen, das einen erkennen läßt, wie wenig Tatsächliches man doch bei uns vom Fernen Osten weiß. Unser erwartungsvolles Vorstellungsvermögen gaukelt uns in glühenden Farben besonders den ersten Eindruck des Landes der Kiku und Kirschenblüte, der Geisha und des Fujiyama vor. Die märchenhaft klingende Beschreibung von Mendez Pinto, dem ersten Entdecker Yamatos, die wir in der Jugend lasen, ist auch

heute noch kein bloßes Traumgebilde eines Puppenhauses aus Papier und Bambus.

Den Fremden überrascht immer wieder die lebenswürdige, gastfreundliche Aufnahme in Japan. Sitten und Gebräuche, Denken und Empfinden, Seele und Gemüt dieses frohlaunigen Tee-Völkchens sind in hohem Grade einnehmend, anregend, reizvoll, ja entzückend. Das Wohnhaus ist i. a. niedrig, leicht aus Holz aufgebaut, meist einstöckig, mit Stroh-, Schindel- oder Ziegeldach, ohne Keller und Schornstein. Fenster gibt es keine, sie werden durch mit Papier überklebte Schiebetüren, shois, ersetzt, die die Räume trennen. Schadhafte Stellen werden stückweise ausgebessert, was die Lebendigkeit der Fläche noch erhöht.

Praktisch, ungehindert von Luft, Licht und Sonne durchflutet, vom hygienischen Standpunkt aus zweckdienlich, aber doch gefällig für das Auge, ist die Wohnung. Die Zimmergröße richtet sich nach den Tatamis, den Binsenmatten von 2 m Länge und 1 m Breite, womit die gedielten Böden belegt werden. Das Zimmer — auch das Krankenzimmer zu Hause — entbehrt jedweder Einrichtung, kein Stuhl, Bett oder Tisch. Die behaglichen, weißen Papierwände — neben Bambus erfährt wohl das Papier die vielseitigste Verwendung! — sind schmucklos. Ein feiner Sinn für Ebenmaß und Wohlklang, das malerische Empfinden und die Vorliebe für helle, freie Räume lassen auch die Anhäufung von Hausrat oder Kunstgegenständen vermeiden. Ein fein gezeichneter und reich kolorierter Kakemono, davor ein zeitweise ersetzbares Schaustück, genügen zur Ausschmückung der Nische, die sich in jedem Raume findet. Die „Schiebewandstuben“ können jederzeit vergrößert oder verkleinert — und so auch der Garten ins Zimmer geholt werden. „Von schlechtem Geschmack zeugen zu viel Stubengeräte im Wohnzimmer, zu viele Worte bei einer Begegnung; dagegen

kann man nie zu viele Bücher auf seinem Bücherbrett haben.“

Der Fremde, der in Japan sein erstes Erdbeben erlebt, wird sein etwas voreiliges Urteil, wonach so primitive Fachwerkhäuser aus Holz und Bambuslehm, mit dünnen Brettern und schlecht schließenden Papierfenstern, etwa gar auf einen niedrigen Stand der Baukunst schließen lassen, schleunigst revidieren. Vielleicht stellt er sich in den Sekunden, da er mit dem dünnen Häuschen zusammen wie in einem Seegang wackelt, die Risse vor, die in einer modernen Ziegelmauer klafften, oder an die zersprungenen Scheiben, und ist am Ende heilfroh, daß das Japandomizil nur ein Obergeschoß hat. Der „erdgebebt“ Fremdling wird sich dann nicht mehr wundern, daß die „Japsen“ die Wohnviertel ihrer Städte auch nach dem Kriege weitgehend in der uralten, erprobten Bauweise wieder erstehen ließen. Wir waren dennoch baß erstaunt, als wir gerade in den Industriebezirken und Geschäftsvierteln die modernsten Ingenieurhochbauten antrafen, meist Skelettbauten aus Stahlbeton. Das Analogon im Innern: Eisschränke, Waschmaschinen, Televisionsapparate. Besondere Begebenheiten erfordern besondere Lösungen. Der landschaftlich so überaus reizvolle alluviale Charakter Japans ist mit einem riesigen Bergsenkungsgebiet zu vergleichen. Der Angelpunkt der technischen Entwicklung bleibt aber das japanische Haus. Da die meisten Großstädte an der See liegen — Japan ist die größte Schiffsbaunation der Welt — und auf unverfestigten Ablagerungen entstanden sind, wurde nach dem Kriege besonders die Caissonbauweise entwickelt. Japan hat wenig Stahl, aber genügend Zement! Im übrigen sind die Straßen meist geradlinig und eng, einander zum Verwechseln ähnlich. Gleichartig in Größe und Bauart, monoton in Farbe, reiht sich Häuschen an Häuschen — jedes von einer drei Generationen umfassenden Familie bewohnt. Nach der Straße zu offen, gestatten sie jedermann freien Einblick. Straßennamen sind fast unbekannt. Die Adresse begnügt sich mit der Angabe des Blocks, des Quartiers und der Hausnummer, die vom Baudatum abhängt.

In Japan gilt es fast als unhöflich, sich zu setzen. Merkwürdig ist auch, daß manche Dinge einer der unseren entgegengesetzten Bedeutung unterliegen. Wenn wir z. B. winken, winkt man in Japan ab, will man zwei Finger zeigen, werden diese eingekniffen. Man liest von hinten nach vorne und von rechts nach links. Die teuersten Zimmer liegen nach hinten. Japans traditionelles hölzernes Schuhwerk — einer Miniaturbrücke vergleichbar! —, das einen Gang von der trottelnden Ergebenheit dressierter Bärchen erzeugt, werden vor Betreten innerer Räume abgelegt oder wenigstens mit einem Überzug versehen. Alles blitzt und blinkt in einem Krankenhaus, in dem man erst recht keine Schuhe trägt. Die sprichwörtliche Reinlichkeitsliebe ist ja eine vielgerühmte Eigenschaft der Japaner. Viele nehmen täglich mehrere Male ein heißes Vollbad, alle aber mindestens einmal am Tage. Wenn auch der Grund, so oft zu baden, nicht nur ein körperliches Reinigungsbedürfnis darstellt, sondern das „Oju“ der Erwärmung dient — eine geheimnisvolle Rasseeigentümlichkeit? —, so steht doch außer Zweifel, daß der Japaner die Sauberkeit mehr liebt als andere Völker; das zeigt sich auch in der ganzen Lebensweise, die, den Bedingungen der Umwelt angepaßt, naturgemäß und kultiviert ist.

„Traditionelle“ Unordnung herrscht eigentlich nur — in Studentenbuden. Es fühlt sich bei unsern Antipoden auch niemand verlegen oder beklommen gegenüber seinem Nebenmann oder seiner Nebenfrau. Was geschieht, geschieht öffentlich. In einem Hotel tauchen übrigens sämtliche Gäste in dieselbe Wanne, ohne daß das Wasser gewechselt würde. Allerdings muß sich jeder Gast zuvor aus einem Becken mit heißem Wasser übergießen und abseifen lassen. Auch das weibliche Geschlecht, dessen Hauptbeschäftigung (in Ostasien) das Säugen zahlloser Kinder zu sein scheint, zeigt sich ungeniert.

Serviert wird grundsätzlich in der traditionellen Tracht. Die locker anliegende Kleidung des Kimono wirkt ohne beengenden Kragen nicht nur bequem und schön, sondern ist auch kiimagemäß und einwandfrei hygienisch. Außer dem „Sukiyaki“-Essen ist die Kost meist fleischlos und besteht in der Hauptsache aus Reis, Fisch, Gemüse und Früchten. Als mir bei einem Festbankett einmal an einer Geisha ein Obi, i. e. die Schärpe — eine Hauptzierde der Frauen! — dediziert wurde, hob ich kurzerhand die bildhübsche Japanerin (sie war in ihrem geblühten Kimono reizend anzuschauen, wie ein bunter Schmetterling) auf meine beiden Hände, verneigte mich und — trug diese köstliche Dedikation dankend hinaus. Humor ist dem Japaner fremd, wenngleich sich hinter seinem Lächeln nie Unterwürfigkeit, Hohn oder gar Heuchelei verbirgt; aber damals lachten sie doch alle aus vollstem Halse, als sie mir nachriefen: „That's a big mistake...“

Der Typus japanischer Weiblichkeit: lebenswürdig, geistreich, graziös, sanft, vornehm, schlagfertig, takt- und würdevoll, ohne geziert zu sein; anfangs ängstlich, später zutraulich und harmlos heiter wie ein Kind. Kurzum, die Japanerin besitzt all die Eigenschaften, die eine Frau über ihren Sexus hinaus liebwert erscheinen lassen.

Mit 17 Jahren ist drüben das Mädchen schon eine fertige Frau. In ihrer Herzengüte und Anspruchslosigkeit bewahrten die Frauen länger als die fortschrittlichere Männerwelt ihre Schmetterlingsbuntheit. Die Geishas genießen in der Meinung der Welt auch heute noch eine galante Reputation. Es ist nämlich ein himmelweiter Unterschied zwischen ihnen und den Teehausmädchen, die jedem Besucher zu Willen sind. Die Geisha ist eine in der Gesellschaft hochangesehene Dame, ein Mädchen, das die alten japanischen Künste beherrscht, eine Kulturträgerin. Von Kindheit an dazu erzogen, ist das Lächeln doch instinktiv wie die Selbstbeherrschung, die sich darin spiegelt. Diese hauchzarten Lieblichkeiten vom andern Ende des Erdballs sehen mit ihren elfenbeinernen Kämmen und goldenen Pfeilen im lackglänzenden Schwarzhaar einfach bezaubernd aus. Dies „fällt pechschwarz von einem breiten Scheitel um ihr weißes Gesicht, auf dem die Brauen stehen wie zwei kleine dunkle Wölkchen an einem Morgenhimmel. Auch ihre Lippen sind aus der natürlichen Fülle unter die künstliche Blässe ihres Antlitzes zurückgeschauert, und nur ein Kussfleck, nicht größer als eine süße Kirsche, rundet sich rotgeschminkt auf ihrem Mund. „Der Äuglein scharf gespannter Bogen lächelt in den Winkeln in einem feinen Strichlein weiter...“ Es gibt ein Sprichwort unter den ausländischen Bewohnern Japans: „Die Anschaffung eines chinesischen Kochs und einer japanischen Frau ist der Gipfel der ars vitae.“

Der Kimono wird an sich leider nur noch bei besonderen Anlässen getragen; in ihren Twinsets und Glockenröckchen unterscheiden sich die Frauen dauerlicher Weise heute nicht mehr viel von ihren Schwestern in Europa. Der Garderobenwechsel hat auch seine tiefe Bedeutung: Die Japanerinnen wollen endlich ihre jahrhundertlange Unselbständigkeit überwinden. Es genügt ihnen nicht mehr, das Haus zu hüten, die Teezeremonien zu beherrschen und Blumen zu „ikebanalieren“. Industrie und Wirtschaft bieten manche Möglichkeit, auch finanziell unabhängig zu sein. Die Aussichten für die Männer, Pantoffelhelden zu werden, sind also gestiegen. Die Emanzipation der Frau ist neben der Bodenreform wohl die einzige amerikanische Verbesserung, die nicht mehr rückgängig zu machen ist.

Man sagt mit Recht, Japan sei ein Paradies der Kinder; die Japaner verehren sie mit einem fast religiösen Fanatismus. Nicht ein einziges Mal sah ich einen Japaner ein Kind schlagen; sie werden nicht einmal zurechtgewiesen und trotzdem scheinen sie alle zu höchst unverzogenen Sterblichen heranzuwachsen. Man schenkt eben dem Kinde eine sehr große Liebe. Familien mit 6 Kindern sind der Durchschnitt. Die Geburtskontrolle und die jetzt geförderte Schwangerschaftsunterbrechung sind eigentlich gänzlich unjapanisch. 1948 wurden sie aus sozialen, wirtschaftlichen und gesundheitlichen Gründen gesetzlich zugelassen. Man wollte damit der Überbevölkerung steuern. Wie sich zeigt, hat das nicht nur zu ernststen Gefahren für die Gesundheit der Mütter geführt, sondern auch zu einem Absinken der Moral.

Freudig erwartet man sonst die Ankunft eines Neugeborenen. Weder Kinderbett noch Wiege oder Kinderwagen stehen bereit. Wie alle anderen liegt auch der kleine Knirps auf den Tatami-Böden. Alleiniges „Transportmittel“ ist der Mutter sanfter Rücken. Der kleine ostasiatische „Bambino“, auf den runden Rücken gefesselt und bei harter Arbeit geschüttelt, lernt schon sehr früh die Ausgesetztheit des Lebens kennen — getröstet allein nur durch die animalische Wärme des mütterlichen Leibes. Die Säuglinge, die aber auch Vater und Geschwister gelegentlich „über den Buckel rutschen“, sind fast ausnahmslos unerschütterlich in Freud und Leid.

Beginnt der Ernst des Lebens, ist der Einfluß der Schule deutlich zu spüren. Der kleine Antöke bekommt dort größtenteils seine Bildung; auch die häusliche Erziehung baut sich darauf auf. Jeder will sein Kind vorwärtsbringen, deshalb darf es auch alles lernen, was nur irgendwie möglich ist.

Alle achtzehn Sekunden stirbt in Japan ein Mensch, alle elfeinhalb Sekunden wird ein Kind geboren. Ein Japaner wurde einmal gefragt: „Was halten Sie für das Wertvollste in Ihrem Volk?“ Manche erwarten nun vielleicht, der Gefragte hätte auf den großen Arbeitsfleiß, die außerordentliche Geduld, die ungewöhnliche Geschicklichkeit und die immense Anpassungsfähigkeit der Bewohner seiner rohstoffarmen, überbevölkerten Inselheimat hingewiesen. Aber er antwortete: „Unser bestes Gut sind unsere alten Leute.“ Hier geht es aber nicht bloß um eine rein persönliche Meinung. In ganz Ostasien wird der alte Mensch besonders verehrt. Hochachtung gegen die Eltern und Pietät vor dem Alter werden den Kindern anezogen. Als höchstes Ziel des Lebens gilt, daß der Mensch weise werde; weise aber

kann man nur mit den Jahren werden. Der Glaube an die Würde und das Ansehen im Alter beherrschen Denken und Fühlen und damit das ganze Handeln in hohem Maße. Selbst „zehntausend Talente kommen nicht dieser von Herzen kommenden Tugend gleich“.

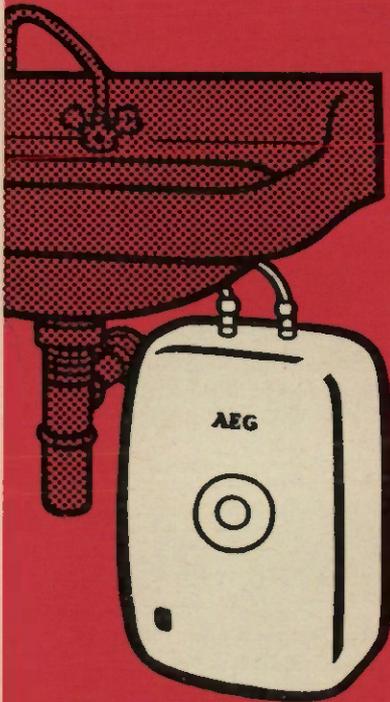
Auch ich konnte mich davon überzeugen, daß jung und alt mit besonderem Eifer die gewaltigen Kriegsschäden zu beheben sucht. Die Gegenwart steht aber immer noch unter den die Augen verletzenden Zeichen des Übergangs. Kenner des Fernen Ostens wissen jedoch um das tiefe Versenken in die Vergangenheit, die man bestaunt, und die Nutzenanwendung für die Zukunft, von der man doch so viel erwartet. Wir Europäer haben scheinbar keine Zeit mehr, über etwas anderes nachzudenken als das Geschehen dreier Tage: Gestern, heute, morgen — und dem vermeintlichen Fortschritt unserer Zivilisation nachzujagen. Der Reichsglaube in China und der Schintoismus in Japan sind schon immer „Welt“-Religionen gewesen. China war eben das Reich in der Mitte des gesamten Kosmos, der Tenno ist für den Japaner noch heute die Verkörperung der Gottheit auf der ganzen Erde. Die acht Millionen Götter umfassende Schöpfungslehre der japanischen Nationalreligion kennt keine Dogmen und verehrt Naturkräfte, Berge, Seen, Flüsse, Pflanzen und einige Tiere. Dazu die Ästimirung der Ahnen und Helden. Mag Mikado Hirohito heute auch seine Göttlichkeit verleugnen und sich mit der Rolle eines symbolischen Staatsoberhauptes begnügen; in all seinen Untertanen lebt die Verehrung für seine Urahain weiter, die Sonnengöttin Amaterasu, deren Geschöpfe sie alle sind, ob reich, ob arm, ob groß, ob klein. Sogar einen Gott der Erkältungen und der Blattern gibt es! Der Buddhismus, schon vor Christus indische Staatsreligion, breitete sich in ganz Asien aus. Nur durch die von Buddha gelehrtete Erkenntnis kann man aus dem Kreislauf der Geburten erlöst werden. Die buddhistische Zensekte in China und Japan, die Selbstversenkung pflegt, hat großen Einfluß auf das japanische Geistesleben.

Dazu gesellen sich etwa 120 neue Religionen. Nur über eine halbe Million Christen gibt es (mehr Protestanten). Eine religiöse Gruppe will im Besitz heilender Kräfte sein. Durch Handauflegen werden z. B. Appendicitiden „geheilt“. Es gab auch einmal eine „Elektrizitätskultur“-Religion, Edison war Nebengott. Dem Besitzer eines Freudenhauses gelang es sogar, seinem Unternehmen eine philosophische Grundlage zu geben und es als „Religion“ registrieren zu lassen. Im allgemeinen bekundet der Japaner in Glaubenssachen nur tolerante Gleichgültigkeit. Den Andachtsübungen liegt seine Absicht zugrunde, eine besondere Gunst zu erleben: Gesundheit, Kinder, einen Mann... „Ein guter Mensch auf Erden ist besser als ein Engel im Himmel“, sagt ein japanisches Sprichwort.

Neben dem Universitätshospital besuchte ich auch das Internationale Krebs-Forschungs-Institut, allwo J a w a k i w a und I t s c h i k a w a nach dem ersten Weltkrieg ihre ersten künstlichen Krebse durch ausdauernde Pinselung von Kaninchenohren erzeugten. Billroth versprach einmal dem Entdecker des „Krebsbazillus“ eine goldene Büste auf der Ringstraße in Wien. Als ich einem dieser noch lebenden Gelehrten sagte, „die Japaner haben bereits die goldenen Stiefel zum Krebsmonument erworben“, winkte er bescheiden ab.

(Fortsetzung folgt)

Darauf
kommt
es an



Sauberkeit in der Klinik, in der Praxis. Dazu gehört warmes Wasser an jedes Waschbecken.

Der AEG-Waschtischspeicher macht Ihnen das leicht. Er ist rasch und einfach unter dem Waschbecken anzubringen. Durch seine flache, schöne Form fällt er kaum auf und nimmt keinen Platz weg. Er hält ständig automatisch 5 Liter warmes Wasser in der eingestellten Temperatur bereit. Temperatur regelbar zwischen 35° und 85° C. Ein weiterer Vorteil: Der bewährte AEG-Kundendienst ist immer für Sie da.

Prospekte über den AEG-Waschtischspeicher erhalten Sie unverbindlich gegen Einsendung untenstehenden Coupons.

AEG

Waschtischspeicher

**AUS
ERFAHRUNG
GUT**

Senden Sie mir bitte kostenlos und unverbindlich Prospekte über AEG-Heißwassergeräte.

Name

Ort

Straße

Bitte ausschneiden und auf eine Postkarte (10 Pfennig Porto) kleben.

An das
AEG-
Heißwassergeräte-
Werk
Abt. GH 3
85 Nürnberg
Postfach 180

FEUILLETON

Salzburger Festspiel-Impressionen 1964

Von E. Astar-Sternberg

(Schluß)

Die Wiedergabe des „Rosenkavaliers“ im Großen Festspielhaus hat noch an Geschlossenheit und — vor allem im ersten Akt — an Verinnerlichung gewonnen. Die aus Wiener Tradition und Lokalkolorit entstandenen Bühnenbilder Teo Ottos sind eindrucksvoll und charmant wie am ersten Tag. Elisabeth Schwarzkopfs darstellerische Leistung als Marschallin ist einer der wenigen ganz großen Offenbarungen der Opernbühne unserer Tage. Ihre Stimme gehorcht mühelos den Befehlen des Intellekts und der weiblichen Intuition, die sich bei ihr in idealer Weise ergänzen, um diese zutiefst feminine Rolle mit echtem und glaubhaftem Gehalt zu erfüllen. Auch ihre leicht melancholische Resignation ist, wie Richard Strauss es wünschte, „immer noch von wienerischer Grazie und Leichtigkeit — mit einem nassen und einem trockenen Auge“. Sena Jurinac, stimmlich in Hochform, war als Octavian nicht nur der „künftige Sponsierer, so recht von Haus aus ein Verführer“, sie vergaß auch keinen Augenblick, die Schwierigkeiten der junglinghaften Rolle in Gang und Haltung überlegen zu meistern. Ihre wahren Höhepunkte hatte sie — wie könnte es anders sein? — natürlich im Zusammenspiel mit der Feldmarschallin, in der Glaubhaftmachung der Reaktionen des Siebzehnjährigen auf die Stimmungen der erfahrenen Frau. Anneliese Rothenberger als Sophie war überzeugend in ihrer mädchenhaften Frische; stimmlich kämpfte sie gelegentlich tapfer gegen leichte Ermüdungserscheinungen an. Otto Edelmann als Ochs von Lerchenau, stimmlich der Rolle wohl gewachsen, war erfolgreich bemüht, die Figur des schlaun und primitiven Genießers von den fälschlich zur Routine gewordenen derb-rustikalen Verzeichnungen freizuhalten. Karajan, der die vierstündige Aufführung auswendig dirigierte, erntete mit den Wiener Philharmonikern und den Darstellern den Dank für eine Wiedergabe, deren kaum übertreffbare Vollkommenheit den Salzburger Festspielbesuchern, die nun von ihr Abschied nehmen müssen, noch lange im Gedächtnis haften wird.

Bis zum Wiedersehen mit einer Neuinszenierung wird auch Mozarts „Hochzeit des Figaro“ zunächst ihren angestammten Platz im Salzburger Festspielprogramm räumen. In diesem Fall wird der Trennungsschmerz fühlbar gelindert durch die Erwartung, daß sich eine schöpferische Pause zum Segen der Wiedergabe dieser vielleicht vollkommensten aller Mozart-Opern auswir-

ken werde. Denn wie großartig auch einige Leistungen des Salzburger „Figaro“-Ensembles der letzten Jahre gewesen sein mögen — wir möchten den „Langen Tag“ gerne aus dem Drahtkäfig des Bühnenbildes von Michael Raffaelli, den mondbeschiedenen Garten von stilisierenden Plastik-Hecken und das heitere Spiel von der Routine der Gustav Rudolf Sellnerschen Inszenierung befreit wissen. Lorin Maazel unterscheidet sich von anderen Mozart-Dirigenten durch deutliche Abweichungen vom Salzburger Stil, wie ihn etwa Bernhard Paumgartner mit akademischer Kühle und Genauigkeit lehrhaft praktiziert. Das wäre an sich nicht tragisch, und die jugendliche Frische Maazels, wie sie sich bereits in der — man möchte fast sagen: rasanten — Wiedergabe der Ouvertüre manifestiert, stellt kein sträfliches Vergehen an der Werktreue dar. Aber es gab doch der Rubatos und der unangebrachten dramatischen Akzente zu viele, um nicht gelegentlich die Erinnerung an Böhm — von Bruno Walter ganz zu schweigen — wachzurufen. Großartig war Graziella Sciutti als Susanne. Sie, die man nach Jahren des Rollenperfektionismus einer Irmgard Seefried zunächst als eine Art Eindringling in geheiligte Gefilde betrachtet hatte, beherrscht heute stimmlich und darstellerisch die Aufführung. Ihre Rosenarie war eine Meisterleistung, der das Publikum zunächst mit atemloser Stille folgte, dann aber mit frenetischem Szenenapplaus Beifall zollte. Hilde Güden als Gräfin ist immer noch eine der besten Interpretinnen dieser Rolle, wenn auch ihre Stimme gelegentlich den strahlenden, mühelosen Glanz von einst vermissen ließ. Dietrich Fischer-Dieskau als Graf Almaviva stand sichtlich im Schatten seiner gloriosen Personifikation des Macbeth in der Felsenreitschule, von der noch zu sprechen sein wird. Geraint Evans war ein hervorragender Figaro. Daß er im letzten Akt etwas zu sehr ins Schwankhafte abglitt, bei seinen Begegnungen mit dem Grafen allzusehr den Beaumarchaischen Revolutionär hervorkehrte, lag wohl an der — verfehlten — Absicht der Regie. Und Evelyn Lear gab dem Cherubino klares Profil, Inspiration und eine glockenreine, schwere-lose Stimme. Dennoch glauben wir, daß das eigentliche Reservat der Lear, die ihren Siegeszug durch Österreich mit Alban Bergs „Lulu“ begann, die moderne Musik ist.

Wolfgang Amadeus Mozart zählte kaum siebzehn Jahre, als 1772 in Mailand, der damaligen Residenz des Erzherzogs Ferdinand, sein „Dramma per Musica“, die

Salistoperm

Das percutane Heilanaestheticum

Inasthmon

Das percutane Expectorans

Oper „Lucio Silla“, uraufgeführt wurde. Nach der deutschsprachigen Erstaufführung in Prag im Jahre 1929 wurde sie vor acht Jahren aus Anlaß des 200. Geburtstages Mozarts in Dresden und Bielefeld aufgeführt. Jetzt erlebte sie ihre Salzburger Festspielpremiere in der Schwüle des Carabinieri-Saales der Residenz, von wo aus sie allerdings nach wenigen Tagen an einem warmen, sternklaren Sommerabend in den stimmungsvollen Hof der Residenz übersiedelte. Um es kurz zu machen: die Aufführung des „Lucio Silla“, der manches aus der späteren Werkstatt des Genies bereits vorausahnen läßt, hatte kein Festspielformat. Das lag wohl nicht zuletzt daran, daß man die Aufführung etwas stiefmütterlich behandelt hatte. Wir sind überhaupt der Ansicht, daß die Residenz in Zukunft den beliebten Serenaden bei Kerzenlicht vorbehalten bleiben sollte. Für Opernaufführungen gibt es in Salzburg heute andere Möglichkeiten in Fülle. Der mehr oder minder statischen Wiedergabe einer „Opera seria“ zu folgen, bei der sich die Inszenierung kaum die Mühe macht, die Schauplätze der Handlung auch nur anzudeuten, ist für das Publikum keine leichte Aufgabe, vor allem wenn es — wie im Residenzhof — drei Stunden lang auf schmalen, harten Holzbänken sitzen muß. Salzburg ist natürlich prädestiniert, Jugendwerke Mozarts der Öffentlichkeit vorzustellen. Wenn das geschieht, so sollte es aber in größtmöglicher Vollendung geschehen. Ein „Lucio Silla“, mit szenischem Pomp im Großen Festspielhaus aufgeführt, hätte zu einem neuen Höhepunkt des Salzburger Mozart-Programmes werden können. Zweitklassig untergebracht und wiedergegeben aber mußte er eine höfliche Geste bleiben, um nicht zu sagen: ein Versuch mit untauglichen Mitteln. Die Sänger taten ihr Bestes, allen voran Melitta Muszely als Giunia. Elisabeth Witzmann bestach durch die Mühelosigkeit ihrer Stimmführung. In der Titelrolle wirkte William Dooley eher durch die naturnahe Macht seines Baritons als durch ausgeglichene stimmliche und schauspielerische Leistung. Donald Grobes Cecilio hatte seine besten Momente in den stark lyrischen Passagen. Klaus Lange und Tugomir Frane bewährten sich in den Rollen des Cinna und des Aufidio. Das Mozarteum-Orchester unter dem Bielefelder Dirigenten Bernhard Conz musizierte der Aufgabe gemäß mit Hingabe; aber eine gute Aufführung ist eben noch kein Festspiel.

Eröffnet wurde die diesjährige Salzburger Fiesta aus Anlaß des 100. Geburtstages von Richard Strauss mit jener Oper, die in der Fantasie Hugo von Hofmannsthal als Ergebnis der Laune eines steinreichen Mannes entstand, mit „Ariadne auf Naxos“. Es war wieder einmal, wie es sein soll: ein Fest der Musik. Karl Böhm, der wie kein zweiter Dirigent unserer Zeit zur Deutung des Straußschen Werkes prädestiniert ist, hielt die Wiedergabe der Partitur frei von jeder eigendelegerischen Vergewaltigung. Er ließ die Wiener Philharmoniker in ihrem eigenen Geiste, mit berücksichtigtem Wohlklang und mit Leichtigkeit musizieren. Da für die Hauptpartien ideale Besetzungen zur Verfügung standen, ergab somit das Ganze eine Leistung von unaufdringlicher, aber dafür um so eindrucksvollerer Schönheit. Die zweite Fassung der „Ariadne“, wie sie in Salzburg gespielt wurde, stellt dem Regisseur erhebliche Aufgaben. Günther Rennert hat sie meisterlich, wenn auch nicht restlos, gelöst. Wohltuend wurde das Fehlen jedes übertriebenen „Commedia del Arte“-Getues empfunden, und der deutlich beabsichtigte Gegensatz zwi-



Szene aus „Jedermann“

schen der Realistik des „Vorspiels“ und der dekorativ-theatralischen Improvisation der Oper stellte einen guten Rahmen zu dem Geschehen auf zwei verschiedenen Ebenen. Die Partie des Komponisten gab Sena Jurinac beinahe männlich. Sie machte stimmlich und darstellerisch den mit den Tücken dieser Welt erstmals konfrontierten Jüngling glaubhaft. Christa Ludwigs Ariadne bestrickte durch stimmlichen Wohlklang und edle, verhaltene Gesten. Jess Thomas war nicht nur der Statur nach eine Idealgestalt des Baechus. Die Leichtigkeit, mit der die dunkelhäutige Reri Grist die Koloraturen der Zerbinetta sang, riß — zusammen mit ihrem grazilen Spiel — das Publikum der Premiere zu stürmischen Ovationen hin.

Ein Wort noch — ehe wir im zweiten Teil der „Salzburger Festspiel-Impressionen“ uns, mit Ausnahme des „Jedermann“ und des zweiten Teiles des „Faust“, nur noch mit Salzburger Premieren befassen — über die Reprise der vorjährigen „Zauberflöte“ im Großen Festspielhaus. Der Regisseur Otto Schenk hatte in Salzburg die Tradition großer Vorgänger zu durchbrechen; der Bühnenbildner Jörg Zimmermann nicht minder. Auch für den Dirigenten Istvan Kertesz galt es, sich von der Präjudiz großer Namen zu befreien. Der kritische Beobachter aber steht in diesem Jahre ebenso wie im vergangenen bei der Beurteilung dieser Inszenierung vor einer schweren Aufgabe. Kertesz erlag zu häufig der Versuchung, allzu freizügig mit den Tempi zu verfahren und gelegentlich zu sentimentalisieren. Pilar Lorenagar gab der nicht immer leichten Rolle der Pamina stimmliches und darstellerisches Profil, Waldemar Kmentts intonierungssicherer Tenor füllte die Weite des großen Hauses mit Wohlklang; Roberta Peters Königin der Nacht allerdings forderte gelegentlich zu der Frage heraus, ob ihre von Erdenresten keineswegs immer freie Koloratur die Entscheidung rechtfertigte, die Darstellerin dieser Rolle, die einen publicitysicheren Manager ihr eigen nennt, aus den USA herüberzuholen. Walter Kreppels Sarastro litt entschieden unter den Fehlern der Inszenierung; Renate Holm war eine reizende Papagena, und Walter Berry zeigte als Papageno, daß er den Weg großer Vorbilder mit Erfolg beschritten hat.

Otto Schenk hat bewußt mehr Schikaneder als Mozart inszeniert. Damit wurde der „Zauberflöte“ etwas

von Ihrem über die Jahrhunderte hinweg wirkenden Fluidum genommen. Was blieb, war eine vorstädtisch-wulenerische Komödie, deren barocke Provenienz eigentlich nur noch von den posaunenblasenden Engeln in Erinnerung gerufen wurde, die zwei stilwidrige korinthische Säulen zierten, mit denen die Urwaldszene künstlich auf den Mittelteil der Riesenbühne beschränkt wurde. Die zum Zauberton der Flöte tanzende farbenprächtige Menagerie mag dem Publikum ebenso gefallen haben wie die traditionelle Rückkehr zur Flugmaschine für die „Knäblein, zart und schön und weise“. Damit aber kann die Problematik dieser Inszenierung nicht ihre Rechtfertigung finden, und im Unterbewußtsein des Beschauers bleibt die nicht zu verdrängende Erinnerung an werk- und wertgerechtere Vorbilder.

117 Jahre nach der Uraufführung im Pergola-Theater zu Florenz erlebte in der Salzburger Felsenreitschule Verdis „Macbeth“ eine Aufführung, deren gesangliche Lichtpunkte gewiß selbst von den hellsten Sternen einer glorreichen Geschichte der italienischen Opernbühne nicht überblendet waren, deren szenische Erlebnisdichte aber — wie es dem Festspielkonzept entsprechen sollte — eine Einmaligkeit der atmosphärischen Besonderheit Salzburgs war. Macbeth ist eines der schwächeren Werke Verdis, auch wenn ihm des Maestros besondere Liebe galt. Daß man sich zur Aufnahme dieser Oper in das Programm des diesjährigen Festspielsommers entschloß, war vielleicht mehr eine Huldigungsgeste an den Zauberer von Stratford-on-Avon, dessen 400. Geburtstag am gleichen Ort mit einem anderen Spiel, das nicht zu Shakespeares besten gehört, mit den „Lustigen Weibern von Windsor“, gefeiert wurde. Es kam hinzu, daß man diesmal der „Italianità“ entsagte, die unter Karajans Stabführung in der Felsenreitschule gewaltet haben würde, dessen geschicktes Wechselspiel zwischen Salzburg und Mailand ihn manche Stufe auf der „Skala“ des Weltruhms emporgetragen hat. Einziger Vertreter des italienischen Belkanto im gemischten Ensemble war Ermanno Lorenzi, der die Partie des Macduff vielleicht nicht ganz mit der wünschenswerten strahlenden Helle erfüllte. Im übrigen stand das gesangliche Geschehen völlig im Zeichen der glücklichen Besetzung der tragenden Rollen mit Dietrich Fischer-Dieskau (Macbeth) und der schwarzen Bayreuther Venus Grace Bumbry (Lady Macbeth). Fischer-Dieskau erwies sich auch in dieser Partie nicht nur als begnadeter Sänger, sondern als ein überlegener

und überlegender Nachgestalter von Wort und Ton, der der Partie ein geistiges Konzept gab und sie auch dem, der die italienisch gesungenen Worte nicht verstand, begreiflich machte. Grace Bumbry ließ zwar letzte Dämonie und Verderbtheit vermissen und erfüllte vielleicht nicht ganz die Forderung Verdis, daß die Stimme der Lady Macbeth teuflisch klingen müsse, ihr kraftvolles, höchst modulationsfähiges und aller Schwierigkeiten spottendes Organ aber durchleuchtete und durchwärmte die steinerne Kühle des felsigen Raumes. Auf der musikalischen Leitung Wolfgang Sawallischs lastete die schwere Hypothek der Erinnerung an Karajans „Troubadour“, in dem noch Verdis bedenklichste Banalitäten zu dramatischem Leben erweckt worden waren. Es fehlte die letzte Hingabe und südliche Glut, obwohl es Sawallisch gelang, die Wiener Philharmoniker im dritten Akt aus der kammermusikalischen Sphäre in die geballte Konsistenz packender Dramatik zu führen. Die Inszenierung Oskar Fritz Schuhs hatte mit dem Handicap des unergleichen Bühnenaufbaus Teo Ottos zu kämpfen. Dennoch vollbrachte seine Regie das Wunder, die überbreite Felsenreitschulbühne organisch auszufüllen und die oft wechselnden Schauplätze des Geschehens begreiflich zu machen. Höhepunkte der Inszenierung waren die Hexenszenen und das Bankett, das frontal zum Zuschauer vor der Wand und den bemanteten Felsnischen des Mönchsberges den weiten Raum zur Szene machte.

Des Salzburger Strauss-Jubiläums Höhepunkt war die triumphale Renaissance der „Elektra“, die Herbert von Karajan als Regisseur und musikalischer Leiter auch denen zum eindringlichen Erlebnis machte, die gefühlsmäßig auch heute noch dem um die Jahrhundertwende als modernistisch und als Lärmapotheose Wagnerscher Klangballung, als eine Attacke auf die Nerven abgelehnten Werk ohne Innere Anteilnahme gegenüberstehen. Karajan, der auch diese Monsterpartitur auswendig dirigierte, gab dem Abend die Prägung einer nachschöpferischen Ausdeutung, in der auch nicht die leiseste Divergenz zwischen Geste und Klang entstehen konnte. Über dem riesigen Halbrund des Großen Festspielhauses lag atemlose Spannung, bis mit dem letzten Ton des Werkes einige Sekunden lang selbst die Lichter im Orchesterraum erloschen. Die Aufführung war so geschlossen, daß es sinnlos wäre, sich mit den Einzelleistungen der Gesangssolisten zu befassen. Astrid Varnay war die „Elektra“, die in das Karajansche Kon-

Azupanthenol®

20 ccm / Klinikpackungen

Tiefgreifende Heilwirkung durch **Azulen + Pantothensäure**
Gastritis, Sub- u. Hyperacidität, Ulcus ventriculi et duodeni
 2-3 x täglich 15 Tropfen und als **Rollkur**

ADENYL-CHEMIE 7016 Gerlingen bei Stuttgart

zept so genau paßte, daß man bereit war, zu vergessen, daß auch an diesem Organ, das von Richard Wagner-Mühen jahrelang sträflich überfordert wurde, die Zeit nicht spurlos vorbeigegangen ist. Das Bühnenbild Teo Ottos gab dem Königspalast von Mykene prunkvolle Größe und gespenstische Vieldeutigkeit.

Wie alljährlich, wurde auch in diesem Festspielsommer das musikalisch-szenische Programm durch einige Ballettabende abgerundet. Es gastierte das Ballett der Kroatischen Nationaloper Zagreb, das im Großen Festspielhaus mit der „Josephs-Legende“ von Richard Strauss, dem psycho-analytisch beschlagenen „Spiegel“ von Kelemen, den unvermeidlichen „Polowetzer-Tänzen“ von Borodins und Prokofieffs „Romeo und Julla“ viel Beifall des Publikums erntete. Es mag offen bleiben, ob dieser Beifall mehr bedeutete als eine Achtungsbekundung für die Gäste aus dem Südosten. Eine Erneuerung des Tanzes, wie sie Richard Strauss mit der „Josephs-Legende“ erreichen wollte, des Tanzes, der „Mutter der heutigen Künste, gleichsam vermittelnd zwischen ihnen steht“, eine neue tänzerische Offenbarung war es gewiß nicht, was man da auf den Brettern des Großen Hauses sah. Das Mozarteum-Orchester bewährte sich unter der exakten und temperamentvollen Leitung Mladen Basics. Man sollte sich jedoch, wenn es sich um den an sich begrüßenswerten Kulturaustausch zwischen Ost und West handelt, vor qualitativen Konzessionen hüten, die dazu angetan sein könnten, den Standard, den wir als Kriterium des Festspielhaften nicht herabzumindern geneigt sind, abzuwerten.

Aus der großen Reihe der Orchesterkonzerte, Liederabende, Solistenkonzerte, Kammerkonzerte, Serenaden und der Konzerte geistlicher Musik mag hier — ohne damit ein Werturteil über die Mehrheit des musikalischen Geschehens verbinden zu wollen — nur eine Minderheit als pars pro toto, als eine Art kritischer Etablierung eines Salzburger Qualitätsstandards herausgegriffen werden.

Der 84jährige Carl Schuricht, einer der wenigen Überlebenden einer aussterbenden Generation von Dirigenten, führte im Großen Festspielhaus die Berliner Philharmoniker zu einem triumphalen Erfolg. Kristallklarer, logischer, unauffektiertes haben wir Mozart kaum jemals gehört als in der Wiedergabe der „Prager Sinfonie“ unter der Leitung jenes bewundernswerten alten Mannes, dessen geistige Jugendfrische dem körperlichen Siechtum Trotz bietet. Zu einem wahren Fest himmei-

stürmenden Orchesterklanges wurde Bruckners „7. Sinfonie“, in der die unerreichten Blechbläserchöre der Berliner Steigerung auf Steigerung türmten, in der aber auch die Totenklage für Richard Wagner am Ende des feierlichen Adagios eine rührende Wiedergabe fand.

Als jener Zauberer des Taktstockes, um den sich in unablässiger Folge Legenden und Gerüchte ranken, und den der Festspielstadt zu erhalten sich mancher Aufwand lohnt, erwies sich Herbert von Karajan in den von ihm geleiteten Orchesterkonzerten der Wiener Philharmoniker, deren Programme völlig im Zeichen des Schaffens von Richard Strauss standen. Kaum überragliches Format erreichten Orchester und Dirigent in der Tondichtung „Ein Heldenleben“. Eine Tatsache, die um so höher zu bewerten ist, als die wahre Meisterschaft sich vielleicht am sinnfälligsten an jenen Aufgaben beweist, deren Lösung allzu oft in der Routine des musikalischen Alltags weniger berufenen Händen anvertraut wurde. Elisabeth Schwarzkopf ließ in den „Vier letzten Liedern für Sopran und Orchester“ die unerläßliche verständliche Diktion vermissen, und in der Weite des Großen Hauses war es — so scheint es — unvermeidlich, daß ihre Stimme, in der Kultur und hohes technisches Können sich die Waage halten, vom Klang des Orchesters mitunter zugedeckt wurde. Rückblickend auf die Salzburger Festspiele 1964 hat jedenfalls jener Satz erneute Geltung bekommen, den Richard Strauss am 2. August 1934 in einem Brief an den damaligen Präsidenten der Festspiele niederschrieb, in dem der Komponist befriedigt feststellte: „Seien Sie versichert, daß dem lieben Salzburg gegenüber ich redlich meine Pflicht erfüllt habe.“

Die Kunst der Sprechbühne, seit jeher eine der Karyatiden des Salzburger Festspielgebäudes, die sich allerdings im vorigen Sommer auf spärliche Manifestationen beschränken mußte, hat in diesem Jahr wieder ihren angestammten Platz im Festspielgeschehen eingenommen. Immer wieder, wenn die Nachmittagssonne ihre sich golden färbenden Strahlen über den weiten Platz vor dem Dom ausschickt, um Portal, Statuen und die schwarz verhangenen Brettergestelle der „Jedermann“-Bühne in jene Atmosphäre zu hüllen, an die jedermann denkt, wenn er vom Salzburger „Jedermann“ spricht, versammelt sich auf den hölzernen Bänken eine bunt zusammengewürfelte Gemeinde, deren Treue zum „Jedermann“-Gedanken, wie die Geschichte zeigt, auch durch Fehlkonzeptionen und werkfremde



mehrgleisige

ferment-
therapie

eupeptum

Oberbauchstörungen
Meteorismus
Dyskinesien

O. P. 24 Dragees DM 1,35 o. U.
O. P. 100 Dragees DM 4,40 o. U.
evüerdem Anzoltipackungen

IFAH GMBH HAMBURG 22 

Experimente nicht gebrochen werden kann. Seit Jahren reichte die Kritik von Qualtingers „He, Mister Jedermann, gemma bißerl sterben“ bis zur Ablehnung von Dieterles blonden Rauschgoldengeln und Gottfried Reinhardts Hollywood Inszenierung. Seit dem vergangenen Jahre aber hat Reinhardts Witwe, Helene Thimig, die Betreuung des alten „Jedermann“-Erbes übernommen. „Will ich aber Salzburg, die Stadt, die Straße vor dem Dom, kurz, den Geist, der dies alles geschaffen hat, spüren“, sagt Kammerschauspielerin Helene Thimig, „dann kann ich nicht anders als zum ‚Jedermann‘ gehen.“ Dennoch, das muß ausgesprochen werden, ist die Aufführung des „Jedermann“ auf dem Domplatz leider zu einem Akt der Pietät, zu einer Pflicht geworden, deren sich Salzburg in jedem Sommer neu entledigt. Der Sozialtourismus mag's der Stadt und dem Kuratorium der Festspiele danken. Aber es wäre an der Zeit, aus dem Erbe wieder lebendige Gegenwart zu formen, damit, wenn die „Jedermann“-Rufe von den Türmen Salzburgs erschallen, jedermann wieder in innerer Sammlung der Botschaft des „Jedermann“ lauschen kann, ohne die Staubwolken zu bemerken, die heute den Blick trüben, wenn das Spiel vom Sterben des reichen Mannes als Fremdenattraktion zu ermäßigten Preisen bei dem einen die wehmütige Erinnerung an golden verklärte Zeiten, bei dem andern auch nur die Befriedigung weckt, dabeigewesen zu sein.

Um des Jubeljahres Gedenkstunden zu runden, fühlte man sich verpflichtet, auch Shakespeare zu geben, was Shakespeare und nicht nur Verdis ist. Daß man dabei, obwohl der 400. Geburtstag des Dramatikers nicht gerade überraschend kam, der Planung reiche Möglichkeiten vertat und ausgerechnet eines der schwächsten Stücke, den Schwank um Sir John Falstaff, genannt — „Die lustigen Weiber von Windsor“, von Rudolf Steinböck in der Felsenreitschule inszenieren ließ, wird wohl für immer mit dem Rätsel des unerforschlichen Ratschlusses belastet bleiben. Es war eine äußerst kultivierte Inszenierung des Wiener Burgtheaters, die ihres Beifalls gewiß war. An großen Namen (Ewald Balsler, Paula Wessely, Käthe Gold, Theo Lingen, Hermann Thimig, Johanna Matz) war kein Mangel. Es war ein Anlaß zu Frohsinn, aber kein Anlaß zur Freude. Das Ganze war, um mit Hofmannstahl zu sprechen, „halt eine Farce“. Die aus Wien gebürtigen lustigen Weiber von Salzburg waren ein leichtes Horsd'oeuvre, das viele unbeschwert genießen wollende Festspielgäste anstelle schwerer bekömmlicher Hauptgänge genüßlich in sich aufnahmen.

Unter der Regie Leopold Lindtbergs, mit den Bühnenbildern Teo Ottos, gingen in diesem Festspielsommer erstmalig beide Teile des „Faust“ über die Bühne des Kleinen Festspielhauses. Die Übersiedlung vom Großen Haus wirkte sich für der Tragödie I. Teil sehr zum Vorteil aus. Die größere Dichte und Geschlossenheit kam vor allem der Gretchen-Tragödie zugute, deren Geschehen sich zuvor in der Weite der Riesenbühne des Großen Festspielhauses verloren hatte. Aglaja Schmid brachte für die Rolle des Gretchens heuer die überzeugende Innigkeit und Hingabe mit, die sie in den früheren Jahren vermissen ließ, als sie dem Faust Attila Hörbigers, jenem wenig überzeugenden, leicht verbitterten Väterchen Faust gegenüberstand, der so wenig „Faustisches“ an sich hatte. Thomas Holtzmann war in Erscheinung und Spiel glaubhafter als sein Vorgänger, aber auch an ihm bewahrheitet sich die betrübliche

Feststellung, daß es auf der deutschen Bühne unserer Tage auch so wenige Darsteller gibt, die der deutlichen und ausdrucksvollen Sprache Kunst beherrschen. Holtzmann wurde streckenweise einfach nicht verstanden, wenn er Temperament mit Lautstärke verwechselte. Und man muß sich fragen, warum es ein Regisseur vom Rang Lindtbergs zuläßt, daß man — von der Rolle des Faust aus gesehen — „Überspielen“ mit Festspielen gleichzusetzen scheint. Was Hörbiger zu wenig war, war Holtzmann zuviel, der selbst den elektronisch verstärkten Erdgeist mit der rohen Gewalt der Lautstärke herauszufordern sich bemühte.

Viele große Regisseure haben sich im Laufe der Zeit an der Inszenierung des zweiten Teiles des „Faust“ versucht, an deren Gelingen sogar Goethe selbst gezweifelt hatte. Lindtberg gelang es, das schier Unmögliche möglich zu machen. Er verwob Realität und Raum, Spiel und Erlebnis, Phantastik und Spannung, tief zum Sinn der Dichtung vordringend, Licht und Farbe und alle Mittel der Bühne verschwenderisch aufteilend. Aber auch hier fühlte sich Holtzmann im „Faustischen“ fremd und erlebte seinen größten Auftritt im Sichaufbäumen gegen den Zugriff des Schicksals. Der Mephisto Will Quadfliegs beherrschte die Szene von seinem Auftritt im ersten Teil als „des Pudels Kern“ bis zu seiner großen Wandlung in erzwungenem Verzicht. Seine Sprechkunst verdient höchstes Lob. Jede Geste war am richtigen Platz. Er beherrschte alle Register vom wahrhaft „Mephistophelischen“ bis zu den metaphysischen Halbönen. Alles in allem: Wenn auch einiges auf der Wanderung zwischen Hölle und Himmel, zwischen Erdgeist-Gebundenheit und der Erlösung im Licht der Mater gloriosa unerfüllt blieb, so war doch der große Aufwand nicht vertan.

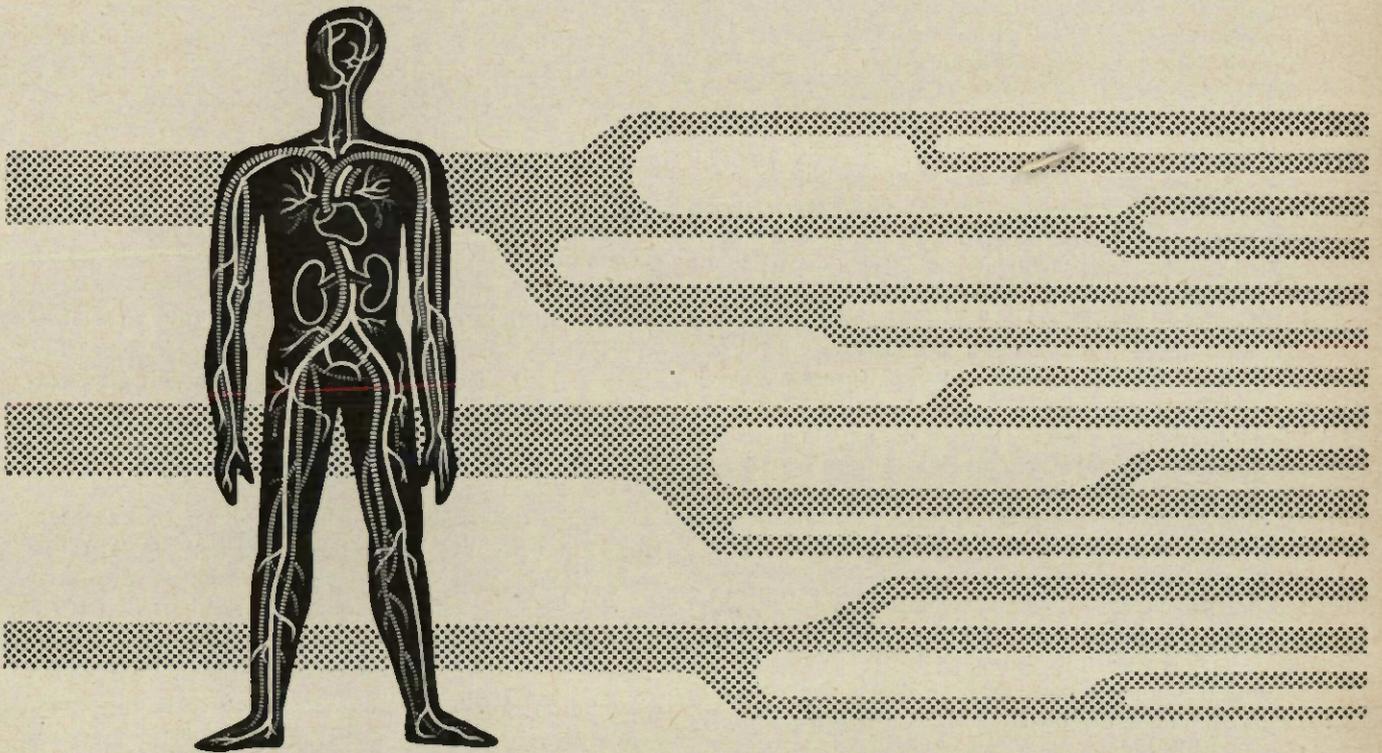
Von der Peripherie des eigentlichen Salzburger Festspielgeschehens dringen bemerkenswerte Energien ins Zentrum vor. Vom Festspielpräsidium eher widerwillig als ein Fremdkörper, ein die (nicht vorhandene) Homogenität des Konzepts störendes Experiment geduldet, hat das vom Bertelsmann-Verlag bereits im ersten Jahr mit einem Zuschuß von fast einer Million DM gestützte „Europa-Studio“ mit drei Uraufführungen seine Daseinsberechtigung einwandfrei unter Beweis gestellt. „La Tragédie du Roi Christophe“, mit ihrem Riesenensemble in Paris ein halbes Jahr lang für Salzburg vorgeprobt, und die Komödie „Das Pferd“ wurden in den Spielplan der Berliner Festwochen aufgenommen. Paul Willems „Mitternachtsmarkt“ soll in London in Szene gehen. Die Impulse, die das neue Unternehmen aus der künstlerischen Leitung des Burgtheater-Direktors Prof. Häussermann bezieht, haben es bereits während der ersten Spielzeit zu einem Kulturfaktor werden lassen, der nicht länger negiert werden kann, auch wenn Wiener Kritiker sich in den Rollen von Kulturpredigern gefallen, die glauben, mit hochohobenem Zeigefinger Salzburg vor der zerstörerischen Wirkung eines Fremdkörpers auf den Organismus seiner Festspiele warnen zu sollen. Prof. Häussermann hat denn auch eindeutig erklärt, daß er sich nach wie vor voll und ganz mit dem „Europa-Studio“ identifiziere und sich für dessen künstlerische Leitung verantwortlich fühle. Und trotz aller Widerstände dürften nach Abschluß der Festspielsaison Besprechungen über eine mögliche Einbeziehung des „Europa-Studios“ in das Programm der Salzburger Festspiele aufgenommen werden.

Der Haemokinator

COMPLAMIN[®]

Tabletten und Ampullen

eröffnet die Endstrombahn,
steigert das Herz-Minutenvolumen,
normalisiert das Blutangebot zum Gehirn,
erschließt Kollateralkreisläufe



Apoplexie
Periphere Durchblutungsstörungen
Cerebralsklerose
Venenerkrankungen



JOHANN A. WÜLFING · DÜSSELDORF

Die Uraufführung der „Tragédie du Roi Christophe“, des auf der Insel Martinique geborenen Negerdichters Aimé Césaire, führte ein traditionsgebundenes Festspielpublikum mitten in die harte Problematik der politischen Emanzipation der Neger, auch wenn der Autor nur von Schwarzen für Schwarze erzählen, nicht aber programmatische Gegenwartsbeziehungen zur Geschichte vom Aufstieg des ehemaligen Küchensklaven zum König von Haiti etablieren wollte. Regie, schauspielerische Leistungen, Bühnenbilder, Kostüme und Musik ergänzten sich in seltener Geschlossenheit. Auch wer der französischen Sprache nicht mächtig war, vermochte der durch intensive Gesten ausgedeuteten Handlung leicht zu folgen. Es wäre leicht, einige dramaturgische Schwächen des Stückes aufzuzählen, aber diese Mängel verblassen hinter einer folkloristischen, dramatischen, tänzerischen, symbolträchtigen szenischen Zurschaustellung des brennend aktuellen Gegensatzes zwischen einem aus Tyrannei und Wohltätigkeit gemischten Führungswillen und der naiven, manchmal gefährlichen Primitivität des auch im Empire-Kostüm noch durch afrikanische Reminiscenzen zur Ekstase getriebenen Urwaldvolkes. Den für den Rahmen der Aufführung Verantwortlichen, wie auch den einzelnen Darstellern, die aus Afrika und der Karibischen See stammen, gebührt höchstes Lob.

Des Belgiers Paul Willems Komödie mit Musik „Mitternachtmarkt“, die weder Musical noch Operette sein soll, erfuhr, des poetischen Rahmens mehr als der dramatischen Straffung bedürftig, eine ebenso liebevolle wie lebenswerte Wiedergabe. Die Idee zum „Mitternachtmarkt“, berichtet der Autor, sei ihm gekommen, als er im Wagen durch Zürich gefahren sei und „über die Ordnung nachdachte, die uns genauso teuflisch wie die weißen Pfeile (die den Autofahrer unerbittlich zu Zielen führen, an die er nie gedacht hat) beherrscht“. In einem Traum habe er statt der Illusion von Rosen, Flieder und Iris nichts als ein wüstes Gelände verrosteter Fahrradteile, alte Reifen und Lumpen gesehen, aber keinen Garten. Da habe er begriffen, daß dies der ideale Hintergrund für sein neues Stück wäre. „Suchen Sie darin“, meint Willems, „weder Rosen noch Felder noch den Paradiesgarten, und sehen Sie darin nichts als einen Ort der Täuschungen, der charmanten Täuschungen, wie ein Schaufenster in der Weihnachtszelt.“ In der Handlung des traumhaften Spiels geht es um die alte Geschichte von dem Mädchen, das sich, vor die Wahl zwischen zwei Liebhabern gestellt, auf Kosten des charmanteren Tausendsassa für den weniger aufregenden, aber dafür verlässlichen Getreuen entscheidet. Willems geht es nicht um die echte Problematik. Er gibt, um mit seinen eigenen Worten zu sprechen, „ein falsches Abbild einer falschen Welt“. Ein aus Berliner, Hamburger, Münchner und Züricher Kräften zusammengestelltes Ensemble spielte unter der Regie Werner Düggelins die Komödie meisterhaft. Eugen Thomass

„leichte Musik“ hinterläßt keine nachhaltigen Eindrücke. Aber die blendende Spiellaune übertrug sich auf das Publikum, das sich großartig amüsierte und mit festspielgerechtem Beifall nicht kargte.

Die letzte Uraufführung des „Europa-Studios“ im Landestheater war die Komödie „Das Pferd“ von dem ungarischen Dramatiker Julius Hay. Unter dem würfelspielsüchtigen Caligula gelingt es einem ahnungslosen Neuling, dem der Kaiser bereits alles abgewonnen hat, sich seinen Apfelschimmel gegen den Einsatz des Kaisers zu erhalten. Caligula straft den Gewinner nicht; er straft vielmehr die ihm blind und angstvoll Ergebenen alle. Er verleiht dem Pferd den Rang eines Konsuls mit göttlichen Ehren und ernennt den Jüngling, den Besitzer des Hengstes, zu seinem obersten Hüter. Hay zeigt in einer Mischung von Satire und makabrem Witz, wie ganz Rom nunmehr trachtet, dem Pferd-Konsul in Habitus und Tracht ähnlich zu werden, um, sich selbst verleugnend, dessen Gunst zu erringen. Dann allerdings mangelt es der Fortführung des Stoffes eines Dichters, der nach der Niederwerfung des ungarischen Volksaufstandes vom Jahre 1956 mehrere Jahre im Kerker zugebracht hat, an Konsequenz. Statt des Auflehens gegen die Tyrannei verspürt man nur ein lahmes Absinken in die Sphäre des Schwanks. Die Regie Boy Goberts trägt kräftig dazu bei, daß „das Pferd“ schließlich lahmgeritten wird. Allerdings mag man es vom Standpunkt des Bühnenerfolges aus verständlich finden, wenn zum Schluß das Publikum aus schierer Freude, nicht aber der Apfelschimmel über die Borniertheit der Menschen wiebert. Boy Gobert jedenfalls trug der Erfolg von Salzburg eine Berufung als Gastregisseur an das Wiener Burgtheater ein.

Wenn wir die Aufführungen des „Europa-Studios“ — zunächst noch illegal, versteht sich — dem Festspielgeschehen hinzurechnen wollen, so hat sich allerdings das Konzept weit vom Geiste Mozarts entfernt. Es fragt sich jedoch, ob nicht unserer Gegenwart trotz aller großen und gewiß vertretbaren Ideen eines traditionsgebundenen Salzburger Sommers gelegentlich dampfende Pferdeäpfel ebenso zuträglich sein können wie süße Mozartkugeln. Damit soll belleibe kein Programm erstellt werden. Aber selbst im sommerlichen Glanz barocker Türme ist vielleicht die Mahnung heilsam, wie sie von der „Tragédie du Roi Christophe“ ausgeht: daß nämlich auf uns Menschen der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts neue und kräftige Impulse einer neuen Welt zukommen, auch wenn wir es, aus Trägheit vielleicht oder vielleicht aus Furcht, nicht wahrhaben wollen.

Anschrift d. Verf.: Salzburg 2, Postfach 50.

INSPIROL

freie
Atemwege



AMTLICHES**Überleitungsabkommen**

zwischen der

Bayerischen Versicherungskammer
 — Bayerische Ärzteversorgung —

und der

Ärzttekammer Niedersachsen
 — Ärzteversorgung —

1. Mitglieder der oben aufgeführten Versorgungseinrichtungen, die sich als angestellte Ärzte aufgrund des § 7 Abs. 2 AVG n. F. zugunsten dieser Versorgungseinrichtungen von der Angestelltenversicherungspflicht haben befreien lassen und die in den Bereich der anderen Versorgungseinrichtung verziehen und die Befreiung von der Angestelltenversicherungspflicht weiter aufrechterhalten, können auf Antrag die bei der bisherigen Versorgungseinrichtung geleisteten Beiträge ungekürzt an die Versorgungseinrichtung ihres neuen (Wohnsitzes oder) Arbeitsplatzes überleiten lassen. Die dann zuständige Versorgungseinrichtung gewährt diesen Mitgliedern das Recht auf alle von ihr zu erbringenden satzungsgemäßen Leistungen in der Höhe, als wären die bei der bisherigen Versorgungseinrichtung geleisteten Beiträge zu denselben Zeiten bei ihr entrichtet worden.
2. Für angestellte Ärzte, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsverdienstgrenze nach dem AVG n. F. nicht mehr der Angestelltenversicherungspflicht unterliegen und bei denen die sonstigen Voraussetzungen der Ziff. 1 gegeben sind, gilt Punkt 1 dieses Abkommens entsprechend, wenn der Antrag auf Überleitung vor Vollendung des 45. Lebensjahres gestellt wird und der Antragsteller vor seinem 40^{1/2}. Lebensjahr Mitglied seiner bisherigen Versorgungseinrichtung war.
3. Das umziehende Mitglied hat Antrag auf Überleitung an beide Versorgungseinrichtungen zu stellen, und zwar innerhalb von drei Monaten.
4. Ärzte, die im Zeitpunkt des Überwechselns bei ihrer bisherigen Versorgungseinrichtung einen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt haben, oder zu diesem Zeitpunkt bereits berufsunfähig waren, können keine Überleitungsanträge stellen.
5. Die bisherige Versorgungseinrichtung überweist sämtliche Beiträge, die der antragstellende Arzt abgeführt hat, unter Beifügung einer Liste, aus der die Höhe und der Zeitpunkt der Leistung der Teilbeträge zu ersehen sind.
 Etwaige Beitragsrückstände werden vom bisherigen Versorgungswerk belgetrieben, wobei das dann zuständige Versorgungswerk Amtshilfe leistet.
6. Der geldliche Ausgleich zwischen den Versorgungswerken wird unmittelbar nach Erstellung der Überleitungsabrechnung vorgenommen.
 Der Risikoübergang erfolgt am 3. Kalendertag 00.00 Uhr nach Absendung der Überleitungsabrechnung. Maßgebend für den Absendetag ist der Stempel des Postamtes. (Nicht Selbstfreimacher.)
7. Dieses Überleitungsabkommen tritt in Kraft, sobald die Aufsichtsbehörden die Genehmigung erteilt

haben. Anschließend ist es in den Ärzteblättern der vertragsschließenden Versorgungseinrichtungen zu veröffentlichen. Dieses Abkommen kann von beiden Seiten mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden.

Vor Ablauf der Kündigungsfrist beantragte Überleitungen sind durchzuführen.

Für die Bayerische Versicherungskammer
 — Bayerische Ärzteversorgung —
 München, den 7. September 1964

I. V.

gez. Dr. Mayer
 Oberregierungsdirektor

Für die Ärztekammer Niedersachsen
 Hannover, den 27. August 1964

Der Präsident:
 gez. Dr. Eckel

STEUERFRAGEN**Zinsen bei Steuerstundungen**

(F.) Bei der Einkommensteuer, der Körperschaftsteuer, der Vermögensteuer, der Umsatzsteuer, der Grundsteuer und der Gewerbesteuer werden nach § 127 a der Abgabenordnung (AO) keine Stundungszinsen erhoben. Eine Stundung dieser Steuern wird also immer zinslos sein. Für alle anderen Steuern sieht § 127 a Abs. 2 AO Stundungszinsen vor, wobei im Einzelfall auch eine zinslose Stundung bewilligt werden kann.

Eine Verzinsung von gestundeten Steuerrückständen wird also insbesondere bei Verkehrsteuern, z. B. Grunderwerbsteuer und Beförderungsteuer sowie bei der Erbschaftsteuer und bei der Vermögensabgabe in Frage kommen. Dabei werden jedoch in der Regel keine Zinsen erhoben, wenn die gestundete Steuer nicht mehr als 500 DM beträgt oder wenn die Stundung nicht über drei Monate hinausgeht. Darüber hinaus kommt eine zinslose Stundung nur bei Vorliegen besonderer Verhältnisse in Betracht.

Wird ein gegen Verzinsung gestundeter Betrag später ermäßigt, so werden die Zinsen insoweit wieder erstattet.

Die Stundungszinsen betragen für jeden vollen Monat (nicht Kalendermonat) $\frac{1}{2}\%$ des Stundungsbetrages. Angefangene Monate bleiben außer Ansatz. Der Stundungsbetrag wird dabei auf volle 100 DM nach unten abgerundet.

Bei einer Aussetzung der Vollziehung eines Steuerbescheids nach § 251 AO (weil der Steuerbetrag umstritten ist) können, da es sich hierbei um keine Stundung handelt, auch keine Stundungszinsen erhoben werden. Ist das Rechtsmittel jedoch bei Gericht (Finanzgericht oder Bundesfinanzhof) anhängig, dann sind Prozeßzinsen zu bezahlen, soweit das Rechtsmittel endgültig keinen Erfolg hat. Für solche Prozeßfälle besteht nach § 155 AO auch eine Zinspflicht des Staates.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat August 1964*

(Zusammengestellt auf Grund der Wochenmeldungen)

An Scharlach erkrankten im August weniger Personen als in den bisherigen Monaten des Jahres. Der August wies jedoch auch in den früheren Jahren stets die niedrigste Scharlachhäufigkeit auf. Erkrankungen an Diphtherie und übertragbarer Hirnhautentzündung wurden in unverändertem Umfang gemeldet.

Geringfügig häufiger als im Vormonat traten im August Fälle von bakterieller Ruhr und Enteritis infectiosa, übertragbarer Dünndarm-entzündungen, auf. Dagegen ging die Erkrankungshäufigkeit an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) etwas zurück, nämlich von 41 Fällen je 100 000 der Bevölkerung (umgerechnet auf ein Jahr) im Juli auf 39 im August.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 2. bis 29. August 1964 (Vorläufiges Ergebnis)

| Gebiet | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | | 8 | | 9 | | 10 | | 11 | | | |
|---------------|------------|------|-----------|------|-------------------|------|---------------------------|------|---------------|------|---------------------|------|--------------------|------|------------------------------------|------|----------------------|------|---------------|------|----|---|----|---|
| | Olphtherie | | Scharlach | | Übertragbare | | | | | | Typhus ob-dominalis | | Paratyphus A und B | | Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr) | | Enteritis infectiosa | | | | | | | |
| | | | | | Kinderlähmung | | Hirnhautentzündung | | | | | | | | | | Solmo-nellosa | | übrige Formen | | | | | |
| | | | | | dar. parat. Fälle | | Meningo-kokken-Meningitis | | übrige Formen | | Gehirn-entzündung | | | | | | | | | | | | | |
| E 1) ST 2) | | E ST | | E ST | | E ST | | E ST | | E ST | | E ST | | E ST | | E ST | | E ST | | E ST | | | | |
| Oberbayern | — | — | 158 | — | — | — | — | — | 5 | — | 27 | — | 1 | — | 3 | — | 4 | — | 23 | — | 35 | — | 1 | — |
| Niederbayern | 1 | — | 10 | — | — | — | — | — | 1 | — | 7 | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | 3 | — | — | — |
| Oberpfalz | 4 | — | 29 | — | — | — | — | — | 3 | — | 4 | — | — | — | 1 | — | 1 | — | 8 | — | 4 | — | — | — |
| Oberfranken | 2 | — | 52 | — | — | — | — | — | 5 | — | 12 | 1 | — | — | — | — | 3 | — | 5 | — | 1 | — | 3 | — |
| Mittelfranken | 3 | — | 49 | — | — | — | — | — | 3 | — | 3 | 1 | — | 1 | 3 | — | 2 | — | — | — | 11 | — | — | — |
| Unterfranken | — | — | 35 | — | — | — | — | — | 3 | 1 | 8 | — | — | — | — | — | — | — | 2 | — | 8 | — | 7 | — |
| Schwaben | — | — | 44 | — | — | — | — | — | 3 | 2 | — | — | — | — | 3 | 1 | 1 | — | 1 | — | 19 | — | 1 | — |
| Bayern | 10 | — | 377 | — | — | — | — | — | 23 | 3 | 61 | 2 | 1 | 1 | 10 | 1 | 11 | — | 40 | — | 81 | — | 12 | — |
| München | — | — | 59 | — | — | — | — | — | — | — | 14 | — | — | — | — | — | 1 | — | 22 | — | 26 | — | 1 | — |
| Nürnberg | 1 | — | 27 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | 1 | 1 | — | — | — | — | — | 2 | — | — | — |
| Augsburg | — | — | 6 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 8 | — | — | — |
| Regensburg | 1 | — | 4 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | 4 | — | 1 | — | — | — |
| Würzburg | — | — | 4 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |

| Gebiet | 12 | | 13 | | 14 | | 15 | | 16 | | 17 | | 18 | | 19 | | 20 | | 21 | | 22 | | 23 | | 24 | |
|---------------|-------------|------|----------------------|------|------------|------|-----------------|------|-------------|------|---------------------------------|------|----------------------|------|--|------|--------------|------|-----------------|------|---------------|------|-----------------|------|----|---|
| | Botu-lismus | | Hepatitis infectiosa | | Oreithose | | | | Amöben-ruhr | | Ver-dochts-fälle von Tollwut 2) | | Bangs'sche Krankheit | | Kindbett-fieber bei oder nach Fehlgeburt | | Leptospirose | | | | Toxoplos-mose | | Wundstarr-kampf | | | |
| | | | | | Psittacose | | (übrige Formen) | | | | | | | | Well'sche Krankheit | | Feldfieber | | Conicolo-fieber | | | | | | | |
| E ST | | E ST | | E ST | | E ST | | E ST | | E ST | | E ST | | E ST | | E ST | | E ST | | E ST | | E ST | | E ST | | |
| Oberbayern | — | — | 76 | — | — | — | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | 1 | — | 1 | — | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — |
| Niederbayern | — | — | 31 | 1 | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | 3 | — |
| Oberpfalz | — | — | 30 | — | — | — | — | — | — | — | 11 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | 1 | — |
| Oberfranken | — | — | 45 | — | — | — | 1 | — | — | — | 2 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 2 | 1 |
| Mittelfranken | — | — | 22 | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 |
| Unterfranken | — | — | 45 | — | — | — | — | — | — | — | 7 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Schwaben | — | — | 48 | — | — | — | — | — | 1 | — | 13 | — | 3 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 | 1 |
| Bayern | — | — | 297 | 1 | 1 | — | 2 | — | 1 | — | 35 | — | 4 | — | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 4 | — | 8 | 3 |
| München | — | — | 46 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Nürnberg | — | — | 5 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Augsburg | — | — | 7 | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Regensburg | — | — | 3 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Würzburg | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |

* Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes

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

2) "ST" = Sterbefälle. - 3) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

MITTEILUNGEN

Ferienordnung 1965 für Bayern

Für das Jahr 1965 werden die Ferien wie folgt festgelegt:

A. Höhere Schulen, Mittelschulen, Volksschulen, Fachschulen, Sonderschulen:

Osterferien:

Erster Ferientag Samstag, 10. April 1965

Letzter Ferientag Montag, 26. April 1965

Pfingstferien:

Erster Ferientag Samstag, 5. Juni 1965

Letzter Ferientag Sonntag, 13. Juni 1965

Sommerferien:

Erster Ferientag Mittwoch, 21. Juli 1965

Letzter Ferientag Montag, 6. September 1965

Weihnachtsferien:

Erster Ferientag Donnerstag, 23. Dezember 1965

Letzter Ferientag Montag, 10. Januar 1966

Außerdem sind wie in den vergangenen Jahren das Fest Allerheiligen (1. November) und der Allerseelentag (2. November) unterrichtsfrei. Darüber hinaus wird der 30. Oktober 1965 vom Unterricht freigehalten.

In Gemeinden, in denen keine Höhere Schule oder Mittelschule besteht, können für die Volksschulen die Weihnachts- und Osterferien verkürzt und dafür die Sommerferien entsprechend verlängert werden. Auch eine Verlegung des Beginns der Sommerferien oder ihre Teilung in zwei Abschnitte sind an diesen Volksschulen entsprechend den örtlichen Verhältnissen möglich. Diese Sonderregelung trifft das SchuIamt gemäß Ziff. 281 VSO.

Für die Fachschulen können Abweichungen genehmigt oder angeordnet werden.

B. Berufsschulen:

Osterferien:

Erster Ferientag Samstag, 10. April 1965

Letzter Ferientag Sonntag, 25. April 1965

Pfingstferien:

Erster Ferientag Samstag, 5. Juni 1965

Letzter Ferientag Sonntag, 13. Juni 1965

Sommerferien:

Erster Ferientag Montag, 19. Juli 1965

Letzter Ferientag Sonntag, 5. September 1965

Weihnachtsferien:

Erster Ferientag Donnerstag, 23. Dezember 1965

Letzter Ferientag Sonntag, 9. Januar 1966

Außerdem sind unterrichtsfrei Samstag, der 30. Oktober, sowie Dienstag, der 2. November 1965.

Die Regierungen können Abweichungen genehmigen oder anordnen.

Ausländische Röntgenassistentinnen

Die Vereinigung Deutscher Medizinisch-Technischer Assistentinnen in der Radiologie e. V. teilt mit, daß sich bei ihr immer wieder ausländische Röntgenassistentinnen um Arbeitsplätze in Deutschland bemühen. Die Geschäftsstelle der Vereinigung befindet sich in 44 Neuss am Rhein, Kapitelstraße 27.

PRESSERUNDSCHAU

Arzthonorar kann nicht an der „unteren Grenze“ liegen — „Mengenrabatt“ nur sehr bedingt ein Argument — Zuerst „leistungsgerechte“ Sätze ermitteln (A. v. LIPPMANN in „Bayerische Staatszeitung“ vom 14. 8. 1964):

Ehe es eine Sozialversicherung gab, war das Verhältnis Arzt—Patient in jeder Beziehung nur zweiseitig. Sowohl was die Leistung des Arztes anbelangt, als auch hinsichtlich der Gegenleistung des Patienten, des Honorars. Auch die ersten Versuche, das wirtschaftliche Ergebnis des Krankheitsrisikos durch eine Versicherung abzufangen, änderten an diesem Sachverhalt nichts. Erst als die gesetzliche Krankenversicherung auf den Plan trat, entstand bei den Systemen, die sich bei der ärztlichen Hilfe für das Sachleistungsprinzip entschieden hatten, ein Dreiecksverhältnis.

Die gesetzliche Krankenversicherung ist damit dem Vertrauensverhältnis Arzt—Patient zugeordnet worden. Auf der anderen Seite stehen aber Einflüsse, die nicht viel mit derartigem Vertrauen zu tun haben. Schon der Versicherungszwang beruht auf mangelndem Vertrauen, nämlich auf der Besorgnis, daß bestimmte Kreise mit geringem Einkommen nicht imstande sein könnten, den ungewissen Zukunftsbedarf bei Krankheit zu decken oder nicht richtig einzuschätzen. Der nicht nur bei dem deutschen, sondern auch einer Reihe von anderen Systemen in der Welt eingeführte Grundsatz der direkten Hilfe, der Sachleistung bei der medizinischen Hilfe, ist aus dem Naturalleistungsprinzip der Armenfürsorge des 19. Jahrhunderts entstanden. Und bei diesem hat ebenfalls das Mißtrauen, die Angst und Besorgnis der Wohltäter Pate gestanden, das Evidente von der gebotenen Hilfe nicht den richtigen Gebrauch machen.

Die ärztliche Behandlung in der sozialen Sicherung ist unstreitig Monopol der Ärzteschaft. Es kann wohl auch nicht anders sein. Aber die Verwaltung dieses Monopols ist durch die Gesetze den Versicherungsträgern übergeben worden, die die Kosten dafür aufzubringen haben. Zum Unterschied von den Privatversicherern, die sich vertraglich verpflichten, in Geldwert ausgedrückte bestimmte Leistungen zu erbringen, muß der Träger der sozialen Sicherung die medizinische Hilfe als Sachleistung im notwendigen Ausmaß und heute in der Regel auf unbegrenzte Dauer zur Verfügung stellen. Was er im Rahmen seines Haushaltes dafür aufwenden kann, liegt ziemlich genau fest. Aber der tatsächliche Leistungsumfang bleibt für die Zukunft in seinem wirtschaftlichen Ausmaß in der Regel völlig im dunkeln, weil im Grundsatz nicht er, sondern die Ärzteschaft die materielle Ausfüllung der Leistungsansprüche bestimmt. Hier kann sich der Versicherungsträger im allgemeinen nur an Erfahrungswerten der Vergangenheit orientieren.

Reglementierende Eingriffe in die Praxis der Ärzte sind aus vielen Gründen nicht möglich. Infolgedessen ist für die Träger der sozialen Sicherungen nur die Honorarforderung der Ärzte der Ansatzpunkt geblieben, gewissen Unsicherheitsfaktoren für die künftige Gestaltung des Leistungsbudgets bei der ärztlichen Hilfe nach Möglichkeit zu entgehen, um eine Situation zu vermeiden, die im extremen Fall zum wirtschaftlichen Ruin der Einrichtung führt. Daher die Erscheinung, daß die Träger der sozialen Sicherungen sich mit ihrem ganzen institutionellen Gewicht gegenüber den Ärzten einsetzen, um den Etatposten für ihre Hilfe besser zu umgrenzen und zu stabilisieren. Niemand kann ihnen das angesichts der Entwicklung verdenken.

Zu Anfang der Sozialversicherung stellten die Sachleistungen für die ärztliche Hilfe nur eine Nebenleistung dar. Heute haben sie einen Umfang angenommen, der zu einer grundlegenden Veränderung der Belastungsstruktur geführt hat. In vielen Systemen in der Welt, die nicht das Kostenerstattungsprinzip bei der ärztlichen Hilfe eingeführt haben und die auch nicht in einem allgemeinen Staatsbürgerversorgungssystem aufgegangen sind, machen die Leistungen für die medizinische Hilfe bereits mehr als die Hälfte der gesamten

Leistungen aus. Die Ausdehnung der Systeme in personeller wie in sachlicher Hinsicht ist dabei beteiligt. Aber es ist ebensowenig möglich, die allgemeine Verteuerung aller Leistungen oder allein die Ärzteschaft für alle in diesem Zusammenhang aufgetretenen Schwierigkeiten verantwortlich zu machen. Vielmehr scheint eine schwerwiegende Fehlrechnung mit im Spiel zu sein.

Ursprünglich war im allgemeinen bei den Ärzten der Anteil der Sozialpatienten im Verhältnis zu der Zahl der Privatpatienten verschwindend gering, wirtschaftlich jedenfalls nahezu bedeutungslos. Infolgedessen war es damals auch für die sozialen Kassen nicht schwer, für ihre Mitglieder die ärztliche Behandlung zu Sätzen zu erreichen, die weit unter den üblichen Taxen für private ärztliche Behandlung lagen. Die Ärzte waren angesichts ihrer guten Einkommen durchaus bereit, von ihrer Seite aus bei den Patienten der sozialen Kassen der Wohltätigkeit einen Zoll zu entrichten. Kassen und Ärzte wußten dabei im übrigen in dieser Zeit genau, daß diese Honorarsätze keine wirkliche Bewertung der ärztlichen Leistungen bedeuteten.

Die Einstellung der Ärzte änderte sich freilich, als die gesellschaftlichen Veränderungen die Sozialpatienten allein schon der Zahl nach gegenüber den Privatpatienten in den Praxen weit in den Vordergrund brachten. Inzwischen war aber die Art und Weise der Honorierung für diese Sozialpatienten soweit zu einem Faktum geworden, daß die Träger der sozialen Sicherungen es als selbstverständlich ansahen, Sätze für ärztliche Honorare zugebilligt zu bekommen, die an der unteren Grenze der überhaupt denkbaren Taxen lagen. Deshalb waren ganz offensichtlich bei den Sachleistungssystemen die Kosten der ärztlichen Hilfe auch nicht annähernd mit den richtigen Werten angesetzt. Hier liegen auf jeden Fall keine Preise vor, die sich auf einem Markt gebildet haben. Und da auch keiner herzustellen ist, es sei denn, man ließe das ganze System fallen, steht man für die ärztliche Tätigkeit vor besonderen Schwierigkeiten bei der Leistungsbewertung.

Die Vertreter der sozialen Sicherheit begründen den Anspruch auf besonders niedrige Sozialhonorare der Ärzte hauptsächlich mit zwei Argumenten: Einmal würden den Ärzten durch die Kassen Patienten zugeführt, mit denen sie normalerweise in der privaten Praxis nicht hätten rechnen können. Ferner wird, um den Abschlag auf normale Honorarsätze zu stützen, angeführt, daß der jeweilige Versicherungsträger ja die Garantie für die Honorarforderung übernimmt.

Beiden Argumenten fehlt sicherlich nicht eine gewisse Berechtigung. Es ist aber ein Fehler, zu verkennen, daß Honorarnachlässe aus diesen Gründen auf jeden Fall auch eine Grenze nach unten haben. Die Grenze für einen Mengenrabatt liegt jedenfalls dort, von wo ab eine Betätigung wirtschaftlich sinnlos wird. Um es hier konkreter zu veranschaulichen: Es wird nicht möglich sein, für die Behandlung von Sozialpatienten Sätze für Honorare zu verlangen, die z. B. Ärzte zwingen würden, in einem bestimmten Zeitraum 2000 anstatt vorher 1000 Patienten bei einer Regelarbeitszeit von täglich 16 bis 18 Stunden zu behandeln, nur deshalb, weil es sonst anders nicht möglich ist, zu einem einigermaßen ausreichenden Einkommen zu kommen. Die Garantie für die Honorarforderung stellt zweifellos einen wirtschaftlichen Wert dar, der beim Honorar einen gewissen Nachlaß rechtfertigt. Aber dieser Nachlaß muß in einem richtigen Verhältnis zu dem Wert dieser Garantie stehen.

Ausgangspunkt für eine zeitgemäße Neubewertung ärztlicher Leistungen in der sozialen Sicherheit wird ein normales leistungsgerechtes Honorar in der privaten Praxis bilden müssen. Und davon werden dann die Abschläge zu machen sein, die bei den Patienten der sozialen Sicherheit billigerweise erwartet werden können. Dabei wird zu berücksichtigen sein, daß wir vor der Frage stehen, inwieweit eine absolute Freiheit der Berufsausübung der Ärzte ohne Einschränkung der Leistungen und der Honorare bestehen kann, wenn es den Trägern der sozialen Sicherungen nicht möglich ist, von den Erwerbstätigen oder der gesamten Bevölkerung höhere Beiträge als bisher einzuheben. Aber darüber wird man sich wohl klar sein müssen, daß wir

auch damit in Zukunft nicht zu Honorarsätzen kommen können, die unter allen Umständen an der unteren Grenze liegen. Das erscheint auch nach keiner Seite hin mehr gerechtfertigt zu sein.

Um die Bewertung ärztlicher Leistung (Dr. STOCKHAUSEN, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstr. 1, in „Süddeutsche Zeitung“, München, 24. 7. 1964):

Am 16. Juli veröffentlichten Sie in der SZ eine Zuschrift von Herrn Oskar Umrath, Direktor beim Bundesverband der Ortskrankenkassen, Bad Godesberg, die nicht unwidersprochen bleiben darf. Herr Umrath behauptet, daß die Vertragspartner der Ärzte, insbesondere die gesetzlichen Krankenkassen, seit 1957 die Arzthonorare laufend Jahr für Jahr erhöhen konnten und mußten, obgleich die Amtliche Gebührenordnung unverändert blieb. Damit hätten nach seiner Auffassung die Kassen die Erhöhung der Preugo gewissermaßen vorweggenommen. — Tatsache ist jedoch, daß die gesetzlichen Kassen 1963 im Bundesdurchschnitt die ärztlichen Leistungen mit Beträgen vergüteten, die um 3% noch unter den Mindestsätzen der Preugo von 1957 liegen. Die „Jahr für Jahr von den Krankenkassen laufend erhöhten Arzthonorare“ haben also im Jahre 1963 noch nicht einmal ausgereicht, die Mindestsätze der Amtlichen Gebührenordnung von 1957 auszuhalten. Damit aber steht die auf die Leistung bezogene Vergütung des Arztes, die er von den Kassen erhält, heute erst auf einem Niveau, das vor sieben Jahren festgelegt wurde. Den Bundesverbänden der Krankenkassen und auch Herrn Umrath ist das durchaus bekannt. Seine Behauptung, mit den Honorarerhöhungen der vergangenen Jahre hätten die Krankenkassen die — von der Bundesärztekammer beantragte — Erhöhung der Amtlichen Gebührenordnung gewissermaßen vorweggenommen, kann daher nur als grobe Irreführung gewertet werden.

Im übrigen versucht Herr Umrath in seiner Zuschrift wieder einmal, die Frage der Anpassung der ärztlichen Gebührensätze an die Teuerung auf das falsche Gleis des ärztlichen Einkommens zu schieben. In einer Gebührenordnung wird nämlich nur festgelegt, wie die einzelne ärztliche Leistung — von der Beratung über die eingehende Untersuchung bis hin zu ärztlichen Eingriffen in der Schädelhöhle — in DM und Pfennig zu bewerten ist. Welches Einkommen der Arzt auf der Grundlage eines solchen Bewertungsmaßstabes ärztlicher Leistungen verdient, ist im wesentlichen eine Folge des Umfangs seiner Tätigkeit. Da aber die Inanspruchnahme der Ärzte durch Versicherte der Kassen in den letzten Jahren durchaus nicht unerheblich zugenommen hat, kann die daraus resultierende Entwicklung des ärztlichen Einkommens keineswegs zum Maßstab für die Prüfung genommen werden, ob die Gebühr für die einzelne ärztliche Leistung der allgemeinen Preisentwicklung gefolgt ist.

Abschließend noch einen kurzen Hinweis zu den von Herrn Umrath erwähnten „einwandfreien Amtlichen Statistiken“: Amtliche Statistiken über die Entwicklung der Einkommen je steuerpflichtigen Arzt von 1957 bis 1963 liegen überhaupt nicht vor, zumal gerade erst in diesen Monaten die Einkommensteuererklärungen für 1963 bei den Finanzämtern einlaufen.

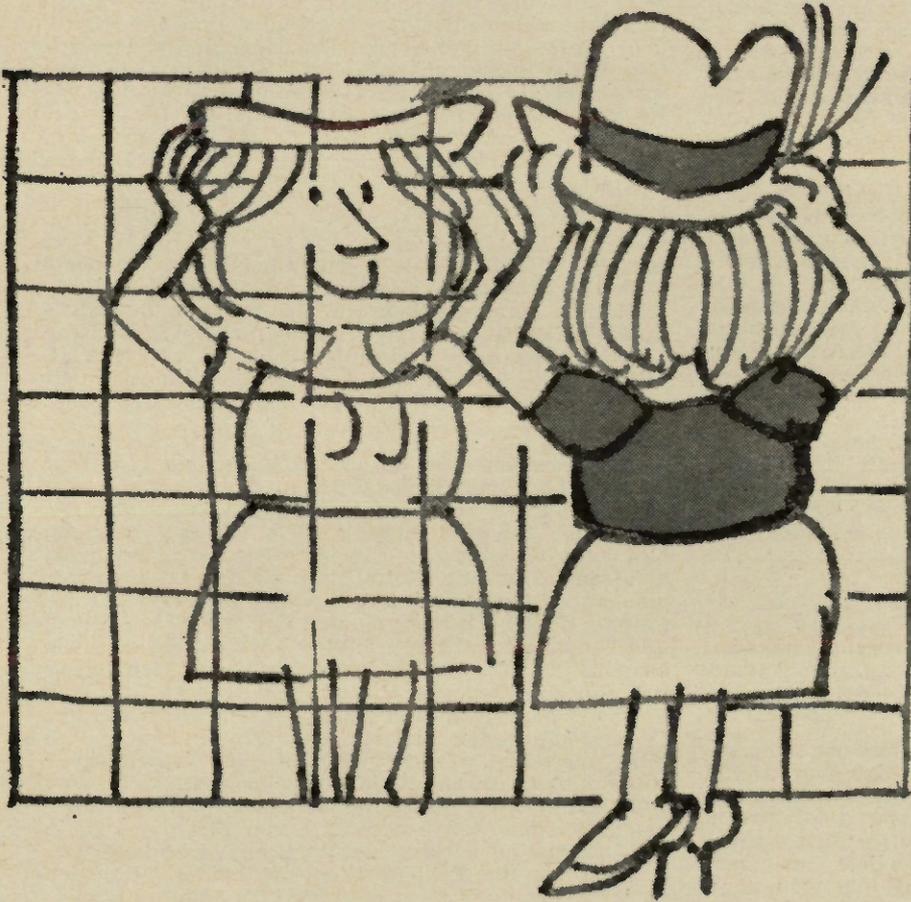
Mebraufwand durch neue Methoden (Dr. PETZ, Vorstandsmitglied der KV Bayerns, München, Briener Straße 23, in „Südd. Ztg.“, München, vom 24. 7. 1964):

Herr Direktor Umrath weiß ganz genau, wie schwierig es ist, dem Nichtsachkundigen das komplizierte Verfahren der kassenärztlichen Vergütung in einem kurzen Artikel klarzumachen. Der einfachste Weg ist: ein paar Zahlen, diese in Relation gebracht und diese darauf für den jeweiligen Zweck gezogene Schlußfolgerung — genügen, um den flüchtigen Leser zu überzeugen.

Das kassenärztliche Honorar basiert auf den Tarifsätzen der Preugo. Die Gebühr für eine Beratung beim Kassenarzt betrug von 1924 bis 1952 = 1 DM, für den Besuch beim Patienten 2 DM. Ab 1. Januar 1953 wurden diese Sätze auf 1,50 DM für eine Beratung und

Für Sie, als Frau des Hauses: Was beweisen 1000 blitzblanke Kacheln und 1 Teelöffel voll PRIL?

GV 37/64



Sie müssen sich um viele Dinge kümmern, und Sie wissen den wirtschaftlichen Einkauf zu schätzen. Denn Sie sehen ja täglich, wie gerade Kleinigkeiten Geld verschlingen. Und oftmals unnötig...

PRIL kann Ihnen helfen, sparsam zu wirtschaften. Tatsächlich genügt schon ein Teelöffel voll als Beweis: Mit diesen paar

Gramm können beispielsweise 1000 Kacheln gründlich gereinigt werden – blitzblank sauber!

Diese Ergiebigkeit von PRIL wird bei Ihrem monatlichen Verbrauch an Reinigungsmitteln gewiß mehr als Pfennige sparen...

Warum PRIL so ergiebig ist? Es entspannt das Wasser – und entspanntes Wasser reinigt kraftvoller,

leistet mehr. Sie verbrauchen wenig PRIL, sparen also.

Und für Sie, die Sie stets im Großen planen müssen, sind diese Vorteile bestimmt interessant. Sie erhalten PRIL in praktischen Großpackungen.



PRIL-Pulver im 2 kg- und 4 kg-Fäßchen,
PRIL-flüssig in 5 kg- und 30 kg-Behältern.
Für Geschirrspülmaschinen PRIL-Spezial
(schaumarm) und die SOMAT-Erzeugnisse.

**Pril entspannt das
Wasser –
darauf kommt es an!**

3 DM für den Besuch erhöht. Diese Tarifsätze, die dem damaligen Lohn- und Preisgefüge in keiner Weise nachkamen, standen zudem vorerst auch nur auf dem Papier, und zwar insofern, als zwischen 1953 und 1957 diese Sätze lediglich in einer Höhe von 60 bis 75% erreicht wurden. Dieses Spiel hat sich dann ab 1957, als die Preugo zum zweiten Male erhöht wurde, in der Weise wiederholt, daß erst jetzt im Jahre 1964 100% der Erhöhung von 1957 erreicht werden.

Mit anderen Worten ausgedrückt, bedeutet eine Erhöhung der Tarifsätze der Gebührenordnung für den Kassenarzt nicht gleichzeitig eine entsprechende und sofortige Erhöhung seines Einkommens wie etwa eine Erhöhung der Beamtgehälter für den Beamten; nach den bisherigen Erfahrungen dauert es Jahre, bis der Gleichstand erreicht wird. Es ist weiterhin eine billige Argumentation, wenn man verschweigt, daß die Ausgangswerte, die in der Preugo 1952 verankert waren, aus dem Jahre 1924 stammten und unterstellt, daß der damalige Tarifsatz von 1 DM für eine ärztliche Beratung im Jahre 1952 eine zeitgerechte Bezahlung war. Diese Überlegung liegt dem Rechenexempel von Herrn Direktor Umrath nicht zugrunde.

Ferner verschweigt Herr Direktor Umrath eine ihm wohlbekannte Tatsache, daß seit den 50er Jahren bis auf den heutigen Tag durch fortschreitende Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft neue Methoden in Diagnostik und Therapie den Versicherten in der sozialen KrV durch den Kassenarzt zugute gebracht werden konnten, die einen erheblichen Mehraufwand an Kosten verursachten und damit im wesentlichen die Steigerung der ärztlichen Honorarforderungen bewirkten. Der Tarifsatz für die ärztliche Leistung blieb unberührt; die berechnete Forderung der Ärzte ist aber eine zeitgerechte Honorierung der einzelnen ärztlichen Leistung. Es muß daher die Ärzteschaft eigentümlich berühren, wenn der Vertragspartner in einer öffentlichen Aufgabe — in der sozialen KrV — auf diese Weise die gemeinsamen Probleme behandelt.

BUCHBESPRECHUNGEN

Dr. Theo SIEBECK: **Vertrags- und Vergütungssystem im Kassenarztrecht.** Verlag der Ortskrankenkassen, 532 Bad Godesberg, Postfach 726; 64 Seiten, brosch. DM 4,25.

Die Broschüre ist eine Zusammenfassung der Abhandlungen „Das Vertragssystem im Kassenarztrecht“ und „Das Vergütungssystem im Kassenarztrecht“, die in der Zeitschrift „Die Ortskrankenkasse“ (1962, Heft 6 und 9 bzw. 1963, Heft 21 und 22) veröffentlicht worden waren. Der Verfasser bringt insbesondere eine Darstellung der historischen Entwicklung und geht dann auf praktisch alle Problemkreise des weiten Gebietes ein. Die Arbeit ist sehr bemüht, wissenschaftlichen Charakter zu zeigen, was anzuerkennen ist. Unverkennbar ist aber auch der Standort der Arbeit, durch die die Sicht der Krankenkassen zu den einzelnen Problemen besonders unterstrichen wird. Wünschenswert wäre in der Arbeit eine Auseinandersetzung mit den für die Festsetzung der Höhe einer Gesamtvergütung gesetzlich geschaffenen Begriffen gewesen, z. B. mit dem Begriff „wirtschaftliche Lage der Krankenkassen“.

Die Broschüre ist ein Beitrag zur Informierung aller im weiten Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung tätigen ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeiter.
RA Poellinger, München

W. PSCHYREMBEL, **Praktische Gynäkologie**, XII, 540 Seiten, 1964, geb. DM 53,80 DM. Verlag Walter de Gruyter & Co., Berlin.

Aus der Feder des durch seine „Praktische Geburtshilfe“ (10 Auflagen) renommierten Autors liegt jetzt als Neuerscheinung auch die „Praktische Gynäkologie“ vor. Die Krankheitsbilder sind in der dem Verfasser eigenen und geschätzten didaktisch einprägsamen Art mit Schemata, Skizzen, Leitsätzen und guten Abbildungen in 14 Kapiteln übersichtlich und einfach verständlich dargestellt. Das weibliche Genitalkarzinom

wird dem heutigen Stand der Erkenntnisse entsprechend besonders eingehend besprochen; speziell die hervorragend gegliederte Beschreibung des Zervixkarzinoms und seiner Vorstadien vermittelt eine klare Übersicht über dieses durch oft verwirrende Nomenklatur komplizierte Gebiet. Zur Erfüllung der Forderung: „Jede Arztpraxis muß ein Zentrum der Krebsbekämpfung sein“, wird die Frühdiagnostik des Zervixkarzinoms in Form der cytologischen Suchmethode mit detaillierten Angaben über die Abstrichtechnik so beschrieben, daß jeder praktische Arzt danach arbeiten kann. Aus allen Kapiteln spricht eine reiche Erfahrung des Autors, der diese unter Berücksichtigung der neuesten Forschungsergebnisse mit steten Hinweisen auf die Differentialdiagnose, sowie auf die Reihenfolge des Vorgehens in Praxis und Klinik weitergibt. Der Schlußabschnitt informiert kurz und mit Kritik über die Möglichkeiten und Probleme der Kontrazeption. Die „Praktische Gynäkologie“ eignet sich gleichermaßen als Lehrbuch für Studierende wie auch als Nachschlagewerk zur raschen Orientierung für Praktische Ärzte und Gynäkologen. Es ist vorauszu sehen, daß das Buch eine ähnliche Verbreitung und Beliebtheit erfahren wird wie Pschyrembeis „Praktische Geburtshilfe“.
Dr. E. Daume, München

Jörgen SCHMIDT-VOIGT, Dr. Chefarzt: **Kardiologie für die Praxis I.** = Seminare für die ärztliche Fortbildung, herausgegeben von Prof. Dr. A. SCHRETTENMAYR. 1. Lieferung: Diagnostisch-therapeutische Technik bei Herz-Kreislaufkrankungen. 1964, VIII, 109 Seiten, 42 zum Teil farbige Abbildungen in 67 Einzeldarstellungen. Im Plastikordner DM 26.—. J. F. Lehmanns Verlag, München.

Es handelt sich um die ersten Lieferungen, die auf praktischen Fortbildungsvorträgen des Verfassers gegründet sind. — Vom Verfasser werden sie als Seminar bezeichnet. Sie sind ausgesprochen für den Arzt am Krankenbett berechnet. Die vorliegenden Lieferungen befassen sich mit der Notfalltechnik, der Auskultation, nehmen kritisch und elektrisch zum Ekg, Phonokardiographie (PKG), Rheographie und Oscillometrie Stellung und behandeln mit beschränkter Auswahl die „visuelle Diagnostik“. Wie es nicht anders sein kann, handelt es sich um Auslesen von Bildern und Kurven, die vom Verfasser als typisch und didaktisch angesehen werden. Da erst die ersten Lieferungen vorliegen, kann noch nicht übersehen werden, wie weit die ausgesprochene Auswahlmethode am Ende bestehen bleibt oder vervollständigt wird. Es sollte vielleicht noch deutlicher betont werden, daß Anwendung von Ekg und Pkg in der Praxis eine wirklich umfängliche Vorbildung voraussetzt, da die Fehlerquellen bei beiden Methoden in der Beurteilung recht groß sind. Der Ref. darf vielleicht darauf hinweisen, daß bei Abbildung 26b eine Seitenverwechslung vorliegt und daß die Ansicht des Ref. zur Abbildung 37 nicht mit der des Verfassers konform geht.

Das Buch entspricht seiner Absicht, ein Fortbildungsseminar zu sein, dessen schriftliche Fixierung auch für die, die es gehört haben, ein Gewinn sein wird.

Dr. med. habil. Heinz Frank, Memmingen

Helmut LUTTERKORDT: **KVB-Privatrechnungen**, Ausgabe Januar 1964. Verlag Ernst Arnold, 46 Dortmund-Mengede, Siegburgstraße 5—7; 84 Seiten, brosch. DM 5,60.

In der Broschüre wird der Vertrag zwischen der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ausführlich erläutert und den Ärzten eine präzise Anleitung zur richtigen Handhabung gegeben.

Mit einer Fülle von Zahlen, Tabellen, Höchst- und Mindestsätzen der Preugo, Hinweisen und Erklärungen ist die Schrift ganz auf den praktischen Nutzen abgestellt und kann Ärzten und Angestellten einer Kassenärztlichen Vereinigung als Helfer in Abrechnungsfragen dienen.
RA Poellinger, München



KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln

ASTHMO-KRANIT

Bronchial-Antispasmodicum

Ulcrurisan®

Die Wund- und Heilsalbe auf Ferment-Basis 45 g DM 1.75 lt. A.T.



CHEMISCHE FABRIK
»BAVARIA«
MÜNCHEN-GRÄPELFING

Jacosulfon ist die heilende Hand des Arztes

Pharmazeut
Präparate
OCO
Hm

MENOSTABIL

Spasmolytikum mit analgetischer, regulierender Wirkung bei Menorrhagie, Metrorrhagie und essentieller Dysmenorrhoe. OP 20 x 0,5 Tbl. Versuchsgut durch:

OTTO & CO., FRANKFURT-M.-SUD

Ritter-Fottorosso

Atlas der Elektro-Kardiographie

Wir senden Ihnen das Werk gern unverbindlich zur Ansicht!

CARL GABLER GMBH., Fachbuchhandlung, MÜNCHEN 2, Jutastaße 24

2. erweiterte und vollständig neu bearbeitete Auflage. Eine Einführung in die klinische Elektro-Kardiographie für Studenten und Ärzte.

Mit 280 Seiten und 231 Abbildungen, Querformat, Leinen DM 36.40.



KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln

Mallebrin®

Gurgeln, Spülungen, Wundbehandlung

R-Mallebrinetten®

Adstringo-antiseptische Rachentabletten

Zur
Schlangengift-Therapie

Vipericin®

beim
rheum. Sympt.-Kompl.

Vipericin®

insbesondere bei
Myalgien, Lumbago
chron. rheum. Gelenkaffekt.

Vipericin®

bei
Osteochondrosen,
Osteoporosen,
Morb. Sudeck,
Morb. Bechterew

Vipericin®

Amp. + Forte-Amp. Salbe + Forte-Solbe
5 Amp. zu je 1 ccm Tuben mit 20 ml
Anwendung: Subcutan, intramuskulär oder intracutan

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Aktuelle Fragen der Arbeitsmedizin

Fortbildungsveranstaltung der Bayerischen Landesärztekammer in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge

Am 7. und 8. November 1964 findet im Zusammenwirken der Bayerischen Landesärztekammer mit dem Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin, den Landesverbänden Nord- und Südbayern des Verbandes der deutschen Werksärzte e. V., der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und des Landesverbandes Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften eine Fortbildungsveranstaltung über aktuelle Fragen der Arbeitsmedizin statt.

Eröffnung durch den Bayerischen Staatsminister für Arbeit und soziale Fürsorge, Herrn Hans Schütz, und den Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Herrn Dr. H. Sewering.

Tagungsort:

München, Haus des Arbeitsschutzes, Pfarrstraße 3.

Zeitpunkt:

7. und 8. November 1964, beginnend jeweils 9 Uhr.

Vortragsthemen:

AUS LEHRE UND FORSCHUNG DER ARBEITSMEDIZIN

1. Gefahren der Arbeit

Referent: Prof. Dr. Dr. H. Eyer, Direktor des Max von Pettenkofer-Instituts für Hygiene und Med. Mikrobiologie der Universität München.

2. Ermüdungsformen und ihre Bedeutung für die Leistung im Betrieb

Referent: Prof. Dr. G. Lehmann, Direktor des Max-Planck-Instituts für Arbeitsphysiologie, Dortmund.

3. Psychologische Faktoren der Leistung am Arbeitsplatz

Referent: Prof. Dr. phil. H. R. Lückert, Vorstand des Instituts für Jugendforschung und Unterrichtspsychologie der Universität München.

AUS DER ARBEITSMEDIZINISCHEN PRAXIS

1. Das Berufsbild des Werksarztes

Referent: Dr. H. Münk, Werksarzt der Firma Siemens-Schuckert, Nürnberg.

2. Der Kassenarzt als nebenberuflicher Werksarzt

Referent: Dr. H. Weinzierl, Lauf

3. Der gewerbeärztliche Dienst

Referent: Reg.-Med.-Dir. Dr. H. Schneider, Leiter des Bayerischen Landesinstituts für Arbeitsmedizin, München

4. Filmvorführung „Aus der Arbeit des Werksarztes“.

5. Besichtigung des Bayerischen Landesinstituts für Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz.

AKTUELLE FRAGEN DER ARBEITSMEDIZIN

1. Arbeitsmedizinische Probleme bei der Betreuung erwerbstätiger Jugendlicher

Referent: Priv.-Doz. Dr. med. Dr. phil. J. Rutenfranz, Max-Planck-Institut, Dortmund.

Korreferat: Dr. W. Fessier, Werksarzt der Robert Bosch GmbH, Nürnberg.

2. Arbeitsmedizinische Probleme der Frauenarbeit

Referent: Prof. Dr. G. Döderlein, ehem. Direktor der Univ.-Frauenklinik Jena, München.

Korreferat: Dr. J. Schwendy, Werksarzt der Firma Siemens & Halske, München.



Arzneimittel HÜLS, Dr. A. Hense, 4153 Hüls

3. Ärztliche Erfahrungen in der Betreuung der Gastarbeiter

Referent: Dr. G. Fuchs, Werksarzt der Firma Krauss-Maffey, München.

4. Filmvorführung „Rehabilitation Amputierter“

Anmeldung und Auskünfte: Bayerische Landesärztekammer, 6 München 23, Königinstraße 85.

Klinische Fortbildung in Bayern 1964

Kurselteilung:

1. INNERE KRANKHEITEN

2. bis 7. November 1964

München, Städt. Krankenhaus r. d. Isar
Chefarzt: Prof. Dr. Blömer.

9. bis 14. November 1964

Würzburg, Med. Univ.-Klinik
Direktor: Prof. Dr. Wollheim.

2. CHIRURGIE

2. bis 6. November 1964

München, Städt. Krankenhaus r. d. Isar
Direktor: Prof. Dr. Maurer.

9. bis 14. November 1964

Erlangen, Chirurg. Univ.-Klinik
Direktor: Prof. Dr. Hegemann.

2. bis 7. November 1964

Würzburg, Chirurg. Univ.-Klinik
Direktor: Prof. Dr. Wachsmuth.

3. FRAUENHEILKUNDE

2. bis 6. November 1964

München, I. Univ.-Frauenklinik
Direktor: Prof. Dr. Bickenbach.

4. AUGENKRANKHEITEN

HNO-KRANKHEITEN

NEUROCHIRURGIE

NEUROLOGIE

Am Städt. Krankenhaus r. d. Isar veranstalten die Chefarzte der Augen-, HNO-, Neurochirurgischen- und Neurologischen Abteilung gemeinsam eine Klinische Fortbildungswoche, und zwar:

Montag, 23. November 1964
für Augenkrankheiten, Prof. Dr. Merté.

Dienstag, 24. November 1964
für Neurologie, Prof. Dr. Bannwarth.

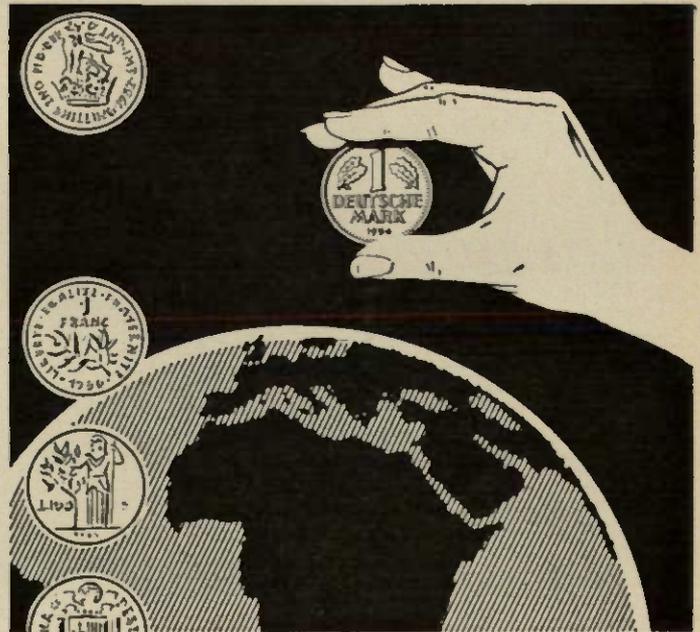
Mittwoch, 25. November 1964
für Neurochirurgie, Prof. Dr. Kessel.

Donnerstag, 26. November 1964
für HNO-Krankheiten, Prof. Dr. Kressner.

Am Freitag, den 27. November 1964, werden Ringvorträge und Round-table-Gespräche über alle vier Fächer gemeinsam interessierende Fragen gehalten.

Die Kurszeiten werden an jedem Tage etwa von 9.00 bis 12.00 Uhr und 14.30 bis 16.30 Uhr sein.

Alle Kolleginnen und Kollegen, welche an einem der vorstehend angekündigten Kurse teilnehmen wollen, werden gebeten, sich wegen Auskunft nur an die Bayerische Landesärztekammer zu wenden und auch nur dort anzumelden.



Everybody's saving
Tout le monde épargne

Alle Welt spart

Tutto il mondo risparmia
Todo el mundo ahorra
U spaart toch ook?
Hela världen sparer
Hele verden sparer
Koko maailma säästää

Vor 40 Jahren wurde auf dem Ersten Internationalen Sparkassenkongreß in Mailand der „Weltspartag“ geboren.

Das Jubiläum dieses „Ehrentags der Sparsamkeit“ begehen Sie am besten - durch Sparen!

**Am 30. Oktober
ist Weltspartag**

Am 30. Oktober zur

SPARKASSE



15. Wissenschaftliche Ärztetagung Nürnberg

vom 4. bis 6. Dezember 1964 — Wissenschaftliche Leitung: Professor Dr. René Schubert

Freitag, den 4. Dezember 1964

Tagesthema:

DER HEUTIGE STAND DER THERAPIE DES DIABETES MELLITUS UND SEINER KOMPLIKATIONEN

9.00 Uhr s. t.:

Beginn der Tagung

9.00—9.40 Uhr:

Eröffnung, Begrüßung und Einleitung zu den Hauptthemen

9.40—10.20 Uhr:

Prof. Dr. F. Meythaler, pl. a. o. Professor an der Universität Erlangen-Nürnberg
Ehemaliger Vorstand der 2. Med. Klinik der Städt. Krankenanstalten Nürnberg:

„Die Therapie des schweren Diabetes mellitus mit seinen Angiopathien“

10.20—11.00 Uhr:

Prof. Dr. E. Pfeiffer, Leiter der Endokrinologischen Abteilung der 1. Med. Universitätsklinik Frankfurt:

„Therapie mit peroralen Antidiabetics“

11.00—11.30 Uhr:

Pause zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie-Ausstellung

11.30—12.10 Uhr:

Prof. Dr. E. Grundler, Chefarzt der Städt. Kinderkrankenhäuser Stuttgart:

„Therapie beim Diabetes mellitus des Kindes“

12.10—12.40 Uhr:

Prof. Dr. C. H. Mellinshoff, Chefarzt der Med. Klinik d. Städt. Krankenanstalten Wuppertal-Elberfeld:

„Grundlagen und Praxis der Diabetiker-Diät“

12.40 Uhr:

Diskussion

Mittagspause — Restaurant im Hause

14.30—15.00 Uhr:

Filmvorführung

(Farbenfabriken Bayer, Leverkusen)

„Der bakterielle Infekt“

Wissenschaftliche Autoren:

Prof. Dr. Dr. L. Heilmeyer, Freiburg,

Priv.-Doz. Dr. K. H. Spitzzy, Wien,

Prof. Dr. G. Bickel, Genf u. a. m.

15.00—15.40 Uhr:

Prof. Dr. E. Holder, Vorstand der 1. Chirurgischen Klinik der Städt. Krankenanstalten Nürnberg:

„Chirurgische Eingriffe bei diabetischen Komplikationen“

15.40—16.20 Uhr:

Prof. Dr. K. W. Schneider, Oberarzt der Med. Universitätsklinik Würzburg:

„Therapie der Kombinationskrankheiten des Diabetes mellitus außer den Gefäßleiden“

16.20—16.50 Uhr:

Pause zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie-Ausstellung

16.50—17.20 Uhr:

Prof. Dr. H. Hager, Oberarzt der Universitätsaugenklinik Tübingen:

„Ophthalmologische Verlaufssymptome im Rahmen der Diabetestherapie“

17.20—17.50 Uhr:

Privatdozent Dr. H. Michel,

Privatdozent der Med. Fakultät an der Freien Universität Berlin

„Zusammenhänge von Insulinresistenz und Insulinserologie“

17.50 Uhr:

Diskussion

Samstag, den 5. Dezember 1964

Tagesthema:

NEUE UND BEWÄHRTE ALTE THERAPIEFORMEN DES ASTHMA BRONCHIALE

9.30 Uhr s. t.:

Beginn der Tagung

9.30—10.10 Uhr:

Prof. Dr. W. Giese, Direktor des Patholog. Universitätsinstituts Münster:

„Asthma bronchiale aus morphologischer Sicht“

10.10—10.50 Uhr:

Prof. Dr. A. Jores, Direktor der 2. Med. Universitätsklinik Hamburg:

„Ätiologie und Therapie des Asthma bronchiale vom psychologischen Aspekt“

10.50—11.20 Uhr:

Pause zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie-Ausstellung

11.20—12.00 Uhr:

Prof. Dr. F. Wyss, Chefarzt der Medizinischen Abteilung am Inselspital Bern:

„Vorteile und Gefahren der Corticosteroidtherapie beim Asthma bronchiale“

12.00—12.40 Uhr:

Prof. Dr. F. Scheiffarth, Oberarzt der Med. Universitätsklinik Erlangen:

„Das allergische Asthma bronchiale und seine Therapie“

12.40 Uhr:

Diskussion

Mittagspause — Restaurant im Hause

14.15—15.00 Uhr:

Filmvorführung

(E. Merck, Darmstadt)

„Entzündung, Bild und Therapie“

Wissenschaftliche Autoren:

Prof. Dr. E. Letterer, Tübingen,

Prof. Dr. W. H. Hauss, Münster

15.00—15.40 Uhr:

Prof. Dr. H. Pfeleiderer, Direktor des Instituts für Bioklimatologie der Universität Kiel:

„Klimatologische Gesichtspunkte bei der Therapie des Asthma bronchiale“

15.40—16.20 Uhr:

Prof. Dr. R. Schubert, Vorstand der 2. Medizinischen Klinik der Städt. Krankenanstalten Nürnberg:

„Gezielte und ungezielte Polypragmasie in der Asthmatherapie“

16.20—16.50 Uhr:

Pause zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie-Ausstellung

16.50—17.20 Uhr:

Prof. Dr. F.-E. Schmengler, Chefarzt der Inneren Abteilung des Städt. Krankenhauses Bad Reichenhall:

„Die Rehabilitation des Asthmatikers“

17.20—17.50 Uhr:

Dr. D. von Arnim, Vorstand des Instituts für Physikalische Therapie der Städt. Krankenanstalten Nürnberg:

„Die physikalische Therapie des Asthma bronchiale“

17.50 Uhr:

Diskussion

Sonntag, den 6. Dezember 1964

Tagesthema:

GEFÄHRDUNG DER VERKEHRSSICHERHEIT DURCH KRANKHEITEN UND MEDIKAMENTE

9.30 Uhr s. t.:

Beginn der Tagung

9.30—9.50 Uhr:

Prof. Dr. W. Kreienberg, Vorsitzender des Ausschusses Verkehrsmedizin der Bundesärztekammer; Kaiserslautern:

„Grundgedanken über die Beeinflussung der Verkehrstüchtigkeit“

9.50—10.20 Uhr:

Prof. Dr. Dr. W. Wirth, ehemaliger Vorstand des

Pharmakologischen Laboratoriums der Farbenfabriken Bayer, Wuppertal-Elberfeld:
„Hypnotika, Narkotika, Psychopharmaka in verkehrsmmedizinischer Betrachtung“

10.20—10.50 Uhr:
Prof. Dr. F. Flügel, Direktor der Universitäts-Nerven- und Kinderklinik, Erlangen:
„Verkehrsgefährdung durch psychiatrisch-neurologische Erkrankungen“

10.50—11.20 Uhr:
Pause zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrieausstellung

11.20—11.50 Uhr:
Prof. Dr. H. Franke, Direktor der Medizinischen Poliklinik der Universität Würzburg:
„Verkehrsgefährdung und Sicherung bei internen Krankheiten“

11.50—12.20 Uhr:
Prof. Dr. O. Boos, Chefarzt des Rheumakrankenhauses Bad Abbach:
„Korrekturen bei orthopädischen Leiden im Rahmen der Verkehrssicherung“

12.20 Uhr:
Diskussion.

Auskunft und Anmeldung: Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85, Tel. 36 11 21.

Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Erfahrungsheilkunde

Vom 30. Oktober bis 1. November 1964 hält die Arbeitsgemeinschaft für Erfahrungsheilkunde in Ulm ihre 27. Arbeitstagung ab.

Auch diesmal wieder sprechen Praktiker zu Praktikern über sorgfältig ausgewählte und aufeinander abgestimmte Themen. Ein ausführliches Programm wird auf Anforderung zur Verfügung gestellt von der „Arbeitsgemeinschaft für Erfahrungsheilkunde“, 79 Ulm/Donau, Postfach 435.

4. Tagung der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayern e. V. in Erlangen

am Samstag, den 14. November 1964, Sonntag, den 15. November 1964, in der Aula der Universität Erlangen, Schloßplatz

Freitag, den 13. November 1964, um 20.15 Uhr, Erlangen, „Weinzimmer im Kaiserhof“, Goethestraße

Begrüßungsabend.

Besprechung standespolitischer Fragen mit freier Aussprache.

Programm:

Samstag, 14. November 1964

Vorsitz: Prof. Dr. N. Henning, Direktor der Med. Univ.-Klinik mit Poliklinik Erlangen

9.00—9.10 Uhr:
Eröffnung der Tagung, Prof. Dr. N. Henning

9.10—9.20 Uhr:
Begrüßung durch den 1. Vorsitzenden der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns, Herrn Dr. R. Schindlbeck

9.20—9.40 Uhr:
Prof. Dr. N. Henning:
„Störungen nach Magenresektion“

9.40—9.55 Uhr:
Prof. Dr. W. Frik:
„Röntgendiagnostik der Gastritis“

9.55—10.10 Uhr:
Prof. Dr. H. Kinzmeier:
„Diagnose und Behandlung der großen Blutung aus dem oberen Magen-Darmkanal“

10.10—10.20 Uhr:
Dr. W. Zeller:
„Intravenöse Ernährung bei kachektischen Patienten“

10.20—10.30 Uhr:
Diskussion

10.30—10.45 Uhr:
Priv.-Doz. Dr. K. Heinkel:
„Einfache Methoden zur Erkennung der Pankreatitis“

10.45—11.00 Uhr:
Priv.-Doz. Dr. G. Berg:
„Die Erkennung von enteralen Resorptionsstörungen“

11.00—11.30 Uhr:
Pause

11.30—11.40 Uhr:
Diskussion

11.40—12.00 Uhr:
Prof. Dr. F. Scheiffarth:
„Immunologische Methoden in der inneren Medizin“

12.00—12.05 Uhr:
Diskussion

12.05—12.20 Uhr:
Dr. H. Wüst:
„Fermentdiagnostik bei Lebererkrankungen“

12.20—12.35 Uhr:
Dr. R. Gromotka:
„Klinische Probleme der Leberverfettung“

12.35—12.45 Uhr:
Diskussion

15.00—15.15 Uhr:
Dr. F. Wolf:
„Haematologische Differentialdiagnose mittels radioaktiver Isotope“

15.15—15.30 Uhr:
Prof. Dr. S. Witte:
„Ergebnisse der cytostatischen Therapie mit neuen Präparaten“

15.30—15.45 Uhr:
Priv.-Doz. Dr. L. Keller:
„Möglichkeiten der Megavolttherapie“

15.45—16.00 Uhr:
Diskussion

16.00—16.15 Uhr:
Priv.-Doz. Dr. E. Schmid:
„Die Differentialdiagnose des endokrin bedingten Hochdrucks“

16.15—16.30 Uhr:
Priv.-Doz. Dr. R. Zeilhofer:
„Differentialdiagnose der Lungenfibrosen“

16.30—16.40 Uhr:
Diskussion

16.40—17.00 Uhr:
Pause

17.00—17.15 Uhr:
Priv.-Doz. Dr. F. Gall:
„Der derzeitige Stand der operativen Korrektur angeborener und erworbener Herzfehler“



Chinin- Veralgit

- Grippe u. Erkält.-Infekte (visotrop)
- kupierend, falls im Beginn genom.
- verhütend, „vorher“ „ „
- analgetisch-antipyretisch (u. subjektiv erleichternd)

-Dragées

Zur
unspezifischen
Reiztherapie

Acalon®

bei der
Behandlung
banaler Infekte

Acalon®

insbesondere
bei
grippalen Infekten

Acalon®

bei
allen infektiösen
Kinderkrankheiten

Acalon®

Acalon® Flosche mit 15 ml + Röhre mit 30 Tabletten



Arzneimittel Hüls, Dr. A. Hense, 4153 Hüls

17.15—17.30 Uhr:

Dr. K. Bachmann:

„Erfolgsbeurteilung der operativen Korrektur angeborener und erworbener Herzfehler“

17.30—17.40 Uhr:

Diskussion

17.40—17.55 Uhr:

Dr. G. Gerner:

„Fortschritte i. d. Behandlung bakterieller Infektionen“

17.55—18.00 Uhr:

Diskussion

Sonntag, 15. November 1964

Vorsitz: Prof. Dr. C. Korth, Direktor der Med. Univ.-Poliklinik Erlangen

9.00—9.05 Uhr:

Prof. Dr. C. Korth — Einleitung

9.05—9.25 Uhr:

Dr. A. Köhler:

„Neue biochemische-elektrophysiologische Erkenntnisse in ihrer klinischen Bedeutung“

9.25—9.30 Uhr:

Diskussion

9.30—9.45 Uhr:

Dr. P. Grützner:

„Auffällige Herzbefunde bei Herzgesunden“

9.45—10.05 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. J. Schmidt:

„Das große Pulmonalarteriensegment im Röntgenbild“

10.05—10.20 Uhr:

Dr. W. Haas:

„Neue Gesichtspunkte zum Sportberzen“

10.20—10.30 Uhr:

Diskussion

10.30—11.00 Uhr:

Pause

11.00—11.20 Uhr:

Dr. J. Strauch:

„Das Elektrokardiogramm in der Diagnostik der erworbenen Herzfehler“

11.20—11.30 Uhr:

Diskussion

11.30—11.45 Uhr:

Dr. W. Hilmer:

„Formen der Niederspannung im Elektrokardiogramm“

11.45—12.05 Uhr:

Dr. W. Schwarzbach:

„Digitalistherapie und Elektrokardiogramm“

12.05—12.15 Uhr:

Diskussion

12.15—12.30 Uhr:

Dr. M. Meythaler:

„Der transpylorische Schleimhautprolaps“

Auskunft und Anmeldung: Sekretariat der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns, Herrsching/Ammersee, Summerstraße 3; Telefon: 0 81 52/264.

13. Fortbildungskursus für Laboratoriumsassistenzinnen in Würzburg

Die Deutsche Gesellschaft medizinisch-technischer Assistentinnen e. V., Landesverband Bayern, hält am 7. November 1964 in Würzburg ihren 13. Fortbildungskursus für Laboratoriumsassistenzinnen ab.

Programm:

Prof. Dr. Schward, Direktor des Gerichtsmedizinischen Instituts Würzburg:

„Die Blutgruppen im Vaterschaftsprozess“

Dr. A. Kluge und Dr. H. Krieg, Univ.-Frauenklinik Würzburg:

„Neue serologische Methoden zur Diagnostik der Erythroblastose“

Dr. H. Zoepffel, Univ.-Kinderklinik Würzburg:

„Die Austauschtransfusion bei der Erythroblastose“

Tagungsort: Luitpold-Krankenhaus, Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2.

Anmeldung nur an Frau Grete Maier, Pathologisches Institut der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2.

KONGRESSKALENDER

Da die Termine der Kongresse manchmal geändert werden, empfehlen wir auf jeden Fall, vor dem Besuch einer Tagung sich noch einmal mit dem Kongressbüro bzw. der Auskunftsstelle in Verbindung zu setzen.

Oktober 1964:

- 26.—27. 10. in **Bad Nauheim**: Herbst-Fortbildungstagung des Bundes der Deutschen Medizinalbeamten. Auskunft: Medizinaldirektor Dr. KläB, 851 Fürth, Blumenstraße 22/0.
- 26.—30. 10. in **Berlin**: Praktikum zur Einführung in die Arbeitsmedizin mit Übungen. Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, 1 Berlin 19, Soorstraße 83.
- 26.—30. 10. in **Hamburg**: Gynäkologische Fortbildungswoche. Auskunft: Sekretariat der Universitäts-Frauenklinik, 2 Hamburg 20, Martinstraße 52.
- 26.—31. 10. in **Hamburg**: 3. Fortbildungskurs für Kinderärzte an der Universitäts-Kinderklinik (Referate, Kolloquien, Demonstrationen). Auskunft: Priv.-Dozent Dr. R. Grätner, Universitäts-Kinderklinik und Poliklinik, 2 Hamburg 20, Martinstraße 52.
- 29.—31. 10. in **Bad Nenndorf**: Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Balneologie, Blokklimatologie und Physikalische Medizin. Auskunft: Bäderwissenschaftliches Institut, Bad Salzuflen, Bismarckstraße 12.
- 30.—31. 10. in **Basel**: Gemeinsame Tagung der Schweizerischen Gesellschaft für klinische Zytologie und der Deutschen Gesellschaft für angewandte Zytologie. Auskunft: Privatdozent Dr. J. Berger, Universitäts-Frauenklinik, Basel.
- 30.—31. 10. in **Mainz**: Symposium über parenterale Ernährung. Auskunft: Dr. Charlotte Lehmann, 6 Mainz 8, Ismaninger Straße 22.
31. 10. in **Freiburg**: 4. Arbeitstagung, mit internationaler Beteiligung, der deutschsprachigen mykologischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. H.-J. Heite, Universitäts-Hautklinik, Freiburg, Hauptstraße 7.

Oktober/November 1964:

26. 10.—6. 11. in **Nenherberg bei MÜNchen**: Strahlenschutzkurs für Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Auskunft: Dr. R. Wittenzeller, Neuherberg bei MÜNchen, Ingolstädter Landstraße 1.
30. 10.—1. 11. in **Ulm**: 27. Arbeitstagung der Arbeitsgemeinschaft für Erfahrungshelkunde. Auskunft: Arbeitsgemeinschaft für Erfahrungshelkunde, 79 Ulm/Donau, Postfach 435.
31. 10.—1. 11. in **Erlangen**: 5. Praktischer Gastroenterologischer Fortbildungskurs. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. K. Heinkel, Medizinische Univ.-Klinik, Erlangen.

November 1964:

- 1.—7. 11. in **Höxter/Weser**: 14. Ärztlicher Fortbildungskurs für physikalische und neurotopische Medizin. Auskunft: Prof. Dr. H. Lampert, 347 Höxter/Weser, Weserberglandklinik.
- 2.—6. 11. in **Berlin**: Internationales Symposium über kortikoverale Physiologie und Pathologie. Auskunft: Prof. Dr. R. Baumann, Institut für Kortikoverale Pathologie und Therapie, 1 Berlin-Buch, Wiltbergstraße 50.
- 5.—6. 11. in **Köln**: Unfallmedizinische Tagung. Auskunft: Landesverband Rheinland-Westfalen der gewerblichen Berufsgenossenschaften, 43 Essen, Hoffnungsstraße 2.
- 6.—8. 11. in **Kassel**: EKG-Übungs- und Fortbildungskurs. Auskunft: Prof. Dr. R. Heinecker, Medizinische Klinik, II. Stadtkrankenhaus, 35 Kassel.
- 6.—8. 11. in **Badenweiler**: 1. Badenweiler Symposium. Thema: „Der gegenwärtige Stand des Osteoporoseproblems“. Auskunft: Dr. Kellner, Ärztevereinigung Badenweiler, 7847 Badenweiler/Schwarzwald.
- 6.—8. 11. in **Stuttgart**: 1. Fortbildungskongreß für praktische Medizin der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg. Auskunft: Dr. Berensmann, 7 Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32.

Gegen Müdigkeit am Morgen

Depression nach dem Erwachen, Erschöpfung, Arbeitsunlust, Arteriosklerose, morgens 1 Kapsel

permorgen - vitamin

Rp.: Vitamin A, Vitamin D₂, Vitamin B₁, Vitamin B₁₂, Methionin, ungesättigte Fettsäuren, Calciumlevulinat, Magnesiumthiosulfat, Natriumsilicat

Packung mit 30 Kapseln

Permorgen-Vitamin-Schwarzaupt DM 5.90

Gegen Müdigkeit am Abend

vorzeitigen Leistungsabfall, Schwäche, Geiztheit, Kältegefühl, Rekanvaleszenz, Nachtblindheit, nachmittags oder abends 1 Kapsel

perabend - vitamin

Rp.: Vitamin B₁, Vitamin B₆, Vitamin K, Vitamin E, Folsäure, Nicotinsäureamid, Cholin, Inosit, Glycerin, Natriumglycerophosphat, Natriumfluorid

Packung mit 30 Kapseln

Perabend-Vitamin-Schwarzaupt DM 5.90

Gezielte Vitaminversorgung und spezifische Ergänzung der täglichen Nahrung!



Bestellschein

Erbitte kastenloses Versuchsmuster von

Permorgen-Vitamin-Schwarzaupt

Perabend-Vitamin-Schwarzaupt

Persönliche Unterschrift und Stempel:

SCHWARZHAUPT • KÖLN

7. 11. in Würzburg: 13. Fortbildungskursus für Laboratoriumsassistentinnen der Deutschen Gesellschaft medizinisch-technischer Assistentinnen e. V. Auskunft: Frau Grete Maier, 87 Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2.
- 7.—8. 11. in Erlangen: 5. praktischer gastroenterologischer Fortbildungskurs über aktuelle Fortschritte der Gastroenterologie. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. K. Heinkele, Medizinische Klinik und Poliklinik der Universität, 852 Erlangen, Krankenhausstraße 12.
- 7.—8. 11. in München: Fortbildungsveranstaltung über aktuelle Fragen der Arbeitsmedizin der Landesärztekammer im Zusammenwirken mit dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge, dem Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin, den Landesverbänden Nord- und Südbayern des Verbandes der deutschen Werksärzte e. V., der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und dem Landesverband Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85.
- 9.—14. 11. in Innsbruck: Einführungskurs in die praktische Elektrokardiographie. Auskunft: Sekretariat Medizinische Univ.-Klinik, z. H. Frau Bolda, Innsbruck.
- 12.—13. 11. in Wiesbaden: Jahrestagung des Deutschen Arbeitsrings für Lärmbekämpfung e. V. (DAL). Auskunft: Deutscher Arbeitsring für Lärmbekämpfung e. V., 532 Bad Godesberg, Plittersdorfer Straße 93.
- 14.—15. 11. in Erlangen: 4. Bayerische Internistentagung. Auskunft: Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns, 8036 Herrsching vor München, Summerstraße 3.
- 14.—15. 11. in Innsbruck: Klinisches Wochenende der Medizinischen Universitätsklinik Innsbruck: „Indikationen und Gefahren der Steroidtherapie“. Auskunft: Sekretariat Medizinische Univ.-Klinik, z. H. Frau Bolda, Innsbruck.
- 14.—15. 11. in Wien: 2. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Kinderheilkunde. Auskunft: Sekretariat der Österreichischen Gesellschaft für Kinderheilkunde, Wien IX, Universitäts-Kinderklinik, Spitalgasse 23.
- 18.—21. 11. in Innsbruck: Einführungskurs in die Hämatologie mit praktischen Übungen. Auskunft: Sekretariat Medizinische Univ.-Klinik, z. H. Frau Bolda, Innsbruck.
- 20.—21. 11. in Mainz: 5. Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin e. V. Auskunft: Dr. med. H. Petry, 85 Nürnberg, Hochhaus am Pfarrer 3.
- 23.—27. 11. in Neuherberg bei München: Einführungskurs in den Strahlenschutz für Oberinnen, Lehrschwester, Röntgen- und Radiumschwester. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 26.—28. 11. in Gießen: 87. Fortbildungskurs für Ärzte. Thema: „Aktuelle pädiatrische Fragen in der kinderärztlichen, geburtshilflichen und allgemeinen Praxis“. Auskunft: Sekretariat der Ärztlichen Fortbildungskurse, Pathologisches Institut der Universität, 63 Gießen, Klinikstraße 32g.

November/Dezember 1964:

30. 11.—5. 12. in Wiesbaden: Gynäkologisches und geburtshilfliches Symposium am Krankenbett. Auskunft: Prof. Dr. Aibers, Frauenklinik der Städt. Krankenanstalten Wiesbaden.

Dezember 1964:

- 4.—6. 12. in Nürnberg: 15. Wissenschaftliche Ärztagung Nürnberg. Themen: Asthma, Diabetes, Verkehrsmedizin. Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85, Telefon 36 11 21.
5. 12. in Bad Driburg: Wochenendkurs in autogenem Training und Hypnose. Auskunft: Dr. H. Binder, Bad Driburg, Von-Vincke-Straße 10.
- 14.—18. 12. in Neuherberg bei München: Einführungskurs in den Strahlenschutz für Röntgenassistentinnen und med.-techn. Assistentinnen. Auskunft: Dr. med. R. Wittenzellner, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.

Bellagenhlnweis

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigelegt:

Klinge, München 23
Schweizerische Unfallversicherung Winterthur, München
Dr. R. Reiss, Berlin
Temmler-Werke, Marburg
Beiersdorf & Co., Hamburg

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85/III, Tel. 36 11 21. Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein.

Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Postcheckkonto Nr. 52 52, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“), Anzeigenverwaltung:

Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8 München 15, Sonnenstr. 29, Telefon-Sammel-Nr. 55 80 81, Fernschreiber 05 23662, Telegrammadresse: Gabler-pref. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharshinger, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrophotographie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

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

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



Akademiker kaufen Markenartikel, sie kaufen preiswert, denn sie kaufen bei uns

Ein Lieferprogramm zu außergewöhnlich günstigen Preisen:

Baby- und Kinderausstattung (Bettchen, Matratzen usw.), Jugendzimmer (Etagen- und Einfachbetten), Polstermöbel, Polstermöbelbezugsstoffe, Wohn- und Schlafzimmer, Anbauküchen komplett, auch mit allen Elektro-einrichtungen. (Bei Möbeln, bitte, Wünsche spezifizieren, z. B.: Ich wünsche Wohnzimmerschrank oder -anbauwand, antik oder modern, ca. 4,80 Meter lang, 1,80 Meter hoch, Preis zwischen DM 1000,- bis DM 1200,- m. p. Oder: Erbitten Angebot Schlafzimmer hell bis DM 2400,- usw.) Orient- und deutsche Teppiche, Fotoausrüstung, Herder-Lexica und -Bücher (geb. Preise), Schwimmbassins und Wasserreinigungsanlagen (nur DM 1200,- kompl. I). Schreib- und Rechenmaschinen (Adler, Triumph, Olympia, Torpedo), Diktiergeräte, Nähmaschinen, Herde, Kühlschränke und -truhen, Heimwerker, Waschautomaten, Geschirrspülautomaten, Tonbandgeräte und Anrufbeantworter, Fernseh- und Rundfunkgeräte, Plattenspieler, Kleinorgeln, Werke bedeutender Maler als Faksimiles und Drucke gerahmt und ungerahmt, Uhren und Schmuck, Heizgeräte elektrisch und Öl, Öltanks u. a. Gegenstände auf Anfrage. Lieferung stets frachtfrei, bei voller Garantie und Kundendienst. Zahlung der bestellten Ware 3 Tage nach ordnungsgemäßem Erhalt. Anrufe auch abends und samstags. Bei schriftlichen Anfragen stets spezielles Interesse angeben.

Fa. Dipl.-Kfm. T. J. Wagenbach, 6241 Mammolshain/Ts. · Tel. Kronberg (06173) 2590