

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 1

München, Januar 1966

21. Jahrgang

Der Arzt und der Heilpraktiker

Wichtige Entscheidung des Bayerischen Verfassungsgerichtshofs

Es ist ein althergebrachter Grundsatz ärztlichen Standesrechtes, daß es dem Arzt nicht gestattet ist, zusammen mit Personen, die weder Ärzte sind noch zu seinen berufsmäßig tätigen Gehilfen gehören, zu untersuchen oder zu behandeln. Mittelbar getroffen von dieser Bestimmung fühlen sich naturgemäß die Heilpraktiker, die aufgrund des sogenannten Heilpraktikergesetzes vom 17. 2. 1939 eine staatliche Erlaubnis besitzen, die Heilkunde auszuüben. Das Verbot der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Nichtärzten findet sich praktisch in den ärztlichen Berufsordnungen aller Länder der Bundesrepublik; in Bayern griff ein Heilpraktiker diese Bestimmung der Berufsordnung für die bayerischen Ärzte (§ 19) beim Bayerischen Verfassungsgerichtshof mit Popularklage an.

Der Bayerische Verfassungsgerichtshof hat nunmehr in der (anschließend wiedergegebenen) Entscheidung vom 22. 12. 1965 den Antrag des Heilpraktikers, das Verbot der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Nichtärzten für verfassungswidrig zu erklären, abgewiesen. Die Begründung dazu ist von außerordentlicher Tragweite und zeichnet klar die unterschiedlichen Positionen des Arztes und des Heilpraktikers. Der Gesetzgeber selbst hat eine solche Fülle von Unterscheidungen geschaffen, daß es die ärztliche Verantwortung für das Wohl des Kranken verbieten muß, wenn diese Verantwortung durch das „gleichberechtigte“ Hinzutreten eines Heilpraktikers verwischt wird. Es ist auch nach Auffassung des Verfassungsgerichtshofes nicht möglich, hier in der ärztlichen Berufsordnung zwischen denjenigen Nichtärzten, die man gemeinhin als „Kurpfuscher“ bezeichnet, und den Heilpraktikern zu unterscheiden. Das Heilpraktikergesetz bietet so, wie es derzeit gilt, auch keinen Anhaltspunkt für eine Unterscheidung innerhalb der Heilpraktikerschaft; auch für jene Sondergruppe von Heilpraktikern, die den Mangel einer wissenschaftlichen oder auch nur fachlichen Ausbildung durch eine besondere Heilbegabung auf einzelnen Gebieten zu ersetzen und dadurch Erfolge zu erzielen vermögen, kann hier — wie der Bayerische Verfassungsgerichtshof anerkennt — keine Ausnahme gemacht werden.

Die Bayerische Landesärztekammer, die wie die übrigen Landesärztekammern des Bundesgebiets in einer Berufsordnung die Berufspflichten für einen medizinisch-wissenschaftlich vorgebildeten Berufsstand festzulegen hat, hat es nach Auffassung des Verfassungsgerichtshofs im Hinblick auf verschiedene Diagnostizier- und Behandlungsmethoden von Heilpraktikern mit Recht abgelehnt, bei dem Verbot der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Nichtärzten eine Ausnahme zugunsten der Heilpraktiker zu schaffen.

Für die sehr zahlreichen Fälle, in denen die Erkenntnis- und Behandlungsmittel des Heilpraktikers nicht ausreichen, ist es dem behandelnden Heilpraktiker möglich, den Patienten an einen Arzt zu verweisen, der dann die Verantwortung für die weitere Behandlung des Patienten übernehmen kann. Damit ist dem wohlverstandenen Interesse des Patienten auch durch jene Bestimmung der ärztlichen Berufsordnung voll Rechnung getragen.

Franz M. Poellinger, München

Entscheidung des Bayerischen Verfassungsgerichtshofs vom 22. Dezember 1965 über den Antrag des Dr. R. K. in M. auf Feststellung der Verfassungswidrigkeit des § 19 Abs. 1 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 28. 9. 1957 (Bayer. Ärzteblatt 1958 Nr. 3).

Aktenzeichen: Vf. 93-VII-62

Leitsätze:

1. § 19 Abs. 1 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 28. 9. 1957, nach dem es dem Arzt nicht gestattet ist, zusammen mit Personen, die weder Ärzte sind noch zu seinen berufsmäßig tätigen Ge-

hilfen gehören, zu untersuchen und zu behandeln, verstößt nicht gegen die Bayerische Verfassung, besonders nicht gegen das Recht der Handlungsfreiheit und gegen den Gleichheitssatz.

2. Der Allgemeine Gleichheitssatz der Verfassung darf nicht im Sinn von egalitaristischen Tendenzen und Nivellierungsbestrebungen verstanden werden. Er läßt dem Gesetzgeber — in deutlichem Gegensatz zum Grundsatz der Wahlrechtsgleichheit, der radikal-egalitären Charakter trägt — einen weiten Ermessensspielraum.

Gründe:

I.

§ 19 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 28. 9. 1957 (Bayer. Ärzteblatt 1958 Nr. 3) – im folgenden: BO – lautet:

Arzt und Nichtarzt

- (1) Es ist dem Arzt nicht gestattet, zusammen mit Personen, die weder Ärzte sind noch zu seinen berufsmäßig tätigen Gehilfen gehören, zu untersuchen oder zu behandeln. Er darf solche Personen auch nicht als Zuschauer bei ärztlichen Verrichtungen zulassen. Die Pflicht des Arztes, in Notfällen Hilfe zu leisten, wird hierdurch nicht berührt.
- (2) Der Arzt darf sich durch einen Nichtarzt weder vertreten lassen noch eine Krankenbehandlung oder Untersuchung durch einen Nichtarzt mit seinem Namen decken.
- (3) Die Übernahme von Ämtern in Laienvereinen für Gesundheitspflege oder in ähnlichen Vereinigungen ist dem zuständigen Kreisverband vor Aufnahme der Tätigkeit anzuzeigen.

II.

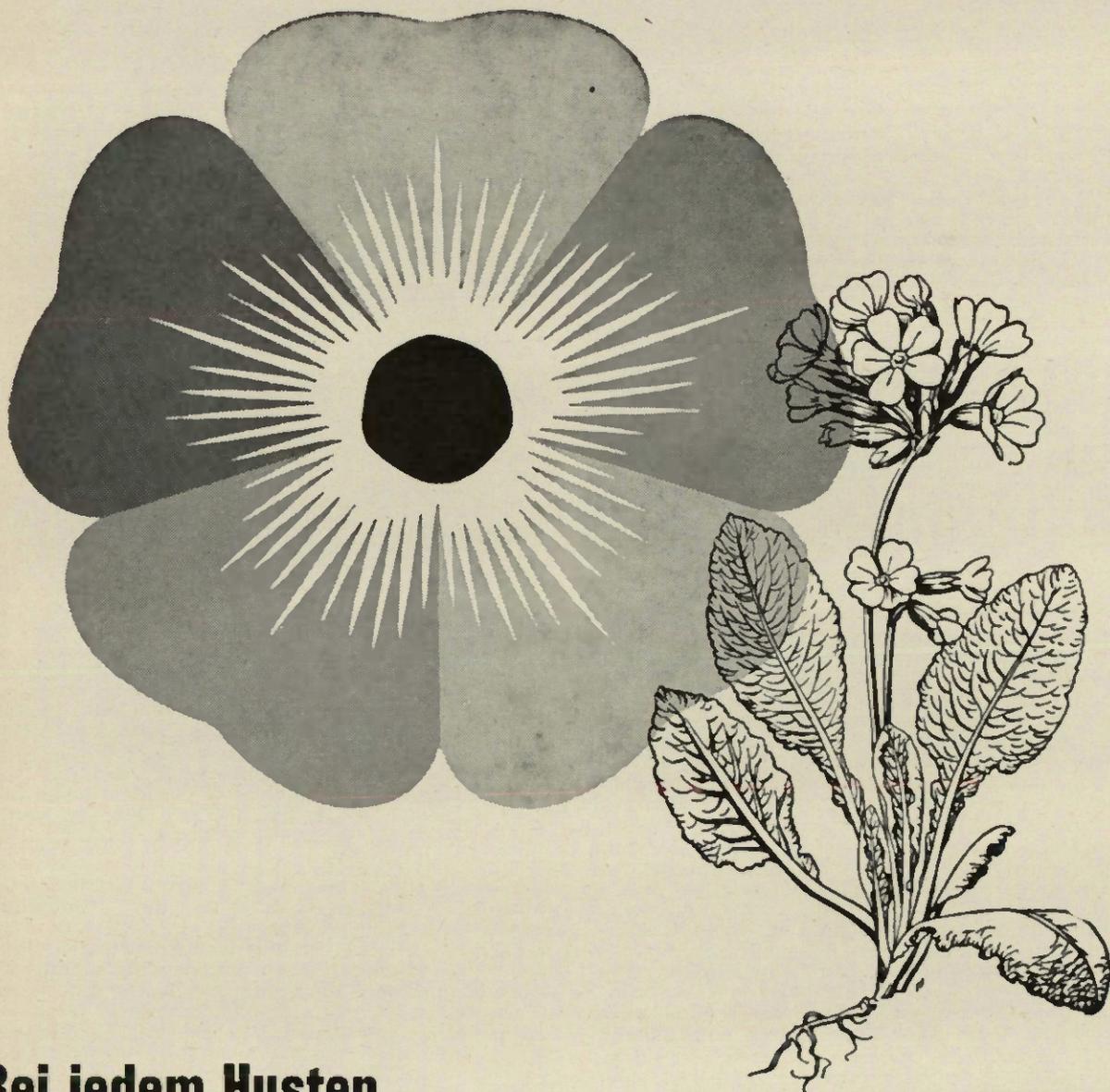
Der Heilpraktiker Dr. R. K. beantragt, der Bayerische Verfassungsgerichtshof möge entscheiden, daß § 19 Abs. 1 BO „gegen Art. 101 der Verfassung des Freistaates Bayern verstößt und insoweit nicht verfassungsmäßig ist, als dem Arzt nicht gestattet ist, über den bisherigen Kreis hinaus auch zusammen mit Personen, denen kraft Gesetzes die Heilbehandlung erlaubt ist, zu untersuchen oder zu behandeln und diese nicht als Zuschauer bei ärztlichen Verrichtungen zuzulassen, die im Bereich von deren zulässiger Tätigkeit liegen“.

Zur Begründung trägt der Antragsteller vor:

Das durch den Art. 101 BV geschützte Grundrecht der Handlungsfreiheit sei verletzt, weil es dem Arzt untersagt sei, seine Patienten an einen Heilpraktiker zu überweisen oder auf eine andere Art mit ihnen zusammenzuarbeiten. Es falle besonders den Ärzten, die dem Naturheilverfahren oder der Homöopathie anhängen, sehr schwer, eine Zusammenarbeit mit Heilpraktikern zu vermeiden, die auf diesen Gebieten Schulmedizinern vielfach überlegen seien. Das angefochtene Verbot der Zusammenarbeit könne nicht damit begründet werden, daß der Heilpraktiker keine staatlich vorgeschriebene Ausbildung habe. Das Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung vom 17. 2. 1939 gebe ihm das Recht, Kranke zu behandeln, ohne Arzt zu sein. Dadurch seien die Heilpraktiker als gesetzlich zugelassener Berufsstand anerkannt worden. Sie könnten daher Laien nicht gleichgesetzt werden. Ihre Tätigkeit halte sich im Rahmen der Gesetze und der guten Sitten und schade niemandem. Die ärztliche Berufsordnung von 1940 habe demgemäß das bisher bestehende Verbot der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Heilpraktikern aufgehoben. Wer zur Ausübung der Heilkunde gesetzlich zugelassen sei, müsse vor dem Gesetz auf gleicher Stufe stehen, möge er nun Arzt oder Heilpraktiker sein. Ärzte und Heilpraktiker stünden auch tatsächlich vor dem Gesetz gleich. Ihnen oblägen die gleichen Pflichten, sie hätten die gleiche Verantwortung zu tragen. Das Gesetz biete nicht den geringsten Anhaltspunkt dafür, daß sachlich eine Differenzierung deshalb getroffen werde, weil der Arzt eine akademische Ausbildung genossen habe, die Ausbildung des Heilpraktikers dagegen gesetzlich nicht festgelegt sei. Ärzte und Heilpraktiker seien befugt, die Heilkunde selbständig auszuüben. Soweit sich letztere im Rahmen der Gesetze und der behördlichen Erlaubnis hielten, unterscheide sich ihr Handeln nicht von dem der Ärzte. Von der Funktion und Aufgabenerfüllung her betrachtet, sei der Heilpraktiker Arzt im Sinn der Berufsordnung und könne einem Nichtarzt nicht gleichgestellt werden. Auch er sei ein nach staatlicher Kontrolle zugelassenes Organ der Heilpflege. Sowohl der vom Gesetz legitimierte Arzt als auch der ebenfalls vom Gesetz legitimierte Heilpraktiker unterliege dem gleichen Grundsatz: „Salus aegroti suprema lex“. Es müsse dem ein-

zelnen Patienten überlassen bleiben, sich nicht nur nach freier Wahl einem bestimmten Arzt anzuvertrauen, sondern sich auch ergänzend einer anderen Behandlungsmethode zu bedienen, die er im Gegensatz zur Schulmedizin für heilbringend erachte. Er könne zu diesem Zweck auch den Arzt von seiner Schweigepflicht entbinden. Das Verbot des § 19 Abs. 1 Satz 1 BO sei berechtigt, soweit es die sog. Kurpfuscher treffe. Eine Unterscheidung zwischen ihnen und den verantwortungsbewußten Heilpraktikern sei vor der Erlassung des Heilpraktikergesetzes, als noch allgemeine Kurierfreiheit bestanden habe, kaum möglich gewesen. Das Heilpraktikergesetz habe aber die unlauteren Elemente ausgeschieden, der Berufsstand sei gründlich gesäubert worden. Ein Verbot der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Heilpraktikern, wie es vor der Geltung des Gesetzes bestanden habe, sei daher nicht mehr gerechtfertigt und deshalb unzulässig. Im übrigen wäre es Aufgabe des Gesetzgebers, durch Fortgestaltung des Rechts der Heilpraktiker auch jene Garantien einzubauen, die bisher in gewollter Selbstbeschränkung dem Arzt allein vorbehalten worden seien. Das Verbot der Zusammenarbeit liege keineswegs im Interesse des Patienten, sondern sei nur aus der Standesauffassung der Ärzte heraus erlassen worden. Das Standesbewußtsein dürfe sich aber nicht über die Verfassung und die allgemeinen Gesetze hinwegsetzen, sondern müsse sich in ihrem Rahmen halten. Die Landesärztekammer habe in § 19 Abs. 1 BO ihren eigenen Interessen den Vorrang vor dem Allgemeinwohl und den Interessen der Patienten eingeräumt. Konkurrenzneid sei die Triebfeder dieser Regelung gewesen, nicht aber die Sorge für die Kranken. Es seien durchaus Fälle denkbar, in denen es im Interesse der Patienten liege, daß sich der Heilpraktiker bei der Diagnose und der Therapie ärztlicher Beratung versichere. Der § 19 Abs. 1 BO sei daher nicht nur mit der Tatsache unvereinbar, daß die Heilpraktiker nach geltendem Recht einen anerkannten Heilberuf ausübten, sondern er verhindere auch, daß besonders einsichtsvolle Patienten oder Heilpraktiker möglichen Gefahren von sich aus begegneten. Die Verweigerung der Möglichkeit zur gelegentlichen Zusammenarbeit zwischen Arzt und Heilpraktiker verstoße gegen echtes Arzttum und auch gegen die Grundsätze moderner, fortschrittlicher Wissenschaft. Es bestehe ein wohlbegründetes allgemeines Interesse, die Ergänzung der Schulmedizin durch die Heilpraktiker nicht zu verhindern. Wissenschaft ohne Empirie sei auf dem Gebiet der Naturwissenschaften schlechthin undenkbar. Alle Behandlungsmethoden des halbwegs aufgeschlossenen Arztes seien in der Praxis empirisch, wobei allerdings der weite Weg zur letzten Erkenntnis lediglich durch die vermittelte Wissenschaft abgekürzt worden sei. Insbesondere sei auf dem Sektor der Homöopathie das heilpraktische Gedankengut nicht mehr aus der modernen Gruppe der Heilmethoden wegzudenken. Die Art des Verhältnisses zwischen Arzt und Heilpraktiker, das Abstecken der Grenzen müsse einer künftigen gesetzlichen Regelung vorbehalten bleiben, wobei die Freiheit der Entscheidung dem freien Arzt verbleibe; dabei könnte auch ein Führungsanspruch des Mediziners konzediert werden und im übrigen müßten sich die beiderseitigen Berufsorganisationen über den Modus vivendi einig werden. Der Antragsteller versuche nicht, amorph die Ebenen zu verwischen. Eine Gleichstellung in Bausch und Bogen strebe er nicht an. Die Position des Arztes wolle er nicht angreifen. Sein Ziel sei, „ohne Ansehung der horizontalen Gliederung, die Zuerkennung der vertikalen Ganzheitsmethode bei gegenseitiger entsprechender Achtung und Beseitigung von auf diesem großen Gebiet der Volksgesundheit untragbaren Schranken, die eine Diffusion der Erfahrungen von hüben und drüben zum Nachteil der Kranken unmöglich macht“. Gerade im Freistaat Bayern habe der Gesetzgeber schon einen großen Schritt getan, nämlich „die Nivellierung von Dentisten und Zahnärzten“. Damit solle darauf hingewiesen werden, daß in der modernen Gesellschaftsordnung eine Standesverschiebung nichts Außergewöhnliches sei und daß durch die Beseitigung der Schranken zwischen Arzt und Heilpraktiker ein positives Ergebnis zu erwarten stehe.

Unter diesem Zeichen bleibt dem Husten keine Chance



**Bei jedem Husten
in jedem Lebensalter**

Tussipect[®] bannt Hustenqual

PHARMA

HAMBURG

III.

Dem Bayer. Landtag, dem Bayer. Senat, der Bayer. Staatsregierung und der Bayer. Landesärztekammer ist nach Art. 53 Abs. 3 VfGHG Gelegenheit zur Äußerung gegeben worden.

1. Der Landtag hat beschlossen, sich an dem Verfahren nicht zu beteiligen.

2. Der Senat führt aus:

Wenn der Antragsteller einen Verstoß gegen den Art. 101 BV rüge, so gehe er offensichtlich vom Standpunkt des Heilpraktikers aus, den er dem Arzt gegenüber als diskriminiert betrachte. In dieser Richtung sei die Popularklage aber ohne weiteres unbegründet. Denn das Verbot des § 19 Abs. 1 BO richte sich nicht gegen den Heilpraktiker, sondern gegen den Arzt; ihm werde untersagt, mit einem Heilpraktiker zusammenzuarbeiten. Könne sich das Verbot auch praktisch als eine Beschränkung der Tätigkeit des Heilpraktikers auswirken, so besage doch die durch den Art. 101 BV gewährleistete Handlungsfreiheit nicht, daß er ein Recht darauf habe, gemeinsam mit einem Arzt Patienten zu untersuchen und zu behandeln. Es wäre vielmehr auch ohne das Verbot des § 19 Abs. 1 Satz 1 BO noch immer in das Belieben des Arztes gestellt, ob er ihn beiziehen wolle oder nicht. Handlungsfreiheit im Sinne des Art. 101 BV bedeute nur die Freiheit zum Handeln unabhängig von dem Willen eines anderen, bestehe also von vornherein immer soweit nicht, als das Handeln von dem Willen eines anderen abhängig sei. Der Heilpraktiker könne daher nur ein Interesse daran haben, daß das die Handlungsfreiheit des Arztes beschränkende Verbot beseitigt werde. Der Antragsteller bringe auch vor, daß dessen Handlungsfreiheit durch die angefochtene Vorschrift verletzt werde. Diese Rüge sei begründet. Die Berufsordnung sei nicht dazu bestimmt, die wirtschaftlichen Interessen der Ärzte zu fördern. Ihre Standesinteressen solle sie nur insoweit wahren, als sie sich mit der Aufgabe des Arztes deckten, der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes zu dienen. Das Verbot des § 19 Abs. 1 BO begegne keinen Bedenken, soweit es verhindern solle, daß der Arzt in seiner Praxis Personen mitheranziehe, die hierfür nicht die notwendige Ausbildung hätten. Dabei sei vor allem an die sog. Kurpfuscher zu denken. Es sei aber nicht verständlich, warum ein zugelassener Heilpraktiker befugt sein solle, einen Kranken allein zu behandeln, es ihm aber verboten sei, einen Arzt an der Behandlung zu beteiligen. Das könne unmöglich mit einem Interesse des Kranken begründet werden. Denn die gemeinsame Behandlung durch einen Arzt und einen Heilpraktiker müsse wohl gerade von ärztlicher Seite aus als eine bessere Garantie für eine richtige Behandlung angesehen werden, als die Behandlung durch den Heilpraktiker allein. Der Arzt habe zwar eine andere Ausbildung erfahren als der Heilpraktiker, und die beiderseitigen Behandlungsmethoden könnten daher voneinander abweichen. Das rechtfertige aber nicht ohne weiteres die Annahme, daß sich ein Zusammenwirken der beiden zum Schaden des Kranken auswirken müsse oder daß wenigstens eine erhebliche Gefahr in dieser Richtung bestehe. Jedenfalls könne es im einzelnen Fall dem Arzt überlassen werden, zu entscheiden, ob er eine Zusammenarbeit mit einem Heilpraktiker im Interesse des Kranken für ersprießlich halte oder nicht. Weite Gebiete der Heilkunde stünden den approbierten Ärzten und den Heilpraktikern in gleicher Weise offen. Dem Umstand, daß die Ausbildung des Arztes weit gründlicher sei als die des Heilpraktikers, könne solange und soweit keine Bedeutung beigemessen werden, als sich bei beiden Heilberufen die Behandlungsfreiheit decke. Soweit der Gesetzgeber den Heilpraktiker zur Krankenbehandlung zulasse, sei die Ärzteschaft nicht befugt, dessen Befugnis zu mißachten oder gar zu bestreiten. Zu dem allgemeinen Gleichheitssatz (Art. 118 Abs. 1 BV) stehe die angefochtene Vorschrift nicht in Widerspruch. Denn sie behandle alle Ärzte gleich und schließe umgekehrt alle Nichtärzte von der Zusammenarbeit mit jenen aus. Ärzte und Nichtärzte stellten ungleiche Tatbestände dar, die grundsätzlich ungleich behandelt werden dürften.

3. Die Staatsregierung bezeichnet die Popularklage als unbegründet. Sie legt dar:

Der § 19 Abs. 1 BO verstoße nicht gegen den Art. 101 BV. Der ärztliche Beruf sei durch lange Tradition, durch besondere wissenschaftliche Ausbildung und durch herkömmliche, die Ausübung des Berufs bestimmende Verhaltensnormen fest geprägt und unterscheide sich schon dadurch von anderen Heilberufen. Die ihm innewohnenden Verhaltensnormen suchten und fänden ihre Rechtfertigung nicht in Standesinteressen, sondern dienten der Aufgabe des Arztes, kranken Menschen zu helfen. Er könne sie nur in einem besonderen Vertrauensverhältnis und folglich auch nur in seiner Person erfüllen. Alle sein Verhalten bestimmenden Normen, die in ihrer Gesamtheit die Standesauffassung darstellten, seien Schutznormen dieses Vertrauensverhältnisses. Die Verhaltensnormen der Berufsordnung gäben, an der Aufgabe des Arztes orientiert, die rechte Standesauffassung wieder. Sie zur Rechtspflicht des einzelnen Arztes zu bestimmen, sei die Landesärztekammer gesetzlich ermächtigt.

Das Verbot, Kranke gemeinsam mit einem Heilpraktiker zu behandeln, entspreche der seit langem bestehenden und bis jetzt unangefochtenen Auffassung der Ärzteschaft. Wenn im Jahre 1940 eine solche Zusammenarbeit gestattet worden sei, so sei dies nur auf die damaligen politischen Machtverhältnisse zurückzuführen.

Der Schutz des Patienten verbiete es dem Arzt, seine durch die Besonderheit seines Berufs geprägte Verantwortung für den Patienten mit einem Nichtarzt zu teilen, der nicht die gleiche Verantwortung wie der Arzt selbst trage. Für die Heilpraktiker sei keine Ausbildung vorgeschrieben. Es handle sich also um einen Beruf ohne Ausbildung. Die Meinung des Bayer. Senats, die gemeinsame Behandlung durch Arzt und Heilpraktiker diene dem Wohl des Patienten, gehe daher von unrichtigen Voraussetzungen aus. Glaube der Heilpraktiker, die Grenzen seiner heilkundlichen Tätigkeit erreicht zu haben, so diene es dem Wohl des kranken Menschen allein, wenn er ihn zur weiteren Behandlung an einen Arzt verwelse. Dies sei durch die angefochtene Vorschrift nicht untersagt. Die Hinzuziehung eines Arztes aber oder, wie der Beschwerdeführer meine, die ärztliche Beratung des Heilpraktikers durch einen Arzt, würde nur die Grenzen des verantwortlichen Handelns zu Lasten des Patienten verschleiern.

4. Auch die Landesärztekammer vertritt die Meinung, daß die angefochtene Vorschrift mit der Bayer. Verfassung in Einklang stehe.

Die ärztlichen Berufsordnungen hätten stets die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Nichtärzten untersagt. Die - zeitweilige - Aufhebung des Verbots durch den Reichsärztführer im Jahre 1940 sei nur aus den Verhältnissen des sog. Dritten Reiches heraus erklärbar. Der „Stellvertreter des Führers“, Rudolf Heß, sei der Naturheilkunde zugetan gewesen und habe eine Aufwertung der Laienbehandler angestrebt. Auch der „Führer der Deutschen Arbeitsfront“, Robert Ley, habe in seinen Einrichtungen für „Volksgesundheit“ die Ausübung der Heilkunde durch Laien mit derjenigen durch Ärzte vermischen wollen. Weder die ärztliche Ständevertretung noch auch die objektive Betrachtung auf Grund der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und der Erfahrungen der ärztlichen Berufsausübung seien durch die nur von 1940 bis 1945 gültige Regelung beeinträchtigt worden. Die Bundesärztekammer habe sich stets kompromißlos vor die Verbotsvorschrift gestellt. Sie sei in den Berufsordnungen aller deutschen Länder enthalten und von den zuständigen Landesbehörden genehmigt worden. Nur im Saarland gelte noch die Fassung des Jahres 1940; Bestrebungen der saarländischen Ärztekammer, die Vorschriften dem Wortlaut der bayerischen Berufsordnung anzugleichen, seien im Gange.

Der Sinn der angefochtenen Bestimmung sei es, den Verantwortungsbereich des einzelnen Arztes klar und überschaubar vom Tätigkeitsbereich des Laienbehandlers abzugrenzen. Die Behandlung durch den Heilpraktiker müsse nach medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnis stets unvollkommen sein. Ihm seien wichtige Gebiete der Heilkunde kraft Gesetzes verschlossen. Die

Möglichkeit, Medikamente zu verschreiben, sei für ihn erheblich beschränkt. Die vom Gesetzgeber beabsichtigte Unvollkommenheit der Tätigkeit des Heilpraktikers dürfe nicht auf dem Umwege über die Zusammenarbeit mit einem Arzt mit dem Anschein versehen werden, als läge eine Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst auf der Grundlage der medizinischen Wissenschaft vor. Die Laienbehandlung, die im wesentlichen auf der empirischen Methode beruhe, mit der auf Grund medizinisch-wissenschaftlicher Ausbildung durchzuführenden Heilbehandlung zu vermischen, sei aus der Natur der Sache heraus nicht möglich. Den Heilpraktiker als „zugelassenes Organ der Heilpflege“ zu bezeichnen, sei völlig abwegig. Er unterscheide sich sogar wesentlich von den medizinischen Hilfsberufen. Diese bewegten sich zum großen Teil in staatlich geregelten und geschützten Berufsbildern, wie die Gesetze über die Berufsausübung der Krankenschwestern, der medizinischen Bademeister, der medizinisch-technischen Assistenten usw. zeigten. Der Heilpraktiker dagegen sei ein reiner Laie. Er bedürfe nur des Nachweises, daß seine Tätigkeit keine unmittelbare Gefahr für die Volksgesundheit mit sich bringe. Es bestehe kein Interesse der Allgemeinheit an einer „Ergänzung“ der wissenschaftlichen Medizin durch die Heilpraktiker. Daher lasse auch § 122 RVO, der für die ärztliche Behandlung von ca. 87% der Bevölkerung in Deutschland maßgebend sei, bewußt allein die Behandlung durch approbierte Ärzte zu. Die Verantwortlichkeit des Arztes und diejenige des Heilpraktikers seien gesetzlich völlig verschieden geregelt. Jede Form der Zusammenarbeit würde die Grenzen der Verantwortung verwischen und zum Schaden des hilfesuchenden Publikums undurchschaubar machen. Der Hinweis des Antragstellers auf die Rechtsverhältnisse bei der Ausübung der Zahnheilkunde liege neben der Sache. Hier habe der Gesetzgeber von der Vorstellung ausgehen können, daß es sich mit dem Wesen der Zahnheilkunde vereinbaren lasse, für eine Übergangszeit die Aufnahme Berufsangehöriger, die ihre Vorbildung als Dentisten erhalten hätten, in die Berufsgruppe der Zahnärzte hinzunehmen.

Durch die angefochtene Vorschrift werde die ordnungsmäßige Behandlung des Patienten in keinem Falle gefährdet; sie sei gewährleistet, weil es dem Heilpraktiker in jedem Stadium seiner Behandlung unbenommen bleibe, Patienten in ärztliche Versorgung zu überweisen, wenn er mit den ihm zugänglichen Mitteln nicht mehr weiterkomme. Darüber hinaus lasse der § 19 Abs. 1 BO zu, daß ein Nichtarzt unter der Verantwortung eines Arztes als dessen Gehilfe tätig werde.

IV.

Nach Art. 98 Satz 4 BV hat der Verfassungsgerichtshof Gesetze und Verordnungen für nichtig zu erklären, die ein Grundrecht verfassungswidrig einschränken.

Gesetze und Verordnungen im Sinne dieser Norm sind alle Rechtsvorschriften des bayerischen Landesrechts (Art. 53 Abs. 1 Satz 2 VfGHG). Der verfassungsgerichtlichen Kontrolle unterliegen daher auch Vorschriften, durch die berufsständische Körperschaften des öffentlichen Rechts im Auftrag des Gesetzgebers die Pflichten ihrer Mitglieder regeln (VerfGH 13,10/13; 14,58/62; vgl. BGH NJW 1965, 2007). Hierunter fällt die angefochtene Bestimmung.

Nach dem Vortrag des Antragstellers soll der § 19 Abs. 1 BO gegen den Art. 101 BV verstoßen. Diese Norm verbürgt ein Grundrecht.

Die prozessualen Voraussetzungen des Art. 98 Satz 4 BV und des Art. 53 Abs. 1 VfGHG sind daher erfüllt.

Der Zulässigkeit der Popularklage steht es nicht entgegen, daß der Antragsteller nicht zu dem Kreis der bayerischen Ärzte gehört, für den allein die Berufsordnung vom 28. 9. 1957 gilt. Denn die Verfassungswidrigkeit einer Rechtsvorschrift kann jedermann geltend machen (Art. 53 Abs. 1 Satz 1 VfGHG), und zwar auch

dann, wenn er – von dem hier nicht gegebenen Fall des Rechtsmißbrauchs (s. VerfGH 16,55/61; vgl. BVerfGE 2,79/94; 7,305/310) abgesehen – nicht oder nicht unmittelbar von ihr betroffen wird (VerfGH 5,166/189; BVerfGE 13,132/141).

V.

A. Der Antragsteller rügt, daß der § 19 Abs. 1 BO das Grundrecht der Handlungsfreiheit (Art. 101 BV) verletze.

1. Die Handlungsfreiheit der Ärzte wird durch die angefochtene Vorschrift nicht in verfassungswidriger Weise eingeschränkt.

Das Grundrecht der Handlungsfreiheit ist nur „innerhalb der Schranken der Gesetze und der guten Sitten“ gewährleistet. Nach der ständigen Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofs ist der Begriff „Gesetz“ im materiellen Sinne zu verstehen. Die Handlungsfreiheit ist also nur im Rahmen der positiven Rechtsordnung verbürgt, die auf gesetzlicher Grundlage beruhende Rechtsverordnungen und von den berufsständischen Körperschaften des öffentlichen Rechts erlassene Berufsordnungen einschließt (VerfGH 13,10/15; 14,58/65).

Die Bayer. Landesärztekammer ist durch Art. 15 des Gesetzes über die Berufsvertretung und über die Berufsgeschichte der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker (Kammergesetz) – KaG – vom 15. 7. 1957 (GVBl. S. 162) ermächtigt worden, die Berufspflichten der Ärzte zu regeln und dadurch ihre allgemeine Handlungsfreiheit zu beschränken (vgl. VerfGH 13,10/15; 14,58/63,65; vgl. hierzu Etmer-Bolck, Bundesärzteordnung – 1965 – Einf. S. 20). Der Gesetzgeber ließ sich dabei von der Erwägung leiten, daß der Arzt – trotz seiner öffentlich-rechtlichen Berufsbindung – einen freien Beruf ausübt (s. § 1 Abs. 2 der Bundesärzteordnung – BÄO – vom 2. 10. 1961 – BGBl. I S. 1857 –) und deshalb, soweit möglich, von der staatlichen Reglementierung seiner Tätigkeit frei bleiben soll. Er ging ferner von der Erfahrung aus, daß sich der ärztliche Berufsstand als fähig erwiesen hat, berufsethische Grundsätze zu entwickeln (vgl. Sewering-Weissauer-Poellinger-Siggelkow, Handbuch für den bayerischen Arzt – 1959/1961 – A I 4a Anm. I 3 zu Art. 15 KaG).

Die Berufsordnung muß sich im Rahmen der gesetzlich normierten Grundpflichten des Arztes halten, nach denen er „der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes dient“ und gehalten ist, „seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und sich durch sein Verhalten in und außer dem Beruf der Achtung, die der Beruf erfordert, würdig zu erweisen“ (§§ 1 Abs. 1, 16 Abs. 2 Nr. 3 BÄO; Art. 4 Abs. 2 des Bayer. Ärztegesetzes – BayÄG – vom 25. 5. 1946 – BayBS 11 S. 58 –). Ferner darf die Berufsordnung den Wesensgehalt des Rechtes auf Handlungsfreiheit nicht antasten.

Die vom Antragsteller beanstandete Vorschrift hält sich in diesen Grenzen.

a) Das Verbot, Patienten zusammen mit Nichtärzten zu untersuchen oder zu behandeln, findet sich nicht erst in der geltenden Berufsordnung und nicht nur im Standesrecht der bayerischen Ärzte. Es entspricht vielmehr seit langem innerhalb und außerhalb Bayerns der Übung des Berufsstandes, daß ein gewissenhafter Arzt die Verantwortung für die Untersuchung und Behandlung selbst tragen muß und sie jedenfalls mit einer Person, die kein Arzt ist, nicht teilen darf. So mußte bereits nach dem „Entwurf einer Standesordnung für

Die bevorzugte Arzneiform
für Kinder
im Spiel- und Schulalter*



Gelonida Saft®

Kinder nehmen ihn lieber
Mütter geben ihn lieber

* Kinder in diesem Alter lehnen erfahrungsgemäß die Zäpfchenapplikation ab. Der wohlschmeckende Gelonida Saft erspart die für Kind und Mutter gleichermaßen umständlichen und unangenehmen Manipulationen. 1 Teelöffel Saft (5 ml) entspricht dem Arzneigehalt eines Kinderzäpfchens, die therapeutische Wirkung tritt jedoch rascher und intensiver ein. 5 ml enthalten: Codein. phosphoric. 0,005 g, Phenacetin., Na-salicyl. $\bar{a}\bar{a}$ 0,125 g, Saccharose 48 Gw %, Benzoessäuresulfimid 0,06 Gw % als Geschmackskorrigentien. Flasche mit 50 ml

GÖDECKE

die Ärzte Bayerns“ vom 10. 10. 1897 (abgedruckt bei Altmann, Ärztliche Ehrengerichte – 1900 – S. 190) der Arzt „auf dem Boden wissenschaftlicher Heilkunde stehen“ und durfte „nicht mit seinem Namen therapeutische Maßnahmen von Nichtärzten decken“ (Buchst. A Nr. 2, Buchst. B Nr. 18). Die von den Deutschen Ärztetagen 1925 und 1926 beschlossene Standesordnung für die deutschen Ärzte (abgedruckt in Stauder-Wirsching, Bayer. Ärztetaschenbuch – 1929 – S. 292) bestimmte in § 19, daß „der Arzt, von den Helfern und Pflegern abgesehen, weder mit Nichtärzten zusammen Kranke behandeln, noch sich durch solche vertreten lassen, noch eine Krankenbehandlung durch sie mit seinem Namen decken“ durfte. Auch die Berufsordnung für die deutschen Ärzte vom 5. 11. 1937 (DÄBl. S. 1031) enthielt in ihrem § 21 Abs. 1 das Verbot, Kranke gemeinschaftlich mit Nichtärzten zu behandeln. Es wurde allerdings im Jahre 1940 aufgehoben (DÄBl. S. 216). Die Bayer. Staatsregierung und die Bayer. Landesärztekammer haben indes zutreffend dargelegt, daß die Änderung gegen den Widerstand der Ärzteschaft durch die nationalsozialistischen Machthaber herbeigeführt wurde, von denen einige den sog. Laienbehandlern besonders zugetan waren. Nach dem Zusammenbruch des Regimes bekannte sich die deutsche Ärzteschaft wieder zu dem Verbot der gemeinschaftlichen Behandlung und Untersuchung von Kranken durch Ärzte und Nichtärzte. Bereits in die Berufsordnung für die Ärzte Bayerns von 1950 (BayÄBl. S. 73) wurde als § 21 Abs. 1 eine Vorschrift aufgenommen, deren Inhalt dem oben wiedergegebenen § 19 der Standesordnung von 1925/26 entsprach. Auch die vom Deutschen Ärztetag 1956 beschlossene Berufsordnung für die deutschen Ärzte (Ärztl. Mitt. 1956 S. 943) untersagt es in ihrem § 21 Abs. 1 den Ärzten, zusammen mit Nichtärzten Patienten zu untersuchen oder zu behandeln. Ihr kommt zwar der Charakter einer Rechtsnorm nicht zu, sie gibt aber die Auffassung des Berufsstandes über die ärztlichen Berufspflichten wieder, bietet dadurch den in den Ländern errichteten Ärztekammern eine wichtige Grundlage für die von ihnen zu beschließenden Berufsordnungen und bewirkt dadurch, daß ein von vielen Ärzten dringend gefordertes einheitliches Standesrecht entstehen kann (vgl. Etmer-Bolck a. a. O. Einf. S. 17; Weissauer, BayÄBl. 1958, 77). Die geltende Neufassung der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 28. 9. 1957 hat in ihrem § 19 Abs. 1 den § 21 Abs. 1 der Berufsordnung für die deutschen Ärzte wörtlich übernommen. Auch die meisten der in den anderen deutschen Ländern geltenden Berufsordnungen enthalten dieses Verbot (vgl. Daniels-Bulling, Bundesärzteordnung – 1963 – Vorbem. vor § 3 RdNr. 33 S. 52). (Eine Ausnahme bildet die saarländische Berufsordnung, welche die im Jahre 1940 getroffene Regelung bisher beibehalten hat.)

b) Der Antragsteller behauptet, die angefochtene Vorschrift beruhe auf ärztlichem Standesdünkel oder gar auf Konkurrenzneid. Das trifft nicht zu. Die Präambel der Berufsordnung bezeichnet zutreffend als oberstes Gesetz des Arztes, Leben zu erhalten sowie die Gesundheit zu schützen und wieder herzustellen. Der Arzt hat seine Aufgabe „nach bestem Vermögen und Urteil zu Nutz und Frommen der Kranken“ zu erfüllen (vgl. Abs. 4 des sog. Hippokratischen Eides; VerfGH 15,92/100), und zwar auf Grund einer umfassenden wissenschaftlichen Ausbildung. Sie ist ein Wesensmerkmal seines Berufs (s. § 3 Abs. 1 Nr. 5 BÄO, §§ 4, 21 ff., 36 ff. der

Bestellungsordnung für Ärzte vom 15. 9. 1953 – BGBl. I S. 1334 – i. d. Fassung vom 31. 5. 1965 – BGBl. I S. 447 –; Niedermeyer, Ärztliche Ethik – 1954 – S. 70 f.). Er ist ferner „charakterisiert durch ein hohes Maß von eigener Verantwortlichkeit“ (BVerfGE 9,338/351). Der Arzt muß die schwere ihn treffende Verantwortung selbst tragen. Er kann sie keinesfalls mit Personen teilen, die keine Ärzte sind. Denn ihnen fehlt die medizinisch-wissenschaftliche Ausbildung, die für eine ärztliche Behandlung „nach bestem Vermögen und Urteil“ Voraussetzung ist.

Der Antragsteller gibt zu, daß das Verbot der Zusammenarbeit mit Nichtärzten berechtigt sei, soweit sie „Kurfuscher“ seien. Er meint aber, die Heilpraktiker im Sinne des Gesetzes über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz) vom 17. 2. 1939 (RGBl. I S. 251) — HPG — müßten von dem Verbot ausgenommen werden.

Die Ansicht, § 19 Abs. 1 BO hätte zwischen Heilpraktikern und anderen Nichtärzten differenzieren müssen, ist unrichtig. Eine solche Unterscheidung ist auch nicht im Hinblick auf das Heilpraktikergesetz veranlaßt. Die Heilpraktiker können ihre Tätigkeit auf so verschiedenartige Weise ausüben, daß es fraglich erscheint, ob sie als ein einheitlicher Berufsstand aufgefaßt werden können. Deneke (Die freien Berufe – 1956 – S. 128) bemerkt hierzu: Die Berufsbezeichnung „Heilpraktiker“ täusche ein Berufsbild vor, das in Wahrheit nicht vorhanden sei; der Katalog der einzelnen Berufsbezeichnungen, der von der amtlichen Statistik unter dieser Berufsnummer zusammengefaßt worden sei, umfasse nicht weniger als 37 Stichworte vom Atmungstherapeuten über den Bruchbehandler, Elektrohomoöpathen, Komplexhomoöpathen, Pendeldiagnostiker und Psychotherapeuten bis zum Suggestionstherapeuten und Wasserheilkundigen. Dagegen vertritt Gillhausen (Das Berufsrecht der Heilpraktiker – 1953 – S. 75, 168) die Meinung, die Heilpraktiker hätten sich „als eigener Stand durchgesetzt“. Ihnen stünden zwar „alle Arten von Diagnostizier- und Behandlungsverfahren“ zu. In der Diagnose seien aber neben den gewöhnlichen Erkenntnismethoden noch besondere eingeführt, wie z. B. die Iris- oder Augendiagnose (die „alle Krankheiten im Auge erkennen will“), „die Fingernageldiagnose und die okkulten und rein geistigen Verfahren“. Bei der Behandlung würden auch „die okkulten und rein geistigen Verfahren“ angewendet. Es zeichne sich „für die verschiedenen Fachrichtungen der Heilpraktiker ein wirkliches Berufsbild ab“, sie hätten einen „eigenen spezifischen Kreis von Erkenntnis- und Behandlungsmethoden“. Es erübrigt sich, hierauf näher einzugehen. Feststeht jedenfalls, daß von Heilpraktikern auch Diagnostizier- und Behandlungsmethoden angewendet werden, die nach den Grundsätzen der medizinischen Wissenschaft nicht nur ungebrauchlich, sondern sogar zu mißbilligen sind. Hieraus ergibt sich, daß die Landesärztekammer, die die Berufsordnung für einen medizinisch-wissenschaftlich vorgebildeten Berufsstand festzulegen hat, es mit Recht ablehnt, von dem Verbot der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Nichtärzten eine Ausnahme zu Gunsten der Heilpraktiker festzusetzen.

Aber selbst wenn von Fällen jener Art abgesehen wird, erscheint das Verbot gerechtfertigt. Denn um die Erlaubnis, den Beruf eines Heilpraktikers auszuüben, kann jedermann nachsuchen, der die Heilkunde am

Menschen berufsmäßig ausüben will. Auf die Erteilung der Erlaubnis besteht grundsätzlich ein Rechtsanspruch (BVerwGE 4,250/256). Sie ist von der unteren Verwaltungsbehörde (im Benehmen mit dem Gesundheitsamt) zwar zu versagen, wenn der Antragsteller keine abgeschlossene Volksschulbildung nachweisen kann; wenn er nicht im Besitz der bürgerlichen Ehrenrechte ist; wenn sich aus Tatsachen ergibt, daß ihm die sittliche Zuverlässigkeit fehlt, insbesondere wenn schwere strafrechtliche oder sittliche Verfehlungen vorliegen; wenn ihm wegen eines körperlichen Leidens oder wegen Schwäche seiner geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht die für die Berufsausübung erforderliche Eignung fehlt, oder wenn sich bei einer Überprüfung des Antragstellers durch das Gesundheitsamt ergibt, daß die Ausübung der Heilkunde durch ihn eine Gefahr für die Volksgesundheit bedeuten würde (§§ 2, 3 der 1.DVO HPG - RGBL. I 1939 S. 259 -; § 1 der 2. DVO HPG - RGBL. I 1941 S. 368 -). Eine fachliche Ausbildung aber ist nicht vorgeschrieben. Auch die Bekanntmachung des Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 10. 7. 1951 in der Fassung vom 8. 10. 1951 (BayBSVI S. 179) sieht nur eine „Überprüfung“ des Antragstellers vor, an der zwei Heilpraktiker „maßgeblich“ zu beteiligen sind und durch die - gemäß dem angeführten § 1 der 2. DVO HPG - festgestellt werden soll, „ob der Antragsteller so viele heilkundliche Kenntnisse und Fähigkeiten besitzt, daß eine Ausübung der Heilkunde durch ihn nicht zu einer Gefahr für die Volksgesundheit wird“. Eine Fachprüfung wird also nicht durchgeführt. Die Bayer. Landesärztekammer geht daher mit Recht davon aus, daß es einem gewissenhaften Arzt, dessen Tätigkeit, wie dargelegt, ihrem Wesen nach auf einer medizinisch-wissenschaftlichen Ausbildung beruht, nicht möglich ist, die ihm obliegende Verantwortung für das Wohl der ihm anvertrauten Kranken mit einem Heilpraktiker zu teilen. In diesem Zusammenhang ist des Vergleiches halber auf das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 13. 2. 84 (BVerfGE 17,232/239 f.) hinzuweisen, das für eine andere Gruppe wissenschaftlich vorgebildeter Heilpersonen, für die Apotheker, die Unteilbarkeit der Verantwortung darlegt. Aus ihm ist zu entnehmen, daß der selbständige Apotheker, für dessen Beruf „neben der akademischen Ausbildung die Auferlegung besonderer öffentlich-rechtlicher Standespflichten und allgemein die Unterstellung unter die Standesaufsicht und die Berufgerichtsbarkeit“ kennzeichnend ist, die ihn bei der Erfüllung seiner öffentlichen Aufgabe treffende „eigene Verantwortung“ selbst tragen muß, und daß ein Verbot, sie auf einen anderen zu übertragen oder sie mit einem anderen zu teilen, nicht verfassungswidrig ist (vgl. ferner den Beschluß des Bundesgerichtshofs vom 13. 7. 1964 - AnwZB 1/64 - NJW 1964,2063, nach welchem die „gemeinsame Berufsausübung“ eines Rechtsanwalts mit einem Steuerbevollmächtigten gerade auch im Hinblick auf die erheblich geringeren Ausbildungsanforderungen, die für diesen Beruf gestellt werden, mit dem Beruf eines Rechtsanwalts und mit dem Ansehen der Rechtsanwaltschaft nicht vereinbar ist).

Es ist allerdings richtig, daß es Heilpraktiker gibt, die den Mangel einer wissenschaftlichen oder auch nur fachlichen Ausbildung durch eine besondere Heilbegabung auf einzelnen Gebieten zu ersetzen und dadurch Erfolge zu erzielen vermögen (vgl. Grunwald bei Pfundtner-Neubert, Das Neue Deutsche Reichsrecht IV d

24, Einführung zum Heilpraktikergesetz S. 2; Lossen im Handwörterbuch der Sozialwissenschaft, 5. Bd. - 1956 - S. 100; Niedermeyer a.a.O. S. 231). Die angefochtene Vorschrift kann daher in solchen besonderen Fällen zu Härten führen. Diese lassen sich aber bei einer generalisierenden Regelung nicht vermeiden, wie das Bundesverfassungsgericht schon wiederholt, und zwar gerade auch in der angeführten Entscheidung über die Berufspflichten der Apotheker, zutreffend dargelegt hat (s. BVerfGE 17,232/245; 13,230/236; vgl. VerfGH 15,59/68). Von dem Verbot des § 19 Abs. 1 Satz 2 BO zu Gunsten jener Sondergruppe von Heilpraktikern eine Ausnahme festzusetzen, ist schon deshalb unmöglich, weil sie sich nicht mit der für eine Norm erforderlichen Bestimmtheit umschreiben ließe. Das Heilpraktikergesetz bietet, so wie es derzeit gilt und angewendet wird (vgl. BVerwGE 4,250/256), keinen Anhaltspunkt für eine derartige Unterscheidung. Im übrigen läßt die angegriffene Vorschrift, wie unter c Abs. 3 noch auszuführen sein wird, die Heranziehung gerade auch solcher Heilpraktiker unter den dort bezeichneten Voraussetzungen zu.

Für das Verbot der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Heilpraktiker spricht ferner die Erwägung, daß der Bundesgesetzgeber das Behandlungsrecht des Heilpraktikers dadurch einschneidend beschränkt hat, daß er ihm versagte, der Rezeptpflicht unterliegende Arzneimittel zu verordnen (s. § 35 des Gesetzes über den Verkehr mit Arzneimitteln vom 16. 5. 1961 - BGBl. I S. 533). Die moderne Heilkunde kann auf solche Heilmittel nicht verzichten. Daher wäre es auch bei der Heilung von Krankheiten, deren Behandlung dem Heilpraktiker nicht von vornherein gesetzlich verboten ist (vgl. § 30 des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen - Bundesseuchengesetz - vom 18. 7. 1961 - BGBl. I S. 1012 -; § 9 des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23. 7. 1953 - BGBl. I S. 700 -; § 4 des Hebammengesetzes vom 21. 12. 1938 - RGBL. I S. 1893 -), dem Arzt schon aus diesem Grunde sehr häufig unmöglich, in gemeinsamer Verantwortung mit einem Heilpraktiker die notwendigen therapeutischen Maßnahmen zu treffen.

Schließlich hatte die Landesärztekammer auch zu berücksichtigen, daß die strengen, auf alten Traditionen beruhenden standesrechtlichen Regeln, die dem Schutz des einzelnen Kranken und der Gesundheit des gesamten Volkes dienen sollen, nur den Arzt, nicht aber auch den Heilpraktiker binden (vgl. Sewering-Weissauer-Poellinger-Siggelkow a.a.O. A I 1 Anm. 12a zu § 2 BÄO). Dabei ist in erster Linie an die Grundregeln des § 1 Abs. 1 BÄO und des Art. 4 Abs. 2 BayÄG sowie an die Vorschriften der ärztlichen Berufsordnung zu denken. Der Arzt, der sie übertritt, setzt sich der Bestrafung durch das Berufsgericht aus. Besondere Bedeutung kommt ferner dem § 300 StGB zu, der Ärzte, die unbefugt ein fremdes Geheimnis offenbaren, sogar mit einer Kriminalstrafe bedroht. Für Heilpraktiker gilt auch diese Vorschrift nicht (Leipziger Kommentar zum Strafgesetzbuch - 8. Aufl. 1958 - Anm. 6a S. 613, Schwarz-Dreher, Strafgesetzbuch - 27. Aufl. 1965 - Anm. 3 A S. 949, je zu § 300 StGB). Auch der neue Entwurf eines Strafgesetzbuchs (E 1962 BR-Drucksache 200/62) stellt in seinem § 185 („Bruch von Privatgeheimnissen durch Inhaber einer Vertrauensstellung“) den Ärzten nur die Angehörigen anderer Heilberufe gleich, die „für die Berufsausübung oder die Führung einer

Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung“ erfordern; die Heilpraktiker gehören, wie die Amtl. Begründung (S. 335) mit Recht bemerkt, nicht zu diesem Personenkreis. Gewiß übernimmt der Heilpraktiker dem Patienten gegenüber vertragliche Verpflichtungen. Sie sind aber nur privatrechtlicher Art. Es ist zwar anzuerkennen, daß die Standesorganisationen der Heilpraktiker bemüht sind, nicht nur die fachliche Ausbildung ihrer Mitglieder zu fördern, sondern sie auch „zur Wahrung ihrer Pflichten als Diener der Volksgesundheit anzuhalten sowie ihre Praxistätigkeit zu überwachen“ (Gillhausen a. a. O. S. 140,145). Eine Standesorganisation mit Zwangsmitgliedschaft, wie es nach § 12 der 1. DVO HPG die Deutsche Heilpraktikerschaft war, besteht aber nicht mehr. Es gibt für die Heilpraktiker keine Organisation mehr, der ein öffentlich-rechtliches Aufsichtsrecht oder gar eine Berufsggerichtsbarkeit zustünde (vgl. Gillhausen a. a. O. S. 138,148). Demgemäß hat auch die „Berufsordnung“, die nach § 14 der 1. DVO HPG vom Leiter der Deutschen Heilpraktikerschaft erlassen worden war, keine unmittelbare Bedeutung mehr (BVerwGE 4,363/365). Im Gegensatz zu den ärztlichen Berufsordnungen kommt ihr kein Rechtsatzcharakter zu.

Nach all dem konnte die Landesärztekammer davon ausgehen, daß es nicht nur im Interesse des ärztlichen Standes, sondern ebenso auch im Interesse der heilungsuchenden Kranken liegt, daß der Arzt seine Verantwortung für ihr Wohl nicht mit einem Heilpraktiker teilt, indem er eine Untersuchung oder Behandlung gemeinsam mit einem solchen durchführt.

c) Der Antragsteller wendet dagegen ein, es seien Fälle denkbar, in denen es dem Wohl des Patienten diene, daß sich der Heilpraktiker bei der Diagnose und der Therapie ärztlicher Beratung versichere. Auch der Bayer. Senat meint, die gemeinsame Behandlung durch einen Arzt und einen Heilpraktiker müsse gerade von ärztlicher Seite aus für eine bessere Garantie für eine richtige Behandlung angesehen werden als die Behandlung durch den Heilpraktiker allein.

Es ist richtig, daß in sehr zahlreichen Fällen die den Heilpraktikern zugänglichen Erkenntnis- oder Behandlungsmittel nicht ausreichen und ärztliche Versorgung geboten ist. Der behandelnde Heilpraktiker wird alsdann den Patienten an einen Arzt verweisen müssen. Der § 19 Abs. 1 BO hindert den Arzt nicht, nunmehr die Behandlung des Kranken zu übernehmen, die für diesen notwendig ist. Er muß sie nach § 1 BÄO, Art. 4 Abs. 2 BayÄG in eigener Verantwortung gewissenhaft durchführen. Das Interesse des Patienten erfordert es nicht, daß der nunmehr von dem Arzt in seiner Verantwortung versorgte Kranke auch noch von dem Heilpraktiker behandelt wird. Vielmehr würde es dadurch nur undeutlich werden, daß nunmehr der Arzt allein die Verantwortung für die Diagnosestellung und für den Verlauf der Therapie trägt, und es würden wiederum gerade jene Schwierigkeiten aufzutreten drohen, wie sie oben (b Abs. 6,7) geschildert worden sind (vgl. im übrigen auch in diesem Zusammenhang die Ausführungen unter b Abs. 5 a. A.).

Ebenso wie der Heilpraktiker einen Patienten an einen Arzt verweisen kann, so darf auch dieser, ohne dadurch gegen § 19 Abs. 1 BO zu verstoßen, einen Kranken an

einen Heilpraktiker verweisen. Wenn der Arzt also glaubt, die Heilkraft eines Heilpraktikers oder dessen besondere Behandlungsmethode (vgl. b Abs. 5) werde dem Wohl des Kranken dienen, so bildet das angefochtene Verbot auch insoweit kein Hindernis. Zudem beläßt § 19 Abs. 1 BO dem Arzt auch ausdrücklich die Möglichkeit, einen Heilpraktiker, der zu seinen berufsmäßigen „Gehilfen“ gehört, bei der Behandlung seiner Patienten mitheranzuziehen.

d) Durch die angegriffene Vorschrift wird der Wesensgehalt der ärztlichen Handlungsfreiheit nicht berührt. Es kann keine Rede davon sein, daß sie in ihren „letzten unantastbaren Bereich“, der der Einwirkung der öffentlichen Gewalt entzogen ist (vgl. VerfGH 16,128/135; 17, 19/27; 18,16/22; BVerfGE 6,32/41; 8,274/329; 10,55/59), eingreifen würde. Der § 19 Abs. 1 BO gilt für ein sehr eng umgrenztes Gebiet. Er betrifft einen so schmalen Ausschnitt aus der gesamten beruflichen Tätigkeit des Arztes, daß ihm praktisch nur geringe Bedeutung zukommt (vgl. VerfGH 8,34/36; 11,23/25). Er ist denn auch von seiten der bayerischen Ärzte, soweit ersichtlich, noch nie als eine unzulässige Beschränkung ihrer beruflichen Freiheit angesehen worden. Sie haben vielmehr stets anerkannt, daß das Verbot im Interesse der einzelnen Kranken und der Volksgesundheit, also aus gewichtigen sozialen Gründen (vgl. VerfGH 8,1/7), notwendig ist, damit der Verantwortungsbereich der auf medizinisch-wissenschaftlicher Grundlage tätigen und durch strenges Standesrecht gebundenen Ärzte nicht vermindert wird oder seine Grenzen nicht undeutlich gemacht werden.

2. Der Antragsteller ist ferner der Meinung, daß der § 19 Abs. 1 BO in die Handlungsfreiheit der Heilpraktiker verfassungswidrig eingreife.

Die Vorschrift richtet sich ausschließlich an die Ärzte. Von ihnen allein fordert sie, bei der Berufsausübung bestimmte Grenzen einzuhalten.

Für die Heilpraktiker ist sie also nicht verbindlich. Der Gegenstand der Regelung ist nicht ihre berufliche Betätigung, sondern, wie bemerkt, die Ausübung des ärztlichen Berufs. Die Bestimmung kann sich allerdings mittelbar auf die Heilpraktiker auswirken, nämlich dann, wenn sich ein Arzt entgegen der allgemeinen Auffassung seines Standes zur Zusammenarbeit mit einem Heilpraktiker bereitfinden wollte und sich hieran durch das Verbot des § 19 Abs. 1 BO gehindert sähe.

Wäre hierin nicht nur eine bloße Reflexwirkung, sondern eine darüber hinausgehende Beeinträchtigung der Handlungsfreiheit der Heilpraktiker zu erblicken (vgl. BVerfGE 6,273/277 f.; 13,181/185 f.; 13,230/232 f.; Bettermann, AöR 1961,129/132), so wäre Art. 101 BV gleichwohl nicht verletzt. Wie die Ärzte selbst die Begrenzung ihrer Handlungsfreiheit hinnehmen müssen, haben sich die Heilpraktiker mit den sie etwa treffenden Folgen abzufinden. Sie müssen sich eine mittelbare Beschränkung ihrer beruflichen Handlungsfreiheit durch die Verbotsnorm gefallen lassen, die, wie dargelegt, auf einer gesetzlichen Grundlage beruht und durch ein überwiegendes öffentliches Interesse gerechtfertigt ist (vgl. auch BVerfGE 4,7/16; 6,32/36 f.). Sie ist für sie – schon angesichts der oben dargelegten Haltung der Ärzteschaft und auch wegen des grundlegenden Unterschieds zwischen der ärztlichen und der Heilpraktikertätigkeit (vgl.

Gillhausen a. a. O. S. 167 f.) – nur von geringer Bedeutung und zumutbar. Die berufliche Tätigkeit des einzelnen Heilpraktikers wird in ihrer Substanz und in ihrer Eigenständigkeit (vgl. auch BVerfGE 4,7/16; 9,73/79; 11, 30/42) nicht berührt. Der Heilpraktiker ist kein Arzt, auch kein Arzt minderer Ordnung, sondern übt einen Heilberuf von besonderer Art aus (vgl. Gillhausen a. a. O. S. 168). Diesem Beruf kann er – ebenso wie der Arzt dem seinigen – selbständig in eigener Verantwortung nachgehen. Die angefochtene Vorschrift hindert ihn hieran nicht. Es kann also keine Rede davon sein, daß die Freiheit der Berufsausübung für ihn wesentlich beeinträchtigt würde.

3. Auch der heilungsuchende Kranke wird in seiner Handlungsfreiheit durch die angefochtene Vorschrift nicht verfassungswidrig eingeschränkt. Sie kann sich auch für ihn nur mittelbar und nur geringfügig auswirken. Er behält auf jeden Fall die freie Wahl, sich nach seinem Belieben von einem Arzt oder von einem Heilpraktiker untersuchen und behandeln zu lassen. Er kann sich auch in jedem Stadium der Behandlung von einem Heilpraktiker an einen Arzt oder von einem Arzt an einen Heilpraktiker verweisen lassen (s. o. 2 c Abs. 2,3). So erwachsen weder der Volksgesundheit noch den einzelnen Kranken Nachteile. Die Regelung liegt vielmehr, wie dargelegt, in ihrem wohlverstandenen Interesse.

B. Der § 19 Abs. 1 BO verstößt auch nicht gegen den allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 118 Abs. 1 BV.

Die Berufsordnung für die Ärzte Bayerns regelt, wie schon bemerkt, nur deren berufliche Pflichten. Gegenstand der angefochtenen Regelung sind also nicht die Berufspflichten der Heilpraktiker. Diese können daher von ihr gegenüber den Standespflichten der Ärzte, mit denen allein sie sich zu befassen hat, nicht unmittelbar ungleich behandelt worden sein.

Die angegriffene Vorschrift hat aber auch, indem sie zwischen „Arzt und Nichtarzt“ (einschließlich des Heilpraktikers) unterscheidet, den ihr unterworfenen Ärzten nicht etwa eine Verpflichtung auferlegt, die der Sache nach mit dem Grundsatz des Art. 118 Abs. 1 BV nicht vereinbar wäre.

Der Antragsteller bringt vor: Es bestehe nicht der geringste Grund dafür, daß eine Differenzierung zwischen Arzt und Heilpraktiker deshalb getroffen werde, weil dessen Ausbildung gesetzlich nicht geregelt sei, während jener eine akademische Ausbildung genossen habe. Den Arzt und den Heilpraktiker träfen die gleichen Pflichten, sie hätten auch die gleiche Verantwortung zu tragen. Der Arzt und der Heilpraktiker seien befugt, die Heilkunde selbständig auszuüben. Soweit sich dieser im Rahmen der Gesetze und der behördlichen Erlaubnisse halte, unterscheide sich sein Handeln nicht von dem des Arztes. Von der Funktion und der Aufgabenteilung her betrachtet, sei der Heilpraktiker Arzt im Sinne der Berufsordnung und könne einem Nichtarzt nicht gleichgestellt werden.

Es ist richtig, daß der Beruf des Heilpraktikers ebenso wie der des Arztes zu den Heilberufen gehört. Auch dem Heilpraktiker obliegt es, Krankheiten, Leiden und Körperschäden festzustellen und zu heilen oder zu lindern.

Diese Gemeinsamkeit zwingt jedoch nicht dazu, die vom geltenden Recht gezogenen Grenzen zwischen Ärzten und Heilpraktikern und besonders das Verbot der gemeinsamen Untersuchung und Behandlung von Patienten preiszugeben. Es ist allerdings nicht nur im politischen Bereich, sondern auch auf den Gebieten des sozialen und wirtschaftlichen Lebens ein „Prozeß fortschreitender Egalisierung“ zu bemerken (s. Leiboitz, Demokratie und Rechtsstaat – 1961 – S. 14). Übersteigerungen egalitaristischer Tendenzen und Nivellierungsbestrebungen werden von Politikern und Soziologen nicht ohne Sorge beobachtet (vgl. Simmel, Soziologie – 3. Aufl. 1923 – S. 28 f.; Zorn, Autorität und Verantwortung in der Demokratie – 1960 – S. 18 ff.; derselbe, Die Als-ob-Demokratie – 1955 – S. 31; Brecht, Politische Theorie – 1959/1961 – S. 514 f.; Dahrendorf, Über den Ursprung der Ungleichheit der Menschen – 1961 – S. 32; Sundbom, Über das Gleichheitsprinzip als politisches und ökonomisches Problem – 1962 – S. 20 ff.; Hubmann in der Festschrift für Nipperdey – 1965 – Bd. I S. 37/46; Newman, Zerstörung und Selbstzerstörung der Demokratie – 1965 – S. 234; vgl. auch Hesse, AöR Bd. 77 S. 167/215; Riezler, Das Rechtsgefühl – 2. Aufl. 1946 – S. 100 ff.; Messner, Das Naturrecht – 3. Aufl. 1958 – S. 393; Krüger, Allgemeine Staatslehre – 1964 – § 30 S. 531 ff.).

Es ist nicht notwendig, auf das Wesen und die Konsequenzen des Egalitarismus näher einzugehen. Denn in deutlichem Gegensatz zum Grundsatz der Wahlrechtsgleichheit (Art. 14 Abs. 1, 2 BV), der radikal-egalitären Charakter trägt (vgl. BVerfGE 6,84/91; 11,266/272; 13, 243/247; 14,121/132; VerfGH 14,77/81; 15,29/34; Rinck, JÖR 1961,269/298), darf der allgemeine Gleichheitssatz, an dem die angefochtene Bestimmung zu messen ist, nicht in diesem Sinne aufgefaßt werden (vgl. Dürig im Staatslexikon, Bd. 3 – 1959 – Sp. 983 f.). Vielmehr läßt er dem Gesetzgeber einen weiten Ermessensspielraum. Er darf zwar gleichliegende Tatbestände, die aus der Natur der Sache und unter dem Gesichtspunkt der Gerechtigkeit klar eine gleichliegende Regelung verlangen, nicht willkürlich ungleich behandeln. Der allgemeine Gleichheitssatz verlangt aber keine schematische Gleichbehandlung, sondern läßt Differenzierungen zu, die durch sachliche Erwägungen gerechtfertigt sind; er ist andererseits auch nicht verletzt, wenn der Gesetzgeber von Differenzierungen, die er vornehmen darf, absieht.

Es muß auch, da die vom Gesetzgeber zu ordnenden Lebensverhältnisse nie in allen, sondern stets nur in einzelnen Elementen gleich sind, grundsätzlich ihm überlassen werden, zu entscheiden, welche Merkmale dafür maßgebend sind, daß Sachverhalte im Recht gleich oder verschieden behandelt werden. Nur wenn er die äußersten Grenzen seines Ermessens überschreitet, wenn für die getroffene Regelung jeder sachlich einleuchtende Grund fehlt, ist der allgemeine Gleichheitssatz verletzt (VerfGH 14,4/8; 15,59/67; 16,117/123; 17,74/80; BVerfGE 4,114/155; 13,181/202; 13,225/227 f.).

Daß die angegriffene Vorschrift durch sachlich einleuchtende Gründe gerechtfertigt ist, ergibt sich aus den Ausführungen unter A. Sie steht demnach zu dem Art. 118 Abs. 1 BV nicht in Widerspruch.

Da auch sonst keine Verfassungsvorschriften ersichtlich sind, denen der § 19 Abs. 1 BO widerspräche, ist der Antrag abzuweisen.

Dem Präsidenten der Landesärztekammer Herrn Dr. Sewering zum 50. Geburtstag

Mein lieber Amtsbruder!

Nachdem ich Dir zu Deinen runden Sechzigern keinen Gruß mehr schicken kann, möchte ich dies doch zu Deinen runden Fünfzigern tun. Freilich – fünfzig Jahre sind noch kein Alter für ruhige Rückschau, da steht man noch mitten im Werken, manches ist noch unvollendet, manches und Wichtiges ist schon erreicht. Eines steht fest: über die 11 Jahre, in denen ich Deiner Tätigkeit nahestehen durfte, kann man schon heute die alten Worte zitieren: „Wenn's kästlich gewesen ist, so ist es Mühe und Arbeit gewesen.“ Eines der Symptome dieser Zeit: „Mit Konflikten leben“ hast Du reichlich erfahren; ebensa den seltsamen Zwiespalt (der nicht nur in der Ärzteschaft besteht), daß den einen – der kleinen Minderheit – ein Übermaß an sozialer Verpflichtung auferlegt ist, dieweilen die Mehrheit in abwartender Passivität verharret, wärend, die Welt treibe so von alleine weiter.

Es sieht so aus (wie gerne würde ich es anders schreiben), als ob die nächsten Jahre in der großen wie in der Berufspolitik nicht ruhiger würden, so wird auch von Dir weiterhin viel gefordert werden. Und so schließt mein Gruß zum fünfzigsten Geburtstag mit dem aufrichtigen Wunsch: „Möge Dir Gesundheit und Kraft erhalten bleiben in dem Ringen um die materielle wie geistige Freiheit unseres Berufes, möge dieses Ringen Erfolg haben und mögen Dir stets Freunde zur Seite stehen mit affenem Wort und fruchtbarem Rat!“



Mit diesem Wunsch verbindet sich der Dank – mein persönlicher wie der der Kollegen. In guter Verbundenheit

Dein alter Vize

(Dr. Gustav Sondermann)

Herrn Professor Dr. Albert Schretzenmayr zum 60. Geburtstag



Am 2. 1. 1966 konnte der in München geborene Professor Dr. Albert Schretzenmayr seinen 60. Geburtstag begehen. Nach dem Studium in Tübingen, Greifswald, Wien und Rostock habilitierte er sich 1935 in Köln und wurde dort auch zum Dozenten für Innere Medizin und im Jahre 1939 zum apl. Professor für Innere Medizin ernannt. Von 1936 bis 1939 war er Ordinarius für Innere Medizin an

der Military Medical Academy in Canton (China). Danach wirkte er bis 1944 als Chefarzt der Medizinischen Klinik des Stadtkrankenhauses Gotehafen. Seit 1949 ist Herr Kollege Schretzenmayr als Facharzt für Innere Krankheiten und als Internist am Diakonissenkrankenhaus in Augsburg tätig. Bereits im Jahre 1949 wurde er zum 1. Vorsitzenden des Ärztlichen Kreisverbandes Augsburg und des Ärztlichen Bezirksverbandes Schwaben gewählt. Beide Ehrenämter bekleidet er auch nach heute. Als Vorsitzender des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung seit 1952 und als wissenschaftlicher Leiter der „Internationalen Kongresse für praktische Medizin“, die die Bundesärztekammer jährlich in Davos, Badgastein, Grada, Montecatini und Meran durchführt, hat er sich große Verdienste und ein hohes Ansehen erworben. Auch die von ihm im Jahre 1950 begründeten und seither unter seiner Leitung stehenden Augsburger Fortbildungskongresse für praktische Medizin haben weit über Bayern hinaus großes Ansehen erlangt.

Seine Verdienste um die ärztliche Fortbildung wurden durch eine große Zahl in- und ausländischer Orden und Auszeichnungen gewürdigt. Die Achtung und Anerkennung, die sich Herr Professor Schretzenmayr erworben hat, brachte in unnachahmlicher Kürze Herr Professor Lassner aus Paris zum Ausdruck, der bei der letzten Senatssitzung sagte: Es würde wohl bald nicht mehr heißen, man fahre zu einer Fortbildungsveranstaltung, sondern man ginge „schretzenmayrn“.

Wie können die Münchener städtischen Krankenanstalten in den Lehrbetrieb eingegliedert werden?

Von W. v. Gugel

Zweimal hat der Bayerische Landtag in den letzten Jahren schwerwiegende Entschlüsse gefaßt, welche die Ausbildung junger Mediziner in Südbayern fördern sollen. Jedesmal stand dabei der Gedanke im Vordergrund, die Münchener Ausbildungsstätten zu entlasten. Dieser Gesichtspunkt spielte eine Rolle sowohl bei den Beratungen über die Universität Regensburg, die nun im Entstehen begriffen ist, wie bei denen über die Medizinische Akademie Augsburg, deren Entstehen noch fraglich ist. Dies scheint mir bei der gegenwärtigen Finanzlage des Freistaates Bayern deshalb verständlich, weil essentielle Voraussetzungen der Landtagsbeschlüsse einer Prüfung nicht standhalten konnten. Insbesondere erweist sich der unmittelbare Einzugsbereich der Anstalt zwischen der fortgeschritteneren Planung in Ulm und den bestehenden Einrichtungen in München nicht als ausreichende Basis für eine derartige Anstalt; andererseits scheint sich herauszustellen, daß entgegen der ursprünglichen Annahme die vorhandenen Baulichkeiten für das geplante Institut nicht geeignet sind, weswegen umfassende Neubauten notwendig würden. Aus diesem Grunde hat der Bayerische Ministerpräsident im Jahre 1964 eine Sachverständigenkommission eingesetzt, die zu prüfen hatte, „unter welchen technischen und organisatorischen Voraussetzungen der Lehrbetrieb einer Medizinischen Akademie in Augsburg möglichst bald aufgenommen werden kann“.

Es steht zu vermuten, daß dieses Gutachten die mit der Neugründung verbundenen Befürchtungen bestätigen wird, wonach die überwiegende Mehrzahl der benötigten Kliniken und Institute neu errichtet und auch sämtliche Mitglieder des vorgesehenen Lehrkörpers zusätzlich zu den jetzt an den bestehenden Anstalten tätigen Ärzten berufen werden müßten. Damit steht zu erwarten, daß die überschlägig geschätzten Baukosten von 500 bis 600 Mill. DM ebenso bestätigt werden wie die gemutmaßten personellen Mehrkosten. Auch die Frage, wann die Anstalt mit ihrem Lehrbetrieb wird beginnen können, dürfte angesichts der Erfahrung mit dem Münchener Klinikum nur sehr zurückhaltend beantwortet werden. Ich glaube, man braucht kein besonderer Sachverständiger zu sein, um voraussagen zu können, daß ein derartiges Vorhaben kaum vor zehn Jahren soweit abgeschlossen sein wird, daß dort ein ordnungsgemäßer Lehrbetrieb möglich ist.

Inzwischen brennen uns aber bereits jetzt die Nöte des Augenblicks unter den Nägeln. Von der allgemeinen Überfüllung der bestehenden Unterrichtsstätten ganz abgesehen, ist es allmählich untragbar geworden, daß es einer ganzen Anzahl bayerischer, ja sogar Münchener Kollegen nicht mehr möglich ist, ihre Kinder an der Münchener Universität unterzubringen, wenn sie beabsichtigen, Medizin zu studieren. Darüber hinaus hat das für die praktische Ausbildung des angehenden Mediziners eingerichtete Klinikum längst auch den Charakter einer rein theoretischen Ausbildungszeit angenommen. Dazu kommt, daß das Anpassen des Studiums an die besonderen Erfordernisse der

modernen Industriegesellschaft in unserem dichtbesiedelten Raum innerhalb des gegenwärtigen Lehrsystems fortschreitend schwieriger wird. Die Einordnung der Menschen in den technischen Betrieb mit seinen Gefahren, das Bekämpfen von Lärm, von Luft- und Wasserunreinheit bedarf ebenso einer neuen Betrachtungsweise, sofern die Dinge an der Wurzel angepackt werden wollen, wie die ganze präventive Medizin.

Unter solchen Umständen erscheint es doch wohl geboten, danach Ausschau zu halten, inwieweit der gegebene Rahmen für das medizinische Studium weitergesteckt werden kann, inwieweit sich vorhandene Einrichtungen ohne allzu große Belastungen ergänzen, ausweiten oder als Unterrichtsstätten in den Ausbildungsbetrieb einbeziehen lassen. Diese Frage ist mancherorts bereits beantwortet worden. Die städtischen und Knappschaftseinrichtungen in Essen konnten in wenigen Jahren zu einer Medizinischen Fakultät umgebaut werden, die Aachener Krankenanstalten sollen als Medizinische Fakultät der dortigen Technischen Hochschule angeschlossen werden, und weitere Pläne werden entsprechend den Ratschlägen des Wissenschaftsrates an den verschiedensten Plätzen ernsthaft vorangetrieben.

Bei dieser außerbayerischen Aktivität muß mit Recht gefragt werden, warum nun nicht auch in München überlegt wird, wie und ob nicht die hier vorhandenen städtischen Anstalten ganz oder teilweise für den medizinischen Lehrbetrieb nutzbar gemacht werden können. Man sollte meinen, daß dem um so weniger im Wege steht, als diese Anstalten insofern schon dafür vorbereitet sind, als sie sämtlich Hörsäle haben. Im übrigen werden sie mit ganz wenigen Ausnahmen von Ärzten betreut, die bereits der Medizinischen Fakultät der Universität München angehören. Soweit sie, wie die Mehrzahl von ihnen, a. o. oder apl. Professoren sind, haben sie nach der jüngsten Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofes sogar das Recht, testatfähige Vorlesungen anzukündigen. Die Möglichkeiten, die sich für die Münchener städtischen Krankenanstalten bieten, habe ich in einem kurzen Bericht über die den Arzt betreffende Tätigkeit des Senates an dieser Stelle vor einiger Zeit kurz aufgezeigt:

1. Die städtischen Krankenanstalten in München oder ein Teil von ihnen wird in die bestehende Fakultät als 2., 3., 4. Chirurgische Universitätsklinik, als 3., 4., 5. Medizinische Universitätsklinik usw. einbezogen.
2. Sie werden der Universität München als 2. Medizinische Fakultät angeschlossen.
3. Es wird aus ihnen eine selbständige Medizinische Akademie entwickelt.
4. Sie werden als Grundstock einer Medizinischen Fakultät der Technischen Hochschule angeschlossen, die damit zur naturwissenschaftlich-technischen Universität werden würde.

Im ersten Falle würden sich lediglich der klinische Unterricht erheblich auflockern und vertiefen lassen. Die an den städtischen Anstalten nicht vorhandenen Fächer (Orthopädie, Pharmakologie usw.) würden wie bisher innerhalb der bestehenden Fakultät gelehrt werden können.

Bei der zweiten Möglichkeit müßten die Anstalten ergänzt werden durch die bei ihnen nicht vorhandenen Institute, außerdem wären ein großer Teil der vorklinischen Lehrinrichtungen neu zu errichten und zu besetzen (Physiologische Chemie, Anatomie, Psychiatrie usw.).

Zur Einrichtung einer Akademie (Vorschlag 3) wäre notwendig, ebenfalls Kurssäle für die z. Z. nicht vorhandenen theoretischen Fächer zu erstellen. Nach dem hierfür eingeholten Gutachten erreichen die hierbei aufzuwendenden Kosten nicht einmal die 8-Millionen-DM-Grenze, da kein Grunderwerb notwendig ist und im wesentlichen vorhandene Gebäulichkeiten ausgebaut oder aufgestockt werden könnten.

Der einmalige Kapitalaufwand an Baumaßnahmen, Labor- und Büroeinrichtungen, an Demonstrationmaterial und Bibliotheksbestand wurde vor drei Jahren auf 1 350 000 DM geschätzt. Die durch den Lehrbetrieb entstandenen laufenden Kosten wurden mit 800 000 DM veranschlagt, denen natürlich noch Einnahmen aus Hörgeldern gegenüberstehen. Außerdem würde das Errichten einer Akademie natürlich auch den Aufbau eines Verwaltungsapparates notwendig machen, wie er auch für eine 2. Fakultät notwendig würde.

Beim Anschluß an die Technische Hochschule (Vorschlag 4) bedürfte der klinische Teil des gleichen Ausbaus wie bei der 2. und 3. Möglichkeit. Dagegen könnten die vorklinischen Grunddisziplinen im wesentlichen an den Instituten der Technischen Hochschule gelehrt werden, deren Kapazität bei den im Norden Münchens geplanten Neubauten auf den Zuwachs an Medizinern abgestellt werden müßte.

Der Gedanke des Anschlusses einer Medizinischen Fakultät an eine Anstalt, wie es die Technische Hochschule ist, mag manchen zunächst schockieren. Es sollte aber daran gedacht werden, daß sich die Technischen Hochschulen letztlich deshalb als wissenschaftliche Anstalten außerhalb der Universität entwickeln mußten, weil die Humboldtschen Grundkonzeptionen keinen Raum für Disziplinen boten, welche auf die unmittelbare praktische Verwertung empirisch gewonnener Erkenntnisse hinzielten. Die Medizin spielte dementsprechend bei Humboldt keine Rolle. In der Praxis ist denn auch die eigentliche forschende Tätigkeit, das Gewinnen wirklich neuer Erkenntnisse und das Vermitteln der hierfür notwendigen Methodik aus dem Studium des Mediziners ausgeklammert. Sein Studienziel sind die Kenntnisse, die notwendig sind, um den Beruf des Arztes ausüben zu können. Es handelt sich also auch bei ihm, ebenso wie beim Ingenieur, bereits primär um die Fähigkeit, gewonnene naturwissenschaftliche Erkenntnisse unter Verwertung praktischer Erfahrung anzuwenden.

Thure v. UEXKÜLL*) hat in seinem Festvortrag „Eine moderne Medizinische Fakultät im Rahmen einer

Technischen Hochschule“, dem ich hier zeitweise folge, aufgezeigt, daß die naturgemäße Spannung zwischen der Grundkonzeption der deutschen Universitäten und der Aufgabe des medizinischen Lehrers allmählich dazu geführt hat, daß das Studium zu einem rein theoretischen geworden ist, während die so wesentliche praktische Ausbildung der Famulatur und der Zeit nach dem Studium überlassen bleibt.

Dabei erhebt er, wie auch ich auf dem Augsburger Deutschen Ärztetag vortrug, die Forderung, die Fakultät nicht aus der Verantwortung für die praktische Ausbildung der jungen Mediziner zu entlassen.

Dieses Verschieben der praktischen Ausbildung auf die Zeit außerhalb des eigentlichen Studiums hat tiefgreifende Folgen, die Uexküll folgendermaßen aufstellt:

1. Die Zeit der Ausbildung ist in Deutschland mit 8½ Jahren erheblich länger als in den EWG-Ländern — sie beträgt dort meist 6—7 Jahre — und in den USA.
2. Die Ausbildung ist trotz der Länge nicht effektiv. Die Trennung von Theorie und Praxis in zwei durch das Staatsexamen geschiedene Perioden führt dazu, daß die Theorie vergessen wird, wenn die Praxis beginnt, und daher eine Praxis erlernt wird, bei der die Theorie zu kurz kommt. Theorie und Praxis lassen sich in der Medizin nicht trennen.
3. Der Studienplan ist überfüllt. Die notwendige „Entrümpelung“ des Unterrichts scheidet nicht nur an dem Egoismus der Fächer, sondern vielmehr an dem fehlenden Korrektiv, die Theorie auf das für die Praxis Wichtige zu begrenzen.
4. Die Ausbildung zum Arzt ist auf ein Meister-Lehrling-Verhältnis angewiesen, das sich nur im praktischen Unterricht am Krankenbett, aber nicht in theoretischen Vorlesungen entwickeln kann. Unser Studiensystem verhindert daher ein Meister-Lehrling-Verhältnis zwischen Professoren und Dozenten auf der einen und Studenten auf der anderen Seite. Man überläßt es dem Zufall, ob der künftige Arzt seinen Lehrmeister in dem Dozenten einer Universitätsklinik oder dem Assistenzarzt eines Provinzkrankenhauses findet.

Diese geklagten Nachteile können nur überwunden werden, wenn der echte Wille zu einer Reform vorliegt. Dazu gehört es, sich möglichst frei zu machen von einer Tradition, deren Wurzel in dem Auftrag zu universeller Bildung liegt. Die Technischen Hochschulen haben sich längst von reinen Ausbildungsstätten zu wissenschaftlichen Institutionen entwickelt, welche auch die Möglichkeit umfassender Überschau bieten.

Damit entsprechen sie in ihrer Anlage den so erfolgreich arbeitenden Medizinschulen anderer Länder und können so die Voraussetzung für eine elastische Planung anbieten, ohne die die dringend notwendige Verbindung von Theorie und Praxis kaum wieder hergestellt werden kann. In der Verbindung mit einer Technischen Hochschule, oder besser gesagt einer naturwissenschaftlich-technischen Universität, wird es leichter sein, zu erreichen, daß die Klinik zum Laboratorium des angehenden Arztes wird, als dies dort der Fall ist, wo die große Chefvorlesung Dominante der Ausbildung bleibt.

*) Alma mater aquensis, Band II/1964, S. 18 ff.

Aus all diesen Gründen erscheint es sehr erwägenswert, ob nicht zumindest ein Teil der wohlausgebauten Münchener städtischen Krankenanstalten mit der Technischen Hochschule verbunden werden können, welche in diesem Falle zur naturwissenschaftlich-technischen Universität umbenannt werden sollte. Diese Verbindung erscheint nicht nur deswegen erwägenswert, weil sie die Chance für das Modell einer Studienreform bietet. Sie eröffnet auch fruchtbare Aspekte für viele Bereiche, die im Rahmen der Industrialisierung medizinisch erst erschlossen werden müssen. So kann der an der Technischen Hochschule bereits bestehende Lehrstuhl für Arbeitsphysiologie zur Zelle der arbeitsmedizinischen Forschung auf breiter Basis werden. Auf der anderen Seite kann die Zusammenarbeit zwischen Technik und Medizin die medizinisch-physikalische, insbesondere die elektromedizinische Forschung anregen und vertiefen. Ein weites Feld eröffnet sich in der Elektronik für die medizinische Statistik. Der ganze Bereich der Gewerbe-

medizin könnte neue Aspekte gewinnen; es sei nur erinnert an die Arbeitsplätze in den oft nicht klimatisierten modernen Glasbauten und die zahlreichen sonstigen Fragen des Arbeitsplatzes innerhalb industrieller und gewerblicher Betriebe.

In engerer Zusammenarbeit mit der Technik lassen sich auch die in der Orthopädie auftauchenden Probleme der Statik und Mechanik angehen wie auch die in der Zusammenarbeit mit der Landwirtschaftsfakultät. Die Voraussetzung für das Erfassen des bäuerlichen Betriebes, der bei seiner fortschreitenden Industrialisierung immer wieder neue gesundheitsbedeutsame Fragen aufwirft, ist gegeben.

Es ist zu hoffen, daß der Bayerische Staat und daß die Stadt München die sich Ihnen hier bietende Gelegenheit ergreifen, einen bestehenden Notstand durch eine zukunftsweisende Lösung zu beheben.

Anschrift d. Verfassers: Dr. jur. Dr. med. Wolfram v. Gugel, Mitglied des Bayer. Senats, 8121 Dürnhäusen, Post Sindelsdorf.

Tagung der Bayerischen Krankenhausgesellschaft

Bei der Jahresmitgliederversammlung der „Bayerischen Krankenhausgesellschaft“ in München am 26. 11. 1965, hielt der Vorsitzende, Oberbürgermeister August Fischer, Kempten, einen Vortrag, der sich mit dem Stand der Verhandlungen über die Novellierung der Bundespflegegesetzverordnung befaßte. Er führte aus, daß es nach wie vor die größte Sorge der Krankenhäuser ist, wie in Zukunft ihre wirtschaftliche Existenz gesichert werden kann. „Seit Jahren ist vom ‚kranken Krankenhaus‘ die Rede, und seit Jahren hören wir aus unzähligen Reden berufener Politiker die Zusage, daß den Krankenhäusern geholfen werde. Bis heute haben wir auf diese Hilfe vergeblich gewartet.“ Bald nachdem im Jahre 1954 die Bundespflegegesetz-VO erlassen war, waren sich die „Betroffenen“ darüber einig, daß diese Preisvorschrift, die als das Ergebnis eines schlechten Kompromisses bezeichnet werden kann, nicht geeignet ist, den Krankenhäusern auch nur ihr Existenzminimum zu sichern. Im Gegenteil, es war für uns, die wir täglich mit den Sorgen und vor allem den finanziellen Nöten unserer Krankenhäuser zu tun haben, klar, daß es nur eine Frage der Zeit ist, bis wir am Ende unserer finanziellen Möglichkeiten angelangt sind.

Die Bundesregierung beabsichtigte, die Gestaltung der Krankenhauspflegegesetze in das Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetz (KVNG) aufzunehmen. Das Gesetz kam zu Fall und damit auch die in Aussicht genommene Neuregelung der Krankenhausfinanzierung. Noch ehe das KVNG in seinen Einzelheiten bekanntgeworden war, haben die Träger der sozialen Krankenversicherung die These vom „gespaltenen Pflegegesetz“ als das Allheilmittel für die finanzielle Misere der Krankenhäuser herausgebracht. Danach sollte die „öffentliche Hand“ die Kosten für die Vorhaltung der Krankenhäuser übernehmen, während die durch die Benutzung eines Patienten unmittelbar entstehenden Kosten durch die Kassen getragen werden sollten. Begründet wird dieser Vorschlag mit der Auffassung, daß es nicht Sache der Sozialversicherungsträger sei, Krankenhäuser zu errichten und betriebsbereit zu erhalten; das sei auf

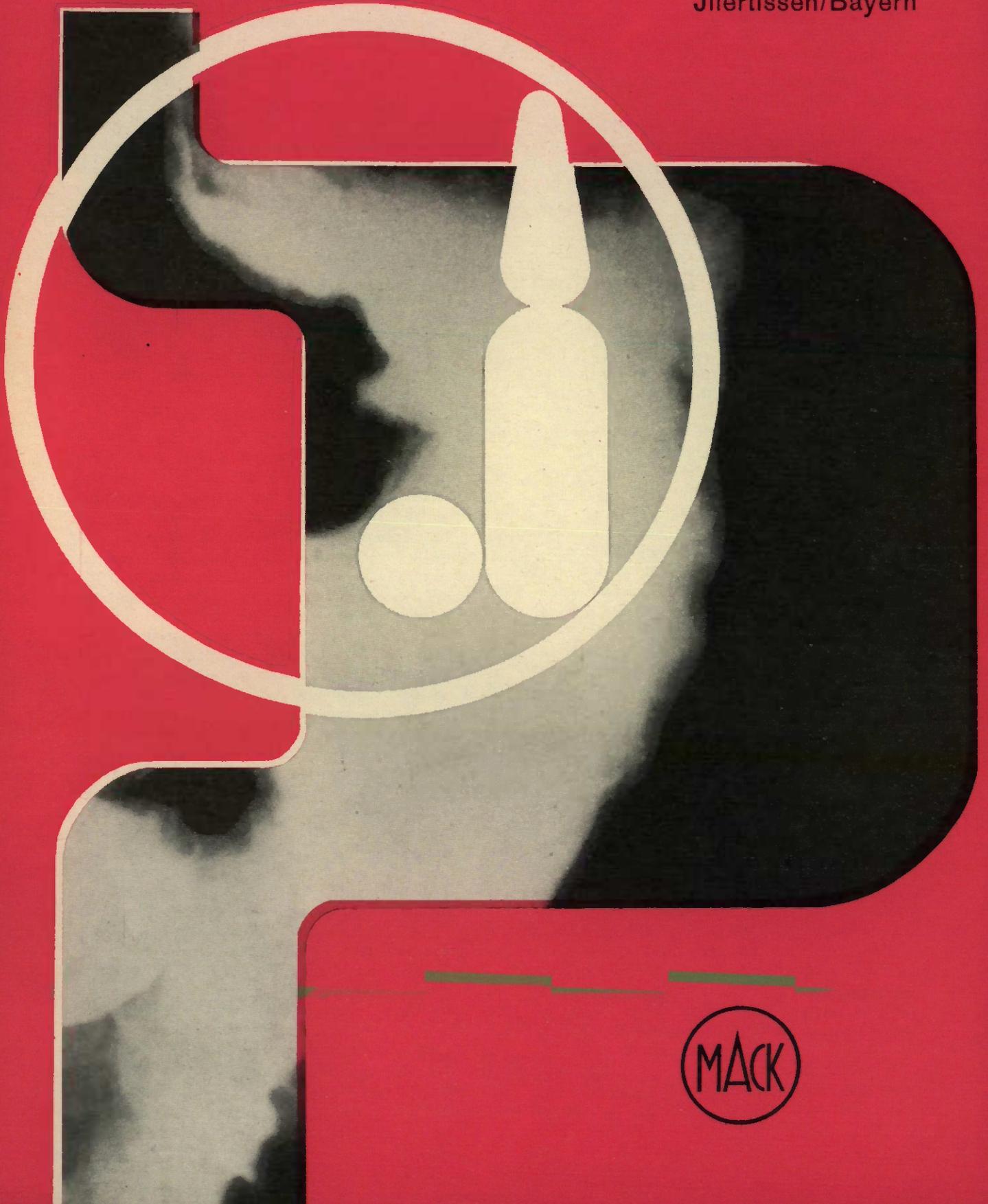
alle Fälle Aufgabe der öffentlichen Hand. Im übrigen seien die Sozialversicherungsträger finanziell auch gar nicht in der Lage, diese sog. „Vorhaltungskosten“ zu übernehmen.

Wenn die Krankenkassen hier in geschickter Weise eine Regelung propagieren, die dem Zug der Zeit folgt, so tun sie es doch letztlich nur, um sich eines Teiles ihrer Verpflichtungen zu entledigen. Es hat uns bis heute niemand gesagt, wer die öffentliche Hand sei bzw. woher diese öffentliche Hand die Mittel nehmen soll, um diese Vorhaltungskosten aufzubringen. Wir wehren uns gegen keine vernünftige Regelung, wir verwahren uns aber mit aller Entschiedenheit dagegen, daß die Krankenhäuser zu Bittstellern beim Bund, den Ländern oder den Gemeinden werden, während andererseits die weit überwiegende Zahl der Sozialversicherungsträger aus naheliegenden Gründen nicht einmal die Höchstsätze ihrer Beitragsaufkommen erreicht haben und darüber hinaus, gerade in den letzten Jahren, recht positive Jahresabschlüsse erzielen konnten. Nach dem Scheitern des KVNG beabsichtigte das Bundeswirtschaftsministerium unter dem massiven Eindruck der negativen wirtschaftlichen Entwicklung der Krankenhäuser als Zwischenlösung eine Reform der Bundespflegegesetzverordnung vorzunehmen. Die Verhandlungen, die die DKG in diesem Zusammenhang mit Vertretern der Kassen führte, schienen nach langen Bemühungen von Erfolg zu sein. Der gemeinsam erarbeitete Entwurf, der von den Vertretern der Kassen gebilligt worden war, wurde jedoch von deren Organen mit der üblichen Begründung abgelehnt, daß die Krankenkassen nicht über die Mittel verfügen würden, um die Mehrkosten aufzufangen. In der Sitzung des Bundeskabinetts vom 16. 6. 1965 wurde sodann beschlossen, die Änderungs-VO zur Bundespflegegesetz-VO in dieser Legislaturperiode nicht mehr zu verabschieden. An dieser Haltung änderte auch die eindringliche Mahnung der Frau Bundesgesundheitsministerin nichts. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat daraufhin beschlossen, einen Aktionsausschuß zu bilden, der Maß-

Ulcumel

das optimale Magen-
therapeuticum bewährt bei
Gastritiden und Ulcera
Ampullen und Tabletten
Muster auf Wunsch

Heinrich Mack Nachf.
Jllertissen/Bayern



nahmen festlegen sollte, durch die die Öffentlichkeit über die Haltung der Bundesregierung sowie die Lage der Krankenhäuser unterrichtet werden sollte.

Völlig überraschend hat am 6. 7. 65 der Bundestag — nicht zuletzt unter dem Eindruck der bevorstehenden Aktion der Deutschen Krankenhausgesellschaft — beschlossen, die Pflichtversicherungs- und Beitragsbemessungsgrenze zu erhöhen. Damit war die Verbesserung der Ertragslage der Krankenkassen eingeleitet, die von dort immer als Grundvoraussetzung für eine wesentliche finanzielle Besserstellung der Krankenhäuser überhaupt bezeichnet worden war. Auf eine erneute dringende Vorstellung der Deutschen Krankenhausgesellschaft hat das Bundeskabinett dann Anfang August die zuständigen Fachministerien ermächtigt, die Novellierung der Bundespflegesatz-VO vorzunehmen. Dazu ist es bisher nicht gekommen. Durch den Erlass der Änderungs-VO sollte erreicht werden:

1. Festsetzung der Pflegesätze als Festpreise. Die bisherigen Höchstpreisregelungen sind dann nicht mehr möglich. Damit entfällt auch die Unterschreitung der Pflegesätze, wie sie auf massiven Druck einzelner Kassen von den Krankenhäusern bis jetzt immer wieder hingenommen werden mußte. Eine Entscheidung des VII. Senats des Bundesverwaltungsgerichtshofes vom 15. 10. 65 hat diese bisherige Möglichkeit der Unterschreitung bereits preisrechtlich genehmigter Pflegesätze zu Fall gebracht. Die Preisbehörden können nur mehr Pflegesätze als Festpreise genehmigen.
2. Bei der Festsetzung der Pflegesätze sind von den Preisbehörden die Selbstkosten zugrunde zu legen. Mit der neuen Formulierung erhalten die Krankenanstalten somit einen Anspruch auf Pflegesätze, die im wesentlichen die Selbstkosten decken.
3. Die Einigungsverhandlungen zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen sollen wegfallen. Trotzdem sieht der Änderungsentwurf zur Bundespflegesatz-VO vor, daß das Ergebnis evtl. geführter Einigungsverhandlungen der Festsetzung zugrunde gelegt werden kann. Besonders diese Formulierung werden die Kassen zum Anlaß nehmen, erneut auf Einigungsverhandlungen zu drängen, die schließlich nur zum Ziel haben werden, die Krankenhäuser zu bewegen, einem niedrigeren Pflegesatz zuzustimmen als die VO-Selbstkosten ausmachen. Aus diesem Grunde vertritt die Krankenhausgesellschaft den Standpunkt, daß in einem Preisfestigungsverfahren Einigungsverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Kassen fehl am Platz sind.
4. Die Anrechnung des „herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschusses“ soll auch in der geänderten Fassung der Bundespflegesatz-VO bestehen bleiben. Es soll jedoch eine andere Berechnungsmethode gewählt werden.

Die Behandlung der Privatklinik

Nach dem jetzt vorgesehenen Entwurf des § 4 sollen die ärztlichen Leiter von Privatkliniken nicht mehr in der Lage sein, ihre Leistungen gesondert zu liquidieren. Eine solche Regelung ist indiskutabel. Die Krankenhausgesellschaft hat deshalb ihren ganzen Einfluß geltend gemacht, daß den ärztlichen Inhabern von Privatkliniken in bezug auf die gesonderte Liquidation der

ärztlichen Leistungen die gleichen Rechte eingeräumt werden, wie sie für Belegärzte vorgesehen sind.

Aus der Statistik weiß man, daß jeder Bürger der Bundesrepublik Deutschland gezwungen ist, alle sieben Jahre ein Krankenhaus aufzusuchen. Aus dieser nüchternen Zahl wird jedem die Bedeutung des Krankenhauses klar. Wie aber soll das Krankenhaus helfen, wenn es selbst dauernd um seine eigene Existenz bangen muß.

Die von der Kassenseite gepriesene freie Vereinbarung hat bisher immer dazu geführt, daß die Krankenhäuser bei Pflegesatzerhöhungen nur einen Bruchteil dessen erhielten, was an Kostensteigerungen zwischenzeitlich eingetreten war. Das Übergewicht der Krankenkassen hat bewirkt, daß nur Pflegesätze vereinbart wurden, die von den Kassen unschwer getragen werden konnten, während es den Krankenhäusern überlassen blieb, nach Mitteln und Wegen zu suchen, wie die nach wie vor ungedeckten Kosten zu finanzieren waren. Zum Schutz der „Verbraucherinteressen“ ist eindeutig und klar festzustellen, daß hierunter in erster Linie die Interessen des Patienten verstanden werden müssen, die es zu schützen gilt. Diese Interessen gebieten die Existenz der Krankenhäuser sicherzustellen.

Alles andere ist zweitrangig. Es nützt dem Patienten gar nichts, wenn infolge eines ungenügenden Pflegesatzes die finanziellen Interessen seiner Krankenkasse in jeder Weise berücksichtigt sind, das Krankenhaus aber zufolge der ihm fehlenden Einnahmen nicht mehr in der Lage ist, seinen Betrieb ordnungsgemäß zu führen, wenn es nicht überhaupt gezwungen ist, den Betrieb einzustellen. Geschützt werden muß der Schwächere und der Schwächere ist das Krankenhaus, das die Verpflichtung erfüllt, die die Kassen dem Versicherten, d. h. dem Patienten, gegenüber übernommen hat.

Die Sorge um den Nachwuchs an Pflegekräften

Da zur Sanierung des Krankenhauswesens nicht nur die Erstellung der notwendigen Bettenzahl, sondern eben so sehr die Frage der Ausbildung des nötigen Krankenpflegepersonals gehört, war und ist es von jeher ein besonderes Anliegen der Krankenhäuser, alles für die Gewinnung hervorragend ausgebildeter Pflegekräfte zu tun. Sie haben sich dieser gewiß nicht leichten Aufgabe mit Energie zugewandt und dafür ihre bestehenden Krankenpflegesschulen ausgebaut und neue eingerichtet. Wesentliche Voraussetzung für die Gewinnung einer ausreichenden Zahl guter Mitarbeiter, insbesondere für den Pflegedienst, ist die Bereitstellung von Unterkünften im Krankenhaus. Bei der bekannten Entwicklung der Baukosten bedeute diese Aufgabe für die Krankenhäuser weitere erhebliche Belastungen. Nach heutiger Kostensituation sind für den Bau von Personalwohnheimen je nach Ausstattung zwischen 15 000 und 25 000 DM pro Wohnplatz aufzuwenden. Dazu kommen noch die Kosten für die Einrichtung, die sich im Durchschnitt auf 3000 DM pro Wohnplatz belaufen. Hieraus ergeben sich Kostenmieten von 120 bis 150 DM pro Monat und Wohnplatz, ein Betrag, der auch nicht annähernd verlangt werden kann. Nach den gegebenen tariflichen und sonstigen Vereinbarungen bewegen sich die Mietbeträge zwischen 40 und höchstens 60 DM. Da andererseits die Personalsituation jeden Krankenhausträger bereits seit Jahren

immer mehr dazu zwingt, zur Erhaltung des Pflegepersonals ausreichende und bestausgestattete Unterkünfte zur Verfügung zu stellen, entstehen hiermit für die Krankenhäuser große und in diesem Ausmaß früher überhaupt nicht in Erscheinung getretene zusätzliche finanzielle Aufwendungen. Es geht nicht länger an, zwar für Maßnahmen zur Gewinnung von zusätzlichen Krankbetten staatliche Mittel zur Verfügung zu stellen, die für den Betrieb dieser Betten zwingenden Folgemaßnahmen und hier in erster Linie die Errichtung von Personalunterkünften jedoch auszuklammern.

Grundlegende Ausführungen von Ministerialdirigent Knies:

Die Krankenhausplanung in Bayern

fand in Ministerialdirigent Knies vom Bayer. Staatsministerium des Innern einen sachkundigen Vortragenden. Den Ausführungen entnehmen wir: „Überall im Lande entstehen neue Krankenhäuser. Das Ausmaß dieser Entwicklung, die man fast als ‚Krankenhäuserwelle‘ bezeichnen möchte, macht allein schon die Zahl von rund 9000 Betten deutlich, die in Bayern gegenwärtig im Bau oder wenigstens baureif sind. Vor drei Wochen erst billigte die Bayerische Staatsregierung eine im Staatsministerium des Innern ausgearbeitete Denkschrift zur Krankenhausplanung in Bayern. Der Herr Staatsminister des Innern konnte sie dann dem Bayer. Landtag zuleiten und vor der Presse erläutern. Vier Jahre sind es aber her, daß der Landtag die Staatsregierung ersuchte, zur gerechten und ökonomischen Verwendung der beschlossenen und künftig verstärkten Förderungsmaßnahmen für die bayerischen Krankenanstalten eine umfassende Gesamtkrankenhausplanung vorzulegen. Der damalige Beschluß des Bayer. Landtags erwuchs aus dem großen Mangel an Krankbetten. Es hat auch früher nicht an Versuchen gefehlt, die Lücken, die der Krieg in unseren Krankenhäusern hinterlassen hatte, zu schließen und den durch das stete Anwachsen der Bevölkerung gestiegenen Bedarf in einer sinnvollen Ordnung zu decken. Der der Staatsregierung vom Landtag gegebene Auftrag wuchs zwangsläufig über die Beseitigung der Bettennot, einem rein zahlenmäßigen Problem, hinaus in den Auftrag, mit den Methoden einer modernen Staatsverwaltung bestimmte Ordnungsvorstellungen im Krankenhauswesen zu verwirklichen. Inzwischen hatte ja auch die Medizin neue Erkenntnisse gebracht, und die hohen Investitions- und Betriebskosten, verbunden mit dem zunehmenden Personalmangel, deuteten zwangsläufig auf Lösungen hin, die sich nicht in der Beseitigung der Bettennot erschöpfen konnten. Die Denkschrift zur Krankenhausplanung wird so in einem Zeitpunkt vorgelegt, in dem eine Bettennot nur noch in bestimmten Ballungsgebieten besteht, in dem in manchen Gebieten die Gefahr besteht — es ist keineswegs nur ein Luxus, sondern eine wirkliche Gefahr —, daß zuviel Betten geschaffen werden, in dem aber überall noch die Aufgabe eines nach modernen Gesichtspunkten ausgerichteten, fachlich gut gegliederten Krankenhaussystems, das auch den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit Rechnung trägt, zu lösen ist.

Die Entwicklung von Lösungsvorschlägen setzt eine gründliche Bestandsaufnahme und eine gewissenhafte

Analyse des gegenwärtigen Zustandes voraus. Dem diente einmal eine umfangreiche Sondererhebung, die im Jahre 1964 durchgeführt wurde. Die vorhandenen statistischen Unterlagen erwiesen sich als unzureichend, sie gaben nur bedingte Auskunft über die medizinische und betriebliche Qualität der vorhandenen Krankbetten. Es war weiter erforderlich, sich mit der Überfülle des Materials über die Reform im Krankenhauswesen auseinanderzusetzen und die Punkte zusammenzutragen, die das Gesicht eines neuzeitlichen Krankenhauses bestimmen. Die schon in der andersartigen Aufgabe begründeten besonderen Probleme der Betten in den Sonderkrankenhäusern zwang auch zu einer Beschränkung der Erhebung auf die für die Bevölkerung besonders wichtige Krankenhausversorgung Akutkranker. Die Einbeziehung der Betten für Kranke mit besonderer medizinischer Indikation, wie Geistesranke, Tuberkulosekranke und Körperbehinderte, würde das Bild verfälschen. Diese Sonderkrankenhäuser werden Gegenstand eigener Untersuchungen sein.

Die Statistik sagt uns, daß die Zahl der Krankenhäuser unmittelbar nach dem Krieg wesentlich größer war als vor dem Krieg, daß sie aber langsam abnimmt (1938: 544; 1953: 651; 1963: 598). Das Wichtigste nun, die Zahl der Krankbetten stieg von 39 276 im Jahre 1938 auf 63 146 im Jahre 1953 und 72 934 im Jahre 1963, das ist gegenüber 1938 also eine Steigerung um 85,8 v. H. In der gleichen Zeit stieg die Bevölkerungszahl nur um 41,9 v. H. Auffällig ist in dieser Entwicklung, daß die Betten längere Zeit stärker zugenommen haben als es die Bevölkerung tat, seit 1957 jedoch entspricht die Zunahme nur mehr dem Bevölkerungszuwachs. Schon diese Zahlen zeigen die Änderungen in der Größe der Krankenhäuser. Die Zahl der kleinen Krankenhäuser nimmt ständig ab. So gibt es 1964 nur noch 207 Krankenhäuser, die weniger als 50 Betten haben, gegenüber 335 im Jahre 1938, während die Zahl der Krankenhäuser mit 150 und mehr Betten von 48 im Jahre 1938 auf 141 angestiegen ist. Der Zug zum größeren und leistungsfähigeren Krankenhaus, das auch wirtschaftlicher ist, ist eindeutig. Mit dem Zug zum größeren Krankenhaus einher geht die Zunahme der Fachbetten. Über die Hälfte der Allgemeinbetten ist in den letzten zehn Jahren zu Fachbetten geworden, innerhalb der einzelnen Fachrichtungen ist die Zunahme allerdings sehr unterschiedlich. Die Krankenhaushäufigkeit, also die Zahl der Krankenhaufälle, bezogen auf die Bevölkerung und den Zeitraum eines Jahres, ist stark angestiegen, nämlich von 70,2 auf 1000 der Bevölkerung im Jahre 1938, auf 121,7 im Jahre 1963. Mußte also 1938 nur jeder 14. Bewohner Bayerns ein Krankenhaus aufsuchen, so war es 1963 jeder 8. Einwohner. Das führte auch zu einer stärkeren Bettenausnutzung, die von 65,5 v. H. im Jahre 1938 ständig steigend auf 87,2 v. H. im Jahre 1963 angestiegen ist. Die Verweildauer hingegen war keinen stärkeren Schwankungen unterworfen.

Für die betriebliche Qualität von Bedeutung ist noch das Alter der einzelnen Krankenhäuser. Gebaut oder zuletzt wesentlich erweitert wurden

vor 1917	5 v. H.
1918 bis 1948	11 v. H.
1949 bis 1959	46 v. H.
1960 und später	38 v. H. der Krankenhäuser

**Der sichere Weg zum
therapeutischen Erfolg
bei *Ulcus ventriculi et
duodeni*, akuter und
chronischer Gastritis.**

**In 84 Ländern der Erde
millionenfach bewährt.**

Zusammensetzung:

Bism. subnit. „ROTER“ 0,35 g, Magneslum. carb.
0,4 g, Natr. bicarb. 0,2 g, Cortex Rhamni Frangulae
0,025 g, Rhiz. Colemi 0,025 g

ROTER

TABLETTEN



PHARMAZEUTISCHE FABRIK ROTER · HILVERSUM
DEPOT: DELTA-CHEMIE PAULY & CO. KG. HAMBURG 1

Das zeigt einen verhältnismäßig neuzeitlichen Bauzustand unserer Krankenhäuser, der auch Schlüsse auf die Wirtschaftlichkeit und den Erneuerungsbedarf zuläßt.

Durch die Sondererhebung wurde auch offenkundig, daß die nach der herkömmlichen Krankenanstaltsstatistik als Planbetten ermittelte Zahl von 71 550 Akutbetten nicht Grundlage einer Bedarfsberechnung sein kann. Von diesen rund 72 000 Betten genügen über 6000 nicht den Anforderungen, die an ein Planbett, d. i. also an ein Bett, das in seiner Funktion und Beschaffenheit den medizinischen Anforderungen entspricht, gestellt werden. Es ist vielmehr von einer Zahl von rund 65 500 Betten (Planbetten) auszugehen, über 6000 sind zusätzlich aufgestellt und müssen als Notbetten angesehen werden. Andererseits sind aber bereits insgesamt rund 9600 Betten im Bau, durch die 2100 Notbetten ersetzt und 7500 neugeschaffen worden. Die Zahl der Planbetten erhöht sich damit auf rund 75 000 (75 034).

Würde man nun wieder diese Zahl zur Ausgangszahl für die künftige Entwicklung nehmen, dann würde man dem unterschiedlichen Bauzustand der Krankenhäuser und dem daraus folgenden unmittelbar heranstehenden Erneuerungsbedarf nicht Rechnung tragen. Fast 7000 Betten (6717) sind in Krankenhäusern, die in ihrer Bausubstanz so schlecht sind, daß sie in Bälde aufgegeben oder ersetzt werden müssen. Weitere 1100 Betten entfallen aus den verschiedensten anderen Gründen. Insgesamt können damit über 7800 Planbetten dem brauchbaren Bestand nicht zugerechnet werden. Das ergibt eine Zahl von rund 67 000 (67 151) als Ausgangszahl für die Berechnung des Bettendefizits. Genaue Unterlagen über die fachliche Gliederung liegen vor.

Der Bettenbedarf ist von den verschiedensten Faktoren abhängig. Auf sie brauche ich in diesem Kreis nicht näher einzugehen. Ob die steigende Tendenz der Inanspruchnahme des Krankenhauses allmählich zum Stillstand kommt, vermag ich noch nicht zu beurteilen. Vielleicht zwingen uns die allmählich kaum mehr überschaubaren und in der medizinischen Technik begründeten Kosten zu Überlegungen rationaler Art, die außerhalb des Krankenhauses in all den Bereichen selbstverständlich sind, die sich der modernen Technik bedienen. Entscheidenden, jedoch im voraus kaum meßbaren Einfluß werden Maßnahmen der Gesundheitspolitik haben. Die in der Denkschrift für die Bedarfsberechnung verwendete analytische Methode geht daher von der tatsächlichen Inanspruchnahme des Krankenhauses aus, unterstellt damit, daß die gegenwärtigen, diese Inanspruchnahme bestimmenden Faktoren bleibend und wohl auch richtig sind. Trotz dieser methodischen Schwäche, spricht für diese Art der Bedarfsberechnung, daß sie Erfahrungswerte gibt und auch das Einzugsgebiet berücksichtigt. Die bisher vielfach angewandte Bettenziffernberechnung hat sich längst als unbrauchbar erwiesen. Aus der Zahl der Krankenhausesfälle, der mittleren Verweildauer und dem betrieblich möglichen Ausnutzungsgrad (in Tagen) läßt

sich mit der Formel
$$\frac{\text{(Krankenhausesfälle} \times 19,5)}{300} (= 82,5 \text{ v. H.})$$
 der Bedarf

errechnen. Erfahrungswerte ermöglichen dann auch den weiteren Schluß, wie sich der Bedarf auf die verschiedenen ärztlichen Fachgebiete aufgliedert. Nach

dieser Methode hat sich für Bayern unter Berücksichtigung der vermutlichen Bevölkerungsentwicklung für das Jahr 1970 ein Bedarf von 80 170 Planbetten errechnet. Das bedeutet also gegenüber dem vorhandenen Bestand ein Bettendefizit von über 13 000 Betten (13 558), davon entfallen auf den Ersatzbedarf 7880, auf den Neubedarf 5680. Das sind keine erschreckend hohen Zahlen, wenn man sie in ihrer Größenordnung vergleicht mit der Zahl der (schon als Bestand berücksichtigten) bei Abschluß der Erhebungen im Bau befindlichen Betten von über 9000. Gleichwohl fehlen diese Betten, und zwar vor allem in bestimmten Industriezentren und in Gegenden mit starkem Bevölkerungszuwachs. Nach den Fachrichtungen ist der Bedarf vor allem in der Kinderheilkunde, Urologie, Orthopädie, Röntgenologie und Neurologie bedeutsam, allerdings mit regional nicht unerheblichen Differenzen.

Der Herr Staatsminister des Innern hat bereits vor zwei Jahren aus dem damals noch bescheidenen Material die Grundzüge einer Planung aufzeigen können. In der Zwischenzeit ist bis zum heutigen Tage darüber soviel gesagt und geschrieben worden, daß ich mich auf die wesentlichsten Gedanken beschränken kann, dafür aber den einen oder anderen Punkt mehr als es bisher in der Öffentlichkeit geschah, erläutern kann, besonders, wenn es darum geht, Mißverständnisse auszuräumen.

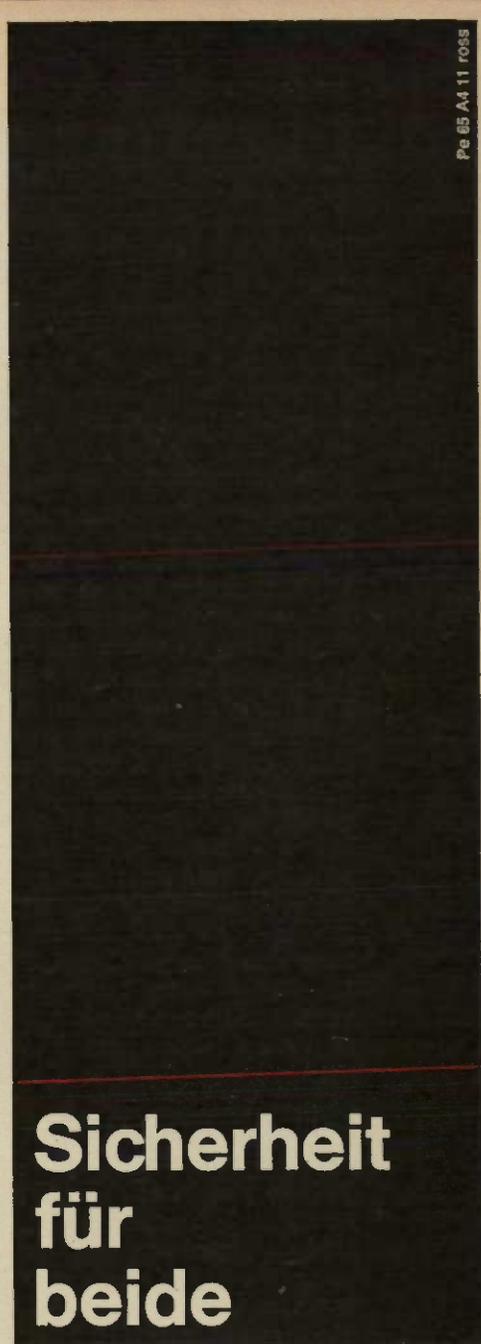
Es ist allgemein bekannt, daß der Krankenhausplan ein geschlossenes System bestimmter Krankentypen vorsieht, das von den Krankenhäusern der Grundversorgung über die der Hauptversorgung zu den Krankenhäusern der Zentralversorgung führt, durch Fachkrankenhäuser ergänzt wird und mit Krankenhäusern, die der Entlastung dienen, durchsetzt ist. Dieses System ist nun keineswegs eine rein theoretische Konstruktion, sondern Folge und Ergebnis der noch fortschreitenden Spezialisierung der Medizin, dann der Forderung nach ökonomischem Einsatz der Einrichtungen. Die Auffächerung der Medizin in die einzelnen Fachrichtungen ist besonders im Krankenhaus unausweichlich geworden. Soll der Patient — und das wünschen wir ja alle — bestmöglich ärztlich betreut werden, dann soll er auch dem Arzt zugeführt werden, der sich seines Leidens besonders annehmen kann. Die spezialisierte Medizin bedient sich heute auch in Diagnostik und Therapie in starkem Maße kostspieliger technischer Geräte und Einrichtungen. Ihr sinnvoller Einsatz verlangt eine Ordnung, die gewährleistet, daß sie den Patienten in weitestgehendem Maße zur Verfügung stehen. Das führt in den einzelnen Fächern zu Mindestgrößen, unter denen die Bereitstellung hochqualifizierter Fachärzte, gut ausgebildeter Hilfskräfte und aufwendiger Einrichtungen schlechterdings nicht verantwortet werden kann. Für die einzelnen Fachrichtungen ergeben sich — bedingt durch den Grad ihrer Inanspruchnahme — recht unterschiedliche Einzugsgebiete. Sie orientieren sich zwangsläufig nicht an politischen Grenzen. Die Qualität der Krankenhausversorgung hängt so entscheidend davon ab, ob ein nach Zweckbestimmung leistungsmäßig sinnvoll abgestuftes und sich ergänzendes Netz von fachlich gegliederten Krankenhäusern vorhanden ist. Je besser es abgestuft und aufgefächert ist, um so weniger Krankbetten werden benötigt und um so besser ist die Leistung. Es ist schließlich auch ein Gebot vernünftiger



**Vertrauen
in das
Medikament**



**Vertrauen
in den
Arzt**



**Sicherheit
für
beide**

Therapeutische Sicherheit ist die erste Bedingung, die Klinik und Praxis an ein Antibiotikum stellen!

Penbrock (Ampicillin) — das erste Breitspektrum-Penicillin der Welt — wird dieser Forderung gerecht, weil es gleichzeitig gegen grampositive und gramnegative Erreger wirkt.

...in der Forschung voraus



Deutsche Beecham GmbH
795 Biberach an der Riss

Mit hohen Blut-, Urin- und Gewebespiegeln bietet es sich besonders an zur Behandlung des Urogenital-Infekts!
Wichtig: Als Penicillin untoxisch!

Penbrock[®]
Ampicillin

Überlegungen, die erstrebte Leistungssteigerung mit einem finanziell vertretbarem Aufwand zu erreichen und die in den Krankenhäusern investierten Werte so sinnvoll wie möglich zu nutzen. Fehlinvestitionen können wir uns nicht leisten.

Es wäre nun irrig, anzunehmen, daß es sich hier um völlig neue Erkenntnisse handelt. Die Entwicklung unserer Krankenhäuser läßt schon, weil es sich ja um ganz natürliche naheliegende Überlegungen handelt, diese funktionelle Gliederung erkennen. Nur dort, wo diese Gesichtspunkte überlagert werden von zwar verständlicher, aber nur örtlicher Sicht entsprungenen Erwägungen, entstehen Lösungen, die entweder ärztlich bedenklich oder wirtschaftlich sinnwidrig oder gar beides zusammen sind. So knüpft die Denkschrift über die Krankenhausplanung an die positiven Tendenzen im bayerischen Krankenhauswesen an und versucht unter Wahrung des Gewordenen, den Bestand in eine für das Ganze sinnvolle Ordnung zu überführen.

Krankenhäuser, die der Grundversorgung, etwa auf Kreisebene, dienen, werden in der Regel die tragenden Fachrichtungen der allgemeinen Krankenversorgung, Chirurgie, innere Krankheiten sowie Gynäkologie und Geburtshilfe umfassen. Stetige Dienstbereitschaft muß gewährleistet sein. Die Fachrichtungen Chirurgie und innere Krankheiten vor allem sollten durch hauptamtliche Ärzte versorgt werden. Wenn freipraktizierende Fachärzte zur Verfügung stehen, empfiehlt es sich, in begrenztem Rahmen auch Betten für andere Fachrichtungen, wie Hals-, Nasen- und Ohren- oder Augenkrankheiten, bereitzustellen. Für die Standortbestimmung ist zu beachten, daß das nächste Krankenhaus der Grundversorgung mit öffentlichen Verkehrsmitteln in der Regel in einer Stunde erreichbar sein soll. Nicht die Entfernung in km ist entscheidend. Die Möglichkeiten, die der moderne Verkehr bietet, dürfen und können nicht ignoriert werden.

Größere Krankenhäuser für die Hauptversorgung der Bevölkerung müssen zunächst die Grundversorgung der näheren Umgebung sicherstellen. Sie verfügen aber außer den Grundfächern über eine Infektionsabteilung und über weitere fachärztlich betreute Disziplinen, wie Abteilungen für Kinderheilkunde, Urologie, Orthopädie, Neurologie oder Haut- und Geschlechtskrankheiten. Sie dienen in der Regel der Versorgung eines größeren Einzugsgebietes, das selbst schon mit Krankenhäusern

der Grundversorgung ausgestattet ist. Diagnostisch und therapeutisch müssen sie hohen Anforderungen auf den wichtigsten Fachgebieten genügen. Die ärztliche Versorgung der Kranken obliegt hier in der Regel hauptamtlichen Ärzten, zumindest aber bei den Fachrichtungen Chirurgie, Innere Krankheiten und Gynäkologie mit Geburtshilfe. Krankenhäuser dieser Zweckbestimmung wird es in jedem Regierungsbezirk mehrere geben.

Zentral wird an einigen Orten, besonders in Städten mit Sitz einer Universität und in bestimmten Großstädten, in Krankenhäusern jede Möglichkeit diagnostischer und therapeutischer Hilfe auf allen medizinischen Fachgebieten geboten werden. Es sind die Häuser der Zentralversorgung. Die Herzlungenchirurgie ist hier ebenso zu Hause wie eine differenzierte Hochvolttherapie. Dieses abgestufte Versorgungsnetz wird ergänzt durch Fachkrankenhäuser. Ihnen kommt naturgemäß fast stets überörtliche Bedeutung zu, und ihr Vorhandensein kann oft bestimmte Abteilungen in Häusern der Grund- oder Hauptversorgung entbehrlich machen. Diesem Versorgungssystem vorgeschaltet sind Krankenhäuser der Entlastungsversorgung. Dafür eignen sich Krankenhäuser, die nach Bettenzahl, fachlicher Gliederung, personeller Besetzung und Organisation den Anforderungen an ein Krankenhaus anderer Funktion nicht entsprechen und sich auch für einen Ausbau dazu nicht eignen. Bei diesen Krankenhäusern, meist kleineren Allgemeinkrankenanstalten, liegt gegenwärtig noch ein Teil der Grundversorgung. Ein Strukturwandel ist bei ihnen anzustreben, damit sie ihrer künftigen Zweckbestimmung gerecht werden können. In ihnen sollen vorwiegend Kranke angenommen werden, bei denen mehr die Pflege und weniger die Behandlung den Aufenthalt notwendig machen. Leichtere Krankheitsfälle, Alters- und sonstige chronisch Pflegekranke oder Rekonvaleszente sollen hier aufgenommen werden, weil die an sich in den meisten Fällen ausreichende häusliche Pflege und hausärztliche Betreuung aus sozialen Gründen scheitert. Solchen Krankenhäusern der Entlastung könnte bei der weiter steigenden Tendenz zur Anstaltsentbindung auch eine Station für Entbindungen angegliedert sein. Allerdings müssen dann räumlich, einrichtungsmäßig und organisatorisch die krankenhaushygienischen Voraussetzungen erfüllt sein. (Fortsetzung folgt)

Revonal®

Revonal® retard

Einschlaf- und Wiedereinschlafmittel

Tabletten zu 0,2 g Methaqualon Packungen mit 10 und 20 Tabletten

Einschlaf- und Durchschlafmittel

Zweischichttabletten zu 0,3 g Methaqualon
Packungen mit 10 und 20 Tabletten

Zwei »patente« Schlafmittel

EMMECH
DARMSTADT

AUS DEM STANDESLEBEN

5. Tagung der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns

am 27./28. November 1965 in München — Eröffnungsansprache des 1. Vorsitzenden Dr. R. Schindlbeck

Es sind nun 5 Jahre, daß unsere Vereinigung neben dem laufenden wissenschaftlichen Vortragsprogramm in München jährlich eine Bayerische Internistentagung abhält. Rückschauend kann man sagen, diese Form der Tagung hat sich für uns ganz von selbst ergeben. Sie ist die zweckmäßigste Art und Möglichkeit, den in der Praxis und am Krankenhaus arbeitenden Internisten jedes Jahr einen repräsentativen Querschnitt der wichtigsten wissenschaftlichen Probleme unseres Fachgebietes zu geben. Dabei bin ich mir in Anbetracht des weiten Sektors der Inneren Medizin und der stürmischen Entwicklung der wissenschaftlichen Forschung darüber klar, es kann sich bei dem Programm von 1½ Tagen nicht um einen Querschnitt, sondern nur um einen Ausschnitt neuerer Erkenntnisse handeln. Trotzdem hat sich gezeigt, daß die fern der wissenschaftlichen Forschung in der Praxis tätigen Internisten diese Form der Tagung im kleineren und persönlicheren Rahmen mit der Möglichkeit der Diskussion und Aussprache sehr schätzen und sie auf keinen Fall mehr missen wollen. Der Zweck soll eine Ergänzung und Sedimentierung zu dem sich in ganz anderen Dimensionen und auf höchster wissenschaftlicher Forschungsebene abspielenden Kongreß unserer Gesellschaft für Innere Medizin in Wiesbaden sein.

Bei unserer Tagung haben wir die Möglichkeit, spezielle, den Internisten interessierende Fragen konzentriert zu behandeln.

Neben der wissenschaftlichen Information möchten wir aber nicht versäumen, am Vorabend der Tagung, jedes Jahr die Möglichkeit zur Aussprache über berufsständige Fragen zu geben. Für diese Aufgabe stehen wir Ihnen auch das ganze Jahr über in beratender Weise zur Verfügung, und wir bitten Sie, davon Gebrauch zu machen.

Wenn man auch eine mangelhafte Diagnose nicht durch eine umfangreiche Therapie ersetzen kann, so hängt das Heil der uns anvertrauten Kranken letztendlich doch von einer richtigen Therapie unter Berücksichtigung neuester Forschungsergebnisse ab. Um Ihnen

bei dem kaum mehr zu übersehenden Angebot neuer Medikamente und neuer technischer Behandlungsmethoden den so notwendigen kritischen Überblick leichter zu gestalten, haben wir dieser Tagung eine pharmazeutische und medizinisch-technische Ausstellung angeschlossen. Den ausstellenden Firmen möchte ich für die viele Mühe und Arbeit, die sie auf sich genommen haben und für die guten Voraussetzungen zur Information unseren Dank sagen.

Erst vor einigen Wochen hat unsere Bayerische Internistenvereinigung in würdiger Weise des 100. Geburtstages Ernst von ROMBERGs gedacht, jenes bedeutenden und uns unvergessenen Münchner Klinikers. Aus einem Vortrag über „Lehren und Lernen“, den Romberg 1929 hielt, möchte ich folgende auch für unsere Situation aktuellen Sätze zitieren:

„Die am Krankenbett vom Schüler erworbene Erfahrung ist als Führerin zur Erwerbung eines geordneten Wissens unentbehrlich. Die zuerst schwierige Technik der verschiedenen Untersuchungsmethoden muß so gemeistert werden, daß ihre Anwendung keine Mühe mehr macht, und die ganze Aufmerksamkeit auf die Ergebnisse konzentriert werden kann. Zu dem durch Erfahrung und Studium erworbenen Wissen muß sich das Können gesellen.“

Soweit Ernst von Romberg.

Die Bedeutung der vielen wissenschaftlich erarbeiteten Detailbefunde in der Inneren Medizin ergibt sich immer erst aus der Wertigkeit, die ihnen bei der Diagnostik und Therapie am Krankenbett zukommt. Hier findet eine Läuterung des erarbeiteten Wissens statt, die dazu führt, dem Arzt das notwendige Können zu vermitteln, das zur Abklärung und sicheren Behandlung des „Individualfalles“ notwendig ist. Dabei wird für unsere Bemühung in Forschung und Praxis nie ein Ende abzusehen sein, sondern mit ständiger geduldiger Bereitschaft müssen wir bemüht sein, diesen Prozeß der Synthese von theoretischer Forschung, Erarbeitung konkreten Könnens und Lehre aus wissenschaftlicher Gesamtschau fortzusetzen.

Lohnende Schmerztherapie

ZENTROMID

Pro Drogée:

Diphenylhydantoin 0,1 g
Koffein 0,025 g

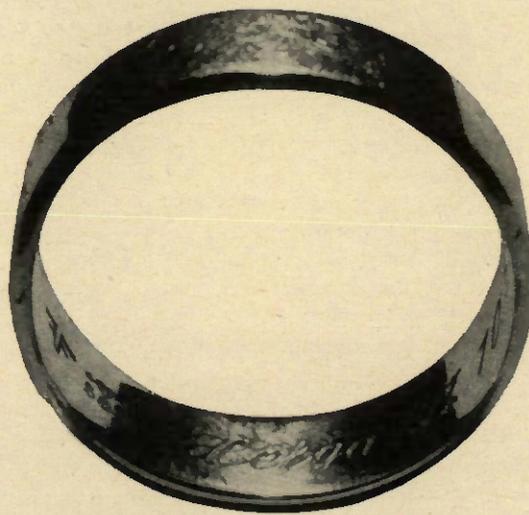
O. P. 25, 100 Drogées

Trigeminus-Neuralgie
genuine Migräne
Kopfschmerzanfälle
Gesichtsneuralgien



IFAH GMBH
2 HAMBURG 22

Signale beginnender Herzinsuffizienz



Theo-Lanicor[®]

Wenn der Patient sagt, daß er den Ring nicht mehr vom Finger bekommt, ist dies oft ein Zeichen der beginnenden Herzinsuffizienz (Ödemneigung).

Wird bei der Untersuchung dieser Verdacht bestätigt, dann ist die Herzstütze mit Digitalis angezeigt.

Schon in diesem frühen Stadium mit der Digitalistherapie beginnen, heißt die Prognose der Herzinsuffizienz entscheidend verbessern.

Besonders gut geeignet ist aufgrund seiner Zusammensetzung Theo-Lanicor:

Lanicor (Digoxin) steigert zuverlässig die Kontraktionskraft des Herzmuskels, die Purinkörper Theophyllin und Theobromin verbessern zusätzlich die Coronardurchblutung und regen die Diurese an.

Tagesdosis für die Dauertherapie
3 x 1 Dragée $\frac{1}{8}$, 1-2 x 1 Dragée $\frac{1}{4}$
oder 3 x 5-10 Tropfen.

mannheim
boehringer

20 Dragées $\frac{1}{8}$ DM 1.85 o.U.

20 Dragées $\frac{1}{4}$ DM 2.55 o.U.

10 ml Liquidum DM 3.55 o.U.

Der Schweizer Kliniker LÖFFLER sprach hier von einer Wechselwirkung der Fragestellungen an die klinischen und theoretischen Fächer, in der Regel vom Krankenbett ausgehend. Die Antworten, über das Experiment gewonnen und erzwungen, kehren ans Krankenbett zurück.

Daß es nicht nur für die medizinische Wissenschaft schwierig wird, neue theoretische Erkenntnisse kritisch und fruchtbringend in die Form des konkreten Könnens einzuordnen, ist aus einer kürzlichen Äußerung des englischen Mathematikers M. P. BARNET ersichtlich, der sagt:

„Die Wissenschaft könnte in nicht allzuferner Zeit in eine Situation geraten, in der sie Gefahr läuft, in der Fülle der von ihr selbst entdeckten und produzierten Informationen zu erstickten. Mindestens die Hälfte der zwei Millionen jährlich erscheinenden wissenschaftlichen Arbeiten sind bloße Wiederholungen von Publikationen, die dem jeweiligen Autor lediglich nicht bekannt geworden sind.“

Ich glaube, ähnliche Gefühle könnten uns beschleichen, wenn wir an die medizinische Literatur denken.

Wir wissen alle, daß die Entwicklung der Medizin immer mehr in die Richtung einer weit differenzierten Spezialisierung geht. So sind wir heute gezwungen, uns nicht nur in unserem Land, sondern auch bei Besprechungen auf EWG-Basis sehr ernsthafte Gedanken zu machen, welche Stellungnahme wir zu diesem Problem der Spezialisierung einnehmen sollen. Was die Innere Medizin in Deutschland betrifft, kann man auf eine erfreuliche Entwicklung hinweisen. Zeitweilige Pressemeldungen, die besagen, die Ausbildung der deutschen Ärzte könne mit der im Ausland nicht mehr Schritt halten, treffen bestimmt nicht zu. Verhandlungen mit den ausländischen Kollegen zeigen, daß man sich dort erst vielfach darum bemüht, den Facharzt für Innere Medizin, der bei uns schon seit langem ein fester Begriff ist, neu einzuführen.

Dabei stellte auch schon bisher in diesen Ländern der erfahrene Diagnostiker einen übergeordneten Begriff bei der Synopsis schwer zu deutender Detailbefunde dar. Zweifellos gibt es in den EWG-Ländern ganz hervorragende Forschungsstätten und Forscher auf allen Detailgebieten der Inneren Medizin, den Internisten mit der in Deutschland üblichen breiten und umfassenden Ausbildung gibt es aber vielfach nicht. Die Ausbildung der jungen Ärzte im Ausland ist manchmal deshalb schwieriger, weil sie sich nicht überall, wie bei uns, in ausreichend bezahlten Stellen mit Muße in der notwendigen Weise ihrer Ausbildung widmen können. Auch in Amerika sind die Verhältnisse nicht so günstig wie bei uns. Daß diese Form des Arztseins, die in Deutschland ein Ergebnis einer jahrzehntelangen hervorragenden klinischen Schule ist, nicht durch noch so gut eingerichtete Untersuchungszentren oder durch den Arztbeamten ersetzt werden kann, wird heute kaum noch angezweifelt.

Eine besondere Genugtuung ist es mir aber, darauf hinzuweisen, daß die von unserer Bayerischen Internistenvereinigung ausgehenden jahrelangen Bestrebungen, eine Brücke herzustellen zwischen den Vertretern der wissenschaftlichen Forschung in den Universitätskliniken und den in freier Praxis tätigen Internisten, sehr von Erfolg begleitet waren. Dieses Bestreben war uns deshalb ein ernstes Anliegen, weil

37. Augsburger Fortbildungskurs für praktische Medizin:



25. bis 27. März 1966

Programm siehe Seite 73

manche vorwiegend mit den Aufgaben der wissenschaftlichen Forschung beschäftigten Vertreter der Universitäten immer mehr und zwangsläufig einer Spezialisierung auf allen Teilgebieten zustrebten. Es war uns klar, die Konturen und Belange der Inneren Medizin in der Praxis würden bald ganz andere als die eines Teamworks spezialisierter Forscher in der Klinik. Andererseits wären wir der Auffassung, es handle sich hier nur um zwei Erscheinungsformen eines zusammengehörigen und sich reziprok in Wissenschaft und Praxis ergänzenden Fachgebietes, dessen Zerschlagung für beide Teile nur negative Auswirkungen haben könnte.

Ich glaube, es ist an der Zeit, den Vertretern unserer wissenschaftlichen Gesellschaft, besonders in der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, unseren Dank zu sagen, weil sie uns bei der Bearbeitung der auftauchenden Fragen in aufgeschlossener Weise unterstützt haben, so bei der Gründung des Berufsverbandes Deutscher Internisten, wie auch bei der Gründung unserer Zeitschrift „Der Internist“.

Von der Sache her ergab sich rasch und immer wieder, daß alle auftauchenden Probleme das Wohl und Wehe der Wissenschaftlichen Gesellschaft und unseres Berufsverbandes in gleicher Weise berührten. So konnten gemeinsame Beratungen auf vielen Gebieten erfolgreich zum Abschluß gebracht werden, z. B. bei einem neuen Vorschlag zur Facharztausbildung, zur Abgrenzung des internen Fachgebietes gegen andere Fachgebiete u. ä.

Auch die heutige Tagung ist wieder ein Ausdruck dieser Zusammenarbeit, und ich möchte an dieser Stelle Herrn Professor SCHWIEGK, Direktor der I. Medizinischen Klinik, Herrn Professor BODECHTEL, Direktor der II. Medizinischen Klinik, und Herrn Professor SEITZ, Direktor der Medizinischen Poliklinik, unseren aufrichtigen Dank aussprechen, weil sie und ihre Mitarbeiter sich wieder in so aufgeschlossener und uneigennütziger Weise zur Durchführung dieser Tagung zum Nutzen der in der Praxis tätigen Kollegen zur Verfügung gestellt haben.

Ich bin überzeugt, daß die zwei vor uns liegenden Tage für beide Teile fruchtbar und gewinnbringend sein werden, und in dieser Hoffnung eröffne ich die 5. Bayerische Internistentagung.

Berichtigung:

In der Dezember-Ausgabe wurde als Tagungsort des Wissenschaftlichen Abends der Vereinigung der Fachärzte für Urologie in Bayern vom 21. 1. 1965 Münster genannt. Die Fortbildungsveranstaltung fand aber in München statt.

Außerordentliche Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns am 8. Januar 1966

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns wurde am 8. 1. 1966 durch den Vorstand über das Ergebnis der Verhandlungen mit den Vertretern der RVO-Kassen in Bayern unterrichtet. In diesen Verhandlungen wurde ein „Muster-Gesamtvertrag“ erarbeitet, der die Einzelleistungsvergütung durch die RVO-Kassen im einzelnen regelt und der sämtlichen bayerischen RVO-Kassen von ihren Landesverbänden und der KVB zur Übernahme empfohlen werden soll.

Ab 1. 4. 1966 werden alle RVO-Kassen in Bayern eine Gesamtvergütung an die KVB bezahlen, die sich aus den einzelnen Leistungen des Kassenarztes, bewertet nach den einfachen Sätzen der Gebührenordnung für Ärzte vom 18. 3. 1965, errechnet (§ 368 f, Abs. 3 RVO). Die Vertreterversammlung faßte nach eingehender Diskussion folgenden Beschluß:

„Trotz Bedenken gegen einige Bestimmungen des vorliegenden Musters eines Gesamtvertrages und seiner Anlagen empfiehlt die Vertreterversammlung dem Vorstand, die Gesamtverträge mit den bayerischen RVO-Kassen entsprechend dem Vertragsmuster abzuschließen, wobei Besonderheiten der einzelnen Bezirksstellen nach Möglichkeit berücksichtigt werden sollen.“

Dr. Melder

Vorsitzender der Vertreterversammlung

70 Jahre im Kampf gegen die Tuberkulose

Die bittere Tatsache, daß am Ende des vorigen Jahrhunderts noch jeder dritte Deutsche im Alter zwischen 15 und 60 Jahren nach schweren Leiden vorzeitig durch die Schwindsucht dahingerafft wurde, ist heute vergessen.

Daß dieser Kampf gegen Siechtum und Tod so erfolgreich geführt werden konnte, ist nicht zuletzt auf das Wirken des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose zurückzuführen, das vor 70 Jahren aus dieser Not heraus ins Leben gerufen wurde. In seinen Reihen haben sich in diesen Jahrzehnten alle Kräfte zusammengefunden, die in der Medizin, in der Sozialpolitik, in der privaten und öffentlichen Wohlfahrtspflege den Kampf gegen die Tuberkulose auf das mit dem doppelten roten Kreuz gekennzeichnete Banner geschrieben hatten.

Die starke und segensreiche Wirkung, die in diesen Jahrzehnten vom Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose ausgegangen ist, kam im Oktober 1965 zu einem besonderen Ausdruck in der XVIII. Internationalen Tuberkulose-Konferenz in München, in der sich Organisationen aus 80 Nationen der Erde zusammengefunden hatten.

Der gesundheitspolitische Effekt dieser zentralen Bestrebung zur Tuberkulosebekämpfung kommt in Deutschland und in anderen Kulturländern in einem Rückgang der Tuberkulose als Erkrankung und vorzeitige Todesursache auf etwa ein Zehntel der Zahlen aus dem Beginn der Arbeit vor 70 Jahren erfreulich zum Ausdruck. In den sogenannten Entwicklungsländern, deren Bevölkerungen immer noch den größeren Teil des Erdkreises ausmachen, ist aber heute die Schwindsuchtsnot noch so groß wie in Deutschland vor 70 Jahren.

Die deutsche Volksgesundheit noch mehr als bisher von der Bedrohung durch die Tuberkulose zu befreien und den 15 Millionen zu helfen, die alljährlich auf der Erde an Tuberkulose erkranken, und die 2 bis 3 Millionen Todesopfer zu mindern, ist die Aufgabe, die dem Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose für die kommenden Jahre und Jahrzehnte gestellt ist.

Franz-Redeker-Preis 1966

Das Präsidium des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose hat auch für das Jahr 1966 den Franz-Redeker-Preis in Höhe von 4000 DM für eine bisher noch nicht veröffentlichte wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der Tuberkulosebekämpfung in sozialhygienischer Hinsicht gestiftet. Dieser Preis kommt für eine oder mehrere, höchstens jedoch für 3 Arbeiten zur Verteilung.

Der Einsendeschluß für die Arbeiten zum Franz-Redeker-Preis 1966 ist der 31. Juli 1966.

Bewerbungsberechtigt sind alle Personen, die sich beruflich mit der Tuberkulosebekämpfung in Deutschland beschäftigen.

Die Manuskripte sind ohne Namensnennung an das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, 89 Augsburg, Schießgrabenstraße 24, einzureichen.

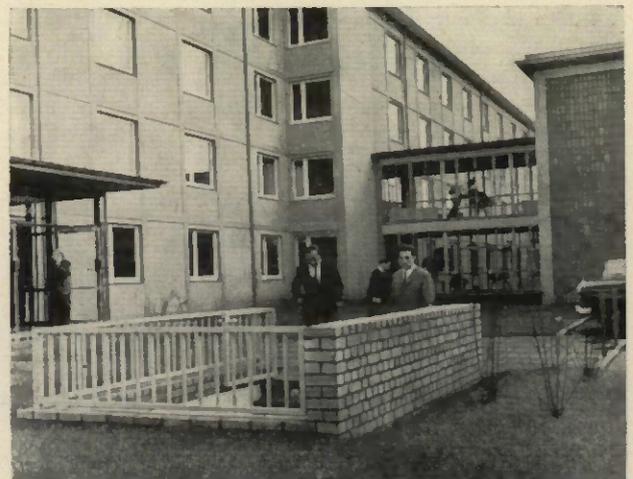
Ortsbenennungen sind im Text nach Möglichkeit nur durch den Anfangsbuchstaben des Ortes zu bezeichnen, um dadurch dem Preisrichterkollegium keine unmittelbaren Hinweise auf den Bewerber zu geben.

In einem Begleitschreiben ist die volle Anschrift des Verfassers anzugeben.

Das erste strahlensichere Hilfskrankenhaus fertiggestellt

Als Modellfall für 191 in Bayern vorgesehene Objekte als Ausweich- und Hilfskrankenhäuser wurde das Hilfskrankenhaus in Gunzenhausen fertiggestellt. Es umfaßt 94 Räume, die unterirdisch angelegt und trümmer- und strahlensicher sind.

Das Krankenhaus hat 500 Krankenbetten und 5 Operationsräume. Es ist die erste Einrichtung dieser Art in der Bundesrepublik.



EINGANG ZUM HILFSKRANKENHAUS

Es ist unter einer Berufsschule angelegt und soll nicht nur im Verteidigungsfalle, sondern auch bei größeren Katastrophenfällen zur Aufnahme von Verletzten dienen.

Bild: INTERFOTO/Voss

Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

36. Vortragsreihe vom 24. bis 26. September 1965 — Leitung: Professor Dr. A. Schretzenmayr

Der reiche Besuch des 36. Augsburger Fortbildungskongresses war nicht nur ein Zeichen für den guten Ruf, den sich vorangegangene Kongresse erworben hatten, sondern auch eine Bestätigung für das Interesse am diesmal gestellten Thema: „Äußere Zeichen innerer Erkrankungen“.

Professor Dr. SCHRETZENMAYR versteht es, aus seiner reichen Praxiserfahrung heraus, immer wieder diejenigen Gebiete und Fragen, die für den praktisch tätigen Arzt von besonderer Aktualität und Bedeutung sind, aufzugreifen und zu einem interessanten Kongreßthema zu formen. Diesmal sollte, im medizinischen Zeitalter der chemischen Analysen, die Bedeutung der unmittelbaren körperlichen Untersuchung, der Inspektion, des diagnostischen Blickes, ins rechte Licht gerückt werden. Muß doch der in der Praxis stehende Arzt aus dem gewonnenen Gesamteindruck heraus die weitere Diagnostik und Therapie lenken. Es steht ihm nicht von vorneherein ein breites Repertoire chemischer Analysen und physikalischer Meßwerte zur Verfügung. Aber auch der Kliniker wird sich ohne einen Gesamteindruck vom Patienten, allein auf technische Untersuchungsmethoden vertrauend, nur ein unvollkommenes Bild machen können.

Für die etwa 1000 Ärzte, die den Kongreß besuchten, mag diesmal wohl auch der äußere Rahmen eine besondere Anziehungskraft gehabt haben. War doch die Besuchsmöglichkeit der Holbein-Ausstellung großer Anziehungspunkt, denn in der hier gebotenen Zusammenstellung war die Ausstellung einzigartig und für die nahe Zukunft wohl kaum wiederholbar.

Eine weitere, internationale Ausstellung war unmittelbar an den Kongreß angeschlossen: „Documenta psychopathologica — künstlerisches Schaffen Geistesgestörter“. Die ausgestellten Bilder gaben somit eine tief sinnige Ergänzung zum Kongreßthema. Zum weiteren Rahmenprogramm gehörte auch der Film „Illusionen, Halluzinationen, Visionen“ über das künstlerische Schaffen Geisteskranker in der Nervenheilanstalt Haar bei München.

Am Abend vor dem offiziellen Kongreßbeginn wurden auch Filme gezeigt, die eine große Besucherzahl anzogen: „Diabetes heute; Migräne; Strahlenschutzmaßnahmen gegen Kernwaffen; Pathologische Veränderungen am menschlichen Körper durch Strahlenschäden“. Auch Besichtigungsfahrten, klinische Visiten und Demonstrationen in den Städtischen Krankenhäusern waren, wie immer, ein Bestandteil des Kongresses.

Im Erythroblastose-Seminar, das dem Kongreß parallel lief und von Chefarzt Dr. GATHOF (Blutspendedienst des Bayerischen Roten Kreuzes) geleitet war, trafen sich nicht nur interessierte Ärzte und Laborpersonal, auch die Blutspezialisten großer Kliniken waren anwesend.

Wenn der Kongreß auch mit vielen Bilddemonstrationen, vor allem auf den visuellen Eindruck, ausgerichtet war, soll hier doch versucht werden, eine Zusammenfassung wesentlicher Gedanken der einzelnen Vorträge zu geben.

Professor Dr. K. Ph. BOPP, Bad Ems:

„Beziehungen zwischen Haut und inneren Organen“

Die Betrachtung des Kranken ist nach wie vor die Grundlage jeder ärztlichen Diagnose. Trotz der Erfolge naturwissenschaftlich-technischer Methoden sollte der Wert und die Bedeutung der direkten Beziehung zwischen Patient und Arzt nicht unterschätzt werden. Ungeachtet aller modernen apparativen Voraussetzungen soll der Arzt im Rahmen seines jeweiligen Fachgebietes den Patienten als Gesamtindividuum untersuchen und behandeln. Das Sammeln von biologischen, chemischen und radiologischen Daten allein, ohne ausreichende Kenntnis des Patienten wird immer nur zu ungenügenden Ergebnissen führen.

Aus dem Gesamteindruck, den der Kranke bei der äußerlichen Betrachtung bietet, ist der Haut eine entscheidende Bedeutung beizumessen.

Wichtig für die visuelle Diagnostik sind die Lichtverhältnisse, da fälschlich blasses-fahles Aussehen, ebenso wie andere Abweichungen von der Norm, vorgetäuscht werden können. Am besten ist Tageslicht, und für die Untersuchung ein Platz nahe dem Fenster. Wichtig ist die gleichzeitige Betrachtung der Schleimhäute, da deren gute Durchblutung z. B. gegen eine Anämie bei sonst blassem Aussehen spricht.

Blutungen im Bereich der Haut sollten durch Überprüfung des Gerinnungssystems und der Blutmorphologie abgeklärt werden. Der positive Dermographismus weist auf vegetative Störungen hin, sollte jedoch nicht überbewertet werden. Eine schlaffe und ausgetrocknete Haut findet sich vor allem bei Hungerzuständen und malignen Erkrankungen. Bei roten Striae sollte man neben dem echten Cushing-Syndrom auch an die kontinuierliche Kortikosteroidmedikation denken.

Zyanosen finden sich neben der Polyglobulie bei Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems und bei respiratorischer Insuffizienz.

Unter den Pigmenten, die in der Haut vorkommen, lassen sich drei Gruppen hervorheben:

1. Die vom Blutfarbstoff abstammenden Pigmente, die bei den verschiedenen Ikterusformen eine Rolle spielen;
2. das Melanin, das sich in der Haut vermehrt bei Morbus Addison (Nebennierenrindeninsuffizienz) findet, und
3. die Lipochrome und Luteine, die bei der Xanthosis diabetica und hyperlipämica von Bedeutung sind.

Neben anderen Pigmenteinlagerungen, wie sie bei Hämochromatose und Porphyrie auftreten, ist auch an die Einverleibung von Farbstoffen medikamentöser oder industrieller Genese zu denken.

Weitere wichtige Punkte für den Gesamteindruck der Körperoberfläche sind der Feuchtigkeitgrad der Haut (durch Befühlen besser feststellbar als durch Betrachten), verstärkte Venenzeichnungen, Schwellungen, Lymphknotenveränderungen. Die typischen Hautveränderungen bei klassischen Infektionskrankheiten, wie Masern, Röteln und Scharlach, bieten schließlich das beste Beispiel für die Beziehungen zwischen der Inneren Medizin und der Haut.



Prof. Dr. A. Schretzenmayer, Augsburg



Prof. Dr. K. Ph. Bopp, Bad Ems



Doz. Dr. H. Fischer, Tübingen

Dozent Dr. H. FISCHER, Tübingen:

„Morbus Boeck, Haut-, Schleimhaut- und Drüsen-Tbc“

Tuberkulose und Sarkoidose werden besonders häufig sowohl in Ihren kutanen als auch in Ihren viszeralen Manifestationen miteinander verwechselt. Gerade die Hautmanifestationen erlauben sehr oft die richtige Diagnose und ersparen dann größere diagnostische Eingriffe. Das histologische Substrat der Sarkoidose ist, wie das aller anderen Granulome einschließlich des Tuberkels, keineswegs spezifisch im Sinne von VIRCHOW.

Neben den „spezifischen“ Erregern sind noch andere Faktoren wirksam, die die Ausbildung der geweblichen Morphe beeinflussen. So entsteht z. B. die Tuberculosis verrucosa auf Grund exogener Reinfektion, die Tuberculosis fungosa serpiginosa nach per contiguitatem erfolgter Autoinokulation im Greisenalter. Ein vollkommenes tuberkulöses Knötchen findet sich dagegen nur als Ausdruck einer besonders gut ausgebildeten Abwehr beim Lupus miliaris disseminatus faciei.

Beim Erythema nodosum spielen wirtsspezifische Einflüsse eine noch viel größere Rolle. Es kann daher neben Tuberkelbakterien auch durch andere Bakterien, Viren, Plasmodien, Pilze und Arzneimittel (v. a. Sulfathiazol) ausgelöst sein. Durch die verschiedene Lokalisation in den einzelnen Hautschichten entstehen die verschiedenen Erscheinungsformen der Tuberkulide, wie Sarkoid-Darier-Roussy, Erythema induratum Bazin, die papulonekrotischen Tuberkulide und der Lichen scrophulosus. Um echte Organtuberkulosen handelt es sich beim Lupus vulgaris und bei der kolloquativen Hauttuberkulose. Der Lupus vulgaris erscheint immer als Fleck, was auf die unscharfe Begrenzung des tuberkulösen Knötchens durch einen lymphozytären Randwall und die Neigung zur Konfluenz zurückzuführen ist. Die Sarkoidose dagegen bewahrt unter dem Druck des Glasspatels eine staubförmig-granulierte, cayennepfefferartige, graubraun-gerstenzuckerfarbene Oberfläche.

Auch das klinische Bild der Sarkoidose kann, wie das der Tuberkulose, vielgestaltig erscheinen: Neben Knötchen und knotenförmigen Veränderungen aller Größen können flächenhafte Konfluenz ebenso wie exanthematische Aussaat gefunden werden.

Die tuberkulöse Ätiologie des Morbus Boeck wird abgelehnt. Bemerkenswert sind neueste Untersuchungen von CHAPMANN und MANKIEWICZ, wonach sowohl Tuberkulose- wie Sarkoidosekranke viele Bakteriophagen beherbergen. Die Sarkoidosekranke können dagegen keine Antikörper entwickeln.

Bei Hauttuberkulose wird die übliche tuberkulostatische Therapie angewandt. Operationen und Röntgenbestrahlung erkrankter Lymphknoten sind überflüssig geworden.

Der Morbus Boeck kann im I. Stadium spontan abheilen. Sonst gibt man bei Morbus Boeck Prednison oder Prednisolon in einer Anfangsdosierung von 40 mg tgl., Erhaltungsdosis 10—15 mg tgl. Allerdings verstärken Kortikoide die Fibrosierungsneigung des Morbus Boeck, was sich an der Lunge ungünstig auswirken kann. Tuberkulostatika werden nur prophylaktisch gegeben.

Professor Dr. W. SCHNEIDER, Tübingen:

„Berufskrankheiten der Haut“

Die Berufsdermatosen stehen heute im Bundesgebiet nach der Staublungenerkrankung an zweiter Stelle mit etwa 20% aller Berufskrankheiten. Ausländische Autoren nehmen sogar 50% und mehr an. Die starke Zunahme der Berufsdermatosen wird begünstigt durch zahlreiche neue Verbindungen, Werkstoffe, Kunststoffe, Mineralölzubereitungen, Lösungsmittel u. a., die neben der privaten v. a. auch in der beruflichen Sphäre ihre Wirkung ausüben. Aber auch die Mykosen sind in der Zunahme begriffen.

Die häufigsten Berufe, in denen Hautschäden beobachtet werden, sind Metallarbeiter (im Ölmilieu), Maler, Spritzlackierer, Bauarbeiter und Heilberufe. Die häufigste Berufskrankheit der Haut ist das Ekzem. Zwei Gruppen von Berufsekzemen sind streng zu unterscheiden, einerseits die Abnutzungsdermatose als Folge einer obligaten physikochemischen Schädigung und andererseits die Kontaktdermatitis als fakultatives Sensibilisierungsekzem. Die Abnutzungsdermatose entsteht z. B. durch Entfettungsmittel, Alkalien, aber auch schon durch reines Wasser nach langdauernder Einwirkung. Der oblligate Hautschaden ist ein Produkt aus Konzentration und Zeit. Das durch Entfettung und Austrocknung geprägte klinische Bild zeigt sich vorwiegend in einem hyperkeratotisch rhagadiformen Ekzem. Die Hautteste (Läppchenteste) fallen hier meist negativ aus. Die Kontaktdermatitis zeigt dagegen immer positive Tests. Hier handelt es sich um ein akutes Bild mit mehr oder weniger scharfer Abgrenzung in Kongruenz mit dem Kontakt Ereignis. Beachtlich sind die Beziehungen zwischen Abnutzung und Sensibilisierung, denn eine trockene und rissige Haut begünstigt das Eindringen chemischer und bakterieller Sensibilisatoren.

Dem Ekzem als epidermal-allergische Reaktion vom sogenannten Spättyp steht die Urtikaria als kutan-vaskuläre Frühreaktion gegenüber.



Priv.-Doz. Dr. H. Michel,
Berlin



Prim. Dr. R. Schindl,
Linz



Prof. Dr. R. Pfister,
Karlsruhe

Die Prophylaxe der Berufsdermatosen erfaßt die sogenannte konservierende Hautpflege mit Salben und Emulsionen einerseits und das rein protektive Vorgehen (gegen Sensibilisierung) andererseits. Eine gute Hautschutzsaibe sollte sowohl haften als auch undurchlässig sein. Das günstige Vaselin und Lanolin werden vom Arbeiter wegen Geruch und Klebrigkeit meist abgelehnt. Silikonöle haben eine Trennschichtwirkung, die jedoch im Rahmen der einzelnen Emulsionen zum größten Teil verloren geht. Spezielle Hautschutzpräparate sollen schädliche Allergene chemisch abbauen. So werden z. B. mit Hydrochinon sechswertige Chromverbindungen in unschädliches dreiwertiges Chrom übergeführt. Mit einer Eiweißsalbenschicht läßt sich ein Schutz gegen den schädlichen Formaldehyd erzielen, indem dieser seine irreversiblen Methylenbrücken gebildet hat, bevor er mit dem Hautkeratin reagieren kann.

Privatdozent Dr. H. MICHEL, Berlin:

„Überempfindlichkeitserscheinungen gegen Arzneimittel und moderne Industriestoffe aus der Sicht des klinischen Immunologen“

Es lassen sich zwei Gruppen von Schäden unterscheiden, die durch unerwünschte und nachteilige Folgen medikamentöser Behandlungsmethoden ausgelöst sein können: Einerseits die paratherapeutischen Schäden, die unmittelbar nach Verabreichung eines Medikamentes auftreten können, z. B. Giftwirkungen und anaphylaktische Überempfindlichkeitsreaktionen, andererseits metatherapeutische Schäden, die in zeitlichem Abstand von der therapeutischen Anwendung auftreten. Analoges gilt für die modernen Industriestoffe. Allergische Überempfindlichkeitsreaktionen gleichen nicht der klinisch-pharmakologischen oder klinisch-toxikologischen Wirkung der betreffenden Verbindung. Die Periode der Sensibilisierung kann von Tagen bis Jahren schwanken. Chemisch nicht verwandte Medikamente und Industriestoffe vermögen ähnliche oder gleiche Überempfindlichkeitsreaktionen auszulösen. Die histologischen Veränderungen sind bei zahlreichen Überempfindlichkeitsreaktionen meist unspezifisch. Das klinische Erscheinungsbild einer Überempfindlichkeitsreaktion gegen eine bestimmte chemische Verbindung ist im Wiederholungsfalle immer das gleiche. Der lückenlose Beweis einer Allergisierung kann schließlich durch den Antikörpernachweis in vitro oder durch den passiven Übertragungsversuch auf das Versuchstier erbracht werden.

Viele Allergene sind Halbantigene (Haptene), die ihren Vollallergen-Charakter erst durch Eiweißkoppelung erreichen.

Dies gilt auch für alle möglichen zahnärztlichen Fremdstoffe im Mund. Die Identifizierung von Allergenen auf dem zahnärztlichen Gebiet geschieht durch Anamnese, klinische Symptomatik sowie Eliminations- und Expositionsversuch.

Seit zwei bis drei Jahren ist die sog. Haarspraykrankheit im Gespräch, eine eigenartige Lungenfibrose vermutlich auf allergischer Basis. Die Diskussion über dieses Krankheitsbild ist noch nicht abgeschlossen.

Berufsbedingte Inhalationsallergien nach Industrie- und Gewerbestoffen lassen sich durch Kutan- und Intrakutantestungen nachweisen. Viele Halbantigene bedürfen einer Eiweißschleife zur Komplettierung des Halbantigens zum Vollantigen, um nachgewiesen werden zu können. Dies ist nur mit Kunstgriffen möglich. Manche Sensibilisierungen lassen sich nur mit Hilfe von Bronchialtests nachweisen, während Lappchentests und serologische Antikörpernachweismethoden versagen. In der Plastikindustrie wurde eine „Erkältungskrankheit“ beschrieben, bei der es sich um eine Sensibilisierung gegen Toluol-Diisocyanat handelte. In der Aortenklappenchirurgie wiederum wurden hämolytische Anämien beschrieben, die an einen autoimmun-entstehungsmechanismus denken lassen.

Eine Sensibilisierung gegen Plastikbehälter, mit denen Nahrungsmittel aufbewahrt werden, hat sich bis jetzt nicht nachweisen lassen.

Bei Benzoesäure, die in Deutschland zur Konservierung und Schonung von Nahrungsmitteln zugelassen ist, wurde bis jetzt eine Allergie nicht bekannt.

Unerwünschte Medikamentennebenwirkungen manifestieren sich vorwiegend auf hämatologischem Gebiet. Die allergisch bedingten hämolytischen Syndrome beruhen wohl meist auf einer direkten Einwirkung toxischer Substanzen auf die Erythrozyten. Es können jedoch auch im Rahmen einer Arzneimittelallergie Hämolysen entstehen, und schließlich muß man auch noch an eine Enzymopathie denken (Glukose-6-Phosphatdehydrogenase-Mangel). Als auslösende Substanzen kommen in Frage: Aminophenazone, Antihistaminika, Chinin, Chinidin, Paraaminosalicylsäure, Isonicotinsäurehydrazid, Penicillin und Phenacetin.

In ähnlichem Sinne gibt es medikamentenbedingte Leukozytopenien und Agranulozytosen, die auf einer Medikamentensensibilisierung beruhen. Das Allergen wird mit Körperproteinen zum Vollantigen komplettiert, das die Sensibilisierung bewirkt. Bei dem Kontakt des Antigens mit sensibilisierten Leukozyten kommt es durch eine Antigen-Antikörperreaktion zur Agglutination der Granulozyten. Hier kommen als auslösende Substanzen folgende Präparate am ehesten in

Frage: Aminophenazonpräparate, Phenylbutazon, Para-aminosalicylsäure, Quecksilberdiuretika und Tranquillizers. Auch nach Tetanus-Antiserum wurde schon eine Immunoleukopenie beschrieben.

Eine Beziehung zwischen der medikamentösen Allergie und den Kollagenkrankheiten hat das LE-Zellphänomen aufgezeigt, das auch auf allergischer Basis nach Pencillin, Pyramidon, Hydantoin und Sulfonamiden beobachtet werden konnte.

Allergische Thrombocytopenien sind selten; dazu disponieren v. a. Azetolamid, Acetylsalicylsäure, Amidopyrin, Antihistaminika, Chinin und Chinidin, Goldpräparate und Sulfonamide.

Zur differentialdiagnostischen Ergänzung ist zu sagen, daß erworbene hämolytische Anämien auch nicht selten nach Virusinfektionen auftreten können, ebenso bei Kollagenosen, bei verschiedenen Tuberkuloseformen, im Verlauf von Hepatitis oder Leberzirrhose, bei malignen Blutkrankheiten und blastomatösen Prozessen.

Toxische, allergische und anaphylaktische Reaktionen eines Medikamentes sind oft nur schwer voneinander zu unterscheiden. Inkomplette Antikörper an der Erythrozytenoberfläche lassen sich mit Fermenttest (Trypsin, Papain) nachweisen. Weitere diagnostische Möglichkeiten bietet der Coombs-Test.

Für das leukopoetische System steht der Leukozyten-Agglutinationstest sowie der Leukotoxin- und Leukolysintest zur Verfügung. Beim thrombopoetischen System wird der Thrombozytenagglutinationstest und der Thrombozyten-Coombs-Test angewandt.

Serologische Methoden, die weiterhin sehr bedeutend sind für die gesamte Immunhämatologie, sind die Komplementbindungsreaktion, der Antiglobulinkonsumtionstest und Antihumanglobulintest nach Coombs.

Primarius Dr. R. SCHINDL, Linz/Österreich:

„Haut- und Schleimhautdiagnostik beim Bronchialasthma“

Die Abklärung der allergischen Ätiologie eines Asthma bronchiale setzt eine ausgedehnte spezielle Anamnese voraus mit Erfassung der für Allergiemöglichkeiten bedeutsamen Umweltsituation einschließlich einer Inspektion des Patientenmilieus. Reaktionen der Haut und Schleimhaut mittels verschiedener Tests können für die ätiologische Diagnostik des Asthma herangezogen werden. Mit Haut-Tests, die mit handelsfertigen Testseren verschiedener Provenienz und Verdünnungsreihe durchzuführen sind, können wertvolle Hinweise über die Hautreagibilität erhalten werden. Ein endgültiger Beweis kann mit dem Haut-Test jedoch nicht erbracht werden. Allein aufgrund des Haut-Tests sollte noch nicht desensibilisiert werden, da sonst der therapeutische Effekt in Frage gestellt sein kann.

Als weiterer Beweis sollte nunmehr der Allergen-inhalationstest durchgeführt werden, in dem die Reaktion der Bronchialschleimhaut selbst erfaßt werden kann, die sich in einem Bronchospasmus äußert. So kann die tatsächliche Bedeutung eines Allergens am Erfolgsorgan selbst festgestellt und gemessen werden. Der Allergeninhalationstest ist nicht nur für die Diagnostik, sondern auch für den Nachweis des Desensibilisierungserfolgs von Bedeutung. Wegen der Gefahr eines Schocks ist die äußerst genaue Dosierung des Allergens von großer Wichtigkeit. Viele Faktoren, so

u. a. der herrschende Druck, die Luftfeuchtigkeit, die Gasdurchflußmenge, die Tröpfchengröße, die Anzahl der Atemzüge und die Aerosolmenge geben die Grundlage für reichliche Fehlerquellen. Gute Erfolge konnten unter weitgehender Einschränkung der Fehlermöglichkeiten mit Bird Mark 8, einer druckgesteuerten Beatmungsmaschine, erreicht werden. Wichtigste Grundlage dazu ist die genaue Standardisierung der Allergenzufuhr. (Einzelheiten über die Methode siehe „Monatskurse für die ärztliche Fortbildung“, 12/1965, J. F. Lehmanns Verlag, München).

Professor Dr. R. PFISTER, Karlsruhe:

„Haar- und Nagelveränderungen als Symptome einer Lokal- oder Allgemeinerkrankung“

Nagel- und Haarkrankheiten finden sich nicht nur als selbständige Leiden, sondern häufig auch im Verlaufe von Allgemeinerkrankungen, Infektionskrankheiten, endokrinen Störungen, Stoffwechsel- und Nerven-erkrankungen. Der leblose Nagel reagiert viel schwerfälliger und langsamer als ein gutdurchblutetes Organ, womit die Gleichheit oder Ähnlichkeit morphologischer Veränderungen trotz unterschiedlicher ätiologischer Faktoren erklärbar ist.

Diagnostisch zu unterscheiden sind v. a. Veränderungen der Nagelform, der Nagelkonsistenz und der Nagelfarbe. Neben den festzustellenden Erscheinungen am Nagel muß der Arzt anamnestische Erhebungen in die Diagnostik einbauen. Wichtig ist der Hinweis für den Patienten, daß das Nagelwachstum sehr langsam vor sich geht, ein therapeutischer Erfolg sich also erst nach Monaten feststellen läßt.

Parallel verlaufende Längsfurchen oder Leisten sind nicht pathologisch. Querrfurchen kommen zustande durch vorübergehende Matrixschädigung. Länger dauernde oder bleibende Schädigungen an der Matrix führen zur Atrophie des Nagels und zum Nagelausfall. Querrfurchen bzw. Querrinnen finden sich bei schweren Erkrankungen, wie Pneumonie, Masern, Scharlach, Hepatitis, Sepsis, Typhus, Mumps, Angina, Erythrodermie, Pemphigus, Pellagra u. a., nach Operationen, Entfettungskuren, Delirien, akuten Manien, nach therapeutischen Maßnahmen, z. B. Stickstofflost und Urethan. An lokalen Erkrankungen sind für diese Veränderungen v. a. Ekzeme, Panaritien, Paronychien und die Endangiitis obliterans verantwortlich.

Riesenwuchs des Nagels findet man gelegentlich nach Apoplexie und bei Syringomyelie. Kleinwuchs der Nägel findet sich bei Nagelkauern, Sklerodermie, Trophoneurose, genuiner Epilepsie und geistig unterentwickelten Menschen.

Abflachung oder Eindellung der Nägel findet sich bei Wäscherinnen, Molkereiarbeitern und Druckereiarbeitern, aber auch Intoxikationen und Mangelernährung können zu diesen Veränderungen führen, wie Eisenmangel, Pellagra, B₂-Mangel, Dysenterie, auch Tuberkulose, Typhus, Morbus Basedow, Mb. Addison, Mb. Cushing können für derartige Veränderungen verantwortlich sein.

Uhrglasförmige Verformungen, wie sie besonders stark bei Trommelschlegelfingern ausgeprägt sind, finden sich bei Herz- und Pulmonalerkrankungen, die oft mit Zyanose und Hypoxie einhergehen, aber auch bei Leberzirrhose, Kolicis ulcerosa und Myxödem (Einzel-

heiten siehe „Monatskurse für die ärztliche Fortbildung“, 12/1965, J. F. Lehmanns Verlag, München). Vermehrte Nagelsubstanz kommt bei Verbrennungen und Erfrierungen sowie bei Thrombosen vor. Aufspaltungen der Nagelplatte am freien Ende werden durch Myxödem, Avitaminosen und abnorme Austrocknung durch Nagellack bewirkt. Aufspaltung des Nagels in longitudinaler Richtung sieht man bei Ekzemen, Hltzestrahlung und Röntgenspätveränderungen.

Für die Diagnostik sind auch Verfärbungen der Nägel von Interesse. Braunverfärbungen kommen neben exogenen chemischen Einwirkungen bei Thyreotoxikosen und nach Röntgenbestrahlungen vor, sowie bei Arsen- und Goldanwendungen. Bei Herzkrankheiten ist der Nagel livide, bei Polyzythämie dunkelrot, bei Anämie blaßrosa. Schwärzliche Nagelveränderungen finden sich bei diabetischer Gangrän und Thrombose der Arteria brachialis. Punktförmige oder streifenartige weiße Flecken treten nach übertriebenem Maniküren auf (Leukonychie). Totale Weißfärbung tritt bei extremen Schäden durch Laugen, Salpeter- und Nitritlösungen auf.

Abschilfern und Abbrechen des Nagels finden sich nicht selten bei Schäden durch Parfüme, Haaröle, Haarfarben, Dauerwellenflüssigkeit (Friseure) und Lösungsmittel, v. a. auch bei häufiger Anwendung von Nagellack (Austrocknung des Nagels) und übertriebenem Maniküren.

Die Pilzkrankungen der Nägel haben in den letzten 15 Jahren ständig zugenommen. In leichten Fällen verlieren die Nägel ihren Glanz und sind an ihrem Rand graugelb verfärbt, in fortgeschrittenen Stadien sind subunguale Hornauflagerungen und bröckeliger Zerfall zu sehen. Die häufigsten Erreger sind *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes* und *Candida albicans*. Das auffallendste Symptom ist die grünliche Verfärbung. Auch mikrobielle Farbstoffe können Grün- oder Gelbverfärbungen verursachen. Die Candidainfektion löst in Verbindung mit *Pyokokken* die Paronychie aus.

Schließlich sollte man daran denken, daß am Nagelendglied auch gutartige wie bösartige Tumoren vorkommen können.

Ebenso wie die Beschaffenheit der Nägel kann auch die der Haare von diagnostischer Bedeutung sein.

Das frühe Weißwerden der Haare kann familiär bedingt sein. Der physiologische Vorgang des Ergrauen ist noch nicht geklärt. Die Weißfärbung bzw. das Ergrauen der Haare kommt bei Neuralgien, Neuritiden, Nervenverletzungen, bei Kachexie, schlechten Lebensbedingungen und bei Kaltdauerwellen mit Quecksilberpräparaten vor. Depigmentierungen der Haare treten auch nach Pellagra auf, seltener nach Typhus, Malaria und anderen fieberhaften Erkrankungen. Die Ursache der Poliosis, einer umschriebenen Weißfärbung der Haare, ist noch nicht bekannt. Bei der Alopecia areata können die Haare ebenfalls fleckförmig weiß nachwachsen.

Aufspaltungen der Haarspitzen und des Haarschaftes finden sich v. a. als Folge von außen einwirkenden Schädigungen. Vermehrte Sonnenbestrahlung, auch übermäßige Einwirkung künstlicher Höhensonne bewirken derartige Veränderungen, v. a. wenn andere Schäden vorhergehen, wie starke alkalische Shampoos

oder die Austrocknung durch Haarwässer. Durch dauerndes Scheuern der Haare bei Neurodermitis können diese ebenfalls abbrechen.

Der allgemeine Haarausfall ist konstitutionell bedingt, soweit nicht andere Ursachen in Frage kommen, wie Thalliumvergiftung, Hyperthyreose oder Infektionskrankheiten. Auch die Seborrhoe kann zu Haarausfall führen. Bei den Medikamenten sind es v. a. das Endoxan und das Heparin mit seinen Abkömmlingen, die zu diffusem Haarausfall führen können. Zentralnervöse Einflüsse sind für die Alopecia diffusa von großer Bedeutung. Spärliche Genital- und Axillarbehaarung deutet auf einen Hypogonadismus hin. Als exogene Ursachen kommen für den Haarausfall noch Reibung, z. B. beim Säugling, und Lastentragen sowie starker Zug bei bestimmten Modfrisuren oder Lockenwickeln in Frage. Haarlichtungen finden sich bei Verminderung männlicher Hormone. Bei Frauen gilt ähnliches bei Verminderung weiblicher Hormone.

Überbehaarung kann v. a. bei pigmentreichen Individuen mit dunkler Behaarung konstitutionell bedingt sein. Der idiopathische Hirsutismus v. a. bei Mädchen im Pubertätsalter ist familiär bedingt und zeigt keine endokrinen Störungen. Der ovarielle Hirsutismus bei Ovarialtumoren ist ebenso wie die Überbehaarung bei Nebennierenrindentumoren hormonell bedingt. Nach Testosteronbehandlung, ACTH-Verabreichung und jahrelanger Kortisoninnahme kann ebenfalls Überbehaarung auftreten. (Fortsetzung folgt)

Ungedeckter Wechsel auf die Zukunft?

Gastarbeiter als Rentner

„In einem Hüttenwerk des Ruhrgebietes verunglückte vor einiger Zeit ein spanischer Gastarbeiter tödlich. Weil ihm die gleichen Rechte zustehen wie seinen deutschen Kollegen, da er ja auch Beiträge an die Sozialversicherung zu zahlen hatte, erhält jetzt seine Witwe in einem andalusischen Dorf eine Rente von rund 600 DM.“

In den Jahren 1954 bis 1964 haben die Gastarbeiter in der Bundesrepublik 26 Mrd. DM verdient und einschließlich der Arbeitgeberanteile 3,6 Mrd. DM Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung gezahlt. Aus diesen Leistungen erwächst ihnen später ein Anspruch. Schon heute steht fest, daß eines Tages 432 Millionen DM jährlich an Renten ins Ausland überwiesen werden müssen. Eine andere Berechnung geht dahin, daß der westdeutschen Sozialversicherung bereits eine Belastung von insgesamt 7,3 Mrd. DM aus den bisher entstandenen Versicherungsansprüchen erwachsen ist. Solche Summen sollten zu denken geben. Jede weitere Arbeitszeitverkürzung und damit jede Erhöhung der Gastarbeiterzahlen ist ein Wechsel auf die Zukunft. Eines Tages werden ihn die Beschäftigten und die Steuerzahler einlösen müssen. Empfiehlt sich unter diesem Gesichtspunkt wirklich eine weitere Arbeitszeitverkürzung? Ist so gesehen die Anregung des Bundeskanzlers, die tariflich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit um eine Stunde zu verlängern, wirklich eine „unerhörte Herausforderung“, wie es die Gewerkschaften behauptet haben? Eine Stunde Arbeitszeit weniger macht nämlich die Einstellung von weiteren 500 000 Gastarbeitern notwendig, wenn die Arbeitsleistung insgesamt gehalten werden soll.“

(Zitat aus „Süddeutsche Zeitung“ vom 24./25./26. 12. 65)

PERSONALIA

Bayerischer Verdienstorden für Ärzte

Mit dem Bayerischen Verdienstorden wurden am 13. Dezember 1965 durch Ministerpräsident GOPPEL u. a. ausgezeichnet:

Prof. Dr. Kurt LENTRODT, 8 München, Maximiliansplatz 23;

Prof. Dr. Ferdinand MAY, 8 München 27, Pienzenauerstraße 125;

Prof. Dr. Wilhelm ROHRSCHEIDER, 8021 Baierbrunn, Kreuzweiserstraße 2;

Prof. Dr. Albert SCHRETZENMAYR, 89 Augsburg, Karlstraße 5;

Prof. Dr. Gerhard WEBER, 8 München 23, Klementinenstraße 14.

Professor Dr. Walter Büngeler 65 Jahre

Der international angesehene Münchner Pathologe Professor Dr. Walter BÜNGELER, feierte am 30. Dezember 1965 seinen 65. Geburtstag. In Niedermendig/Rhld. geboren, wurde er 1929 Dozent in Frankfurt/M., 1934 apl. Professor, im selben Jahre ordentlicher Professor an der Technischen Hochschule in Danzig, 1936 wurde er Ordinarius und Direktor des Lepra-Forschungsinstituts in Sao Paulo in Brasilien. Dort baute Professor BÜNGELER 1936 das erste pathologische Institut, in dem er bis 1942 als akademischer Lehrer für angehende Ärzte und als Forscher tätig war. Aus dieser Zeit stammen seine zahlreichen wissenschaftlichen Veröffentlichungen über Tropenkrankheiten, in besonderem seine Untersuchungen über die Ansteckungsgefährlichkeit der verschiedenen Leprastadien. Brasilien hat seine Arbeit nicht vergessen, die für das Schicksal vieler Leprakranker — für die Frage, ob ihre Absonderung in Leprosorien notwendig ist oder nicht — entscheidend wurde. 1958 überreichte ihm der brasilianische Konsul in München im Auftrag seiner Regierung als höchste wissenschaftliche Auszeichnung das Komturkreuz des Ordens „Cruzeiro do Sul“.

Nach seiner Rückkehr nach Deutschland hat sich Professor Dr. BÜNGELER besonders der experimentellen Krebsforschung zugewandt. Er kam 1942 nach Kiel und 1956 als Ordinarius und Direktor des Pathologisch-anatomischen Universitäts-Institutes nach München. Lange Jahre war er Generalsekretär des „Deutschen Zentralkomitees für Krebsforschung und Krebsbekämpfung“. Er ist weiterhin in der Gesamtorganisation der Krebsforschung an führender Stelle tätig. Unter seiner Leitung entstand eine Münchner Schule der experimentellen Pathologie.

Professor Dr. Werner Leibbrand 70 Jahre

Professor Dr. LEIBBRAND, Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin an der Ludwig-Maximilians-Universität in München, bis vor kurzem auch in gleicher Eigenschaft an der Julius-Maximilians-Universität in Würzburg, feiert am 30. Januar 1966 seinen 70. Geburtstag. Das „Bayerische Ärzteblatt“ brachte im Jahre 1961 (Heft 2) und 1965 (Heft 3) eine eingehende Würdigung.

Dr. Karl Roth, Darmstadt, 60 Jahre

Am 23. Januar vollendete Direktor Dr. Karl ROTH, Leiter der wissenschaftlichen Abteilungen der E. Merck AG Darmstadt, sein 60. Lebensjahr.

Seit 1956 ist Dr. Roth als Hauptleiter in dem Stammhaus der E. Merck AG Darmstadt tätig.

Seine unermüdlige Schaffenskraft und sein bewundernswertes Temperament gilt dort vornehmlich der Aufgabe, die Merckschen Präparate in aller Welt bekanntzumachen und Hunderte von Mitarbeitern im In- und Ausland für die gemeinsamen Ziele zu begeistern. Trotz seines an Arbeit überreichen Lebens findet er noch Zeit, seine Kraft verschiedenen Berufsorganisationen zur Verfügung zu stellen, seine Tätigkeit als Schatzmeister der Deutschen Pharmazeutischen Gesellschaft seit 1950 beweist es.

Ehrung für Dr. Struppler

Aus Anlaß seines 70jährigen Doktorjubiläums überreichte der Dekan der Medizinischen Fakultät Professor Dr. ZENKER Herrn Kollegen Geheimrat Dr. Theodor STRUPPLER am 26. 11. 1965 das von der Universität und der Fakultät München erneuerte Doktordiplom. Herr Kollege Struppler war 1895 — mit 23 Jahren — der jüngste Doktor der Medizin in Bayern.

FAKULTÄT

Erlangen-Nürnberg

Der Wissenschaftliche Rat und apl. Professor an der Universität Münster Dr. Gerhard KOCH wurde an die Universität Erlangen-Nürnberg berufen und zum ordentl. Professor der Humangenetik und Anthropologie ernannt.

Der o. Professor für Geburtshilfe und Frauenheilkunde und Vorstand der Frauenklinik mit Poliklinik und Hebammenschule Dr. Karl-Günther OBER hat den an ihn ergangenen Ruf zur Universität Bonn abgelehnt. Der ordentl. Professor für Augenheilkunde Dr. med. Eugen SCHRECK hat einen Ruf auf den gleichartigen Lehrstuhl an der Universität Frankfurt erhalten.

Professor Dr. med. R. SCHUBERT, Vorstand der II. Medizinischen Klinik des Städtischen Krankenhauses Nürnberg, wurde vom spanischen Erziehungsministerium auf Vorschlag der Medizinischen Fakultät der Universität Madrid zu Vorträgen und Gastvorlesungen eingeladen.

Der ordentl. Professor für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Dr. med. Dr. med. dent. Gerhard STEINHARDT, Dekan der Fakultät, wurde auf der Jahresversammlung zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde für die nächsten 2 Jahre gewählt.

Der apl. Professor für Physikalische Grundlagen der Strahlenkunde, insbes. Röntgenologie Dr.-Ing. Felix WACHSMANN wurde aus dem Beamtenverhältnis in der Medizinischen Fakultät entlassen, da er sich an die Technische Hochschule nach München umhabilitiert hat.

Dem Privatdozenten für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Dr. med. Dr. med. dent. Helmut SCHULE wurde die Bezeichnung apl. Professor verliehen.

Zu Konservatoren wurden ernannt:

Der Wissenschaftl. Assistent an der Klinik und Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten Dr. Va-

Dolorgiet[®]

flüssig, Salbe, Salbe „forte“, Tabletten

Tiefen wirksam

**stillt Schmerzen
durch Wärme**

**bewährtes,
zuverlässig
schmerzlinderndes
Einreibemittel
bei rheumatischen
und neuralgischen
Beschwerden.
Heil-Tiefenhyperämie**



Dolorgiet
Arzneimittelfabrik
Bad Godesberg

Extern: flüssig	50, 100 und 500 ml
Salbe	25, 38 und 300 g
Salbe „forte“	25 und 300 g
Intern: Tabletten	10, 20 und 250 St.

lentin APLAS, der wissenschaftl. Assistent am Physiologisch-Chemischen Institut Dr. Werner FISCHER.

Dem Wissenschaftl. Assistenten an der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkranke Dr. med. Dr. med. dent. Raimund HARNDT wurde die „venia legendi“ für das Fach Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde erteilt.

Der Oberarzt an der Chirurgischen Klinik Dr. med. Jürgen HOFERICHTER wurde zum Privatdozenten ernannt und erhielt die „venia legendi“ für das Fach „Chirurgie“.

Der Wissenschaftl. Assistent an der Kinderklinik Dr. med. Ulrich STEPHAN wurde mit der „venia legendi“ für das Fach „Kinderheilkunde“ zum Privatdozenten und Oberassistenten ernannt.

München

Der Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik, Prof. Dr. med. Dr. h. c. Rudolf ZENKER, wurde in Philadelphia zum neuen Vizepräsidenten des Internationalen Chirurgen-Kongresses gewählt. In London wurde Prof. Zenker zum Ehrenmitglied der Thoraxchirurgischen Gesellschaft von England und Nordirland ernannt.

Der kommissarische Direktor der Dermatologischen Klinik und Poliklinik, Prof. Dr. C. G. SCHIRREN, wurde von der „Türkischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilologie“ zum Ehrenmitglied ernannt.

Dr. Walter BRENDEL, Privatdozent der Physiologie, wurde mit Wirkung vom 1. 12. 1965 die Bezeichnung apl. Professor verliehen.

Dr. Walter DONTENWILL wurde auf seinen Antrag hin mit Wirkung vom 1. 12. 1965 in seiner Eigenschaft als apl. Professor aus dem bayerischen Staatsdienst entlassen.

Dr. Axel GEORGII, Privatdozent der Allgemeinen Pathologie und Pathologischen Anatomie, wurde mit Wirkung vom 2. 11. 1965 die Bezeichnung apl. Professor verliehen.

Dr. Hans HALBACH wurde mit Wirkung vom 26. 11. 1965 zum Honorarprofessor für das Fachgebiet Pharmakologie bestellt.

Der außerplanmäßige Professor für Innere Medizin, Dr. Kurt LYDTIN, beging am 18. 12. 1965 sein 70. Geburtstagsjubiläum.

Der Chefarzt der Augenabteilung des Städt. Krankenhauses r. d. Isar, Prof. Dr. Hans-Jürgen MERTÉ, und seine Frau wurden zu korrespondierenden Mitgliedern der „Sociedad Cilena de Oftalmologia“ ernannt.

Privatdozent Dr. Hans JAHRMÄRKER, bisher Assistent bei der I. Medizinischen Klinik, wurde mit Wirkung vom 2. 11. 1965 zum Oberassistenten ernannt.

Privatdozent Dr. Lorenz SCHREINER, bisher Assistent bei der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke, wurde mit Wirkung vom 2. 10. 1965 zum Wissenschaftlichen Oberassistenten ernannt.

IN MEMORIAM

Professor Bronner †

Am 29. November 1965 starb in München Herr Professor Dr. Hans BRONNER im Alter von 72 Jahren.

1938 berief man ihn als Professor zur Leitung der chirurgischen Abteilungen an das Krankenhaus München-Schwabing, wo er bis zum Ende des 2. Weltkrieges wirkte.

1948 ernannte man ihn zum Direktor der Universitäts-Poliklinik in München, die er nach dem Kriege auch auf den heutigen modernen Stand ausbaute. Sein großes Arbeitsgebiet war das der Gallenblase und der Gallenwege neben der Allgemein Chirurgie. Führend war er im Ausbau der modernen Diagnostik-Methode der Gallenerkrankungen. Sein Arbeitsgebiet umfaßte auch die urologische Chirurgie. Sein Verfahren zur Nierenuntersuchung ist Allgemeingut der Ärzte geworden. Über die Operationen an Niere, Nierenbecken und Harnleiter schrieb er in der „Chirurgischen Operationslehre“ von FISCHER, GOHRBAND und SAUERBRUCH.

1960 wurde er emeritiert. Seine medizinische Schule aber lebt weiter in seinen Schülern. Viele davon sind heute selber Chefärzte von Krankenhäusern und Professoren an Universitäten in Amerika, China usw.

Professor Bronner war eine Chirurgenpersönlichkeit von Format. Den großen Reichtum seines Wissens, seine sichere Diagnose, die große Kunst seiner Chirurgenhände und auch sein ganzes Herz stellte er in den Dienst eines jeden Patienten. Wer immer ihn als Patient kennenlernte, gewann sogleich tiefes Vertrauen zu ihm. Seine still-bescheidene, gütig-vornehme, warmherzige und hilfsbereite Art gewann ihm die Herzen all seiner Patienten.

G. B.

Für
Ihre
Magen-Patienten

ULCOLIND®

1/2 Packung 30 Tabletten
1/1 Packung 60 Tabletten



Lindopharm KG Hilden Rhld

schirmt übersteigerte vegetative Reize ab
Haloperidol

löst Spasmen im Verdauungstrakt und hemmt übermäßige Sekretion

Diisoprominhydrochlorid

stellt an der Magenschleimhaut physiologische Verhältnisse wieder her

Bismut. aluminum, Succus Liquiritiae

bedeutet gleichzeitige Leberschutztherapie

Cholin orotat

AUS DER LANDESPOLITIK

Steuerfragen der Ärzte- und Apothekerversorgung

Nachstehende Schriftliche Anfrage hat der FDP-Fraktionsvorsitzende Dr. Klaus DEHLER an die Bayerische Staatsregierung gerichtet:

„Durch das Steueränderungsgesetz 1965 wurden die bei der Bayerischen Versicherungskammer verwalteten gesetzlichen oder auf Gesetz beruhenden berufsständischen Versorgungsanstalten dann von der Körperschaftsteuerpflicht befreit, wenn ihre Satzungen Höchstbeiträge entsprechend den der gesetzlichen Rentenversicherung zulleßen.

Von dieser Bestimmung werden vor allem die Bayerische Ärzteversorgung für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte und die Bayerische Apothekerversorgung, die auch für die Apotheker im Regierungsbezirk Pfalz im Bundesland Rheinland-Pfalz zuständig ist, betroffen: Die dadurch erzwungenen Höchstbeitragssätze erschweren und gefährden den Aufbau einer den Bedürfnissen und Notwendigkeiten dieser Berufsstände entsprechenden Altersversorgung. Nach angestellten Erhebungen haben bisher schon 27,3% der Mitglieder der Ärzteversorgung höhere Beiträge geleistet, als ihnen nach den nunmehr vorgenommenen Satzungsänderungen möglich ist.

Bei der Bewertung der vom Bundesgesetzgeber auferlegten, die Körperschaftsteuerfreiheit und damit die Leistungsfähigkeiten der Anstalten sichernden Höchstbeitragsbestimmungen müssen gegenüber den gesetzlichen Rentenversicherungen vor allem folgende Tatbestände mit beachtet werden, die eine Gleichbehandlung der Höchstbeiträge für die gesetzliche Rentenversicherung mit gesetzlichen berufsständischen Altersversorgungseinrichtungen nicht möglich machen:

1. Die lange Ausbildungsdauer der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker läßt nur eine um rund $\frac{1}{3}$ kürzere aktive Berufstätigkeitsgesamtdauer gegenüber den Arbeitnehmern zu.
2. Im Gegensatz zu den gesetzlichen Rentenversicherungen, die in den Jahren 1957 bis 1964 aus Steuermitteln einen durchschnittlichen jährlichen

Bundeszuschuß von 29,8% ihrer Ausgaben erhielten, haben die gesetzlichen berufsständischen Altersversorgungseinrichtungen weder eine DM öffentlichen Zuschuß erhalten noch zu erwarten.

3. Im Gegensatz zur gesetzlichen Rentenversicherung haben die gesetzlichen berufsständischen Altersversorgungseinrichtungen keine Staatsgarantie und müssen daher ein Höchstmaß an Sicherheit der späteren Leistungsgestaltung gewährendes Deckungsprinzip wählen und dazu Voraussetzungen schaffen, den Wert ihrer Ruhegelder gegenüber dem bisherigen und zukünftig möglichen Kaufkraftschwund auszugleichen.

Im Interesse des Bestandes und der weiteren Sicherheit der in Bayern bestehenden gesetzlichen berufsständischen Altersversorgungseinrichtungen der freien Berufe ist es daher dringend notwendig, wie es auch der Bundestag und der Bundesrat bei der Verabschiedung der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen des Körperschaftsteuergesetzes 1965 in Entschließungen zum Ausdruck brachten, diese gesetzlichen Einschränkungen zu überprüfen.

Anzustreben wäre ein völliger Verzicht auf Beitragslimitierungen als Voraussetzung zur Körperschaftsteuerfreiheit, zumindest aber eine Verdoppelung des bisherigen Betrages.

Ich frage daher die Bayerische Staatsregierung, ob sie bereit ist,

- a) in diesem Sinne nachdrücklich auf die Bundesregierung einzuwirken,
- b) im Bundesrat eine entsprechende Initiative einzuleiten.“

Darüber hinaus hat sich Dr. Dehler in einem eingehend begründeten Schreiben an den Bundesminister der Finanzen mit der Bitte gewandt, die für die Ärzteschaft so bedeutsame Frage alsbald zu prüfen.



TAESCHNER



Bei hartnäckigem

Husten

hilft zuverlässig

Hypertussin®

Kapseln

Täglich 3-5 Kapseln beseitigen den quälenden Hustenreiz und erhalten die Arbeitsfähigkeit

Schnelle Wirkung durch moderne Wirkstoffkombination

Ärztliche Zeugnisse für die an einem Verkehrsunfall Beteiligten

Am 13. Juli 1965 brachte Herr Kollege Dr. SOENNING, MdL, im Bayerischen Landtag folgende Schriftliche Anfrage ein:

„Bereits im Jahre 1961 befaßte sich der Bayerische Landesgesundheitsrat mit der besorgniserregenden Zunahme von Verkehrsunfällen und forderte zwingend, durch verstärkte sinnvolle Maßnahmen die Unfallursachen auszuschalten. In einer Entschliebung an den Bayerischen Landtag und an die Bayerische Staatsregierung vom 14. Juni 1961 (Landtagsbeilage 2424) forderte der Landesgesundheitsrat das Parlament und die Regierung auf, bei allen Führerscheinbewerbern die Feststellung der Eignung zum Fahren eines Kraftfahrzeuges durch ärztliche Gutachten zur Pflicht zu machen. Als Sofortmaßnahme empfahl der Landesgesundheitsrat, bei allen Verkehrsunfällen, die zu einer Verhandlung kommen, ein ärztliches Zeugnis von den Unfallbeteiligten einzuholen, um eine Übersicht zu erhalten, inwieweit Körperschäden bei Verkehrsunfällen schuldig sind.“

Ich frage den Herrn Justizminister, ob er eine Möglichkeit sieht, bei allen Verkehrsunfällen, die zu einer Verhandlung kommen, ein ärztliches Zeugnis von dem Unfallbeteiligten einzuholen und dieses zur Auswertung der Medizinisch-Psychologischen Untersuchungsstelle des Technischen Überwachungsvereins zur Verfügung zu stellen.“

Stellungnahme des Bayerischen Staatsministerium des Innern vom 23. August 1965:

Sehr geehrter Präsident!

„Die schriftliche Anfrage des Herrn Abgeordneten Dr. R. Soenning vom 13. Juli 1965 beantworte ich im Einvernehmen mit dem Herrn Staatsminister der Justiz wie folgt:

Wenn es auf Grund eines Verkehrsunfalls zu einem Strafverfahren kommt, so kann das Gericht nach § 81a StPO eine Untersuchung des Beschuldigten anordnen. Diese Untersuchung dient allein der Feststellung von Tatsachen, die für das Verfahren von Bedeutung sind. Im vorbereitenden Verfahren kann die Staatsanwaltschaft den Erlaß einer entsprechenden richterlichen Anordnung beantragen oder, wenn eine Verzögerung den Untersuchungserfolg gefährden könnte, eine körperliche Untersuchung selbst anordnen. Wegen der durch § 81a StPO gesetzten Grenzen und im Hinblick auf die Unabhängigkeit der Gerichte hat die Justizverwaltung keine Möglichkeit, darauf hinzuwirken, daß alle Beschuldigten, die einen Verkehrsunfall verursacht haben, ausnahmslos ärztlich untersucht werden.

Ist in einem Einzelfall die Annahme gerechtfertigt, daß jemand zur Führung von Kraftfahrzeugen ungeeignet ist, und kommt ein Entzug der Fahrerlaubnis durch das Gericht nicht in Betracht, so wird von den Justizbehörden gemäß Nr. 46 Abs. 2 der Anordnung über die Mitteilungen in Strafsachen die zuständige Verwaltungsbehörde benachrichtigt. Diese hat dann das Weitere zu veranlassen.

Nach § 3 der Straßenverkehrs-Zulassungs-Ordnung (StVZO) i. d. F. der Bek. vom 6. Dezember 1960 (BGBl. I S. 897), zuletzt geändert durch Verordnung vom 23. April 1965 (BGBl. I S. 344) kann die Verwaltungsbehörde verlangen, daß Fahrzeugführer ein amts- oder fachärztliches Zeugnis oder das Gutachten einer amtlich anerkannten medizinisch-psychologischen Untersuchungsstelle vorlegen. Voraussetzung für eine solche Anordnung ist, daß Anlaß zu der Annahme besteht, der Betroffene sei zum Führen von Fahrzeugen ungeeignet. Verkehrsunfälle können im Einzelfall Anlaß zu einer solchen Annahme sein. Die bisher vorliegenden Ergebnisse der Unfallursachenforschung lassen jedoch nicht den Schluß zu, körperliche Mängel beeinflussten in bedeutsamem Umfang das Verkehrsunfallgeschehen. Ich bin mir — insbesondere im Hinblick auf die Zahl der Körperverletzten und den Stand der Zivilisationskrankheiten — dessen bewußt, daß eine große Zahl von Personen als Fahrzeugführer am Straßenverkehr teilnimmt, bei denen körperliche oder gesundheitliche Mängel bestehen. Die Erfahrung zeigt jedoch, daß fast alle Unfälle von Kraftfahrzeugführern verursacht werden, an deren körperlicher oder gesundheitlicher Eignung zum Führen von Fahrzeugen kein Zweifel besteht. Ich möchte deshalb davon absehen, eine Änderung der verkehrsrechtlichen Vorschriften mit dem Ziel einer allgemeinen ärztlichen Untersuchung aller Unfallbeteiligten bei dem Herrn Bundesminister für Verkehr anzuregen.

Abschließend darf ich mitteilen, daß sich im Jahre 1964 in Bayern insgesamt 194 123 Verkehrsunfälle ereignet haben, bei denen 2952 Personen getötet und 76 837 Personen verletzt worden sind. Allein beim Amtsgericht München ergingen in diesem Zeitraum in Verkehrsstrafsachen 4423 Urteile auf Grund einer Hauptverhandlung. Es dürfte deshalb schon im Hinblick auf den mit der Untersuchung eines derart großen Personenkreises verbundenen Bedarf an Fachärzten und den dabei entstehenden Verwaltungsaufwand undurchführbar sein, die Untersuchung sämtlicher an einem Unfall beteiligten Kraftfahrzeugführer anzustreben.

Mit vorzüglicher Hochachtung!

I. V. gez. Wehgartner
Staatssekretär“

RECORSAN[®]

- LIQUID.

Crataegustherapie des Altersherzens

30 ml DM 2,250. U.

- Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

TEFENHYPERAEMIKUM

Vipericin® - *Liniment*

neu

Vipericin®-Liniment
70 ml

In 100g Liniment sind
enthalten:

0,1 g Natrium formi-
cum; 1,0 g Nikotin-
säurebenzylester;

1,0 g Oleum Terebin-
thinae; 0,6 Oleum

Pini sibiricum; 0,03 g

Vipera berus D_i;

0,03 g Lachesis muta

D_i; 0,03 g Cerastes
cornutus D_i

Indikationsgebiet:
Erkrankungen des
rheum. Formenkrei-
ses, subacute und
chron. Gelenkent-
zündungen, Muskel-
rheum., Ischias, Lum-
bago, Neuritiden,
Neuralgien, Arthriti-
den, Muskelkater,
Prophylaxe und The-
rapie von Sport-
schäden. Intermittie-
rendes Hinken, pect-
ang. Beschwerden
usw.

Vipericin®- Liniment
erreicht eine nachhal-
tige u. kräftige Durch-
blutung des Gewe-
bes, die sich äußer-
lich als leichte Rötung
zeigt und in der Tiefe
als angenehmes
Wärmegefühl emp-
funden wird.

Weitere Vipericin®-
Handelsformen:

Vipericin®-Ampullen,
Vipericin®-Forte-Am-
pullen, Vipericin®-Sal-
be, Vipericin®-Forte-
Salbe

AUS ANDEREN LÄNDERN

Abstimmungen in der britischen Ärzteschaft

Vorschläge für eine Reform der Honorierung

Großbritanniens Allgemeinpraktiker studieren zur Zeit zwei Dokumente, die ihnen ihre Standesorganisation zugestellt hat:

- a) Einen Bericht über die bisherigen Verhandlungen mit der Regierung über eine Reform des ärztlichen Vertrages mit dem Nationalen Gesundheitsdienst (NHS),
- b) eine Aufforderung, 10 Pfund (DM 112) zum Betriebskapital eines „arzteigenen Gesundheitsdienstes“ (Independent Medical Service) beizutragen, der neben oder — im Falle eines Massenaustritts der Ärzte aus dem NHS — anstelle des Nationalen Gesundheitsdienstes arbeiten soll.

Zu a)

Grundlage der Verhandlungen, die noch andauern, ist eine Anfang dieses Jahres von der Ärzteschaft vorgelegte „Charter“ über die Wünsche der Ärzte. Ein geringer Teil dieser Wünsche war bereits im Frühsommer verhandelt und erfüllt worden, worauf die bereitliegenden Kündigungsformulare von 18 000 der 23 000 Allgemeinpraktiker wieder im Panzerschrank der „British Medical Guild“ verschwanden. Das betraf vor allem die Bezahlung von Praxispersonal, die Finanzierung von Praxisräumen und -einrichtungen, die drastische Verringerung des Bescheinigungswesens und die grundsätzliche Zusage des Ministeriums, über eine Reform der ärztlichen Honorierung zu verhandeln, bei der auch der „Pool“, der zentrale Geldtopf für alle ärztlichen Honorare, verschwinden sollte.

Der neue Bericht enthält nun die in 20 Verhandlungen erarbeiteten Vorschläge für die Reform der ärztlichen Vergütung. Sein wichtigster Satz steht im fünften der 32 Paragraphen: „Eine Einigung über neue Vergütungsmethoden wird es der Regierung ermöglichen, der Beseitigung des zentralen Pools mit seiner automatischen Begrenzung der Einkünfte zuzustimmen“.

Nicht durchgesetzt hat die Verhandlungskommission der britischen Ärzte die wahlweise Einführung der Einzelleistungsbezahlung und die Kostenbeteiligung der Patienten, welche letztere nachträglich noch von der Generalversammlung der British Medical Association im Sommer in Swansea in die „Charter“ eingefügt worden war. Grundprinzip bleibt in jedem Falle das Kopfpauschale für jeden in die Liste eines Praktikers eingetragenen Patienten. Dieses Kopfpauschale soll aber nun nur noch eine Grundgebühr sein, die die normale ärztliche Inanspruchnahme innerhalb einer Fünfeinhalbtagewoche für 46 Wochen im Jahr deckt.

Dazu kommen im Normalfall verschiedene Zusatzzahlungen:

1. Eine Praxis-Grundvergütung, die die allgemeinen, von der Inanspruchnahme unabhängigen fixen Praxiskosten decken soll, und die ergänzt wird durch Zuschläge für Erholungs- und Fortbildungsurlaub.
2. Eine Zusatz-Kopfpauschale für die Inanspruchnahme außerhalb der normalen Zeit, zahlbar für jeden Patienten über tausend auf der Liste des Arztes.
3. Eine Einzelleistungsbezahlung für jeden Besuch zwischen Mitternacht und 7 Uhr.
4. Zuschläge zur Praxis-Grundvergütung für Alter, Erfahrung, besondere Qualifikationen, für Gruppenpraxen und für Praxen in „unattraktiven Bezirken“.
5. Eine zusätzliche Vergütung für diejenigen Ärzte, die im bestimmten Umfang an Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen.

Dazu kommen (wie bisher, aber nunmehr ohne Anrechnung auf die Gesamtsumme des Pools) Sondervergütungen für bestimmte Leistungen, wie Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Geburtshilfe, für Landpraxen, für dispensierende Ärzte u. ä.

Der Kernpunkt der ärztlichen Forderungen war es gewesen, daß „die Bezahlung des Arztes in direktem und realistischem Zusammenhang mit seiner Arbeitslast und Verantwortung stehen“ soll. Ein Teil der neuen Vorschläge sucht diese Forderung sozusagen umgekehrt zu verwirklichen: Durch das komplizierte System von festen Vergütungen soll das Risiko des Arztes aus seinen fixen Kosten weitgehend beseitigt werden, so daß sein Einkommen aus eigentlicher Arbeit, das Kopfpauschale, auf einem höheren Plafond wirksam wird. Ferner sieht man die Zusatzzahlungen für die Tätigkeit außerhalb der normalen Arbeitszeit als einen wirksamen Versuch einer „realistischen“ Bezahlung an, auch wenn sie nach wie vor größtenteils pauschalisiert sind; immerhin soll aber nunmehr für den Arzt (vorzugsweise wohl den älteren) die Möglichkeit bestehen, auch grundsätzlich unter Verlust dieser Zahlungen die Tätigkeit nach 7 Uhr abends, sonabendnachmittags und sonntags abzulehnen. Seine Listenpatienten müßten sich dann für die Notfallbetreuung in diesen Zeiten in einer Sonderliste eines anderen Arztes einschreiben. Die Folge dieses komplizierten Systems ist es aber auch, daß nicht nur ein Teil der Kosten für die Beschäftigung von Urlaubs- oder Krankheitsvertretern, sondern eine

Cefasabal®

TROPFEN · TABL. · AMP.



CEFAK · KEMPTEN

Pyelitis Cystitis
Prostatitis
Prostatahypertrophie

Art Pflichtfortbildung des Praktischen Arztes vom Staat honoriert wird.

Als besonders wichtig erscheint jedoch, daß das Ministerium nunmehr einen Vorschlag macht, der tatsächlich das Kopfpauschale „realistisch“ variiert: für Patienten vom 65. Lebensjahr an soll es um ein Drittel erhöht werden, entsprechend der höheren Inanspruchnahme des Arztes durch ältere Patienten.

Der Vorschlag einer Einzelleistungsbezahlung ist vom Ministerium rundweg abgelehnt worden, und die ärztliche Verhandlungskommission konnte sich den Argumenten des Ministeriums nicht vollständig verschließen. Das eindrucksvollste Argument war dabei, daß ein Nebeneinander von Einzelleistungsbezahlung und Kopfpauschale zu Verzerrungen und Ungerechtigkeiten führen müsse. Im übrigen verwies das Ministerium darauf, daß mit der Einzelleistungsbezahlung auch eine scharfe Kontrolle sowie eine erhebliche Verwaltungsbelastung verbunden sein müsse. Die Forderung nach einer Kostenbeteiligung des Patienten ist vom Ministerium ohne weitere Begründung strikt abgelehnt worden — dies ist eine rein politische und ideologische Frage.

Der von beiden Verhandlungspartnern gemeinsam erstattete Bericht ist von den Führungsgremien der British Medical Association Mitte Oktober behandelt worden. Maßgebend für die Meinungsbildung ist das General Medical Services Committee, dessen Vorsitzender, Dr. J. CAMERON, auch der Führer der ärztlichen Verhandlungsdelegation ist. Dieses Komitee, zu Deutsch etwa „Ausschuß für Allgemeinpraxis“, hat den Inhalt der Vorschläge grundsätzlich begrüßt, jedoch festgestellt, daß er einige Dinge enthält, über die zu entscheiden das Mandat der Verhandlungskommission nicht ausreicht. Insbesondere betrifft das die Tatsache, daß in dem Bericht nur von der Art der Vergütung die Rede ist, nicht aber von ihrer Höhe. Die Regierung hat sich schlicht geweigert, über letzteres zu sprechen, sondern hat auf den „Review Body“, die unabhängige Kommission, verwiesen, die vor einigen Jahren — damals auf Wunsch der Ärzteschaft — zur regelmäßigen Anpassung der ärztlichen Honorare an die Entwicklung eingesetzt worden war. Zwar würden die Ärzte diesen „Review Body“ heute am liebsten in den Weltraum schießen, aber sie müssen sich wohl oder übel als gute Demokraten mit der Existenz dieser von ihnen mitbegründeten Institution abfinden. Damit ist die ursprüngliche Forderung, daß ein endgültiges Urteil über den neuen Vertragsentwurf erst dann möglich ist, wenn seine Auswirkungen auch in Pfund und Schilling bekannt sind, vorläufig blockiert. Deshalb hat das General Medical Services Committee empfohlen, unter den Allgemeinpraktikern auf dem Postwege eine Abstimmung darüber herbeizuführen, ob die Vorschläge des Berichts zwecks Festsetzung der Geldbeträge an den „Review Body“ weitergeleitet werden sollen.

Zu b)

Zwar schwören alle Beteiligten, es handle sich nur zufällig um ein zeitliches Zusammentreffen — aber der Zufall mag taktisch durchaus von Vorteil sein: Fast gleichzeitig mit der Veröffentlichung dieses Berichts gab der Vorsitzende des Ausschusses für die Privatpraxis der British Medical Association, Dr. Ivor M. JONES, bekannt, daß die Gründung eines privaten ärztlichen Gesundheitsdienstes, der In-

dependent Medical Services Ltd., vollzogen sei, und daß man nunmehr mit der Verwirklichung dieses Planes beginnen könne. Ärzte und Versicherungsleute haben bei diesem Unternehmen Pate gestanden, einige Einzelversuche von Ärzten für ihre eigene Praxis gingen dem voraus. Der Plan sieht vor, daß die Gesellschaft eine Art Prämie von Patienten einnimmt und diese Patienten sich dann von den beteiligten Ärzten auf privaten Listen einschreiben lassen. Sie sind dann Privatpatienten, aber im Prinzip funktioniert die Behandlung in gleicher Weise wie im Nationalen Gesundheitsdienst. Auch für die Medikamentenkosten soll das Unternehmen aufkommen.

Geplant sind auf jeden Fall einige Versuche in einzelnen Bezirken, denen jedoch, falls es zu einer Einigung zwischen Ärzten und Regierung kommt, nicht viel Erfolg beschieden sein wird. Denn dem Nationalen Gesundheitsdienst muß ohnehin jeder englische Bürger angehören und, wenn auch geringe Beiträge, dafür zahlen. Wenn der NHS weiter funktioniert, wäre die ärzteigene Versicherung lediglich ein Konkurrenzunternehmen. Ihr Hauptwert besteht darin, daß die Ärzteschaft in dem Falle eines offenen Bruches zwischen ihr und dem Staat sofort eine Organisation bereitstehen hat, die die ärztliche Versorgung der Bevölkerung sichert und dem Arzt finanzielle Unabhängigkeit verschaffen könnte.

Das Unternehmen braucht jetzt Betriebsmittel, damit insbesondere Personal engagiert werden kann. Dr. Jones hat alle freipraktizierenden britischen Ärzte aufgefordert, 10 Pfund bar einzusenden. In seinem Brief erwähnt er, daß mindestens 80 000 Pfund erforderlich seien, 200 000 Pfund jedoch angenehmer wären. Die Einzahlung soll als eine Art Registrierungs- oder Eintrittsgebühr angesehen werden, sie wird nicht zurückgezahlt.

Das Echo dieses Spendenaufrufes wird mit einer gewissen Spannung erwartet. Im März dieses Jahres waren die Ärzte aufgefordert worden, undatierte Kündigungsschreiben einzureichen. An der Zahl dieser Kündigungen war zu erkennen, wie weit der Stand die Politik der Standesführung unterstützte. Der Erfolg war eindrucksvoll und maßgebend für die Regierung, schnell in Verhandlungen einzutreten. Noch heute liegen 18 000 Kündigungen vor (bei 23 000 praktischen Ärzten); aber das sagt nichts über die gegenwärtige Haltung der Ärzteschaft. Der Aufruf, Geld für eine Alternative zum Gesundheitsdienst einzusenden, gibt erneut die Möglichkeit, die Meinung des Standes zu testen.

Walter Burkart

Die Arzthonorare in Schweden bei Krankenversicherten

Der Patient hat freie Arztwahl. Er kann sich nach seinem Belieben an einen Facharzt wenden und kann auch für die Behandlung der gleichen Krankheit den Arzt wechseln. Sobald er die Arztrechnung bezahlt hat, reicht er die quittierte Rechnung, die die Angaben über die Art der Behandlung und über den gezahlten Betrag enthalten muß, bei der zuständigen lokalen Krankenkasse ein. Von der Kasse erhält er drei Viertel des Honorars für den Arzt erstattet, jedoch nur unter Zugrundelegung der Sätze einer staatlich festgelegten Gebührenordnung. Die über diese Sätze hinausgehenden Beträge werden bei der Rückerstattung nicht berücksichtigt.

v. L. - n.

AMTLICHES**Gebühren für die von der Polizei veranlaßten ärztlichen Leistungen bei Blutentnahmen zur Feststellung von Alkohol im Blut**

Entscheidung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 2. 12. 1965 Nr. I C 1 — 2308/3 — 22

I.

Die mit einer Blutentnahme zur Feststellung von Alkohol im Blut zusammenhängenden ärztlichen Leistungen sind auf Grund des § 3 Abs. 1 der Gebührenordnung für Ärzte vom 18. März 1965 (BGBl. I S. 89) zu vergüten. Die Dienststellen der staatlichen Polizei werden hiermit ermächtigt, ab 1. Dezember 1965 Gebühren nach folgender Übersicht zu zahlen:

Lfd. Nr.	Leistung	Tarifstelle d. Gebührenverzeichnisses	Gebühr DM
1 in den Behandlungs- oder Wohnräumen des Arztes			
a) während der Sprechstunden			
	Blutentnahme	BI 27	3,—
	eingehende Untersuchung	BI 25	5,—
	Befundbericht mit kurzem Gutachten	A II 17	6,—
b) außerhalb der Sprechstunden			
	Blutentnahme	BI 27	3,—
	eingehende Untersuchung	BI 25	5,—
	Befundbericht mit kurzem Gutachten	A II 17	6,—
	Beratung		
	bei Tage	AI 1,2	4,50
	bei Nacht	AI 1,3	7,50
	an Sonn- und Feiertagen	AI 1,4	6,—

Neben einer Gebühr für eine Sonderleistung nach den Tarifstellen BI 27, BI 25 und A II 17 kann eine Beratungsgebühr in einem Behandlungsfall nur zusammen mit der ersten Sonderleistung berechnet werden (A II c Satz 2 des Gebührenverzeichnisses).

Wenn der Arzt Sprechstunden bis nach 20 Uhr oder vor 8 Uhr abhält, so entfällt für diese Zeit eine Nachtgebühr (A II c des Gebührenverzeichnisses).

Lfd. Nr.	Leistung	Tarifstelle d. Gebührenverzeichnisses	Gebühr DM
----------	----------	---------------------------------------	-----------

2 außerhalb der Behandlungs- oder Wohnräume des Arztes**a) bei Tage**

Blutentnahme	BI 27	3,—
eingehende Untersuchung	BI 25	5,—
Befundbericht mit kurzem Gutachten	A II 17	6,—
dringender Besuch, werktags	AI 1,7	9,—
Besuch aus der Sprechstunde heraus sofort ausgeführt	AI 1,8	12,—
Besuch an Sonn- und Feiertagen	AI 1,11	12,—

b) bei Nacht

Blutentnahme	BI 27	3,—
eingehende Untersuchung	BI 25	5,—
Befundbericht mit kurzem Gutachten	A II 17	6,—
Besuch, bestellt und ausgeführt zwischen 20 und 22 Uhr oder zwischen 6 und 8 Uhr	AI 1,9	12,—
Besuch, bestellt und ausgeführt zwischen 22 und 6 Uhr	AI 1,10	20,—

Bei gleichzeitiger Behandlung mehrerer Personen anlässlich eines Besuches wird für die zweite Person die halbe Gebühr nach Tarifstelle A I 1 Nr. 7, 8, 9, 10 oder 11, für jede weitere Person 3 DM erstattet (A II 2a des Gebührenverzeichnisses). Eine Beratungsgebühr kann neben einer Besuchsgebühr nicht erstattet werden (A II c Satz 1 des Gebührenverzeichnisses).

Wenn der Arzt Sprechstunden bis nach 20 Uhr oder vor 8 Uhr abhält, so entfällt für diese Zeit eine Nachtgebühr (A II e des Gebührenverzeichnisses).

Noricaven® entstaubt Venen

BIONORICA KG.
NURNBERG

Lfd. Nr.	Leistung	Tarifstelle d. Gebührenverzeichnisses	Gebühr DM
3 Blutentnahme von Leichen			
a) bei Tage			
	Besichtigung der Leiche	—	5,—
	Blutentnahme	BI 27	3,—
	Freilegung eines oberflächlichen Blutgefäßes, soweit für die Blutentnahme erforderlich	B III 183	8,—
	Besuch	AI 1,6	6,—
	dringender Besuch, werktags	AI 1,7	9,—
	Besuch aus der Sprechstunde heraus sofort ausgeführt	AI 1,8	12,—
	Besuch an Sonn- und Feiertagen sofort ausgeführt	AI 1,11	12,—
b) bei Nacht			
	Besichtigung der Leiche	—	5,—
	Blutentnahme	BI 27	3,—
	Freilegung eines oberflächlichen Blutgefäßes, soweit für die Blutentnahme erforderlich	B III 183	8,—
	Besuch, bestellt und ausgeführt zwischen 20 und 22 Uhr oder zwischen 6 und 8 Uhr	AI 1,9	12,—
	Besuch, bestellt und ausgeführt zwischen 22 und 6 Uhr	AI 1,10	20,—

Neben den vorbezeichneten Leistungen können vergütet werden:

4 Wegegebühren (A III 1, 21 und 22 des Gebührenverzeichnisses)

Dem Arzt steht für jeden Besuch ein Wegegeld zu. Bezweckt die Fahrt eine Blutentnahme oder andere ärztliche Leistungen von mehreren Personen, so sind die Wegegebühren angemessen auf die einzelnen Kostenpflichtigen aufzuteilen. Beträgt die Entfernung zwischen der Besuchsstelle und der Praxisstelle des Arztes nicht mehr als 2 Kilometer, so erhält der Arzt eine Wegepauschale (III 1, 21)

a) bei Tage von	1,—
b) bei Nacht von	2,—

Bei Entfernungen über 2 Kilometer beträgt das Wegegeld (III 1, 22) je Doppelkilometer

a) bei Tage	1,50
b) bei Nacht	2,50

Das Wegegeld wird nach der tatsächlichen Entfernung der Besuchsstelle von der Praxisstelle des Arztes berechnet. Für die Berechnung bleiben Bruchteile von 0,5 Doppelkilometern unberücksichtigt. Bruchteile von 0,5 Doppelkilometern und darüber werden als volle Doppelkilometer berechnet (III 2 a des Gebührenverzeichnisses).

Lfd. Nr.	Leistung	Tarifstelle d. Gebührenverzeichnisses	Gebühr DM
5 Terweilgebühr (A III 1, 24)			
	Muß der Arzt anlässlich der angeführten Leistungen länger als eine halbe Stunde verweilen, so stehen ihm neben den Gebühren nach Nr. 1 bis 4 für jede weitere angefangene halbe Stunde zu:		
	a) bei Tage		5,—
	b) bei Nacht		10,—
	Der Zeitaufwand der ärztlichen Leistung selbst begründet keine besondere Gebühr in vorstehendem Sinne. Ein durch die Hin- und Rückfahrt verursachter Zeitaufwand wird durch die Gebühr gemäß Ziff. 4 abgegolten. Eine Verweilgebühr kann daher nur in besonders gelagerten Ausnahmefällen in Frage kommen.		

II.

Ergänzend wird bestimmt:

1. Die in Abschn. I angeführten Gebühren sind zugleich Höchstsätze; werden vom Arzt geringere Gebühren berechnet, so sind nur diese zu vergüten.
2. Eine eingehende neurologische oder psychiatrische Untersuchung wird im Zusammenhang mit der Blutentnahme nicht gefordert, deshalb kann eine Berechnung gemäß Abschnitt B IX des Gebührenverzeichnisses nur in besonderen Ausnahmefällen und bei entsprechender Begründung anerkannt werden.
3. Die übliche Versorgung der durch die Venüle entstandenen kleinen Wunde mit einem „Schnellverband“ kann nicht als „kleiner einfacher Verband“ im Sinne der Tarifstelle B III 127 bewertet und vergütet werden.
4. Bei der zweimaligen Entnahme einer Blutprobe (siehe Nr. 10 der GemB vom 8. April 1957, BayBSVI III S. 378, i. d. F. der GemB v. 27. Oktober 1960, MABl. S. 953) kann die Gebühr für die Blutentnahme zweimal berechnet werden. Eine Verweilgebühr nach Abschnitt I Nr. 5 ist zu vergüten, wenn der Arzt anlässlich der verschiedenen Leistungen länger als eine halbe Stunde verweilen muß; der Zeitaufwand für die ärztlichen Leistungen kann jedoch bei der Berechnung der Verweilgebühr nicht berücksichtigt werden. Die Gebühren für die eingehende Untersuchung, die Besichtigung einer Leiche, den Befundbericht mit kurzem Gutachten und die Beratung können auch bei einer zweimaligen Blutentnahme nur einmal berechnet werden. Ob Besuchs- und Wegegebühren zweimal aufgerechnet werden können, richtet sich nach den jeweiligen Verhältnissen.
5. Die Gebührenregelung gilt für die in Heil-(Kranken-)Anstalten tätigen Ärzte entsprechend. Im Einzelfall ist jedoch festzustellen, ob die Anstalt oder der Arzt gebührenberechtigt sind. Das sog. Liquidationsrecht der Ärzte richtet sich ausschließlich nach den Verträgen, die zwischen dem Kostenträger der Anstalt und den Ärzten bestehen. Es ist nur mit einer Stelle oder Person abzurechnen.

Eine Beratungsgebühr kann nur für ärztliche Leistungen außerhalb der normalen Arbeitszeit gezahlt werden. Besuchsgebühren können nicht gezahlt werden, wenn der Arzt in der Anstalt wohnt oder in dieser regelmäßig tätig ist, auch wenn er zur Blutentnahme seine Arbeitsstätte (innerhalb der Anstalt) aufsuchen muß.

Mit den Gebühren für die ärztliche Leistung ist auch die Benutzung der Krankenhauseinrichtungen abgegolten. Eine Entschädigung für die Inanspruchnahme besonderer Räume, z. B. des Operationssaales, kann nicht gewährt werden.

III.

Mit den Blutentnahmen sind in erster Linie Ärzte an Krankenanstalten oder freipraktizierende Ärzte zu betrauen. Soweit das nicht möglich ist oder zu unangemessenen Verzögerungen führen würde, können auch die Gesundheitsämter um die Blutentnahme ersucht werden; diese Blutentnahmen sind Dienstaufgaben der

Gesundheitsämter, für die Gebühren und Auslagen nach dem Gebührenverzeichnis G der Gebührenordnung der Gesundheitsverwaltung — GGebO — vom 2. Mai 1960 (GVBl. S. 59) — in der jeweils gültigen Fassung — zu entrichten sind. Diese Beträge sind den Dienststellen der staatlichen Polizei mitzuteilen; sie werden den staatlichen Gesundheitsämtern jedoch nicht erstattet (§ 5 GGebO; Nr. 3 der ME vom 31. Mai 1960, MABL S. 447). Die Dienststellen der staatlichen Polizei behandeln die mitgeteilten Kosten als Auslagen der Polizei in Strafsachen nach der Bek. vom 24. Mai 1957 (BayBSVI III S. 413) und der Nr. 21 der ME vom 7. Juni 1962 (MABL S. 417).

IV.

Die Entschließung vom 19. Mai 1959 (MABL S. 431) und die (nicht veröffentlichte) Entschließung an die Präsidien der Bayer. Land- und Grenzpolizei vom 25. März 1960 (Nr. I C 1 — 2308/3 — 2) werden aufgehoben.

Ergänzung der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1.4.1958

Die Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer (18. Bayerischer Ärztetag) hat am 16. 10. 1965 folgende Ergänzung der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. 4. 1958 (veröffentlicht im „Bayerischen Ärzteblatt“, Heft 3/58) sowie folgende Ausführungsbestimmungen dazu beschlossen, die gemäß Art. 15 Satz 2, Art. 16 Abs. 2 Satz 1 Kammergesetz vom Bayerischen Staatsministerium des Innern mit Entschließung Nr. III 8—5013/5—4/65 vom 8. November 1965 genehmigt wurden:

Nach § 23 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. 4. 1958 wird folgender § 23a, „Führen des Zusatzes „Arbeitsmedizin“,“ eingefügt:

§ 23a

Führen des Zusatzes „Arbeitsmedizin“

- (1) Ärzte, die auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin tätig sind, können nach Genehmigung durch die Bayerische Landesärztekammer den Zusatz „Arbeitsmedizin“ führen. Das Führen des Zusatzes ist jedoch nur zulässig während der Ausübung und an der Stelle der arbeitsmedizinischen Tätigkeit.
- (2) Das Nähere über die Voraussetzungen einer Genehmigung bestimmt die Bayerische Landesärztekammer.

Ausführungsbestimmungen zu § 23a der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. 4. 1958

1. Die Genehmigung nach § 23a kann erteilt werden, wenn die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
 - a) die Teilnahme an einem dreimonatigen theoretischen Kurs über Arbeitsmedizin, der in höchstens drei Abschnitte geteilt werden darf,
 - b) zwölf Monate klinische oder poliklinische Tätigkeit auf dem Gebiet der Inneren Krankheiten,
 - c) neun Monate praktische Tätigkeit bei einem von der Bayerischen Landesärztekammer ermächtigten hauptberuflichen Werksarzt, einem Gewerbearzt, einem arbeitsmedizinischen Universitätsinstitut, im ärztlichen Dienst der Arbeitsverwaltung oder einer anderen von der Bayerischen Landesärztekammer ermächtigten Einrichtung.
 2. Ärzten, die bei Inkrafttreten dieser Bestimmungen hauptberuflich als Werksarzt, als Gewerbearzt, an einem arbeitsmedizinischen oder -physiologischen Institut oder im ärztlichen Dienst der Arbeitsverwaltung tätig sind, kann die Bayerische Landesärztekammer auf Antrag das Führen des Zusatzes „Arbeitsmedizin“ genehmigen, nachdem eine Tätigkeit von insgesamt drei Jahren in den genannten Tätigkeitsbereichen nachgewiesen ist.
- Ärzten, die bei Inkrafttreten dieser Bestimmungen nebenberuflich als Werksarzt tätig sind, kann die Bayerische Landesärztekammer das Führen des Zusatzes „Arbeitsmedizin“ bei Nachweis einer fünfjährigen Tätigkeit als nebenberuflicher Werksarzt genehmigen.

Diese Ergänzung der Berufsordnung und die Ausführungsbestimmungen zu § 23a treten am 1. Februar 1966 in Kraft.

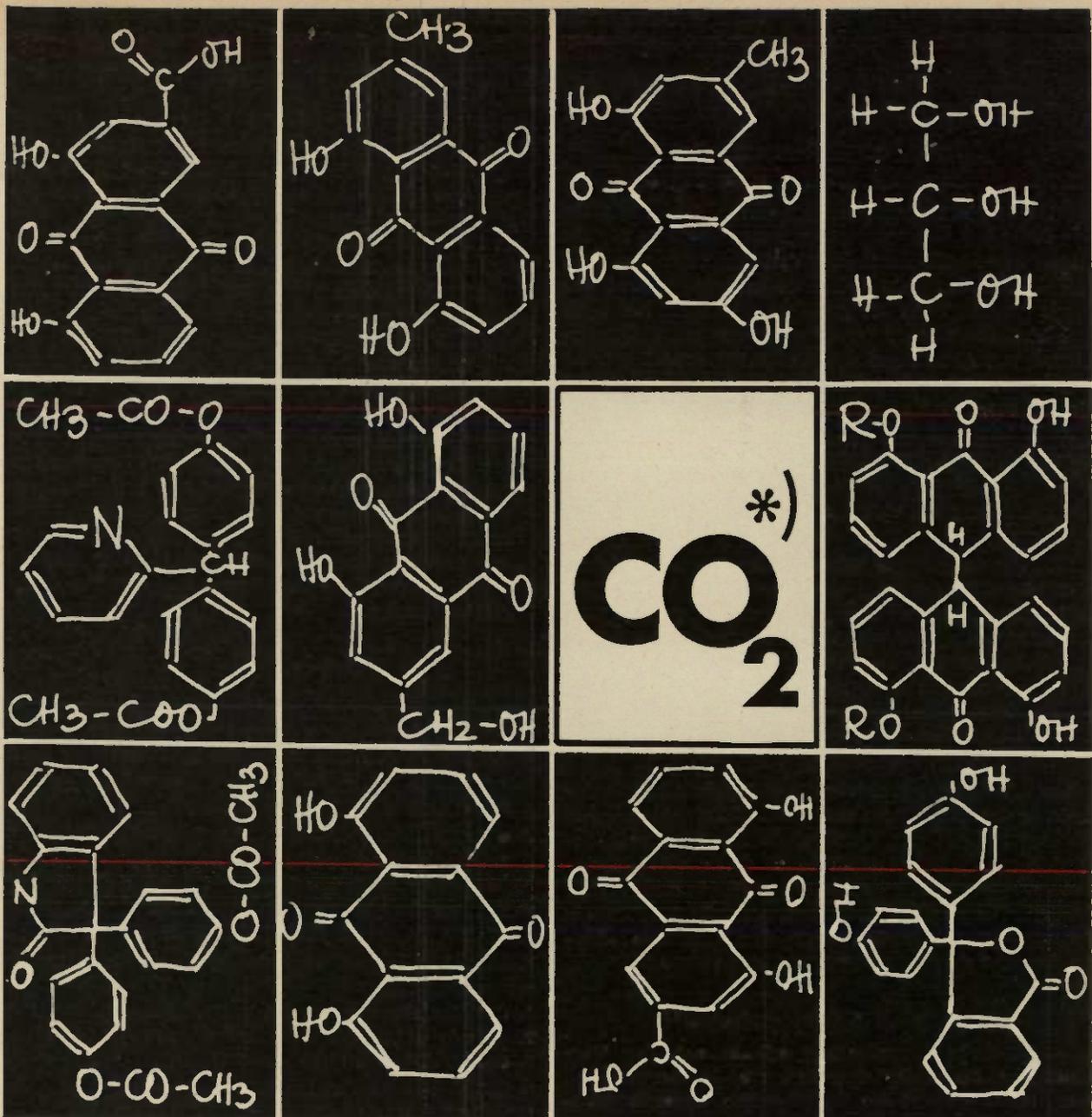
München, den 20. Januar 1966

Dr. Sewering, Präsident

83. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

vom 13. bis 16. 4. 1966 in München

Hauptthemen:
Allgemeine Chirurgie
Unfallchirurgie



*) das ist alles, was Sie bei einer

Verstopfung

zu verordnen brauchen:

Nur **CO₂** . . . aber rektal!

Lecicarbon® CO₂-Laxans

bei allen Formen rektaler Obstipation.

Nach physiologischem Vorbild erzielen Lecicarbon-Supp. durch feinperlige Entwicklung von Kohlendioxid in der ampulla recti **pünktlich und schonend** Anregung der Peristaltik, Auslösung des Defäkationsreflexes, Erziehung zur **natürlichen** Darmtätigkeit.

MITTEILUNGEN

Aufruf an die Ärzteschaft zur Sammlung medizinhistorischer Gegenstände

Im Gegensatz zu zahlreichen anderen Ländern steht der deutschen Ärzteschaft kein Zentralmuseum für die Geschichte der Heilkunde zur Verfügung. In Anbetracht der wachsenden Zahl von Klinikneubauten und der damit verbundenen Umgestaltung von Bibliotheken und Magazinen sowie auch der zahlreichen Umgestaltungen von Arztpraxen wird der Zeitpunkt als günstig angesehen, von verschiedensten Selten aus zunächst einmal eine vorläufige Magazinierung von medizinhistorischen Gegenständen vorzunehmen bzw. die bereits in Museen, Privatsammlungen usw. vorliegenden Materialien zu registrieren.

Die Sammlung soll sich auf folgende Gegenstände erstrecken:

1. Bibliotheksbestände (Handschriften, Drucke, Briefe, Nachschriften usw.).
2. Instrumentarien (chirurgische und gynäkologische Instrumente, Reiseapotheken und Reisebestecke sowie Lehrmaterialien verschiedener Art usw.).
3. Bildmaterialien (Ärztbilder, Erinnerungsmünzen, Motivbilder, Amulette usw.).
4. Sonstige Materialien aus Randgebieten oder Hinterlassenschaften von Ärzten.

Als vorläufige Sammelstelle dient das Institut für Geschichte der Medizin an der Universität Heidelberg in Verbindung mit der Gesellschaft für Wissenschaftsgeschichte. Die Gegenstände sollen dort zumindest einmal magaziniert, identifiziert und kartothekisiert werden. Sie werden nach angemessener Zeit in ein Zentralmuseum für Geschichte der Heilkunde übergeführt und dort von einem Fachmann betreut.

Achtung „Meinungsumfragen“!

Aus gegebener Veranlassung erlaubt sich der Vorstand der Bundesärztekammer, die Aufmerksamkeit der Ärzteschaft auf die im folgenden näher bezeichnete Angelegenheit zu lenken:

In zunehmendem Maße versuchen nicht von ärztlichen Organisationen und Verbänden herausgegebene Ärztezeitschriften ihren Inhalt mit den Ergebnissen von sogenannten Meinungsbefragungen über Standesangelegenheiten der Ärzte anzureichern und besonders interessant zu gestalten. Das Verfahren, mit dem solche „Meinungsbefragungen“ durch Anforderung von Leserzuschriften auf vorher in diesen Zeitschriften gestellte Fragen durchgeführt werden, ist nicht ausreichend repräsentativ für verallgemeinernde Aussagen über die angebliche Auffassung der Ärzte zu darin gestellten Fragen und ist damit letztlich ohne exakten Aussage-

wert. Gegen die Veröffentlichung der Ergebnisse solcher „Meinungsumfragen“ von Zeitschriften bestehen erhebliche Bedenken; sie können für die Vertretung des ärztlichen Standpunktes gegenüber Öffentlichkeit und Politik äußerst schädlich sein. So interessant vom Leser gesehen Zusammenstellungen und Auswertungen von Einzelmeinungen durch Zeitschriftenaufrufe befragter Ärzte sein mögen, so negativ kann sich die Veröffentlichung solcher angeblichen „Meinungsumfrage-Ergebnisse“ in möglichen Auseinandersetzungen über gesundheits- und sozialpolitische Fragen für die Ärzteschaft auswirken.

Der Vorstand der Bundesärztekammer empfiehlt daher den Ärzten, sich nicht an der Beantwortung solcher Zeitschriftenumfragen zu beteiligen, vor allem, soweit diese sich mit gesundheits-, sozial- und ärztlich-berufspolitischen Problemen befassen und sofern solche Umfragen nicht ausdrücklich mit Zustimmung der ärztlichen Standesorganisation durchgeführt werden.

Deutsche Arzneitaxe

Preise für Rezepturarzneien

Zahlreiche Apotheker machen darauf aufmerksam, daß offensichtlich in Ärztekreisen die Änderung der Deutschen Arzneitaxe hinsichtlich der Preise für Rezepturarzneien falsch interpretiert wird.

Aus der Tatsache, daß die Prolationsätze für einige sog. Arbeitspreise verdoppelt worden sind, ziehen angeblich nicht wenige Ärzte den falschen Schluß, daß rezepturmäßig angefertigte Arzneien jetzt das Doppelte gegenüber dem bisherigen Preis kosten würden.

Bekanntlich besteht aber der Gesamtpreis einer Rezepturartei aus

1. den Einzelkosten für die verwendeten Arzneistoffe;
2. dem Arbeitspreis für die Anfertigung der Arznei;
3. dem Gefäßpreis (falls einer anfällt);
4. der Umsatzsteuer.

Schon daraus geht hervor, daß von einer Verdoppelung des Preises in keinem Fall die Rede sein kann.

Von diesen vier Positionen ist lediglich Position 2 in einigen Fällen verdoppelt worden, d. h., zum Beispiel beträgt der Arbeitspreis für das Anfertigen von 30 Pillen nicht mehr —55 DM, sondern 1.10 DM; das Anfertigen einer Mischung nicht mehr —25 DM, sondern —50 DM.

Zwei Beispiele mögen das noch erläutern:

So kosteten 100 g Lebertransalbe bisher 3.10 DM und jetzt 3.65 DM, bzw.

30 g Tct. cholagog. forte bisher 2.15 DM und jetzt 2.40 DM.

Salistoperm

Das percutane Heilanaestheticum

Inasthmon

Das percutane Expectorans

Sozialmedizinische Unterrichtung der Ärzte und Medizinstudenten

Die von der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin herausgegebene „Denkschrift über die sozialmedizinische Unterrichtung der Ärzte und Medizinstudenten“ können interessierte Kollegen kostenlos beziehen bei der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin — Sekretariat —, 2 Hamburg 36, Alsterglaciis 3 (Forschungsstelle für Sozialmedizin der Universität).

Ärztliche Mitwirkung bei der Anwerbung von ausländischen Arbeitskräften

Die Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung (BAVAV) unterhält im Rahmen von Regierungsvereinbarungen seit Beginn der Anwerbung und Vermittlung ausländischer Arbeitnehmer im Jahre 1956 deutsche Kommissionen bzw. Verbindungsstellen in den Anwerbeländern Spanien, Griechenland, Italien sowie in der Türkei. Aufgabe der bei diesen Dienststellen tätigen Ärzte ist neben einer Eignungsfeststellung für die in Aussicht genommene Tätigkeit bei deutschen Arbeitgebern der Ausschluß übertragbarer Krankheiten, insbesondere der Lungentuberkulose. Da zur Lösung dieser Aufgabe die bei den Arbeitsämtern tätigen hauptamtlichen Ärzte zahlenmäßig nicht ausreichen, soll — wie dies bereits im Vorjahr geschah — versucht werden, jüngere Ärzte für diese Auslandstätigkeit zu gewinnen.

Tränengas-Selbstverteidigungsgerät

Zum Schutz vor Überfällen hat der Blizzard-Chemie-Vertrieb, 532 Bad Godesberg, Elsässer Straße 8—12, ein Abwehrgerät entwickelt. Es handelt sich um ein Tränengasgerät im Format einer Stablampe, das jahrelang lagerfähig ist. Es ist zum Preis von 17,90 DM bei der Firma Blizzard erhältlich.

Baumaßnahmen der Universität Würzburg Neubau der sogenannten Kopfkliniken

Das Bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kultus hat Bauauftrag für den Neubau der Hals-, Nasen- und Ohrenklinik und der Augenklinik der Universität Würzburg (Bauabschnitt I des gemeinsamen Neubaus dieser Kliniken sowie der Neurologischen und der Neurochirurgischen Klinik) erteilt. Die Gesamtkosten dieses für die Universität Würzburg bedeutsamen Projekts betragen 37,2 Millionen DM.

Freier Kassenarztsitz in Oberbayern

Die KVB-Bezirksstelle Oberbayern schreibt hiermit den dringend zu besetzenden Kassenarztsitz eines Facharztes für Augenkrankheiten in Moosburg (Kreis Freising)

aus. Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Oberbayern —, 8 München 23, Königinstraße 85/II.

Freie Stellen für Krankenschwestern und MTA in Davos

Auf der Deutschen Dermatologischen Abteilung des Sanatoriums „VALBELLA“ in Davos-Dorf sind Stellen für Krankenschwestern und medizinische Assistentinnen zu besetzen.

Meldungen bei dem Leiter dieser Abteilung, Herrn Professor Dr. Siegfried BORELLI, 8 München 15, Thalkirchner Straße 48, Dermatologische Klinik der Universität München, Telefon 2 40 00 38 48, 2 40 00 34 61.

Stellenausschreibung für Tuberkulosefürsorgeärzte

Bei den Staatlichen Gesundheitsämtern in Deggendorf und Fürth und bei der Außenstelle in Selb des Staatlichen Gesundheitsamtes Rehau sind

Beamtenstellen für Tuberkulosefürsorgeärzte (-ärztinnen)

zu besetzen.

Die Bewerber werden zunächst als Angestellte nach Verg.-Gr. II BAT eingestellt. Während des Lehrgangs, in dem sie auf die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst vorbereitet werden, laufen ihre Dienstbezüge weiter. Daneben wird Beschäftigungsvergütung gewährt. Nach der Prüfung werden die Bewerber als Regierungsmedizinalrat (A 13) in das Beamtenverhältnis übernommen und nach drei Jahren zum Oberregierungsmedizinalrat (A 14) befördert. Später wird zu den Bezügen der Bes.-Gr. A 14 noch eine ruhegehalttsfähige Stellenzulage gewährt.

Bis zum Umzug an den Dienort wird Trennungsschädigung gezahlt. Die Umzugskosten werden nach Tarifrecht erstattet. Staatsbedienstetenwohnungen werden vermittelt. Privatpraxis (ohne Kassen) und vertrauensärztliche Nebentätigkeit sind möglich.

Fachärzte für Lungenkrankheiten können sich bewerben oder für künftig freiwerdende Stellen vormerken lassen beim Bayerischen Staatsministerium des Innern, 8 München 22, Odeonsplatz 3.

Bei nervösen Herzbeschwerden auf vegetativ-dystoner Basis

— auch bei wetterbedingten —

UZARIL-CAMPHER

DRAGÉES

25 und 60 Dragées

UZARA-WERK · MELSUNGEN

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat November 1965*

(Zusammengestellt auf Grund der Wochenmeldungen)

Die im Oktober erheblich gestiegene Scharlachhäufigkeit nahm im November nur mehr geringfügig zu, nämlich von 105 auf 108 Fälle je 100 000 der Bevölkerung (auf ein Jahr umgerechnet). Die Häufigkeit von Diphtherieerkrankungen war im November ebenfalls kaum höher als im Oktober. Im Berichtsmonat wurden zwei Fälle von übertragbarer Kinderlähmung gemeldet, bei einem zeigten sich Lähmungserscheinungen.

Die Zahl der Erkrankungen an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) stieg

im November erheblich an, die Erkrankungsziffer betrug 68, im Vormonat dagegen 18. Überwiegend traten die Erkrankungen in einigen örtlichen Häufungen auf, so vor allem in der kreisfreien Stadt Kempten (Allgäu). Etwas seltener wurden im Berichtsmonat Erkrankungen an Bauchtyphus, Paratyphus und bakterieller Ruhr bekannt. An Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) erkrankten im November dagegen wieder mehr Personen als im Oktober, nämlich 44 gegenüber 34 im Vormonat, je 100 000 der Bevölkerung.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 31. Oktober bis 4. Dezember 1965 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3			4		5		6		7		8		9		10		11		
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare			Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa										
					Kinderlähmung		Hirnhautentzündung												Salmonellose		Übrige Formen			
	E ¹⁾	ST ²⁾	E	ST	dar. paral. Fälle	Meningokokken-Meningitis	Übrige Formen	Gehirnentzündung	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	12	—	385	—	1	1	1	5	1	1	—	—	—	—	3	—	15	—	211	—	2	—	—	—
Niederbayern	1	—	81	—	—	—	—	1	—	1	1	—	—	1	—	—	—	1	—	25	—	1	—	—
Oberpfalz	—	—	50	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	2	—	1	—	3	—	7	—	—	—	—
Oberfranken	2	—	108	—	—	—	—	4	1	11	1	—	—	—	—	1	—	1	—	10	—	—	—	—
Mittelfranken	3	—	162	—	—	—	—	4	—	1	—	3	—	—	—	—	—	2	—	11	1	1	—	—
Unterfranken	—	—	117	—	1	—	—	1	—	4	—	1	—	—	—	1	—	—	—	24	—	1	—	—
Schwaben	—	—	144	—	—	—	—	3	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	372	—	—	—	—
Bayern	18	—	1047	—	2	1	1	19	2	22	2	4	—	3	—	7	—	26	—	660	1	5	—	—
München	1	—	176	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	5	—	132	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	52	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
Augsburg	—	—	17	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
Regensburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
Würzburg	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		
	Botulismus		Hepatitis-Infectiosa		Ornithose (Übrige Formen)		Pocken		Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾		Bang'sche Krankheit		Leptospirose		Q-Fieber		Toxoplasmose		Trichinose		Wundstarrkrampf				
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	
Oberbayern	1	—	102	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	1	1	—	—
Niederbayern	—	—	72	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—
Oberpfalz	—	—	33	—	—	—	—	—	12	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
Oberfranken	—	—	47	—	—	—	1	—	47	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mittelfranken	—	—	45	1	1	—	—	—	9	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	3	2	—	—
Unterfranken	—	—	77	—	2	—	—	—	17	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
Schwaben	—	—	52	—	—	—	—	—	116	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bayern	1	—	428	1	3	—	1	—	201	—	3	—	1	—	1	—	1	—	7	—	1	—	5	3	
München	—	—	45	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	21	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

1) E = Erkrankungen (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.

NUCONVAL®

Nukleasidhaltiger
Orgonextrakt mit
Convallaria-Extrakt

3 mg Adenasin
und 2000 MSE
Convallaria-Glykoside/ml

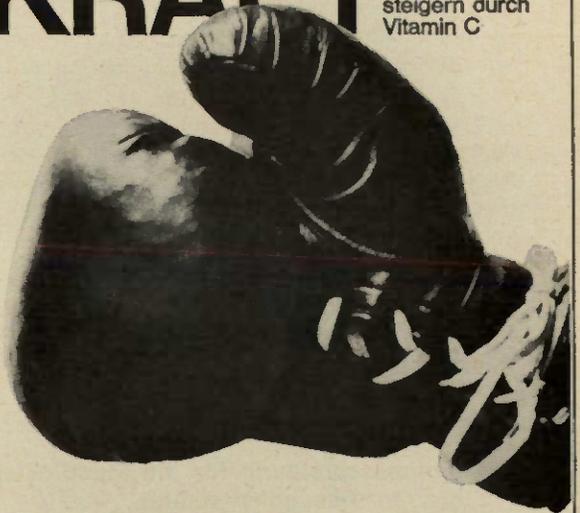
Zur Therapie der Koronar-
und Myokord-
erkrankungen



HORMON · CHEMIE · MÜNCHEN

ABWEHR KRAFT

schlagartig
steigern durch
Vitamin C



CEBION

E. Marck
DARMSTADT

Gegen Fingerlutschen und Nägelbeißen

Daumex

Lokales Entwöhnungsmittel für hartnäckige
Daumenlutscher - filmbildende Spezial-
lösung zum Auftragen auf Finger und Nägel

Zahnärzte und Kinderärzte

sind gleichermaßen an einem Lutsch-Entwöhnungs-
mittel interessiert, um die Folgeerscheinungen am
kindlichen Gebiß rechtzeitig zu verhüten. Wenn Er-
ziehungsmaßnahmen allein nicht nützen, bietet Dau-
mex eine bewährte Hilfe. Durch den Geschmack
seiner Bitterstoffe und anderer Zusätze wird dem
Kind ab 1 Jahr das Daumenlutschen bald verleidet.
Mit Daumex arbeiten die kieferorthopädischen Abt.
der Universitätszahnkliniken, zahlreiche Kinderkli-
niken und Kinderheime. Vgl. Dr. Dr. KNOCHE „Die
Lutschanomalien der Zahnstellung und ihre Verhü-
tung“ in Z. R. 1965 Nr. 3, Dr. FLEISCHER-PETERS
(kfo. Abt. der Universitätszahnklinik Erlangen), Z. P.
v. 1. 8. 1965, Prof. Dr. med. HIRSCH, Facharzt für
Kinderkrankheiten, Berlin, K. G. v. 1. 11. 1965 u. v. a.

Ärztproben und Literatur auf Wunsch



Ein Erzeugnis der DENTINOX-Gesellschaft für pharmazeutische Präparate · 1 Berlin 41

Das Bayerische Rote Kreuz gibt sich die Ehre, Sie zum

„Margueriten-Ball“

am 16. Februar 1968, 20 Uhr, im „Deutschen Theater“, München, einzuladen. Hervorragende Künstler, bekannte Tanzkapellen, das Faschingsprinzenpaar mit selnem Hofstaat und eine reichhaltige Tombola erwarten Sie.

Eintrittspreise für nummerierte Plätze: 40.—, 30.—, 20.—, 10.—, 8.— DM, unnummerierte und Kategoriekarten 8.— DM.

Abendanzug, Abendkleid, Uniform.

Kartenvorverkauf: Rotes Kreuz, Hildegardstr. 14, Aufgang II, Tel. 22 46 71; „Deutsches Theater“, Schwanthalerstr. 13, Tel. 59 55 41.

Der Reinerlös des Balles fließt dem Bayerischen Roten Kreuz zu.

Stellenausschreibung für die Staatlichen Gesundheitsämter

Bei den Staatlichen Gesundheitsämtern Augsburg, Burglengenfeld, Dachau, Erlangen, Fürth, Günzburg, Hof, Landshut, Neustadt a. d. Waldnaab (Weiden i. d. Opf.), Passau, Regensburg, Schwabach, Tirschenreuth und Wunsiedel sind Stellen für

beamtete Ärzte

zu besetzen.

Außerdem ist beim Staatlichen Gesundheitsamt Ebern die Stelle des **Amtsarztes** zu besetzen.

Bewerber, die schon Beamte sind und die Physikatsprüfung abgelegt haben, werden als Beamte (auch in A 14) übernommen. Die übrigen Bewerber werden zunächst als Angestellte nach BAT III/II eingestellt. Während des Physikatslehrgangs erhalten sie volle Dienstbezüge und Beschäftigungsvergütung. Nach der Physikatsprüfung werden sie als Regierungsmedizinalrat (A 13) in das Beamtenverhältnis übernommen und nach drei Jahren zum Oberregierungsmedizinalrat (A 14) befördert. Für Amtsleiter bestehen weitere Aufstiegsmöglichkeiten in eine ruhegehaltfähige Stellenzulage (A 14 + Z) und in die Bes.-Gr. A 15.

Trennungschädigung und Umzugskostenbeihilfe werden gewährt. Staatsbedienstetenwohnungen werden vermittelt. Privatpraxis (ohne Kassen) und vertrauensärztliche Nebentätigkeit werden genehmigt.

Bewerbungen und jederzeit mögliche Anträge auf unverbindliche Vormerkung für künftig freiwerdende Stellen werden erbeten an Bayerisches Staatsministerium des Innern, 8 München 22, Odeonsplatz 3.

Stellenausschreibung für hauptamtliche Ärzte bei den bayerischen Justizvollzugsanstalten

Bei der Strafanstalt Straubing wird ein weiterer hauptamtlicher Anstaltsarzt eingestellt.

Bei der Strafanstalt Kaisheim bei Donauwörth ist die Stelle des hauptamtlichen Anstaltsarztes neu zu besetzen.

Beschäftigung zunächst im Angestelltenverhältnis mit Vergütung nach Vergütungsgruppe III oder II BAT. Nach Ableistung der üblichen Probezeit können diejenigen Bewerber, welche die beamtenrechtlichen Voraussetzungen erfüllen (die Prüfung für den öffent-

lichen Gesundheitsdienst ist nicht erforderlich) als Regierungsmedizinalrat zur Anstellung (BesGr. A 13) in das Beamtenverhältnis auf Probe übernommen werden. Der Aufstieg bis zum Regierungsmedizinaldirektor (BesGr. A 15) ist möglich. Die Ausübung einer Privatpraxis kann auf Antrag genehmigt werden. Dienstwohnungen sind vorhanden.

Bewerbungen werden bis 1. März 1968 an das Bayerische Staatsministerium der Justiz — Abteilung F —, 8 München 35, Justizpalast am Karlsplatz, erbeten. Den Gesuchen sind Ausbildungsnachweise und Bescheinigungen über bisherige Tätigkeiten in Urschrift oder beglaubigter Abschrift sowie ein handgeschriebener Lebenslauf und ein Lichtbild aus neuerer Zeit beizufügen. Bei Bewerbern, die bereits im öffentlichen Dienst tätig sind, genügt statt dessen die schriftliche Zustimmung zur Elmsichtnahme in ihre Personalakten.

BUCHBESPRECHUNGEN

„Gehes Codex der pharmazeutischen Spezialpräparate“, Nachtrags- und Ergänzungsband zur IX. Auflage, mit Angaben über Zusammensetzung, Indikationen, Zubereitungsformen und Hersteller. Bearbeitet von Apotheker Dr. Felix Diepenbrock, Berlin. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft m. b. H., Stuttgart, Schwarzeck-Verlag GmbH, München, 1964, 598 Seiten, Lw., DM 74,—.

Der langerwartete Nachtrag zu Gehes Codex wurde ausgeliefert und enthält auf 537 Seiten Spezialitäten, die bis Anfang d. J. in Deutschland in den Handel gelangten. Bei ausländischen Präparaten mußten die Angaben vom Herausgeber aus der Fachpresse entnommen werden. Von 301 Spezialitäten der IX. Auflage vermerkt der Nachtrag, daß deren Herstellung aufgegeben wurde. In dieser Zahl sind diejenigen Spezialitäten nicht enthalten, die man in gleicher oder geänderter Zusammensetzung sowie unter anderem Namen weiter herstellt. Der Hauptband enthält auf 1392 Seiten 18 119 Spezialitäten (Titel ohne Verweisungen), der Nachtrag weitere 4674, ebenfalls ohne Verweisungen. Zieht man die durch Änderung der Zusammensetzung zweimal gezählten ab, es sind sehr viele, so zeigt das ein recht eigenartiges Geschäftsgebaren der betreffenden Hersteller bzw. Vertriebsfirmen. Man kann also nur vermuten, daß bei mindestens 37 000 Arzneispezialitäten, 59 000 bis 60 000 waren Ende 1953 in Deutschland im Handel (Uffelmann), oder deren Herstellern etwas „faul“ ist, sonst würden sie eine kostenlose Werbung für ihre Erzeugnisse durch Zusendung der Unterlagen an den Herausgeber durchführen und diesem die Arbeit erleichtern. Andererseits ist der Referent der Ansicht, daß Arzneimittel Waren besonderer Art sind, so daß diejenigen, welche von Berufs wegen mit Arzneimitteln zu tun haben, einen Rechtsanspruch auf sofortige Unterrichtung der qualitativen Zusammensetzung durch Nachschlagen in Gehes Codex besitzen. Vielleicht nehmen sich die zuständigen Behörden der Sache an.

Die im anderen Teil Deutschlands gehandelten Arzneispezialitäten sind leider nicht aufgeführt.

Im Anhang hat auf den Seiten 539 bis 598 Dr. Hans R. Petri, Stuttgart, zunächst das Entstehen internationaler Sachbezeichnungen für Arzneistoffe beschrieben, dann die Allgemeinen Richtlinien für die Bildung international nicht gesetzlich geschützter Bezeichnungen und schließlich die in verschiedenen Bekanntmachungen enthaltenen, empfohlenen bzw. vorgeschlagenen internationalen Sachbezeichnungen alphabetisch geordnet. Durch diese ebenfalls mühevoll arbeit erhört sich der Wert von Gehes Codex zusätzlich.

Es bleibt nur die Anregung, bei Neubearbeitung auch alle Bekanntmachungen des Bundesgesundheitsamtes über Eintragungen von Arzneispezialitäten in den Anhang von Gehes Codex aufzunehmen.

Apotheker Werner H u h n, München



SHARP & DOHME GMBH

TOCHTERGESELLSCHAFT DER MERCK & CO., INC., RAHWAY, N.J. (U.S.A.)

8 MÜNCHEN 51, POSTFACH 1

An: Wissenschaftlicher Außendienst
Von: Medizinisch-wissenschaftliche Abteilung

Betr.: AMUNO: Hohe Wirkungsintensität bei mittlerer
Dosierung

Soeben erschien in der Zeitschrift „Der Praktische Arzt“ (Heft 11/1965) eine weitere Arbeit über AMUNO (Indometacin). Haseneier berichtet darin, daß bei mittlerer Dosierung (75-100 mg = 3-4 mal 1 Kapsel AMUNO täglich) in fast 70% der Fälle ein guter bis sehr guter Behandlungserfolg zu verzeichnen war. Es handelte sich um Patienten mit akut oder chronisch entzündlichen, rheumatischen oder degenerativen Erkrankungen des Bewegungsapparates. Die Verträglichkeit des Präparates war in über 92% der Fälle ausgezeichnet.

Der Autor nennt das Mittel eine „entscheidende Bereicherung für die Therapie entzündlich-rheumatischer Erkrankungen“ und bestätigt die Erfahrungen anderer Kliniker, daß unter der Behandlung mit AMUNO in vielen Fällen eine gleichzeitige NNR-Steroidtherapie „lengsam ausschleichend“ reduziert oder gänzlich abgesetzt werden kann.

Die Kenntnis dieser wirklich bemerkenswerten Resultate dürfte gerade für Sie in Ihrer beratenden Zusammenarbeit mit dem Arzt draußen in der Praxis interessant sein.

Dr. H.

 **Amuno**[®]
Kapseln und Suppositorien

bei entzündlichen und degenerativen
Erkrankungen des Bewegungsapparates
antiphlogistisch · analgetisch · antipyretisch

Aescosulf[®]



Arznei Müller
Bielefeld

dynamisiert den arteriovenösen Reflux



Thromboseprophylaxe

Monapax[®]

erlöst die Bronchen



Arznei Müller
Bielefeld

Phyto-Antitussivum
für jedes Alter
(ohne Opiate)

KONGRESSE UND FORTBILDUNG**Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin**

37. Vortragsreihe vom 25. bis 27. März 1966 — Thema: „Klinische Pharmakologie, ein neues therapeutisches Lehrfach für die Praxis“ — Leitung: Professor Dr. A. Schretzenmayr

Freitag, 25. März 1966

Klinische Visiten und Filmabend

Samstag, 26. März 1966

9.00—10.15 Uhr:

„Grundlagen und Aufgaben des neuen Fachs“

Priv.-Doz. Dr. H. J. Dengler, Heidelberg

„Therapie mit Herzglykosiden“

Chefarzt Dr. Jörgen Schmidt-Voigt, Eppstein/Ts.

10.15—10.45 Uhr: Pause

10.45—12.30 Uhr:

„Pharmakotherapie am Kreislauf“

Prof. Dr. F. Anschütz, Darmstadt

„Therapie mit Neuro-, Myo- und Psychopharmaka“

Priv.-Doz. Dr. D. Bente, Erlangen

„Arzneimittlexantibeme“

Prof. Dr. W. Lindemayr, Wien

12.30—14.00 Uhr:

Mittagspause

14.00—16.30 Uhr:

Podiumsgespräch gemeinsam mit „Europa medica“

Thema: „Arzneimittelprüfung am Krankenbett“

Gesprächsleiter: Priv.-Doz. Dr. W. Trummert, München

Gesprächspartner: Referenten des Kongresses und Mitarbeiter der „Europa medica“ aus den Nachbarländern der Bundesrepublik

16.30—18.00 Uhr:

Klinische Visiten und Demonstrationen

Sonntag, 27. März 1966

8.30—11.00 Uhr:

Internationales Podiumsgespräch gemeinsam mit

„Europa medica“

Thema: „Saliurese, aktueller Weg zur Ödem- und Hypertoniebehandlung“

Gesprächsleiter: Prof. Dr. E. Wollheim, Würzburg

Gesprächspartner: Referenten des Kongresses und Mitarbeiter der „Europa medica“ aus den Nachbarländern der Bundesrepublik

11.00—11.30 Uhr: Pause

11.30—12.40 Uhr:

„Antibakterielle Therapie in der Praxis“

Prof. Dr. R. Worms, Paris

„Antirheumatische Therapie in der Praxis“

Priv.-Doz. Dr. U. Gerlach, Münster

12.40—14.00 Uhr:

Mittagspause

14.00—15.30 Uhr:

„Klinische Indikationen der anabolen Steroide“

Prof. Dr. H. Nowakowski, Hamburg

„Krebsbehandlung mit Antimetaboliten“

Prof. Dr. H. B. Nevinny, M.D.M.S., Boston, USA

„Pharmakotherapie der Leber-Gallen-Erkrankungen“

Priv.-Doz. Dr. E. Wildhirt, Kassel

Anmeldung: Ärztlicher Kreisverband Augsburg

8900 Augsburg, Schaezlerstraße 19, Telefon 27 77.

II. Münchener Kurs für Arbeitsmedizin

Weiterbildung für die Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“

veranstaltet vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge gemeinsam mit der Bayerischen Landesärztekammer vom 31. 1. bis 25. 2. 1966 im Hause des Arbeitsschutzes, München 22, Pfarrstraße 3

Montag, 31. Januar 1966

Eröffnung 9.00 Uhr

Begrüßung

Staatssekretär Dr. Pirkel, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge, München:

„Arzt und soziale Sicherheit“

Prof. Dr. Dr. Eyer, Direktor des Max-von-Pettenkofer-Instituts München:

„Allgemeine Betriebsbygiene“

Dr. Asanger, Landesverband Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften, München:

„Die Bedeutung des ärztlichen Gutachtens für den Sozialversicherungsträger“

Dienstag, 1. Februar 1966

Prof. Dr. Dr. Schöber, Vorstand des Instituts für medizinische Optik der Universität München:

„Beleuchtungsfragen am Arbeitsplatz“

Prof. Dr. H. Schmidtke, Direktor des Instituts für Arbeitspsychologie und Arbeitspädagogik der Technischen Hochschule München:

„Methodik der eignungsdiagnostischen Normenfindung“

Mittwoch, 2. Februar 1966

Vormittags: Rosenthal-Porzellanfabrik, Selb

Nachmittags: Porzellanfabrik Thomas am Kulm

Donnerstag, 3. Februar 1966

Dr. H. Wittgens, Arbeitsschutzarzt der Deutschen Bundesbahn, Frankfurt/M.:

„Gesundheitliche Gefährdung bei Schweißarbeiten“

Dr. H. Wehrheim, Werksärztlicher Dienst der Fa. Degussa, Frankfurt/M.:

„Die Erkrankungen durch Fluor und seine Verbindungen“

„Die Erkrankungen durch Beryllium und seine Verbindungen“

Obermedizinalrat Dr. Hoffmann, Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin, München:

„Abrißbrüche der Wirbelfortsätze“

„Bemerkenswerter Fall isolierter Arthrose des Großzehengrundgelenks bei einer Ballett-Tänzerin“

Freitag, 4. Februar 1966

Dr. A. Kirn, Werksärztlicher Dienst und arbeitsphysiologische Forschungsstelle der Firma Robert Bosch GmbH, Stuttgart:

„Arbeitsplatz und Konstitution“

Tropfen, Elixier
hormonfrei

erleichtert
den Schritt
in die Menopause

feminon®

Julius Redel · Cesra-Arzneimittelfabrik · Haueneberstein b/ Baden-Baden

Prof. Dr. F. Fürstenberg, Bergakademie Clausthal — Technische Hochschule:
„Betriebssoziologische Fragen“

Montag, 7. Februar 1966

Dr. K. Koetzling, Ministerialrat a.D., Bonn/Rhein:
„Moderne Berufskunde“

Prof. Dr. H. Schmidtke, München:
„Klima und Leistung“

Dozent Dr. habil A. von der Heydt, Chefarzt im Stadtkrankenhaus Kassel-Niederzwehren:
„Erkrankungen durch Schwefelkohlenstoff und Schwefelwasserstoff“

Dienstag, 8. Februar 1966

Oberregierungsmedizinalrat Dr. Scheld, Versorgungsamt München II:

„Der ärztliche Sachverständige im Rentenverfahren“
Regierungsmedizinaldirektor Dr. Schnelder, Leiter des Bayerischen Landesinstituts für Arbeitsmedizin, München:

„Seltene Pneumokoniosen aus dem bayerischen Raum“
Regierungsgewerbebedirektor Dr. Ing. Suyter, Leiter des Gewerbeaufsichtsamtes Augsburg:

„Aus der Praxis der Gewerbeaufsicht“

Mittwoch, 9. Februar 1966

Abfahrt 8.00 Uhr: Wessels Schuhfabrik GmbH, Augsburg, August-Wessel-Straße 5. — Eisenwerk Gebr. Frisch KG, Augsburg, Kissing bei Augsburg.

Donnerstag, 10. Februar 1966

Oberregierungsmedizinalrat Dr. Acker, Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin, München:

„Hautmykosen und Beruf“

„Chemische und physikalische Schädigungen der Haut“
Prof. Dr. H. Lückert, Pädagogische Hochschule München-Pasing:

„Mittel und Wege zur Steigerung der Lern- und Arbeitsleistung Jugendlicher“

Regierungsmedizinaldirektor Dr. Wende, Niedersächsisches Landesverwaltungsamt, Hannover:

„Die Dokumentation arbeitsmedizinischer Untersuchungen“

Freitag, 11. Februar 1966

Priv.-Doz. Dr. H. Mehnert, Medizinische Poliklinik der Universität München und III. med. Abteilung des Krankenhauses München-Schwabing:

„Diabetes-Probleme am Arbeitsplatz“

Dr. U. Weltbrecht, Werksarzt der Maschinenfabrik J. M. Voith, Heidenheim:

„Schädigungen durch Halogen-Kohlenwasserstoffe und ihre Abkömmlinge“

„Erkrankungen durch Quecksilber oder seine Verbindungen“

Prof. Dr. H. Valentin, Direktor des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Erlangen-Nürnberg:

„Rehabilitation nach Herzinfarkt“

Montag, 14. Februar 1966

Oberregierungsgewerbemedizinalrat Dr. W. Reini, Der Staatliche Gewerbearzt für die Regierungsbezirke Düsseldorf, Köln und Aachen:

„Erkrankungen an Lungenfibrose durch Metalstaub bei der Herstellung oder Verarbeitung von Hartmetallen“

Prof. Dr. H. Oettel, Leiter des gewerbe-hyg.-pharm. Instituts der BASF, Ludwigshafen/Rh.:

„Arbeitsmedizinische Probleme bei der Herstellung und Anwendung von Kunststoffen“

„Berufskrebse“

Dienstag, 15. Februar 1966

Regierungsmedizinalrat Dr. Hall, Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin, München:

„Gesundheitsschäden durch Benzol und Homologe“

Prof. Dr. Linzenmeier, Max-von-Pettenkofer-Institut, München:

„Zoonosen als Berufskrankheiten“

Dr. habil. Lederer, Ministerialrat a.D., München:
„Rückblick auf überwundene und gewandelte Berufskrankheiten“

Donnerstag, 17. Februar 1966

Prof. Dr. Dr. Borell, Dermatologische Klinik und Poliklinik der Universität München:

„Akzentverschiebungen dermatologischer Berufsnoxen während der letzten 30 Jahre“

Dr. H. J. Florian, Verband Deutscher Werksärzte e. V., München, Fa. Siemens & Halske AG:

„Werksärztliche Gesichtspunkte bei der Entsendung von Mitarbeitern ins Ausland“

„Arbeitsmedizinische Erfahrungen beim Einsatz von Arbeitskräften in Übersee“

Freitag, 18. Februar 1966

Oberbahnarzt Dr. W. Scholz, Bundesbahndirektion Hamburg:

„Tauglichkeitsuntersuchungen bei der Bundesbahn“

Bundesbahnberrat Dr. Henckel, Bundesbahnsozialamt Frankfurt/M.:

„Psychologische Eignungsuntersuchungen bei der Bundesbahn“

Prof. Dr. Dr. E. Schütte, Direktor des Physiolog.-Chem. Instituts der Freien Universität Berlin:

„Ernährung des Industriearbeiters“

Montag, 21. Februar 1966

Oberregierungsgewerbeberater Dipl.-Ing. Kreher, Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsschutz, München:

„Lüftung und Absaugung im Industriebetrieb“

Prof. Dr. J. Janz, Nervenambulanz der Universität Heidelberg:

„Anfall-Leiden und Berufsarbeit“

Medizinaldirektor Dr. F. Deckstein, Landesversicherungsanstalt Oberbayern, München:

„Ursachen der Frühinvalidität“

Aschermittwoch, 23. Februar 1966

Prof. Dr. Spann, Gerichtlich-Medizinisches Institut der Universität München:

„Alkohol- und Tablettenmißbrauch im Betrieb“

Prof. Dr. M. Mikorey, München:

„Der Mensch im Unfallgeschehen“

Donnerstag, 24. Februar 1966

Regierungsbaumeister W. Martin, Techn. Aufsichtsbeamter der Tiefbau-Berufsgenossenschaft München:

„Die Technik der Druckluftgründung“

Oberregierungsmedizinalrat Dr. Bühlmeier, Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin, München:

„Erkrankungen der Caissonarbeiter und Taucher durch Druckfall“

Prof. Dr. Rosegger, Forschungsanstalt für Landwirtschaft, Braunschweig-Völkenrode:

„Schiepperfabren aus der Sicht des Arbeitsmediziners“

Dr. von Gelso, Werksarzt der Essener Steinkohlenbergwerke AG, Essen:

„Werksarztprobleme im Bergbau“

Freitag, 25. Februar 1966

Regierungsgewerbemedizinalrätin Dr. J. Reinhardt, Niedersächsisches Landesverwaltungsamt Hannover:

„Ärztliche Erfahrungen bei der Durchführung des Jugendarbeitsschutzgesetzes“

Priv.-Doz. Dr. H. G. Schmidt, Betriebsarzt der Siemens-Schuckert-Werke AG, Berlin, Dozent für Arbeitsmedizin und Arbeitssicherheit an der Technischen Universität Berlin:

„Organisation und Wirkungsweise des werksärztlichen Dienstes in den Vereinigten Staaten“

„Arbeitsbewertung“

Auskunft durch das Bayerische Landesinstitut für Arbeitsmedizin, München 22, Pfarrstraße 3, Tel. 2 18 41.

Ärztliche Fortbildung im Chiemgau

„Fortbildung vor der Tür des Praktischen Arztes“

Für das Jahr 1966 sind folgende Themen festgelegt:
Januar:

26. 1. in Prien, Kurhotel „Kronprinz“, 19.30 Uhr:
„Der akute Schmerzanfall“, mit 2 Filmen. Referent:
Dr. Schmidt-Voigt

März:

- 19./20. 3.: Wochenendtagung in Berchtesgaden:
„Winter im Hochgebirge aus der Sicht des Arztes“
mit den Themen: Wetter und Krankheit; Kreislauf-
therapie bei Wetterfühligkeit; Nutzen und Gefahren
des Wintersports; Rettung aus Bergnot im Winter;
Behandlung von Ski- und Lawinenunfällen. Vor-
führung einer kompletten Rettungsaktion bei La-
winenunfall

Mai:

- 7./8. 5.: „Klinisches Wochenende“ in Salzburg, gemeinsam
mit dem Ärzte-Verein Salzburg. Themen-Vorschlag
durch den Ärzte-Verein Salzburg: „Die Blutung“,
Gegenvorschlag der „Ärztlichen Fortbildung im
Chiemgau“: „Der Schmerz als Warnsignal“

Juni:

15. 6.: „Pyelonephritis“

Juli:

13. 7.: „Diabetes-Probleme“

September:

14. 9.: „Prophylaxe und Therapie der Erkältungskrank-
heiten“

Oktober:

- 8./9. 10.: „Klinisches Wochenende“ in Bad Reichenhall
Programm-Entwurf: „Herzinsuffizienz“

November:

23. 11.: „Diagnostik und Therapie der peripheren Durch-
blutungsstörungen“

83. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie vom 13. bis 16. 4. 1966 in München

Für die 83. Tagung der Deutschen Gesellschaft für
Chirurgie vom 13. bis 16. April 1966 in München sind
folgende Hauptthemen vorgesehen:

Allgemeine Chirurgie

1. Die postoperative Blutung
2. Die Rezidivstruma
3. Die Chirurgie der chronischen Pankreatitis
4. Spätergebnisse nach chirurgischer Therapie
arterieller Gefäßverschlüsse
5. Fettembolie
6. Chirurgie des portalen Hochdrucks

Unfallchirurgie

7. Die Gelenksteife
 8. Luxationsfrakturen im Hüftbereich
 9. Schleudertrauma der Halswirbelsäule
- Themen der experimentellen Chirurgie, der Plasti-
schen und Wiederherstellungs-Chirurgie, der Urologie,
der Kinder-Chirurgie, der operativen Cardiologie, der
Intensivtherapie und der Dokumentation und Klini-
schen Statistik werden zum Teil gemeinsam mit den
entsprechenden speziellen Fachgesellschaften in Parallel-
sitzungen behandelt. Für freie Vorträge (10 Minuten)
ist reichlich Zeit vorgesehen.

Auskunft: Professor Dr. L. ZUKSCHWERDT, Direktor
der Chirurgischen Universitätsklinik, 2 Hamburg 20,
Martinstraße 52.

Nächster Kurs für Röntgenhelferinnen

Der nächste Kurs für Röntgenhelferinnen wird in der
Zeit vom 18. bis 28. April 1966 in Erlangen stattfinden.
Meldungen zu diesem Kurs sollen umgehend bei der
Bayerischen Landesärztekammer, 8 München 23, Kö-
niginstraße 85, erfolgen.

IV. Internat. Kongreß für Infektionskrankheiten

vom 26. bis 30. April 1966 in München

Der IV. Internationale Kongreß für Infektionskrank-
heiten findet in der Zeit vom 26. bis 30. April 1966 in
München statt.

Präsident des Kongresses ist Herr Professor Dr. Dr.
h. c. L. HEILMEYER, Freiburg/Br.

Tagungsort ist die Kongreßhalle des Messegeländes
in München.

Wissenschaftliches Programm

Folgende Hauptthemen wurden ausgewählt:

1. Aktuelle Infektionskrankheiten
Die Virushepatitis:
Virologie, Serologie und Epidemiologie
Klinik und Therapie
Prophylaxe der Virushepatitis und ihre Bedeutung
für die Bluttransfusion
Die Röteln:
Das Röteln-Virus und die spezifische Propylaxe
rötelnbedingter Mißbildungen
Der respiratorische Virusinfekt:
Virologie und Epidemiologie
Klinik
 2. Der chronische Infekt
Bakteriologische Probleme:
Persistenz
Resistenz
Klinische und immunologische Probleme
Agammaglobulinämie
Chronische Bronchitis und Folgeerscheinungen:
Pathologische Grundlagen der chronischen Bronchitis
Bakteriologie
Cytologische und histochemische Diagnostik
Klinik
Chronische Pneumonie und Folgen
Die chronischen Erkrankungen und Folgeerschei-
nungen in chirurgischer Sicht
Therapie
Die chronische Pyelonephritis:
Pathologische Grundlagen
Diagnostik
Klinik: Säugling
Schwangerschaft
Innere Medizin
Pyelonephritis und Diabetes
Therapie und Prophylaxe
 3. Chemotherapie und Chemoprophylaxe der Virus-
infektionen
Einführungsreferat: Virusvermehrung in der Zelle
als Angriffspunkt von Chemotherapeutika und
Chemoprophylaktika
Virusinhibitorische Wirkungen von Guanidin und
Benzimidazolen bei Enterovirusinfektionen und
Influenzavirusinfektionen
Viruschemoprophylaxe mit Thiosemicarbazonderi-
vaten
Viruschemotherapie mit Inhibitoren der DNS-Syn-
these (Joddesoxyuridin, Arabinoside)
Die Rolle des Interferons in der Abwehr von Virus-
infektionen
 4. Beziehungen zwischen Infektionserreger und Wirts-
organismus (Host-Parasite-Relationship)
Genetische Faktoren bei der Antikörperbildung
Die Rolle des Komplements
Die Rolle der Phagozytose
Das intrazelluläre Schicksal von Antigenen
Das Problem der Antigenität
Virus-Wirtsbeziehungen und die Rolle von Interferon
Tierparasiten
Maligne Transformation durch Infektion
Epidemiologische Aspekte
- Die Kongreßsprachen werden Englisch, Französisch,
Italienisch und Deutsch sein.
Anmeldungen zu diesem Kongreß werden erbeten an
Herrn Professor Dr. G. HOFFMANN, Generalsekretär
des IV. Internationalen Kongresses für Infektionskrank-
heiten, Medizinische Univ.-Klinik, 78 Freiburg/Br.,
Hugstetter Straße 55.
Von dort oder der Bayerischen Landesärztekammer-
Pressestelle kann auch das genaue Tagungsprogramm
angefordert werden.

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.

März 1966:

1. 3.—30. 6. in Düsseldorf: 31. Amtsarztlehrgang der Akademie für Staatsmedizin. Auskunft: Sekretariat der Akademie für Staatsmedizin, 4 Düsseldorf, Auf'm Hennekamp 70.
- 5.—19. 3. in Kairo: 6. Internationales Seminar für ärztliche Fortbildung. Auskunft: Dr. Bernhard Lingnau, 2 Hamburg 66, Brunsrokrogweg 14.
- 9.—11. 3. in Innsbruck: Klinische Tage der Chirurgischen Universitätsklinik. Auskunft: Prof. Dr. P. Huber, Innsbruck, Chirurgische Universitätsklinik.
12. 3. in Innsbruck: Klinisches Wochenende: „Die Blutung in Praxis und Klinik“. Auskunft: Prof. Dr. P. Huber, Innsbruck, Chirurgische Univ.-Klinik.
12. 3. in Düsseldorf: Frühjahrstagung der Rhein-Westf. Vereinigung für Tuberkulose- und Lungenhellkunde. Auskunft: Med.-Dir. Dr. Hoppe, 4 Düsseldorf, Königsallee 71.
- 12.—17. 3. in Freudenstadt: Diagnostik-Kurs der ärztlichen Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie (FAC). Auskunft: Sekretariat der FAC, 47 Hamm, Ostenallee 83.
- 13.—18. 3. in Freudenstadt: 30. Fortbildungstagung des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren. Auskunft: Dr. med. H. Haferkamp, 65 Mainz, Adam-Karrillon-Straße 13.
- 13.—19. 3. in Igels bei Innsbruck: Internationaler Frühjahrskongress für Ganzheitsmedizin und Naturheilverfahren des Bundesverbandes Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren e. V. Auskunft: Bundesverband Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren e. V., 8 München 2, Richard-Wagner-Straße 10/I.
- 13.—26. 3. in Badgastein: XI. Internationaler Fortbildungskongress der Bundesärztekammer (Thema: „Blut ist ein ganz besonderer Saft“ — Klinische Immunologie und Serologie). Auskunft: Kongressbüro der Bundesärztekammer, 5 Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 14.—26. 3. in Davos: XIV. Internationaler Fortbildungskongress der Bundesärztekammer (Thema: „Blut ist ein ganz besonderer Saft“ — Klinische Immunologie und Serologie). Auskunft: Kongressbüro der Bundesärztekammer, 5 Köln-Lindenthal, Haedenkampstr. 1.
- 19.—20. 3. in Frankfurt (Main): Gemeinschaftstagung der Vereinigung Nordrhein-westfälischer und der Vereinigung Südwestdeutscher Dermatologen. Auskunft: Prof. Dr. F. Herrmann, Universitäts-Hautklinik, 8 Frankfurt-Süd, Ludwig-Rehn-Straße 14.
- 21.—26. 3. in Paris: 3. Internationaler Kongress der Internationalen Liga von Vereinigungen zugunsten geistig Behinderter. Auskunft: S. O. C. F. I. 1 ter, rue Chanez, Paris (16e), Frankreich.
- 25.—27. 3. in Augsburg: 37. Augsburger Fortbildungskongress für praktische Medizin (Thema: „Klinische Pharmakologie, ein neues therapeutisches Lehrfach für die Praxis“). Auskunft: Kongressbüro der „Augsburger Fortbildungskongresse für praktische Medizin“, 89 Augsburg, Schaezlerstraße 19.
- 26.—31. 3. in Mitterndorf/Steiermark: Internationales Sportärztereffen. Auskunft: Generalsekretariat der Weltunion für prophylaktische Medizin und Sozialhygiene, Wien VIII, Piaristengasse 41.
28. 3.—1. 4. in Neuherberg: Strahlenschutz in Röntgendiagnostik und -therapie. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, Institut für Strahlenschutzkunde, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.

April 1966:

- 2.—17. 4. Studienfahrt Deutscher Akademiker nach Sizilien mit Neapel und Paestum. Auskunft: Studienfahrten Deutscher Akademiker Prof. Dr. Artur Kutscher, 8 München 13, Ainmillerstr. 25/II.

- 3.—17. 4. Studienfahrt Deutscher Akademiker nach Nordafrika unter dem Motto „Antike und Arabische Welt am Mittelmeer“. Auskunft: Studienfahrten Deutscher Akademiker Prof. Dr. Artur Kutscher, 8 München 13, Ainmillerstraße 25/II.
- 12.—14. 4. in Salzburg: II. Deutscher und Österreichischer Kongress für Dalneologie, medizinische Klimatologie und Physikalische Medizin. Auskunft: Prof. Dr. Walter Zörkendörfer, 4902 Bad Salzflun, Extersche Straße 30.
- 13.—16. 4. in München: 83. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. (Thema: Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie). Auskunft: Prof. Dr. L. Zuckschwerdt, Direktor der Chirurg. Univ.-Klinik, 2 Hamburg 20, Marinistraße 52.
13. 4.—8. 7. in Hamburg: Kursus über Tropenmedizin und medizinische Parasitologie. Auskunft: Sekretariat Bernhard-Nocht-Institut, 2 Hamburg 4, Bernhard-Nocht-Straße 74.
- 15.—17. 4. in Bad Nauheim: 32. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung. Auskunft: Prof. Dr. R. Thauer, Deutsche Gesellschaft für Kreislaufforschung, 6350 Bad Nauheim, William-G.-Kerckhoff-Institut der Max-Planck-Gesellschaft.
- 16.—17. 4. in Bad Driburg: Einführungskursus in die Psychotherapie für die Allgemeinpraxis. Auskunft: Dr. H. Binder, 3490 Bad Driburg, Von-Wincke-Straße 10.
17. 4.—1. 5. Studienfahrt Deutscher Akademiker „Griechenland, Istanbul und Kleinasien.“ Auskunft: Studienfahrten Deutscher Akademiker Prof. Dr. Artur Kutscher, 8 München 13, Ainmillerstraße 25/II.
- 18.—22. 4. in Berlin: Ärztelehrgang über neuzeitliche Versorgung mit Kunstgliedern und ihre methodische Gebrauchsunterweisung. — Auskunft: Senator für Gesundheitswesen, 1 Berlin 21, Invalidenstraße 52.
- 18.—22. 4. in Neuherberg: Einführungskursus in den Strahlenschutz. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, Institut für Strahlenschutzkunde, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.
- 18.—28. 4. in Eriangen: Kurs für ungeprüfte Röntgenhelferinnen der Bayerischen Landesärztekammer. Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85.
- 18.—29. 4. in Neutrauchburg (Allg.): Einführungsliegänge in die Manualtherapie. Auskunft: Sekretariat der MWE, 7972 Neutrauchburg (Allg.), über Isny.
18. 4.—6. 5. in Neuherberg: Strahlenschutz (Einführungskursus, 1. und 2. Fortbildungskurs). Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, Institut für Strahlenschutzkunde, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

Bellagenhinweis

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigelegt:

Klinge, 8 München 23,
Dr. R. Reiss, Berlin,
Asche & Co. KG, Hamburg,
Dr. F. Sasse, Berlin,
Asta-Werke AG, Brackwede.



„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 65/III, Tel. 38 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:

ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG., früher Verlag u. Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8 München 15, Postfach, Sonnenstr. 29, Tel. 55 80 81, Fernschreiber: 05 23662, Telegrammadresse: atlaspress. Für den Anzeigentel verantwortlich: Ernst W. Scharfingler, München. Druck Richard Pfäum Verlag, München. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrophotographie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

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