

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 2

München, Februar 1966

21. Jahrgang

Gesundheitspolitik und Ärztekammer

Von H. Sewering

Anfang Februar hielt der Bayerische Staatsminister des Innern, Dipl.-Ingenieur Heinrich JUNKER, vor dem Bayerischen Landtag seine Etatrede. Er stellte seinen umfangreichen Bericht unter das Leitmotiv, daß der Mensch im Mittelpunkt aller Verwaltungstätigkeit stehen müsse. Die Sorge um die Gesundheit der Bevölkerung sei ein zentrales Problem unserer Zeit. In welcher vielfältiger Weise die innere Verwaltung und an ihrer Spitze der Innenminister zugleich als Gesundheitsminister mit diesem „zentralen Problem“ befaßt ist, zeigen die einzelnen Abschnitte und der Anhang der Etatrede in eindrucksvoller Weise: Bekämpfung von Maul- und Klauenseuche und Tollwut, Maßnahmen gegen Luftverunreinigung, Lärm und Erschütterungen, die Wasserwirtschaft mit den immer schwierigeren Problemen der Bereitstellung geeigneten Trinkwassers und der Abwasserbeseitigung, der Ausbau der Straßen und die Sicherheit im Straßenverkehr — dies alles gehört in den Bereich der inneren Verwaltung, also des Innenministeriums. Es wäre interessant, mehr darüber zu berichten.

Von besonderem Interesse für die Ärzte unseres Landes sind einige Ausführungen des Innenministers zur Gesundheitsvorsorge und der dabei dem Staat zufallenden Aufgabe:

„So sehr die Gesundheitsverwaltung in die vorbeugende Gesundheitspflege hineingewachsen ist, so wichtig ist es, die Grenzen der staatlichen Tätigkeit auf diesem Gebiet zu sehen.“

„Richtschnur muß die Überlegung sein, daß es weder Sache des Staates sein kann, dem Menschen die Verantwortung um seine Gesundheit abzunehmen, ihm also eine Art ‚Gesundheitsversicherung‘ zu gewährleisten, noch die Stelle des freipraktizierenden Arztes einzunehmen. Die Gesundheitsverwaltung hat sich auf das zu beschränken, was den einzelnen Staatsbürger, die Ärzteschaft und die sonst im Gesundheitswesen Tätigen überfordert. Sie soll ferner dem einzelnen Wege aufzeigen, wie er sich selbst um seine Gesundheit annehmen kann. Dazu dient die Gesundheitserziehung, die den gesunden Menschen ansprechen muß. Ziel dieser Gesundheitserziehung ist es nicht, Gesundheitsfanatismus oder Krankheitsangst zu erzeugen, sondern die Bereitschaft des einzelnen zu wecken, gesund zu leben.“

Spezielle Vorsorgeuntersuchungen, die der Früherkennung möglicher Schäden dienen, berühren höchstper-

sönliche Lebensbereiche und können ihren Zweck nur dann erfüllen, wenn die gesamte gesundheitliche Situation des zu Untersuchenden berücksichtigt wird. Dieser soll daher den Arzt seines Vertrauens frei wählen können und nicht auf eine mehr oder weniger unpersönliche Institution angewiesen sein. Mein Motto war immer: ‚Hol‘ den Hausarzt, schone den Amtsarzt!“

Der Minister wies dann auf das nachahmenswerte Beispiel der Blutgruppenuntersuchungen im Rahmen der Vorsorge für werdende Mütter hin, wo der Staat organisatorisch tätig war und sich an den Kosten beteiligte, die Durchführung aber der freipraktizierenden Ärzteschaft überließ. Als kommende Aufgabe bezeichnete er die allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen einschließlich der für die Suche nach unbekanntem Diabetesfällen. Der Staat solle auch hier Hilfestellung leisten, notfalls in der ersten Zeit finanzielle Lücken schließen. Für die Dauer werde die Durchführung solcher Vorsorgemaßnahmen nur gesichert sein, wenn sich die Erkenntnis durchsetze, daß es Sache der gesetzlichen Krankenversicherung sei, diese Kosten zu tragen.

Die Ausführungen Junkers und der Umstand, daß die in Bayern von der Staatsregierung betriebene Gesundheitspolitik den aufgezeigten Grundsätzen entspricht, hat die Landtagsabgeordnete Frau WESTPHAL, Mitglied der Fraktion der SPD, auf den Plan, im konkreten Falle auf das Rednerpodium des Bayerischen Landtags, gerufen. Sie nahm sich den Innenminister in seiner Eigenschaft als Gesundheitsminister aufs Korn und machte ihm den Vorwurf einer zu engen Niering mit einer Interessenvertretung, nämlich der Bayerischen Landesärztekammer. Dem Landtagsprotokoll entnehmen wir die einschlägigen Teile der Rede von Frau Westphal:

„Ihr Hinweis, Herr Innenminister, in Ihrer Rede, man soll den Arzt seines Vertrauens wählen können und nicht eine mehr oder weniger unpersönliche Institution in Anspruch nehmen, läßt gar keine Möglichkeiten zur Nutzung auch anderer Einrichtungen zu. Gerade in der Vorbeugung und in der Nutzung von Möglichkeiten der Früherkennung von Krankheiten wachsen dem Staat heute neue Aufgaben zu. Es gibt gerade auf dem Gebiet der Früherkennung bestimmter Krankheiten heute technische Einrichtungen, die die Möglichkeiten der aithergebrachten Hausarztpraxis weit übersteigen.“

„Wir sind — im Gegensatz zu denen, die immer wieder sagen, daß nur der Hausarzt in der Lage sei, auf

diesem Gebiet etwas zu tun — der Meinung, daß der Gesundheit unserer Mitbürger am besten mit einem wohlausgewogenen Angebot von privaten und staatlichen Einrichtungen gedient ist, die die modernsten Errungenschaften medizinischer Forschung und technischer Möglichkeiten in den Dienst jedes einzelnen stellen. Ihre ständige Sorge vor dem Eingriff des Staates in diese Gebiete teilen wir absolut nicht.“

„Ich möchte mich jetzt mit ein paar Äußerungen des Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer zur gesundheits- und sozialpolitischen Lage in Bayern beschäftigen. Ich zitiere, mit Genehmigung des Herrn Präsidenten, aus dem Geschäftsbericht der Landesärztekammer:

„Es ist uns gelungen, über den Landesgesundheitsrat sehr erheblich das Ohr des Gesetzgebers für unsere ärztliche Auffassung zu gewinnen. Ich erinnere daran, daß wir die Errichtung von Krebsberatungsstellen in Bayern, die einmal im Landtag gefordert wurden, verhindern konnten.“

Soweit Herr Dr. SEWERING. Geblieben ist von dieser Forderung ein Etatposten von 100 000 DM, der Jahr für Jahr an die Gesellschaft zur Bekämpfung des Krebses, einer Unterorganisation der Landesärztekammer, zur beruflichen Fortbildung von Ärzten geht. In der Anlage zu Ihrem Referat, zu Ihrem Bericht, Herr Minister, haben Sie die Aufstellung dieser Gesellschaft veröffentlicht, und ich sehe, daß das Geld nach dieser Aufgliederung für die Fortbildung der Ärzte bei den jährlich stattfindenden großen Fortbildungskursen ausgegeben wird, bei denen fast stets auch ein Krebs Thema eingebaut ist — so heißt es in der Beilage zu Ihrer Rede —. Und für Beiträge namhafter Fachleute über Krebs vor den Mitgliedern der Ärztlichen Kreisverbände, für Schriften, die an die niedergelassenen Ärzte gehen, und in gewissem Umfang für Laienaufklärung. Ich meine, daß dieser Posten besser unter ‚Zuschüsse zur beruflichen Fortbildung der Ärzte‘ im Etat stehen würde als unter dem Titel ‚Krebsbekämpfung‘. Ich finde, daß auch im Verhältnis dazu, was an die anderen Gesellschaften, die im Interesse des öffentlichen Gesundheitswesens tätig sind, verteilt wird, in diesem Etatposten diese 100 000 DM ziemlich hoch sind. Sie haben im Schlußsatz Ihrer Rede erwähnt: ‚Ich bitte Sie, meinem Etat Ihre Zustimmung zu geben, und verspreche, daß jede Mark gut angelegt wird.‘ Ich würde also sagen, der Titel dieser 100 000 DM ist zweifelsohne verfehlt. Es gehört ohnehin zu den Pflichtaufgaben der Landesärztekammer, ihre Mitglieder beruflich weiterzubilden. Und ich wundere mich, daß trotz aller Sparmaßnahmen im Staatshaushalt dieser Beitrag dem Haushaltsausschuß offensichtlich entgangen ist, obwohl sich die Öffentlichkeitsarbeit dieser Organisation, für die der Betrag eigentlich gedacht wäre, zweifelsohne unter Ausschluß der Öffentlichkeit abspielt. Ich habe in den letzten Jahren bei den Veranstaltungen wiederholt versucht, eine von den zahlreichen Frauen, die in dem entsprechenden Alter sind, zu finden, die schon einmal eine Broschüre in die Hand bekommen hat. Es ist mir nicht gelungen, jemanden zu finden, der von der Öffentlichkeitsarbeit dieses Kreises schon einmal etwas gehört hat. Aber vielleicht sind hunderttausend, wenn wir Millionen zu sparen haben, wirklich kein Betrag, bei dem es sich lohnt, kritisch zu sein.

Es wird in dem Tätigkeitsbericht der Landesärztekammer, aus dem ich noch etwas zitieren darf, weiter erwähnt, daß es im vergangenen Jahr erfreulicherweise gelungen sei, die Schlacht um die allgemeinen Bestimmungen der Gebührenordnung — es handelte sich um eine beträchtliche Erhöhung — zu gewinnen, und daß das nur möglich gewesen sei, weil man in Herrn Innenminister Junker einen so hervorragenden Freund und Helfer gehabt habe. Der hessische Minister HEMSATH hat die damaligen Mehrheitsbeschlüsse des Bundesrats-Ausschusses für Gesundheitswesen unter dem Vorsitz von Herrn Innenminister Junker als eine restlose Kapitulation vor den Forderungen der Ärzte bezeichnet.“

„Wir haben jetzt eine neue Aktivität des Bayerischen Landtags vor uns. Sie gilt einer Aktion zur Früherfassung der Diabetiker. Es gibt heute technisch perfekte Methoden der Früherkennung des Diabetes, die im Rahmen von Reihenuntersuchungen in verschiedenen Ländern mit Erfolg durchgeführt worden sind. Ich selbst habe mir ein solches Team in den Vereinigten Staaten bei der Arbeit angesehen. 3 Techniker und 3 Hilfskräfte sind in der Lage, in einem 3 Schichten arbeitenden Betrieb bei guter Organisation in 24 Stunden 1000 Personen zu untersuchen. Die positiven Fälle bei diesen Untersuchungen sind bei 4 vom Hundert gelegen. Das ist eine rationelle Arbeitsweise unter Ausnutzung modernster technischer Entwicklung bei sparsamster Inanspruchnahme menschlicher Arbeitskraft, die uns auf diesem Sektor am meisten fehlt. Die Landesärztekammer sagt dazu (ich zitiere mit Genehmigung des Herrn Präsidenten):

„Unsere bisherigen Gespräche kamen, wie auf anderen Gebieten, zu dem Ergebnis, daß die Erfassung der Diabetiker nur im Rahmen allgemeiner Vorsorgeuntersuchungen möglich ist, die durch die niedergelassenen Ärzte durchgeführt werden, und daß es nicht nötig ist, etwa Beratungsstellen zu errichten oder Reihenuntersuchungen durchzuführen.“

Auch die Ministerrede enthält einen Hinweis auf dieses Problem. Der Herr Minister sagt, spezielle Voruntersuchungen, die der Früherkennung möglicher Schäden dienen, berühmten höchstpersönliche Lebensbereiche und könnten ihren Zweck nur dann erfüllen, wenn die gesamte gesundheitliche Situation des zu Untersuchenden berücksichtigt wird. Dieser solle daher den Arzt seines Vertrauens wählen und nicht auf eine mehr oder weniger unpersönliche Institution angewiesen sein. Das Ministerium hat sich bei der Beratung im Sozialpolitischen Ausschuss erfreulicherweise sofort bereit erklärt, einen umfassenden Bericht zur Beratung dieses Problems einzuholen und dann im Ausschuss darüber zu befinden. Ich hoffe nur, daß dann wirklich alle Möglichkeiten erörtert werden; denn die Stellungnahme des Herrn Ministers deckt sich — wie offensichtlich in vielen Fällen — auch hier wieder vollkommen mit der Stellungnahme der Ärztekammer.

Wir freuen uns über die verbesserte Schwangersenbetreuung, die das neue Mutterschutzgesetz bringt. Das ist eine erfreuliche Verbesserung auf dem Sektor des Gesundheitswesens. Ihr lag auch eine gesundheitspolitische Maßnahme unserer Regierung vor zwei Jahren zugrunde. Wir freuen uns darüber, daß die Dinge jetzt enorm verbessert worden sind. Es

ist dazu nur zu sagen, daß die Kassen durch die Neuregelung nach ihren Schätzungen im Bundesgebiet etwa 200 Millionen DM für diese Aufgabe aufwenden müssen. Ich möchte darauf aufmerksam machen, daß durch die Übernahme der Kosten durch die Kassen im Etat des Gesundheitswesens immerhin 700 000 DM überflüssig geworden sind, die wir im vergangenen Jahr aus Landesmitteln für diese Aufgabe aufgewandt haben. Ich sehe darin eine Entlastung des Staatshaushalts auf dem Sektor des Gesundheitswesens.

Der Herr Minister hat vor zwei Jahren erklärt, er würde in jedem Jahr eine gesundheitspolitische Aufgabe von seinem Ministerium her in Angriff nehmen. Ich möchte ihn fragen, wo diese Maßnahme heuer ist. Ich habe sie aus seinem Bericht nicht ersehen können. Ich möchte auf eines noch aufmerksam machen, was uns in diesem Zusammenhang vorgehalten wird, daß nämlich die staatlichen Aktionen auf diesen Gebieten teurer kommen, als wenn man es anders, über die praktizierenden Ärzte, macht. Dazu möchte ich Ihnen folgendes sagen: Es ist vielleicht ganz richtig, diesen Vergleich einmal zu ziehen. Die Untersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz, also die Untersuchung der Jugendlichen, die wir vor etlichen Jahren eingeführt haben, kostete nach dem Bericht der Ärztekammer — von 1962 bis 1965 — an Honoraren, die an die bayerischen Ärzte gezahlt wurden, 8 871 792 DM. Das ist ein beträchtlicher Betrag. Es wird nicht billiger dadurch, daß es nicht der Staat macht, wobei ich gar nicht sagen möchte, daß die Untersuchungen von den Gesundheitsämtern durchgeführt werden sollten. Ich möchte nur richtigstellen, daß der andere Weg ganz bestimmt auch Geld kostet. In diesem Zusammenhang vielleicht auch ein paar Worte über das Mißverhältnis der Zahlen der ersten und der zweiten Untersuchung. Nur ein Bruchteil der Jugendlichen, die das erstmal untersucht werden, gehen auch das zweitemal zur Untersuchung. Bisher sind auch die Ergebnisse der Untersuchung überhaupt nicht statistisch erfaßt und ausgewertet worden. Ich weiß, daß im Augenblick Bemühungen im Gange sind, die Untersuchungen auszuwerten. Wir sind der Meinung, daß das sehr wichtig ist, weil man nur daraus auf das schließen kann, was wir durch die Untersuchungen wissen wollen.

In diesem Zusammenhang vielleicht auch noch eine ganz interessante Bemerkung der Landesärztekammer, die jeden Zwang auf dem Gebiete des Gesundheitswesens immer ganz massiv ablehnt. Herr Präsident Dr. Sewering hat gesagt, die Landesärztekammer halte es hier für nötig, einen Zwang zur Nachuntersuchung einzuführen. Hier also hat man plötzlich gar keine Bedenken mehr gegen einen gesetzlichen Zwang!

(Abg. Dr. Dehler: „Na, na, Frau Kollegin!“)

Sie sind in allen Fällen auf diesem Gebiet gegen gesetzlichen Zwang, aber in diesem Fall, wo sichergestellt ist, wie die Sache geregelt wird, haben Sie nichts dagegen. Ich weiß, daß es ins Arbeitsministerium fällt, aber es ist eine Maßnahme des Gesundheitswesens.

(Abg. Dr. Soenning: „Aber das wollten doch die Sozialpolitiker, Frau Westphal, nicht die Ärzteschaft!“)

— Das ist das erstmal, daß wir in dieser Frage mit Ihnen übereinstimmen. Wo ein Zwang dazu dient, sie zu dieser Zweituntersuchung zu führen, und wo schon sichergestellt ist, daß es die praktizierenden Ärzte machen, ist gegen den Zwang nichts mehr einzuwenden! Ich möchte nur auf eines aufmerksam machen: Gelegentlich erschiene uns eine nicht völlige Übereinstimmung der Gesundheitspolitik der Bayerischen Staatsregierung mit dem von der Ärztekammer vertretenen Standpunkt angebrachter. Wir üben damit keine Kritik an der Stellungnahme der Bayerischen Ärztekammer. Es ist ihr gutes Recht, ihre Auffassung zu den Dingen zu äußern und die Interessen ihrer Mitglieder zu vertreten. Dafür ist sie da. Aber es ist nicht Aufgabe der Staatsregierung, nicht Aufgabe des Ministers, der für das Gesundheitswesen zuständig ist, all das hundertprozentig zu übernehmen. Herr Minister, den Vorwurf der zu engen Lierung auf dem Sektor des Gesundheitswesens mit einer Interessenvertretung können wir Ihnen nach einer genauen Überprüfung der zurückliegenden Entscheidungen nicht ersparen.“

In seinem Schlußwort hat der Minister eine deutliche Antwort gegeben. Er zitierte auch den Stellvertretenden Vorsitzenden der SPD Fritz ERLER, der in Berlin vor dem Deutschen Ärztetag im Mai 1965 unter anderem erklärte:

„Den Ausbau präventiv-medizinischer Maßnahmen und die baldige Einführung von ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen halten wir nicht nur für möglich, sondern für notwendig.“

„Wir sind der Auffassung, daß Vorsorgeuntersuchungen den Charakter der individuellen Beratung haben müssen, auch wenn dort in manchen Anregungen andere Stimmen hörbar wurden. Wir haben uns in unseren gesundheitspolitischen Leitsätzen darauf geeinigt, daß diese Vorsorgeuntersuchungen deshalb in das Gebiet des frei gewählten Arztes gehören und nicht von Untersuchungszentren ausgeführt werden. Wie kann man unter Umständen andere Einrichtungen, die über das, was der Arzt an diagnostischen Möglichkeiten hat, hinausgehen, durch den Arzt in Anspruch nehmen lassen? Das ist ein völlig anderes Problem, das es ja ohnehin in Ihrer gesamten Praxis gibt. Diese Untersuchungen durch den frei gewählten Arzt müssen der gesamten Bevölkerung zugänglich sein. Die Kosten sind von demjenigen zu tragen, der auch die Kosten für die Krankheiten trägt. Denn, da mehr und rechtzeitige Vorsorge auch in der Zukunft Leistungen erspart, ist das eine Investition, die sich zum Schluß für den Leistungsträger auch positiv auswirkt.“

Auf den Gegensatz in den Äußerungen von Frau Westphal und des prominenten Sprechers der SPD, Fritz Erler, wies der Minister nachdrücklich hin.

Niemand wird behaupten wollen, daß diese Landtagsdebatte eine Grundsatzdebatte über Fragen der Gesundheitspolitik gewesen sei. Dennoch kommt ihr besondere Bedeutung zu, denn sie hat gezeigt, welche gegensätzliche Auffassungen zu Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik auch heute noch vertreten werden. Die Frage der Abgrenzung zwischen dem, was Aufgabe des Staates auf dem Gebiete des Gesundheitswesens ist, und dem Tätigkeits- bzw. Aufgabenbereich der freipraktizierenden Ärzteschaft war in den vergangenen Jahren oft Gegenstand harter Auseinander-

setzungen. Nicht nur mit Nachdruck, sondern vor allem mit überzeugenden Argumenten hat die Ärzteschaft ihre Auffassung vertreten: Dem Staat und seinem Gesundheitsdienst gehört die Sorge um die Umwelt des Menschen, die Seuchenbekämpfung, die allgemeine Hygiene. Der einzelne Mensch aber gehört in die Betreuung des von ihm gewählten Arztes. Wir konnten mit Recht der Überzeugung sein, daß diese Auffassung Allgemeingut geworden ist, als gerade der Sprecher der SPD, Fritz Erier, genau diesen Standpunkt als den seiner Partei darlegte. Auch die Ausführungen von Frau Westphal sollten uns daran nicht zweifeln lassen. Worum ist es denn in den letzten Jahren in Bayern gegangen, woran entzündet sich ihre Kritik?

Vor mehreren Jahren forderten Abgeordnete der SPD die Errichtung von Krebsberatungsstellen in Bayern. Die Bayerische Landesärztekammer hat nachdrücklich davor gewarnt. Nicht aus primitiven Konkurrenzgründen, sondern mit dem klaren Argument, daß der Krebs dort gesucht werden muß, wo die Patienten ohnehin hinkommen, nämlich im Sprechzimmer des praktizierenden Arztes. Wir wiesen darauf hin, daß eine neue Organisation zur Untersuchung krankheitsverdächtiger Personen nicht erst geschaffen werden muß. Sie besteht bereits in einem engen Netz von niedergelassenen Allgemein- und Fachärzten, ergänzt durch Krankenhäuser und Kliniken aller Art. Jeder Fall kann, wenn es erforderlich ist, dorthin überwiesen werden, wo die Klärung möglich ist. Wozu also Krebsberatungsstellen?

Die ärztliche Standesvertretung hat in den vergangenen Jahren der Fortbildung der Ärzte ganz besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Die Krebserkrankung in ihren verschiedensten Erscheinungsformen fehlt fast auf keinem Fortbildungskurs. Den Ärzten wird Literatur zur Verfügung gestellt, darunter Merkblätter, die sich speziell mit Krebsfragen befassen. An den Möglichkeiten der Krebsfahndung bei den Ärzten fehlt es also nicht. Damit aber auch die Menschen daran denken, zum Arzt zu gehen, wenn es Zeit ist, haben wir die Laienaufklärung organisiert. Es wurde eine Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung gegründet, welche sich besonders dieser Laienaufklärung widmet. Ihre Möglichkeiten sind allerdings sehr beschränkt. Im Jahre 1965 standen ganze 110 000 DM zur Verfügung, wovon der Bayerische Staat 90 000 DM, die Landesversicherungsanstalt 20 000 DM zur Verfügung stellten. Davon wurden rund 105 000 DM für Schriften zur Laienaufklärung ausgegeben, die über Krankenkassen oder Ärzte verteilt werden. Wenn wir nicht alle Männer und Frauen mit den Aufklärungsschriften ansprechen könnten, so nur deshalb, weil die Mittel nicht reichen. Die Sorge der Frau Westphal, der Staat würde pro Jahr 100 000 DM für die Fortbildung der Ärzte aufwenden, ist also reichlich unbegründet. Wir haben unsere Fortbildung stets aus eigenen Mitteln finanziert, obwohl man durchaus der Meinung sein kann, daß der Staat daran ein Interesse haben sollte.

Ein weiteres Beispiel: Vor etwa zwei Jahren forderten sozialdemokratische Abgeordnete die Einrichtung von Schwangerenberatungsstellen in Bayern. Auch dem hat die Bayerische Landesärztekammer nachdrücklich widersprochen und darauf hingewiesen, daß die Frau auch während der Schwangerschaft zu ihrem Arzt gehen kann, sei es der Hausarzt oder der Gynäkologe.

Um eine dem heutigen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Betreuung der Schwangeren zu gewährleisten, schufen wir ein eigenes Sprechstundenblatt für Schwangere, welches dem Arzt die Aufgabe erleichtern und zugleich Leitfaden sein soll.

Außerdem wurde im Zusammenwirken mit dem bayerischen Innenministerium und den Krankenkassen die Blutgruppenuntersuchung organisiert. Wir haben damit in Bayern eine umfassende Schwangerenbetreuung aufgebaut. Die Frauen brauchen nur davon Gebrauch zu machen. Wozu also eigene Beratungsstellen?

Das Neueste, womit wir uns beschäftigen, ist die Suche nach unbekanntem Diabeteserkrankungen. Frau Westphal möchte auch das wieder vom Staat organisiert sehen. Sie war bei einem Amerikabesuch offenbar sehr beeindruckt von Laborwägen, welche gewissermaßen am laufenden Band Blutzuckerbestimmungen durchführen. Auch das lehnen wir ab. Wir fordern seit Jahren die regelmäßige Vorsorgeuntersuchung für die Versicherten der Krankenkassen. Eine „Diabetesfahndung“ damit zu verbinden, ist überhaupt kein Problem, besonders seit uns nicht nur für die Urinuntersuchung, sondern auch für eine orientierende Blutzuckerbestimmung Teststreifen zur Verfügung stehen. Zeigt sich ein Verdacht, so erfolgt die Klärung auf übliche Weise, wie bei allen anderen Krankheiten auch. Die individuelle Behandlung jedes einzelnen Menschen durch seinen Arzt ist also auch hier der richtige Weg, um das gewünschte Ziel zu erreichen. Wozu also Laborwägen oder organisierte Beratungsstellen?

Frühdiagnose der Krebserkrankung, Betreuung der Schwangeren, Fahndung nach unbekanntem Diabeteserkrankungen: 3 Beispiele und zugleich 3 Prüfsteine.

In der Art, wie man solche Probleme löst, scheiden sich die Geister. Die Bayerische Landesärztekammer hat stets positive Vorschläge unterbreitet und deshalb die Zustimmung der Bayerischen Staatsregierung und des Innenministers gefunden. Wir waren und sind uns darüber einig, daß immer ein Optimum erstrebt werden muß. Wir wehren uns aber gegen jede Mechanisierung und Institutionalisierung im Interesse des einzelnen Menschen und seiner Menschenwürde. Die freie Arztwahl ist für uns — und Gott sei Dank auch für die meisten Gesundheitspolitiker in SPD, FDP und CDU/CSU — ein Wesensmerkmal unserer freiheitlichen Demokratie. Wenn wir dafür eintreten, dann sind wir tatsächlich „Interessenvertreter“, aber nicht für uns, sondern für unsere Mitmenschen. Wer uns dabei unterstellt, daß wir es tun um materieller Interessen der Ärzte willen, also um das Geld in unsere Kanäle zu leiten, dem möchten wir den Ordenswahlspruch des Hosenbandordens in sein Stammbuch schreiben:

„Honi soit qui mal y pense!“

Die Bayerische Staatsregierung und unseren Innenminister aber bitten wir, ihre mit der Ärzteschaft übereinstimmende Auffassung über Grundsätze einer modernen und freiheitlichen Gesundheitspolitik auch in der Zukunft zu vertreten und zu verwirklichen. Die bayerische Bevölkerung wird es ihnen danken.

Ansch. d. Verf.: Dr. Hans Sewering, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85

Klinische Pharmakologie – Ein neues therapeutisches Lehrfach für die Praxis

Vorschau auf den 37. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin vom 25. bis 27. März 1966

Von A. Schretzenmayr

Der 37. Augsburger Fortbildungskongreß hat als Thema „die klinische Pharmakologie“ gewählt und sie im Untertitel als „Neues therapeutisches Lehrfach für die Praxis“ bezeichnet. Es hätte eigentlich heißen müssen: „ein uraltes und jetzt wieder neues Lehrfach“; denn die Ärzte des Altertums, die Ärzte der Ägypter und Assyrer, der Griechen und der Römer, wurden erzogen, nicht nur ihre Arzneimittel selbst herzustellen, sondern sie auch selbst einer „klinischen Prüfung“ zu unterziehen (Abb. 1). Wenn auch Celsus in seiner Schrift „de medicina“ (20 nach Chr.) berichtet, es gäbe unter den Ärzten Spezialisten, die sich mehr mit der Arzneimittelbeschaffung und -herstellung beschäftigen, so war doch im klassischen Altertum der Typ des Arzt-Apothekers, der beide Funktionen gleichzeitig ausübte, die Regel. Die überragende Persönlichkeit der ausklingenden Antike, nicht nur als Integrator der gesamten medizinischen Erfahrungen von damals, sondern gerade auch als Arzt-Apotheker stellt Galenus dar (129–199 nach Chr.) (Abb. 1), dessen Schriften man als erstes Handbuch der klinischen Pharmakologie bezeichnen könnte.

Manche seiner grundsätzlichen pharmakologischen Forderungen sind geradezu hochmodern, z. B. seine Vorschriften für den Arzt-Apotheker, sämtliche Heilmittel müßten ihm aus eigener Hand bekannt sein, er müsse fähig sein, ihre Güte festzustellen und Verwechslungen zu erkennen.

Auch im frühen Mittelalter blieb der Arzt weiterhin sein eigener Arzneimittelhersteller, Apotheker und klinischer Pharmakologe. Wesentlichen Anteil an dieser zunächst konservativen Entwicklung hatte die „renovatio“ Kaiser Karls des Großen, der die spätantike Kunst- und Literaturtradition übernahm und sie an seinem Hofe sowie in den Klöstern zur Grundlage für

die Förderung von Kunst und Wissenschaften machte. Die Medizin, besonders Galens medizinisches Lehrgebäude (Abb. 2), erlebte durch diese karolingische Renaissance eine Wiedergeburt des antiken Wissensschatzes, der von den damaligen Kulturträgern, den Mönchen der karolingischen Klöster, übernommen, gepflegt und im Sinne Galens weiter ausgebaut wurde. Auch der karolingische Mönchsarzt war ein Arzt-Apotheker. Wir können uns sehr genaue bildliche Vorstellungen über diese ärztliche Situation im frühen Mittelalter machen, weil aus dem Anfang des 9. Jahrhunderts ein detaillierter Plan des Klosters St. Gallen, ein Musterplan für alle Klöster der Karolingerzeit, überliefert ist, in dem außer den kirchlichen Bauten und den Wirtschaftsräumen das Arzthaus nebst seinen zusätzlichen Einrichtungen innerhalb des Klosterkomplexes bis ins kleinste Detail eingezeichnet ist.

Dieses Arzthaus wird eingerahmt vom Aderlaßhaus, vom Krankenhaus und vom Heilkräutergarten. Der Mönch, der zur Karolingerzeit die Funktionen des Arztes ausübte, hatte also die Möglichkeit, seine Arzneien selbst im Heilkräutergarten zu gewinnen und sie dann im Krankenhaus nebenan oder in der „Poliklinik“ als klinischer Pharmakologe zu prüfen.

Noch 400 Jahre später finden wir in der Person des großen Schwaben Albertus Magnus (1193–1280) das Wissensgut der karolingischen Klöster vereinigt (Abb. 3); er war nicht nur ein großer Philosoph und Theologe, sondern auch Arzt und Botaniker und beschäftigte sich intensiv mit den natürlichen und übernatürlichen Vorgängen bei der Heilung der Krankheiten durch Heilkräuter. Man könnte also auch Albertus Magnus einen der Väter der klinischen Pharmakologie nennen. Eine Apotheke gab es zwar im St. Gallener Plan auch schon (armarium pigmentorum), es ist aber unwahrscheinlich, daß es damals schon den dem Arzt gleichgestellten Beruf des Apothekers gab. Sichere Beweise für die Institution des Apothekers finden wir erstmals in der Medizinalverordnung des liber Augustalis des Staufenkaisers Friedrich II. vom Jahr 1240. Dieses Gesetzeswerk nimmt erstmals in der Geschichte der Heilkunde eine klare Trennung des Arztstandes vom Apothekerberuf vor und ist deshalb für die Ärzteschaft und das Apothekerwesen von gleicher fundamentaler Bedeutung. Da auch die Entwicklung der „klinischen Pharmakologie“ dadurch weitgehend beeinflußt wurde, soll kurz darauf eingegangen werden: Friedrich II., ein Enkel Barbarossas und König beider Sizilien, war aus Anlaß seiner Wahl zum deutschen Kaiser acht Jahre seinem Stamm-land Sizilien ferngeblieben. Um das bei seiner Rückkehr vorgefundene Chaos rasch zu beseitigen, erließ er unter Verwendung früherer Verordnungen von 1220 bis 1250 ein Gesetzeswerk (Constitutiones), dessen Artikel 44, 45, 46 und 47 sich mit Medizinalbestimmungen befassen. Obwohl diese constitutiones ursprünglich nur für das Königreich Sizilien Gültigkeit hatten, wurden sie zum Vorbild für ganz Europa, fast möchte man sagen bis auf den heutigen Tag, wenn man



Galenus von Pergamon (129–200 n. Chr.)

Abb. 1: Galenus von Pergamon, 129–199 n. Chr.

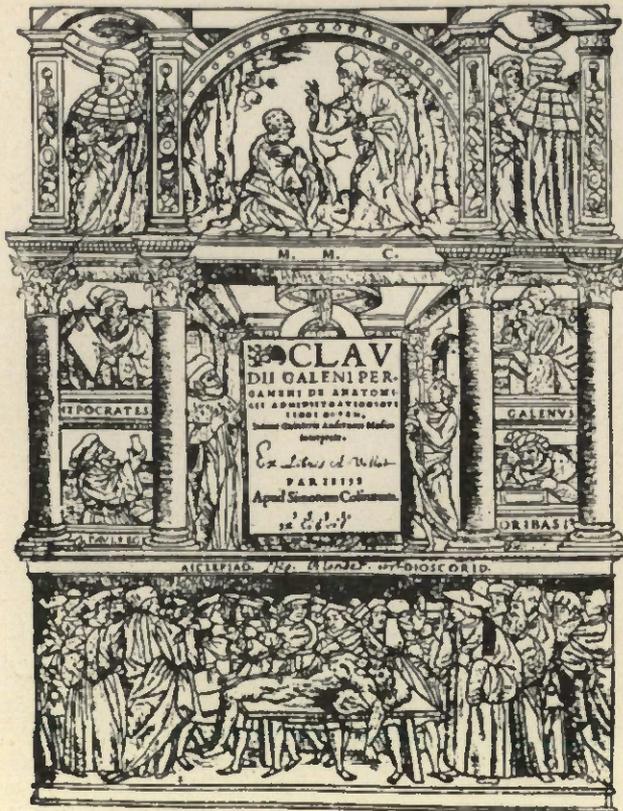


Abb. 2: Titelseite eines Nachdrucks von Galens Werken: „De anatomieis administrationibus“ (1531)

in Gedanken die heute üblichen Termini technici, wie Abitur, fünf Jahre Studium, Famulatur, Staatsprüfung, ein Jahr Medizinalassistent in abhängiger Stellung, Approbation, Gesundheitsamt usw., einfügt. Hier ein paar Beispiele:

„Imperator Fridericus. Da die medizinischen Wissenschaften niemals gelernt werden können, wenn nicht vorher Kenntnisse in der Logik erworben sind, bestimmen wir, daß keiner Medizin studieren soll, wenn er nicht vorher mindestens 3 Jahre Logik studiert hat. Nach diesen 3 Jahren steht es ihm frei, in der Weise zum Studium der Medizin voranzuschreiten, daß er 5 Jahre studiere und die Chirurgie, die ein Teil der Medizin ist, innerhalb der angegebenen Zeit miterlerne. Dann erst und nicht vorher soll ihm die Erlaubnis zu praktizieren erteilt werden, nachdem zuvor eine Prüfung gemäß der Bestimmung des Hofes stattgefunden hat und ein ihn betreffendes Hochschulzeugnis über die oben genannte Dauer des Studiums in Empfang genommen worden ist“.

Dazu ein Nachtrag:

„Gleichwohl soll der Arzt nach Abiauf der 5 Jahre noch nicht praktizieren, falls er nicht ein volles Jahr lang unter Anleitung eines erfahrenen Arztes praktiziert hat“.

Das, was aus diesem Gesetzeswerk zu unserem Thema der „klinischen Pharmakologie“ zu entnehmen ist, lautet wie folgt:

„Er (der Arzt) darf keine gemeinsame Sache mit den Apothekern machen und keinen Kranken zu einem bestimmten festgelegten Kostensatz in seine Behandlung aufnehmen, auch darf er selbst keine eigene

Apotheke besitzen. — Die Apotheker aber sollen die Arznei auf ihre Kosten unter Aufsicht der Ärzte gemäß der Anwendung der Constitution herstellen und zudem sollen sie nicht zur Führung von Apotheken zugelassen werden, wenn sie nicht einen Eid abgelegt haben, daß sie alle ihre Arzneien gemäß vorgenannter Anordnung ohne Trug herstellen werden“.

In der Folgezeit setzte sich die Scheidung zwischen Arzt und Apotheker fast überall, besonders in den großen Städten des deutschen Reiches durch, und es kam sehr bald zu genauen gesetzlichen Vorschriften und städtischen Apothekerordnungen. So beschloß der Augsburger Reichstag von 1548 — Vesalius war damals als Leibarzt des Kaisers Karl V. über ein Jahr in Augsburg —, daß in die „Reformation der Polizei“ ein Artikel aufzunehmen sei, der den Apotheken eine jährliche Visitation durch Sachverständige zur Vermeidung von Mißständen und schlechter Ware vorschreibt.

Diese Trennung des Arztes von der unmittelbaren Beschäftigung mit den Arzneien scheint der klinischen Pharmakologie zunächst recht schlecht bekommen zu sein. Die Heilmittelwissenschaft, die ja in den Apotheken nur einen mittelbaren Kontakt mit den Patienten, also mit den „Kliniken“ hatte, geriet in den folgenden Jahrhunderten immer mehr in den Bann der Alchemie; die Kräuter- und Mineralienkunde wurde nicht mehr unter den Gesichtspunkten einer klinischen Prüfung am Krankenbett betrieben, sondern wurde in Gedankengänge einbezogen, die in der Mystik, im Aberglauben, in pseudophilosophischen Deduktionen und in theoretisierenden Vorstellungen der Astrologie, der Goldscheide- und Goldmacherskunst endeten. Als Beispiel dieser alchi-



Abb. 3: Albertus Magnus aus Lauingen (Donau)



Abb. 4: Augsburger Bilderhandschrift (16. Jahrhundert):
„Der Pfau in der Retorte“

mistischen Gedankengänge kann die Augsburger Bilderhandschrift „Splendor solis“ aus dem 16. Jahrhundert gelten, aus der hier das dem Planeten Venus gewidmete Blatt abgebildet wird (Abb.4). Der Pfau in der Retorte stellt als Venusvogel zunächst die gedankliche Verbindung zum Planeten Venus und damit zur Astrologie her. Da die Venus über der Retorte als Göttin auf einem von Tauben gezogenen Wagen dargestellt wird — so, wie wir es aus römischen Mosaiken kennen —, wird auch auf die antike Symbolik der Venus (Schönheit und Liebe) und des Venusvogels Pfau (ewiges Leben) Bezug genommen: Die Liebespaare auf der Wiese im Mittel- und Hintergrund des Blattes deuten dies an, und im Vordergrund links nimmt der Greis einen kräftigen Schluck aus einer Retorte, in dem sich ein rosarotes Destillat befindet, offenbar gewonnen aus dem Pfau als dem Garanten der Liebe, der Schönheit und des ewigen Lebens.

In Anbetracht dieser Verwirrungen und Phantastereien ist die Leistung des Paracelsus (Abb. 5) um so höher einzuschätzen, der die Medizin aus all diesem Wirrwarr der Alchemie herausgeführt, chemotherapeutische Versuche am Krankenbett gemacht und sich damit einen wichtigen Platz in der Geschichte der klinischen Pharmakologie verdient hat. Es war allerdings für den Aufschwung in der klinischen Pharmakologie nicht allein Paracelsus verantwortlich, es war die Zeit, in die er hineingeboren wurde und die er zu nutzen wußte, die „Renaissance“ mit der Erneuerung aller Wissenschaften, speziell der Naturwissenschaften (Abb. 6 u. 7).



Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim

Abb. 5: Paracelsus (1493–1541)

Es würde im Rahmen dieses kurzen Überblicks zu weit führen, wollte man nun chronologisch alle diejenigen Meilensteine aufzählen, die zu dem großen Gebäude der heutigen klinischen Pharmakologie geführt haben. Einen Gesichtspunkt herauszugreifen, sei erlaubt: So wie es früher einen Arzt-Apotheker gab, der jahrtausendlang von der Primitivmedizin bis zum Mönchsarzt des Klosters St. Gallen der Repräsentant der Heilmittelforschung war, so bildete sich in der Neuzeit der „Apotheker-Chemiker“ als der vitale, kapital- und organisationskräftige Förderer der Arzneimittelforschung und -erzeugung heraus. Die letzte Verkörperung dieser Richtung sind die großen pharmazeutischen Firmen der Welt. Wir wollen sicherlich nicht die einmaligen Erfolge dieser Evolution schmälern, ohne die die Wundermittel der letzten 60 Jahre nicht möglich gewesen wären, wenn wir behaupten, daß auch dieser Weg des Apotheker-Chemikers in seiner potenzierten Form der Großchemie die Gefahr in sich birgt, sich von der Klinik, von der klinischen Pharmakologie, wegzubewegen. Die Pharmakologen und Apotheker-Chemiker der pharmazeutischen Industrie erkennen auch klar diese Gefahr und suchen deshalb immer wieder



Abb. 6: Mittelalterliche Apotheke aus dem Augsburger „Hostus Sanitatis“ von 1496

die Verbindung zur Klinik, sie wollen klinische Pharmakologen sein!

Suchen sie aber auch den Weg zum Praktiker, zu seinem Krankengut, zu seinen Bedürfnissen und seinen Forderungen an die klinische Pharmakologie? Er, der Praktiker, ist letztlich doch derjenige, der durch die Verschreibung eines Arzneimittels den Umsatz bestimmt und damit die weitere Forschung der Großchemie ermöglicht. Gewiß, der Praktiker wird vom Firmenvertreter eifrig besucht und umworben, mit Geschenken bedacht und mit Werbeschriften überhäuft. Aber ist dies „klinische Pharmakologie“ für die Praxis? Ist mit der Tatsache, daß ein neues Medikament an einer Klinik in der „klinischen Prüfung“ sich bewährt hat, immer auch die Garantie verbunden dafür, daß dasselbe Medikament bei den ambulanten Patienten der Praxis in derselben Weise wirksam ist? Wir haben Beispiele genug, um die Richtigkeit dieses Analogieschlusses zu bezweifeln.

Mit der Themenstellung des 37. Augsburger Ärztekongresses: „Klinische Pharmakologie, ein neues Lehrfach für die Praxis“ soll somit nicht nur neues Wissen für die ärztliche Praxis vermittelt werden, es soll erstmals die Frage diskutiert werden, wie können die „klinischen“ Erfahrungen der Praxis mehr als bisher ausgewertet und zum Nutzen der ambulanten Praxis in

der pharmakologischen Forschung und Literatur Berücksichtigung finden. Das im Rahmen des Kongresses vorgesehene Podiumsgespräch über „Arzneimittelprüfung“ wird Gelegenheit geben, diese Frage der Praxis an die klinische Pharmakologie zu stellen und soll damit den Anstoß zu einer praxisnahen „klinischen Prüfung“ alter und neuer Arzneimittel vermitteln.

Lassen Sie mich zum Abschluß einen kurzen Überblick über das Vortragsprogramm geben: Ein „Arzt-Apotheker“ wird das Tagungskongreßthema mit dem Referat über „Aufgaben und Ziele des neuen Faches“ einleiten. Der Referent, Professor Dr. DENGLER, Heidelberg, ist Pharmakologe und Internist zugleich, leitet die toxikologische und Infektionsabteilung der Medizinischen Universitätsklinik Heidelberg. Er hat schon wiederholt das Fach der klinischen Pharmakologie in der ärztlichen Fortbildung durch Referate, Podiumsgespräche und Seminare vertreten, und er interessiert sich speziell auch für die Belange des Praktikers im Rahmen des neuen Faches. Chefarzt Dr. Jörgen SCHMIDT-VOIGT, Eppstein, der anschließend über die „Therapie mit Herzglykosiden“ berichten wird, ist bekannt durch seine Kunst der praxisnahen Darstellung. Die Digitalistherapie ist ein uraltes und stets immer wieder neu interessierendes Thema sowohl der Praxis wie der klinischen Pharmakologie. Dieses Thema ist also besonders geeignet, die Brücke zwischen Forschung und Praxis zu schlagen. Nach der Herztherapie folgt die „Pharmakotherapie am Kreislauf“, deren große Bedeutung für die tägliche Praxis Professor ANSCHÜTZ, Darmstadt, darlegen wird. „Die Therapie mit Neuro-, Myo- und Psychopharmaka“ ist ein relativ neuer, mit vielen Fortschritten, aber ebenso vielen Fragen ausgezeichneter Bereich pharmakologischer Wirkungen, der



Abb. 7: Renaissance-Apotheke des Augsburger Künstlers Wolfgang Kilian (1581—1662)

täglich sowohl in der Allgemeinpraxis, wie in jeder Fachpraxis, den rezeptierenden Arzt zu pharmakologischen Überlegungen veranlaßt. Die Kehrseite der Pharmakotherapie klingt an in einem Referat des Wiener Dermatologen Professor LINDEMAYR über „Arzneimittlexantheme“, die heute dem Arzt der Praxis besondere Schwierigkeiten bereiten.

Um dem Teilnehmer des Augsburger Kongresses bei seinem anstrengenden Zuhören eine Auflockerung zukommen zu lassen, werden nach den ersten sechs Vorträgen die Fortschritte der Pharmakotherapie auch in Form von Podiumgesprächen dargestellt, wobei Spezialisten aus mehreren europäischen Ländern sich über „Arzneimittelprüfung am Krankenbett“ (Samstag, 26. 3. 1966, nachmittags) und über „Saliurese, aktueller Weg zur Ödem- und Hypertoniebehandlung“ (Sonntag, 27. 3. 1966, vormittags) unter der Gesprächsleitung von Privatdozent Dr. TRUMMERT, München, bzw. von Professor E. WOLLHEIM, Würzburg, unterhalten. Durch das „Mikrofon an der langen Leine“ ist jeder Zuhörer in das Gespräch miteingeschaltet und er kann seine Zustimmung oder seine Kritik sofort zum Ausdruck bringen, wenn z. B. über das Placeboproblem, über Wert oder Unwert klinischer Statistiken, über die Beurteilung eines Erfolges oder Mißerfolges in der Pharmakotherapie, berichtet wird. Dieses „Mikrofon an der langen Leine“ soll auch dafür sorgen, daß die Gesprächspartner am runden Tisch sich nicht in olympischen Höhen verlieren, sondern, daß in erster Linie die Bedürfnisse und das Anliegen der ambulanten Praxis Gegenstand der Diskussion bleiben.

Der 3. und letzte Teil des 37. Augsburger Fortbildungskongresses bedient sich wieder des Fortbildungsvortrages zur Vermittlung der Fortschritte in der Medizin. Die Themen des restlichen Sonntagvormittags und Sonntagnachmittags (27. 3. 1966) lauten: „Antibakterielle Therapie in der Praxis“ (Professor Dr. R. WORMS, Paris); „Antirheumatische Therapie in der Praxis“ (Privatdozent Dr. U. GERLACH, Münster); „Klinische Indikationen der anabolen Steroide“ (Professor Dr. H. NOWAKOWSKI, Hamburg); „Krebsbehandlung mit Antimetaboliten“ (Dr. H. B. NEVINNY, M.D.M.S., Boston/USA) und „Pharmakotherapie der Leber-Gallenerkrankungen“ (Privatdozent Dr. WILDHIRT, Kassel). Aus den Titeln dieser Referate geht hervor, daß es in erster Linie die Pharmakotherapie des Praktikers ist, die im Mittelpunkt der Fragestellungen steht. Die Fortschritte bei den Heilerfolgen durch neue Pharma-

Neue Honorore für die Behandlung von Soldaten

Die Honorarverhandlungen mit dem Bundesverteidigungsministerium über die Honorierung ärztlicher Leistungen im Rahmen der freien Heilfürsorge der Bundeswehr, die seit März 1965 geführt wurden, konnten nun endlich mit einer Vereinbarung abgeschlossen werden.

Der Wortlaut dieser Vereinbarung und eine Erläuterung wird in der März-Nummer des Bayerischen Ärzteblattes abgedruckt werden.

Die Honorarregelung gilt rückwirkend ab 1. 4. 1965!

Auf die einfachen Sätze der amtlichen Gebührenordnung wird ein Zuschlag von 30% gezahlt. Diese Sätze gelten erstmals auch für die fachärztlichen Untersuchungen im Musterungs- und Annahmeverfahren!

Ärzte, die im Hinblick auf die laufenden Verhandlungen ab 1. 4. 1965 noch nicht abgerechnet haben, müssen das nun unverzüglich unter Zugrundelegung der neuen Honorarsätze tun. Bereits erfolgte Abrechnungen werden von den Wehrbereichsverwaltungen neu berechnet. Es liegt im Interesse der Ärzte, dabei behilflich zu sein, wenn das im Einzelfall von den Wehrbereichsverwaltungen gewünscht wird.

kotherapeutika sollen nicht auf die relativ geringe Zahl von Patienten beschränkt bleiben, die stationär behandelt werden, sondern sollen in vollem Umfang und unter Anpassung an die Verhältnisse der ambulanten Praxis, allen Patienten zugute kommen. Um dieses Ziel zu erreichen, werden sich in den Tagen vom 25. bis 27. März 1966 in Augsburg die aus allen Teilen Europas und aus den USA kommenden Referenten, die Chefärzte der Augsburger Kliniken und ihre Mitarbeiter, sowie die etwa 1000 ärztlichen Teilnehmer zusammenfinden zu der schon traditionellen Zusammenarbeit, um zu lehren und zu lernen, um Erfahrungen auszutauschen, um über Erfolge und Mißerfolge mit neuen Arzneimitteln zu berichten, zum Wohle der leidenden Menschen. Anshr. des Verf.: Professor Dr. A. Schretzenmayr, 89 Augsburg, Schaezlerstraße 19

Revonal®

Revonal® retard

Einschlaf- und Wiedereinschlafmittel

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

Einschlaf- und Durchschlafmittel

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

Zwei »patente« Schlafmittel

E. Merck
DARMSTADT

Tagung der bayerischen Krankenhausgesellschaft

(Schluß)

Fortsetzung der Ausführungen von Ministerialdirigent Knies:

Die ärztliche Versorgung von Krankenhäusern der Entlastung richtet sich nach den örtlichen Gegebenheiten, oft kann sie durch niedergelassene Ärzte wahrgenommen werden. Kranke, die hier ausreichend versorgt werden, wissen die individuelle Atmosphäre im Krankenhaus des heimlichen Bereichs gegenüber dem zwangsläufig weniger persönlichen Milieu der großen Klinik zu schätzen. Es wird ihrer Genesung auch förderlich sein, wenn sie nicht nur mit Schwerkranken zusammen sind. Der Tagesablauf kann anders gestaltet werden als im größeren Krankenhaus. Eine Entlastung innerhalb des Krankenhausbereiches bedeuten Pflegeabteilungen oder Pflegestationen für chronisch Kranke. Für die Angliederung solcher Pflegeeinheiten eignen sich vor allem größere Krankenhäuser, bei denen sich die Zweckentfremdung der Akutkrankenbetten immer wieder besonders nachteilig auswirkt. Wenn die Erfahrungen aus einigen Modellfällen dafür sprechen, sollten Pflegeabteilungen und -stationen bei möglichst vielen dafür geeigneten Krankenhäusern eingerichtet werden.

Noch ein kurzes Wort zu einigen Sonderbereichen: Sie wissen alle, daß es bisher üblich und im Falle der Inanspruchnahme staatlicher Förderungsmitel auch gefordert war, daß in jedem Krankenhaus eine geringe Anzahl von Infektionsbetten vorgehalten wird. Das hat sich als ungeeignet und unwirtschaftlich erwiesen. Wenige Absonderungsbetten reichen in der Regel nicht aus, wenn ansteckende Krankheiten örtlich gehäuft auftreten, zu anderen Zeiten sind sie dann oft länger nicht belegt. So ist es auch erklärlich, daß in der Gesamtstatistik die Infektionsbetten im Durchschnitt den geringsten Ausnützungsgrad aufweisen. Man sieht es heute daher als einzig richtig an, Infektionsabteilungen für größere Bereiche zu schaffen. In ihnen gleichen sich die örtlichen Schwankungen im Auftreten ansteckender Krankheiten aus. Die größere Bettenzahl ermöglicht es auch, die nach der Ansteckungs- und Verbreitungsart der Infektionskrankheiten notwendige räumliche und personelle Trennung der Infektionsabteilung in andere Bereiche vorzunehmen. Nur eine solche Lösung ist auch wirtschaftlich. Medizinische wie wirtschaftliche Erwägungen gebieten es also, Absonderungseinrichtungen für Infektionskranke nur noch überörtlich zu schaffen. Das erfordert eine vertrauensvolle Zusammenarbeit benachbarter Krankenhausträger. Wir wären dankbar, wenn diese im ureigensten Interesse sich solchen Gemeinschaftslösungen nicht verschließen würden. Das schließt es natürlich nicht aus, daß in Krankenhäusern, die keine Infektionsstationen besitzen, ein oder zwei Betten vorgehalten werden, in denen Infektionskranke bis zur Überweisung an die Fachstation von den übrigen Kranken abgesondert werden können. Gleichartiges gilt auch für Kinderkrankheiten. Kinder sind etwas anderes als kleine Erwachsene. Die von der Indikation her notwendige Trennung nach Krankengruppen, wie Frühgeburten, Säuglinge, Kleinkinder und Schulkinder, nach an-

steckend Kranken und nichtansteckend Kranken ist nur in Kinderfachabteilungen oder eigenen Kinderkrankenhäusern möglich. Nur mit solchen Lösungen kann den medizinischen Anforderungen mit einem noch vertretbaren baulichen und betrieblichen Aufwand entsprochen werden. Gerade hier ist aber auch — bei dem großen Mangel an Kinderfachbetten — noch Raum für sinnvolle Lösungen im Rahmen der Krankenhausplanung.

Die unterschiedlichen Funktionen, die so den einzelnen Krankenhäusern zukommen, stellen — das muß mit Nachdruck betont werden — keine Wertung dar. Das System stellt allein darauf ab, daß das Krankenhaus die für sein Einzugsgebiet gemäße Aufgabe erfüllt. Das versuchen wir immer wieder den Beteiligten, wie der Öffentlichkeit klarzumachen. Es gelingt uns nicht immer. Als der Herr Staatsminister des Innern der Presse vor kurzem seine Ordnungsvorstellungen erläuterte, mußten wir es dann doch erleben, daß z. B. die lokale Presse in Oberfranken die Schlagzeile brachte: 'Kein Zentralkrankenhaus in Oberfranken'. Das erweckt den Eindruck der Vernachlässigung bestimmter Gebiete. Das ist aber nicht der Fall. Krankenhäuser der zentralen, umfassenden Versorgung müssen allen diagnostischen und therapeutischen Anforderungen der Medizin in allen Fächern genügen. Die moderne Herzchirurgie z. B. ist nur in wenigen ausdrücklich als Herzoperationszentren bezeichneten Krankenhäusern möglich. Im fränkischen Gebiet sind das die Universitätskliniken in Erlangen und Würzburg. Sie versorgen selbstverständlich auch Oberfranken. Es wäre wohl wenig sinnvoll, etwa auch in Bayreuth ein solches Zentrum zu schaffen. Das würde allein schon daran scheitern, daß die dafür benötigten Ärzte gar nicht zur Verfügung stehen. Deshalb geht auch unsere Bitte an alle Krankenhausträger, nicht an bestimmten Bezeichnungen zu kleben — das Staatsministerium des Innern verteilt keine Schilder mit der Bezeichnung Grundkrankenhaus, Hauptkrankenhaus, Zentralkrankenhaus —, sondern allein die Funktion für das Einzugsgebiet, das, je nach Fachrichtung, sehr verschieden sein kann, zu sehen. Die in der Darstellung gewählten Begriffe sind lediglich Arbeitsbegriffe, die der Umschreibung einer umfassenderen Aufgabe dienen.

In diesem Zusammenhang noch ein Wort zu den kleinen Krankenhäusern. Eine ganze Reihe davon nehmen schon jetzt, ohne daß sie nach Ausstattung und Betrieb heutigen Anforderungen genügen, Aufgaben wahr, die denen der Grundversorgung entsprechen. Sie gilt es im Laufe der Zeit dieser Funktion entsprechend auszubauen. Andere wieder sind weder nach ihrer Substanz, noch nach der durch das Einzugsgebiet gegebenen Funktion für einen weiteren Ausbau geeignet. Für sie gilt es, zu erkennen, daß in dieser Größenordnung der Übergang von der früher überwiegend pflegerischen zur heute stärker betonten Behandlungsaufgabe des Krankenhauses nicht mehr gelingt. Sie sind aber keineswegs entbehrlich. Ihnen kommt insbesondere die Aufgabe zu, jene Kranken aufzunehmen,

die keiner intensiven Behandlung bedürfen und in den Häusern der Grund-, Haupt- oder Zentralversorgung Betten für dringendere Fälle belegen. Sie dienen der Entlastung dieser Krankenhäuser und üben eine Filterwirkung aus. Diese Aufgabe sollte nicht gering geschätzt werden, die Träger dieser Häuser sollten aber auch nicht den falschen Ehrgeiz haben, ihren Häusern eine Funktion aufzuzwingen, die ihnen nicht gemäß ist. Zur Verwirklichung sagte Herr Min.-Dir. Knies: Eines gleich vorweg, es wird kein Gesetz geben, das diesen Plan mit autoritärem Zwang versieht. Wir vertrauen auf die Vernunft und die positive Mitarbeit aller Beteiligten. Die Denkschrift ist das Ergebnis umfangreicher Beratungen und Verhandlungen mit vielen Organisationen und Verbänden. Sie ist im Bayer. Landesgesundheitsrat lange erörtert worden. Es ist mir an dieser Stelle ein besonderes Anliegen, allen Mitgliedern des Landesgesundheitsrates, voran seinem Vorsitzenden, für die positive und kritische Mitarbeit zu danken. Der Plan stellt kein fertiges Rezept dar, das Ringen um die beste Lösung zum Wohle aller geht weiter. Wir glauben aber, durch überzeugende und vertrauensvolle Beratung die Grundlage zu schaffen, aus der sich dann die Lösung im einzelnen Fall ergibt. Der Plan hat ja längst seine Schatten vorausgeworfen, und diejenigen unter Ihnen, die sich im letzten Jahr mit neuen Plänen befassen mußten, haben ja das mitunter recht hartnäckige Ringen meiner Mitarbeiter um Überzeugung gespürt. Ich verhehle auch nicht, daß die Betroffenen nicht minder hartnäckig, oft auch unter politischer Einflußnahme, ihre Auffassung und ‚ihr‘ Krankenhaus vertreten haben. Bewußt habe ich aber diese Methode, etwas in die Tat umzusetzen, vorangestellt. Das gilt heute in der Verwaltung insgesamt. Wer in ihr noch zuerst nach dem Paragraphen sucht, der ihm die Durchführung einer Leistungsaufgabe ermöglicht, ist in ihr nicht mehr am Platze. An die Stelle des Gesetzesbefehls tritt hier die Kraft der Überzeugung. Erst in zweiter Linie möchte ich die Methode der finanziellen Einflußnahme zur Verwirklichung eines gut gegliederten Krankenhaussystems ansprechen. Man spricht hier gerne vom ‚goldenen Zügel‘, der in den Staatsbeihilfen für den Bau und die Einrichtung von Krankenhäusern zum Ausdruck kommt. Sie hatten in den letzten Jahren eine stets steigende Tendenz. So sind die Zuschüsse von bescheidenen 2 Mill. DM im Jahre 1958 auf immerhin rd. 24 Mill. DM im Jahre 1965 angewachsen; die jetzt zinslosen Darlehen stiegen im gleichen Zeitraum von 11 Mill. DM auf 26 Mill. DM. Man möge es mir nicht verübeln, wenn ich gleichwohl den ‚goldenen Zügel‘ noch als ein Wunschgebilde betrachte und gegenwärtig nur einen ‚vergoldeten Zügel‘ sehe und die damit ‚Gezügelten‘ bitte, den Goldgehalt dieses Zügels nicht zu sehr auf der Waage nachzuprüfen. Denn sie werden und müssen dafür Verständnis haben, daß durch die Schwerpunkte der Bildungspolitik, der Strukturverbesserung und der Wasserversorgung und Abwasserbeseitigung die Grenzen des Staatshaushalts erreicht sind.

Das Staatsministerium des Innern ist — unabhängig von der Notwendigkeit, die Förderung zu verstärken — der Auffassung, daß sich die Förderungsmaßstäbe der funktionellen Ordnung des Krankenhauswesens anpassen müssen. Diese Ordnung deckt sich nicht mit der politischen oder Verwaltungsgliederung des Landes. In vielen Fällen muß ein kommunaler Krankenhausträger

über die Versorgung seines eigenen Bereiches hinaus Aufgaben benachbarter Gebietskörperschaften übernehmen. Die Höhe der Staatsbeihilfe muß sich daher zunächst nach der funktionellen Qualität der geschaffenen Planbetten richten. Finanzausgleichsfunktionen haben in diesem System gleichwohl Raum, soweit es sich um eine Aufgabe handelt, die alle kommunalen Träger in gleicher Weise trifft. Ein solches System soll auch überörtliche Gemeinschaftslösungen fördern, die nicht nur ein Gebot der Vernunft sind, sondern auch durch die Lage der kommunalen Haushalte, wie des staatlichen Haushalt der nächsten Jahre, unausweichlich sind. Daß in einem solchen System auch die Träger freier gemeinnütziger und privater Krankenanstalten in die Förderung miteinbezogen werden müssen, wenn sie eine Funktion in dieser Ordnung erfüllen, ist selbstverständlich.

Eine verbesserte Förderung des Krankenhauses bleibt weiter unser Ziel. Das steht im engen Zusammenhang mit der wirtschaftlichen Sanierung des Krankenhauses selbst. Die Planung ist auch ein Beitrag dazu. Feinlich war für mich in diesem Zusammenhang eine Darstellung im letzten ‚Bayer. Staatsanzeiger‘, die in Teilen nicht widerspruchlos hingenommen werden kann, weil hier Argumente auftauchten, die man längst als widerlegt ansehen muß und die auch den ausdrücklichen Äußerungen des Herrn Ministerpräsidenten und des Herrn Innenministers widersprechen.

Während wir uns bemühen, Vertrauen zu gewinnen und Verständnis für unsere Vorstellung vom neuzeitlichen Krankenhaus zu finden und ihre Verwirklichung anstreben, harren bereits wieder neue Aufgaben ihrer Lösung. Das Krankenhaus steht nicht allein, es ist eingebettet in unsere soziale Welt. Es stellt selbst noch weitere Fragen, die wir in unserem Plan nicht ansprechen konnten, wie z. B. die nach der zweckmäßigsten inneren Gliederung. Ärzte, Architekten, Organisationsfachleute sind hier beschäftigt und angesprochen. Die bis jetzt noch ausgeklammerten Probleme der Sonderkrankenhäuser, insbesondere des psychiatrischen Krankenhauses, der kranken und pflegebedürftigen alten Menschen — vergegenwärtigen wir uns, daß ihre Zahl in 10 Jahren um 25—30 v. H. gestiegen sein wird — werden immer drängender. Schließlich muß — bei der großen Zahl durch Krankheit oder Unfall Schwerbehinderter — auch der Übergang von der medizinischen zur beruflichen Rehabilitation gesichert werden, alles Fragen, die starken Einfluß auf die Ordnung im Krankenhauswesen haben. Schließlich werden auch die Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge im Krankenhaus spürbar sein. Das alles zeigt, daß im Krankenhauswesen nur eines unabänderlich ist, die Hilfe für den kranken Menschen, daß aber alles andere dem festen Wandel der Zeit sich anpassen muß. So verstehen wir auch unsere Vorschläge nicht als etwas Unabänderliches, sondern als Gedanken, die sich Neuem stets anpassen müssen. Vor dem harten Bemühen um die vermeintlich beste Lösung gilt es — um mit einer philosophischen Erkenntnis zu schließen —, der praktischen Klugheit das Feld zu überlassen.“

Dr. Hamm über Infektionsquelle — Krankenhaus

Der Krankenhausreferent der Landeshauptstadt München, Dr. Hamm, Geschäftsführer der Bayerischen Krankenhausesellschaft, machte folgende Ausführungen:

„Ein Kranker, der voll Hoffnung ein Krankenhaus aufsucht und dort Heilung und Linderung seiner Beschwerden erwartet, begibt sich in ein Haus, das Patienten mit verschiedenartigsten Erkrankungen beherbergt. Er wechselt damit — an eigener Widerstandskraft geschwächt — in ein Milieu, das zwangsläufig in weit höherem Maße mit Krankheitskeimen belastet ist als seine gewohnte häusliche Umgebung. Es ist daher verständlich, daß es zu allen Zeiten Hospitalinfektionen gegeben hat, die deshalb ein so besonderes bedrückendes Phänomen sind, weil sie dort in Erscheinung treten, wo an sich alles für die Gesundung des Patienten getan wird und weil sie allen diesen Bemühungen entgegen die bestehende Krankheit noch verschlimmern und das Krankenlager verlängern können. Wenn in den letzten Jahren Keimübertragungen im Krankenhaus wieder verstärkt ins Blickfeld gerückt sind, so erscheint es — ohne medizinisches Fachgebiet betreten zu wollen — fraglich, ob im Vergleich zu früheren Zeiten eine absolute zahlenmäßige Zunahme vorliegt. Die frühere Zeit der Machtlosigkeit gegenüber bakteriellen Infektionen wurde nach dem Kriege abgelöst von den überaus erfolgreichen Jahren der antibiotischen Ära mit einem spürbaren Rückgang von Infektionsfällen.

Das neuerliche Auftreten von Krankenhausinfektionen mit recht widerstandsfesten Keimen mußte deshalb besonders auffällig in Erscheinung treten. Bis zu einem gewissen Grad mögen diese Infektionen auch indirekt dadurch begünstigt worden sein, daß durch das Vorhandensein sicher wirkender Heilmittel die Furcht vor Bakterien unbewußt abnahm und eine Vernachlässigung der früher sehr strikt und ernst genommenen, ja oft geradezu zeremoniell geübten Maßnahmen der Asepsis und der Desinfektion sich da und dort einschlich. Unabhängig von der jeweiligen Häufigkeit des Vorkommens darf deshalb nichts unversucht bleiben, um Hospitalinfektionen einzudämmen und ihre Ausbreitungswege abzuschneiden.

Es sollen Ihnen hier nun nicht Perfektionslösungen vorgeschlagen werden, die unrealistisch bleiben müssen, weil die Ursachen, Möglichkeiten und Quellen einer Keimverbreitung im Krankenhaus sehr vielfältig und mancher theoretisch noch so gut durchdachte Weg in der Praxis nicht in vollem Ausmaß gangbar ist. Der Organismus Krankenhaus läßt keine Radikallösungen zu; deshalb sind Kompromisse häufig nicht zu vermeiden. Real erscheint jedoch der Vorschlag, alle Verbreitungswege, mögen sie manchmal auch wenig bedeutend erscheinen, so zuverlässig wie möglich abzuschneiden. Nur die Zusammenfassung aller Eindämmungsmaßnahmen kann bei der Vielfalt der Ausbreitungsmöglichkeiten zu einem erkennbaren Erfolg führen.

Die im ärztlichen Bereich liegenden Gefahrenpunkte der Krankenhausinfektion sind von medizinischer Seite in den letzten Jahren mehrfach und eingehend diskutiert und in der Fachpresse wiedergegeben worden. Demgegenüber soll hier versucht werden, einige die Keimverbreitung fördernden Gefahren aufzuzeigen, soweit sie im organisatorischen und funktionellen Bereich des Krankenhauses liegen. Die äußere und innere Struktur des Krankenhauses hat sich gewandelt und bietet reichlich Beziehungspunkte zu Krankenhausinfektionen. Z. B. baut man, im Gegensatz zum früheren horizontal gegliederten und dezentralisierten Pavillon-System mit seinen vielen arbeits- und ver-

sorgungsmäßig weitgehend selbständigen Untereinheiten heute „Kompaktkrankenhäuser“ mit einem vertikal gegliederten Bettenbau, oft als Hochhaus ausgebildet, und einem allen Abteilungen gemeinsam zur Verfügung stehenden Behandlungstrakt; die Einrichtungen und Bearbeitungsstellen sind hierbei so weit als möglich zentralisiert. Mit ihren Kontaktpunkten stellt diese Zusammenfassung von Personal und Diensten eine günstige Voraussetzung für die Ausbreitung von Keimen dar. Besonderes Augenmerk ist auf Arbeitsablauf und auf Organisation zu richten, um Gefahren, die in der Massierung liegen, weitgehend auszuschalten und um die Vorteile zentraler Einrichtungen, die diese andererseits in hygienischer Beziehung bieten, voll zur Wirkung zu bringen.

Die Notwendigkeit, Arbeitsablauf und Organisation nach krankenhaushygienischen Gesichtspunkten zu überprüfen und zu verbessern, besteht aber nicht nur für Großkrankenhäuser, bei denen man — sofern sie neu errichtet werden — bei der Planung hygienische Erfordernisse bereits berücksichtigen wird, sondern auch für kleinere und mittlere Krankenhäuser älterer Bauart, auf die sich viele Grundprinzipien in überraschend großem Umfang übertragen lassen. An einigen Beispielen soll deshalb versucht werden, zu zeigen, wie sich die hygienische Ausgangslage auch in kleineren und mittleren Häusern verbessern und damit die Gefahr der Keimverbreitung reduzieren läßt, wenn man die oft seit Jahrzehnten unverändert gebliebenen Organisationsformen und Funktionsabläufe überprüft und sie unter Überwindung des natürlichen Beharrungsvermögens und einer gewissen Betriebsblindheit dem heutigen Stand der Entwicklung anpaßt. Zunächst gilt es, sich ins Gedächtnis zurückzurufen, daß Krankheitskeime erwartungsgemäß in erster Linie in der nächsten Umgebung des Patienten angetroffen und von hier verbreitet werden. Es lassen sich daraus einige grundsätzliche Folgerungen ableiten, die für die Eindämmung einer Keimverbreitung zu berücksichtigen sind.

1. Der sichtbare Reinheitszustand ist nicht immer ein sicherer Indikator für den mutmaßlichen Keimgehalt eines Objektes.
2. Transportbehälter oder Packungen, auch wenn sie für den Antransport von reinem Gut verwendet werden, sollen glatte Oberflächen haben und dürfen eine Staub- und Schmutzhaftung nicht begünstigen. Geflochtene Wäschekörbe oder Holzkisten z. B. sind als Transportgeräte ungeeignet.
3. Gegenstände und Materialien, die vom Patienten oder für den Patienten gebraucht wurden, sollen möglichst nicht im Stationsbereich sortiert, bearbeitet, gereinigt oder offen transportiert werden. Sie sind vielmehr unmittelbar am Benutzungsort in einer geschlossenen Verpackung oder in einem Transportbehältnis zu sammeln und aus dem Kranken- und Stationsbereich zu entfernen. Die Verpackungs- oder Transportmittel sollen zusammen mit den benutzten Materialien desinfiziert bzw. aufbereitet werden, bevor sie wieder in den Patientenbereich zurückgebracht werden. Dieses Prinzip ist am leichtesten mit der Krankenwäsche auch in kleinen und kleinsten Häusern zu verwirklichen.

4. Der Luftraum von Arbeitsbereichen, in denen gebrauchte Gegenstände und Materialien aufbereitet werden, soll abgetrennt sein vom 'reinen' Arbeitsbereich. Es entspricht nicht hygienischen Vorstellungen, wenn z. B. die Wäscherei eines Krankenhauses in einem einzigen oder in zwei ineinandergelassenen Räumen untergebracht ist, in denen die Schmutzwäsche angeliefert und zugleich auch die frischgewaschene Wäsche aus der Waschmaschine entleert und im Tumbler getrocknet wird. Das Luftgebläse des Tumblers konzentriert die auf der Zulieferseite mit Staub- und Faserpartikeln in die Luft gelangten Krankheitskeime auf der Frischwäsche und sorgt damit für neue Keimverteilung. Dieser Seitenweg, der den Keimen über die Luft eröffnet wird und der zur Re-Infektion führt, entwertet jeden noch so durchgreifenden Abtötungseffekt während des Bearbeitungsprozesses. Bei einer doppelseitigen Waschmaschine oder einer Reihenwaschanlage sind die Aufwendungen für die Kombination dieser Anlagen mit einer gläsernen Trennwand geringfügig.

Die Trennung von 'sauberen' und 'unsauberen' Arbeitsbereichen hat darüber hinaus auch einen nicht zu unterschätzenden psychologischen Effekt: Sie erinnert das Personal immer wieder daran, daß hier tatsächlich ein Wendepunkt im Arbeitszirkel des Hauses liegt und ab hier der Weg des sauberen Gutes, das frei von Krankheitskeimen ist, neu zum Patienten beginnt. Es sollte deshalb auch nicht versäumt werden, solche Wendemarken — evtl. auch durch Farbgestaltung der Räume und Verkehrswege — betont sichtbar und spürbar zu setzen.

In diesem Zusammenhang einige Worte zu den Einwegmaterialien. Ist es nicht überraschend, daß zwar auf Bundesautobahnen Papiersäcke bereitstehen, die nach Gebrauch verschlossen samt dem Abfall beseitigt werden, in den meisten Krankenhäusern aber noch die üblichen Dauerbehälter verwendet werden, die dieser Bezeichnung um so mehr gerecht werden, als sie auch die Bakterien 'dauernd behalten'. Die Anschaffung des besten vollautomatisierten Sterilisationsapparates wird für die Verhinderung von Krankenhausinfektionen Stückwerk bleiben, wenn ein wohl regelmäßig entleerter, aber nur selten gereinigter Abfallbehälter ständig die dem Eintrocknen gegenüber unempfindlichen Staphylokokken in die Luft streut, die dann mit der Atemluft auf die Nasen- und Rachenschleimhäute von Schwestern und Patienten gelangen und von dort durch kleinste Tröpfchen direkt oder über Taschentuch und Hände indirekt weitergegeben werden. Ferner: Seit langen Jahren führt die Bundesbahn ausschließlich zum

Einmalgebrauch Papierhandtücher in ihren Wasch- und Toilettenabteilungen, während in Krankenhäusern das vom Personal gemeinschaftlich benutzte Stoffhandtuch immer noch existiert, obwohl man seit langem weiß, daß das Gewebe einen jeden Nachbenutzer, durch die Feuchtigkeit begünstigt, mit ganzen Kollektionen von Bakterien versorgt.

4. Personal

Personal, dem das Reinigen und Aufbereiten der benutzten Gegenstände und Materialien obliegt, sollte nicht auch noch für Pflege und Versorgung der Patienten tätig werden; die betreffenden Personen werden durch die erhöhte Exposition bei der Reinigungsarbeit bevorzugt zu Zwischenträgern von Keimen. Selbstverständlich ist es, daß Personal auch bei Krankheitserscheinungen, die nur leichter Natur sind, wie Halsschmerzen oder katarrhalische Beschwerden, vom Dienst am Patienten ferngehalten werden muß.

Die besondere gesundheitliche Überwachung des Personals der allgemeinen Küche, der Diätküche und des mit der Essensausgabe beschäftigten Hauspersonals ist ohnehin gesetzlich vorgeschrieben und soll nur der Vollständigkeit halber erwähnt werden. Es wäre aber falsch, sich auf eine unbeanstandet gebliebene bakteriologische Stichprobe ausschließlich zu verlassen, da diese selbstverständlich eine allenfalls dauernd bestehende latente Gefahr, z. B. bei offensichtlich erkennbarer Unsauberkeit, nicht ausschließt.

5. Patientenzimmer

Es darf wohl nicht als übertrieben gelten, einem Patienten nicht nur ein frisch überzogenes, sondern ein so weit aufbereitetes und desinfiziertes Bett zuzubilligen, durch das er nach fachmännischem Urteil mit hoher Wahrscheinlichkeit keine vom Vorgänger zurückgelassenen Keime akquirieren kann; auch die Umgebung des Bettes sollte eine gleiche Sicherheit bieten. Leider weist manchmal schon der bloße Anblick der unmittelbar dem Bett benachbarten Wandflächen Zeichen einer langfristigen Bakterienspeicherung auf, die womöglich durch einen ungeeigneten Werkstoff noch begünstigt wird. Kann auch wirklich der Patient eines jeden Hauses sicher sein, daß die Nachttisch-Schublade, in der die Taschentücher seines Vorgängers lagen, nicht unberührt blieb von einer desinfizierenden Reinigung, die heute durch die Anwendungsmöglichkeit von Desinfektionsmitteln mittels Spraydosen oder rationeller durch Versprayen mittels eines fahrbaren Kompressors sehr erleichtert ist?

Wenn Einwegmaterialien im allgemeinen auch hygienische Sicherheit und meist auch rationelle Vorteile

sucht für Vertretungen, vor allem in den Monaten März, Mai, Juni, August und September,

Praktische Ärzte und Fachärzte
(Insbesondere Gynäkologen, Pädiater,
Röntgenologen, Neurologen)

Meldungen erbeten an die Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85, Telefon 36 11 21.

Die Vertreterzentrale der
Bayerischen Landesärztekammer

bleten, so ist bei der Einwegwäsche, die — aus Faser-
vlies hergestellt — nach Gebrauch verbrannt wird, von
Sonderfällen abgesehen, ein hygienischer Vorteil, wie
er in der Werbung meist betont wird, nicht gegeben.
Das Gefahrenmoment einer Keimverbreitung liegt im
Abziehen und im Abtransport der Krankenwäsche, nicht
im Wasch- und Mangelvorgang, der, sachgemäß aus-
geführt, die Wäsche zuverlässig desinfiziert. Für Ab-
ziehen und Abtransport gelten aber bei der relativ
kostspieligen Einwegwäsche die gleichen Gefahren-
momente wie bei der Textilwäsche.

Zusammenfassend sagte Dr. HAMM: Für einen wirk-
samen Fortschritt in der Krankenhaushygiene kann es
wichtiger sein, den Funktionsablauf und die Arbeits-
einteilung zu überprüfen und in sorgsamer Kleinarbeit
gewisse Verbesserungen einzuführen, als durch zusam-
menhanglose Anschaffung kostspieliger Einrichtungen
sich in einer Art Apparate-Fetischismus Entlastung zu
verschaffen.

Reformen der Organisation und des Funktionsablaufes
erfordern keineswegs zwangsläufig größere Investi-
tionen und sind deshalb auch in mittleren und klei-
neren Häusern durchführbar; es soll allerdings nicht
verkannt werden, daß Fortschritte, insbesondere durch
Einführung von Einweggeräten und -materialien, die
laufenden Betriebskosten erhöhen und die manchmal
erhofften, rechnerisch erfaßbaren Einsparungen auf
dem Personalsektor sich oft als Illusion herausstellen.
Dem Kranken kommt aber zusätzlich zum besseren
Schutz vor Infektionen die Entlastung des Personals
von Tätigkeiten, die nicht unmittelbar der Pflege die-
nen, zugute.

Für den Krankenhausträger besteht die Verpflichtung,
alle Vorkehrungen zu treffen, die durch die Verbrei-
tung therapieresistenter Krankheitskeime einerseits
und dem Entwicklungsstand der Krankenhaushygiene
andererseits geboten sind. Ein Patient, der sich heute
in die Obhut eines Krankenhauses begibt, kann erwarten,
daß alle zumutbaren Voraussetzungen geschaffen
wurden, um Krankenhausinfektionen zu vermeiden.
Eine Infektion, die im Krankenhaus erworben wurde,
kann nicht als schicksalsmäßiges Ereignis angesehen
werden, wenn offensichtlich die Wahrnehmung der
Sorgfaltspflicht durch Unterlassung von hygienischen
Vorkehrungen, etwa der Art, wie ich sie in Form von
Beispielen dargestellt habe, unterblieben ist. Die sich
ergebenden rechtlichen Konsequenzen liegen auf der
Hand. So ist auch nicht nur an versicherungsmäßig ab-
zudeckende zivilrechtliche Auseinandersetzungen zu
denken, sondern, wenn nachweisbare Fahrlässigkeit
vorliegt, auch an solche strafrechtlicher Natur. Neben
der mit Abstand im Vordergrund stehenden moralischen
Verpflichtung, die darin besteht, einen Menschen, der
im Krankenhaus Heilung sucht, vor jedem vermeh-
baren zusätzlichen Schaden zu schützen, sollten gewisse
juristische Aspekte nicht unerwähnt geblieben sein.

U-g.

Facta sunt facta

In Heft 1/1966 des „Deutschen Ärzteblattes“ und in der
„Süddeutschen Zeitung“ vom 27. 1. 1966 waren Bei-
träge zu lesen, die sich mit der ärztlichen Betreuung
der Mütter in der sozialen Krankenversicherung be-
schäftigten. Da dabei mit keinem Wort die auf diesem
Gebiete in Bayern bereits vor der bundeseinheitlichen
Regelung durchgeführten Maßnahmen erwähnt worden
sind, sind folgende Hinweise angebracht:

In Bayern wurden bereits am 1. 7. 1964 „verstärkte
Maßnahmen gegen die Säuglings- und Müttersterblich-
keit“ durchgeführt. Auf Grund einer Vereinbarung, die
zwischen dem Bayerischen Staat, der Arbeitsgemein-
schaft der bayerischen Krankenkassenverbände, der
Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und der Baye-
rischen Landesärztekammer getroffen worden war,
konnten ab 1. 7. 1964 die erforderlichen Blutgruppen-
und Antikörperuntersuchungen bei Schwangeren durch-
geführt werden, ohne daß den Frauen dadurch irgend-
welche Kosten entstanden. Ein entsprechendes Merk-
blatt wurde im Juli 1964, eine Neufassung im Mai 1965,
allen Kollegen in Bayern durch eine Veröffentlichung
im „Bayerischen Ärzteblatt“ und durch Sonderdrucke
übermittelt.

Der 17. Bayerische Ärztetag hatte sich im Oktober 1964
in eingehenden Beratungen mit der Mütter- und Säug-
lingssterblichkeit beschäftigt. Die Herren Kollegen Pro-
fessor SCHWALM und Professor HILBER haben auf
diesem Ärztetag zu den genannten Themen Vorträge ge-
halten. Der Ärztetag gab dann der Bayerischen Landes-
ärztekammer den Auftrag, ein Sprechstundenblatt für
Schwangere auszuarbeiten. In engster Zusammenarbeit
mit der I. Universitätsfrauenklinik in München (Leiter:
Direktor Professor Dr. BICKENBACH) wurde dieses
Sprechstundenblatt hergestellt und im Juli 1965 in rund
300 000 Exemplaren an alle Ärzte Bayerns verteilt, die
schwangere Frauen behandeln.

Dieses Sprechstundenblatt für Schwangere hat auch den
Mitgliedern des Gesundheitsausschusses und den Mit-
gliedern des Sozialpolitischen Ausschusses des letzten
Deutschen Bundestages bei ihren Beratungen zur Än-
derung der Reichsversicherungsverordnung vorgelegen.

Die Annahme, daß die in Bayern bereits eingeführten
Maßnahmen die Beschlußfassung des Bundestages be-
einflußt haben, ist nicht unbegründet. Auch bei den Be-
ratungen in dem Bundesausschuß für Ärzte und Kran-
kenkassen wurde das in Bayern eingeführte Sprech-
stundenblatt benutzt. In dem Sprechstundenblatt für
Schwangere, das ab Januar 1966 im Bundesgebiet ein-
geführt ist, wird man unschwer das bereits vor längerer
Zeit in Bayern eingeführte Sprechstundenblatt für
Schwangere wiedererkennen.

Diese Tatsachen kann man zwar verschweigen, aber
nicht aus der Welt schaffen — facta sunt facta.

Strophoperm

zur perlingualen Herztherapie

Salistoperm

zur percutanen Heilanaesthesia

Denkschrift des Fachverbandes Medizin im VDS und der Fachschaft Medizin München:

Zur Lage des Medizinstudiums an der Universität München

Entlastung des Medizinstudiums in München

Der Fachverband Medizin und die Fachschaft Medizin München haben sich in informativen Gesprächen mit Vertretern der Medizinischen Fakultät, des Bayerischen Senats und der Stadt München Einblick in den Fragenkomplex „Entlastung des Medizinstudiums in München“ verschafft. Der Fachverband Medizin vertritt sämtliche 35 000 Medizinstudenten der Bundesrepublik. Die Fachschaft Medizin München im Fachverband Medizin nimmt die Interessen der Studierenden der Medizin an der hiesigen Universität wahr.

Wenn im folgenden zu verschiedenen Detailfragen Stellung genommen wird und irgendwelche Empfehlungen ausgesprochen werden, so tun wir dies allein aus der Verpflichtung heraus, als gewählte Studentenvertretung die fachlichen Interessen der heutigen wie auch der zukünftigen Studentenschaft wahrzunehmen.

Das bedeutet, daß wir angehalten sind, mit unserem Mandat für die bestmöglichen Studien- und Arbeitsbedingungen für uns, den akademischen Nachwuchs, einzutreten. Wir wollen unsere Interessen ausschließlich fachlich vertreten, ohne dabei tagespolitische Gesichtspunkte in Betracht zu ziehen. Wir sind der Meinung, daß diese zur sachlichen und erfolgversprechenden Lösung eines solchen Problems nur hinderlich sind. Wenn aus der Frage „Entlastung des Medizinstudiums in München“ ein emotionell debattiertes und dadurch langwieriges „Politikum“ wird, so wird dabei letzten Endes niemandem geholfen, am wenigsten den Münchener Medizinstudenten.

Die Medizinische Fakultät mit ihren z. Z. 3400 ordentlich Studierenden der Humanmedizin ist infolge ihrer beschränkten Räumlichkeiten hoffnungslos überlastet. (Hierzu kommen noch 600 Zahnmediziner und rund 400 „Gastmediziner“ nach Professor v. KUEGELCHEN „auf dem zweiten Zulassungsweg!“ aus der Naturwissenschaftlichen und Veterinärmedizinischen Fakultät, die damit eine Zulassungsbeschränkung zu umgehen suchen.)

Bei einer Hörerzahl von 600 Studenten (lt. Vorlesungslisten 1964) sind manche Hörsäle mit einem Fassungsvermögen von 300 Plätzen überfordert.

Es ist nicht unsere Aufgabe, die Schuldfrage des Versäumnisses der rechtzeitigen Erweiterung und Modernisierung der Fakultät in den letzten 20 Jahren zu klären. Teils mag es wirklich am bestehenden Grundstücksangel, teils an den nicht vorhandenen und nicht rechtzeitig eingeplanten Finanzierungsmöglichkeiten gelegen haben.

Besonders bedauerlich aber ist es, daß das Projekt „Großklinikum Großhadern“ erst in diesem Jahr tatkräftig in Angriff genommen wird, obwohl die Planungen bis Anfang der fünfziger Jahre zurückgehen. Da der vollwertige klinische Lehrbetrieb dort nicht vor 10 bis 12 Jahren aufgenommen werden kann (die Vollfakultät mit Vorklinik liegt in noch fernerer Zukunft!), muß „Großhadern“ aus der Diskussion um die rasche „Entlastung des Medizinstudiums in München“ ausscheiden.

Wir möchten jedoch ausdrücklich darauf verweisen, daß Projekte wie „Großhadern“ und die Modernisierung der bestehenden Fakultät (zentrales Bettenhaus usw.) keineswegs auf Kosten jeder anderen gangbaren Lösung in finanziellen Verzug geraten dürfen. Dies hat das bayerische Finanzministerium in den letzten Tagen bereits garantiert.

Wir wollen nun die augenblicklichen Mißstände chronologisch dem Studienablauf nach aufzeigen und unserer Meinung nach realisierbare Möglichkeiten zu deren Beseitigung empfehlen.

Entgegen anderslautender Erklärungen müssen wir es klar zum Ausdruck bringen, daß sowohl im Vorklinischen wie im Klinischen Studium eine eklatante Diskrepanz zwischen Studentenzahl und vorhandenen Arbeitsplätzen besteht (je ca. 1700 Vorkliniker und Kliniker).

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 Verdauungs-
trakt und hemmt übermäßige
Sekretion

Diltioprominhydrochlorid

stellt an der
Magenschleimhaut
physiologische

Verhältnisse wieder her

Bismut. aluminicum, Succus Liquiritiae

bedeutet gleich-
zeitige Leberschutztherapie

Cholin orotat

Es ist müßig, die Frage nach optimalen Studienbedingungen zu stellen. Eine Medizinische Fakultät mit etwa 4000 Studenten läßt selbst die bestgemeinten Versuche seitens einzelner Professoren zur Intensivierung und Vertiefung der Ausbildung scheitern.

Eine wirkliche Verbesserung läßt sich nur durch eine grundlegende Studienreform erreichen, die sich aber solange nicht verwirklichen läßt, solange das bestehende Mißverhältnis Studenten zu optimalen Arbeitsplätzen nicht entscheidend gebessert wird.

Als Beispiel wollen wir nur kurz die Entwicklung der Studentenjahrgänge in Deutschland im Verlauf der letzten 50 Jahre anführen.

Der Medizinstudent ist 11 Semester (5,5 Jahre) ordentlich immatrikuliert. Im Examenssemester ist er bereits exmatrikuliert, man muß also die Gesamtstudentenzahl durch 5,5 dividieren. Die hieraus gewonnene Jahresquote kann man proportional in Zusammenhang mit dem Ausbildungsstandard setzen.

Studentenjahrgänge in Deutschland

1910	1928	1938	1950	1960	1964	München	1965
107	122	133	204	253	319		618

In München befinden sich lt. Studentenzahl des WS 1965/66 (3398) aber 618 Studenten in einem Ausbildungsjahr.

Jahrgangsstärke an den amerikanischen Universitäten (medical schools) 1963/64 (lt. Journal of Medical Education Vol. 38/64).

95

Allein diese unterschiedlichen Zahlen sprechen für sich. Beachtenswert aus dieser Statistik ist, daß die Arbeitsbedingungen in der Ausbildungszeit des Großteils unserer heutigen Professoren, die zwischen 1928 und 1938 liegen dürfte, als durchaus optimal anzusehen sind.

An den Ausbildungsstandard speziell in München, der lt. Statistik mit 618 Studenten pro Jahrgang noch mit ca. 100% den Bundesdurchschnitt von 319 im Jahre 1964 übertrifft, sollte man keine zu großen Anforderungen stellen.

Der Wissenschaftsrat hat dieser Entwicklung der ständig steigenden Studentenzahl bei ungefähr gleichbleibenden Studienbedingungen (Arbeitsplätze in Instituten und Kliniken), also dem drohenden Verlust unseres früher so hohen medizinischen Ausbildungsstandards, Rechnung getragen. Er hat sich eindeutig gegen sogenannte „Mammut-Fakultäten“ über maximal 2000 Studenten ausgesprochen und die Verringerung der großen und Neugründung kleinerer Fakultäten empfohlen.

Dem ist man an verschiedenen Orten nachgekommen, indem man sich durch einschneidende Zulassungsbeschränkungen bis an die Grenzen eines verfassungsrechtlich bedenklichen Zustandes begeben hat (Gießen, Kiel, Tübingen).

In Tübingen hat man beispielsweise im vergangenen Jahr von 120 erfolgreichen Physikums-Absolventen nur 80 Studierenden die Möglichkeit zum sachgerechten klinischen Weiterstudium gestattet! Dies geschah, um eine durchgeführte Studium- und Stundenplanreform zu verwirklichen.



Man darf ohne Bedenken konstatieren, daß die Absolventen in Gießen und Tübingen zweifellos über den besten Ausbildungsstandard in der Bundesrepublik verfügen.

In anderen Städten hat man sich zur Errichtung neuer zweiter Fakultäten, bzw. Neugründung von medizinischen Fakultäten, entschlossen! Das sind einerseits Heidelberg-Mannheim und Kiel-Lübeck (detaillierte Planungen in Berlin werden tatkräftig vorangetrieben!), andererseits wurden Neugründungen von Fakultäten in Hannover, Bochum und Aachen, die zum Teil an bestehende Technische Hochschulen angegliedert sind, vorgenommen. Bei all diesen Projekten hat man sich zum Großteil an schon vorhandene städtische Krankenanstalten gehalten und sie durch Erweiterung und Berufung eines qualifizierten Lehrkörpers funktionstüchtig gemacht.

Ähnliche Schritte werden seit Jahren im Ausland (USA, Großbritannien und Frankreich) laufend unternommen.

Doch nun zur speziellen Situation in München. Wie oben schon angeführt, ist die bestehende Fakultät hoffnungslos überlastet! Vorklinischer Bereich: Der gravierendste Engpaß besteht hier in der ordnungsgemäßen Absolvierung der vorgeschriebenen Pflichtpraktika in Chemie, Physik, Physiologie und physiologischer Chemie! In der räumlich außerordentlich beschränkten Chemie laufen heute schon fünf parallele Kurse. Trotzdem müssen ständig Ausnahmen entgegen der bestehenden Bestallungsordnung, die ein dreisemestriges Medizinstudium zwischen Vorphysikum und Physikum vorschreibt, gemacht werden. Wenn ein Student, der sich rechtzeitig um einen Praktikumsplatz in der Chemie bemüht hat, diesen jedoch aus Platzmangel nicht zugesprochen erhält, so darf er nach bestandener Vorphysikum nach dem 3. Semester schon nach zwei weiteren Fachsemestern (vorgeschrieben sind drei) das Physikum ablegen, sofern er dazu imstande ist.

Ähnlich ist die Situation in der Physik. Hier werden Praktika teils schon in den Abendstunden, sogar samstags, abgehalten.

In beiden Fächern läßt sich keinerlei Steigerung aus dem Grunde des Platzmangels mehr erzielen! In der Physiologie und der physiologischen Chemie ist man schon seit geraumer Zeit dazu übergegangen, einschneidende Aufnahmeprüfungen zum Praktikum durchzu-

führen. Man kann darüber geteilter Meinung sein, denn ein Praktikum sollte dazu da sein, daß der Student sich bei praktischer Arbeit sein Wissen erwirbt, und nicht dieses vorher schon unter Beweis zu stellen hat!

Ein Großteil der Studenten kann daher erst im 5. Fachsemester diese beiden Praktika absolvieren. Daher kommt oft die intensive Vorbereitungszeit für die ärztliche Vorprüfung zu kurz, die bei uns leider, nicht zuletzt aus diesen Gründen, eine hohe Durchfallsquote aufweist. Dies ist auch die Begründung dafür, daß der zweite Prüfungstermin Mitte April so überfüllt ist und für den Prüfer eine außerordentliche Belastung darstellt. Verhältnis 1. Prüfungstermin : 2. Prüfungstermin ca. 100 : 200 im WS 1965/66.

Die geringsten Schwierigkeiten sind im Anatomischen Institut, dem wohl bestausgestatteten seiner Art in der Bundesrepublik, anzutreffen. Durch Zuhilfenahme moderner technischer Hilfsmittel (Fernsehübertragung usw.) wird dem Studenten noch eine solide Unterweisung in der mikroskopischen Anatomie geboten. Die makroskopische Anatomie garantiert ebenfalls noch eine ausreichend gründliche Ausbildung. Im Gegensatz zu anderen Fakultäten besteht in München aufgrund tatkräftigsten Einsatzes der Institutsdirektion und Verwaltung kein Mangel an Seziergut. Eine weitere Erleichterung in der Anatomie ließe sich durch Einführen des Präparierens im SS (Erlangen) und die Einschränkung auf zwei Vollpräparierübungen erzielen.

Wie soeben aufgezeigt, bestehen mit Ausnahme bei Anatomie in der gesamten Vorklinik für die Zukunft unhaltbare Zustände, die auch nicht mehr durch weiteres Rationalisieren im Rahmen der bestehenden Möglichkeiten der Fakultät abzustellen sind. Dies würde nur auf Kosten der Ausbildung der Studenten geschehen! Als geeignete räumliche Ausweichmöglichkeit stünden in München augenblicklich nur freiliegende Seminar- und Praktikumsäle der sich erweiternden TH zur Verfügung, da ein beträchtlicher Teil der Technischen Hochschule sich in zunehmendem Maße vom Altstadtzentrum nach Garching verlagert. Hier ließen sich die Fächer Physik, Chemie, gegebenenfalls auch die Physiologie und Biochemie, mit entsprechenden Ordinariaten einrichten. Dies könnte mit verhältnismäßig minimalen Mitteln geschehen und birgt den einen unübersehbaren Vorteil in sich, eine Sofortlösung zu sein, und damit zu einer raschen „Entlastung des Medizinstudiums in München“ zu führen. Dies wäre unserer Meinung nach ein gangbarer Weg für die Vorklinik.

Das klinische Studium ist ebenfalls überlastet. In den Kursen klinische Chemie, bakteriologisch-serologischer Kurs, pathologische Histologie, Sektionsübungen, pathologisch-anatomische Demonstrationen und Rezeptierkurs stehen ebenfalls zu wenig Arbeitsplätze zur Verfügung. Man versucht teilweise, diese Engpässe mit Ferienpraktika auszugleichen.

Für die Entlastung der „Klinik“ bieten sich die großen Münchener städtischen Krankenanstalten an. Sie verfügen über ein großes Krankengut und auch über eine große Anzahl qualifizierter Kräfte für den Lehrbetrieb. Zum Teil sind diese schon an der Münchener Fakultät habilitiert. Welche Krankenanstalten in den Lehrbetrieb einbezogen werden sollen, muß in Verhandlungen mit der Stadt München geklärt werden.

Unserer Ansicht nach erfüllen lediglich die Krankenhäuser „Harlachinger“, „Schwabinger“ und „rechts der Isar“ die Anforderungen, die für eine gute Ausbildung für den ärztlichen Nachwuchs garantiert werden müssen.

Da wir Studenten, ebenso wie Ärzteschaft und der Wissenschaftsrat, der Auffassung sind, daß unser gegenwärtiges Studien- und Unterrichtssystem absolut unzulänglich ist, fordern wir in Anbetracht der Projektierung einer solchen Erweiterung des medizinischen Lehrbetriebes in München, wie es durch eine zweite Fakultätsgründung geschehen kann, gleichzeitig eine umfassende Studienreform. Wir wollen hier nicht nochmals die Mängel des derzeitigen Systems aufzählen, sie mögen ein Grund dafür sein, daß es in München zu den derzeitigen Zuständen gekommen ist. Wir können hier noch keine detaillierten Angaben und Vorstellungen machen, da die Frage der zur Verfügung stehenden Plätze, d. h. welche Krankenhäuser mit einbezogen werden, noch nicht geklärt ist.

Wir wollen aber schon heute als Studentenschaft unsere berechtigten Forderungen anmelden. Der Fachverband Medizin im VDS, der sich seit Jahren mit Studienreform beschäftigt, hat Vorstellungen über ein Medizinstudium, das den Anforderungen des heutigen Arztes gerecht werden soll, ausgearbeitet.

Ein Lehrbetrieb an den obengenannten Krankenanstalten muß nach den modernsten Gesichtspunkten der heutigen medizinischen Ausbildungsforschung ausgerichtet sein.

Wir verstehen darunter, für die „Klinik“ die Einführung eines **Block- oder Departmentsystems mit bedside teaching, Internaten** usw., die eine intensivere Ausbildung gewährleisten. Der Student wird dabei für ein halbes oder ganzes Studienjahr an einen Block, d. h. bestimmte verwandte Fachrichtungen an einer Klinik, gebunden. Das würde bedeuten, daß er sich für die oben angeführte Dauer nur innerhalb eines der genannten Krankenhäuser aufhält.

Die Frage erhebt sich nun, wie dies alles in Einklang mit der bestehenden Fakultät gebracht werden kann. Wenn wir die Neugründung einer zweiten Fakultät empfehlen, ob dies nun im Anschluß an die Universität oder Technische Hochschule geschieht, sei dahingestellt, tun wir das aus zwei Erwägungen heraus.

1. Ein zweiter und dritter Lehrstuhl für Chirurgie bzw. 3. und 4. Lehrstühle für die Innere Medizin werden sich im Rahmen der augenblicklichen Fakultätsgegebenheiten verhältnismäßig sehr schwierig koordinieren lassen. Man hat von studentischer Seite leider schon schlechte Erfahrungen für Stundenplan-Abstimmung innerhalb der Fakultät gemacht. Die Verdoppelung der Ordinariate, die eine notwendige Folgerung ist, würde diese Schwierigkeiten innerhalb einer Fakultät noch vermehren. Die große Anzahl von Ordinarien würde auch grundlegende Änderungen der Fakultätsstruktur erfordern.
2. Für uns Studenten sollte das nicht der ausschlaggebende Grund sein. **Wir fordern für die 2. Fakultät sofort bei Einrichtung die Durchführung einer wirklichen Studienreform. Der Lehrbetrieb an der 2. Fakultät sollte nicht voreilig als Notbehelf aufgenommen werden.** Nebeneinander würden in einer Fakultät

tät dann zwei verschiedene Studiensysteme praktiziert werden, denn die 1. Fakultät ist allein schon aus räumlichen Gründen nicht in der Lage, von heute auf morgen diese geforderte Studienreform zu verwirklichen. Daraus würden sich unserer Ansicht nach ungeheure Schwierigkeiten ergeben.

Wir wollen es nochmals klar und eindeutig zum Ausdruck bringen, daß wir eine „Entlastung des gegenwärtigen Studiums fordern“ und keinesfalls in erster Linie eine weitere Erhöhung der Studentenzahl in München sehen wollen.

Dies kann erst ins Auge gefaßt werden, wenn beide Fakultäten sich konsolidiert haben und ihre objektive Leistungsfähigkeit, die man heute noch nicht genau absehen kann, erreicht haben.

Vielleicht läßt sich eine Erhöhung der Gesamtstudentenzahl um ca. 100 bis 200 an beiden Fakultäten zusammen schon recht bald herbeiführen.

Eine wirkliche Zuwachsquote können wir uns erst mit der Fertigstellung von „Großhadern“ bei optimalen Studienbedingungen leisten. Im Anfangsstadium muß daher die Zulassung zum Medizinstudium in München wirklich streng und ausnahmslos objektiv gehandhabt werden. Der genaue Zulassungsschlüssel (1. Fakultät ca. 250, 2. Fakultät ca. 150?) muß ebenfalls an die gegebenen Möglichkeiten angepaßt sein, da wir für alle Studenten einen möglichst gleich guten Ausbildungsstandard erzielen möchten.

Nach Aufzeigen und Betrachtung all dieser Gesichtspunkte fordern wir als Medizinstudenten, wie es in der Resolution der Vollversammlung der Münchener Medizinstudenten zum Ausdruck kommt, eine schnelle und realisierbare Lösung der gegenwärtig unzureichenden Studiensituation in München.

Wir treten weiterhin dafür ein, daß ein objektives, kompetentes Gremium vom Kultusministerium zu berufen ist, das sich aus Experten der Medizinischen Fakultät München, des Kultusministeriums, des Senats und des Landtages des Freistaates Bayern, der Stadt München (Krankenhausreferat), den Standesorganisationen der Ärzteschaft und auch der Studentenschaft zusammensetzen sollte.

Dieses Gremium möge auf das sorgfältigste die gegebenen Möglichkeiten prüfen. In Form eines ausführlichen Gutachtens, ähnlich dem Bericht des Ulmer Gründungsausschusses, soll die am besten gangbare Lösung vorgeschlagen werden.

In diesem Gutachten sollte ebenfalls eine genaue Studie des anzuwendenden Studienganges enthalten sein, worin modernste Erkenntnisse der medizinischen Ausbildungsforschung zu berücksichtigen sind.

Dies haben wir dem Bayerischen Kultusministerium und dem Bayerischen Senat bereits vorgeschlagen.

Wir wollen nochmals ausdrücklich darauf verweisen, daß zur Lösung des Problems „Entlastung des Medizinstudiums in München“ alle nur möglichen Anstrengungen konzentriert werden müssen.

Die Modernisierung der bestehenden Fakultät und der beschleunigte Ausbau des „Großklinikums Großhadern“ müssen tatkräftigst weitergeführt werden.

Da wir uns bewußt sind, daß dies große finanzielle Belastungen für den Freistaat Bayern bedeutet, empfehlen wir mit Hinsicht auf die Notlage in München, Projekte wie die „Medizinische Akademie in Augsburg“, die ein Vielfaches der Kosten des Ausbaues in München verschlingen würden, in den nächsten Jahren nicht zu fördern.

Wir hoffen, mit den obigen Ausführungen die Vorstellungen der Medizinstudenten in München klargelegt zu haben.

Die Vollversammlung der Münchener Medizinstudenten faßte folgende

RESOLUTION:

„Die ordentliche Fachschaftsversammlung der Fachschaft Medizin München, die Vollversammlung der Münchener Medizinstudenten, begrüßt die Initiative zur Errichtung einer 2. Medizinischen Fakultät in München.

Sie erwartet sich von diesem Projekt eine wesentliche Verbesserung der medizinischen Ausbildungsmöglichkeiten in München.

Sie fordert jedoch, daß der Studienablauf nach neuesten Gesichtspunkten der medizinischen Ausbildungsforschung eingerichtet wird. Die Vorklinik soll in enge Beziehung zu den Naturwissenschaften gestellt werden (Empfehlung des Wissenschaftsrates); das klinische Studium soll durch wesentliche Erweiterung der praktischen Ausbildung bereichert werden (Blocksystem, bed side teaching). Die Vollversammlung beauftragt daher den Fachverband Medizin und die Fachschaft Medizin München, diese berechtigten Ansprüche der Medizinstudenten in München bei den zuständigen Gremien vorzutragen und zu vertreten.“

Gruppenversicherungsvertrag mit der Vereinigten Krankenversicherung A. G.

Es besteht Veranlassung zu folgendem Hinweis: Die Versicherung endet nach § 14 des Vertrages u. a. durch Tod des Versicherungsnehmers. Die mitversicherten Personen haben jedoch das Recht, die Versicherung unter entsprechender Prämien-

ermäßigung fortzusetzen. Der Stellung eines besonderen Antrages bedarf es nicht. Die Fortsetzung gilt jedoch als abgelehnt, wenn die nächst fällige Prämienrate trotz Aufforderung nicht entrichtet wird.

Die Stellung der Staatlichen Gewerbeärzte in Westdeutschland

Ein geschichtlicher Rückblick und Ausblick / Von F. Koelsch

Die Probleme des Dienstes der Staatlichen Gewerbeärzte wurden schon seit der Jahrhundertwende diskutiert, haben aber besonders in Westdeutschland immer noch keine befriedigende Lösung gefunden.

Als erster „Landesgewerbearzt“ in Deutschland (seit 1909) hatte ich mich schon bald nach meinem Dienstantritt mit diesen Fragen befassen müssen; ich hatte mit den bereits im Ausland tätigen Kollegen Fühlung genommen, hatte mich mit ihnen über die optimale Organisation unterhalten und hierüber erstmals in den Jahren 1911 und 1914 größere Referate erstattet. Weitere Ausführungen hierzu folgten u. a. 1923, 1926, 1934 und später*). Auch das Internationale Arbeitsamt in Genf hatte sich schon vor Jahren mit diesen Fragen befaßt. So wurde für Mitte September 1926 eine Tagung der Europäischen Staatlichen Gewerbeärzte nach Düsseldorf einberufen, bei welcher einstimmig die nachstehenden richtunggebenden Beschlüsse gefaßt wurden: Der gewerbeärztliche Dienst ist eine selbständige Organisation der angewandten Medizin und steht gleichberechtigt neben der Technischen Gewerbeaufsicht. Der Arzt ist aber kein Aufsichtsbeamter und kein Untergebener des Technikers. Beide arbeiten erforderlichenfalls dienstfreundlich zusammen. Im übrigen hat der Gewerbearzt seine besonderen Dienstaufgaben, die sich der Einmischung von Laien entziehen. Die beiden Arbeitsgruppen sind gleichberechtigt in der Zentralstelle einem neutralen (juristischen oder politischen) Abteilungsleiter unterstellt. Schließlich war dieses Problem nochmals in Genf von einer Studienkommission des Internationalen Arbeitsamtes im Jahre 1929 behandelt worden, der ich ebenfalls angehörte. Mein Referat endete mit den nachstehenden, von allen Teilnehmern gebilligten Leitsätzen: 1. Der gewerbeärztliche Dienst ist ein Sondergebiet des Medizinalwesens und soll grundsätzlich in dieses eingegliedert sein. Der Gewerbearzt ist ein „Arzt“, aber kein „Aufsichtsorgan“! 2. Soll er jedoch, entgegen dieser Forderung, mit der staatlichen Arbeitsaufsicht verbunden werden, so muß der Landesgewerbearzt dem Leiter des technischen Aufsichtsdienstes gegenüber vollkommen gleichberechtigt und selbständig sein. Die übrigen Gewerbeärzte unterstehen dem Landesgewerbearzt. Die Gesamttätigkeit des gewerbeärztlichen Dienstes ist zu konzentrieren in einem Landesinstitut für Arbeitsmedizin. 3. Das Tätigkeitsgebiet des Staatlichen Gewerbearztes umfaßt alle Probleme der wissenschaftlichen und praktischen Arbeitsmedizin.

So lauten in vereinfachter Fassung die international anerkannten Forderungen der Staatlichen Gewerbe-

ärzte. Wie steht es nun mit den praktischen Erfahrungen in Westdeutschland?

Vielleicht ist das Nächstliegende, wenn ich, auf meine Erfahrungen in 42 Dienstjahren zurückblickend, meine eigenen Erlebnisse im folgenden kurz zusammenfasse.

Wenn wir in der Geschichte der Deutschen Arbeitsmedizin zurückblättern, so begegnen wir um die Jahrhundertwende zunächst als „Beratern“ der Behörden für arbeitsmedizinische Probleme den regionalen Amtsärzten, d. h. den Kreis- bzw. Bezirksärzten oder den Medizinalreferenten der Zentralstellen. Damit waren die damaligen praktischen Bedürfnisse befriedigt. Nun hatte im Jahre 1906 das Land Baden etwas Besonderes getan — wohl angeregt durch das Beispiel der benachbarten Schweiz —, wo bekanntlich der gesamte Gewerbeaufsichtsdienst durch einen Arzt, Dr. Fridolin SCHULER (gest. 1903), aufgebaut und geleitet worden war. So war damals (1906) auch in Baden ein Arzt als „Gewerbeaufsichtsbeamter“ eingestellt und mit den üblichen, auch mit den technischen und administrativen Aufgaben eines solchen Beamten betraut worden. Der betreffende Kollege (F. HOLTZMANN) hatte mir oft erzählt, wie er in seinem Dienstbezirk Dampfkessel oder Aufzüge kontrolliert oder formale Bescheide technischer oder arbeitsrechtlicher Art erteilt hatte. Daneben hatte er auch als medizinischer Berater der übrigen badischen Gewerbeaufsichtsbeamten fungiert. Dieser Zustand hatte wohl bis etwa 1910 gedauert.

Ich möchte gleich hier einschalten, daß dieser Zustand vom ärztlichen Standpunkt aus als Fehlorganisation angesprochen werden mußte. Sie wurde dann — nach mehreren Aussprachen, die ich mit dem Kollegen Holtzmann und dem Leiter der Badischen Gewerbeaufsicht (Geheimrat Dr. BITTMANN) hatte — aufgehoben und der bayerischen Regelung (siehe unten) angeglichen.

Ein anderer Modus wurde in Bayern gewählt, wo auf Betreiben der Münchner Vereinigung für Sozialmedizin um 1907/08 in einer Denkschrift an Landtag und Regierung die Aufstellung eines hauptamtlichen Landesgewerbearztes gefordert worden war. So wurde ich zum 1. 1. 1909 aus meiner riesigen Land- und Kassenpraxis heraus in das zuständige Ministerium nach München berufen und dort sehr verständnisvoll und aufgeschlossen empfangen. Sowohl vom Ministerpräsidenten (der auch mein Ressort-Minister war), als auch vom Abteilungsleiter (Jurist) wurde mir für die beiden ersten Jahre volle Freiheit für mein Tun und Lassen zugesagt, eine im Entwurf vorliegende (bürokratische) Dienstanzweisung wurde zunächst auf zwei Jahre zurückgestellt, um erst meine Erfahrungen in der Praxis abzuwarten. In diesem „Entwurf“ war wohl vorgesehen, daß der Landesgewerbearzt vielleicht in die allgemeine Gewerbeaufsicht eingebaut werden könnte. Aber dabei ist es auch geblieben! Über diesen Entwurf ist nie mehr diskutiert worden, dieser Entwurf ist nie in Kraft gesetzt worden, er ist als „Entwurf“ in den Akten ver-

* F. Koelsch: Entwicklung, Wege und Ziele des gewerbeärztlichen Dienstes. Archiv für soziale Hygiene, 1911, 7. Band. — F. Koelsch: Der gewerbeärztliche Dienst. Soziale Hygiene und praktische Medizin, Berlin 1914. — F. Koelsch: Zur Organisation der Gewerbehygiene in Deutschland. Zeitschr. für Soziale Hygiene, Fürsorge- und Krankenhauswesen, Berlin 1922. — F. Koelsch: Aus dem Tagebuch eines Gewerbearztes. Zeitschrift für Soziale und Gewerbehygiene, Fürsorge- und Krankenhauswesen, 1923. — F. Koelsch: Zur Organisation des gewerbeärztlichen Dienstes in Deutschland. Klinische Wochenschrift, Nr. 43, 1929. — F. Koelsch: Lage und Zukunft der Gewerbehygiene. Soziale Praxis, H. 1, 1934.

schwunden. Ich hatte in meinen 42 Dienstjahren nie eine Dienstanweisung erhalten, aber auch nie eine solche gebraucht.

Als nun nach dem ersten Weltkrieg (1920) auch in anderen deutschen Ländern Staatliche Gewerbeärzte bzw. Landesgewerbeärzte aufgestellt wurden, erfolgten von einigen dieser Länder Anfragen beim bayerischen Ministerium über die 10jährige Erfahrung mit dem gewerbeärztlichen Dienst und über eine evtl. bestehende Dienstanweisung. Soweit diese Anfragen an mich selbst gerichtet wurden, konnte ich den anfragenden Stellen mitteilen, daß eine solche Dienstanweisung nicht besteht. Soweit aber diese Anfrage an die Kanzlei des Ministeriums kam, wurde von diesen Kanzlei-Beamten der „Entwurf aus dem Jahre 1908“ aus den Akten herausgeholt und den Anfragenden übermittelt, obwohl — wie bereits gesagt — dieser Entwurf nie in Kraft gesetzt worden war. Diese letztere Tatsache scheint aber in den Begleitschreiben nie erwähnt bzw. betont worden zu sein. So kam es dann, daß diese Länder falsch informiert worden waren und daß damit dem gewerbeärztlichen Dienst in diesen Ländern schon von Anfang an ein grundsätzlicher Schaden zugefügt worden war.

Als Ausweis wurde mir wohl eine Karte im Sinne des § 139 der Gewerbeordnung, gültig für ganz Bayern und die Pfalz, mit der Begründung übergeben: „... um etwaigen Schwierigkeiten bei Untersuchungen in den Betrieben vorzubauen.“ Dazu möchte ich gleich einfügen, daß ich diese Karte in meinen 42 Dienstjahren vielleicht fünf- bis sechsmal vorzeigen mußte; in drei dieser Fälle hatte mir aber auch diese Ausweiskarte zunächst nichts genützt. In einem Chemiebetrieb war mir bei meinem Besuch trotzdem der Eintritt verweigert worden — ebenso in einem Staatsbetrieb, in welchem eine neue Apparatur, als „strengstes Geheimnis“ gehütet wurde (die ich aber schon in Dutzend anderen Betrieben gesehen hatte) —; in einem anderen Betrieb hatten meine sehr fachkundigen Fragen den Eindruck erweckt, daß ich ein „Industriespion“ sei. Erst die telefonischen Rückfragen in München machten mir den Weg frei.

Von einer formalen Einreihung des Landesgewerbearztes in die Beamtengruppe „Gewerbeaufsicht“ war nicht mehr die Rede gewesen. Im Gegenteil: Ich war Beamter des Ministeriums, hatte als Landesgewerbearzt eine durchaus selbständige Stelle und war — auf Grund persönlicher Absprachen — dem „Zentralinspektor für Fabriken und Gewerbe“ als Berater gleichgeschaltet — nicht „untergeordnet“. So konnte ich als „Arzt“ ungestört und unbehelligt, natürlich im freundschaftlichen Kontakt mit dem „Techniker“, zusammenarbeiten. Das Ministerialreferat „Arbeitsschutz“ wurde später in die beiden Sondergebiete „Technik“ und „Medizin“ mit eigenen Ressort-Ziffern unterteilt. Die Leitung der Ministerialabteilung lag in den Händen eines Juristen. Diese Arbeitsteilung hatte sich durch viele Jahre bestens bewährt, wie der Erfolg des gewerbeärztlichen Dienstes in dieser Zeit eindeutig zeigte, der nicht nur in Bayern, sondern auch in der ganzen Kulturwelt anerkannt worden war.

Nach der Ablehnung von ehrenvollen Berufungen in die Großchemie und in das Reichsgesundheitsamt folgte ich 1919/20 der Berufung in das Reichsarbeits-

ministerium, doch kehrte ich nach knapp einjähriger Tätigkeit in Berlin wieder nach München zurück, da der im Reichsarbeitsministerium tätige gleichrangige „Techniker“ wohl die ärztliche Mitarbeit sehr stark in Anspruch nahm, aber den „Mediziner“ nicht als gleichberechtigt anerkennen wollte; so hatte er z. B. wohl meine mühsamen Berichte und Statistiken über die Bleivergiftung in Deutschland, über die Gefährdung durch Quecksilber, über die Milzbrandbekämpfung, über die Versicherung der Berufskrankheiten usw. zu den Reichstagsitzungen, zum Internationalen Arbeitsamt nach Genf usw. mitgenommen und darüber große Reden gehalten, während ich (als der Verfasser) im Büro festgehalten wurde. Ich konnte mir als standesbewußter Arzt natürlich eine derartige Mißachtung der ärztlichen Mitarbeit nicht bieten lassen und ging daher wieder in meine selbständige Stellung in München zurück.

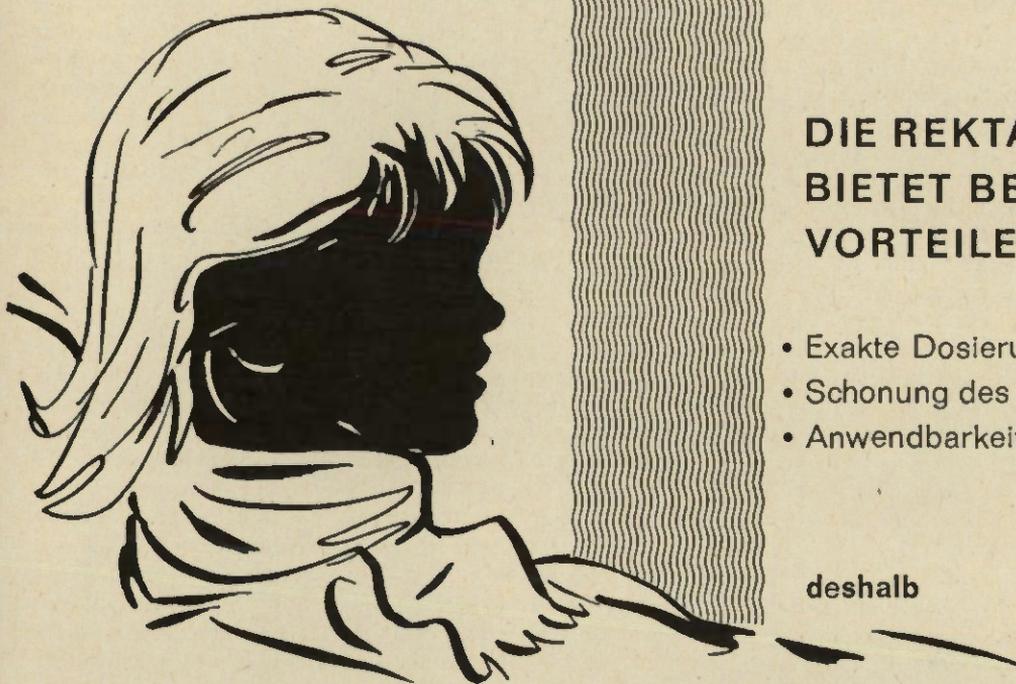
Nach dem Ende des ersten Weltkrieges (also um 1919 bis 1920) hatten auch die preußischen und die sächsischen Volksvertretungen beschlossen, endlich auch in ihren Landesteilen Staatliche Gewerbeärzte aufzustellen. Ich war als erfahrener Fachmann nicht nur von interessierten Politikern (LENNHOFF, GROTTJAHN, CHAJES usw.), sondern auch von den Leitern des Preußischen und Sächsischen Gesundheitswesens (GOTTSTEIN, WEBER) wiederholt um Rat angegangen und zu Besprechungen zugezogen worden. Preußen ging damals sehr vorsichtig vor, da in den verschiedenen Ländern wiederholt unerfreuliche Zusammenstöße zwischen den Gewerbeaufsichtsbeamten und den Gewerbeärzten stattgefunden hatten; die Einstellung von Staatlichen Gewerbeärzten war von manchen dieser Gewerbeaufsichtsbeamten rundweg abgelehnt worden; manche Techniker fühlten sich berufen, in medizinische Probleme hineinzureden, Arztberichte zu kritisieren und dergleichen mehr. Ich verfüge über interessantes Material hierzu.

Um diesen Schwierigkeiten von vornherein aus dem Wege zu gehen, wurde von den maßgebenden Behörden in Preußen beschlossen, die neu eingestellten Gewerbeärzte in die Gesundheitsverwaltung einzubauen. Auch die ärztlichen Standesorgane forderten diese Regelung. Alle maßgebenden Stellen waren sich darüber einig, daß der „Gewerbearzt“ kein Gewerbeaufsichtsbeamter ist, sondern ein „Medizinalbeamter mit besonderem Auftrag“ analog dem Gerichtsmediziner oder dem Leiter eines seuchenpolizeilichen Untersuchungsamtes u. dgl. — daß daher die Staatlichen Gewerbeärzte in die Medizinalverwaltung eingebaut werden müssen. Der Gewerbeaufsicht wurden sie „als Berater und Mitarbeiter“ zur Verfügung gestellt. Es handelte sich also um die gleiche Organisation wie bei den Gerichtsärzten welche administrativ zur Gesundheitsverwaltung gehören, jedoch der Justizverwaltung zur Verfügung gestellt sind.

Diese Organisation hatte sich in Preußen (auch in den übrigen norddeutschen Ländern) bewährt, um so mehr, als die Staatlichen Gewerbeärzte für die Arbeit „in der Provinz“ auch die Mitwirkung der lokalen Kreisärzte in Anspruch nehmen konnten. Während nun diese Organisation in Norddeutschland etwa 20 Jahre lang gut funktionierte, waren in Süddeutschland sehr bedauerliche Wandlungen erfolgt.

In Württemberg war nach Ende des ersten

H O M B U R G



**DIE REKTALE THERAPIE
BIETET BESONDERE
VORTEILE:**

- Exakte Dosierung
- Schonung des Gastrointestinaltraktes
- Anwendbarkeit auch bei Brechreiz

deshalb

KINDERZÄPFCHEN

Bei Husten aller Art
einschließlich Pertussis

Bei katarrhalischen
Erkrankungen der Luftwege

Bei Schmerzzuständen
und fieberhaften Infekten

SELVIGON®

Thiophenylpyridylemin-10-carbonsäure-
piperidinoethoxyäthylester-HCl

TRANSPULMIN®

Chinin-HCl, Wirkstoffe ätherischer Öle:
Eucalyptol, Campher, Guajacol, Menthol

TREUPEL®

SUPPOSITORIEN

für Kinder und Säuglinge ab 4. Lebensmonat

Codin. phosphoric. 0,005 g (0,0025 g)

Phenacetin. 0,125 g (0,0625 g)

Acid. acetylosalicylic. 0,0625 g (0,0312 g)



Weltkrieges ein Staatlicher Gewerbearzt aufgestellt und unglücklicherweise in die Gewerbeaufsicht eingebaut worden. Infolge der persönlichen Ungeschicklichkeiten des „leitenden Beamten“ waren innerhalb von 10 Jahren drei Ärzte „verbraucht“ worden.

Auch in Bayern war es später leider zu schwersten Zusammenstößen gekommen. Dort hatte — oben gesagt — über 15 Jahre lang ein ideales Arbeitsverhältnis bestanden, bis mein technischer Kollege in den Ruhestand trat. Als ich aber seinem Amtsnachfolger, einem an Lebens- und Dienstjahren jüngeren Ingenieur, zu seiner Beförderung gratulierte mit dem Wunsche, daß wir noch etwa 1 Dutzend Jahre kollegial zusammenarbeiten wollten, kam es zu der folgenden Reaktion: Er sprang vom Stuhle auf und erklärte mir mit gehobener Stimme, daß er mein Vorgesetzter sei, da ich ein ihm unterstehender „Gewerbeaufsichtsbeamter“ sei und daß daher von einer „kollegialen“ Zusammenarbeit keine Rede sein könne. Dabei war ich schon seit über 15 Jahren Landesgewerbearzt, seit mehreren Jahren Ministerialrat und Professor an der Universität und an der Technischen Hochschule. Die Folge war, daß für die Zukunft jeder persönliche Verkehr eingestellt wurde. Der ärztliche Dienst ging auch ohne diesen „Chef“ weiter, wenn dieser auch manche unerfreulichen Aktionen mit dem Ziele meiner Dienstentfernung versucht hatte. Darüber liegen dicke Akten vor, doch mögen diese Andeutungen hier genügen.

Jedenfalls blieb ich auch weiterhin in meinem Amt. Die Lösung kam dann mit dem Einbruch des Nationalsozialismus. Obwohl ich nicht Parteimitglied war, wurde ich sogleich — nach dem Vorbild in Preußen — mit meinem Personal und Institut in die Bayerische Gesundheitsverwaltung überführt, also aus dem Arbeitsministerium ausgegliedert.

Es begannen damit die schönsten und erfolgreichsten Jahre meiner gewerbeärztlichen Tätigkeit im Kreise verständnisvoller Kollegen der Medizinalabteilung, unterstützt von 143 Amtsärzten (Bezirksärzten) im ganzen Land, die ich als „Agenten und Helfer“ benützen konnte. Auch jetzt hatte ich noch keine Dienstanweisung bekommen, aber auch keine gestempelte Dienstkarte als „Gewerbeaufsichtsbeamter“, da mir auch als Mitglied der Gesundheitsbehörde im Ministerium des Innern jeder Betrieb offenstand. Im übrigen gingen ja auch in der neuen Gruppierung die Betriebsbegehungen, die Untersuchungen der Arbeiter, die Beratungen der Gewerbeaufsichtsbeamten und des Arbeitsministeriums unverändert weiter, wenn auch unter Ignorierung des vor genannten „Chefs“.

Leider hatte diese schöne und erfolgreiche Zeit nur wenige Jahre gedauert. Um das Jahr 1935 fand ein politischer Kuhhandel zwischen dem Reichsministerium des Innern und dem Reichsarbeitsministerium statt,

nach welchem in ganz Deutschland „der gewerbeärztliche Dienst“ mit allem Zubehör dem Reichsarbeitsministerium unterstellt und so wieder in die engere Nachbarschaft der Technischen Gewerbeaufsicht gebracht wurde. Und bald begann auch wieder die Nörgelei der „leitenden“ technischen Beamten, die Umstempelung der Ärzte zu „Aufsichtsbeamten“, sogar das Interesse für die Arbeitsmedizinischen Institute u. ä. m. Um mir diese neuen Schwierigkeiten zu ersparen, wurde ich verständlicherweise mit meinem Institut nicht mehr dem Referat „Arbeitsschutz“, sondern dem Referat „Sozialversicherung“ angegliedert, was durchaus berechtigt war, da ja heute die Hälfte der Tätigkeit des Staatlichen Gewerbearztes sich mit der Sozialversicherung befaßt.

Nach einigen Jahren der Beruhigung scheinen aber jetzt die „Leitenden Gewerbeaufsichtsbeamten“ wiederum Appetit auf die Gewerbeärzte mit ihren neuen Instituten und Bibliotheken bekommen zu haben, obwohl sich diese Bissen schon einmal als recht schwerverdaulich erwiesen hatten. Man hört nämlich, daß die Staatlichen Gewerbeärzte wieder in aller Form als „Gewerbeaufsichtsbeamte“ abgestempelt werden und demgemäß auch diesen leitenden Technikern unterstellt werden sollen.

Es gilt also wieder einmal, diesen ebenso naiven als sinnlosen Absichten mit aller Energie entgegenzutreten. Diese Herren scheinen vom Arztum sehr wenig zu wissen und müssen daher entsprechend belehrt werden. So ist ihnen wieder einmal lautstark zu sagen:

1. Der Staatliche Gewerbearzt ist ein Arzt, und zwar „ein Medizinalbeamter“ mit ganz bestimmten ärztlichen Aufgaben arbeitsmedizinischer und versicherungsmedizinischer Art. Außerdem ist er bei Bedarf der sachkundige Berater der Gewerbeaufsichtsbeamten, aber auch anderer Behörden. Seine Tätigkeit erstreckt sich nicht nur auf die Gewerbeaufsichtsbehörde, sondern auf alle Gruppen der Berufstätigen, auf die Sozialversicherung, und zwar auf medizinische Probleme. Darüber wäre noch recht viel zu sagen, doch müssen an dieser Stelle die vorstehenden Andeutungen genügen.
2. Grundsätzlich ist ein „Arzt“ kein „Aufsichtsbeamter“. Eine derartige Abstempelung widerspricht nicht nur der ärztlichen Standesethik, sondern wäre auch praktisch sinnlos, weil ein standesbewußter Arzt sich nicht zum Untergebenen eines Laien degradieren läßt. Er fungiert selbstverständlich als gleichberechtigter medizinischer Berater und Mitarbeiter der Gewerbeaufsichtsbeamten, er lehnt aber die Funktion eines „Aufsichtsbeamten“ im Sinne des § 139 der Gewerbeordnung nachdrücklich ab, da diese Tätigkeit dem „Arztum“ widerspricht. Im übrigen besteht auch kein praktisches Bedürfnis für eine der-

Liquirit®
MAGENTABLETTEN

zur souveränen Therapie bei *Ulcus ventriculi und duodeni*, akuter und chronischer Gastritis, Hyperacidität und nervösen Magenbeschwerden.

Dr. Graf & Co. Nchf. · Hamburg · seit 1889

artige „Legitimation“, da er auch als Medizinalbeamter ausreichend legitimiert ist.

3. Ein erfahrener Gewerbearzt läßt sich „von einem medizinischen Laien“ nichts vorschreiben, sondern gestaltet seine Tätigkeit nach eigenem Ermessen, um die optimale Wirkung zu erzielen. Ungeheuerlich ist die Idee, auch die neuen Arbeitsmedizinischen Institute, in denen sich die Haupttätigkeit der Staatlichen Gewerbeärzte abspielt, sowie auch dieses Personal und deren Arbeiten den „Leitenden Gewerbeaufsichtsbeamten“ zu unterstellen! Ein Laie hat hier nichts zu „leiten“. Also Finger weg von der Arbeitsmedizin! Ein schönes altes Sprichwort sagt: „Schuster bleib bei deinen Leisten“.

Da die Staatlichen Gewerbeärzte „Medizinalbeamte“ sind, so gehören sie sinngemäß auch in diese Gruppe bzw. Organisation eingebaut, also auch in die Gesundheitsverwaltung! Von dieser werden sie zur Sonderdienstleistung an die Arbeitsministerien ausgeliehen. Das Gegenstück sind die „Gerichtsärzte“, die bekanntlich ebenfalls administrativ der Gesundheitsverwaltung angehören, aber zur Dienstleistung dem Justizministerium zur Verfügung gestellt sind. Damit wären sofort die jetzt über 50 Jahre bestehenden Schwierigkeiten mit den Organen der Gewerbeaufsicht bzw. deren sogenannten „Leitenden Beamten“ beseitigt und die Tätigkeit der Gewerbeärzte durch die Mitarbeit der lokalen Kreis- bzw. Bezirksärzte wesentlich gefördert. Die 20jährigen Erfahrungen in Preußen und die dreijährigen Erfahrungen in Bayern sprechen überzeugend für diese Organisation. Ich konnte diese drei Jahre als die schönsten und fruchtbarsten meiner 42jährigen Berufstätigkeit bezeichnen. Da die Gewerbeärzte zur Gesundheitsverwaltung gehören, war es ein grundlegender Fehler, daß diese Tatsache bei der Errichtung des Gesundheitsministeriums nicht berücksichtigt worden war.

Das sind „grundsätzliche“ Forderungen nicht nur der betroffenen Staatlichen Gewerbeärzte, sondern betreffen auch die Grundfragen der ärztlichen Standespolitik, wie sie uns „Alten“ s. Z. gelehrt worden war.

Nun ist noch die Frage offen, wie die Staatlichen Gewerbeärzte weiterhin organisiert werden sollen. Es ist höchste Zeit, daß hier endlich eine befriedigende Lösung gefunden wird.

Wie schon angedeutet, hatte in vergangenen Zeiten

schon einmal eine erfolgreiche und allseitig befriedigende Lösung in Preußen und vorübergehend auch in Bayern bestanden, liegt auch jetzt noch in einigen kleinen Bezirken vor.

Nachdem aber diese bewährte und sachdienliche Lösung aus undurchsichtigen Gründen anscheinend nicht beliebt ist, muß ein Ausweg gesucht werden. An eine Zentralisation ist im Hinblick auf die Länder leider nicht zu denken. So bleibt nur übrig, daß die zuständigen Ministerien der Länder eine gleichheitliche Organisation schaffen, und zwar nach Anhörung der Betroffenen, d. h. des Verbandes der Staatlichen Gewerbeärzte. Die Staatlichen Gewerbeärzte der Länder müssen aber in einer im Bundesarbeitsministerium vorhandenen Zentralstelle ihren Rückhalt und ihre Förderung haben. Sie müssen dort laufend über ihre Tätigkeit und über neue Aufgaben beraten, sich gegenseitig aussprechen, für Großuntersuchungen Richtlinien, u. U. auch Geldmittel und Literatur erhalten, Studienreisen vorbereiten usw. Von dieser Zentrale müssen auch wissenschaftliche Sammelberichte herausgegeben werden. Wir hatten schon einmal zehn Jahre lang eine derartige Zentrale im Reichsarbeitsministerium, die in enger Verbindung mit dem Reichsgesundheitsamt arbeitete. Es war eine Lust, in diesem großzügigen Rahmen — unbeschwert durch kleinliche „örtliche“ Schwierigkeiten — arbeiten zu können.

Natürlich wäre diese Zentralstelle für Arbeitsmedizin entsprechend personell und finanziell auszubauen, wie dies früher der Fall war. Damit würden endlich auch die unerfreulichen formalen Bindungen an die „Technische Gewerbeaufsicht“ gelockert und in eine dienstfreundliche kollegiale Zusammenarbeitsgewandelt. Auch die Arbeitsfreudigkeit würde wohl eine Steigerung erfahren. Mancher gute Jungarzt könnte für den Dienst des Staatlichen Gewerbearztes gewonnen werden, der im Hinblick auf die derzeitige Fehlorganisation ablehnt. Man kann es einem standesbewußten, jüngeren Arzt nicht zumuten, unter den geschilderten derzeitigen organisatorischen Verhältnissen zu arbeiten.

Alles, worüber ich oben berichtet habe, hatte ich selbst erlebt und gehört zur Geschichte der Arbeitsmedizin in Deutschland.

Anschr. d. Verf.: Prof. Dr. med. habil F. Koelsch, Ministerialrat i. R., 852 Erlangen, Badstraße 19.

Lohnende Schmerztherapie

ZENTROMID

Pro Dragée:

Diphenylhydantoin 0,1 g
Koffein 0,025 g

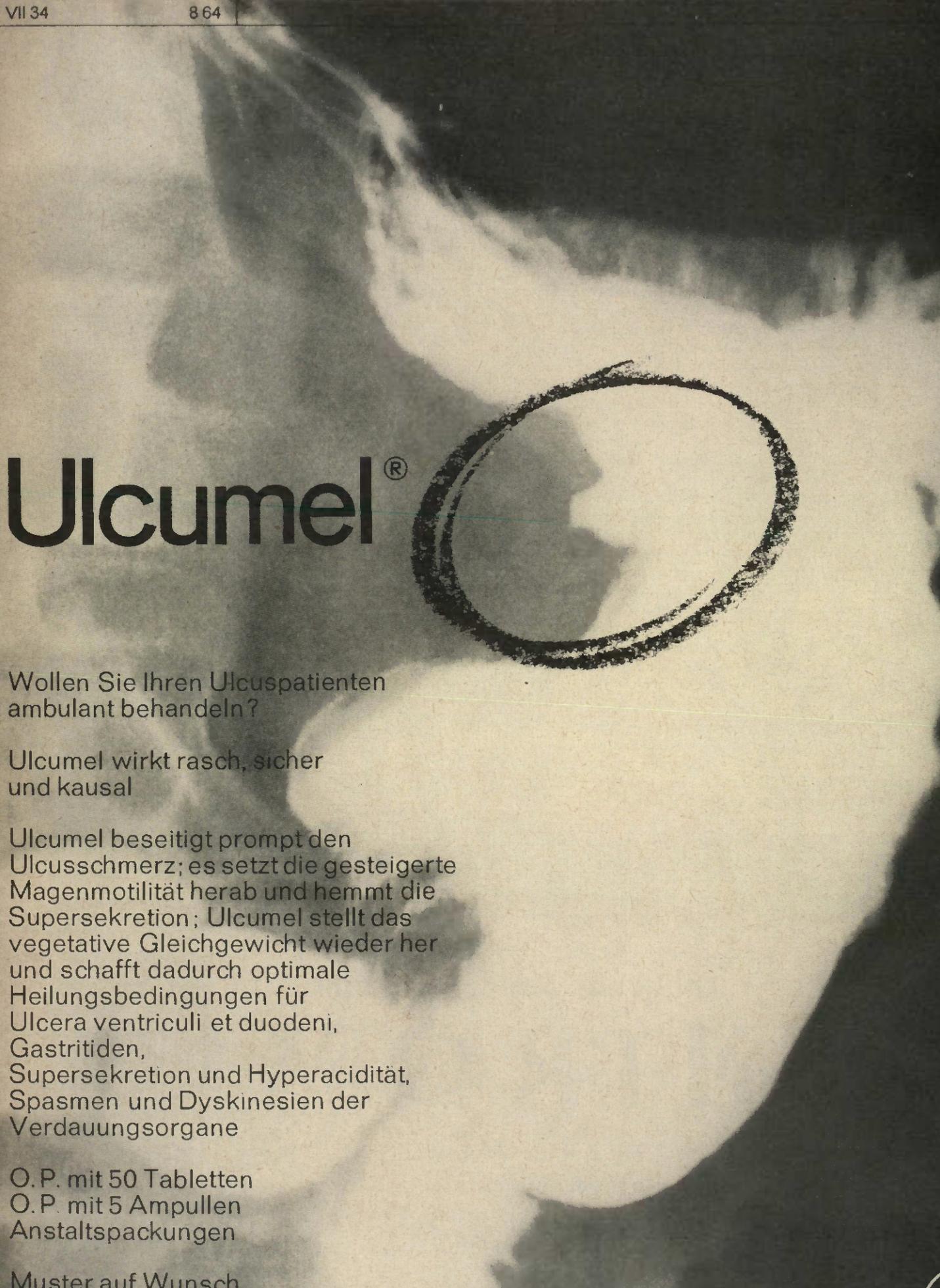
O. P. 25, 100 Dragées

Trigeminus-Neuralgie
genuine Migräne
Kopfschmerzanfälle
Gesichtsneuralgien



IFAH GMBH
2 HAMBURG 22

Ulcumel[®]



Wollen Sie Ihren Ulcuspatienten
ambulant behandeln?

Ulcumel wirkt rasch, sicher
und kausal

Ulcumel beseitigt prompt den
Ulcusschmerz; es setzt die gesteigerte
Magenmotilität herab und hemmt die
Supersekretion; Ulcumel stellt das
vegetative Gleichgewicht wieder her
und schafft dadurch optimale
Heilungsbedingungen für
Ulcera ventriculi et duodeni,
Gastritiden,
Supersekretion und Hyperacidität,
Spasmen und Dyskinesien der
Verdauungsorgane

O. P. mit 50 Tabletten
O. P. mit 5 Ampullen
Anstaltspackungen

Muster auf Wunsch
Heinrich Mack Nachf.
7918 Illertissen/Bayern

AUS DEM STANDESLEBEN

Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

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

(Schluß)

Professor Dr. G. WEBER, Nürnberg:

„Krankheitsbeziehungen zwischen Hautorganen und Nervensystemen“

Rein theoretisch läßt sich aufgrund der gemeinsamen embryonalen Herkunft ein korreliertes Vorkommen von Erkrankungen der Haut und des Nervensystems annehmen. Tatsächlich ist die Zahl der dermatologisch-neurologischen oder neurologisch-dermatologischen Erkrankung sehr groß. Man kann drei Gruppen von Krankheiten gegeneinander abgrenzen. Die eine Gruppe betrifft Erkrankungen mit gleichzeitiger Erfassung von Hautorgan und Zentralnervensystem, in der zweiten Gruppe vereinigen sich Erkrankungen, die vom Zentralnervensystem ausgehen und das Hautorgan erfassen, in der dritten Gruppe schließlich nimmt der pathologische Prozeß seinen Ausgang vom Hautorgan und wirkt sich auf das Zentralnervensystem aus.

Zur ersten Gruppe gehören v. a. die akuten und chronischen Infektionskrankheiten, die Hautorgan und Nervensystem gemeinsam befallen können. Unter anderen gehören hierher die Pocken, Windpocken, Röteln und Masern. Hierher gehören v. a. auch der generalisierte Herpes zoster mit seinem sternhimmelartigen, in verschiedenen Entwicklungsstadien befindlichen Exanthem und die häufig letal endende Zoster meningitis. In die genannte Gruppe gehören auch Brucellose, Toxoplasmose und Ornithose, die einerseits nicht selten mit Polyneuritis, Meningitis und Enzephalomyelitis einhergehen können, andererseits aber auch uncharakteristische erythematöse, urtikarielle, vesikulöse und papulöse Exantheme zeigen können. In diese Gruppe werden schließlich noch die Lues, der Morbus Boeck und der Lupus erythematodes acutus eingeordnet.

Zur zweiten, weitaus kleineren Gruppe gehören die trophischen Störungen am Hautorgan als Folge der Schädigung peripherer Nerven. Hierher gehören das bekannte Salbengesicht bei Enzephalitis und das Malum perforans. Zahlreich sind die Beispiele der Auswirkung neurovegetativer Störungen auf die Schweißsekretion, die sich in Hyper- oder Hypohidrosis äußern können. In die dritte Gruppe der vom Hautorgan ausgehenden pathologischen Prozesse, die zu einer sekundären Beteiligung des Nervensystems führen können, gehören das Eccema vaccinatum mit seinen meningitischen Komplikationen und das Eccema herpeticum (Herpes simplex-Generalisation) mit tödlicher Meningoencephalitis. Schwere Verbrennungen mit anschließendem Hirnödem und Pyodermien, die zu eitriger Leptomeningitis führen, runden diese Gruppe ab.

Professor Dr. H. HESS, München:

„Differentialdiagnose und Differentialtherapie der arteriellen Durchblutungsstörungen der Gliedmaßen“

Der plötzliche Verschuß einer Extremitätenarterie durch einen Embolus, einen Thrombus oder ein Trauma

führt zu einem akuten Ischämiesyndrom mit Schmerzen, Kaltwerden und Blässe der betroffenen Partien sowie zu Funktionsstörungen, z. B. Lähmungen. Die Blässe geht bald in eine fleckige Zyanose über und es treten irreversible Gewebedefekte auf, wenn nicht rechtzeitig eine für den Minimalstoffwechsel ausreichende Durchblutung einsetzt. Beim akuten Verschuß einer Extremitätenvene kommt es auch zu einem heftigen Schmerz, hier jedoch mit sofort einsetzender Zyanose und rasch zunehmender Schwellung der betroffenen Extremität. Die Arterienpulse können anfangs bis in die Peripherie gut getastet werden, werden jedoch zunehmend schwächer. Auch beim Venenverschuß können sich rasch Nekrosen entwickeln. Bei akuten neurologischen Gliedmaßen Syndromen kann es zwar auch zu vorübergehender Blässe der Haut und livider Zyanose kommen, aber die Pulse bleiben bis in die Peripherie hin gut tastbar.

Der langsam fortschreitende Verschuß einer Extremitätenarterie kann u. U. völlig symptomlos bleiben, infolge Ausbildung eines ausreichenden Kollateralkreislaufs, der eine volle Ruhekompensation ermöglicht. Das charakteristische Symptom der Mangel durchblutung in einem Bein ist das „intermittierende Hinken“, das auftritt, wenn das angebotene Blut und die geforderte Leistung einer Muskelgruppe im Mißverhältnis stehen. Dies ist pathognomonisch für die arterielle Durchblutungsstörung. Schmerzen im Leib beim Gehen, können auf eine Durchblutungsstörung im Mesenterialarterienbereich hinweisen. Tritt der Schmerz in einer Extremität schon in Ruhe auf, so ist dies ein alarmierendes Zeichen, daß die Durchblutung den Minimalbedarf an Sauerstoff nicht mehr stillen kann. Derart entstandene Gewebedefekte sind schmerzhaft, während Ulcerationen auf Grund venöser Zirkulationsstörungen im allgemeinen nicht schmerzen.

Die Untersuchung der arteriellen Gefäßleiden kann zunächst sehr einfach mittels Palpation der Hauttemperatur und des Pulses an den typischen Stellen erfolgen. Mit Hilfe der Auskultation können Stenosegeräusche festgestellt werden. Die Ozillographie dient zur Bestätigung des klinischen Befundes. Die Angiographie ist zur Entscheidung welche therapeutischen Maßnahmen ergriffen werden, die Methode der Wahl. Der akute Extremitätenarterienverschuß gehört unverzüglich nicht in ein beliebiges Krankenhaus, sondern in ein solches, in dem thrombolytische Behandlung und Gefäßchirurgie möglich sind.

„Es kann nicht mehr geleugnet werden, daß neben anderen Risikofaktoren (z. B. Diabetes mellitus, Gicht, Störungen im Fettstoffwechsel) das Rauchen und besonders das inhalierende Rauchen die Manifestation der obliterierenden Angiopathie erheblich begünstigt. Deshalb sollte man nicht nur Patienten mit bereits manifester Krankheit das Rauchen dringend widerraten, sondern vor allem die jungen, noch gesunden Menschen



Prof. Dr. G. Weber,
Nürnberg



Prof. Dr. H. Heß,
München



Dr. J. Schmidt-Voigt,
Eppstein/Taunus

davon zu überzeugen versuchen, daß Nichtrauchen die wirksamste und billigste Vorbeugung gegen vorzeitiges Auftreten der Gefäßkrankheiten und nicht nur dieser ist. Nach vorsichtigen Schätzungen gehen in der Bundesrepublik jährlich etwa 10 000 Amputationen und 80 000 vorzeitige Todesfälle auf das Schuldkonto des Rauchens. Alarmierende Zahlen, die nicht nur zum Nachdenken, sondern auch zum Handeln Anlaß geben sollten“.

Dr. J. SCHMIDT-VOIGT, Eppstein/Taunus:

„Der rote, blasse und blaue Hochdruck“

Die Einführung der Begriffe des roten, des blassen und des blauen Hochdruckes in den klinischen Sprachgebrauch wurde vor allem von didaktischen Bestrebungen für den praktizierenden Arzt geleitet. Sie sollen als visuelle Engramme gleichsam reflektorisch die diagnostischen Überlegungen in eine feste Richtung lenken und dadurch die gezielte apparative Diagnostik einleiten, die zur weiteren Klärung unentbehrlich ist.

Dem roten Hochdruck entspricht die essentielle Hypertonie. Die für diese Hypertonieform namengebende Röte bildet einen häufigen, jedoch nicht regelmäßigen Befund. Sie beruht auf einer passiven Gefäßdehnung und einer schnelleren Blutdurchströmung der Kapillaren. Dem essentiellen Hochdruck liegt ein konstitutioneller Faktor zugrunde, der sich in der meist pyknischen Körperform der Patienten darstellt. Erbliche Disposition spielt eine große Rolle. Der systolische Blutdruck ist hier im Vergleich zum diastolischen in stärkerem Maße gesteigert. Charakteristisch ist eine für lange Zeit erhaltene Labilitätsneigung der Blutdruckwerte.

Beim blassen Hochdruck ist auch heute noch die renale Genese anerkannt. Eine primäre Nierenerkrankung liegt ihm als kausaler Faktor zugrunde. In der Niere gebildete vasopressorische Stoffe vom Typ des Renin und Hypertensin führen hier zur krankhaften Blutdrucksteigerung. Nicht nur der systolische Blutdruck ist dabei erheblich gesteigert, sondern v. a. auch der diastolische, der Werte von 120—150 mm Hg erreicht. Die charakteristische Gesichtsblassheit beruht auf einer spastischen Gefäßverengung im Bereich der Arterien und Präkapillaren.

Beim blauen Hochdruck liegt die Blutdrucksteigerung im pulmonalen und nicht im großen Kreislauf, in dem der Blutdruck in diesem Fall eher erniedrigt zu sein pflegt. Am Beginn steht hier eine pulmonale Grundkrankheit, eine pulmonale Ventilations- oder Diffusionsstörung. Als sekundäre Folge kommt es zu einer reflektorischen Engstellung der Lymphgefäße oder zu einer vaskulären Lumeneinengung. Im weiteren Ge-

folge kommt es zur pulmonalen Drucksteigerung, die schließlich eine muskuläre Insuffizienz im rechten Ventrikel verursacht.

Eine mehr oder weniger starke Zyanose steht hier im Vordergrund, die teilweise ganz erhebliche Grade bis ins Schwarzblaue annehmen kann.

Die zentrale (pulmonale) Zyanose läßt sich von einer peripheren Zyanose durch Druck auf die Haut unterscheiden. Im ersteren Falle bleibt die Haut cyanotisch, im letzteren wird sie hellrot.

Professor Dr. F. WUHRMANN, Winterthur/Schweiz:

„Gelbsucht in der Praxis: Differentialdiagnose und Therapie in den Frühphasen“

Eine präzise Vorgeschichte und eine gute klinische Untersuchung ermöglichen zusammen mit einigen zweckmäßig angewandten Laboratoriumsuntersuchungen der heutigen Praxis in fast allen Fällen von Gelbsucht innerhalb weniger Tage zu einer Global-Diagnose zu kommen. Wird eine Gelbsucht zunächst vom Arzt übersehen, so wird er nicht selten vom Patienten oder seiner Umgebung darauf aufmerksam gemacht, was dann an sein diplomatisches Geschick einige Anforderungen stellt.

Bei der Gelbsucht handelt es sich im allgemeinen nicht um einen akuten Notfall, so daß zur endgültigen Diagnosestellung einige Tage Zeit zur Verfügung steht. Eine Ausnahme bildet hier das Praecoma und das Coma hepaticum, das in jedem Falle einer stationären Behandlung bedarf.

Beim Praecoma und Coma kommen psychische Alterationen, Sopor und Lebergeruch ex ore vor. Die Laboruntersuchungen zeigen einen tiefen Prothrombinwert, tiefes Serumalbumin und einen Cholesterinestersturz, im Urin werden Leucin und Tyrosinkristalle gefunden. Bei Hepatitis epidemica und Serumhepatitis sind die hervorstechendsten Symptome: Rubinikterus (der auch fehlen kann), Leberschwellung und Milzvergrößerung, Erhöhung von Serumbilirubin (kann fehlen), Serum-eisen und Transaminasen. Wertvolle Hinweise kann man durch die Umgebungsanamnese erhalten.

Der Verschlußikterus (Verdlnikterus) geht immer mit einer Bilirubinerhöhung und einem raschen Anstieg der alkalischen Phosphatase einher. Eine Erniedrigung des Prothrombinspiegels spricht auf Vitamin K (parenteral) gut an. An Allgemeinsymptomen besteht hier meist ein Pruritus, nicht selten besteht eine Pankreasbeteiligung. Während beim benignen Verschluß Koliken, Schmerzen und Fieber vorkommen können, steht beim malignen Verschluß v. a. die Abmagerung, Appetitmangel und



Prof. Dr. F. Wuhmann,
Winterthur



Prof. Dr. F. Dittmar,
Bielefeld



Dr. H. Moll,
Papenburg

Kräfteverfall im Vordergrund, bei letzterem kann u. U. eine Erhöhung der LDH (Laktatdehydrogenase) gefunden werden. Der Stuhl ist wechselnd bis ganz acholisch. Viele Medikamente können eine intrahepatische Cholestase herbeiführen, z. B. Cbiopromazin, Phenothiazin, Sulfonamide und deren blutzuckersenkende Abkömmlinge, Antibiotika, Hormone, Pyrazolone, Arsen, Gold, Barbiturate, Chlorthiazide und Narkosemittel.

Bei der Leberzirrhose findet sich manchmal ein Hinweis auf Alkoholabusus oder chronische Hepatitis. Abmagerung, Müdigkeit und Magen-Darm-Symptome fallen auf. Sternaevi (Spider) lassen sich nicht selten nachweisen. In der Elektrophorese findet sich eine γ -Globulinvermehrung sowie eine Verschmierung des β - und γ -Gipfels. Mancke-Sommer und Cadmium-Test sind oft positiv, das Weltmannband meistens verbreitert. In Europa ist die Leberzirrhose in mindestens 80% alkoholischer Genese.

Bei der Cholangitis sind die Leitsymptome: Fieberhafte Schübe wechselnder Dauer und Intensität, subjektiv mehr oder weniger starke Beeinträchtigung, Spontanschmerzen im rechten Oberbauch, u. U. kolikartig. Bei der Untersuchung besteht Druckschmerz in der Gallenblasengegend, die alkalische Phosphatase und das Serumbilirubin sind erhöht, erstere meist sehr stark. Der Prothrombinspiegel ist oft erniedrigt, die BKS ist stark beschleunigt, in der Elektrophorese sind die α_2 - und γ -Globuline vermehrt. Das Blutbild zeigt eine Leukozytose.

Beim hämolytischen Ikterus besteht der sogenannte Flavinkterus. Hier findet sich ein normales Enzymmuster, es ist vorwiegend das indirekte Bilirubin vermehrt, auch hier ist der Serumeisenspiegel erhöht, die osmotische Resistenz der Erythrozyten ist herabgesetzt (bis 0,6 statt 0,34—0,44% NaCl). Weiterhin zeigt sich im Blutbild eine Anämie oft hyperchrom mit Mikroschärozyten, die Retikulozyten sind stark vermehrt. Im Urin fehlt meist eine Bilirubinurie, obwohl er dunkel ist (Urobilinkörper). Der Stuhl ist dunkel gefärbt.

Bei der Hepatitis besteht die Therapie u. a. in Bett-ruhe, fettarmer Leberschonkost, Vitamin-B-Komplex und Laevulosepräparaten.

Vorsicht ist mit allen Medikamenten angezeigt. Leberhydrolysate dürfen nur nach Abklingen des Ikterus gegeben werden.

Kortikosteroide kommen nur in speziellen Einzelfällen in Frage (nach wochenlanger starker Erhöhung des Bilirubinspiegels oder bei erheblich subjektiv beeinträchtigtem Allgemeinbefinden).

Beim Verschlussikterus ist eine Schmerzbekämpfung angezeigt, auch wird Vitamin K 1 verabreicht. Eine Infusionsbehandlung mit Zucker und Vitaminen wird

durchgeführt, je nach Art des Verschlussikterus eine operative Behandlung eingeleitet.

Bei Leberzirrhose werden v. a. Leberhydrolysate angewandt; wichtig ist eine hochwertige Eiweißzufuhr in der Nahrung. Bei Bedarf Entwässerung (Spirolacton, z. B. Aldactone A).

Bei der Cholangitis steht die antibiotische Therapie, v. a. mit Tetracyclinen, im Vordergrund, weiterhin werden Chologoga, Wärme und Hexamethylentetramin angewandt sowie eine entsprechende Gallenschonkost. Wichtig ist die Vermeidung cholestatisch wirkender Medikamente.

Beim hämolytischen Ikterus sollen alle Medikamente weggelassen werden. Die ätiologische Ursache ist zunächst abzuklären (toxisch, serogen, z. B. durch Kälteagglutinine oder konstitutionell?). Kortikosteroide werden in zunächst hohen Dosen, dann langsam absteigenden Dosen gegeben, evtl. Milzextirpation.

Professor Dr. F. DITTMAR, Bielefeld:

„Therapeutische Beeinflussung innerer Organe von der Haut aus“

Methoden, die sich unbewußt der Beeinflussung innerer Organe von der Haut aus bedienen, sind schon sehr alt. Dagegen sind die Zusammenhänge erst in den letzten Jahrzehnten aufgefunden worden. Bereits an dem 20. Tag des Embryonallebens beginnen sich in jedem Wirbeltierkörper Segmente zu entwickeln, deren einzelne Anteile (Dermatom, Myotom, Sklerotom, Viscerotom und Neurotom) über segmentgebundene spinale und autonome Nervenbahnen verbunden sind. Die Einheit der segmentalen Bezirke stellt nicht nur ein formatives Prinzip für den Ablauf normaler und krankhafter Prozesse dar, sondern ist auch diagnostisch und therapeutisch mittels der neurotopischen Therapie verwertbar. So können z. B. gastrische Schmerzen durch subkutane Injektion einer Procainlösung in das Hautfeld T 7, links von der vorderen Medianlinie, sehr schnell zum Verschwinden gebracht werden. Der schmerzstillende Effekt hält anfänglich nur für einen Tag, nach Wiederholung der Maßnahme für mehrere Tage, schließlich endgültig vor. Die Injektion von Procain in andere Hautsegmente bleibt dagegen wirkungslos. Laparoskopisch läßt sich nach Injektion von Procain in andere Hautsegmente, z. B. T 10 oder T 11, eine deutliche, sofort einsetzende Erweiterung der Serosarterien der segmentzugehörigen Darmabschnitte feststellen. Diese kutiviszeralen Reflexe gehen folgenden nervalen Weg: Von der Haut kommend erreichen sie über die hinteren Wurzeln das Rückenmark, verlaufen lateral vom seitengleichen Hinterhorn zum Seitenhorn,

von dort über das seitengleiche Vorderhorn und zur Vorderwurzel, von wo aus sie via Grenzstrang seitengleich zum segmentzugehörigen Organ gelangen. Der kutiviszeralen Reflexe bedienen sich teils bewußt, teils unbewußt alle bekannter physikalischer Verfahren wie Massagen, Einreibungen, Umschläge und Packungen, Ultraschall und Strahlen der verschiedensten Wellenlängen.

Die Indikationen der neurotopischen Therapie erstrecken sich nicht nur über die ganze Innere Medizin, sondern erfassen auch zahlreiche Gebiete der Chirurgie, Orthopädie und Gynäkologie.

Nur einige der Indikationen seien hier aufgezählt: Schmerzzustände, Koliken, Funktionsstörungen, wie z. B. Asthma bronchiale und spastische Obstipation, Durchblutungsstörungen, Neuritiden und Neuralgien, z. B. Infolge von Gewebedefekten und Narben, verteilte Schmerzen und Funktionsstörungen.

Die neurotopische Therapie ersetzt nicht die bisherigen bewährten Behandlungsmethoden, sondern stellt eine Bereicherung der Heilkunst dar, zumal ihr nicht nur eine symptomatische, sondern z. T. auch eine kausale Bedeutung zukommt. Dem haben einige Universitäten bereits Rechnung getragen, indem sie die neurotopische Medizin in den Lehrplan aufgenommen haben. Zahlreiche Phänomene dieses Gebietes bedürfen jedoch noch der Klärung.

Professor Dr. G. DÖRING, München:

„Die Spekulumdiagnostik des Praktikers“

Da die Spekulumuntersuchung eine einfache Untersuchungstechnik darstellt, ist deren Unterlassung bei einer Patientin mit gynäkologischen Symptomen als eine Fahrlässigkeit mit allen juristischen Konsequenzen zu bezeichnen; denn eine unterlassene Spekulumuntersuchung kann z. B. schuld sein, daß ein Kollumkarzinom nicht rechtzeitig entdeckt wird. Auf dem gynäkologischen Untersuchungsstuhl soll die Patientin kein Hohlkreuz machen, weil sich sonst die inneren Genitalorgane vom Introitus entfernen. Das Einführen der Speküla soll schmerzfrei erfolgen, indem man mit 2 Fingern der einen Hand die beiden Labien spreizt und mit der anderen Hand vorsichtig das Spekulum einführt. Damit das zuerst eingeführte hintere Blatt nicht empfindliche Epithelien am Muttermund verletzt, soll man zuerst nur etwas mehr als zur Hälfte einlegen. Nun übt man einen Zug auf den Damm aus, so daß die Vagina entfaltet wird und unter Sicht des Auges das vordere Blatt eingeführt werden kann. Anschließend wird das hintere Blatt vollständig in das hintere Scheidengewölbe vorgeschoben.

Bei etwa jeder 5. Frau kann man auf der Portio den sogenannten „roten Fleck“, die „Erythroplakie“, finden, bei dem es sich um aus der Zervix herausgewachsenes Zylinderepithel handelt, das manchmal auch große Schleimmengen produzieren kann. Wenn ein roter Fleck trotz Behandlung (Albosthyl) innerhalb 4 Wochen nicht verschwunden ist, muß man ihn als karzinomverdächtig ansehen. Jede 50. „Erythroplakie“ ist ein Kollumkarzinom. Eine ausgesprochen verdächtige Veränderung stellt die „Leukoplakie“ dar. Einen ersten diagnostischen Hinweis ermöglicht die Schillersche Jodprobe, bei der sich normales Epithel wegen seines Glykogengehaltes braun färbt. Das Ausbleiben der Braunfärbung steigert den Verdacht auf ein Karzinom, die endgültige Klärung

erfolgt durch die Probeexzision mit histologischer Untersuchung. In allen verdächtigen Fällen und bei Frauen, die zu Vorsorgeuntersuchungen kommen, sollte ein Zeilabstrich durchgeführt werden.

Jede Arztpraxis sollte eine Stätte der Krebsfrüherfassung sein.

Dr. H. MOLL, Papenburg/Ems:

„Visuelle Diagnostik beim Kind“

Schließlich beschloß Chefarzt Dr. H. MOLL mit hervorragenden Abbildungen in bunter Reihenfolge zum Thema „Visuelle Diagnostik beim Kind“ den Kongreß. Es seien hier 4 Beispiele erwähnt:

Bereits das erste Bild eines zweijährigen Mädchens mit Toxikose und Exsikkose bei schwerer Gastroenteritis war besonders eindrucksvoll: Große, tiefliegende, starr blickende Augen mit seltenem Lidschlag, blaß-livide Haut mit einer Spur kalten Schweißes als Zeichen der Kreislaufschwäche, trockene Lippen und Bewußtlosigkeit prägten hier nach Dr. MOLL das Bild. Teigiger Hautturgor, vertiefte azidotische Atmung, kühle Extremitäten bei hohem Fieber und hochfrequenter, kaum zu tastender Puls sind die ergänzenden Symptome. Anamnestisch hatte das Kind seit 2 Tagen erbrochen und durchfällige Stühle abgesetzt. Solche, meist viral bedingten Enteritiden verlaufen im frühen Kindesalter im 2., 3. Lebensjahr ganz besonders schwer, oft schwerer als im Säuglingsalter. Die Therapie besteht in sofortiger intravenöser Flüssigkeits- und Elektrolytzufuhr, Antibiotika- und Kortikosteroidzufuhr. Bei einer Toxikose ist der rascheste Transport in die Klinik angezeigt. Zu einer Exsikkose (und in längerem Verlauf zu einer Dystrophie) kann auch profuses Erbrechen, z. B. beim Pylorusspasmus, führen. Bei einem 23 Tage alten Kind waren als Zeichen der Dystrophie fehlendes Unterhautfettgewebe, zu weite Haut, eingefallenes Abdomen und eingesunkene Augen deutlich zu sehen.

Die immer wiederkehrende Forderung der Kinderärzte nach voller Stillung der Kinder kam auch hier wieder in der Ansicht des Vortragenden zum Ausdruck, daß der gezeigte Fall einer Meningokokkenmeningitis sicher nicht so gut verlaufen wäre, wenn das Kind nicht voll gestillt worden wäre.

Den Abschluß vieler visuell gut erfassbarer und lehrreicher Bilder machte ein zweijähriger Junge mit folgenden Symptomen: Rötung des Gesichts, trockene Haut, weite Pupillen, Tachycardie und zentrale Erregung mit schrillen Schreien und Ataxie. Es handelte sich um eine Atropinvergiftung — das Kind hatte die Noxenur-Tropfen seines älteren Bruders gegen Enuresis ausgetrunken.

W-s.

Franz-Redeker-Preis 1965

Das Preisrichterkollegium hat die nachstehenden Arbeiten mit dem Franz-Redeker-Preis 1965 ausgezeichnet:

„Stagnation in der Tuberkulose-Bekämpfung“
Ursachen und Auswirkungen

Möglichkeiten der Überwindung

von Herrn ORMR Dr. GÖTTSCHING, 78 Freiburg, Eichrodtstraße 10;

„Über die Epidemiologie der menschlichen Bovinulungentuberkulose in einem Industrieland“

von Herrn Dr. A. SCHMIEDEL, 7241 Zschadraß über Grimma, Tbk.-Heilstätte.

Sitzung des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer

Am 5. 2. 1966 trat der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer in München zu einer Sitzung zusammen. Vor Eintritt in die Tagesordnung sprach Herr Dr. HERING, Bayreuth, als ältestes der anwesenden Mitglieder des Vorstandes dem Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Herrn Dr. SEWERING, zu seinem 50. Geburtstag die besten Glückwünsche des Kammervorstandes aus.

Der Vorstand beschäftigte sich sodann eingehend mit dem Entwurf einer neuen Satzung der Bundesärztekammer.

Anschließend behandelte der Vorstand einen vom Bayerischen Staatsministerium des Innern vorgelegten Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Kammergesetzes. Diese Änderung sieht unter anderem vor, daß in Art. 38 des Kammergesetzes (Strafenkatalog) die „Untersagung der Ausübung des Berufs“ gestrichen wird. Nachdem die Bundesärzteordnung diese Fragen abschließend gereigt hat, bleibt für entsprechende landesrechtliche Bestimmungen kein Raum mehr. In einer weiter vorgeschlagenen Änderung soll festgelegt werden, daß außer Vorstandsmitgliedern und Bediensteten der Kammer, die bisher bereits nicht zu nicht-richterlichen Beisitzern der Berufsgerichte ernannt werden konnten, künftig auch die Angehörigen der Beschlusorgane einer Berufsvertretung (Delegierter) ein solches Amt nicht bekleiden dürfen. Der Vorstand beschloß, gegen die vorgesehenen Änderungen keine Einwendungen zu erheben.

In längeren Beratungen befaßte sich der Vorstand danach mit Fragen der Arzthelferinnen. Er erörterte eine bundeseinheitliche Prüfungsordnung und beschloß „Richtlinien des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer über die vertragliche Regelung der Arbeitsbedingungen für Arzthelferinnen vom 5. 2. 1966“ (abgedruckt auf Seite 150 dieses Heftes).

Der Vorstand erteilte dann einer größeren Zahl von Ärzten das Recht zur Facharztweiterbildung.

Anstelle der verstorbenen Kollegen Dr. GOETZ und Dr. MIERLEIN wählte der Vorstand als Vertreter in den Landesverband der Freien Berufe die Herren Kollegen Dr. SEUSS, Gröbenzell, und Dr. HELLMANN, Augsburg.

Als letzten Punkt der Tagesordnung behandelte der Vorstand eine Anregung auf Änderung oder Auflockerung des § 6 Abs. 1 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns. In dieser Bestimmung ist festgelegt, daß sich ein Arzt zur Ausübung seiner Tätigkeit nur in einem Ort niederlassen kann. Der Vorstand sah keinen Anlaß, eine Änderung dieser Bestimmung zu erwägen.

Die Deutsche Gesellschaft für Bluttransfusion bittet um nachstehenden Abdruck

Die Hepatitis nach Transfusionen

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Bluttransfusion vom 26. 10. 1965 zu den Resolutionen der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaus-Hygiene vom 12. bis 14. 4. 1965 und der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie vom 23. 4. 1965 in München:

Die posttransfusionelle Hepatitis ist eine der vielen Möglichkeiten der Serum-Hepatitis, der angesichts ihrer Bedeutung für den Patienten große Beachtung geschenkt werden muß.

Ein Erregernachweis ist z. Z. nicht möglich. Es können deshalb nur unspezifische Verfahren, z. B. enzymologische Untersuchungen, prophylaktisch herangezogen werden.

Durch Transaminase-Bestimmungen können akute und chronische Leberschäden in vielen Fällen erfaßt und damit ggf. solche Personen entsprechend behandelt werden. Es ist aber noch nicht geklärt, inwieweit sich derartige Untersuchungen dazu eignen, die Häufigkeit der posttransfusionellen Hepatitis signifikant zu senken. Deshalb ist eine abschließende Stellungnahme über den Wert der Transaminase-Bestimmung für die Verhütung von posttransfusionellen Hepatitiden nicht möglich. Die Forderung 'nach obligatorischer Durchführung dieser Untersuchungen bei Blutspendern ist deshalb noch nicht begründet. Es ist jedoch erwiesen, daß es oft gelingt, Personen mit Leberschäden durch Transaminase-Bestimmungen zu erfassen und damit auch einige Hepatitisranke zu erkennen. Es ist deshalb anzustreben, diese Untersuchungen einzuführen und damit auch die Voraussetzungen dafür zu schaffen, weitere Erfahrungen über diesen Fragenkomplex auf breiter Basis zu sammeln.

Die Transaminase-Bestimmung enthebt jedoch weder den Bluttransfusionsdienst von einer genauen ärzt-

Bei nervösen Herzbeschwerden auf vegetativ-dystoner Basis

— auch bei wetterbedingten —

UZARIL-CAMPHER

DRAGÉES

25 und 60 Dragées

UZARA-WERK · MELSUNGEN

lichen Kontrolle der Blutspender, noch den transfundierenden Arzt von einer strengen Indikationsstellung bei der Übertragung von Blut und Plasma. Pasteurisierte Plasma-Proteinlösung und Albumin-Präparate sowie Gamma-Globulin verursachen erfahrungsgemäß keine posttransfusionelle Hepatitis, so daß gegenwärtig, auch zur Sicherung gegen diese Komplikation, in geeigneten Fällen die gezielte Therapie mit diesen Blutbestandteilen empfohlen wird.

Bekanntgabe der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Illustrierten-Östrogene

In der Illustrierten „Quick“ wird seit dem 19. Dezember 1965 eine Artikelserie unter dem Titel „Östrogen macht alle Frauen jung“ nach einem Buchbericht des amerikanischen Frauenarztes Dr. Robert A. WILSON veröffentlicht mit Darstellungen der Wirkungsart und -weise der Östrogene, die in der Öffentlichkeit falsche Vorstellungen erwecken, wie

1. daß die Anwendung von Östrogenen in keiner Weise gefährlich sei und bedenkenlos über die zweite Lebenshälfte der Frau ständig durchgeführt werden dürfe bei nur zwei ärztlichen Konsultationen im Jahr;
2. daß das Klimakterium, die Wechseljahre der Frau, eine Krankheit sei und diese Krankheit die Persönlichkeit jeder Frau zerstöre;
3. daß die Menstruationsblutung durch ihre „reinigende“ Wirkung auf die Schleimhaut krebsverhütend wirke und daher unter allen Umständen für die Dauer des Lebens erhalten werden müsse;
4. daß die Östrogengaben allgemein vor Herzkrankheiten schützen, vor Bluthochdruck, Infarkt und Schlaganfall, u. U. auch vor Zuckerkrankheit, Blasen- und Nierenleiden, und daß sie Migräne in den meisten Fällen für immer beheben.

Die sensationellen Erfolgsangaben von Östrogenbehandlungen, insbesondere von Östrogendauerbehandlungen zur Vermeidung wie auch zur Aufhebung des Klimakteriums, haben dazu geführt, daß viele Frauen die Ärzte um eine Verordnung entsprechender Präparate bittend bedrängen. Die Artikelserie verleitet sie dazu, anzunehmen, daß die Ablehnung der erbetenen Verschreibung auf mangelnde Kenntnis des Arztes über den wirklichen Stand der Hormontherapie oder auf sein fehlendes Verständnis für seine Patientinnen zurückgeführt werden müsse.

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft hält sich daher für berechtigt und verpflichtet, den Kollegen ausdrücklich zu bestätigen, daß die in der Artikelserie vertretene Daueranwendung der Östrogene nicht einer strengen ärztlichen Indikationsstellung entspricht und daß die für das Klimakterium und für die unter Ziffer 4 genannten Krankheiten behauptete therapeutische Wirkung in dieser Verallgemeinerung nicht zutrifft. Vom ärztlichen Standpunkt aus müssen die Patientinnen bei derartigen Verordnungswünschen sehr eindringlich auf die gesundheitlichen Gefahren aufmerksam gemacht werden, die mit einer nicht streng indizierten und genau überwachten Östrogenanwendung bzw. mit einem Zuviel an Östrogenen verbunden sein können (wie zum Beispiel genduiär-zystische Hyper-

83. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

► vom 13. bis 16. April 1966
In München

plasien mit Blutungen, Abbruchsblutungen und Blutungsanämien und manche noch gar nicht zu übersehende Folgen).

Es ist nach wie vor berechtigt, einer durch den Bericht sicherlich bei vielen Frauen hervorgerufenen Furcht vor dem Klimakterium ärztlicherseits ebenso entgegenzutreten wie der Behauptung, daß das Klimakterium eine Krankheit sei, welche heute durch Östrogendauergaben überhaupt vermieden werden müsse.

Der von Dr. Wilson vertretenen Ansicht, daß bei Verdacht von Brustkrebs die operative Amputation zu oft durchgeführt werde, steht die Erfahrung gegenüber, daß heute immer noch zu viele Frauen zu spät mit Brustkrebs in Behandlung kommen und dann nicht mehr durch die notwendige Amputation gerettet werden können.

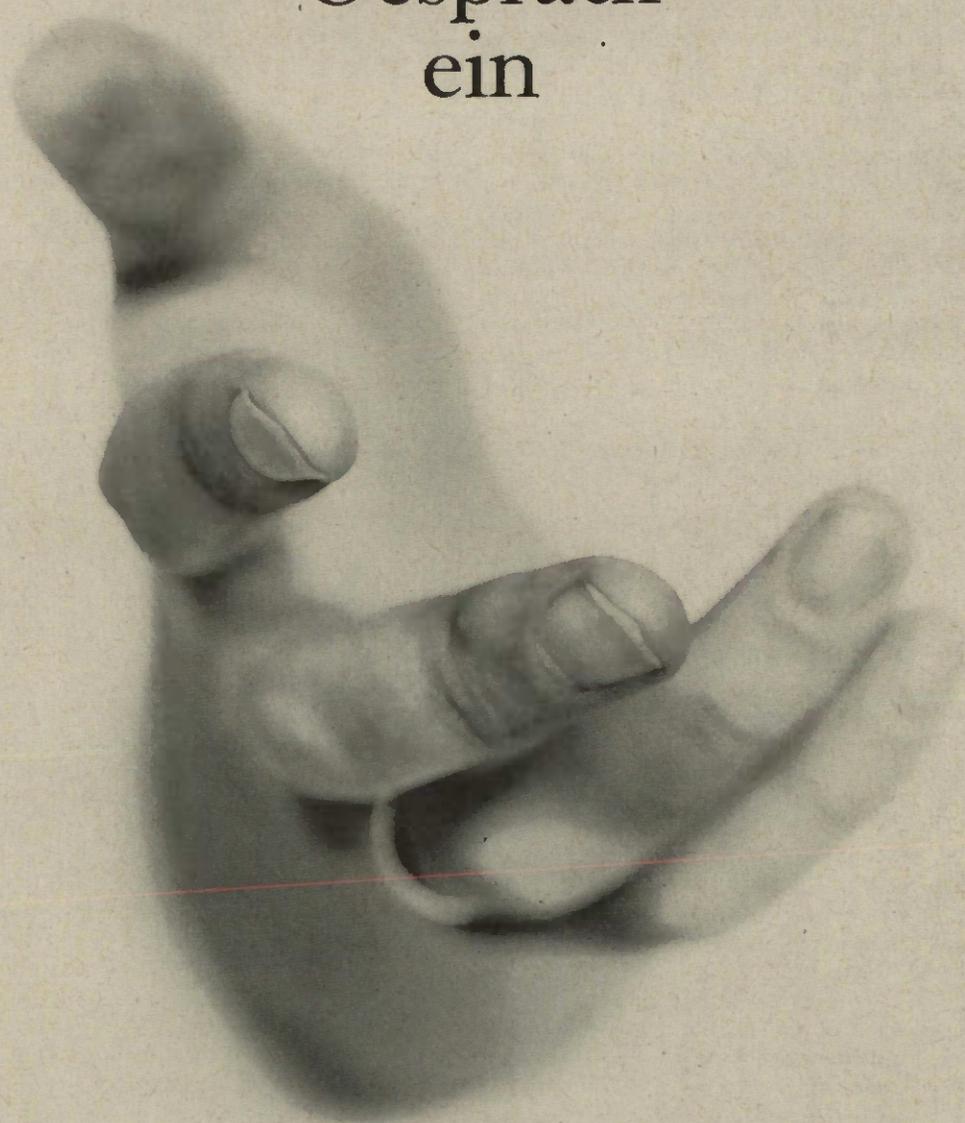
In München zwei neue Chefärzte berufen

Der Stadtrat hat Dr. Alfred OBERDORFER zum Chefarzt des Klinisch-chemischen Instituts des Städtischen Krankenhauses rechts der Isar und Dr. Maximilian KNEDEL zum Chefarzt des Klinisch-chemischen Instituts des neuen Städtischen Krankenhauses in Harlaching berufen.

Dr. Oberdorfer erhielt seine biochemische Ausbildung in der Zeit von 1953 bis 1960 an den Instituten des Nobelpreisträgers Professor Dr. BUTENANDT in Tübingen und München. Nach einer Tätigkeit an der Zweiten Medizinischen Universitätsklinik in München wurde der Wissenschaftler 1960 an das Krankenhaus rechts der Isar berufen. Dort wurde ihm die Aufgabe übertragen, das erste Klinisch-chemische Institut im Bereich der städtischen Krankenhäuser Münchens aufzubauen. Dr. Oberdorfer ist Gründungs- und Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für klinische Chemie. Seine wissenschaftlichen Spezialgebiete sind Eiweißchemie und Immunologie.

Privatdozent Dr. Knedel war von 1946 bis 1952 an den Zentraalkliniken Göppingen unter Professor Dr. H. KALK tätig. Anschließend arbeitete er an der Medizinischen Universitäts-Poliklinik in Marburg/Lahn unter Professor Dr. SCHWIEGK. Mit dessen Berufung im Jahr 1956 an die Erste Medizinische Universitätsklinik kam er nach München. Als Oberarzt leitete er hier das chemische sowie ein wissenschaftliches Laboratorium. Im Jahr 1961 erfolgten seine Habilitation und die Ernennung zum Privatdozenten. In seiner medizinischen Tätigkeit widmete sich Dr. Knedel vorwiegend dem Gebiet des Stoffwechsels sowie der Eiweiß- und Immunchemie. Im vergangenen Jahr erfolgte seine Berufung zum Leiter des Klinisch-chemischen Instituts des Städtischen Krankenhauses Harlaching.

Bristol lädt Sie zum Gespräch ein



mit vielen deutschen Ärzten unterhält Bristol seit ihren Anfängen einen engen wissenschaftlichen Kontakt. Jetzt hat die Deutsche Bristol GmbH. mit Produktion und Verkauf ihrer Arzneimittel begonnen. Unternehmensziel? Kenntnisse und Erkenntnisse des deutschen Arztes - frei von nationalen Stereotypen - in ein internationales Gefüge einzubauen. Die wissenschaftliche und geschäftliche Symbiose mit dem deutschen Arzt erweitert das Therapie-pertoire diesseits und jenseits des Ozeans. Unternehmerisches Denken soll mit ärztlicher Tätigkeit harmonisieren. Wir machen uns Gedanken über die besten Wege der Kommunikation. Verlässliche Werbung ist auch ein Weg. Sie kann Quelle einer guten Information sein. Wir hoffen, es gelingt uns, sie auch zu einer willkommenen Quelle zu machen. Bitte schreiben Sie uns!

Wer ist Bristol? Pharmazeutisches Unternehmen in Syracuse, N. Y., an den Füßen der Appalachen. In 80 Ländern etabliert.

Chronologie einiger Präparate, die Bristol auf den Markt brachte: 1943 bis 1945: Bristol gehörte zur Gruppe der pharmazeutischen Gesellschaften, die den Regierungsauftrag erhielt, Penicillin wirtschaftlich verfügbar zu machen. 1948: Erstes Langzeitpenicillin. 1954: Erste Großproduktion von Tetracyclhydrochlorid durch Fermentation. 1956: Erste wesentliche Verbesserung des oral wirksamen Tetracyclin-Phosphatkomplex. 1958: Breitbandantibiotikum, auch gegen gramnegative Erreger: Kanamycin. 1959: Das erste wirtschaftlich verfügbare biosynthetische Penicillin: Phenethicillin. 1962: Penicillinase-resistentes biosynthetisches Penicillin mit oraler und parenteraler Wirksamkeit: Oxacillin. 1962: Biosynthetisches Breitbandpenicillin: Ampicillin. 1964: Biosynthetisches Penicillin mit Wirkung gegen Penicillin-G-resistente Staphylokokken: Cloxacillin. 1965: Stark wirksames biosynthetisches Allzweckpenicillin: Dicloxacillin.



Festakt des Werk-Verlages

Am 1. 1. 1966 veranstaltete der Werk-Verlag Dr. Edmund BANASCHEWSKI in München einen Festakt, an dem auch Frau Dr. SCHWARZHAUPT, Bundesminister für Gesundheitswesen, teilnahm. Anlaß hierzu gab die Umstellung der Erscheinungsweise der führenden wissenschaftlichen Zeitung „Ärztliche Praxis“. Diese im 18. Jahrgang stehende, bisher wöchentlich einmal erscheinende Zeitung wird künftig zweimal wöchentlich herauskommen. Sie ist die erste deutsche Ärztezeitung, die in solch dichter zeitlicher Aufeinanderfolge erscheint. Die Verdichtung der Erscheinungsweise will höhere Aktualität, größere Vielseitigkeit und Mannigfaltigkeit bewirken, der schnellstmöglichen ärztlichen Information dienen, und damit zur Rationalisierung der ärztlichen Weiterbildung und Fortbildung beitragen.

Den Festvortrag hielt Universitätsprofessor Dr. med. Karl BRECHT, Direktor des Physiologischen Instituts der Universität Tübingen über „Ärztliche Ausbildung — Ärztliche Fortbildung“.

Professor Brecht zog in seinem Vortrag eine Bilanz des gegenwärtigen Standes der ärztlichen Aus- und Fortbildung in der Bundesrepublik. Das im ganzen dringend Änderungsbedürftige Gesamtbild veranlaßte ihn zu verschiedenen Reformvorschlägen, die er im einzelnen erläuterte.

Die Universität ist im Laufe der Zeit auch bei uns mehr und mehr zur Fachschule geworden. Das ist zwar in den gelsteswissenschaftlichen Fächern noch nicht so deutlich wie in der Naturwissenschaft und speziell in der Medizin, aber die Abkehr von der HUMBOLDT-FICHTEschen Universitätsstruktur ist nicht mehr zu übersehen. Professor Brecht hält diese Tendenz für folgerichtig; denn sie entspricht der Forderung nach möglichst praxisnahem Studium. Die Hinwendung zur Fachschulung bedeutet aber dennoch eine Änderung des Programms und der Zielsetzung der medizinischen Ausbildung an den Fakultäten, betonte Professor Brecht, und hat auch eine erhebliche Änderung der Struktur in organisatorischer sowie institutioneller Hinsicht zur Folge. Hierzu gehören — wie Professor Brecht im einzelnen erläuterte — unter anderem folgende Punkte:

- Vermehrung der Lehrstühle,
- Ausbau des sogenannten Mittelbaues, z. B. Dauerstellungen für sogenannte wissenschaftliche oder akademische Räte, sowie die
- Einführung des Tutor-Systems,

Nächster Kurs für

Röntgenhelferinnen

vom 18. bis 28. April 1966
in Erlangen.

Anmeldung umgehend bei der Bayerischen Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85/IV.

detaillierte Unterrichtspläne für alle Semester, Einschaltung zahlreicher Zwischenprüfungen.

Alles das ist an den deutschen Universitäten schon mehr oder weniger vorhanden — Professor Brecht bezog sich in erster Linie auf die einschlägigen Bestrebungen in Tübingen —, aber im internationalen Maßstab sind es erst Ansätze.

Die medizinische Ausbildung in den USA gilt als die beste der Welt, sagte Professor Brecht. Die Tatsache, daß unsere Examina in den USA nicht anerkannt werden, hat verschiedene Gründe. Dazu gehört unter anderen die amerikanische Meinung, daß unsere Examina oberflächlich und unzuverlässig seien, nicht zuletzt, weil die schriftliche Prüfung fehlt. Dazu gehört aber auch die Tatsache, daß wir in Deutschland den Ausländern die Examina noch zusätzlich erleichtern.

Neben dem Prüfungswesen sind Art und Weise der Zulassung zum Studium, d. h. die Auswahl der Medizinstudenten, kritikwürdig. Solange die Zahl der Studienplätze und die Zahl der Bewerber in geordneter Relation bleibt, geht alles gut. Aber heute reicht der Andrang zum Medizinstudium weit über die Arbeitsplätze hinaus. Deshalb geht es nicht mehr ohne numerus clausus, der jedoch an allen Fakultäten unterschiedlich gehandhabt wird. Professor Brecht hält deshalb eine einheitliche Regelung der Zulassung, die für alle Fakultäten verbindlich sein müßte, für eine dringende Notwendigkeit. Alle deutschen Fakultäten nehmen heute noch zu viele Studierende auf und überschreiten weit das optimale Verhältnis, das bei 100 Neuzugängen pro Jahr und Medizinische Fakultät liegt. Für die Bundesrepublik hieße das jedoch, daß dann pro Jahr nur 2200 bis 2500 Medizinstudenten neu aufgenommen werden könnten. Wenn man aber davon ausgehen will, daß es erforderlich sei, den jährlichen Nachwuchs an Medizinern mit 4000 bis 5000 zu beziffern, dann geht es nicht mehr ohne die Heranziehung geeigneter größerer Krankenhäuser zum klinischen Unterricht. Professor Brecht ist davon überzeugt, daß nur auf diese Weise eine gediegene klinische Ausbildung herbeigeführt werden kann. Organisatorisch und personell dürfte dieses Problem zu lösen sein; denn „es bedarf nur des guten Willens, des Wagemuts, des Idealismus“ und der Kompromißbereitschaft aller an einem solchen Projekt Beteiligten“, sagte Brecht.

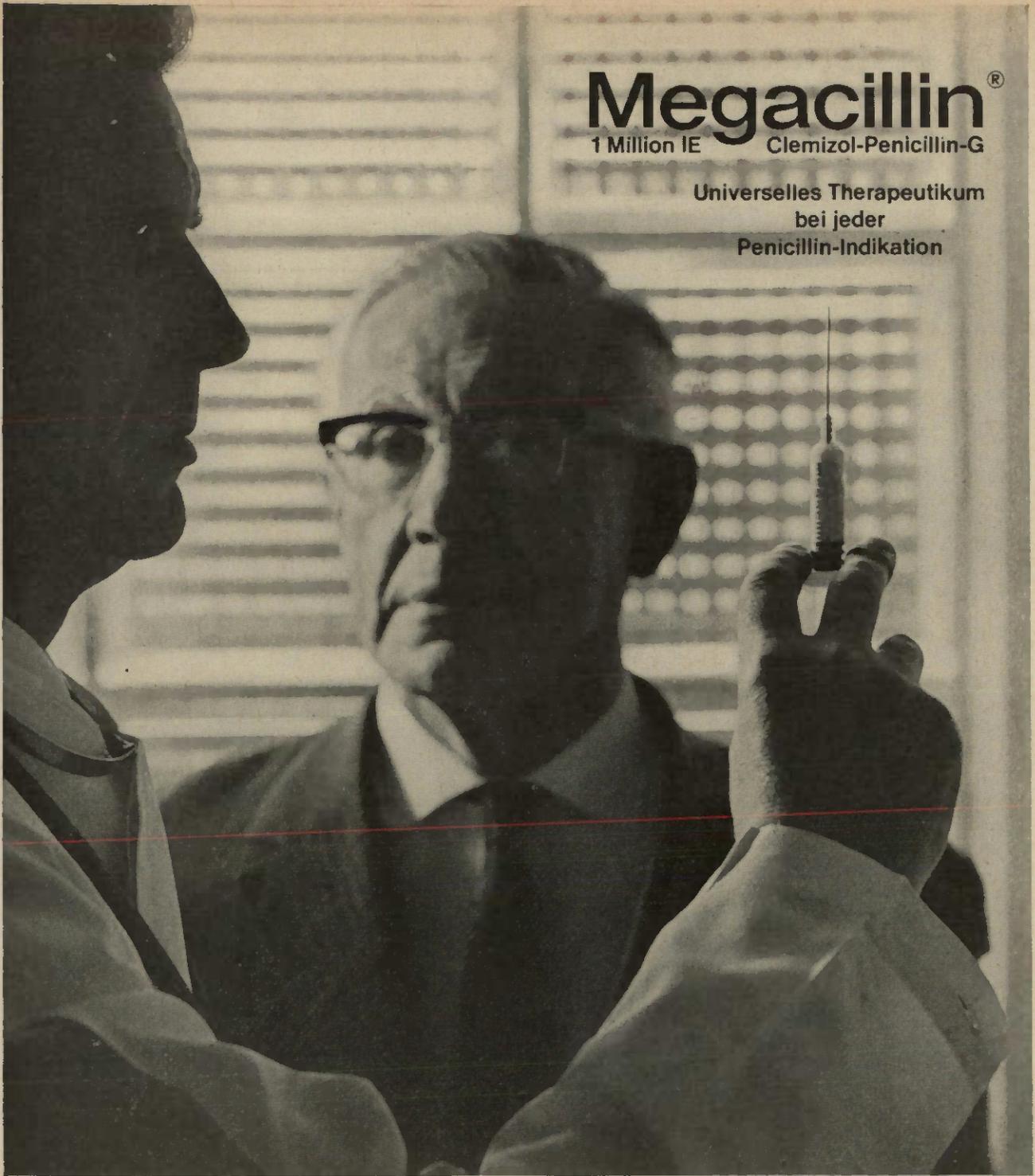
Indes, nicht nur Ausbildungskapazität und Prüfungswesen sind Ansatzpunkte, sondern auch die ärztliche Fortbildung, die Professor Brecht durchaus nicht besonders optimistisch beurteilt. Man sollte u. a. mehr Anreiz zur Fortbildung geben, z. B. Diplome und Zertifikate ausstellen, ohne die Fortbildung in eine Zwangsjacke zu pressen. „Niemand will den Zwang. Gut. Es soll jeder selbst entscheiden, wann und wo er sich fortbilden will. Daß er es aber tun muß, darüber sollte es keine Entscheidungsfreiheit mehr geben“, sagte Professor Brecht.

Schließlich plädierte Professor Brecht noch mit besonderem Nachdruck für eine besondere Facharztprüfung. Für den praktischen Allgemeinarzt jedoch hält er einen Facharztstitel für einen Widerspruch in sich. Nicht damit, sondern nur durch ein neues Leitbild und durch eine neue Ausbildungsordnung für den Beruf des Praktischen Arztes kann hier der Anschluß an die Gegenwart gefunden werden.

Megacillin[®]

1 Million IE Clemizol-Penicillin-G

Universelles Therapeutikum
bei jeder
Penicillin-Indikation



WIRKSAMES EINGREIFEN



BASIS DES VERTRAUENS

GRÜNTHAL

Chemie Grüenthal GmbH
Stolberg im Rheinland

Durchgreifende Wirkung mit der massiven Dosis von 1 Million Einheiten
Ausgeprägter Depoteffekt bis zu 96 Stunden nach einer Injektion
Reduziertes Allergierisiko durch Clemizol (Antihistamin)-Penicillin-G
Sichere Applikation mit der bewährten Grüenthal-Spritzampulle

Das Problem der altersunversorgten Ärzte

Nachdem die saarländische Ärzteschaft schon vor Jahren in großzügiger Solidarität ihre alten Kollegen versorgt hatte, ist Bayern jetzt das zweite Land, das dieses brennende Problem zu lösen sich bereit erklärt hat. Der Bayerische Ärztetag in Bayreuth hat mit seiner einstimmig angenommenen EntschlieÙung, den Kollegen, die wegen ihres Alters nicht mehr in die Bayerische Ärzteversorgung aufgenommen wurden, zu helfen, eine Tat vollbracht, die vielleicht richtungweisend für die ganze Bundesrepublik werden wird.

Es handelt sich in Bayern um etwa 50 alte Ärzte, die fast alle über 70 Jahre alt sind. In der Mehrzahl sind es Heimatvertriebene, die einst in ihren Heimatprovinzen Mitglieder ihrer Ärzteversorgungen waren (in Ostpreußen z. B. Zwangsversicherung der Ärztekammer).

Sie haben dort jahre-, oft jahrzehntelang ihre Beiträge gezahlt und damit ihren alten Kollegen ein sorgenfreies Alter mit ermöglicht. Während den heimatvertriebenen Beamten, Angestellten und Arbeitern die Ansprüche völlig aufgewertet wurden, gingen sie den vertriebenen Ärzten verloren. Die schon bestehenden oder neugegründeten Ärzteversorgungen der Länder erkannten die Ansprüche nicht an. In Bayern wurde durch spätere Erhöhung der oberen Altersgrenze die Aufnahme in die Bayerische Ärzteversorgung für eine Reihe von Kollegen noch ermöglicht. Eine kleine Gruppe aber blieb, da sie mittlerweile auch diese Grenze überschritten hatte, ausgeschlossen.

Die meisten der Betroffenen sind jetzt über 70 Jahre alt, eine Anzahl über 75, einige über 80 Jahre. Von 42 alten Kollegen, die uns ihre ausgefüllten Fragebogen zugesandt haben, arbeiten noch 26 voll oder teilweise in der Praxis. Es sind aber nur ganz wenige, die es tun, weil sie sich noch gesund und leistungsfähig fühlen; die überwiegende Mehrzahl der noch arbeitenden alten Kollegen leidet an Altersgebrechen und Krankheiten (Gonarthrosen, Coxarthrosen, zwei haben einen Herzinfarkt durchgemacht) und muß sich in der täglichen Arbeit schwer quälen. Die Briefe, die sie an die „Arbeitsgemeinschaft altersunversorgter Ärzte“ schreiben, stellen eine erschütternde Tragik dar. Mancher dieser alten Ärzte hätte nach einer Lebensarbeit von 40 oder 45 Jahren für die Allgemeinheit ein otium cum dignitate wirklich verdient. Aber sie wagen es nicht, die Praxis, die sie immer noch ernährt, wenn auch oft nur in bescheidenem Maße, aufzugeben, da sie sonst in bittere Not verfallen. Gewiß haben sich die meisten etwas erspart; aber das geschah erst in den letzten Jahren. Im Anfang, als sie nach dem Krieg in Bayern eine neue Heimat fanden, mußten sie von vorn anfangen. Der Aufbau der Praxis aus dem Nichts, die Ausbildung der Kinder, die Anschaffungen für den neuen Haushalt und die Wohnung erforderte jahrelang den vollen Einsatz des Verdienstes. Ein nennenswertes Sparen war in dieser Zeit trotz allen Fleißes und aller Genügsamkeit nicht möglich.

Ein kleinerer Teil — es sind 16 von 42 alten Ärzten — hat wegen Krankheit oder Alter die Arbeit niederlegen müssen. Sie sind jetzt in wirklicher und unverschuldeter Not. Denn von den geringen Beträgen, die ihnen zur Verfügung stehen, können sie nicht leben, zumal diese Beträge durch die fortschreitende Geldentwertung von Woche zu Woche geringer werden.

Hier wird die EntschlieÙung des Bayerischen Ärztetages, wenn sie in würdigem und ausreichendem Maße durchgeführt wird — wir hoffen: sehr bald —, zu einem großen Segen werden.

I. A. der
„Arbeitsgemeinschaft altersunversorgter Ärzte“:

Dr. Hartmann
Bergensee
bei Wasserburg am Inn

Dr. Daecke
Nürnberg
Prankhstraße 19

Dr. Luft
Münchberg/Ofr.
Schillerstraße 7

Dringlich zu besetzende Kassenarztsitze

In nachstehend aufgeführten Orten sind wegen Todes oder Wegzugs der bisherigen Inhaber Praxen mit guten Existenzmöglichkeiten zu besetzen:

Oberbayern:

Neufahrn bei Freising — 1 Allgemeinpraktiker
Mammendorf, Kreis Fürstenfeldbruck — 1 Allgemeinpraktiker
Prutting, Kreis Rosenheim — 1 Allgemeinpraktiker
Pobenhausen, Kreis Schrobenhausen — 1 Allgemeinpraktiker
Ingolstadt — 1 Facharzt für Kinderkrankheiten

Niederbayern:

Pilsting bei Landau/Isar — 1 Allgemeinpraktiker
Wegscheid — 1 Allgemeinpraktiker
Mallersdorf — 1 Allgemeinpraktiker
Ering am Inn — 1 Allgemeinpraktiker
Landau/Isar — 1 Allgemeinpraktiker
Passau — 1 Facharzt für Kinderkrankheiten

Nähere Auskünfte erteilen jeweils die Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns:

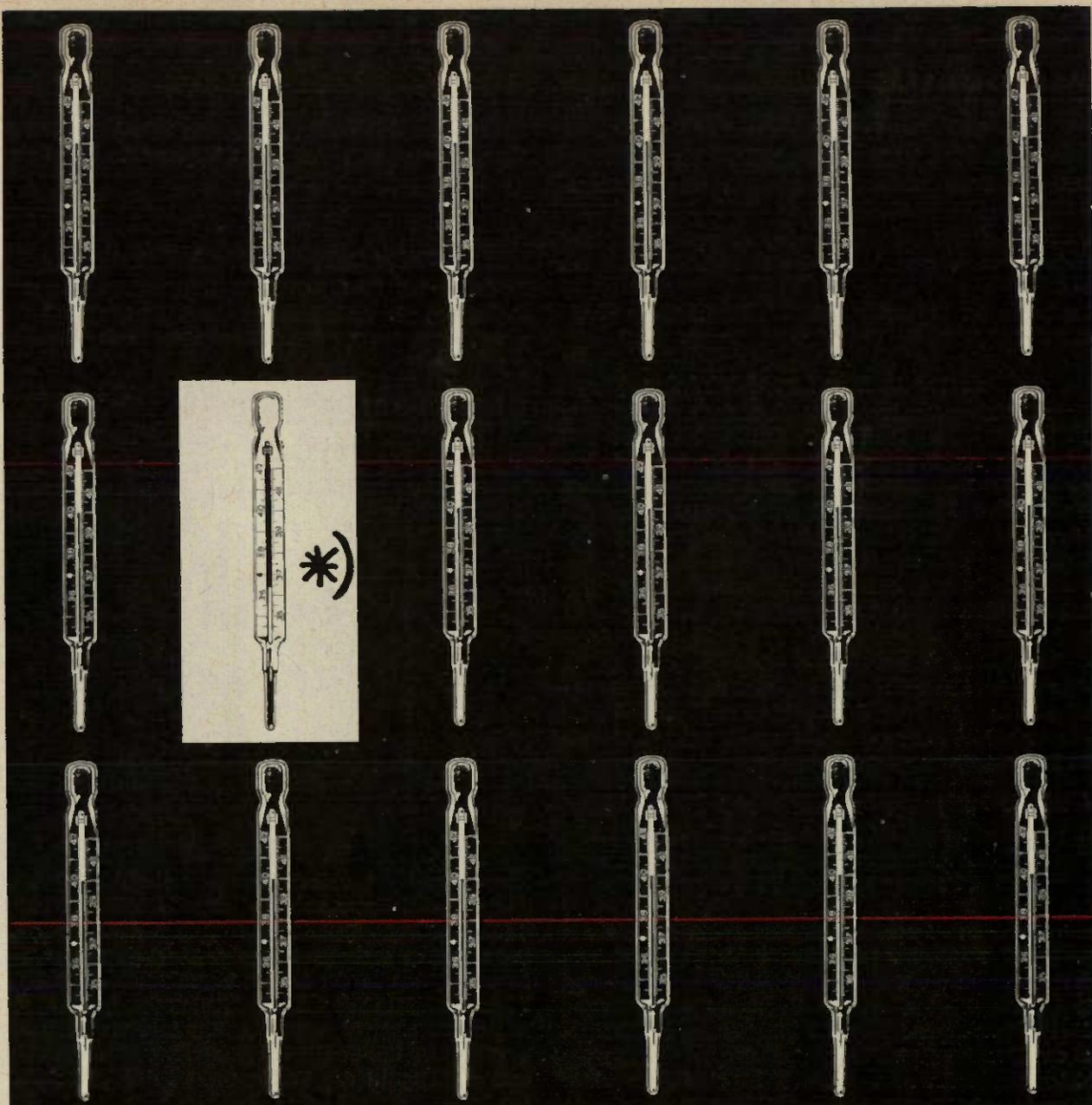
Bezirksstelle Oberbayern der KVB: 8 München 23, Königinstraße 85/II

Bezirksstelle Niederbayern der KVB: 844 Straubing, Lilienstraße 5—7

37. Augsburger Fortbildungskurs für praktische Medizin:

25. bis 27. März 1966

Programm siehe Seite 166



**) fieberfrei...*

mit **Ditonal**[®]
Spasmoanalgeticum, Antipyreticum

ohne Phenacetin
 ohne Codein
 ohne Barbiturate

b e w ä h r t - z u v e r l ä s s i g - s c h o n e n d

Ditonal [®] -Supp.:	Für Erwachsene (simplex, farte) Für Kinder ab 2. Lebensjahr Für Säuglinge ab 3. Lebensmonat	} Packungen mit 6+12 Stück Klinikpackungen
Ditonal [®] -Tabl.:	Packungen mit 20 Stück	

ATHENSTAEDT - ARZNEIMITTEL · 28 BREMEN 2

PERSONALIA

Boyerischer Verdienstorden für Prof. Beck und Prof. Henning

Mit dem Bayerischen Verdienstorden wurden ausgezeichnet:

Professor Dr. Josef BECK, ehemaliger Direktor der Hals-, Nasen-, Ohrenklinik der Universität Erlangen, und

Professor Dr. Norbert HENNING, Direktor der Medizinischen Klinik der Universität Erlangen.

Professor Dr. Arno Lampé 80 Jahre

Herr Professor Dr. Arno LAMPÉ feierte am 8. Februar 1966 in München seinen 80. Geburtstag. Im Jahre 1945 wurde er von der Stadt München mit dem Wiederaufbau der I. und II. Medizinischen Klinik beauftragt. Nach seiner Emeritierung im Jahre 1951 übernahm Herr Professor Dr. Lampé eine Station im Rotkreuz-Krankenhaus. In seinen zahlreichen wissenschaftlichen Veröffentlichungen befaßte sich der Jubilar vor allem mit Stoffwechselkrankheiten und Diätetik.

Dr. Curt Böhm 60 Jahre

Herr Kollege Dr. Curt BÖHM, Chefarzt der Dermatologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing, vollendet am 4. März 1966 sein 60. Lebensjahr.

60. Geburtstag von Generoldirektor Dr. Dr. Rütten

Generaldirektor Dr. Dr. jur. et rer. pol. Erich RÜTTEN, Vorstand der Aktiengesellschaft Bad Neuenahr, vollendete am 5. Februar 1966 sein 60. Lebensjahr. In den 30 Jahren seines bisherigen Wirkens als Kurdirektor prägte der Jubilar sehr weitgehend das Gesicht des modernen Heilbades Neuenahr; es ist u. a. gekennzeichnet durch die Neugestaltung des Thermalbad- und Casino-Vorgeländes, die grundlegende Modernisierung des Kurhaus-Sanatoriums, die Schaffung einer Kneippischen Abteilung mit Sauna und einer Abteilung für biologische Heilweisen sowie die Einrichtung einer Klima-Kurstation für Herz- und Kreislaufkranke in 400 m ü. NN. Die Krönung dieser zukunftssträchtigen Maßnahmen bildet der neue, bis Herbst 1966 bezugsfertige und mit allem neuzzeitlichen Komfort ausgestattete Kurhotel-Mittelbau; er ist verbunden mit einem ebenfalls im Bau befindlichen Thermalbad.

FAKULTÄT

Erlangen

Professor Dr. med. René SCHUBERT, Vorstand der II. Medizinischen Klinik des Städtischen Krankenhauses Nürnberg, wurde von der „Deutschen Gesellschaft für Altersforschung“ zum 2. Vorsitzenden gewählt. Den Vorsitz führt Herr Professor LETTERER.

Fronfurt (und nicht München!)

Dozent Dr. med. habil. Kurt LIEBERMEISTER, seit 1954 Leiter des Bakteriologisch-Klinischen Instituts am Krankenhaus rechts der Isar in München, der zugleich Krankenhaushygieniker für die städtischen Krankenhäuser Münchens ist, wurde vom hessischen Kultusminister zum Professor ernannt.

Professor Liebermeister gehört, obwohl er bereits seit 1954 Dozent und in München tätig ist, noch immer der

Medizinischen Fakultät der Universität Frankfurt an und hält seit Jahren Vorlesungen vor Studenten der Frankfurter Universität, da sich die Münchener Fakultät weigert, Herrn Kollegen Liebermeister die Lehrberechtigung zu erteilen.

Homburg

Erster Ordinarius für Anästhesie

Professor Dr. Karl HORATZ, Hamburg, wurde zum Ordinarius für Anästhesie ernannt. Er ist damit der erste Ordinarius für dieses Fachgebiet in der Bundesrepublik.

IN MEMORIAM



Dr. Stuhlfelder †

Zum dritten Mal innerhalb eines Jahres hat der Tod einen Freund und Kollegen, unseren lieben Herrn Dr. Hermann STUHLFELDER, Praktischer Arzt in Altötting, aus unseren Reihen gerissen. Herr Dr. Stuhlfelder war seit langen Jahren in der Standesorganisation sowohl als Vertrauensmann der Bezirksstelle Oberbayern der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, als auch als Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Altötting und als Mitglied der Vorstandschaft der Bayerischen Landesärztekammer sehr erfolgreich tätig.

Schon seit einigen Jahren war er von schwerem Leid gezeichnet. Aber trotzdem hat er weitergearbeitet für seine Familie, für seine Kollegen, für seine Kranken und zudem in der Öffentlichkeit als Kreisrat und als Stadtrat. Mitten aus seiner Arbeit hat ihn nun der Tod ganz plötzlich heimgeholt.

Am 18. 1. 1966 haben wir ihn in Altötting zu Grabe getragen. Wir betrauern ihn und danken ihm für seine Treue.

Dr. J. Seidl

Professor Poul Diepgen †

Dr. Paul DIEPGEN, der Senior der deutschen Medizinhistoriker, Ehrenpräsident der „Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik“, starb am 2. 1. 1966 in Mainz, im 88. Lebensjahr. Diepgen, der vorerst Gynäkologe war, habilitierte sich 1910 in Freiburg/Br. für Geschichte der Medizin, wurde dann Professor und folgte 1929 einem Rufe als Ordinarius und Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin und Naturwissenschaft in Berlin. Eine Vielzahl wertvollster, wegweisender Arbeiten, darunter seine „Geschichte der Medizin“, sind diesem so vielseitigen Gelehrten zu danken.

AUS DER LANDESPOLITIK**Mehr Ärzte in die Parlamente!**

Von Karl v. Brentano-Hommeyer, Stadtrat und MdL

In den modernen Demokratien haben die vom Volk gewählten Parlamente die letzte Entscheidung über alle Fragen der Gesetzgebung und der öffentlichen Verwaltung.

Es ist deshalb verständlich, daß die Berufsverbände sowie die sonstigen Interessenverbände darnach trachten, möglichst viele ihrer Vertreter in die Parlamente zu bringen.

Die Ärzteschaft hat diese Zusammenhänge in Deutschland leider erst sehr viel später erkannt und beachtet als andere Berufsstände und Gruppen.

Der Bauernverband z. B., aber auch die Gewerkschaften und die Arbeitgeberverbände, haben seit langem in allen Fraktionen ihre Vertreter, die dafür sorgen, daß die Interessen ihrer Berufsverbände bei den parlamentarischen Entscheidungen berücksichtigt werden. Man hat deshalb bereits von einer Art Verbandsdemokratie gesprochen, auf die sich unsere modernen Demokratien hin entwickeln. Dies ist nicht unbedingt ein Nachteil, denn die Vertreter bestimmter Berufs- oder Interessengruppen sind ja meistens zugleich erfahrene und ausgebildete Fachleute auf den von ihnen besonders vertretenen Gebieten. Ohne derartige fachmännische Berater wäre ein Parlament zweifellos überfordert.

Während in anderen Kulturstaaten, wie z. B. in Frankreich, mit seiner weit älteren parlamentarischen Geschichte und Tradition, auch die Ärzteschaft längst erkannt hat, daß es für ihren Berufsstand sehr wichtig ist, in den Parlamenten möglichst stark vertreten zu sein, galt es in Deutschland lange Zeit geradezu als ungeschriebenes Gebot, daß sich ein Arzt von den öffentlichen Dingen fernhalten soll, um sich ausschließlich seiner ärztlichen Aufgabe zu widmen. Eine solche Haltung wäre aber in der heutigen Zeitentwicklung geradezu gefährlich für den ganzen Berufsstand und nachteilig für alle Fragen des Gesundheitswesens. Es ergäbe sich daraus die Gefahr, daß auch die Entscheidungen, die für die Ärzteschaft von größter, ja oft lebenswichtiger Bedeutung sind, über ihren Kopf hinweg getroffen werden würden.

Auch die vom Volk gewählten Gemeindevertretungen haben viele wichtige Aufgaben zu lösen, die das Gesundheitswesen und damit indirekt den Arztstand betreffen und berühren.

Man denke an die Gemeinden als Träger kommunaler Krankenanstalten sowie der kommunalen Gesundheits-

ämter und vieler anderer gesundheitlicher Aufgaben. Man denke aber auch daran, daß eine Großgemeinde, wie z. B. die Stadt München, im laufenden Haushaltsjahr 1966 nahezu 1,5 Milliarden DM öffentlicher Steuergelder verwaltet und ausgibt, von denen ein Großteil für gesundheitliche Aufgaben abgezweigt werden kann. Auch die Stadt Nürnberg hat einen Haushalt von nahezu einer halben Milliarde DM im laufenden Jahr. Es ist deshalb wichtig, daß auch in den Gemeinde- und Stadtratsgremien möglichst viele Ärzte vertreten sind und ihre Stimme und ihr fachliches Wissen und Können bei den entsprechenden Beratungen erheben und in die Waagschale werfen können.

Das bayerische Gemeindegewahlgesetz gibt nun die Möglichkeit, im Rahmen der sogenannten *Persönlichkeitswahl* bestimmte Kandidaten nach Wunsch des Wählers besonders zu unterstützen und damit deren Aussichten zu erhöhen, tatsächlich einen Sitz im Gemeinde- oder Stadtrat zu erreichen. Für die Gemeinde- und Stadtratswahlen, die am 13. März 1966 in ganz Bayern stattfinden, haben sich erfreulicherweise eine große Anzahl von Arztkollegen als Kandidaten zur Verfügung gestellt und viele sind von den Parteien auf ihre Kandidatenlisten gesetzt worden.

Wie muß man wählen, um diese Kollegen zu unterstützen?

Das Gemeindegewahlgesetz läßt sowohl die reine *Persönlichkeitswahl* als auch die *Parteienwahl*, aber auch eine Kombination dieser beiden Wahlvorgänge zu.

1. Bei der reinen *Persönlichkeitswahl* kann der Wähler jedem der von ihm gewünschten Kandidaten bis zu drei Stimmen geben, und zwar hat er insgesamt so viele Stimmen zu vergeben, als auf jedem *Parteienwahlvorschlag* Kandidaten zulässig sind.

In München z. B. kann er 20×3 Stimmen vergeben, und zwar durch Anfügen der Ziffer 3 vor den Namen der gewünschten Kandidaten. Dabei kann er Kandidaten auf den verschiedenen *Parteienlisten* herausuchen und wählen. Allerdings darf er dabei keine *Parteienliste* im ganzen ankreuzen.

2. Bei der reinen *Parteienwahl* vergibt der Wähler seine 60 Einzelstimmen im ganzen durch Ankreuzen einer *Parteienliste* am Kopf des betreffenden *Wahlvorschlages*. Er hat damit alle Kandidaten dieser

RECORSAN

®

-HERZSALBE

20 g DM 2.05 o. U.

- Gesellschaften Gräffeling und Lüneburg

Partei gleichmäßig, ungeachtet ihres Listenplatzes, gewählt.

3. Bei der kombinierten Parteien- und Persönlichkeitswahl kann er den Wahlvorschlag einer Partei oben ankreuzen und trotzdem gleichzeitig die gewünschten Kandidaten auf dieser Liste mit einer „3“ versehen.

Wünscht der Wähler trotz der Wahl einer bestimmten Partei auch noch Kandidaten anderer Parteien besonders zu unterstützen, so kann er auch das tun. Er muß in diesem Fall die gewünschten Kandidaten mit einer 3 versehen und zugleich drei Kandidaten auf der von ihm angekreuzten Partei durchstreichen (Pananschleppen!).

Die Bestimmungen des bayerischen Gemeindegewahlgesetzes sind zwar für manchen Wähler zunächst etwas verwirrend, sie geben aber dafür die Möglichkeit einer wirklich individuellen Wahl von Persönlichkeiten und einer Partei nach Wunsch.

4. Am einfachsten ist es, um keinen Fehler zu begehen und damit keine ungültigen Stimmen zu riskieren, einfach quer durch alle Parteien die gewünschten Kandidaten (z. B. Ärzte, Zahnärzte und sonstige dem Wähler bekannte Persönlichkeiten) jeweils mit der Ziffer 3 zu versehen, dann aber keine Partei anzukreuzen. Dabei muß darauf geachtet werden, daß der Wähler nicht mehr Stimmen vergibt, als er hat. Die Zahl der Stimmen des Wählers entspricht der Zahl der Gemeinderäte des betreffenden Ortes.

5. Briefwahl

Manche Kollegen werden am Wahltag verreist sein; sie können trotzdem ihrer Wahlpflicht genügen, indem sie von der Möglichkeit der Briefwahl Gebrauch machen. Dabei kann der Stimmzettel zu Hause in aller Ruhe ausgefüllt und mit der Post an das Wahlamt eingeschickt werden. Wer von der Briefwahl Gebrauch machen will, muß in der Zeit vom 28. 2. 1966 bis Sams-

tag, den 12. 3. 1966, mittags 12 Uhr, die Briefwahlstimmzettel bei der zuständigen Bezirksinspektion abholen lassen. Welche Bezirksinspektion für den einzelnen Wähler in Frage kommt, ist aus der Wählerkarte zu ersehen. Auf der Wählerkarte ist angegeben, zu welchem Stadtbezirk die Wohnung des Wählers gehört und zugleich, wo sich die Bezirksinspektion für diesen Stadtbezirk befindet. Die ausgefüllten Briefwahlstimmzettel müssen zusammen mit einer vorgedruckten Erklärung bis spätestens am Wahltag, 18 Uhr, beim Briefwahlamt eingegangen sein, sonst sind sie ungültig. Wer also von der Briefwahl Gebrauch machen will, muß sich rechtzeitig, möglichst bereits am 28. Februar 1966, seine Stimmzettel bei der Bezirksinspektion abholen und diese ausgefüllt spätestens am Donnerstag, den 10. März 1966, mit der Post aufgeben.

Die Demokratie gewährt dem Staats- und Gemeindegewählter das Recht, die Gesetzgebung und Verwaltung durch Persönlichkeiten seines Vertrauens mitverantwortlich zu gestalten. Wer von diesem Recht nicht Gebrauch macht, hat dann auch kein Recht mehr, an der Gesetzgebung und Verwaltung Kritik zu üben, und zwar auch dann nicht, wenn diese öffentlichen Angelegenheiten sein eigenes Schicksal betreffen. Er müßte sich sagen lassen: „Du hast ja verzichtet, auf die öffentlichen Angelegenheiten Einfluß zu nehmen und damit zu erkennen gegeben, daß es Dir gleichgültig ist, welche Gesetze gemacht werden.“

Der Nichtwähler verzichtet sozusagen freiwillig auf die Würde und das Recht eines freien Staatsbürgers und begibt sich auf die Stufe eines Untertanen, dem es gleichgültig sein muß, was Regierung und Verwaltung mit ihm anfangen. Gerade die akademischen Schichten unseres Volkes sollten sich einem solchen Vorwurf nicht aussetzen und von ihrem Wahrecht Gebrauch machen.

Anschrift d. Verf.: Dr. med. Karl von Brentano-Hommeyer, Praktischer Arzt, Stadtrat und MdL, 8 München 15, Landwehrstraße 20.

Zulassung von Volksschülerinnen zum Schwesternberuf

Schriftliche Anfrage des Herrn Kollegen Dr. SOENNING, MdL und Vorsitzender des Bayerischen Landesgesundheitsrates, an die Bayerische Staatsregierung:

„Am 23. Juni 1965 hat der Deutsche Bundestag die Novelle zum Krankenpflegegesetz verabschiedet. Das Gesetz befaßt sich mit der Neuordnung und Anhebung der Vor- und Ausbildung der Krankenschwester. Im Gegensatz zum Krankenpflegegesetz aus dem Jahre 1957, das als Vorbild eine abgeschlossene Volksschule fordert, versperrt die neue Gesetzesnovelle der nur Volksschülerin, soweit sie nach Inkrafttreten des Gesetzes die Schule verläßt, den direkten Zugang zur Schwesternschule. Um in die Schwesternschule einzutreten, muß die Volksschülerin entweder eine Realschule oder eine andere 10jährige abgeschlossene Schulbildung absolvieren, eine Schwesternvorschule oder eine Pflegevorschule besuchen, eine Berufsausbildung mit Lehrabschlußprüfung vorweisen oder zuerst Pflegehelferin werden und sich als solche drei Jahre bewähren.“

Nach der Statistik waren im Jahre 1964 in Bayern mehr als 70% der Schwesternschülerinnen nur Volksschülerinnen. Der Prozentsatz der im Beruf tätigen Krankenschwestern liegt in Bayern noch viel höher. Außerdem sind Schwestern- und Pflegevorschulen in Bayern erst im Entstehen begriffen, so daß der Besuch solcher Vorschulen als Voraussetzung für den Eintritt in eine Schwesternschule in Bayern kaum in absehbarer Zeit verwirklicht werden kann.

Durch das neue Krankenpflegegesetz muß befürchtet werden, daß durch den Ausschluß der nur Volksschülerin noch weniger Nachwuchs für den Schwesternberuf gefunden und der Schwesternmangel noch katastrophaler wird.

Ich frage den Herrn Innenminister, ob er bereit ist, sich im Bundesrat für eine Abänderung des Gesetzes einzusetzen mit dem Ziel, daß auch in Zukunft die nur Volksschülerin den Beruf als Vollschwester ergreifen kann.“

Antwort des Bayerischen Staatsministeriums des Innern:

„Der Bundesrat hat die Novelle zum Krankenpflegegesetz, die Gegenstand der Schriftlichen Anfrage des Herrn Abgeordneten Dr. Soenning vom 13. Juli 1965 ist, bereits in seiner Sitzung am 9. Juli 1965 behandelt. Bayern stellte in der Sitzung den Antrag, die bisherige Regelung in § 8 Abs. 1 Nr. 2 des Krankenpflegegesetzes vom 15. 7. 1957 beizubehalten, wonach für den Besuch einer Krankenpflege- oder Kinderkrankenpflegeschule eine abgeschlossene Volksschulbildung oder eine ihr gleichwertige Schulbildung genügt. Dieser Antrag wurde mit knapper Mehrheit abgelehnt. Der Bundesrat hat lediglich auf Empfehlung des Gesundheitsausschusses beschlossen, die Übergangsregelung für Be-

werber mit Volksschulbildung oder einer gleichwertigen Schulbildung in § 19 Abs. 4 des Gesetzentwurfs bis zum 1. Oktober 1968 zu verlängern und u. a. deswegen den Vermittlungsausschuß angerufen. In seiner 198. Sitzung am 23. Juli 1965 hat der Bundestag auf Vorschlag des Vermittlungsausschusses dieser Änderung zugestimmt. Die Vorschrift des § 19 Abs. 4 hat damit folgende Fassung erhalten:

(4) Wer bis zum 1. Oktober 1968 die Volksschul- oder eine gleichwertige Schulbildung abgeschlossen hat, kann zum Besuch der Krankenpflege- oder Kinderkrankenpflegeschule zugelassen werden, ohne daß es des Nachweises der übrigen Voraussetzungen des § 8 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. b oder c bedarf“.

Körperschaftsteuerrechtliche Behandlung der berufsständischen Pflichtversicherungseinrichtungen

Herr Kollege DEHLER hat auf seine Schriftliche Anfrage vom Bayerischen Staatsministerium der Finanzen die nachstehend abgedruckte Antwort erhalten:

„Zu der Schriftlichen Anfrage des Herrn Abgeordneten Dr. Dehler nehme ich wie folgt Stellung:

Nach § 4 Abs. 1 Nr. 10 KStG sind öffentlich-rechtliche Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen von Berufsgruppen, deren Angehörige aufgrund einer durch Gesetz angeordneten oder auf Gesetz beruhenden Verpflichtung Mitglieder dieser Einrichtungen sind, von der Körperschaftsteuer befreit, „wenn die Satzung der Einrichtung die Zahlung keiner höheren jährlichen Beiträge zuläßt, als das Zweifache der Beiträge, die höchstens nach den §§ 1387 und 1388 Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung entrichtet werden können“. Die Vorschrift ist entsprechend einem Antrag der Bundesregierung durch das Steueränderungsgesetz 1965 in das Körperschaftsteuergesetz eingefügt worden und gilt erstmals für den Veranlagungszeitraum 1965.

In einer bei Verabschiedung des Steueränderungsgesetzes 1965 gefaßten EntschlieÙung hat der Bundestag die Bundesregierung ersucht, die Körperschaftsteuerbefreiung für öffentlich-rechtliche Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen von Berufsgruppen nach § 4 Abs. 1 Nr. 10 KStG erneut zu überprüfen und eine Verbesserung vorzuschlagen. Ebenso hat der Bundesrat in einer zum Steueränderungsgesetz 1965 gefaßten EntschlieÙung die Bundesregierung ersucht, die Körperschaftsteuerbefreiung von Berufsgruppen nach § 4 Abs. 1 Nr. 10 KStG erneut zu überprüfen. Der Bundesrat hat dabei die Auffassung vertreten, daß es für die berufsständigen Pflichtversicherungseinrichtungen von schwerem Nachteil wäre, wenn sie der Körperschaftbesteuerung unterworfen würden. Er erwarte daher, daß die Bundesregierung alsbald eine Verbesserung durch eine Änderung des § 4 Abs. 1 Nr. 10 KStG in die Wege leite.

Im Hinblick auf diese EntschlieÙungen haben die Körperschaftsteuerreferenten der obersten Finanzbehörden des Bundes und der Länder eingehend die Frage erörtert, ob und in welcher Weise die geltende Regelung für die berufsständischen Pflichtversicherungseinrichtungen verbessert werden kann. Sie sind dabei zu der Auffassung gekommen, daß diese Frage im Benehmen mit dem Herrn Bundesminister für Arbeit und Sozialord-

nung erst abschließend beurteilt werden kann, wenn feststeht, welche einschlägigen berufsständischen Pflichtversicherungseinrichtungen in den einzelnen Ländern bestehen, wie diese satzungsgemäß organisiert sind und nach welchen Grundsätzen sie Versicherungsschutz gewähren, insbesondere wie hoch die Beiträge und Versicherungsleistungen sind, welche Möglichkeiten zu einer freiwilligen Versicherung bestehen und nach welchem Finanzierungssystem die einzelnen Einrichtungen arbeiten.

Für Bayern hat die Bayerische Versicherungskammer die erforderlichen Unterlagen dem Bayerischen Staatsministerium der Finanzen Anfang November 1965 übersandt. Das Bayerische Staatsministerium der Finanzen hat diese Unterlagen unverzüglich an den Herrn Bundesminister der Finanzen weitergeleitet. Die übrigen Bundesländer konnten bisher erst teilweise gleichartige Unterlagen vorlegen.

Erst wenn die Ermittlungen in allen Bundesländern abgeschlossen sind, kann sich das Bayerische Staatsministerium der Finanzen abschließend zu der Frage äußern, ob und inwieweit die geltende Regelung verbessert werden kann, insbesondere ob dies durch eine allgemeine Befreiung der berufsständischen Pflichtversicherungseinrichtungen von der Körperschaftsteuer oder eine Verdoppelung der bisherigen Höchstbeitragssätze geschehen kann.

Dem Abschluß dieser Ermittlungen kann u. a. aus folgenden Gründen nicht vorgegriffen werden:

Bereits im Jahre 1963 ist der Verband der Lebensversicherungsunternehmen e. V. beim Herrn Bundesminister der Finanzen im Hinblick auf die beabsichtigte körperschaftsteuerrechtliche Regelung für die berufsständischen Pflichtversicherungseinrichtungen vorstellig geworden. Der Verband hat vorgetragen, daß die fraglichen Einrichtungen auch eine freiwillige Höherversicherung bzw. Zusatzleistungen gewähren und damit in Wettbewerb zu den privaten Lebensversicherungsunternehmen treten. Es sei verfehlt, die Pflichtversicherungseinrichtungen mit den Sozialversicherungsträgern zu vergleichen. Vielmehr komme ein Vergleich mit der privaten Lebensversicherung in Betracht. Denn die Pflichtversicherungseinrichtungen würden Versicherungsschutz grundsätzlich ebenfalls nach dem Anwartschafts-

Nutzen Sie die Vorteile
unseres Gruppenversicherungsvertrages
mit der Vereinigten Krankenversicherung

deckungsverfahren und gleichen Tarifen und Rechnungsgrundlagen wie die private Lebensversicherung gewähren. Im Interesse der steuerlichen Wettbewerbsgleichheit zwischen privaten Unternehmen und Pflichtversorgungseinrichtungen soll daher eine Freistellung dieser Einrichtungen von der Körperschaftsteuer unterbleiben. Andernfalls müßten die privaten Lebensversicherungsunternehmen ebenfalls in den Genuß solcher Befreiungsvorschriften kommen.

Daß eine allgemeine Körperschaftsteuerbefreiung aller Lebensversicherungsunternehmen aus den verschiedensten Gründen nicht ernsthaft erwogen werden kann, bedarf keiner näheren Begründung. Bei Entscheidung der Frage, ob und inwieweit die geltende körperschaftsteuerrechtliche Regelung für berufsständische Pflichtversorgungseinrichtungen verbessert werden kann, ist demgemäß sorgfältig darauf zu achten, daß etwaige Verbesserungen nicht in Widerstreit zum Grundsatz der steuerlichen Gleichbehandlung gleichartiger Tatbestände geraten. Dabei fällt auch ins Gewicht, daß nach den geltenden Vorschriften Körperschaftsteuer stets nur insoweit anfällt, als eine wirtschaftliche Betätigung Gewinn abwirft und sowohl im Hinblick auf die erwiesene Leistungsfähigkeit der körperschaftsteuerpflichtigen Lebensversicherungsunternehmen als auch die bisherigen Leistungen der erst seit 1965 unter gewissen Voraussetzungen körperschaftsteuerfreien Pflichtversorgungseinrichtungen nicht ohne weiteres unterstellt werden kann, die Leistungsfähigkeit der berufsständischen Pflichtversorgungseinrichtungen sei schlechthin von der generellen Körperschaftsteuerfreiheit abhängig. Unter verfassungsrechtlichen Aspekten geht die entscheidende Frage also dahin, ob und inwieweit eine gewinnbringende wirtschaftliche Betätigung der öffentlichen Hand tatsächlich im Wettbewerb zu steuerpflichtigen Privatunternehmen tritt und ob und inwieweit ggf. überzeugende Gründe für eine steuerliche Differenzierung vorhanden sind. Die Beantwortung dieser Frage setzt naturgemäß eine präzise Erfassung aller einschlägigen Tatbestände im gesamten Geltungsbereich der gegenwärtigen Regelung und einer etwaigen zukünftig verbesserten Regelung voraus.

Das Bayerische Staatsministerium der Finanzen sieht sich deshalb außerstande, im gegenwärtigen Zeitpunkt im Bundesrat Initiativ zu werden. Ich werde jedoch den Herrn Bundesminister der Finanzen durch Übersendung eines Abdrucks dieses Schreibens und einer Abschrift der Schriftlichen Anfrage des Herrn Abgeordneten Dr. Dehler nochmals auf die Dringlichkeit des Problems aufmerksam machen.

Dr. P ö h n e r, Staatsminister

INTERESSANTES AUS ALLER WELT

Die private Krankenversicherung in der Schweiz

In der Schweiz haben die privaten Versicherungsgesellschaften den Zweig der Krankenversicherung praktisch erst nach dem letzten Krieg in ihren Geschäftsbereich aufgenommen. Die Entwicklung dieser neuen Sparte war, namentlich in den letzten Jahren, derart erfolgreich, daß sie sozusagen zum Spitzenreiter der gesamten Versicherungswirtschaft geworden ist. Die Ausgangslage war in der Schweiz allerdings etwas günstiger als bei uns in der Bundesrepublik. In vielen Kantonen bestehen auch heute noch keine obligatorischen sozialen Krankenkassen. Aber das allein wird noch nicht als Grund des starken Aufschwunges angesehen. Zu einem Teil wird er auf das Fehlen jeglicher Vorschriften über die Wahl des Arztes und über die Anwendung von Heilmitteln und besonderen Heilverfahren zurückgeführt. Die wesentlichste Ursache wird jedoch darin gesehen, daß die privaten Krankenversicherer das Hauptgewicht im allgemeinen auf den als besonders wichtig erkannten Schutz gegen die Folgen langdauernder Krankheiten und notwendig werdender kostspieliger Spezialbehandlungen gelegt haben.

Die sogenannten Bagatellfälle — darunter sind im Grundsatz nicht medizinische Bagatellen, sondern die Fälle zu verstehen, die in ihren wirtschaftlichen Auswirkungen als Bagatellen betrachtet werden müssen — sind bewußt ausgeschlossen worden, weil sie von den Versicherten in der Regel selbst getragen werden können, während sie bei einer Abwicklung über einen Versicherer nur unnötig viele zusätzliche Kosten verursachen würden, die vielfach in keinem erträglichen Verhältnis mehr zu dem objektiv notwendigen Leistungsaufwand stehen. Namentlich die mittelständischen und begüterten Kreise in der Schweiz, die durch das neue schweizerische Kranken- und Unfallversicherungsgesetz vom Tarifschutz ausgeschlossen worden sind, haben sich im vermehrten Maße der privaten Krankenversicherung zugewandt, weil man hier anscheinend besonderen Bedürfnissen besser entgegenkommen konnte.

Zuschüsse aus öffentlichen Mitteln erhalten in der Eidgenossenschaft nur die Krankenkassen, die die entsprechenden Bedingungen des Schweizerischen Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes erfüllen.

Die Prämieinnahmen der schweizerischen privaten Krankenversicherung — die nebenbei erwähnt keinerlei Stütze in Zuschüssen oder Subventionen aus öffentlichen Mitteln haben — sind Jahr für Jahr um 20 bis 25% gestiegen. Sie betragen 1945 eine Million Schweizer Franken, 1960 waren es 27 Millionen, 1962 betragen sie bereits 42 Millionen und werden sich nach offiziellen Angaben im Jahr 1963 auf etwa 51 Millionen Schweizer Franken erhöht haben. Nach den ersten Erhebungen für 1964 hat sich das überdurchschnittliche Wachstum weiter fortgesetzt. Es wird damit gerechnet, daß die Prämieinnahmen der schweizerischen privaten Krankenversicherer im Jahr 1964 den Betrag von 63 Millionen Schweizer Franken erreichen werden.

v. L.-n.

Kritik an Österreichs „Gesundheitspolitik“

Heftige Kritik an der österreichischen „Gesundheitspolitik“ übte Professor Dr. Karl FELLINGER, Prorektor der Wiener Universität, als er vor der Vereinigung österreichischer Ärzte über die Gesundheit als politische Aufgabe sprach. „Daß Unzufriedenheit mit unseren Spitälern besteht, ist offenbar“, sagte Professor Fellingner und wies vor allem auf die Bettennot, die Überalterung, den Mangel an modernen Zentren hin. Sowohl in Wien, das beispielgebend sein sollte, wie auch in den Bundesländern vermisste man völlig eine Planung auf lange Sicht. Es gehe nicht an, Patienten unterschiedslos in überfüllten Spitälern unterzubringen. Für Patienten mit Alterskrankheiten genüge normales Pflegepersonal; hochqualifizierte Ärzte und Schwestern sollten hingegen in Schwerkrankenstationen konzentriert werden. Professor Fellingner verlangte die Errichtung von Spezialstationen (mindestens einer Station für Herzchirurgie, mehrerer Stationen für Lungen- und Neurochirurgie, von je vierzehn Dialytest- und Isotopenstationen sowie einer hochqualifizierten therapeutischen Bestrahlungsabteilung), deren Errichtung mehrere Jahre erfordere. Aus diesem Grund müsse auf Jahre im voraus geplant werden. Der Redner verwies auf das Beispiel anderer Länder und Städte und bedauerte, daß in Wien, das einst als Mekka der Medizin bezeichnet wurde, auch heute noch kein konkreter Spitalplan existiere.

Nach Meinung von Professor Fellingner müssen die alten Konzepte — große Abteilungen mit 200 und mehr Betten — endlich aufgegeben werden. Jeder Primarius sollte Gelegenheit haben, sich persönlich mit jedem Kranken zu beschäftigen.

Im Rahmen der Versorgung alter Menschen schlug Fellingner die Errichtung von „Altersdörfern“ vor, deren Einwohner ihr eigenes Leben gestalten könnten. Verschiedene Klöster, die längst ihre gesellschaftliche Funktion verloren haben, könnten als Mittelpunkte solcher Altersdörfer dienen.

Abschließend übte Professor Fellingner Kritik an der Mangelhaftigkeit der Bemühungen um die Steuerung des Ärztenachwuchses und um die Lösung der immer bedrohlicher werdenden Frage des Schwesternnach-

wuchses. Der als Gast anwesende Bundeskanzler Dr. Klaus forderte, daß die so dringend notwendige Gesundheitspolitik den Ärzten übertragen werden müsse, denn dieses so eminent wichtige Gebiet des staatlichen Lebens dürfe nicht in andere Hände abgleiten.

Infrarotkamera zur Frühdiagnose von Brustkrebs

Eine Infrarotkamera soll im Gesundheitsamt von Rotherham, Nordengland, in Kürze erstmalig zu Reihenuntersuchungen eingesetzt werden.

Das Gerät mit der Bezeichnung „Pyroscan“, das von der medizinischen Abteilung der britischen Firma „Smiths Motor Accessories“ in London entwickelt wurde, kann ein genaues Bild von den Wärmeverhältnissen der menschlichen Haut geben. Es soll zur Frühdiagnose von Brustkrebs eingesetzt werden.

Diese Krebserkrankung führt zu erhöhter Temperatur der Haut in dem erkrankten Gebiet, die auf dem von der Kamera innerhalb von zwanzig bis dreißig Sekunden erzeugten Schwarzweißbild durch helle Stellen gekennzeichnet ist. Bei dem Gerät handelt es sich um die am schnellsten arbeitende und empfindlichste Anlage ihrer Art.

Die durch die Wärme der Haut erzeugten Infrarotstrahlen werden auf eine Infrarotfotозelle gelenkt, deren Leitfähigkeit je nach der Strahlungsintensität variiert. Diese Schwankungen werden in entsprechende Stromimpulse umgesetzt und millionenfach verstärkt.

Die elektrischen Impulse „zeichnen“ dann das Bild auf Faksimilepapier auf oder machen es auf einer Kathodenstrahlröhre sichtbar. Wenn nötig, wird das Bild in natürlicher Größe, mittels einer Fernsehkamera, auf den Schirm einer kurzgeschlossenen Fernsehanlage projiziert. Die durch das Gerät ermittelten Resultate werden später durch die klinische Untersuchung bestätigt.

Dr. Raymond DONALDSON, der Amtsarzt von Rotherham, der für den Einsatz der Infrarotkamera verantwortlich ist, erklärte: „Die Verwendung des ‚Pyroscan‘-Geräts in unserem Amt könnte für Kommunalbehörden in der ganzen Welt, vor allem in Europa und Nordamerika, bahnbrechend sein.“

A-St.

Bei

Husten

hilft

Kindern und Erwachsenen

Pertussin®

Sirup • Balsam Zäpfchen



TAESCHNER

AMTLICHES**Richtlinien des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer über Vertragliche Regelung der Arbeitsbedingungen für Arzthelferinnen**

vom 5. 2. 1966

I. Geltungsbereich

Die Richtlinien gelten für die vertraglichen Beziehungen zwischen niedergelassenen Ärzten und den in Bayern in den ärztlichen Praxen tätigen Arzthelferinnen, wenn ihre Tätigkeit dem Berufsbild der Arzthelferin entspricht und sie nach den hierfür maßgebenden Grundsätzen vor der Ärztekammer eine Prüfung abgelegt haben*).

II. Arbeitsvertrag

Der Arbeitsvertrag wird schriftlich abgeschlossen. Nebenabreden sind nur wirksam, wenn sie schriftlich vereinbart werden.

III. Ärztliche Untersuchung

1. Die Arzthelferin hat auf Verlangen des Arbeitgebers vor ihrer Einstellung ihre körperliche Eignung (Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit) durch das Zeugnis eines anderen Arztes nachzuweisen.
2. Der Arbeitgeber kann bei gegebener Veranlassung durch einen anderen Arzt feststellen lassen, ob die Angestellte dienstfähig oder frei von ansteckenden oder ekelerregenden Krankheiten ist.
3. Die Kosten der Untersuchungen trägt der Arbeitgeber.

IV. Probezeit

Die ersten vier Monate der Beschäftigung gelten als Probezeit. Sie entfällt, wenn die Angestellte in unmittelbarem Anschluß an ein erfolgreich abgeschlossenes Lehrverhältnis in derselben Praxis eingestellt wird.

V. Allgemeine Pflichten

1. Die Angestellte hat die ihr übertragenen Dienstobliegenheiten gewissenhaft wahrzunehmen und ihr dienstliches Verhalten den besonderen Verhältnissen der Praxis anzupassen.
2. Grobe Verstöße im Verhalten der Angestellten, die unter Umständen zu einer Schädigung des Ansehens der Praxis oder des Praxisinhabers führen könnten, berechtigen den Arbeitgeber zur Lösung des Arbeitsverhältnisses.
3. Die Arzthelferin verpflichtet sich, alle Praxisvorgänge sowie den Personenkreis der Patienten geheimzuhalten. Dies gilt auch nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses.

VI. Arbeitszeit

1. Die regelmäßige Arbeitszeit beträgt ausschließlich der Pausen wöchentlich 48 Stunden.

*) Es wird den Ärzten empfohlen, die Arbeitsbedingungen für die ungeprüften Arzthelferinnen ebenfalls nach diesen Richtlinien zu regeln. Dabei können — je nach dem Leistungsstand der Beschäftigten — gegebenenfalls Abschläge bei den Gehaltsätzen vorgenommen werden.

2. Für Jugendliche gelten die Bestimmungen des Jugendarbeitsschutzgesetzes vom 9. 8. 1960.

VII. Arbeitsversäumnis

Arbeitsunfähigkeit ist unverzüglich anzuzeigen. Drei Tage nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit hat die Arzthelferin auf Verlangen des Arbeitgebers eine Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit und ihre voraussichtliche Dauer vorzulegen. Die Kosten trägt der Arbeitgeber.

VIII. Vergütung

1. Die Vergütung richtet sich nach den Berufsjahren der Arzthelferin und der Ortsklasse, der der Beschäftigungsort angehört.
2. Die Berufsjahre zählen von dem Zeitpunkt an, in dem der Arzthelferin von einer Ärztekammer der Helferrinnenbrief erteilt wurde.
3. Für die Einteilung der Orte in Ortsklassen ist das Ortsklassenverzeichnis für den öffentlichen Dienst maßgebend.
4. Die Höhe der Vergütung beträgt monatlich brutto**):

	Orts- klasse S	Orts- klasse A
im 1. Berufsjahr	470.— DM	445.— DM
im 2. Berufsjahr	490.— DM	465.— DM
im 3. Berufsjahr	510.— DM	485.— DM
im 4. Berufsjahr	530.— DM	505.— DM
im 5. Berufsjahr	550.— DM	525.— DM
im 7. Berufsjahr	570.— DM	545.— DM
im 9. Berufsjahr	590.— DM	565.— DM
im 11. Berufsjahr	610.— DM	585.— DM
im 13. Berufsjahr	630.— DM	605.— DM
im 15. Berufsjahr	650.— DM	625.— DM
im 17. Berufsjahr	670.— DM	645.— DM

5. Auf Spitzenbeträge kann der Arbeitnehmer zur Ersparnis von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Arbeitgeber verzichten. Bei Minderjährigen ist hierzu die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters erforderlich.

IX. Sachbezüge

Erhält die Arzthelferin freie Kost, so werden hierfür die für den Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge jeweils amtlich festgelegten Sätze vom Netto Gehalt abgezogen. Erhält die Arzthelferin freie Unterkunft, so ist deren Wert im Einzelfall nach den ortsüblichen Sätzen zu bewerten und vom Netto Gehalt abzusetzen.

***) siehe hierzu Fußnote zu Ziffer I.

X. Krankenbezüge

Die Angestellte hat bei Arbeitsversäumnis infolge unverschuldeter, durch Krankheit oder Unfall verursachter Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Weiterzahlung des Gehalts bis zur Dauer von sechs Wochen.

XI. Urlaub

1. Die Angestellte hat in jedem Kalenderjahr Anspruch auf bezahlten Urlaub. Der Urlaub soll möglichst zusammenhängend gewährt werden, soweit dies die Belange der Praxis zulassen.
2. Der Urlaubsanspruch entsteht erstmalig nach sechsmonatiger Tätigkeit in der gleichen Praxis.
3. Ausscheidende Angestellte erhalten für jeden Arbeitsmonat im laufenden Kalenderjahr $\frac{1}{12}$ des ihnen zustehenden Urlaubs.
4. Der Urlaub beträgt für die über 18 Jahre alten Angestellten vom 18. bis zum 19. Lebensjahr: 18 Werkstage, vom 20. bis zum 29. Lebensjahr: 22 Werkstage, vom 30. Lebensjahr an: 24 Werkstage.
5. Für Jugendliche regelt sich der Urlaubsanspruch nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz vom 9. 8. 1960.
6. Urlaubsjahr ist das Kalenderjahr.
7. Bei verschuldeter fristloser Entlassung oder vertragswidriger Auflösung des Arbeitsverhältnisses durch die Angestellte entfällt der Urlaubsanspruch.

XII. Kündigung

1. Das Dienstverhältnis kann mit einer Frist von sechs Wochen zum Schluß eines Kalendervierteljahres gekündigt werden.
2. Innerhalb der Probezeit ist die Kündigung mit einer Frist von zwei Wochen zum Monatsschluß zulässig.
3. Weitergehende gesetzliche Bestimmungen über Kündigungsfristen bleiben unberührt. Unberührt bleibt auch die Kündigung aus wichtigem Grund (§ 626 BGB).
4. Die Kündigung bedarf der Schriftform.

XIII. Zeugnis

Die Angestellte hat nach Kündigung des Dienstverhältnisses Anspruch auf Aushändigung eines vorläufigen Zeugnisses, das bei Beendigung des Dienstverhältnisses gegen ein endgültiges Zeugnis umzutauschen ist.

Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer hat in seiner Sitzung am 5. 2. 1966 beschlossen, daß diese Richtlinien ab 1. 3. 1966 in Kraft treten.

Festsetzung des Wertes der Sachbezüge für das Kalenderjahr 1966

Im Bayerischen Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 17 vom 20. 12. 1965 ist eine Verordnung der Bayerischen Staatsregierung veröffentlicht, die wir nachstehend auszugsweise abdrucken:

A. Freie Station

1. Für die Bewertung der vollen freien Station (einschließlich Wohnung, Heizung und Beleuchtung) gelten die folgenden Sätze:

Stufe	Arbeitnehmergruppe	Bewertungsgruppe	
		I DM	II DM
a)	für Arbeitnehmer, soweit sie nicht unter die Buchstaben b oder e fallen		
	monatlich	165,—	156,—
	wöchentlich	38,50	36,40
	täglich	5,50	5,20
b)	für Lehrlinge und sonstige Personen in Berufsausbildung bis zum vollendeten 18. Lebensjahr		
	monatlich	147,—	129,—
	wöchentlich	34,30	30,10
	täglich	4,90	4,30
c)	für Angestellte in gehobener oder leitender Stellung sowie Beschäftigte mit Diensten höherer Art (z. B. Ärzte, Apotheker, Werkmeister, Gutsinspektoren usw.)		
	monatlich	207,—	195,—
	wöchentlich	48,30	45,50
	täglich	6,90	6,50
2.	Bei teilweiser Gewährung von freier Station sind anzusetzen:		
a)	Wohnung (einschließlich Heizung und Beleuchtung)	mit $\frac{2}{10}$	
b)	Frühstück	mit $\frac{2}{10}$	
c)	Mittagessen	mit $\frac{2}{10}$	
d)	Abendessen	mit $\frac{2}{10}$	
	der in Nummer 1 bezeichneten Sätze.		
3.	Wird die freie Station nicht nur dem Arbeitnehmer allein, sondern auch seinen Familienangehörigen gewährt, so erhöhen sich die in den Nummern 1 und 2 bezeichneten Beträge:		
a)	für den Ehegatten	um 80 v. H.	
b)	für jedes Kind im Alter von mehr als 6 Jahren	um 40 v. H.	
c)	für jedes Kind bis zum 6. Lebensjahr	um 30 v. H.	

Cefadysbasin®

TROPFEN

TABLETTEN

AMPULLEN

CEFAK
KEMPTEN

PERIPHERE UND KORONARE DURCHBLUTUNGSSTÖRUNGEN

4. In die Bewertungsgruppe I werden die Gemeinden mit 50 000 und mehr, in die Bewertungsgruppe II die Gemeinden mit weniger als 50 000 Einwohnern eingereiht.

B. Geltungsbereich

1. Die vorstehend festgesetzten und bekanntgegebenen Werte gelten auch dann, wenn in einem Tarifvertrag (Tarifordnung), einer Betriebsvereinbarung (Betriebs- oder Dienstordnung) oder in einem Arbeitsvertrag für die Sachbezüge höhere oder niedrigere Werte festgesetzt sind. Sie gelten ferner, wenn anstelle der vorgesehenen Sachbezüge die in dem Tarifvertrag (Tarifordnung), der Betriebsvereinbarung (Betriebs- oder Dienstordnung) oder in einem Arbeitsvertrag festgesetzten Werte nur gelegentlich oder vorübergehend (z. B. bei tageweiser auswärtiger Beschäftigung, bei Urlaub) bar ausbezahlt werden.
2. Die vorstehenden Werte gelten bei laufendem Arbeitslohn erstmalig für den Arbeitslohn, der für einen Lohnzahlungszeitraum gezahlt wird, der nach dem 31. Dezember 1965 liegt und bei sonstigen Bezügen erstmalig für die Bezüge, die dem Arbeitnehmer nach dem 31. Dezember 1965 zufließen.

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1966 in Kraft.

Maßnahmen der Polizei gegen Kraftfahrzeugführer, die ihre Ausweispapiere vergessen haben

Entschließung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 15. 12. 1965 Nr. I C 4 — 2505/30 — 25

Wer ein Kraftfahrzeug führt und dazu eine Fahrerlaubnis braucht, muß den Führerschein bei sich haben und ihn der Polizei auf Verlangen zur Prüfung aushändigen (§ 4 Abs. 2 Satz 2 StVZO). Entsprechendes gilt für die Kraftfahrzeug- und Anhängerscheine (§ 24 Satz 2 StVZO) zulassungspflichtiger Fahrzeuge und für die Betriebserlaubnis einiger betriebserlaubnispflichtiger Fahrzeuge (§ 18 Abs. 5 StVZO). Wer diese Pflichten verletzt, ist nach § 21 Abs. 1 StVG strafbar.

Hierzu wird im Einvernehmen mit dem Bayerischen Staatsministerium der Justiz bestimmt:

I. Fehlende Ausweispapiere

Behauptet der Fahrzeugführer, er habe den Führerschein, den Kraftfahrzeugschein, den Anhängerschein oder die Urkunde über die Betriebserlaubnis vergessen, so ist wie folgt zu verfahren:

1. Zunächst sind die Personalien des Fahrzeugführers festzustellen. Anschließend ist zu ermitteln, ob er die Fahrerlaubnis besitzt, ob das Fahrzeug ordnungsgemäß zugelassen ist oder ob der Fahrzeugführer berechtigt ist, das Fahrzeug zu benutzen (z. B. durch Rückfrage bei der Kreisverwaltungsbehörde oder bei einer anderen Behörde, Begleitung des Täters zu seiner Wohnung). Diese Ermittlungen können in der Regel unterbleiben, wenn sie mit größeren Schwierigkeiten oder mit erheblichem Zeitaufwand verbunden wären (z. B. bei Nacht, an Sonn- und Feiertagen, bei weiter Entfernung der Behörde).

Erweisen sich die Angaben des Fahrzeugführers als richtig oder konnten die Ermittlungen nicht oder nicht vollständig durchgeführt werden, so ist in der Regel gebührenpflichtig zu verwarnen und die Weiterfahrt zu gestatten. Der Fahrzeugführer erhält eine Kontrollaufforderung (Abschnitt II), wenn die

Ausweispapiere nicht eingesehen werden konnten. Wenn die Personalien nicht festgestellt werden konnten, ist die Weiterfahrt in der Regel zu verhindern.

2. Besteht von vornherein kein Zweifel, daß die Behauptung des Fahrzeugführers richtig ist, so ist in der Regel gebührenpflichtig zu verwarnen und die Weiterfahrt zu gestatten (z. B. der Polizeibeamte kennt den Fahrzeugführer und weiß, daß er die erforderlichen Urkunden besitzt). Eine Kontrollaufforderung ist hier nicht erforderlich.
3. Steht in den Fällen der Nr. 1 und 2 ein Fahrer mit Führerschein zur Verfügung, so darf die Weiterfahrt in der Regel nur diesem Fahrer gestattet werden.

II. Kontrollaufforderung

1. Kontrollaufforderungen werden nach dem Muster der Anlage ausgefertigt. Der Polizeibeamte füllt die Kontrollaufforderung (hellgrüne Postkarte) aus und übergibt sie dem Fahrzeugführer. Die Durchschrift der Aufforderung (weißes Blatt), die gut lesbar sein muß, verbleibt bei der Polizei.
2. Mit der Kontrollaufforderung wird der Fahrzeugführer aufgefordert, die fehlende Urkunde (Führerschein, Kraftfahrzeugschein, Anhängerschein, Ablichtung oder Abdruck einer allgemeinen Betriebserlaubnis oder Einzelbetriebserlaubnis) einer Polizeidienststelle vorzulegen und die bestätigte Kontrollaufforderung als Postkarte innerhalb von sieben Tagen freigemacht an die Dienststelle des kontrollierenden Polizeibeamten zurückzusenden. Gebt die Kontrollaufforderung mit der Bestätigung einer Polizeidienststelle nicht rechtzeitig ein, so besteht verstärkter Verdacht eines Vergehens nach den §§ 23 ff. StVG, §§ 242 ff. StGB. Es sind dann sofort die notwendigen Maßnahmen zu treffen.

III. Verfahren bei Eigenmeldung des Fahrzeugführers

Zeigt ein Fahrzeugführer bei einer Polizeidienststelle freiwillig an, er habe seinen Führerschein oder die erforderlichen Fahrzeugpapiere vergessen, so sind die Abschnitte I und II anzuwenden. Vorläufige Ermittlungen über die Richtigkeit der Angaben sind hier jedoch möglichst in jedem Falle durchzuführen, da die Bestätigung über ein positives Ergebnis der Ermittlungen auf der Kontrollaufforderung den Fahrzeugführer während der Weiterfahrt in der Regel vor weiteren polizeilichen Maßnahmen bewahren wird. Von Ahndungsmaßnahmen vor Ablauf der Kontrollfrist kann in der Regel selbst dann abgesehen werden, wenn feststeht, daß der Betroffene das Fahrzeug ohne die erforderlichen Ausweispapiere bereits selbst geführt hat.

IV. Kosten

Für die Kontrolle der Führerscheine und der Fahrzeugpapiere durch die Polizei und für die Kontrollaufforderung werden keine Kosten erhoben (Art. 3 Abs. 1 Nr. 2 des Kostengesetzes — KG —). Werden für die vorläufigen Ermittlungen vor Aushändigung der Kontrollaufforderung andere als polizeieigene Nachrichtermittel benützt, so hat jedoch der Fahrzeugführer die Auslagen zu ersetzen (Art. 13 Abs. 1 KG).

Bestätigt eine Dienststelle der Polizei auf der Kontrollaufforderung die Vorlage der Papiere, so ist hierfür eine Gebühr in Höhe von 2 DM zu erheben (Art. 1, 2, 6, 8 KG i. V. mit Teil 1 Tarif-Nr. 3 KVerz.).

GESETZES- UND RECHTSFRAGEN

Verhalten des Arztes gegenüber seiner Standesvertretung

Beschluß des Berufsgerichts für die Heilberufe beim
Oberlandesgericht München vom 4. Dezember 1965
(Az. BG-Ä 9/65) — rechtskräftig:

Wie schon das Berufsgericht Nürnberg (vgl. „Bayer. Ärzteblatt“ 1965/692), hat nunmehr auch das Berufsgericht München das Verhalten eines Arztes verurteilt, der auf verschiedene Schreiben der ärztlichen Standesvertretung nicht antwortete. Der betreffende Arzt war von der Bayerischen Landesärztekammer wiederholt aufgefordert worden, zu Vorwürfen Stellung zu nehmen, die gegen ihn erhoben worden waren. Der Arzt antwortete nicht.

Das Berufsgericht hat im sogenannten abgekürzten Verfahren — und nur wegen des oben geschilderten Verhaltens — gegen den Arzt auf einen Verweis und eine Geldbuße von 200 DM erkannt; auch die Kosten des Verfahrens wurden dem Arzt auferlegt. Damit hat das Berufsgericht die in diesem Verfahren zulässige Höchststrafe gegen den Arzt verhängt.

Aus den Gründen:

Der Beschuldigte hat durch Nichtbeantwortung der Schreiben der Kammer eine Berufspflichtverletzung begangen.

Die Landesärztekammer als öffentlich-rechtliche Körperschaft mit hoheitlichen und Selbstverwaltungsbefugnissen teilt sich mit den Kreis- und Bezirksverbänden in die Aufgaben, die Art. 2 Kammergesetz der Berufsvertretung der Ärzte zuweist. Zu diesen Aufgaben gehört auch die Überwachung der ärztlichen Berufspflichten, die die Innehaltung eines beruflich leistungsfähigen und sittlich hochstehenden Ärztestandes sichern soll. Im Rahmen dieser Berufsaufsicht forderte die Kammer den Beschuldigten dreimal vergeblich zu einer Stellungnahme zu den gegen ihn erhobenen Vorwürfen auf. Zwar nimmt die Kammer gegenüber den einzelnen Mitgliedern der Berufsvertretung nicht die Stellung eines Vorgesetzten ein. Es sind ihr aber durch das Kammergesetz, insbesondere durch Art. 2 Kammergesetz, Rechte und Pflichten zugewiesen, welche nur dann mit Erfolg ausgeübt werden können, wenn die Mitglieder im Verkehr mit der Kammer die Regeln der Kollegialität und des Anstandes beachten. Auch in seiner Eigenschaft als Mitglied der Berufsvertretung durfte er die Aufforderung nicht unbeachtet lassen. Er hat damit eine Mißachtung der Kammer an den Tag gelegt.

Dieses Verhalten geziemt nicht der Stellung des einzelnen Arztes gegenüber der nach Art. 2 Kammergesetz zur Aufsicht über die Erfüllung der den Ärzten obliegenden Pflichten berufenen Kammer (Beschuß des Berufsgerichts für die Heilberufe Schleswig-Holstein vom 29. August 1962 [BG 13/62], Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 2/63). Er hat sich damit der durch seinen Beruf erforderten Achtung nicht würdig gezeigt (§ 2 Abs. 1 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns)...

Rechtsanwalt Franz M. Poellinger, München

MITTEILUNGEN

Sammlung medizinhistorischer Gegenstände

Herr Dr. Walther Koerting legt im Hinblick auf an ihn gelangte Äußerungen Wert auf die Feststellung, daß ihm der im „Bayerischen Ärzteblatt“ (1966, Nr. 1) erschienene Aufruf vor Abdruck nicht bekannt war. Seine Anfrage an die Schriftleitung hat ergeben, daß der Geschäftsführende Arzt der Ärztekammer Nord-Württemberg, Herr Dr. Berensmann, um Nachdruck eines im „Ärzteblatt für Baden-Württemberg“ erschienenen Aufrufes ersucht hatte.

Dr. Koerting stellt fest, daß er auf der Tagung der „Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik“ 1961 in Augsburg—München im Hinblick auf den Ausfall der Sammlungen in Berlin und Leipzig auf die Wichtigkeit musealer medizinhistorischer Sammlungen hingewiesen hat, daß er dies im „Bayerischen Ärzteblatt“ (1962, Nr. 1) in seinem Artikel „Das Institut für Geschichte der Medizin der Universität Wien“ wiederholt hat, daß er am 16. 2. 1962 mit dem damaligen Generaldirektor des Germanischen Nationalmuseums in Nürnberg, Herrn Professor Dr. Grote, in der gleichen Angelegenheit eine längere Unterredung hatte und mit dem seinerzeitigen Präsidenten der „Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin usw.“ in gleicher Sache einen Briefwechsel geführt hat. Die „Deutsche Gesellschaft für Geschichte der Medizin usw.“ zählte 1965 550 Mitglieder, während die in dem eingangs erwähnten Aufruf genannte „Gesellschaft für Wissenschaftsgeschichte“ zur gleichen Zeit nur 33 Mitglieder aufweisen konnte.

Aus sachlichen Gründen muß der genannte Aufruf schon deshalb abgelehnt werden, weil er ohne vorherige Abstimmung mit der alten „Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin usw.“ und den einzelnen Ordinarien für Geschichte der Medizin abgefaßt wurde. Bevor an Zentralisierung gedacht wird, müßte eine regionale Sammlung erfolgen. Dr. Koerting legt den Kollegen in Bayern nahe, nicht voreilig Gegenstände nach außerhalb zu schicken, sondern die Ratschläge der zuständigen, vor allem der bayerischen, Stellen abzuwarten.

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin:

Das „Bayerische Ärzteblatt“ brachte in Nr. 1/1966, S. 64, einen Aufruf zur Sammlung medizinhistorischer Gegenstände. Als vorläufige Sammelstelle soll das „Institut für Geschichte der Medizin an der Universität Heidelberg in Verbindung mit der Gesellschaft für Wissenschaftsgeschichte“ dienen. Dieser Regelung, die nur der Abmachung eines kleinen Kreises entspricht, können wir nicht zustimmen. Wir halten es vielmehr für angebracht, Gegenstände von medizinhistorischem Interesse, insbesondere auch Bücher und Schriftstücke, die zur Verfügung stehen, dem nächstliegenden Universitätsinstitut für Geschichte der Medizin anzubieten. Die regionalen Sammlungen können später einmal, aber nur aufgrund einer allgemeinen Abmachung, an der die Institute für Geschichte der Medizin beteiligt sind, in einer zentralen Sammlung zusammengefaßt werden.

Deutsche Gesellschaft für Geschichte der Medizin,
Naturwissenschaft und Technik

Klemm

Goerke

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Dezember 1965*

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Wie schon früher zu dieser Jahreszeit erkrankten auch im Dezember 1965 wieder weniger Personen als im Vormonat an Scharlach. Auf 100 000 der Bevölkerung (auf ein Jahr umgerechnet) entfielen im November 108, im Dezember nur mehr 96 Fälle. Auch Erkrankungen an Diphtherie wurden seltener als im November — im ganzen vier Fälle — berichtet. Bei einer Person wurde übertragbare Kinderlähmung, jedoch ohne Lähmungserscheinungen festgestellt. Von den meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten der Verdauungsorgane traten im Dezember Typhus,

Paratyphus und Ruhr nur in einigen wenigen Fällen auf. Die Häufigkeit von Salmonellose-Erkrankungen (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) ging gegenüber dem Vormonat, in dem einige Gruppen-erkrankungen beobachtet worden waren, von 68 auf 25 Fälle je 100 000 der Bevölkerung zurück. Erkrankungen an einer anderen Form der Enteritis infectiosa (übertragbare Darmentzündung) traten örtlich gehäuft in der kreisfreien Stadt Bamberg auf. Die Zahl der Fälle von Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) ging im Dezember etwas zurück.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 5. Dezember 1965 bis 1. Januar 1966 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11			
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare										Typhus ebdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa			
					Kinderlähmung		Meningitis				Gehirnentzündung										Salmonellose		übrige Formen	
					der. parol. Fälle		Meningokokken		übrige Formen															
E ¹⁾ ST ²⁾		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST				
Oberbayern	—	—	271	—	—	—	—	—	1	—	6	1	—	—	3	—	—	—	5	—	136	—	—	—
Niederbayern	1	—	43	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	7	—	2	—
Oberpfalz	—	—	60	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	2	—	10	—	—	—
Oberfranken	1	—	83	—	1	—	—	—	2	—	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	161	—
Mittelfranken	1	—	123	—	—	—	—	—	7	1	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	15	—	—	—
Unterfranken	—	—	74	—	—	—	—	—	2	—	3	—	2	1	—	—	1	—	—	—	7	—	4	—
Schwaben	1	—	90	—	—	—	—	—	1	—	2	1	—	—	—	—	4	—	1	—	13	—	1	—
Bayern	4	—	744	—	1	—	—	—	15	1	17	3	4	1	4	—	5	—	11	—	193	—	168	—
München	—	—	100	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	1	—	93	—	—	—
Nürnberg	—	—	48	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
Augsburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—
Regensburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—
Würzburg	—	—	8	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20	
	Dutu-llismus		Hepatitis infectiosa		Ornithose (übrige Formen)		Amöbenruhr		Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾		Bang'sche Krankheit		Kindbett- fieber bei oder auch Fehlgeburt		U- Fieber		Toxo- plasmosis	
													E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	—	—	71	2	—	—	—	—	24	—	2	—	1	—	1	—	4	1
Niederbayern	—	—	32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberpfalz	—	—	28	—	—	—	—	—	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberfranken	—	—	26	2	1	—	—	—	23	—	2	—	—	—	—	—	—	—
Mittelfranken	—	—	22	—	3	—	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Unterfranken	—	—	46	—	—	—	—	—	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Schwaben	1	—	30	—	—	—	1	—	132	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bayern	1	—	255	4	4	—	1	—	220	—	4	—	1	—	1	—	4	1
München	—	—	30	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	2	—
Nürnberg	—	—	10	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	4	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

*) 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.

wiotax
wiotax
wiotax
wiotax[®]
wiotax
wiotax
wiotax



wiotax
wiotax
wiotax
wiotax
wiotax
wiotax
wiotax
wiotax
wiotax
wiotax

**Antibiotischer Wundpuder
mit schmerzstillender und
granulationsanregender Wirk-
kung zur Therapie des**

Ulcus cruris

**und zur allgemeinen Wund-
behandlung**

Zusammensetzung:

Tetracyclinhydrochlorid	70 mg
Dakamathylen-bis-(4-aminochinal- diniumacetat)	15 mg
Oxypolyaethoxydodacan (Pistocain)	90 mg
Oleyllum oleinicum	90 mg
Cholesterinum	4 mg
SiO ₂ - Pudergrundlage ad	1 g

Packungsgröße:

Plastikflasche zu 1,8 g · DM 3,15



DR. FRIEDRICH SASSE · 1 BERLIN 10 · POSTFACH 640

Beschlüsse des DGB zu den Fragen ärztlicher Fortbildung und der Krankenhausfinanzierung

Aufgrund einstimmiger Beschlüsse hat die 7. ordentliche Landesbezirkskonferenz des DGB, die ihre Tagung am 22. und 23. Januar 1966 in München abgehalten hat, eine Reihe von Ersuchen an den Bayerischen Landtag und die Bayerische Staatsregierung gerichtet, die auch für die Ärzteschaft von Interesse sind. Durch Beschluß des Bayerischen Landtages vom 17. 3. 1964 hatte der Bayerische Landtag die Bayerische Staatsregierung beauftragt, eine Akademie für Arbeitsmedizin zu errichten. Die im Vollzug dieses Beschlusses von dem „Ausschuß für arbeitsmedizinische Ausbildung und Akademie für Arbeitsmedizin“ abgehaltenen Kurse haben sich bei der Fortbildung approbierter Ärzte als erfolgreich erwiesen. Nachdem die Weiterbildung zu Ärzten für Arbeitsmedizin und Werksärzten durch die Empfehlung des Deutschen Ärztetages zur Einführung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“ einen neuen Anreiz erhalten hat, soll die Akademie neben der Fortbildung approbierter Ärzte vor allem auch der Weiterbildung zum Arzt dienen, der die Berufsbezeichnung „Arbeitsmediziner“ führen kann. In diesem Zusammenhang ist dem Wunsch Ausdruck gegeben worden, die Tätigkeit der Akademie für Arbeitsmedizin auf eine gesetzliche Grundlage zu stellen. Ferner ist ersucht worden, darauf hinzuwirken, daß die Arbeitsmedizin zum Lehr- und Prüfungsfach erhoben wird, und Lehrstühle für Arbeitsmedizin an allen bayerischen Universitäten und Akademien errichtet werden. Schließlich wurde die Bayerische Staatsregierung ersucht, an den medizinischen Fakultäten aller bayerischen Universitäten eigenständige Institute für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie einzurichten. In der Frage der Krankenhausfinanzierung hat die Landesbezirkskonferenz des DGB eine Neuordnung gefordert, die verhindert, daß die sogenannten Vorhaltekosten über die Krankenhauspflegesätze den Sozialversicherten aufgebürdet werden.

v. L.-n.

Einstellung eines Polizeiarztes in München

Beim Präsidium der Bayerischen Landpolizei in München ist die Stelle eines hauptamtlichen Polizeiarztes (Oberregierungsmedizinalrat, BesGr. A 14) zu besetzen. Bewerbungen sind an das Präsidium der Bayerischen Landpolizei, 8 München 13, Winzererstr. 9, Tel. 52 02 20, zu richten, das über nähere Einzelheiten Auskunft erteilt.

Beamtenstellen im landgerichtsärztlichen Dienst in Bayern

Bei den landgerichtsärztlichen Dienststellen in Augsburg, Kempten (Allgäu), Nürnberg und Regensburg werden nachgeordnete Ärzte mit selbständiger Tätigkeit eingestellt. Erfahrungen als Psychiater oder Gerichtsmediziner sind erwünscht.

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 Lehrganges erhalten sie volle Dienstbezüge und Beschäftigungsvergütung. Nach der Physikatsprü-

fung werden sie als Regierungsmedizinalrat (A 13) in das Beamtenverhältnis übernommen und nach drei Jahren zum Oberregierungsmedizinalrat (A 14) befördert. Mit der Übernahme einer Chefstelle bestehen weitere, außergewöhnlich günstige Aufstiegsmöglichkeiten bis zum Regierungsmedizinaldirektor (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.

Wichtige Entscheidung:

Ehemaliger Pensionsverein der deutschen Ärzte der tschechoslowakischen Republik

Der Pensionsverein der deutschen Ärzte der tschechoslowakischen Republik in Brünn, Adlergasse 7, konnte als gesetzliche Rentenversicherung im Sinne des § 15 Abs. 3 des Fremdrentengesetzes (FRG) in der Fassung des FANG v. 25. 2. 1960 nicht anerkannt werden, doch hat das Bundesausgleichsamt den Pensionsverein in die Liste der Versicherungsunternehmen aufgenommen.

Die Mitglieder des ehemaligen Pensionsvereines bzw. deren Hinterbliebene wollen sich zwecks Entschädigung an das für sie zuständige Ausgleichsamt wenden und dort auf die Anlage 4 zum FG-Sammelrundschreiben in der Fassung vom 24. 4. 1963 — MtBl. BAA S. 294 — hinweisen.

Sensations-Bericht in der Illustrierten „Revue“

Nr. 1/1966 vom 29. 12. 1965

„Mehr Tote als nötig / Jährlich eine Million Unfallverletzte — und kein ausgebildeter Unfallchirurg in Deutschland“

Die Illustrierte „Revue“, Nr. 1/1966 vom 29. 12. 1965, hat unter der Schlagzeile „Mehr Tote als nötig“ und mit dem Untertitel „Jährlich eine Million Unfallverletzte — und kein ausgebildeter Unfallchirurg in Deutschland“ eine an das primitivste Sensationsbedürfnis appellierende Reportage zur Frage der Versorgung der Unfallverletzten in Deutschland veröffentlicht. In dem Bericht, der sich von Anfang bis Ende durch kindische Sachkenntnis und -fremdheit auszeichnet, werden unter anderem auch dem Chefarzt der Chirurgischen Klinik und Poliklinik der Berufsgenossenschaftlichen Krankenanstalten „Bergmannsheil“ in Bochum, Professor Dr. Jörg REHN, Äußerungen zu dem Fragenkomplex in den Mund gelegt. Hierzu ist festzustellen:

Herr Professor Rehn hat sich sofort nach Erscheinen der betreffenden Ausgabe der „Revue“ offiziell sowohl von dem gesamten Artikel als insbesondere von den ihm direkt und indirekt unterstellten Äußerungen scharf distanziert, weil sie unwahr, unrichtig, mißverständlich und sinnentstellend formuliert wiedergegeben worden sind. Im einzelnen hat Herr Professor Rehn in einem auch der Pressestelle vorliegenden Schreiben an die „Revue“ Stellung genommen und eine umgehende Richtigstellung verlangt.

Ausschreibung des „Hufeland-Preises“ 1966

Für die beste Arbeit über Vorbeugende Gesundheitspflege ist bis auf weiteres jährlich ein Preis von 10 000 DM ausgesetzt worden.

Die Vergebung des Preises erfolgt in Form einer Ausschreibung. Zwecks Durchführung dieser Ausschreibung ist ein Kuratorium gebildet worden, das sich aus folgenden Herren zusammensetzt:

1. Landesmedizinalrat Dr. med. PETRI, Vorsitz, Köln
2. Präsident Dr. med. SCHIMRIGK, Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft Westdeutscher Ärztekammern) in Köln
3. Dr. med. Dr. med. dent. FORSTMANN, Bundesverband der Deutschen Zahnärzte e. V. in Köln
4. Prof. Dr. med. FRITSCHKE, Deutsches Gesundheitsmuseum, Zentralinstitut für Gesundheitserziehung e. V. in Köln
5. Dr. med. KÜHN, Bundesausschuß für gesundheitliche Volksbelehrung in Bad Godesberg
6. Generaldirektor GARDE, Concordia Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft — Deutsche Ärzteversicherung — in Köln.

Die Bewertung der Arbeiten erfolgt durch ein Preisrichterkollegium, dessen Mitglieder von dem Kuratorium bestellt werden. Die Verleihung des Preises nimmt das Kuratorium auf Vorschlag des Preisrichterkollegiums vor.

Die Durchführung der Ausschreibung des „Hufeland-Preises“ erfolgt unter Aufsicht eines Notars.

Die Entscheidung des Kuratoriums und des Preisrichterkollegiums sind unanfechtbar.

Für alle im Zusammenhang mit dieser Ausschreibung entstehenden Streitfragen wird der ordentliche Rechtsweg ausgeschlossen.

Das Kuratorium fordert hiermit öffentlich zur Teilnahme an der

Ausschreibung des „Hufeland-Preises“ 1966

auf.
Der Preis wird durch die Concordia Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft — Deutsche Ärzteversicherung — Köln zur Verfügung gestellt.

Zur Teilnahme sind berechtigt: Deutsche Ärzte und Zahnärzte. Die Arbeiten müssen folgende Voraussetzungen erfüllen:

In der Stiftsklinik Augustinum, München, Gondrellplatz 1, findet unter der Leitung von Chefarzt Professor Dr. Michel am

29. und 30. März 1966, Beginn jeweils 9 Uhr, ein **Fortbildungslehrgang in der Phonokardiographie** statt.

Anfragen und Anmeldungen nur an die Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85/III.

A

Die Arbeit muß beinhalten ein Thema auf dem Gebiet der

- a) Gesundheitsvorsorge oder
- b) der Vorbeugung gegen Schäden oder Erkrankungen, die für die Volksgesundheit von Bedeutung sind, oder
- c) der vorbeugenden Maßnahmen gegen das Auftreten bestimmter Krankheitsbilder oder Schäden, die die Lebenserwartung der Allgemeinheit beeinträchtigen oder Berufsunfähigkeit zur Folge haben können.

B

Art der Darstellung: Durch Schrift oder Film in allgemeinverständlicher Form.

C

Voraussetzung ist ferner, daß die Arbeit auf eigenen ärztlichen Erkenntnissen beruht, die von dem Preisrichterkollegium als wesentlich und wissenschaftlich vertretbar angesehen werden. Die Zusammenfassung und Wiedergabe bereits bekannter medizinischer Tatsachen erfüllt diese Voraussetzung nicht.

Die Arbeiten dürfen noch nicht veröffentlicht worden sein und bis zur Verleihung des Preises nicht veröffentlicht werden.



KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln

Mallebrin®
Gurgeln, Spülungen, Wundbehandlung

R-Mallebrinnetten®
Adstringo-antiseptische Rachentabletten

Auf Antrag kann das Kuratorium die Veröffentlichung einer Arbeit vor der Verleihung des Preises gestatten, wenn ein wichtiger Grund vorliegt. Die Arbeit darf jedoch nicht vor Schluß des Einsendungstermins zur Veröffentlichung eingereicht sein.

Jede Arbeit kann nur einmal eingereicht werden.

Das Kuratorium kann Personen, die allgemein oder beruflich straffällig geworden sind oder gegen die ein Strafverfahren schwebt, von der Teilnahme ausschließen.

Arbeiten, die nach dem 31. 5. 1966 eingehen, können nicht berücksichtigt werden.

Der Preis von 10 000 DM wird dem Einsender der besten Arbeit zugesprochen, die die Voraussetzungen unter A bis C erfüllt.

Entspricht keine der eingereichten Arbeiten den genannten Voraussetzungen, so kann von einer Verleihung des Preises abgesehen werden. Mit der Einreichung der Arbeit unterwirft sich der Teilnehmer den Bedingungen dieses Preisausschreibens und gibt für den Fall, daß seine Arbeit preisgekrönt wird, seine Zustimmung zur Erstveröffentlichung in einer von dem Kuratorium bestimmten Zeitschrift oder Fachzeitschrift.

Die Arbeiten sind bis zum **31. Mai 1966** an folgende Anschrift zu senden:

„Hufeland-Preis“, Notariat, Köln, Norbertstraße 21.

Die Arbeit selbst ist mit einem vom Verfasser gewählten Kennwort zu versehen und darf den Namen des Verfassers nicht enthalten. Auf einem besonderen Bogen sind anzugeben:

Vor- und Zuname, genaue Anschrift, Staatsangehörigkeit, Tag der Approbation, Alter, genaue berufliche Stellung und Tätigkeit sowie das Kennwort der Arbeit. Es wird gebeten, die Arbeit in doppelter Ausfertigung einzureichen.

Der Einsender einer Arbeit verpflichtet sich, für den Fall, daß seine Arbeit mit dem „Hufeland-Preis“ ausgezeichnet wird, ein Exemplar der Stiftung für ihr Archiv zu überlassen, ohne daß seine Urheberrechte dadurch beeinträchtigt werden.

BUCHBESPRECHUNGEN

Willi A. KOCH: „**Mnsisches Lexikon**“, 1964, 1250 Seiten, 867 Abb., Ganzleinen, 28,50 DM. Alfred Kröner Verlag, Stuttgart.

Das „**Mnsische Lexikon**“ von Willi A. KOCH liegt nun in der 2. erweiterten Auflage vor. Der Verfasser, der insbesondere durch die Veröffentlichung einer Neuaufgabe der „Geschichte der Deutschen Literatur“ von Friedrich VOGT und Max KOCH und eine Monographie über Stefan GEORGE bekanntgeworden ist, möchte durch dieses Lexikon insbesondere jüngere Menschen auf Dichtung, Musik und Bildende Kunst hinlenken und das Verständnis dafür erleichtern. Die Auswahl berücksichtigt vorwiegend den europäischen Bereich. Die einzelnen Beiträge sind ausführlich und beachten sehr instruktiv auch die Zusammenhänge im Bereich der Schönen Künste. Das Register ist außerordentlich ausführlich. Es enthält alle Personen, Werke, Zitate und Themen, die in diesem Lexikon behandelt werden. Die Ausstattung des Buches, das fast 900 Abbildungen und 4 Farbtafeln enthält, ist sehr gut.

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Fortbildungskurse der Vereinigung der Praktischen Ärzte Bayerns

Winter/Frühjahr 1966

- 1. Praktischer Augenspiegelkurs**
Beginn: Samstag, 5. 2. 1966, 15 Uhr, Universitätsaugenklinik München, Mathildenstraße 8. Drei Doppelstunden (Samstag, 5. 2. 1966, Mittwoch, 9. 2. 1966, Samstag, 12. 2. 1966). Leitung: Prof. REMKE.
- 2. Die praktische Behandlung akuter Vergiftungen**
Beginn: Samstag, 19. 2. 1966, 15.30 Uhr, im Hörsaal des Krankenhauses rechts der Isar, München, Ismaninger Straße. Drei Doppelstunden (Samstag, 19. 2. 1966, Mittwoch, 23. 2. 1966, Samstag, 26. 2. 1966). Leitung: Dr. v. CLARMANN.
- 3. EKG-Kurs für Fortgeschrittene**
Beginn: Samstag, 5. 3. 1966, 15 Uhr, in der II. Med. Univ.-Klinik, München, Ziemssenstr. 1. Zehn Doppelstunden, jeweils Samstag und Mittwoch. Leitung: Priv.-Doz. Dr. ATHANASIOU.
- 4. Diabetes-Fortbildung (Wiederholung)**
Beginn: Samstag, 26. 3. 1966 und Samstag, 2. 4. 1966, jeweils 15.30 Uhr (zwei Doppelstunden), in der Med. Univ.-Poliklinik, Pettenkoferstraße. Leitung: Priv.-Doz. Dr. MEHNERT.
- 5. Abrechnungskurs (Ügo)**
Beginn: Samstag, 26. 3. 1966, 15.30 Uhr, in der Chir. Univ.-Klinik, München 15, Nußbaumstraße. Leitung: Dr. KELLNER.
- 6. Laborkurs für Ärzte und fortgeschrittene Laborkräfte**
Beginn: Letzte Märzwoche und die ersten beiden Aprilwochen 1966, jeweils Samstag, 15.30 Uhr. Leitung: Prof. Dr. O. WIELAND.
- 7. Diagnostik und Therapie der rheumatischen Erkrankungen**
Beginn: Samstag, 14. 5. 1966 und Samstag, 21. 5. 1966, 15.30 Uhr, in der Med. Univ.-Poliklinik, München, Pettenkoferstraße.

Anmeldungen erbeten an das Sekretariat der Vereinigung, z. Hd. v. Frau B o m m l, 8 München 55, Gräfelinger Straße 22/I.

Fortbildungslehrgang in der Phonokardiographie am 29. und 30. März 1966 in München

In der Stiftsklinik Augustinum, München, Gondrell-Platz 1, findet unter der Leitung von Chefarzt Professor Dr. MICHEL am 29. und 30. März 1966, Beginn jeweils 9 Uhr, ein Fortbildungslehrgang in der Phonokardiographie statt.

Anfragen und Anmeldungen nur an die Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstr. 85/III.

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, Königinstraße 85, erfolgen.

Pflaumer-Tee

Species urologicee nach dem Urologen
Professor Dr. med. Pflaumer (Langjähriger
Leiter der Urolog. Klinik des Univ.-Krankenhauses Erlangen
und des Städt. Krankenhauses Nürnberg).

Pflaumer-Tee ist ein hervorragendes Diätetikum bei
Blasen- und Nierenleiden verschiedenster Art. Reines
Pflanzenprodukt ohne Zusatz irgendwelcher Reiz-
stoffe. Für die Durchspülungstherapie zur Vorbeu-
gung wie auch besonders zur Nachbehandlung nach
vorausgegangener Erkrankung, daher besonders
geeignet.

bei Erkrankung von Nieren und Blase

Zusammensetzung: Rad. Levist. 5%, Rad.
Onon. 4%, Rad. Petros. 6%, Fol. Ortho-
stem. 7%, Fol. Bucco 5%, Fol. Uvae ursi 18%, Fol.
Betulee 10%, Herbe Equis. 6%, Herbe Hern. 9%,
Flor. Eric. 3%, Fruct. Junip. 9%, Fruct. Phea. s. e. 6%,
Fol. Mete 6%, Rad. Liquir. 3%, Fol. Menth. pip. 3%.

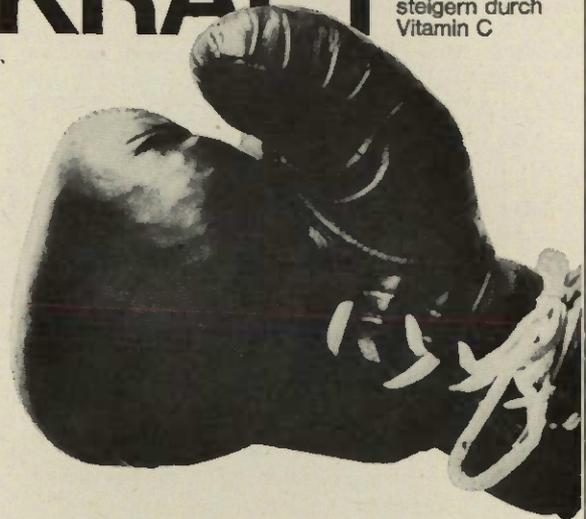
Pflaumer-Tee ist unter der Nr. P 70 in das Spezie-
litätenregister des BGA eingetragen und in gas.
gesch. Originalpackung von 100 g durch alle Apo-
theken zu beziehen. (DM 2,90). Auf Wunsch Probe-
packung und Literatur.

BAUMOLAN
APOTH. OTTO LANG

8520 Erlangen · Postfach 46

ABWEHR KRAFT

schlagartig
steigern durch
Vitamin C



CEBION

E. Merck
DARMSTADT



Gegen Darmträgheit
und Verstopfung:

Babylax[®]

Gebrauchsfertiges Mikroklistier
für Säuglinge und Kleinkinder
mit 3 ccm Mucilago/Glyc. 50%

- schonend und hygienisch
- schnell wirksam
- reizlos und unschädlich
- thermostabil, unbegrenzt haltbar
und ständig anwendungsbereit

OP 3 St. — Arztproben auf Wunsch

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

37. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

25. bis 27. März 1966 — Thema: „Klinische Pharmakologie, ein neues therapeutisches Lehrfach für die Praxis“

Leitung: Professor Dr. A. Schretzenmayr

Kongreßort: Neuer Großbau der National Registrier Kassen Augsburg, Augsburg, Ulmer Straße 160 a, Eingang vom Parkplatz (Lippeschützstraße), Straßenbahnlinie 2, Endstation Kriegshaber.

Freitag, 25. März 1966

16.00 Uhr:

Klinische Demonstrationen auf den Stationen des Westkrankenhauses, Langemarckstraße, Straßenbahnlinie 2, Haltestelle Heimgarten.

Filmprogramm

20.00 Uhr:

Filmabend im Vortragssaal der National Registrier Kassen Augsburg, Ulmer Straße 160 a

Notfallsituation: Patient im Kreislaufchock (Bayer)

Lokalbefund Struma (Boehringer, Ingelheim)

Differentialdiagnose und Therapie

Sicherheit bei Narkosen mit Halothan (Hoechst)

Aus der Frühzeit der örtlichen Betäubung in der Zahnheilkunde (Hoechst)

Hauptreferate

Samstag, 26. März 1966

8.00—9.00 Uhr:

Besuch der Ausstellung

9.00—10.15 Uhr:

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

„Grundlagen und Aufgaben des neuen Fachs“

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

„Therapie mit Herzglykosiden“

10.15—10.45 Uhr: Pause

10.45—12.30 Uhr:

Prof. Dr. F. Anschütz, Darmstadt

„Pharmakotherapie am Kreislauf“

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

„Therapie mit Neuro-, Myo- und Psychopharmaka“

Prof. Dr. W. Lindemayr, Wien

„Arzneimitteltoxikologie“

12.30—14.00 Uhr:

Mittagspause

14.00—15.30 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

16.00—18.00 Uhr:

Klinische Visiten und Demonstrationen in den Augsburger Krankenhäusern

Sonntag, 27. März 1966

8.00—8.30 Uhr:

Besuch der Ausstellung

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:

Prof. Dr. R. Worms, Paris

„Antibakterielle Therapie in der Praxis“

Priv.-Doz. Dr. U. Gerlach, Münster

„Antirheumatische Therapie in der Praxis“

12.40—14.00 Uhr:

Mittagspause

14.00—15.30 Uhr:

Prof. Dr. H. Nowakowski, Hamburg

„Klinische Indikationen der anabolen Steroide“

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

„Krebsbehandlung mit Antimetaboliten“

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

„Pharmakotherapie der Leber-Gallen-Erkrankungen“

Klinische Visiten und Demonstrationen

Freitag, 25. März 1966

16.00 Uhr:

Westkrankenhaus, Langemarckstraße 11, Linle 2, Haltestelle Heimgarten

I. Medizinische Klinik: Klinische Demonstrationen

Chefarzt Prof. Dr. Stötter

II. Medizinische Klinik: Klinische Demonstrationen

Chefarzt Dr. Kaiser und Mitarbeiter

Samstag, 26. März 1966

16.00 Uhr:

Westkrankenhaus, I. Medizinische Klinik und Nerven-klinik

Chefarzt Prof. Dr. Stötter

1. Die chronische Harnwegsinfektion in der Praxis

Chefarzt Dr. Stähler

2. a) Die Beurteilung des Hochdrucks mittels der

Ophthalmodynamographie

Prof. Dr. Hager, Tübingen

b) Die Hochdruckbehandlung

Prof. Dr. Stötter

3. a) Neue Medikamente, die sich bewährt haben, mit

Krankendemonstration

Prof. Dr. Stötter und Mitarbeiter

b) Anwendung der Zytostatika in der Praxis

OMR. Dr. Furthmüller

Westkrankenhaus, II. Medizinische Klinik

Chefarzt Dr. Kaiser

1. Die Grundlagen der Cortison-Therapie

Chefarzt Dr. Kaiser

2. Klinische Demonstrationen zu „Möglichkeiten und

Grenzen der Cortison-Anwendung bei inneren

Krankheiten“

Chefarzt Dr. Kaiser und Mitarbeiter

Westkrankenhaus, Dermatologische Klinik

Chefarzt Prof. Dr. Nikolowski

Klinische Demonstrationen

Prof. Dr. Nikolowski

Hauptkrankenhaus, Chirurgische Klinik; Krankenhaus-

straße 1, Straßenbahnlinie 1, Haltestelle Barfüßerbrücke

Chefarzt Dr. Maek

Krankendemonstrationen und Visiten am Krankenbett

Prämedikation und neuere Anästhesiemittel

Frau Dr. Schäfer, Leiterin der Anästhesieabteilung

Aussprache über Röntgenkontrastmittel und Demonstration von Röntgenbildern

OMR Dr. Klotz

16.00 Uhr:

Hauptkrankenhaus, Prosektur, Krankenhausstraße 1, gegenüber dem Vinzentinum

Chefarzt Dr. med. habil. Emminger

Pathologisch-anatomische Demonstrationen

16.00 Uhr:

Neue Städtische Kinderklinik, Augsburg, Neusässer Straße 47, Omnibushaltestelle Kriegshaber-Schule, nächst der Endhaltestelle der Linie 2

Führung durch die neuerrichtete Städtische Kinderklinik mit gleichzeitiger Vorstellung von Patienten unter Leitung von Herrn Chefarzt Dr. Wunderwald, Herrn Oberarzt Dr. Haggenmüller und Assistenten

16.00 Uhr:

Kinderkrankenhaus Josefinum, Kapellenstraße 30, Straßbahnlinie 4, Endstation

Chefarzt Dr. Freisleder

Diskussion am Kaffeetisch über besondere Probleme der Arzneimittelbehandlung im Kindesalter

1. Langzeittherapie mit Arzneimitteln bei Kindern:
Antikonvulsive Therapie, antirheumatische Therapie, zytostatische Behandlung
2. In der Kinderheilkunde altbewährte Medikamente, Dosierungsfragen
3. Antibiotika und Sulfonamide in der Kinderheilkunde

Chefarzt Dr. Freisleder, OA Dr. Schloßmacher, OA Dr. Apak, Dr. Gippner, Dr. Guckeisen und Dr. Tenderich

16.00 Uhr:

Hofrat Hessingsche orthopädische Heilanstalt, Göggingen, Hessingstraße 17, Straßenbahnlinie 2, Haltestelle Hessing-Klinik

Chefarzt Priv.-Doz. Dr. Giuliani

Behandlung der Arthrose ohne Medikamente (mit Demonstration)

16.00 Uhr:

Krankenhaus St. Albert, Haunstetten, Straßenbahnlinie 4, Haltestelle Protestantische Kirche

Chefarzt Dr. Göbner

1. Hundert interessante Röntgenaufnahmen und Dias
2. Der Arzneimittelschatz des Pulmologen
Chefarzt Dr. Göbner und Ärzte der Klinik

Erythroblastose-Seminar

Themen: „Pathogenese, Labordiagnostik“ des Morbus haemolyticus neonatorum.

„Vorsorgliche und therapeutische Maßnahmen“ beim Morbus haemolyticus neonatorum für Ärzte und deren Hilfspersonal

im Hörsaal, 5. Stock des Kongreßgebäudes

Veranstalter: BSD/BRK München

Chefarzt Dr. med. Gathof

Seminarleiter: Dr. med. E. Schindler und Dr. med. A. G. Gathof

Voranmeldung unter Angabe der Personenzahl ist notwendig. Teilnahmebescheinigung am Kurs wird auf Wunsch ausgestellt.

Samstag, 26. März 1966

9.00—10.30 Uhr:	} Seminar: Einführung. Pathogenese und Labordiagnostik der klassischen Rhesus-Erythroblastose (insbesondere Coombs- und Enzymtest und spezielle Antikörpernachweismethoden)
11.00—12.30 Uhr:	
14.00—18.00 Uhr:	

16.00—17.00 Uhr:

Filmvorführung: Erythroblastosefilme

Sonntag, 27. März 1966

9.00—10.30 Uhr:	} Seminar: Pathogenese und Labordiagnostik der ABO-Erythroblastose (insbesondere spezielle Methoden zum Nachweis von Immunisierungen gegen A und B)
11.00—12.30 Uhr:	
14.00—18.00 Uhr:	

Wichtiger Hinweis

Von Montag, dem 28. 3. 1966 bis Freitag, den 1. 4. 1966 veranstaltet der Blutspendedienst des Bayerischen Roten Kreuzes in seinem Augsburger Institut, Auf dem Kreuz 23, einen zusätzlichen Einführungslehrgang in die Blutgruppenserologie und Transfusionskunde. Der Kurs findet täglich von 9.00—12.00 und von 14.00—17.00 Uhr mit Theorie und Praxis für Ärzte und deren Hilfspersonal statt. Anmeldungen erbeten an: Blutspendedienst des Bayerischen Roten Kreuzes, Institut Wiesentheid, Chefarzt Dr. med. Gathof, 8714 Wiesentheid.

Anmeldung für Fortbildungsveranstaltung: Ärztlicher Kreisverband Augsburg, 89 Augsburg, Schaezlerstr. 19, Telefon 27 77.

7. Kongreß der Gesellschaft für Skitroumatologie

Vom 21. bis 23. April 1966 kommt in Cortina d'Ampezzo der 7. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Skitroumatologie zur Durchführung. Auskunft erteilt das deutsche Sekretariat Dr. Paul König, 8 München 8, Rosenheimer Straße 181.

Tropfen, Elixier
hormonfrei

erleichtert
den Schritt
in die Menopause

feminon®

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

IV. Internationaler Kongreß für Infektionskrankheiten

vom 26. bis 30. April 1966 in München

Der IV. Internationale Kongreß für Infektionskrankheiten 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 Prophylaxe 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 Folgeerscheinungen 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 Virusinfektionen
Einführungsreferat: Virusvermehrung in der Zelle als Angriffspunkt von Chemotherapeutika und Chemoprophylaktika
Virusinhibitorische Wirkungen von Guanidin und Benzimidazolen bei Enterovirusinfektionen und Influenzavirusinfektionen
Viruschemoprophylaxe mit Thiosemicarbazonderivaten
Viruschemotherapie mit Inhibitoren der DNS-Synthese (Joddesoxyuridin, Arabinoside)
Die Rolle des Interferons in der Abwehr von Virusinfektionen
4. Beziehungen zwischen Infektionserreger und Wirtorganismus (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 Infektionskrankheiten, Medizinische Univ.-Klinik, 78 Freiburg/Br., Hugstetter Straße 55.

Von dort oder der Bayerischen Landesärztekammer-Pressestelle kann auch das genaue Tagungsprogramm angefordert werden.

Ärztliche Fortbildung im Chiemgau

„Fortbildung vor der Tür des Praktischen Arztes“

Für das Jahr 1966 sind folgende Themen festgelegt:

März:

19./20. 3.: Klinisches Wochenende in Berchtesgaden:

„Winter im Hochgebirge aus der Sicht des Arztes“

Samstag, 19. 3. 1966, 9.30 Uhr, Kurkino:

Brezowsky, Bad Tölz:

„Wetter und Klima im Alpengebiet“

Kiefhaber, München, II. Medizinische Klinik:

„Kreislaufbelastung und Kreislauftraining im Hochgebirge“

Diekmaier, Ohlstadt:

„Physikalische und psychische Wirkungen der Terrainkur im Gebirge“

Flora, Innsbruck:

„Die Versorgung der alpinen Unfälle im winterlichen Hochgebirge“

Galli, München, Orthopädische Klinik:

„Distorsion und Luxation der unteren Extremitäten“

Ahrer, Innsbruck:

„Behandlung der Skifrakturen“

Mohing, Eriangen:

„Distorsion und Luxation der oberen Extremitäten“

a) 15 Uhr, Lesesaal des Kurhauses:

Diskussion über Kreislaufthemen

Leitung: Brezowsky, Kiefhaber, Diekmaier

b) 15 Uhr, Bauerntheater:

Diskussion über alpine Unfälle

Leitung: Flora, Galli, Ahrer, Mohing

17 Uhr, Lesesaal des Kurhauses:

Filmvorführung:

1. Subcutane Cerclage der Unterschenkelfraktur

2. Der Schock

3. Rettende Schwingen — vom Flugrettungsdienst des Österreichischen Bundesministeriums für Inneres

Abends: Bauerntheater und Gesellschaftsabend mit Tanz

Sonntag, 20. 3. 1966, 9 Uhr, voraussichtlich auf dem Roßfeld:

10.30 Uhr: Demonstration von Ski- und Lawinenunfällen, in Zusammenarbeit mit der Bergwacht, Rotem Kreuz und Flugrettungsdienst der Bundeswehr und der US-Army.

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 Erkältungskrankheiten“

Oktober:

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

Vortragsfolge:

Samstag, Vormittag: Begrüßung

Hempel, Mainz:

„Pathologische Anatomie: Morphologie und Funktionsstörung bei Herzinsuffizienz“

Hegglin, Zürich:

„Energetisch-haemodynamische Herzinsuffizienz“

Schimert, München und Hirsch, Traunstein:
„Praktische Diagnostik ohne Hilfsmittel bei Herzinsuffizienz“

Halhuber, Innsbruck:

„Klinische Diagnostik bei Herzinsuffizienz“

Reindell:

„Altersherzinsuffizienz“

Nachmittag:

Schmengler:

„Prophylaxe / Rehabilitation bei Herzinsuffizienz“

Blumenberger:

„Grundsätzliches zur Pharmodynamik bei Herzinsuffizienz“

Blömer:

„Therapiefehler bei Herzinsuffizienz“

Samstag, 9.30—11.30 Uhr:

Diskussion zu den Themen des Vortages

November:

23. 11.: „Diagnostik und Therapie der peripheren Durchblutungsstörungen“

Auskunft: Sekretariat Ärztliche Fortbildung im Chiemgau, Dr. med. H. Matusczyk, 821 Prien am Chiemsee, Rathausstraße 9.

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 18. April 1966 in München sind folgende Hauptthemen vorgesehen:

Allgemeine Chirurgie

1. Die postoperative Blutung
2. Die Rezidivstruma

Bayerische Fortbildungsveranstaltungen März 1966

- | | |
|--------------|--|
| 19.—20. 3. | Berchtesgaden — Klinisches
Wochenende |
| 25.—26. 3. | Erlangen — Europäisches Symposium
über Fettverdauung und
Fettresorption |
| 25.—27. 3. | Augsburg — 37. Augsburger
Fortbildungskongreß für praktische
Medizin |
| 26. 3. | Erlangen — Fortbildungstagung für
Röntgenassistentinnen |
| 28. 3.—1. 4. | Neuherberg — Strahlenschutz
in Röntgendiagnostik und -therapie |
| 29.—30. 3. | München — Fortbildungslehrgang in
der Phonokardiographie |

Nähere Angaben entnehmen Sie bitte dem **Kongreßkalender** auf Seite 174.

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 Plastischen und Wiederherstellungs-Chirurgie, der Urologie, der Kinder-Chirurgie, der operativen Cardiologie, der Intensivtherapie und der Dokumentation und Klinischen Statistik werden zum Teil gemeinsam mit den entsprechenden speziellen Fachgesellschaften in Parallelsitzungen behandelt. Für freie Vorträge (10 Minuten) ist reichlich Zeit vorgesehen.

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

Ärztliche Fortbildungsthemen für 1966

Der Große Senat für ärztliche Fortbildung hat folgende derzeit aktuellen und berufspolitisch wichtigen Fragen zu Schwerpunktthemen für das Jahr 1966 erklärt:

1. Mutter und Kind — Prophylaktische Medizin in der Schwangerschaft beim Säugling und Kleinkind.
In diesem Rahmen sollen die folgenden Themenkreise behandelt werden:
 - a) Fürsorge für Schwangere und Neugeborene in der ärztlichen Praxis
 - b) Prophylaktische Maßnahmen im Säuglingsalter, Rachitisprophylaxe und Impfungen
 - c) Vorsorgeuntersuchungen im Kleinkindesalter (Erkennung und Behandlung von Hör-, Stimm-, Sprach- und Sehstörungen, Behandlung des behinderten Kindes)
 - d) Haltungsanomalien der Schulkinder
 - e) Psychische Fehlhaltungen von Schulkindern
2. Diagnose, Therapie und Prophylaxe der Herz- und Gefäßleiden.

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 1968:

1. 3.—30. 6. in Düsseldorf: 31. Amsarztelehrgang 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, Brunskrogweg 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 Lungenhilfende. 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 Südwesdeutscher Dermatologen. Auskunft: Prof. Dr. F. Herrmann, Universitäts-Hautklinik, 6 Frankfurt-Süd, Ludwig-Rehn-Straße 14.
- 19.—20. 3. in Berchtesgaden: Klinisches Wochenende „Winter im Hochgebirge aus der Sicht des Arztes“. Auskunft: Sekretariat Ärztliche Fortbildung im Chiemgau, Dr. med. H. Matuszyk, 821 Prien am Chiemsee, Rathausstraße 9.
- 19.—22. 3. in München: IV. Internationaler Sauna-Kongreß. Auskunft: Kongreßbüro des IV. Internationalen Sauna-Kongresses, 8 München 15, Mathildenstraße 5.
- 21.—26. 3. in Sanderbusch: 35. Fortbildungskurs für ärztliche Fortbildung am Krankenbett. Auskunft: Sekretariat der Medizinischen Klinik des Landeskrankenhauses, 2945 Sanderbusch.
- 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 Chané, Paris (16e), Frankreich.
- 25.—26. 3. in Erlangen: Europäisches Symposium über Fettverdauung und Fettresorption unter der Leitung von Prof. Dr. N. Hennig. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. G. Berg, 8520 Erlangen, Postfach 268.

- 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. 3. in Erlangen: Fortbildungstagung für Röntgenassistentinnen an der Universitätsklinik unter der Leitung von Prof. Dr. Friik. Auskunft: Sekretariat der Deutschen Gesellschaft Medizinisch-technischer Assistentinnen e. V., Landesverband Bayern, 852 Erlangen, Fichtestraße 9.
- 26.—27. 3. in Bad Bergzabern: „Das elektrische Herzportrat (Einführung in die gesamte Elektrokardiographie und in die neue diagnostische Methode).“ Auskunft: Dr. Dr. Franz Kienle, 6748 Bad Bergzabern, Herz-Spezialklinik.
- 26.—31. 3. in Mitterndorf/Steiermark: Internationales Sportärzttreffen. Auskunft: Generalsekretariat der Weltunion für prophylaktische Medizin und Sozialhygiene, Wien VIII, Plaristengasse 41.
- 28.—31. 3. in Washington D. C./USA: 5. Internationaler Kongreß des Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum (C. I. N. P.). Auskunft: M. K. Taylor, C. I. N. P. Congress Coordinator, 3636-16th Street, N. W., Washington, D. C., 20010, USA, und Priv.-Doz. Dr. H. Hippus, Psychiatrische und Neurologische Klinik, 1 Berlin 19, Nußbaumallee 30—38.
28. 3.—1. 4. in Neuherberg: Strahlenschutz in Röntgendiagnostik und -therapie. Auskunft: Dr. R. Wittenzeller, Institut für Strahlenschutzkunde, 8042 Neuherberg bei München, Ingoistädter Landstraße 1.
- 29.—30. 3. in München: Fortbildungslehrgang in der Phonokardiographie unter der Leitung von Prof. Dr. Michel in der Stiftsklinik Augustinum. Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85/III.
- April 1968:
- 2.—17. 4. Studienfahrt Deutscher Akademiker nach Sizilien mit Neapel und Paestum. Auskunft: Studienfahrten Deutscher Akademiker Prof. Dr. Artur Kutscher, 8 München 13, Altmüllerstr. 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, Altmüllerstraße 25/II.
- 4.—7. 4. in Warschau: 3. Meeting der Federation of European Biochemical Societies. Auskunft: Dr. E. Auhagen, 56 Wuppertal-Elberfeld, Friedrich-Ebert-Straße 217.
- 6.—7. 4. in Aix-en-Provence: 6es Journées Internationales de Pnébologie. Auskunft: Dr. F. Beurrier, 94, cours Sextius, Aix-en-Provence (Frankreich).
- 10.—11. 4. in Bologna und Salsomaggiore (Italien): 9e Congrès international de Thérapeutique. Auskunft: Prof. J. Loepper, 3, square de Luynes, Paris 7e (Frankreich).
12. 4. in Leipzig: Frühjahrstagung der Medizinisch-Wissenschaftlichen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. E. Perlick, Med. Universitätsklinik, X 701 Leipzig, Johannisallee 32.
- 12.—14. 4. in Bad Nauheim: Kurs der Elektrokardiographie und der modernen Kreislaufdiagnostik. Auskunft: Kardiologische Abteilung des W. G. Kerckhoff-Instituts der Max-Planck-Gesellschaft, 635 Bad Nauheim, Im Sprudelhof.
- 12.—14. 4. in Salzburg: II. Deutscher und Österreichischer Kongreß für Dainologie, medizinische Klimatologie und Physikalische Medizin. Auskunft: Prof. Dr. Walter Zörkendörfer, 4902 Bad Salzflun, Exterische Straße 30.

Pianos – Flügel

Euterpe - Hoffmann - Feurich

aus Süddeutschlands größter Klavierfabrik • beim Fachhandel vertreten

Unsere Instrumente geben in Konstruktion und Wohlklang Zeugnis von Tradition und modernem Schaffen.

EUTERPE Pianofortefabrik - 8821 Langlau/Mfr., über Gunzenhausen

Bitte besuchen Sie uns unverbindlich in unseren Werksanlagen

Auch bei **Mykosen=Jacosulfon** ungt. pulv. } im Wechsel auftragen



Fabrik
pharm.
Präparate
Karl
Engelhard
Frankfurt
am Main
gegr. 1872



PROSPAN - Tropfen: O.P. Tropfflaschen mit 20g, 50g, 100ccm • PROSPAN-Zäpfchen: O.P. Foltschödel mit 6 Stück (für Kinder u. Erwachsene)

Pernionin®

Pernionin®-Salbe

Durchblutungsstärkende u. gewebsregenerierende Frostsalbe

Pernionin®-Teil-Bad

Periphere und lokale Durchblutungsstörungen, z. B. Akroporoesthesien, Brachialgie paraesthetica nocturna u. ä.

Zur Balneotherapie von Frostschäden

Voriköser Symptomenkomplex

Pernionin®-Voll-Bad

Rheuma, Neuralgien, Neuritiden, Ischias, rheumat. Gelenkaffektionen

Zur Balneotherapie von Arthrosen, Spondylosen und Osteochondrosen

Vegetativ-dystone und neuro-circulatorische Störungen



KREWEL-WERKE • Eitorf b. Köln

- 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, Martinistraße 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, 8350 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-Vlncke-Straße 10.
17. 4.—1. 5. Studienfahrt Deutscher Akademiker „Griechenland, Istanbul und Kleinasien.“ Auskunft: Studienfahrten Deutscher Akademiker Prof. Dr. Artur Kutscher, 8 München 13, Altmüllerstraße 25/II.
- 18.—21. 4. in Wiesbaden: 72. Tagung der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin. Auskunft: Prof. Dr. B. Schiegl, Städt. Krankenanstalten, 62 Wiesbaden.
- 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: Einführungskurs in den Strahlenschutz. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, Institut für Strahlenschutzkunde, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.
- 18.—28. 4. in Erlangen: Kurs für Röntgenbelferinnen der Bayerischen Landesärztekammer. Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85.
- 18.—29. 4. in Neutrauchburg (Allg.): Einführungslehrgänge in die Manualtherapie. Auskunft: Sekretariat der MWE, 7972 Neutrauchburg (Allg.), über Isny.
18. 4.—6. 5. in Neuherberg: Strahlenschutz (Einführungskurs, 1. und 2. Fortbildungskurs). Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, Institut für Strahlenschutzkunde, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.
- 20.—22. 4. in Würzburg: Frühjahrstagung der Deutschen Physiologischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. H. Caspers, Physiologisches Institut, 44 Münster/Westf., Westring 8.
- 21.—23. 4. in Wiesbaden: 12. Symposium der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie und Tagung der Deutschen Diabetesgesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. E. Klein, 1. Medizinische Abteilung der Städt. Krankenanstalten, 48 Bielefeld, Ölmlühlenstraße 26.
- 21.—23. 4. in Brüssel: Jahrestagung 1966 der Europäischen Gesellschaft für Sozialmedizin (Hauptthema: „Iatrogene Gesundheitsstörungen“). Auskunft: Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin, 2 Hamburg 38, Alsterglaci 3.
- 21.—23. 4. in Cortina d'Ampezzo: 7. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Ski- und Wintersportverletzungen. Auskunft: Dr. Paul König, 8 München 8, Rosenheimer Straße 181.

In diesem Heft inserieren folgende pharmazeutische Firmen:

Asche & Co. KG., Hamburg
 Asta-Werke AG., Brackwede
 Athenstaedt & Redeker, Bremen
 Baumolan, Erlangen
 P. Beiersdorf & Co. AG., Hamburg
 Benechemie GmbH., München
 C. F. Boehringer & Soehne GmbH., Mannheim
 Gefak, Dr. Brand & Co. KG., Kempten
 Delta-Chemie, Pauly & Co. KG., Hamburg
 Dentinox-Gesellschaft für pharmazeutische Präparate, Berlin
 Deutsche Beecham GmbH., Biberach a. d. Riß
 Deutsche Bristol GmbH., München
 Dolorgiet KG., Bad Godesberg
 Dorsch & Co. KG., München
 Karl Engelhard, Frankfurt/Main
 Gödecke & Co. AG., Freiburg
 Dr. Graf & Co. Nachf., Hamburg
 Chemie Grünenthal GmbH., Stolberg
 Heel GmbH., Baden-Baden
 Helfenberg AG., Wevelinghoven/Rhld.
 Arzneimittelfabrik Hüls, Dr. Albin Hense, Hüls
 Farbwerke Hoechst AG., Frankfurt/Main
 Chemiewerk Homburg, Frankfurt/Main
 Hormon Chemie, München
 Ifah GmbH., Hamburg
 Jacopharm, Hamburg-Schenefeld
 Klinge, München 23
 Krewel-Werke, Eitorf b. Köln
 Labopharma GmbH., Berlin
 Lindopharm KG., Hilden/Rhld.
 Heinrich Mack Nachf., Illertissen/Bay.
 Medika, München
 E. Merck AG., Darmstadt
 L. Merckle GmbH., Blaubeuren
 Apotheker Müller, Arzneimittelfabrik, Bielefeld
 Nordmark-Werke GmbH., Hamburg, Werk Uetersen
 Parke, Davis & Company, München
 Permicutan KG., Dr. Euler, München
 Recorsan-Gesellschaften, Gräfelfing
 Julius Redel, Cesra Arzneimittelfabrik, Haueneberstein
 b. Baden-Baden
 Dr. Rudolf Reiss, Berlin
 Dr. F. Sasse, Berlin
 Dr. Schertl GmbH., München
 W. Schwarzhaupt KG., Köln
 Sharp & Dohme GmbH., München
 Simons Chem. Fabrik, Gauting
 Taeschner & Co., Berlin
 Uzara-Werk, Melsungen

Bellagenhinweise

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigelegt:

Klinge, München 23
 Benechemie GmbH., München-Sölln
 Dr. R. Reiss, Berlin
 Asche & Co. KG., Hamburg
 Labopharma GmbH., Berlin

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

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

(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. Scharfing, München. Druck Richard Pfaff 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.



KAMAVVER

Chloramphenicol

Fabrik pharm. Präparate
 Karl Engelhard, Frankfurt a. M.
 gegr. 1872



zur preisgünstigen
 Verordnungsweise

SUPPOSITORIEN 100 mg
 250 mg
 ORAGEES 250 mg
 KAPSELN 250 mg
 mit Vitamin-B-Komplex
 SAFT 60 ml
 H-SALBE 10 g