BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 6 | München, Juni 1966 | 21. Jahrgang

Die Weiterentwicklung der Facharztordnung

Referat vor dem Plenum des 69. Deutschen Ärztetages in Essen

Von Dr. Hans-Joachim Sewering

Vizepräsident der Bundesärztekammer und Vorsitzender ihrer Facharztkonferenz

Die Geschichte des deutschen Facharztwesens und der Facharztordnung für die deutschen Ärzte, deren Anfänge man wohl an den Beginn dieses Jahrhunderts legen darf, gehört mit zu den bewegtesten Kapiteln der Geschichte des ärztlichen Standeslebens in Deutschland. Es sind nur wenige Deutsche Ärztetage bis zum Beginn der dreißiger Jahre und nach dem Wiederaufleben der freigewählten ärztlichen Standesorganisation nach 1945, auf deren Tagesordnung keine Facharztfragen standen. Die Referate und Berichte der ersten dreißig Jahre zeigen in eindrucksvoller Weise, daß die deutsche Ärzteschaft die Notwendigkeit der Spezialisierung als Ausdruck der Entwicklung der Medizin anerkannte. Sie sind aber auch Ausdruck der schweren Sorgen, die damit auf den Verantwortlichen dieser Jahrzehnte lasteten angesichts des Sprengstoffes, den diese Entwicklung in sich barg. Die praktischen Ärzte und die von Jahr zu Jahr größer werdende Gruppe der Fachärzte standen sich zeitweise in Mißtrauen, ja Feindseligkeit gegenüber. Die Gefahr der Spaltung der Ärzteschaft in zwei Lager war öfter als einmal drohend nahe. Daß die deutsche Ärzteschaft diese Spaltungsgefahr überwinden konnte, daß sie bereits 1924 auf dem 43. Deutschen Ärztetag in Bremen eine erste Facharztordnung verabschiedete, die sich in ihrer Grundkonzeption nur überraschend wenig von der heutigen Facharztordnung unterscheidet, beweist überzeugend den Willen und die Fähigkeit der deutschen Ärzte zur Regelung ihrer eigenen Angelegenheiten, also zur Selbstverwaltung, wobei in allen Phasen der Entwicklung das Bewußtsein der Verantwortung gegenüber dem Patienten die Beschlüsse entscheidend beeinflußte. Die Fülle der Beratungsgegenstände des diesjährigen Ärztetages verbietet es mir, auf die Geschichte unserer Facharztordnung näher einzugehen. Ich muß mich damit begnügen, als Meilensteine der weiteren Entwicklung den Erlaß einer Berufs- und Facharztordnung für die deutschen Ärzte im Jahre 1937, ihre Überarbeitung auf dem 53. Deutschen Ärztetag 1950 und die Verabschiedung der derzeit geltenden Facharztordnung im Jahre 1956 zu erwähnen. Die in Münster 1956 verabschiedete Facharztordnung erfuhr in der Folgezeit einige Änderungen, ist aber im übrigen das Muster für alle derzeit in den Landesärztekammern der Bundesrepublik geltenden Facharztordnungen.

Die Entwicklung ist aber nicht stehengeblieben. In den vergangenen Jahren wurde eine Fülle von Änderungswünschen und -anträgen an die Bundesärztekammer herangetragen. Sie bezogen sich auf die Schaffung neuer Facharztbezeichnungen und auf Änderungen der Weiterbildungszeiten bereits anerkannter Fachgebiete. Aber auch eine völlig neue Entwicklung nahm zunehmenden Einfluß auf unsere Überlegungen und Beratungen. Der im Jahre 1957 in Rom unterzeichnete Vertrag zur Gründung der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft bestimmt in seinem Kapitel über das Niederlassungsrecht, daß die Beschränkungen der freien Niederlassung von Staatsangehörigen eines Mitgliedsstaates im Hoheitsgebiet eines anderen Mitgliedsstaates schrittweise aufgehoben werden sollen. Dazu soll der Rat der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft Richtlinien für die gegenseitige Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise sowie zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedsstaaten über die Aufnahme und Ausübung selbständiger Tätigkeiten erlassen. Die schrittweise Aufhebung der Beschränkungen für die ärztlichen, arztähnlichen und pharmazeutischen Berufe setzt – so besagt der Vertrag – die Koordinierung der Bedingungen für die Ausübung dieser Berufe in den einzelnen Mitgliedsstaaten voraus. Daraus ergab sich für die Ärzteschaften der sechs Länder der EWG eine Fülle von Problemen und Aufgaben. Es mußten ein Maßstab für die Beurteilung des sogenannten „Endproduktes" der ärztlichen Ausbildung, aber auch gemeinsame Normen für die Facharztweiterbildung gefunden werden. In mehrjährigen Bemühungen haben wir uns für die Mehrzahl der in unserer Facharztordnung enthaltenen Fachgebiete auf gemeinsame Weiterbildungszeiten geeinigt, die damit zwar keineswegs maßgeblich für die nationalen Facharztbestimmungen wurden, aber als Maßstab für die Beurteilung eines in ein anderes Land auswandernden Facharztes angewendet werden sollen. Allerdings waren sich die Vertreter aller Ärzteschaften darüber klar, daß diese europäischen Weiterbildungszeiten letztlich auch zur Norm für die Facharztordnungen der Mitgliedsländer werden sollten, um ein Gefälle im Ausbildungsstand der sechs Länder zu vermeiden. Die innerdeutschen Wünsche und Anträge sowie diese EWG-Beschlüsse waren das Material für die umfangreichen Beratungen unserer Ständigen Konferenz für Facharztfragen, über deren bisherige Ergebnisse und Vorstellungen ich heute zu berichten habe. Wir beschränkten uns aber keineswegs darauf, vorhandenes Material zu sichten. In eingehenden Beratungen mit den

zuständigen wissenschaftlichen Gesellschaften, an denen sich, unserer Anregung entsprechend, durchwegs auch die Vertreter der fachärztlichen Berufsverbände beteiligten, wurden die Situation und die Probleme der einzelnen Fächer sowie deren Vorstellungen über die zukünftige Gestaltung der Facharztweiterbildung erörtert.

Im Anschluß an dieses Referat ist ein Entwurf einer Facharztordnung abgedruckt (Seite 472), welcher dem derzeitigen Stand unserer Beratungen entspricht. Dieser Entwurf stellt – das möchte ich ausdrücklich betonen – eine Diskussionsgrundlage für die heutigen Beratungen dar, die zeigen soll, welche Lösungsmöglichkeiten uns vorschweben. Wir erwarten also von den Delegierten des 69. Deutschen Ärztetages nicht, daß sie gewissermaßen aus dem Handgelenk heraus diesen Entwurf billigen. Wir bitten sie aber auch, ihn nicht kurzerhand zu verwerfen, sondern die darin enthaltenen Gedanken innerhalb ihrer Kammern in der nächsten Zeit zu beraten, so daß wir unter Berücksichtigung aller durchdachten Meinungsäußerungen einen endgültigen Entwurf erarbeiten und im nächsten Jahre zur Verabschiedung vorlegen können. Bei diesen weiteren Arbeiten werden selbstverständlich auch noch zahlreiche Beratungen mit Vertretern der verschiedenen Fächer erforderlich sein.

Ich möchte in meinem weiteren Bericht nicht jeden einzelnen Absatz des Entwurfes ansprechen und kommentieren, sondern die wesentlichen Fragen herausgreifen:

Welche Fachgebiete sollen anerkannt werden?
Erscheint es zweckmäßig, Teilgebietsbezeichnungen für die großen Fächer Chirurgie und innere Medizin einzuführen?
Welche Weiterbildungszeiten werden vorgeschrieben?
Wie soll die Bezeichnung des Facharztes sein?
Schließlich möchte ich Ihnen noch unsere Vorstellungen über Richtlinien zur Facharztweiterbildung erläutern und die Frage der Qualifikation des Facharztes ansprechen.

Fach- und Teilgebiete

Die derzeitige Facharztordnung enthält sechzehn anerkannte Fachgebiete.

Gestattet sei mir ein Blick auf die erste Facharztordnung, die sogenannten Bremer Richtlinien von 1924. Schon damals wurden vierzehn Fachgebietsbezeichnungen anerkannt. Davon ist eine, nämlich die für Magen-Darm-Erkrankungen, weggefallen, drei neue, für Anästhesie, Laboratoriumsdiagnostik und Neurochirurgie, sind hinzugekommen. In den 42 Jahren, die seit der Verabschiedung der Bremer Richtlinien vergangen sind, konnte also jede Gefahr der Zersplitterung abgewendet werden. Der Vergleich zeugt aber auch dafür, daß unsere Vorgänger schon damals weitschauend die Entwicklung des Facharztwesens überblickten und eine Ordnung schufen, die über mehr als vier Jahrzehnte hinweg modern geblieben ist. Es liegen uns aber Wünsche und Anträge für die Anerkennung weiterer selbständiger Fachgebietsbezeichnungen vor und die EWG-Entwicklung zwingt uns, zu überlegen, ob wir Fachgebietsbezeichnungen einführen sollen, die bisher nicht bei uns existieren, in anderen Ländern aber anerkannt sind.

Die Ständige Konferenz für Facharztfragen hat sich in den vergangenen Jahren stets gegen eine Vermehrung der selbständigen Fachgebietsbezeichnungen ausgesprochen und vor allem auch allen Wünschen auf Abspaltung von der inneren Medizin und der Chirurgie widerstanden. Sie war dabei der Überzeugung, daß jede weitere Zersplitterung gefährlich ist, weil der Überblick immer mehr verlorengeht und an seine Stelle das „röhrenförmige Denken" tritt.

Wir versuchten deshalb einen Weg zu finden, welcher das Auseinanderfallen der beiden großen Mutterfächer verhindern könnte und doch dem Anliegen auf Kennzeichnung bestimmter Teilgebiete Rechnung trägt. Der Entwurf sieht vor, daß anerkannte Fachärzte für innere Krankheiten oder für Chirurgie, die sich auf einem Teilgebiet ihres Faches betätigen, zusammen mit der Facharztbezeichnung eine Teilgebietsbezeichnung führen können. Folgende Teilgebiete sind vorgesehen:

Für Chirurgie:
Kinderchirurgie – Plastische und Wiederherstellungschirurgie – Unfallchirurgie

Für innere Medizin:
Gastroenterologie – Kardiologie – Lungen- und Bronchialerkrankungen – Physikalische Therapie – Rheumatologie.

Nach den Bestimmungen des Entwurfes würde es einem Arzt gestattet sein, während seiner Weiterbildung zum Facharzt für Chirurgie oder innere Medizin auf einem der genannten Teilgebiete zwei Jahre seiner Weiterbildungszeit zu verbringen. Er erhält dann nach Ableistung der Gesamtweiterbildungszeit die Anerkennung als Facharzt für Chirurgie oder innere Medizin. Erst nach dieser Facharztanerkennung hat er die Möglichkeit, die Erlaubnis zur zusätzlichen Führung der Teilgebietsbezeichnung zu beantragen, wenn er beabsichtigt, sich auf dieses Teilgebiet zu beschränken. Die Teilgebietsbezeichnung hat damit also keinen werbenden Charakter, sondern ist eine echte Ankündigung dafür, daß der betreffende Arzt sich auf dieses Teilgebiet beschränkt, so wie die übrigen Fachärzte sich auf ihr Fachgebiet beschränken.

Zweifellos sind, wenn es zur Einführung dieser Teilgebietsbezeichnungen kommen soll, noch eine Fülle von Einzelheiten zu klären. Die Ständige Konferenz war aber der Überzeugung, daß mit ihrer Einführung einerseits eine Entwicklung anerkannt wird, die man nicht einfach ignorieren kann, und auf der anderen Seite doch die Einheit der beiden großen Fächer innere Medizin und Chirurgie gewahrt wird. Man kann sich freilich auch auf den Standpunkt stellen, daß es einer solchen Kennzeichnung des Teilgebietes nicht bedarf, denn der Chirurg oder Internist ist ja berechtigt, innerhalb seines Fachgebietes im gesamten Bereich oder auch auf einem Teilgebiet tätig zu sein, ohne daß es einer besonderen Ankündigung bedarf. Ich möchte aber doch ernsthaft bezweifeln, ob es noch lange möglich sein wird, die Entwicklung selbständiger Facharztbezeichnungen für Teilgebiete der Chirurgie oder inneren Medizin zu verhindern, wenn man nicht wenigstens die Möglichkeit der Kennzeichnung des Teilgebietes innerhalb der Mutterfächer einräumt.

Daß diese Besorgnis nicht unbegründet ist, zeigt uns die Situation in den übrigen EWG-Ländern. Dort gibt es bereits selbständige Facharztbezeichnungen für Kardiologie, Gastroenterologie, Pneumologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation und für Rheumatologie.

Unser Bestreben sollte es sein – das führte ich schon aus –, eine solche Zerschlagung des Gebietes der inneren Medizin zu verhindern. Eine innere Gliederung des Faches völlig zu ignorieren, scheint mir dazu der schlechteste Weg zu sein.

Im Hinblick auf die geplante Teilgebietsbezeichnung „Lungen- und Bronchialerkrankungen" im Rahmen der inneren Medizin wurde bereits überlegt, ob für das Gebiet der „Lungenkrankheiten" weiterhin eine eigene Facharztbezeichnung bestehen bleiben soll. Die Ständige Konferenz war der Meinung, daß die zunehmende Bedeutung der Lungen- und Bronchialerkrankungen das Tätigwerden eines voll ausgebildeten Internisten verlangt, welcher sich im Rahmen seiner Ausbildung ganz besonders mit Lungen- und Bronchialerkrankungen beschäftigt hat und nach seiner Anerkennung bereit ist, sich auf dieses Teilgebiet zu beschränken. Der heutige Lungenfacharzt – das war die Meinung der Konferenz – wird dem nicht mehr gerecht. Dem Vorschlag der Konferenz, das Fachgebiet jetzt bereits zu streichen und ausschließlich die Teilgebietsbezeichnung innerhalb der inneren Medizin zuzulassen, folgte der Vorstand der Bundesärztekammer nicht. Er war der Meinung, daß man auch nach Einführung der Teilgebietsbezeichnung das Fachgebiet zunächst weiterbestehen lassen und die Entwicklung abwarten sollte. In unserem Nachbarland der Schweiz ist man in der gleichen Weise vorgegangen. Nachdem beide Bezeichnungen, also die Teilgebietsbezeichnung in der inneren Medizin und die selbständige Facharztbezeichnung für Lungenkrankheiten, zehn Jahre nebeneinander bestanden, ist die Facharztbezeichnung vor drei Jahren in Wegfall gekommen.

Die mit der Einführung von Teilgebietsbezeichnungen zusammenhängenden Fragen wurden mit Vertretern der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin und des Berufsverbandes der Internisten sowie dem Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und mit Kollegen, die auf Teilgebieten tätig sind, in den vergangenen Monaten eingehend erörtert. Was ich soeben vortrug, ist das Ergebnis dieser gemeinsamen Beratungen. Mehr durch Zufall habe ich gerade noch vor diesem Ärztetag erfahren, daß die Internisten neuerdings eine andere Auffassung vertreten und nunmehr gegen die Einführung von Teilgebietsbezeichnungen seien. Da ich, wie gesagt, nur zufällig von dieser Meinungsänderung hörte und neue Gespräche nicht stattfanden, bin ich nicht in der Lage, die Gründe darzulegen. Ich hoffe aber, daß wir in weiteren Gesprächen zu einer Abklärung kommen werden.

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie hat vor wenigen Tagen Einspruch gegen einige Teilgebietsbezeichnungen eingelegt, weil sie Eingriffe in das Gebiet der Orthopädie befürchtet. Aus Kreisen der Psychiatrie wurde der Wunsch auf Einführung einer Teilgebietsbezeichnung „Kinder- und Jugendpsychiatrie" im Rahmen des Fachgebietes „Nervenkrankheiten" an uns herangetragen. Daraus ist zu ersehen, daß noch vieles zu klären bleibt. Zuerst muß aber Einigkeit darüber bestehen, ob wir den Weg der Einführung von Teilgebietsbezeichnungen überhaupt gehen wollen.

Bei dem Fachgebiet Laboratoriumsdiagnostik haben wir uns zu entscheiden, ob entsprechend der Regelung in den anderen EWG-Ländern eine Unterteilung in drei Gebiete vorgenommen werden soll, und zwar in die Gebiete Bakteriologie – Serologie, Biochemie und – was für uns neu hinzukäme – Pathologische Anatomie. Mit dieser Einteilung würde sich Deutschland den Regelungen der übrigen EWG-Länder angleichen, aber auch der Entwicklung des Fachgebietes Rechnung tragen. Auch hier sind noch viele Fragen offen, sowohl hinsichtlich der Unterteilung des bisherigen Fachgebietes als auch hinsichtlich der Einbeziehung der Pathologischen Anatomie. Für die drei Gebiete würde die gemeinsame Bezeichnung „Laboratoriumsdiagnostik" sein, mit zusätzlicher Bezeichnung des Gebietes. Sie finden das in Paragraph 24 des auf Seite 472 abgedruckten Entwurfes unter Absatz 2 Ziffer 9a, b, e.

Für das Gebiet der Neurologie – Psychiatrie ist im Entwurf eine Trennung bis jetzt noch nicht vorgesehen, obwohl sie schon seit langem zur Diskussion steht. Aus letzten Mitteilungen, die ich erhalten habe, war aber zu entnehmen, daß eine Teilung doch noch überlegt werden soll, unter Aufrechterhaltung einer Kombinationsmöglichkeit beider Gebiete.

Weiterbildungszeiten

Unter Berücksichtigung der uns vorliegenden Anträge der wissenschaftlichen Gesellschaften und der EWG-Entwicklung soll es für die Fachgebiete Anästhesie, Frauenkrankheiten, Kinderheilkunde, Lungenkrankheiten und Nervenkrankheiten bei der bisherigen Weiterbildungszeit von vier Jahren bleiben. Für Augenkrankheiten, Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Mund- und Kieferchirurgie ist eine Verlängerung der Zeit von drei auf vier Jahre, für Orthopädie, Radiologie und Urologie von vier auf fünf Jahre vorgesehen. Lediglich für Chirurgie und innere Medizin soll in Zukunft eine sechsjährige Weiterbildungszeit verlangt werden. Für die Laboratoriumsdiagnostik ist die Weiterbildungszeit bisher mit vier Jahren festgesetzt, sie würde in Zukunft für jedes Teilgebiet einschließlich der Ausbildung in Hämatologie vier Jahre betragen, wobei eine Kombinationsmöglichkeit für zwei Teilgebiete unter Reduzierung der Weiterbildungszeit um ein Jahr zugestanden werden könnte. Sollte es zu einer Teilung des Fachgebietes Neurologie-Psychiatrie kommen, so würde voraussichtlich für jedes der beiden Gebiete eine Zeit von vier Jahren, bei Kombination beider Gebiete eine Weiterbildungszeit von fünf Jahren anzusetzen sein. Die Weiterbildungszeit für den zukünftigen Neurologen würde sich dann aus drei Jahren Neurologie plus ein Jahr Psychiatrie, für den zukünftigen Psychiater aus drei Jahren Psychiatrie plus ein Jahr Neurologie zusammensetzen.

Für die Neurochirurgie wurde auf EWG-Ebene eine Zeit von sechs Jahren beschlossen und auch die Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie beantragte eine entsprechende Verlängerung. Die Facharztkonferenz konnte sich nicht entschließen, dem Antrag zu folgen. Sie ist der Auffassung, daß eine Verlängerung über fünf Jahre hinaus nur für die beiden besonders umfangreichen Fächer Chirurgie und innere Medizin vertretbar wäre. Wir werden darüber mit den Vertretern des Faches weitere Gespräche führen und hoffentlich zu einer Einigung kommen.

Bei einem Teil der Fächer war bei der Festsetzung der Weiterbildungszeiten auch zu berücksichtigen, daß entsprechend dem Wunsch der Fachgebiete und den Vorstellungen der Ständigen Konferenz die Röntgendiagnostik in den einzelnen Fachgebieten verankert und

die Ausbildung in dem jeweils erforderlichen Umfang festgelegt werden soll. Dadurch ergibt sich z. B. in der inneren Medizin die notwendige Verlängerung von fünf auf sechs Jahre, weil die gesamte interne Röntgendiagnostik zum festen Bestandteil der Ausbildung dieses Faches gemacht werden soll.

Eine Generalklausel über die Weiterbildung in der Röntgendiagnostik findet sich bei jedem Fachgebiet im Paragraphen 25 des Entwurfs (Seite 475), während die genaue Beschreibung des Umfanges der zu erwerbenden Kenntnisse in den Richtlinien erfolgen soll. Damit ist auch den Bestimmungen über die Ausbildung im Strahlenschutz voll Rechnung getragen.

Noch ein Wort zu den Beziehungen zwischen den in den EWG-Gremien vereinbarten und unseren eigenen Weiterbildungszeiten. Es wurde bereits erwähnt, daß wir für die wesentlichen Fächer Koordinierungszeiten vereinbart haben. Soweit diese länger sind als die unseren, wollen wir unsere Zeiten angleichen. Lediglich bei der Neurochirurgie konnten wir uns – wie schon ausgeführt – zu der Verlängerung von fünf auf sechs Jahre nicht entschließen. Wir hielten es aber auch nicht für richtig, bei der Anästhesie und Dermatologie die zunächst beschlossene Koordinierungszeit von nur drei Jahren in unsere Facharztordnung zu übernehmen, da uns diese Zeiten für eine gründliche Ausbildung unzureichend erscheinen. Im übrigen sind auf europäischer Ebene bereits Gespräche im Gange mit dem Ziel, eine vierjährige Weiterbildungszeit zu vereinbaren. Wir sind nicht unbedingt an die EWG-Zeiten gebunden, sondern könnten für unsere deutschen Ärzte abweichende Zeiten beschließen. Sofern sie kürzer sind als die der EWG-Richtlinien, dürfen wir auch von dem einwandernden Arzt nur die bei uns geltende Zeit fordern. Ist unsere Weiterbildungszeit in einem Fach aber länger, so müssen wir den einwandernden Arzt mit der kürzeren EWG-Weiterbildungszeit anerkennen und bei uns tätig werden lassen. Hier kann also ein Gefälle entstehen. Wir sollten uns deshalb bemühen, im Laufe der Jahre möglichst einheitliche Zeiten einzuführen, die aber auch ausreichend lang sind, um ein entsprechendes Niveau zu gewährleisten.

Die Bezeichnung des Facharztes

Eingehende Überlegungen wurden auch angestellt über die Bezeichnung, welche der Facharzt führen soll. Sie waren vielleicht überrascht oder gar schockiert darüber, in dem Entwurf unter der Überschrift „Facharztordnung" die Bezeichnung „Arzt für ..." und eine Kurzbezeichnung zu finden, also z. B. „Arzt für Augenkrankheiten oder Augenarzt", „Arzt für Chirurgie oder Chirurg", „Arzt für Kinderheilkunde oder Kinderarzt". Ich glaubte zunächst, sagen zu können, daß unser Entwurf erstmals diese beiden Neuerungen, also „Arzt für ..." und eine Kurzform enthalte. Bei der genauen Durchsicht der Bremer Richtlinien von 1924 stellte ich aber fest, daß schon damals die Bezeichnung „Spezialist für ..." oder „Arzt für ein Fachgebiet" und eine ganze Reihe von Kurzbezeichnungen, wie Augenarzt, Frauenarzt, Kinderarzt, Chirurg, Internist, eingeführt und zugelassen wurden.

In der Facharztordnung, welche der Reichsärzteführer 1937 erließ, waren diese Wahlmöglichkeiten dann verschwunden und nur noch die Bezeichnung „Facharzt für ..." gestattet. Warum bringen wir diesen Vorschlag und greifen das Alte wieder auf?

Wir sind der Meinung, daß die Bezeichnung, welche der Facharzt auf seinem Arztschild führt, nichts anderes zum Ausdruck bringen soll, als daß er ein Arzt ist, der auf einem bestimmten und begrenzten Gebiet der Medizin besondere Kenntnisse und Erfahrungen besitzt und der nur auf diesem Gebiet tätig sein will. Das wird durch die Bezeichnung „Arzt für ..." in vollkommener Weise zum Ausdruck gebracht. Warum soll man aber, wenn der Zweck der Ankündigung voll erfüllt ist, durch die Vorschaltung der Silbe „Fach" dann überhaupt noch Raum für weitere Kombinationen lassen? Der Facharzt ist – was gelegentlich jemand glaubt – kein Teilarzt, der gewissermaßen von vornherein auf diesen Spezialberuf studiert hat; er ist aber auch – was sehr viele Menschen glauben – kein Superarzt, der sich wie Phönix über die Masse derjenigen erhebt, die sich „nur" als Arzt bezeichnen. Wir müssen alles tun, um zu vermeiden, daß der Eindruck entsteht, es gebe zwei Kategorien von Ärzten, diejenigen, die „nur" Arzt sind, und die Fachärzte. Wir müssen dokumentieren, daß jeder Arzt gleich wichtig und gleichwertig ist und seine Bezeichnung nur zum Ausdruck bringen soll, in welcher Form er sich betätigt. Bei Einführung der Bezeichnung „Arzt für ein Fachgebiet" würde sich aber auch die Möglichkeit anbieten, in unserer Berufsordnung den „Arzt für Allgemeinmedizin", Kurzform: „Allgemeinarzt", zu verankern und damit die Gleichrangigkeit aller Ärzte zu dokumentieren. Die Sorge, ein „nur"-Arzt zu sein, würde damit auch bei unserem Nachwuchs verscheucht und damit vielleicht die Bereitschaft gestärkt, Allgemeinarzt zu werden. Es muß alles geschehen, um zu verhindern, daß die Arztgruppe der Praktiker langsam ausstirbt, weil sie sich nur noch aus den wenigen ergänzt, denen der Vater als Praktischer Arzt das Positive und Erstrebenswerte dieser ärztlichen Berufsausübung eingeimpft hat, und aus den paar anderen, die zu träge sind, das vermeintlich höhere Ziel Facharzt zu erreichen.

Der ärztliche Stand hat die Gleichwertigkeit aller Ärzte schon bisher dadurch betont, daß in der Gebührenordnung immer nur die L e i s t u n g bewertet wurde, aber nicht der Arzt, welcher sie erbrachte. Hier bietet sich eine neue Gelegenheit an, die Einheit unseres Standes zu festigen, wenn wir uns entschließen, auch unsere Bezeichnungen anzugleichen. Es mag vielleicht im ersten Augenblick mancher Facharzt das Gefühl haben, er würde abgewertet, wenn er die Silbe „Fach" verliert. Ich hoffe dargetan zu haben, und ich möchte es noch einmal wiederholen, daß jeder von uns den Wunsch hatte, A r z t zu werden, und daß es eine Steigerung dieser Berufsbezeichnung nicht gibt. Die Streichung der Vorsilbe ist also keine Abwertung, sondern eine Klärung.

Als Kategorie soll der Begriff selbstverständlich bestehen bleiben. Der Entwurf spricht von Facharztordnung, Facharztbezeichnung, Pflichten der Fachärzte usw. Es bedarf im übrigen wohl keiner besonderen Betonung, daß die neu zu beschließende Facharztordnung ebenso die alten Rechte anerkennen wird, wie das schon bisher in allen Facharztordnungen der Fall war.

Auch zur K u r z b e z e i c h n u n g, die im Entwurf für eine große Zahl von Fachgebieten vorgesehen ist, bin ich eine Begründung schuldig. Es ist allgemein bekannt,

daß sich in der Bundesrepublik Kurzbezeichnungen, wie Augenarzt, Kinderarzt, Frauenarzt, Chirurg, längst eingebürgert haben und auf den Arztschildern stehen. Ich wies bereits darauf hin, daß diese Kurzbezeichnungen so alt sind wie unsere Facharztordnung selbst. Es wird wohl kaum einer unter uns ernsthaft fordern, man möge sie untersagen. Wenn wir sie aber dulden, ohne sie offiziell in die Facharztordnung aufzunehmen, dann fehlt uns die Grundlage, um gegen andere Bezeichnungen, welche uns nicht erwünscht sind, vorgehen zu können. Wir sollten für die Zukunft daran festhalten, daß auf dem Arztschild nur stehen darf, was die Berufsordnung ausdrücklich erlaubt, und alles andere untersagt ist. Damit ist es aber zwingend notwendig, die Kurzbezeichnungen nunmehr in den Katalog aufzunehmen, sie also in aller Form zu gestatten.

Richtlinien für die Weiterbildung

Mehrfach habe ich in meinen Ausführungen von „Richtlinien" gesprochen, in welchen etwas über den Inhalt der Weiterbildung ausgesagt werden soll. Auch im Entwurf lesen Sie im Paragraphen 25 Absatz 1:

„Dauer und Inhalt der Weiterbildung richten sich nach den in Absatz 2 festgelegten Bestimmungen sowie nach den Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung."

Die Ständige Konferenz kam in ihren Beratungen zu der Überzeugung, daß wir uns in einer neuen Facharztordnung nicht mehr darauf beschränken dürfen, die Weiterbildungszeiten, ihren Ablauf und ihre Abschnitte festzulegen. Wir müssen auch etwas aussagen über den Inhalt der Weiterbildung, also über das, was der Arzt erlernen muß und was er können muß, wenn er eine Facharztanerkennung erstrebt. Aber nicht nur dem Kandidaten muß eine Leitlinie, ein Inhaltsverzeichnis, gegeben werden, auch der Ausbilder muß wissen, was er seinem Schüler zu vermitteln hat. Bestandteil dieser Richtlinien wird also z. B. für die operativen Fächer auch ein sogenannter Operationskatalog sein müssen. Für diese Richtlinien ist schon erhebliche Vorarbeit geleistet worden. Die Fachgesellschaften, welche diesen Gedanken sehr positiv aufgriffen, haben uns eingehende Entwürfe über ihre Vorstellungen geliefert. Die endgültige Formulierung wird die Arbeit der nächsten Monate sein. Dabei sind freilich noch mannigfache Schwierigkeiten zu überwinden. Sie ergeben sich allein schon aus der Definition des einzelnen Fachgebietes, aus seiner Verzahnung oder Überschneidung mit anderen Fachgebieten. Ich bin überzeugt, daß wir sie überwinden können. Die Facharztkonferenz wird dabei, wo es nötig ist, die Rolle des ehrlichen Maklers übernehmen und versuchen, Lösungen zu finden, die allgemein anerkannt werden. Nötigenfalls wird sich die Facharztkonferenz auch nicht scheuen, einem Fachgebiet die natürlichen Grenzen aufzuzeigen, wenn sie nicht erkannt werden sollten.

Die zu erarbeitenden Richtlinien für jedes einzelne Fachgebiet werden zusammen ein neuer – wie wir glauben bedeutender – Abschnitt der Facharztordnung sein. Ich darf zur Klarstellung darauf hinweisen, daß die Richtlinien, welche wir hier erarbeiten wollen, nicht zu verwechseln sind mit den Richtlinien über die Anerkennung der Weiterbildungsstätten. Diese sollen nicht eingebaut werden, sondern wie bisher als Übereinkunft der Landesärztekammern bestehen bleiben.

Qualifikation des Facharztbewerbers

Schließlich muß ich mich noch der Frage der Qualifikation des Facharztbewerbers zuwenden. Wenn wir in unserer Facharztordnung die Anforderungen, welche an den Bewerber gestellt werden müssen, so genau definieren, dann müssen wir uns auch fragen, wie ihre Erfüllung im Einzelfall nachzuweisen ist. Alle bisherigen Facharztordnungen und auch der vorliegende Entwurf gehen von der Auffassung aus, daß es Sache des Ausbilders ist, in seinem Zeugnis eingehend darzulegen, daß sein Schüler die Voraussetzungen für die Anerkennung als Facharzt erfüllt. Die in Münster verabschiedete Facharztordnung besagt dazu:

„Der Facharztbewerber hat für das letzte Jahr der ärztlichen Tätigkeit im Fachgebiet ein ausführliches und begründetes Zeugnis vorzulegen, aus dem eindeutig hervorgeht, ob er die Fähigkeiten zum Facharzt besitzt."

Es heißt dann an anderer Stelle:

„Der Facharztausschuß und der Facharztberufungsausschuß können im Zweifelsfall eine besondere Begutachtung durch einen oder zwei Fachärzte vorschlagen."

Nach der Tradition der deutschen Facharztordnung macht also der Ausbilder die Qualifikation glaubhaft, der Bewerber braucht sie von sich aus nicht mehr nachzuweisen. Im Zweifelsfall besteht die Möglichkeit der Begutachtung.

Wie ist die Handhabung in anderen Ländern? Man kann ganz allgemein sagen, daß sie unterschiedlich ist. Die angloamerikanischen Länder bevorzugen die Prüfung des Bewerbers, in Nachbarländern, wie etwa in Holland oder der Schweiz, teilt man unsere Auffassung und verzichtet auf eine Prüfung. In den Vereinigten Staaten von Amerika erfolgt die Prüfung durch Kommissionen der ärztlichen Standesorganisation American Medical Association. In Deutschland wünschen fast alle Fachgesellschaften die Einführung einer Prüfung, also die Verlagerung des Qualifikationsnachweises auf den Bewerber selbst. Sie halten die Glaubhaftmachung durch den Ausbilder in seinem Zeugnis nicht für ausreichend.

Wenn man die Diskussion und die Literatur verfolgt, so wurden schon zu allen Zeiten Gründe für und gegen die Prüfung vorgetragen. Ein Argument möchte ich hier erwähnen:

Es wird die Sorge geäußert, der Staat könne die Anerkennung der Fachärzte an sich ziehen, wenn eine Facharztprüfung eingeführt wird. Diese Sorge teile ich nicht. Wollte der Bund diese Materie an sich ziehen, so müßte das Grundgesetz geändert werden. Dafür fehlen die Voraussetzungen. Die Länder könnten übereinkommen, die Facharztordnung in Zukunft selbst zu erlassen und die Anerkennung in jedem einzelnen Fall durch staatliche Organe vorzunehmen. Dazu müßten sämtliche Kammergesetze unserer Bundesländer geändert werden. Die Länder müßten mit einer jahrzehntelangen Tradition brechen, denn seit es eine Facharztordnung und eine Facharztanerkennung in Deutschland gibt, liegen sie allein in der Zuständigkeit der ärztlichen Standesvertretung. Es müßten also sehr schwerwiegende Gründe vorgetragen werden, wenn die Länder einen so brutalen Eingriff in die ärztliche Selbstverwaltung beschließen würden.

Es könnte wohl überhaupt nur einen einzigen Grund für den Staat geben, nämlich den, daß die ärztliche Berufsvertretung die ihr übertragene Aufgabe vernach-

lässigt, die von ihr übernommenen Verpflichtungen verletzt. Die Einführung einer Prüfung halte ich nicht für ein Argument, welches die Länder ins Feld führen könnten. Die Befürchtung eines staatlichen Eingriffes braucht deshalb in diesem Zusammenhang nicht gehegt zu werden.

Trotzdem möchte ich unumwunden feststellen, daß sich für beide Auffassungen gute Gründe ins Feld führen lassen, also sowohl für den bisherigen in der deutschen Facharztordnung enthaltenen Grundsatz als auch für die sehr nachdrücklich erhobenen Forderungen, ihn zugunsten der Prüfung zu ändern. Der bisherige Modus stellt hohe Anforderungen an den Ausbilder und das von ihm ausgestellte Zeugnis. Der Ausbilder muß den Mut besitzen, die Facharztreife seines Schülers gegebenenfalls auch einmal zu verneinen. Als Voraussetzung für die Erstellung aussagekräftiger Zeugnisse muß die Facharztordnung klare und genaue Richtlinien enthalten, wie wir sie für die neue Facharztordnung vorgesehen haben. Darüber hinaus müssen wir strenge Maßstäbe bei der Anerkennung unserer Ausbildungsstätten anlegen, also auch bereit sein, den Kreis der für die Facharztweiterbildung zugelassenen Ausbilder und Ausbildungsstätten entsprechend eng zu ziehen.

Bei Einführung einer Prüfung verliert das Zeugnis und auch die Qualifikation der Ausbildungsstätte an Bedeutung. Entscheidend ist dann in erster Linie der Nachweis der Kenntnisse durch den Bewerber selbst. Man gewinnt damit eine sehr einfache und aussagekräftige Dokumentation über den Standard der Fachärzte auch gegenüber dem Ausland. Das trifft allerdings nur zu, wenn die Prüfung wirklich ernst genommen und nicht zur Farce gemacht wird. Lassen Sie mich ausdrücklich betonen, daß man auf beiden Wegen sehr gute Fachärzte heranbilden kann. Es geht also keineswegs um die Qualität an sich, sondern um die Art und Weise des Qualitätsnachweises. Ich erhoffe mir auch zu dieser Frage heute eine fruchtbare Diskussion, die uns die Entscheidung erleichtert.

Ich habe versucht, die wesentlichen Elemente einer neuen Facharztordnung darzustellen und aufzuzeigen, wie wir uns die zukünftige Regelung vorstellen. Ich möchte nochmals betonen, daß der vorliegende Entwurf nicht mehr sein will als eine Darstellung des derzeitigen Standes unserer Überlegungen und Arbeiten, eine Diskussionsgrundlage für die Beratungen. Mögen die Delegierten uns möglichst viele Anregungen geben, ihre Vorstellungen zu den angesprochenen Fragen äußern, aber keine Beschlüsse fassen. Wir werden dann bemüht sein, auf dem nächsten Deutschen Ärztetag einen verabschiedungsreifen Entwurf einer Facharztordnung für die deutschen Ärzte vorzulegen.

Die Ständige Konferenz für Facharztfragen hat, das darf ich versichern, ihre Aufgabe nicht auf die leichte Schulter genommen. Es war und ist das Bestreben der Konferenz, alle Voraussetzungen zu schaffen für die Heranbildung von Fachärzten, welche jeden Vergleich mit ihren Kollegen in aller Welt aushalten und auf welche unsere kranken Menschen voll vertrauen können.

Wissen und Können, wie wir sie unseren Fachärzten vermitteln wollen, sind aber innere Werte und bedürfen keiner äußeren Verzierungen!

Wer am meisten weiß und kann, hat es am wenigsten nötig, mehr zu scheinen als seine Brüder!

Es ist mir ein ehrliches Bedürfnis, meinen Kollegen, den Mitgliedern der Konferenz, herzlich zu danken. Mein besonderer Dank gilt den Mitgliedern des Unterausschusses, den Kollegen Prof. KANZOW, Dr. RHEINDORF und Dr. RÖKEN, sowie dem Vertreter der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Gesellschaften, Prof. JUNGHANNS. Diese Kollegen haben neben ihren sonstigen Pflichten ihre Wochenenden für die uns gestellte Aufgabe geopfert. Ich danke auch den Vertretern der wissenschaftlichen Gesellschaften und der Berufsverbände, mit denen wir gemeinsam beraten haben, für ihre Mitarbeit und Aufgeschlossenheit. Bei soviel gutem Willen müßte uns das Werk gelingen.

Entwurf einer neuen Facharztordnung; Stand: April 1966

§ 24

Facharzt- und Teilgebietsbezeichnungen

(1) Als Arzt für ein Fachgebiet darf sich nur bezeichnen, wer dafür die Anerkennung der Ärztekammer besitzt.

(2) Folgende Facharztbezeichnungen sind zugelassen:

1. *Arzt für Anästhesie oder Anästhesist*
2. *Arzt für Augenkrankheiten oder Augenarzt*
3. *Arzt für Chirurgie oder Chirurg*
4. *Arzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe oder Frauenarzt*
5. *Arzt für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten oder Hals-, Nasen-, Ohrenarzt*
6. *Arzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten oder Hautarzt*
7. *Arzt für innere Krankheiten oder Internist*
8. *Arzt für Kinderheilkunde oder Kinderarzt*
9. *a) Arzt für Laboratoriumsdiagnostik, Bakteriologie und Serologie*
   b) Arzt für Laboratoriumsdiagnostik, Biochemie
   c) Arzt für Laboratoriumsdiagnostik, Pathologische Anatomie
10. *Arzt für Lungenkrankheiten*
11. *Arzt für Mund- und Kieferchirurgie*
12. *Arzt für Nervenkrankheiten oder Nervenarzt*
13. *Arzt für Neurochirurgie*
14. *Arzt für Orthopädie oder Orthopäde*
15. *Arzt für Radiologie oder Röntgenologe*
16. *Arzt für Urologie oder für Krankheiten der Harnwege oder Urologe*

(3) A. Innerhalb des Fachgebietes der Chirurgie darf nach Anerkennung durch die Ärztekammer zusammen mit der Facharztbezeichnung nur eine der folgenden Teilgebietsbezeichnungen geführt werden:

a) Kinderchirurgie
b) Plastische und Wiederherstellungschirurgie
c) Unfallchirurgie

B. Innerhalb des Fachgebietes der inneren Krankheiten darf nach Anerkennung durch die Ärztekammer zusammen mit der Facharztbezeichnung nur eine der folgenden Teilgebietsbezeichnungen geführt werden:

a) Gastroenterologie
b) Kardiologie
c) Lungen- und Bronchialerkrankungen

d) Physikalische Therapie
e) Rheumatologie

(4) Die Führung mehrerer Facharzt- bzw. Teilgebietsbezeichnungen und die Verbindung einer fachärztlichen mit einer allgemeinärztlichen Bezeichnung sind unzulässig.

§ 25

Art, Inhalt, Dauer und zeitlicher Ablauf der Weiterbildung

(1) Die Weiterbildung zum Facharzt beginnt nach der Bestallung als Arzt. Sie muß ganztägig sein und in einer Assistenzarztstelle oder in einer ärztlichen Tätigkeit erfolgen, die derjenigen in einer Assistenzarztstelle gleichwertig ist. Eine Zeit ärztlicher Tätigkeit, in welcher auch eigene Praxis ausgeübt wird, ist nicht anrechnungsfähig.

Dauer und Inhalt der Weiterbildung richten sich nach den in Absatz 2 festgelegten Bestimmungen sowie nach den Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung. Die angegebenen Zeiten sind Mindestzeiten.

(2) 1. Anästhesie: 4 Jahre

4 Jahre Tätigkeit auf dem Gebiet der Anästhesie.

Anrechnungsfähig ist bis zu sechs Monaten eine Tätigkeit auf dem Gebiet der inneren Krankheiten oder der Physiologie oder der Pharmakologie oder im Lungenfunktionslaboratorium.

2. Augenkrankheiten: 4 Jahre

4 Jahre Tätigkeit auf dem Gebiet der Augenkrankheiten, hiervon mindestens 3 Jahre im Stationsdienst.

Die erforderlichen Kenntnisse in der fachgebundenen Röntgendiagnostik einschließlich des Strahlenschutzes müssen während der Weiterbildungszeit erworben werden.

3. Chirurgie: 6 Jahre

Davon müssen mindestens 5½ Jahre auf dem Gebiet der Chirurgie, hiervon 5 Jahre im Stationsdienst, abgeleistet werden. Auf einem Teilgebiet der Chirurgie (§ 24 Abs. 3 A) dürfen nicht mehr als 2 Jahre der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit absolviert werden. Davon entfallen mindestens 1½ Jahre auf den Stationsdienst.

Eine Tätigkeit von ½ Jahr auf einem der Gebiete der Anästhesie, Neurochirurgie, Orthopädie, Pathologische Anatomie und Urologie kann angerechnet werden; die Anrechnungsfähigkeit entfällt, wenn 2 Jahre auf einem Teilgebiet der Chirurgie abgeleistet werden.

Einem Arzt für Chirurgie, der auf einem der in § 24 Abs. 3 A aufgeführten Teilgebiete mindestens 2 Jahre tätig war, kann auf Antrag die Berechtigung zur Führung der entsprechenden Teilgebietsbezeichnung erteilt werden.

Die erforderlichen Kenntnisse in der fachgebundenen Röntgendiagnostik einschließlich des Strahlenschutzes müssen während der Weiterbildungszeit erworben werden.

4. Frauenkrankheiten und Geburtshilfe: 4 Jahre

4 Jahre Tätigkeit auf dem Gebiet der Frauenkrankheiten und Geburtshilfe, hiervon mindestens 1½ Jahre auf dem Gebiet der Gynäkologie und mindestens 1½ Jahre auf dem Gebiet der Geburtshilfe.

Die erforderlichen Kenntnisse in der fachgebundenen Röntgendiagnostik und Strahlentherapie einschließlich des Strahlenschutzes müssen während der Weiterbildungszeit erworben werden.

5. Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten: 4 Jahre

4 Jahre Tätigkeit auf dem Gebiet der HNO-Krankheiten, hiervon mindestens 3 Jahre im Stationsdienst.

Die erforderlichen Kenntnisse in der fachgebundenen Röntgendiagnostik einschließlich des Strahlenschutzes müssen während der Weiterbildungszeit erworben werden.

6. Haut- und Geschlechtskrankheiten: 4 Jahre

4 Jahre Tätigkeit auf dem Gebiet der Haut- und Geschlechtskrankheiten, davon mindestens 2½ Jahre im Stationsdienst.

Die erforderlichen Kenntnisse in der dermatologischen Strahlentherapie einschließlich des Strahlenschutzes müssen während der Weiterbildungszeit erworben werden.

7. Innere Krankheiten: 6 Jahre

Davon müssen mindestens 5 Jahre Tätigkeit auf dem Gebiet der inneren Krankheiten, hiervon mindestens 4 Jahre im Stationsdienst, abgeleistet werden.

Auf einem Teilgebiet der inneren Krankheiten (§ 24 Abs. 3 B) dürfen nicht mehr als 2 Jahre der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit absolviert werden. Davon entfallen mindestens 1½ Jahre auf den Stationsdienst.

Auf die restliche Zeit kann eine Tätigkeit auf dem Gebiet der Röntgendiagnostik bis zu 1 Jahr angerechnet werden. Eine Tätigkeit bis zu ½ Jahr kann auf einem der folgenden Gebiete angerechnet werden, sofern nicht 2 Jahre auf einem Teilgebiet (§ 24 Abs. 3 B) abgeleistet worden sind: Bakteriologie-Serologie, Biochemie, Kinderheilkunde, Nervenkrankheiten, Pharmakologie-Toxikologie, Pathologische Anatomie, Physiologie.

Einem Arzt für innere Krankheiten, der auf einem der in § 24 Abs. 3 B aufgeführten Teilgebiete mindestens 2 Jahre tätig war, kann auf Antrag die Berechtigung zur Führung der entsprechenden Teilgebietsbezeichnung erteilt werden.

Die erforderlichen Kenntnisse in der fachgebundenen Röntgendiagnostik einschließlich des Strahlenschutzes müssen während der Weiterbildungszeit erworben werden.

8. Kinderheilkunde: 4 Jahre

Davon müssen mindestens 3½ Jahre auf dem Gebiet der Kinderheilkunde und hiervon mindestens 3 Jahre im Stationsdienst abgeleistet werden.

Auf die restliche Zeit kann eine Tätigkeit in allen in der Facharztordnung enthaltenen Fachgebieten und darüber hinaus auf den Gebieten der Humangenetik, Hygiene, Pharmakologie und Physiologie angerechnet werden.

Die erforderlichen Kenntnisse in der fachgebundenen Röntgendiagnostik einschließlich des Strahlenschutzes müssen während der Weiterbildungszeit erworben werden.

9. a) Laboratoriumsdiagnostik — Bakteriologie und Serologie

3 Jahre Tätigkeit auf dem Gebiet der Bakteriologie und Serologie

b) Laboratoriumsdiagnostik — Biochemie

3 Jahre Tätigkeit auf dem Gebiet der Biochemie

c) Laboratoriumsdiagnostik — Pathologische Anatomie

3 Jahre Tätigkeit auf dem Gebiet der Pathologischen Anatomie.

Für dieses Fachgebiet liegen noch keine im einzelnen entwickelten Vorstellungen vor.

10. Lungenkrankheiten: 4 Jahre

3 Jahre Weiterbildung auf dem Gebiet der Lungenkrankheiten, 1 Jahr Weiterbildung auf dem Gebiet der inneren Krankheiten.

Auf die Weiterbildungszeit auf dem Gebiet der Lungenkrankheiten können folgende Tätigkeiten angerechnet werden:

a) bis zu 1 Jahr die Tätigkeit an einer konservativen Heilstätte oder an der Tuberkulosefürsorgestelle eines Gesundheitsamtes,

b) bis zu ½ Jahr die Tätigkeit auf folgenden Gebieten: Pathologie, Lungenphysiologie, die Tätigkeit an einer Asthmaklinik oder einer Spezialklinik für Emphysematiker oder Bronchitiker.

Die erforderlichen Kenntnisse in der fachgebundenen Röntgendiagnostik einschließlich des Strahlenschutzes müssen während der Weiterbildungszeit erworben werden.

11. Mund- und Kieferchirurgie: 4 Jahre

Davon müssen mindestens 3 Jahre Tätigkeit auf dem Gebiet der Mund- und Kieferchirurgie, hiervon mindestens 2 Jahre im Stationsdienst, nachgewiesen werden.
1 Jahr Tätigkeit auf dem Gebiet der Chirurgie.

Bei Beginn der Weiterbildung ist auch die Bestallung als Zahnarzt erforderlich.

Die erforderlichen Kenntnisse in der fachgebundenen Röntgendiagnostik einschließlich des Strahlenschutzes müssen während der Weiterbildungszeit erworben werden.

12. Nervenkrankheiten: 4 Jahre

Davon müssen mindestens 1½ Jahre neurologische und mindestens 1½ Jahre psychiatrische Tätigkeit nachgewiesen werden, hiervon mindestens jeweils 1 Jahr im Stationsdienst.

Auf die restliche Zeit kann eine Tätigkeit auf folgenden Gebieten angerechnet werden: Innere Krankheiten, Jugendpsychiatrie, Neurochirurgie, Neuropathologie, Neurophysiologie, Psychotherapie.

Die erforderlichen Kenntnisse in der fachgebundenen Röntgendiagnostik einschließlich des Strahlenschutzes müssen während der Weiterbildungszeit erworben werden.

13. Neurochirurgie: 5 Jahre

Davon müssen mindestens 4 Jahre Tätigkeit auf dem Gebiet der Neurochirurgie, hiervon mindestens 3 Jahre im Stationsdienst, nachgewiesen werden.

Bis zu 1 Jahr kann die Tätigkeit auf einem der folgenden Gebiete angerechnet werden: Neurologie, Neuropathologie, Neurophysiologie, Orthopädie.

Die erforderlichen Kenntnisse in der fachgebundenen Röntgendiagnostik einschließlich des Strahlenschutzes müssen während der Weiterbildungszeit erworben werden.

14. Orthopädie: 5 Jahre

Davon müssen mindestens 3 Jahre Tätigkeit auf dem Gebiet der Orthopädie, hiervon mindestens 2½ Jahre im Stationsdienst, nachgewiesen werden.

1 Jahr Tätigkeit auf dem Gebiet der allgemeinen Chirurgie.

Auf die restliche Zeit kann eine Tätigkeit auf folgenden Gebieten angerechnet werden: Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Unfallchirurgie.

Die erforderlichen Kenntnisse in der fachgebundenen Röntgendiagnostik einschließlich des Strahlenschutzes müssen während der Weiterbildungszeit erworben werden.

15. Radiologie: 4 Jahre)*

Innerhalb der Weiterbildungszeit müssen 2½ Jahre auf dem gesamten Gebiet der Röntgendiagnostik, 1½ Jahre auf dem gesamten Gebiet der Strahlentherapie nachgewiesen werden.

16. Urologie: 5 Jahre

Davon müssen mindestens 3 Jahre Tätigkeit auf dem Gebiet der Urologie, hiervon mindestens 2½ Jahre im Stationsdienst, nachgewiesen werden.

2 Jahre Tätigkeit auf dem Gebiet der allgemeinen Chirurgie.

Die erforderlichen Kenntnisse in der fachgebundenen Röntgendiagnostik einschließlich des Strahlenschutzes müssen während der Weiterbildungszeit erworben werden.

§ 26

Ermächtigung zur Weiterbildung

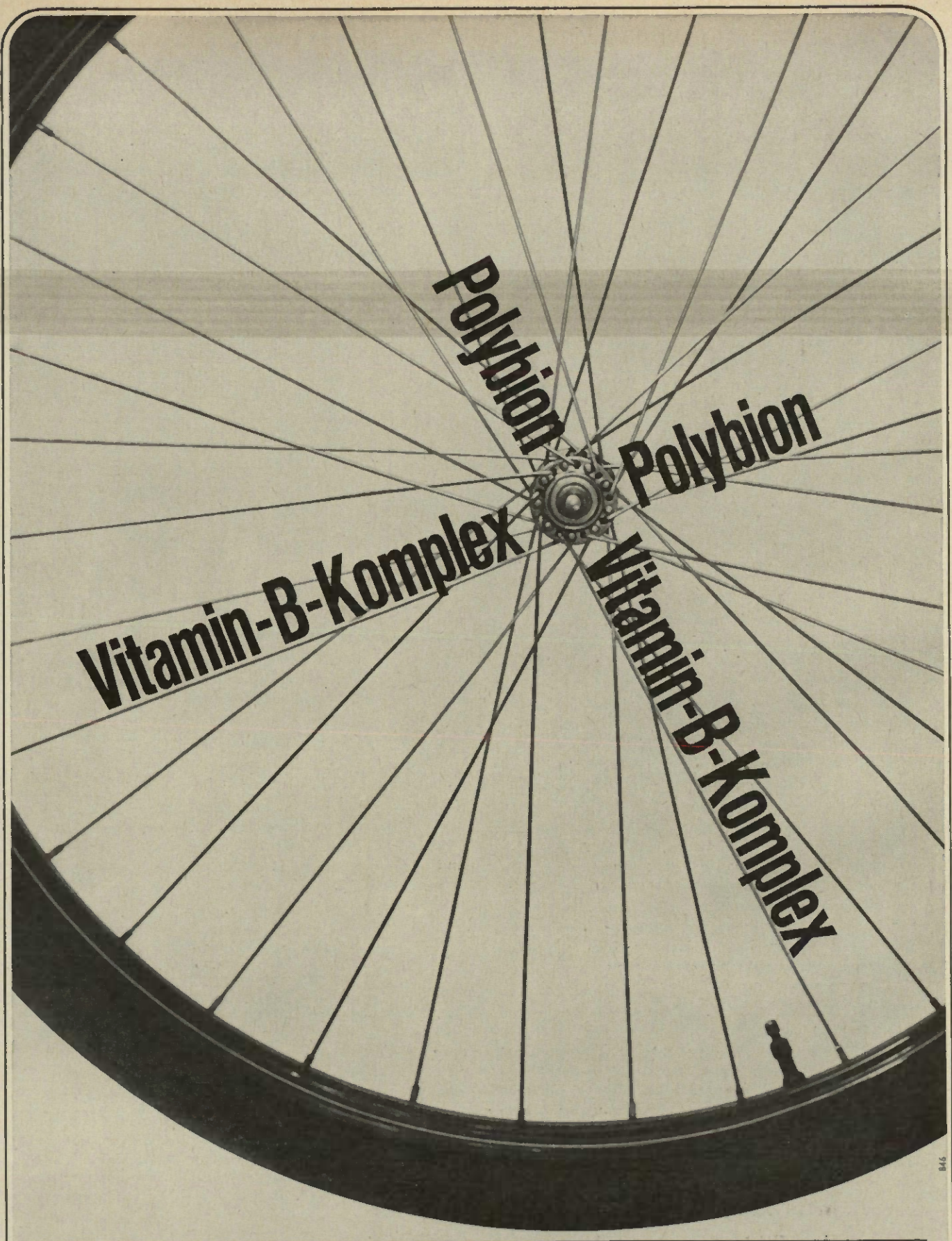
(1) Die Weiterbildung erfolgt unter verantwortlicher Leitung eines von der Ärztekammer zur Weiterbildung ermächtigten Facharztes, der an einer dafür geeigneten deutschen Universitätsklinik, einer Krankenanstalt, einem Institut oder in freier Praxis tätig ist. Ein Facharzt wird nur zur Weiterbildung für das Fachgebiet ermächtigt, dessen Bezeichnung er führt.

(2) Die Ermächtigung zur Weiterbildung kann nur einem Facharzt erteilt werden, der umfassende Kenntnisse und Erfahrungen in seinem Fachgebiet (Teilgebiet) besitzt. Diese soll er in langjähriger Tätigkeit als Facharzt, möglichst in der Stellung eines Oberarztes oder 1. Assistenzarztes, erworben haben. Mit der Ermächtigung ist der Facharzt verpflichtet, die Weiterbildung persönlich zu leiten und entsprechend der Berufs- und Facharztordnung zu gestalten.

(3) Die Weiterbildungsstätten müssen personell sowie nach Krankengut und Einrichtungen für eine gründliche und umfassende Vermittlung wissenschaftlicher und praktischer Kenntnisse in dem erstrebten Fachgebiet (Teilgebiet) geeignet sein.

Die Ärztekammer stellt eine Liste der zur Weiterbildung ermächtigten Leiter geeigneter Krankenanstalten oder von Fachabteilungen und freipraktizie-

*) Die Deutsche Röntgengesellschaft hat bei der UEMS neue Beratungen auf europäischer Ebene gefordert mit dem Ziel, die Weiterbildungszeit im Fachgebiet auf 5 Jahre zu verlängern.



E. Merck
DARMSTADT

Dragees
„forte"-Dragees
Tropfen
Ampullen

Appetitlosigkeit, Erschöpfungszustände
Nebenwirkungen der Antibiotikatherapie
Röntgenkater

renden Fachärzten auf, aus der hervorgeht, in welchem Umfang die bei diesen abgeleistete Tätigkeit auf die Weiterbildung zum Facharzt angerechnet werden kann.

§ 27

Sonderbestimmungen

(1) Tätigkeitsabschnitte unter einem halben Jahr können nicht auf die Weiterbildungszeit angerechnet werden.

(2) Eine Weiterbildung im Ausland kann in der Regel nur bis zur Hälfte der für das Fachgebiet (Teilgebiet) erforderlichen Weiterbildungszeit angerechnet werden.

Das letzte Jahr der Weiterbildung muß in jedem Falle unter Leitung eines Facharztes abgeleistet werden, der zur vollen Weiterbildung ermächtigt ist.

(3) Ärzte, die eine abgeschlossene Ausbildung im Ausland erworben haben und die die Genehmigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes im Geltungsbereiche dieser Berufs- und Facharztordnung besitzen, können nach den Bestimmungen dieser Facharztordnung als Facharzt anerkannt werden.

(4) In besonderen Ausnahmefällen kann die Anerkennung als Facharzt sowie die Genehmigung zur Führung einer Teilgebietsbezeichnung auch abweichend von den Bestimmungen der §§ 25, 26 und 27 erteilt werden.

§ 28

Facharztanerkennung

(1) Die Anerkennung als Facharzt spricht die Ärztekammer aus.

(2) Zur Prüfung von Anträgen auf Anerkennung als Facharzt oder auf Genehmigung zur Führung einer Teilgebietsbezeichnung werden ein Facharztausschuß und ein Facharztberufungsausschuß gebildet. In diesen Ausschüssen sollen jeweils 2 Ärzte des zu beurteilenden Faches Sitz und Stimme haben.

(3) Der Facharztbewerber kann nach Beendigung der vorgeschriebenen Weiterbildung bei der zuständigen Ärztekammer den Antrag auf Anerkennung als Facharzt stellen. Dem Antrag sind alle Nachweise über die Weiterbildung sowie die erteilten Zeugnisse beizufügen. Der letzte, die Weiterbildung im Fachgebiet leitende Arzt, hat in seinem Zeugnis ausführlich dazu Stellung zu nehmen, ob nach seiner Überzeugung der Bewerber die Eignung zum Facharzt besitzt.

(4) Ergibt die Prüfung des Antrages, daß die Voraussetzungen für die Anerkennung als Facharzt nicht erfüllt sind, so teilt die Ärztekammer dem Bewerber die mit Gründen versehene Ablehnung seines Antrages mit. Sie ist mit einer Rechtsmittelbelehrung zu versehen. Gegen diesen Bescheid kann der Bewerber binnen einem Monat nach Zustellung Widerspruch bei der Ärztekammer einlegen, welche eine neuerliche Prüfung durch den Facharztberufungsausschuß veranlaßt. Danach entscheidet die Ärztekammer endgültig. Eine ablehnende Entscheidung ist zu begründen und mit einer Rechtsmittelbelehrung zu versehen.

(5) Im Zweifelsfall kann die Ärztekammer auf Vorschlag des Facharztausschusses oder des Facharztberufungsausschusses eine besondere Begutachtung durch einen oder mehrere Ärzte des betreffenden Fachgebietes veranlassen.

(6) Die Genehmigung zur Führung einer Teilgebietsbezeichnung gemäß § 24 Abs. 3 setzt die Anerkennung als Arzt für Chirurgie oder als Arzt für innere Krankheiten voraus.

Für das Verfahren gelten die Bestimmungen in Absatz 3 bis 5 sinngemäß.

§ 29

Aberkennung der Facharzteigenschaft

(1) Die Anerkennung als Facharzt kann von der Ärztekammer nach Anhören des Facharztausschusses oder im Widerspruchsfalle des Facharztberufungsausschusses zurückgenommen werden, wenn

a) durch Tatsachen erwiesen wird, daß der Arzt die Eignung für die fachärztliche Tätigkeit nicht mehr besitzt oder

b) die für die Facharztanerkennung erforderlichen Voraussetzungen nicht gegeben waren.

Vor der Entscheidung muß der Arzt gehört werden.

(2) Für die Entscheidung, durch welche die Zurücknahme der Facharztanerkennung ausgesprochen wird, gelten die Bestimmungen des § 28 Abs. 4, soweit sie sich auf den ablehnenden Bescheid bei der Facharztanerkennung beziehen, sinngemäß.

§ 30

Geltungsbereich der Facharztanerkennung

Die von Landesärztekammern in der Bundesrepublik Deutschland ausgesprochenen Facharztanerkennungen und Genehmigungen zur Führung von Teilgebietsbezeichnungen werden auch im Bereich der Landesärztekammer . . . anerkannt.

§ 31

Pflichten der Fachärzte

(1) Fachärzte müssen sich grundsätzlich auf das Fach oder Teilgebiet eines Faches beschränken, dessen Bezeichnung sie führen. Sie dürfen eine allgemeinärztliche oder allgemeinvertrauensärztliche Tätigkeit nicht ausüben. Ausnahmeregelungen für ärztlichen Bereitschaftsdienst und ehrenamtliche Tätigkeit sind zulässig.

(2) Fachärzte, die hauptamtlich als Leiter von Krankenanstalten oder deren Abteilungen tätig sind, sollen sich außerhalb des Krankenhauses im allgemeinen auf Sprechstunden- und konsultative Tätigkeit beschränken. Fachärzte dürfen sich in der Regel nur durch Fachärzte des gleichen Faches vertreten lassen.

(3) Fachärzte müssen über die notwendigen Einrichtungen zur Ausübung ihrer fachärztlichen Tätigkeit verfügen.

§ 32

Übergangsbestimmungen

Liegen noch nicht in formulierter Fassung vor.

VI. Internationaler Kongreß
für Klinische Chemie
vom 26. bis 30. Juli 1966
in München

Die Chemotherapie der Gegenwart bei prognostisch ungünstigen Tumorkranken

Von Dr. L. Ritter

Auf dem Deutschen Krebskongreß in München wurde der Begriff der prognostisch günstigen und prognostisch ungünstig gelagerten Tumorerkrankungen geprägt, um eine zweckmäßige Arbeitshypothese zu schaffen. Befaßt man sich nur mit den prognostisch ungünstigen Erkrankungen, so sind dies in der Hauptsache jene Kranken, die bereits an Metastasierungen leiden. Bei diesen setzt man voraus, daß alle Möglichkeiten operativer Eingriffe und Bestrahlungen mit Apparaten höchster Leistungsfähigkeit vorangegangen sind oder nicht angezeigt erscheinen.

Übernimmt man zu dieser Zeit die Behandiung, so fragt man sich, ob noch gewisse Abwehrkräfte gegen weiteres Tumorwachstum erhofft werden können. Weiterhin versucht sich der Arzt dann ein Bild zu machen, ob nur einzelne Metastasen einer gewissen Größe nachzuweisen sind, und er überlegt sich, ob es möglich ist, entsprechend dem Tierversuch, die Verdoppelungszeiten der Metastasierungen zu berechnen. Seine Untersuchungen gehen auch dahin, zu erkennen, ob vielleicht zahlreiche kleine Metastasierungen festgestellt werden können, wie die Lage derselben im Körper ist, in welcher Beziehung sie zu den einzelnen, wichtigen Körperorganen, zu großen Gefäßen, besonders auch zum Lymphgefäßsystem stehen. An Hand vorliegender pathologisch-histologischer Untersuchungen erstrebt er eln Gesamtbild zu erhalten, wie die Wachstumstendenz des jeweilig vorliegenden malignen Tumors in etwa zu beurteilen ist. Er stellt sodann die Wirkung vorangegangener operativer Eingriffe in Hinsicht auf Radikalität oder palliative Art in Rechnung. Er muß wissen, ob Bestrahlungen mit den üblichen Röntgenapparaturen größerer Krankenhäuser oder sogar mit den neuzeitlichen Megavoltapparaturen, eventuell mit der Kobaltbombe, vorgenommen wurden, er muß ausgeführte Radiumbestrahlungen sowohl in betreff Dosishöhe als hinsichtlich des Zeitpunktes einberechnen, schließlich die Wirkung all dieser Behandlungsmethoden in günstigem oder ungünstigem Sinne. Sollte sogar eine Behandlung mit Chemotherapie vorgenommen worden sein, so muß er den Zeitpunkt, das Präparat, die Mengen, die Anwendung durch Stoßtherapie oder Langzeitgabe erfahren, um zu beurteilen, ob nicht schon eine gewisse Resistenz gegenüber einem bestimmten Präparate vorhanden sein kann. Daß beim Bestehen von Metastasierungen die Berechtigung zum Einsatz chemotherapeutischer Maßnahmen besteht, dürfte heute unbestritten sein, selbst gegenüber Verfechtern sogenannter übergroßer chirurgischer Radikaleingriffe. Setzt ein Arzt nun zum ersten Male oder nochmals die Chemotherapie ein, so bedarf es gewissenhaftester Überlegungen mit der Zielrichtung: nicht zu schaden, Schmerzen zu nehmen, das Leben zu verlängern und möglichst lebenswert zu gestalten. Der Arzt hat dann die Pflicht, den Kranken nicht als Versuchsobjekt für ein bestimmtes Präparat zu betreuen. Man muß bei ihm voraussetzen, daß er die inzwischen gewaltig angewachsene Literatur des In- und Auslandes über die Chemotherapie mitberücksichtigt, selbst, wenn er persönlich nur mit bestimmten Präparaten der Tumortherapie eigene Erfahrungen zu sammeln befähigt war. Der Arzt muß sich ferner bewußt sein, daß der Zeitraum, seitdem chemotherapeutische Substanzen beim Tumor eingesetzt wurden, kaum 15 Jahre umfaßt, und daß die meist zu kleine Anzahl von Kranken, die mit einem bestimmten Anti-Krebsmittel behandelt wurden, sehr die Entscheidung erschwert, welches Präparat bei einem bestimmten Organtumor besondere Vorzüge verspricht und die geringsten Nebenwirkungen ungünstiger Art aufweist. Ist doch schon Anwendung des Endoxans, bei dessen Einsatz man oft versuchte, vermittels der Stoßtherapie hohe Dosen kurzfristig an den Tumor heranzubringen — auf Grund der DRUCKREYschen Tierversuche — in der Hoffnung, eine geringere Schädigung des Gesamtorganismus durch verminderte Kumulation toxischer Nebenwirkungen zu bekommen, nach der Arbeit GEBHARDT und BECHERS fehlgeschlagen. Diese Autoren kehren wieder zu den kleinen Einzeldosen zurück, trotz der Gefahr einer Resistenzbildung auf Dauer gesehen. In jüngster Zeit befaßt man sich mit der Fragesteliung, ob nicht eine Kombination mehrerer chemotherapeutischer Präparate erfolgversprechender ist, sei es gleichzeitig oder alternierend.

Eine besonders schwere Entscheidung ist die, in welcher Weise man ein Antitumormittel dem Kranken verabfolgen soii. Nehmen wir praktisch an, daß es als Folge einer Operation und Strahlenbehandlung zu starker Bindegewebsvermehrung gekommen ist und sich trotzdem in den narbigen Veränderungen Metastasierungen neu entwickelt haben, so ist es schwierig, das als zweckmäßig angesehene Chemotherapeutikum in genügend hoher Dosierung an den Metastasenherd heranzubringen. Vielleicht verspricht im Einzelfalle der Weg über eine Arterie, im anderen Falle der über den Lymphweg, eine bessere Wirkung.

Das Abriegeln einer Körperstelle zur Erzielung eines größeren Erfolges war schon von GOETZE im Jahre 1931 mit einem gewissen Erfolge gehandhabt worden. Während eine Kälteeinwirkung auf Tumorzellen keine größere Wirkung zu verursachen vermag, fand Goetze, daß er beim Peniskarzinom unter Abschnürung in Narkose durch höhere Temperaturen von 45° die Tumorzellen zum Absterben zu bringen vermochte. Ein Gedanke, der in jüngster Zeit aufgegriffen mit der Chemotherapie gewisse Erfolge verspricht (ARDENNE und abgewandelt LAMPERT).

Neben den männlichen Geschlechtsorganen sind die Extremitäten, der Kopfbereich und das Becken bevorzugt geeignet zur Abriegeiung gegenüber dem übrigen Körper. Unter starkem Druck lassen sich Mittel der Chemotherapie an die Tumorherde heranbringen, wobei abgeriegelt der Hauptteil des Körpers ungeschädigt bleibt. Bei Lebermetastasen haben dies SULLIVAN und Mitarbeiter vermittels Laparotomie und Kathetereinführung in die Art. hepatica an über 80 Kranken versucht, sie glauben an einen gewissen Erfolg ihrer Methode, die aber nur in Spezialzentren ausführbar sei. Im kleinen Becken wird besonders gynäkologischerseits der Weg über die Art. hypogastrica beschritten und in mehrtägigen Perfusionen eine möglichst große Menge eines Antitumormittels mit deutlich günstiger Wirkung an Ge-

das ist neu

Für das koronarkranke Herz

weniger Belastung

weniger O_2-Bedarf

weniger Gefährdung

weniger Schmerz

durch **NITRO MACK RETARD**

mit sehr langer

gleichmäßiger Wirkung

Zur Prophylexe und Dauerbehandlung
täglich 2x1 Kepsel mit Zwölfstundeneffekt.
Muster auf Wunsch.

Heinrich Mack Nachf. Chem.-pharm. Fabrik 7918 Illertissen/Bayern

MACK

schwulstbildungen herangebracht. Daß ein solcher Weg, der öfters mit Lebensgefahr für den Kranken verbunden ist, ambulant nicht gangbar ist, leuchtet ein. Ebenso dürfte der Versuch, auf dem Lymphwege auf fortgeschrittene Tumoren einzuwirken, nur der stationären Behandlung vorbehalten bleiben. Der Allgemein-Praxis steht bei der Therapie mit Antitumormitteln in erster Linie die orale Verordnung zur Verfügung, sodann die intravenöse Anwendung, schließlich der Weg über die Brust- und Bauchhöhle, besonders wenn bereits Ergüsse vorliegen. Von den einzelnen gegen das Tumorwachstum bisher gebräuchlichen Mitteln bedarf das Trenimon deswegen der Besprechung, weil es am Tumor zwar oft eine große Wirkung entfaltet, aber auch die größten Nebenwirkungen hat. Für die Praxis muß man herausstellen, daß es intravenös gespritzt mit der Zeit zur örtlichen Venenthrombosierung, bei paravenösem Spritzen oder Rückfluß leicht zu Infiltraten, ja Geschwürsbildungen, führen kann. Sie sind recht schmerzhaft und bedürfen wochenlanger Behandlung zur Abheilung. Ob man die Ulcus-Stelle exzidiert oder bestehen lassen soll, muß im Einzelfall entschieden und mit dem Kranken offen besprochen werden. Denn man sieht öfters, worauf KUHLMANN, Essen, zuerst hingewiesen hat, einen Stillstand des Tumorwachstums, sogar bei vorhandenen Metastasen. Dasselbe Chemotherapeutikum, das in der Vene zu starken Reizzuständen und Thrombosierungen führen kann, verhält sich bei der Umspritzung einer Metastase oder Injektion in eine solche wesentlich harmloser und verursacht nur wenige Tage Schmerzen. Injiziert man es aber in das Knochenmarkt, so verhält es sich noch reizloser und hat meist keinerlei ungünstige Nebenwirkung. Im Bestreben, am Ort der Geschwulstbildung die stärkste Wirkung zu erzielen, haben LÜCKE im Spezialfach der Halskrankheiten, BREITENBACH und KRATOCHWIL auf gynäkologischem Fachgebiet den Weg beschritten, dem Trenimon ein Zusatzmittel zu geben, mit dem man möglichst kurzfristig, zugleich in möglichst hoher Dosierung, im Tumorbereich Wirkungen erreicht. Durch Luronase-Zusatz kommt es zu einer fast dramatischen Wirkung in der Tumorgegend, so daß bei dieser Art des Vorgehens selbstverständlich eine ständige Beobachtung des Blutbildes erforderlich bleibt.

Ist eine bedrohliche Wirkung auf den Gesamtkörper zu befürchten, so läßt sich ein solches Gefahren-Risiko auf die in Deutschland von WITTE empfohlene Art vermindern, respektive beseitigen, wenn man — vor Anwendung der Chemotherapie — eine Blut- und Knochenmarkentnahme durchführt und nach Aufbewahren im Kühlverfahren nach Einwirkung des Chemotherapeutikums diese wieder dem Kranken verabfolgt.

In dem Bestreben, einem Antitumormittel möglichst große Wirkung im Bereiche der Geschwulstbildungen zu verschaffen, bringt man weiterhin — ähnlich dem Verfahren bei Durchblutungsstörungen — Sauerstoff unter hohem Druck an den Erkrankungsherd, um das Wachstum von Tumorzellen zu hemmen.

Schließlich erfordert das Vorgehen beim Vorliegen von Metastasen im Knochensystem eine gesonderte Besprechung. Hier kann man erhoffen, daß eine solche Ablagerung von Geschwulstzellen im Inneren des Knochens von der Umgebung gewissermaßen abgeriegelt ist. Setzt man dem Chemotherapeutikum dann noch ein chemisches Mittel zu, das sich mit einer Verzögerung erst mit dem umgebenden Körpergewebe verbindet, so erreicht man eine Depotwirkung. Diese gewünschte Depotwirkung hat sich nach unseren Erfahrungen an Knochenmetastasen gut bewährt, besonders dann, wenn schon ein Spontanbruch des Knochens vorlag. Wenn es auch vereinzelt Ausnahmen gibt, bei denen man aus bisher ungeklärten Gründen keinen Erfolg mehr erreicht, so vermochten wir doch bei den meisten Frakturen spontaner Art — besonders Sarkomen und Metastasierungen nach vorangegangenen Mamma-Karzinom-Operationen — eine schnelle Festigung des Knochens zu erreichen, ohne daß man aber weitere Metastasierungen an anderen Stellen zu verhindern vermag. Man ist hierbei in der Lage, festzustellen, daß nach etwa 2 mg Trenimonanwendung der Frakturschmerz schwindet und nach meist etwa 5 mg intraossär der Knochen Festigkeit bekommen hat. Während der Zeit beginnender Heilung fühlt man eine Art starker Kallusbildung auf beiden Seiten der Bruchstelle, die sich wie üppiger, breiter Kallus einer normalen Bruchstelle tastet. Das Injizieren in den Bruchspalt oder durch die Kortikalis in das Knochenmark hinein ist meist nur gering schmerzhaft, so daß sich oft eine Betäubung erübrigt, sonst empfiehlt sich aus psychischen Gründen eine Kurznarkose. Durch eine solche Art des Vorgehens fällt der bestimmt nicht kleine Eingriff einer Nagelung oder neuerdings Palacos-Anwendung mit Schienung fort, denn die Möglichkeit einer Verschleppung von reichlich Tumorzellen in den Kreislauf und der beschleunigte Exitus durch den Eingriff liegt vor: Die Injektion eines Chemotherapeutikums, wie Trenimon in hoher Konzentration und in einem Periston-artigen Lösungsmittel, wirkt sich in der Schädigung des Blutbildes weiterhin nicht so dramatisch aus wie ohne Zusatz.

Was das Freiwerden von Tumorzellen in die Blutbahn hinein anbetrifft, so gelingt der Nachweis von Tumorzellen in der Pathologie an der Leiche nur in einem geringen Prozentsatz von etwa 15%, aber auch in vielen anderen Mitteilungen der jüngsten Literatur wird kein hochliegender Prozentsatz von Tumorzellen in der Blutbahn gefunden. An der Spitze liegen die Feststellungen GRÄBERs, der mittels besonderer Laboratoriumsmethoden in über 90% Geschwulstzellen zu erkennen vermag.

Stimmen diese Befunde — entgegengesetzte Erkenntnisse sind mir nicht bekannt —, so bleiben die Warnungen DOMAGKs berechtigt, bei Untersuchungen möglichst jeden Druck auf eine Geschwulst oder Beklopfen zu vermeiden und sich beim Operieren stets die Verschleppungsmöglichkeit von Tumorzellen zu vergegenwärtigen (Unterbindung zuerst der Arterien, Auswaschen der Wundflächen mit Antitumormitteln, wie dies besonders HEGEMANN empfiehlt). In diesem Zusammenhang muß die Frage Erörterung finden, ob man bei vorliegenden Metastasen durch Umspritzung mit einem Antitumormittel Erfolge erreichen kann. Ganz unzweckmäßig ist ein solcher Versuch bei Melanommetastasen. Weder durch Abriegelung vermittels Umspritzung, erst recht nicht durch Hineinspritzen in eine Metastase, ließ sich nach unseren Beobachtungen eine ungünstige Wirkung auf den Kranken vermelden, wahrscheinlich durch Hineinpressen von Tumorzellen in den Kreislauf. Ob ein im Bereiche einer Extremität gelegenes Melanom mit Metastasierung in vollkommener Abschnürung vom Körper günstiger beeinflußt werden kann, vermochten wir nicht zu klären, auch nicht, ob ein bestimmtes Chemotherapeutikum mehr, z. B. als das Trenimon, zu leisten vermag.

Haben Sie schon

eine Krankentagegeld- und eine Krankenhaustagegeldversicherung abgeschlossen?

Nutzen Sie die Vorteile des Gruppenversicherungsvertrages der Bayerischen Landesärztekammer mit der Vereinigten Krankenversicherung A. G.

(s. auch Seite 539)

Die Wirkung der Zytostatika auf Gewebekulturen ist in dem Buche MEYTHALERs „Therapie maiigner Tumoren" In dem Kapitel von KRAHE herausgestellt worden. Er glaubt zwar, daß die Untersuchungen vorläufig für die klinischen Beiange einer Krebschemotherapie im Hinblick auf die prognostische Bedeutung der Wirksamkeit eines Präparates für einen bestimmten Tumorkranken eine untergeordnete Bedeutung haben. Vergegenwärtigt man sich, daß bei in vitro-Testung des Portio-Karzinoms z. B. Konzentrationen von 1:300 Millionen gegenüber Trenimon vollkommen unwirksam sein können, ebenso noch 1:100 Millionen, während die Konzentration von 1:20 Millionen befähigt ist, alle Krebszellen zu zerstören — daß also die Testung enorm dosisabhängig ist —, daneben aber starke Unterschiede bestehen müssen, wenn die Durchblutung geändert ist (durch Operation oder Bestrahiung), dann bekommt man erst einen kleinen Einblick in die Schwierigkeiten der in vitro-Testung. Denn man muß noch erwägen, daß jeder Tumor individuell für sich — abweichend von einem histologisch ähnlich strukturierten Tumor — gegenüber dem Antitumormittel reagiert. Jedenfalls steht zu hoffen, daß der weitere Ausbau der Untersuchungstechnik, wie sie Krahe handhabt, durch zunehmende Erfahrungen auch für die Klinikbehandlung sich günstig auswirkt. Noch wichtiger wäre es, wenn die Transplantationsmethode an menschlichen Tumoren sich bewähren würde. Verwendung von menschlichen Tumoren im Transpiantationsversuch ist in den USA schon von verschiedenen Forschergruppen beschrieben worden. Witte und seine Mitarbeiter benutzten die Hamsterbackentasche als besonders geeignet und erreichten bei 5 menschlichen Tumoren — darunter befanden sich zwei Kolon-Karzinome — ein Angehen der Transplantationen. Durch diese Methode der Transplantaiion eröffnen sich der Zukunft der Prüfung chemotherapeutischer Mittel neue wertvolle Wege.

Betrachtet man die Chemotherapie aus gynäkologischer Sicht in der Wirkung gegenüber dem Ovarialkarzinom, so sieht man, daß die klinische Beobachtung chemotherapeutischer Maßnahmen experimenteiien Untersuchungen vorangegangen ist, und die wissenschaftliche Untermauerung günstiger oder fehlender Wirkungen erst nachgeholt werden muß. Wie wichtig die in der experimentellen Forschung gewonnenen Erkenntnisse betreffend des Ausscheldungsweges z. B. sind, bewiesen uns die Arbeiten von MEIER und Mitarbeitern, die in Hundeversuchen feststellten, daß das Proresid in geringster Menge im Knochensystem ausgeschieden wird. Dies stimmt mit unseren Beobachtungen am Menschen überein. Daß aber gewisse Wirkungen des Präparates trotz fortschreitender Knochenzerstörungen vorhanden sind, zeigte uns eine Kranke, bei der ausnahmsweise 5 mg Trenimon wirkungslos gegenüber ausgedehnten Beckenknochenzerstörungen waren, mit Hiife von Proresid trotz Kachexie sich der Appetit bis finai erhalten ließ.

Bei Verfolgung des Ausscheldungsweges eines Chemotherapeutikums muß gemäß den Beobachtungen SCHMÄHLs dem Mutterboden und seinen Veränderungen eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Schmähl sah, daß, obwohl es im allgemeinen nicht gelingt, beim Yoshida-Sarkom der Ratte Metastasenbildungen der Leber hervorzurufen, man aber diese ohne Schwierigkeiten zuwegebringen kann, wenn man eine partielle Hepatektomie vornimmt. Nach unseren Beobachtungen liegen beim Menschen ähnliche Verhältnisse vor, wenn der Mutterboden bei einem Mammakarzinom nach seiner Radikaloperation durch mehrfache Nachbestrahlungen der Axilla, der Supra- und Infraclaviculargegend verändert ist. An diesen Steiien, besonders in der Pleurakuppe, tritt nach unseren Feststellungen ein erhöhter Prozentsatz von Metastasierungen auf, der bei unserem Material fast 24% betrug. Die Progression der Malignität ließ sich auch an fortschreitenden, metastasierenden Rektumkarzinomen bei uns beobachten, wenn man versuchte, stark proliferierende Neubildungen durch Elektrokoagulation zu zerstören. Mußte man dies In kürzeren Zeiträumen mehrmals machen, so konnte man die Steigerung des Wachstums genau mitverfolgen. Mit Veränderungen des Mutterbodens allein aber läßt sich nicht erkiären, warum nach Entfernung des Primärtumors manchmal viele Jahre vergehen, ehe erneute Metastasenbildung — mit meist erheblicher Wachstumstendenz — auftritt. SCHMIDT (Essen) spricht davon, daß öfters über längere Zeit ein Gleichgewicht zwischen Mitose-Rate und Absterbe-Rate besteht, ein Zustand, der im amerikanischen Schrifttum mit „dormant cancer cells" bezeichnet wird. J. S. H. WADE veröffentlicht eine okzipital und epidural gelegene Metastase nach der Operation eines Schilddrüsenkarzinoms vor 28 Jahren, das 2 Jahre zuvor bei normai funktionierender Schilddrüse erkannt wurde. P. M. DANIEL (London) weist auf den ungewöhnlichen Fall eines Kranken hin, der 16 Jahre nach Entfernung einer Hirnmetastase eines Bronchialkarzinoms und anschließender Operation des Primärtumors noch am Leben war. Wir selber sahen 17 Jahre nach der Operation eines Mammakarzinoms eine piötzlich auftretende Metastasierung ins Knochensystem am Brustkorb und den Extremitäten mit starker Wachstumsintensität.

Als Schlußfolgerung der vorangegangenen Ausführungen ergibt sich die Notwendigkeit, auch die sogenannten prognostisch ungünstigen Tumorerkrankungen einer sorgfäitigen Nachbehandlung zuzuführen. In einer Nachsorgeabteilung, von denen es in der Bundesrepublik nur ganz wenige gibt, müßte nach den vorgenannten neuesten Erfahrungen diesen Kranken selbst bei Metastasenbildungen Hilfe geleistet, das Leben lebenswert gestaltet und nach Mögiichkeit verlängert werden, wobei der Kostenfrage im Interesse dieser Schwerkranken eine Nebenrolle zufallen müßte.

Anschrift des Verf.: Chefarzt Dr. med. Leo Ritter, 84 Regensburg, Mälzelweg 9a

Schwester – ein moderner Beruf – eine dankbare Aufgabe

Von Thea Müller-Kamerhuis

Schwester — ein moderner Beruf — eine dankbare Aufgabe, heißt eine Ausstellung, die die Bayerische Krankenhausgesellschaft veranstaltet und die in den nächsten zwei Jahren in mehreren Groß- und Kleinstädten Bayerns gezeigt werden wird. In der Eröffnungsansprache hob Staatsminister JUNKER hervor, daß der ständige Zuwachs der Bevölkerung, die Erschaffung neuer Krankenhäuser, die Verkürzung der Arbeitszeiten (meist von 60 auf 47 Stunden), die hochentwickelten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, zu einem verstärkten Bedarf an Schwestern geführt haben. Wenn vor einigen Jahren noch eine Schwester für 6—8 Betten völlig ausreichend war, so benötigt man heute für 3,5 bis 4 Betten eine geschulte Pflegekraft. Die heute üblichen Wohnverhältnisse lassen nur selten ausreichende häusliche Pflege zu, so daß auch die Betreuung leichter Fälle den Krankenhäusern und damit den Schwestern zufallen.

Herrn Oberbürgermeister FISCHER, dem 1. Vorsitzenden der Bayerischen Krankenhausgesellschaft, lagen natürlich die Finanzprobleme besonders am Herzen. Um eine adäquate Entlohnung der Schwestern gewährleisten zu können, setzt er sich weiterhin für unkostendeckende Pflegesätze ein.

Prälat JANDL sah im Pflegeberuf eine Lebensaufgabe und faßte die Bedeutung dahin gehend zusammen, daß Arzt und Schwester im modernen, rastlosen Leben zum Regulativ für den Menschen werden, der nicht in der Lage ist, die Krisis in sein Leben einzubeziehen.

Stadtrat HAMM erklärte die Lage Münchens in dieser Hinsicht nicht ganz so prekär wie andernorts, doch rangiere hier der Qualitätsanspruch vor Quantitätsanspruch, und so gab er auch, wie seine Vorredner, der Hoffnung Ausdruck, daß die Ausstellung recht erfolgreich sein möge.

Die Ausstellung bezweckt nun, diesen immer bedrohlicher werdenden Schwesternmangel zu mildern und für diesen Beruf zu werben. Sie will mit Vorurteilen und falschen Vorstellungen vom entsagungsvollen Leben in klösterlicher Einsamkeit aufräumen. Sie richtet sich an Schülerinnen, Jugendverbände, vor allem aber auch an die Eltern der jungen Mädchen, da hier veraltete Vorstellungen oft besonders stark vorhanden sind.

Die Besucher werden zu Beginn des Rundgangs über die Voraussetzungen zur Ausbildung, die Überbrückung zwischen Schule und Berufsausbildung orientiert. Der Ausbildungsweg, die verschiedenen Möglichkeiten der Weiterbildung, die Vielfalt der beruflichen Einsätze sind aus vielen Tafeln und Bildern zu ersehen. Die wohl jede Aspirantin interessierenden Verdienstmöglichkeiten, Freizeit- und Urlaubsverhältnisse werden aufgezeigt. Die sich ständig wandelnde Medizin läßt die Schwester an der Entwicklung und Forschung teilhaben. Viele technische Errungenschaften erleichtern ihre Arbeit und lassen diesen Beruf wirklich zum modernen Beruf werden. Der ständige Kontakt zum Menschen macht ihre Arbeit zur dankbaren Aufgabe und zum erfüllenden Beruf. Auch hat heute jede Schwester, da es weder Mutterhaus- noch Ordenszwang gibt, ihr Privatleben. Ja, die verheiratete Schwester, die nur halbtags arbeitet, ist keine Seltenheit mehr.

Über all diese Gesichtspunkte orientiert die Ausstellung in sachlicher Art und Weise und beantwortet mit den Tafeln, Fotos und graphischen Darstellungen viele Fragen, so daß die Interessenten ein klares Bild von diesem Beruf erhalten und sich hoffentlich viele daraufhin für diese Aufgabe entscheiden.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Thea Müller-Kamerhuis, 8 München 9, Lorenzonistraße 55.

Einführungslehrgang in die Blutgruppenserologie für Ärzte

In Zusammenarbeit mit dem Blutspendedienst des Bayerischen Roten Kreuzes werden folgende Einführungslehrgänge in die Blutgruppenserologie veranstaltet:

16. bis 18. 9. 1966 in Regensburg

Ort: Minoritenweg 4

Beginn: Freitag, den 16. 9. 1966, um 17 Uhr

Teilnehmerzahl: höchstens 30 Personen

19. bis 23. 9. 1966 in Lindau/Bodensee

Ort: Zwanziger Straße 1

Beginn: Montag, den 19. 9. 1966, um 9 Uhr

Teilnehmerzahl: höchstens 20 Personen

26. bis 30. 9. 1966 in Augsburg

Ort: Auf dem Kreuz 23

Beginn: Montag, den 26. 9. 1966, um 9 Uhr

Teilnehmerzahl: höchstens 30 Personen

Anmeldungen zu diesen Kursen umgehend bei der Bayerischen Landesärztekammer

Zimmerbestellungen über die örtlichen Fremdenverkehrsvereine

AUS DEM STANDESLEBEN

69. Deutscher Ärztetag

Vom 13. bis 18. Mai 1966 fand in Essen der 69. Deutsche Ärztetag statt.

Auf der Eröffnungsveranstaltung hielt Herr Professor KREIENBERG, der Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz und Vorsitzender des Ausschusses für Verkehrsmedizin der Bundesärztekammer, einen Vortrag über „Verkehr, Medizin und Arzt".

Am Samstag trat der Geschäftsführende Vorstand der Bundesärztekammer zu einer Sitzung zusammen, auf der u. a. noch einmal die Entschließungsanträge erörtert wurden. Am Abend des gleichen Tages waren die Delegierten Gäste der Stadt Essen bei einem Empfang in der „Villa Hügel".

Schwerpunkte des Ärztetages, dessen Plenarsitzungen vom 16. bis 18. Mai stattfanden, waren die Fragen der Weiterentwicklung der Facharztordnung, die zweite Vorlage einer neuen ärztlichen Gebührenordnung und Fragen der Vorsorgeuntersuchungen beim Kind im Vorschulalter.

Referent zum Tagesordnungspunkt „Die Weiterentwicklung der Facharztordnung" war Herr Dr. SEWERING, Vizepräsident der Bundesärztekammer und Vorsitzender ihrer Facharztkonferenz. Sein Referat ist auf Seite 464 dieses Heftes abgedruckt.

Im übrigen wird auf die eingehende Berichterstattung im „Deutschen Ärzteblatt" hingewiesen.

Der Deutsche Ärztetag nahm eine größere Zahl von Entschließungen an; ein Teil davon ist nachstehend abgedruckt.

Entwurf für eine neue ärztliche Gebührenordnung

Auf Antrag des Geschäftsführenden Vorstandes der Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern) und der Präsidenten der Landesärztekammern faßte der 69. Deutsche Ärztetag in 2. Lesung folgenden Beschluß:

„Der 69. Deutsche Ärztetag billigt den vorliegenden Entwurf einer neuen ärztlichen Gebührenordnung und verabschiedet ihn mit folgender Maßgabe:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, gemeinsam mit der Arbeitsgruppe „Gebührenordnung" und im Benehmen mit den Berufsverbänden der Praktischen Ärzte und der Fachärzte den vorliegenden Entwurf einer abschließenden Überarbeitung zu unterziehen.

Der Vorstand wird ermächtigt, bei dieser Überarbeitung zutage tretende Mängel des Entwurfes zu beseitigen.

Der so endgültig gestaltete Entwurf ist baldmöglichst der Bundesregierung im Auftrage des Deutschen Ärztetages vorzulegen."

Ärztliche Forderungen zur Verhütung von Verkehrsunfällen, von gesundheitlichen Schäden der Verkehrsteilnehmer und zur Rettung von Verkehrsverletzten

Auf Antrag des Geschäftsführenden Vorstandes der Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern) und der Präsidenten der Landesärztekammern sowie unter Berücksichtigung eines Änderungsantrages von Dr. BAUSENHARDT und Kollegen faßte der 69. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

„Tagtäglich werden etwa 1200 Menschen im Verkehr verletzt, etwa 40 finden auf der Straße den Tod. Um diesen Folgen von Verkehrsunfällen zu begegnen, müssen alle Möglichkeiten genutzt und alle zur Mithilfe aufgerufen werden.

Aus ärztlicher Sicht empfiehlt der Deutsche Ärztetag folgende Maßnahmen zur Verhütung von Verkehrsunfällen:

1. Hinweise an die Öffentlichkeit auf die gesundheitliche Belastung durch das Verkehrsgeschehen.
   Die Teilnahme am Straßenverkehr stellt an die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, vor allem der Kraftfahrer, hohe Ansprüche. Bestimmte Erkrankungen und Leiden können für Kraftfahrer und andere Verkehrsteilnehmer in kritischen Situationen gefährlich werden. Um Verkehrsunfälle zu verhüten, sollte daher jeder verantwortungsbewußte Kraftfahrer bei Erkrankungen mit seinem Arzt über deren Auswirkungen im Straßenverkehr sprechen. Ein derartiger Appell an die Verantwortung sollte im Mittelpunkt jeder modernen Verkehrserziehung stehen.
2. Hinweise an die Öffentlichkeit auf die Einschränkung der Verkehrstüchtigkeit durch gewisse Arzneimittel.
   Zu einer modernen Verkehrserziehung sollte es auch gehören, die Kraftfahrer darüber zu informieren, daß gewisse Medikamente die Fahrtüchtigkeit einschränken können. Alle Kraftfahrer sollten sich deshalb von ihrem Arzt beraten lassen, ob und inwieweit Arzneimittel, die sie gegen Krankheiten oder Unpäßlichkeiten einnehmen, die Fahrtüchtigkeit stören und einen zeitweisen Verzicht auf die Teilnahme am Straßenverkehr erforderlich machen.
3. Eine individuelle und sachgemäße Handhabung der Erteilung der Fahrerlaubnis durch die Verkehrsbehörden.
   Die gesetzlichen Vorschriften über die Versagung oder Belassung des Führerscheins wegen mangelnder gesundheitlicher Leistungsfähigkeit müssen individuell und sachgemäß angewandt werden. Pauschalurteile über die Fahrfähigkeit bei bestimmten Erkrankungen sind im allgemeinen nicht möglich. Es bedarf vielmehr eingehender Untersuchung und Beurteilung im Einzelfall durch einen in seiner Berufsausübung unabhängigen Arzt.
4. Eine sachgemäße Anwendung des obligatorischen Sehtests für Führerscheinbewerber.
   Eine der wichtigsten körperlichen Voraussetzungen zur Führung eines Kraftfahrzeuges ist ein gutes Sehvermögen. Der Deutsche Ärztetag begrüßt daher die Einführung eines obligatorischen Sehtests für alle Führerscheinbewerber. Soweit er von Laien durchgeführt wird, hält der Deutsche Ärztetag aber eine Anleitung und regelmäßige Überwachung durch Ärzte für notwendig. Ferner muß im Interesse einer ausreichenden Sehfähigkeit aller Kraftfahrer gewährleistet sein, daß bei einem derartigen Test der Grenzwert für die Überweisung zur eingehenden Untersuchung durch einen Augenarzt in allen Bundesländern einschließlich Berlin einheitlich und hoch genug festgesetzt wird. Eine solche Regelung sollte auch für Bundesbahn, Bundespost und Bundeswehr verbindlich sein.
5. Eine ständige Anpassung und Überprüfung des Verkehrsreglements an die Aufnahmebereitschaft der Kraftfahrer.
   Die Verkehrsbehörden sollten bemüht sein, den guten Willen und die Fahrdisziplin der Kraftfahrer, die für die Verkehrssicherheit von wesentlicher Bedeutung sind, nicht unnötig zu belasten. Hierzu gehört einmal die laufende Überprüfung des Verkehrs-

Frei
von
Gallen-
beschwerden
durch

CHOL-KUGELETTEN®

spasmenlösend · entzündungswidrig
choleresefördernd · schmerzbefreiend

auch **Chol-Kugeletten** mite
mit nur schwach laxierender Wirkung

Dragées: 30, 60, 300 u. 1000 St.

ARZNEI

DOLORGIET ARZNEIMITTELFABRIK BAD GODESBERG

reglements, damit die Verkehrszeichen verständlich und stets durch die Verkehrsverhältnisse begründet sind. Zum anderen sollte die Einhaltung der Verkehrsregeln, insbesondere im fließenden Verkehr auf schnellen Straßen, sorgfältig überwacht und Verstöße sofort geahndet werden, um das Unfallrisiko zu vermindern und schlechte Beispiele auszuschalten.

Der Deutsche Ärztetag empfiehlt ferner folgende Maßnahmen, um die Folgen von Verkehrsunfällen möglichst gering zu halten:

A. Eine nachhaltige Förderung der „inneren Sicherheit" der Kraftfahrzeuge.

Zur Verhütung von gesundheitlichen Schäden der Verkehrsteilnehmer durch Unfälle sollte die Industrie noch mehr als bisher um den Einbau von Unfallschutzeinrichtungen in die Kraftfahrzeuge bemüht sein. Sicherheitsglas, Haltegurte und Feuerlöscher sind heute als Standardausrüstung jedes Kraftfahrzeuges zu fordern. Warnleuchten und Verbandkästen sind ebenso wichtig wie Werkzeugtaschen. In den Testberichten neuer Fahrzeugtypen sollte der Beurteilung von Unfallschutzeinrichtungen und -ausrüstungen mehr Raum und Gewicht gegeben werden, um Nachfrage und Angebot stärker in diese Richtung zu lenken.

B. Eine verbesserte Ausbildung der Medizinstudenten in Erster Hilfe.

Die Ausbildung in Erste-Hilfe-Praktiken nach einheitlichen Richtlinien sollte auch im Medizinstudium noch stärker berücksichtigt werden. Daher sollte in der ärztlichen Bestallungsordnung der Nachweis einer regelmäßigen erfolgreichen Teilnahme an einem Kurs über „Erste ärztliche Hilfe am Unfallort" für die Zulassung zur ärztlichen Prüfung gefordert werden.

C. Die Ausbildung zumindest aller Führerscheinbewerber in lebensrettenden Sofortmaßnahmen am Unfallort.

Die Erteilung der Fahrerlaubnis für alle Klassen sollte von der Beherrschung der Sofortmaßnahmen am Unfallort abhängig gemacht werden.

Sicherung freier Durchfahrt, Halte- und Parkgenehmigung für die Ärzte im Notfalleinsatz, für Verkehrsverletzte und lebensbedrohliche Erkrankungen:

Die Erste ärztliche Hilfe am Unfallort wird ebenso wie der ärztliche Notfalleinsatz bei lebensbedrohlichen Erkrankungen oft in Frage gestellt durch Verkehrsschwierigkeiten, denen sich die Ärzte vielerorts gegenübersehen. Im Interesse der Schwerverletzten und Schwerkranken ist es deshalb dringend notwendig, daß eine Sonderermächtigung in die Straßenverkehrsordnung aufgenommen wird, die eine einheitliche Handhabung der ärztlichen Belange hinsichtlich freier Durchfahrt, Halte- und Parkgenehmigung im Bundesgebiet sichert. Arztfahrzeuge im Notfalleinsatz sollen einheitlich erkennbar gemacht werden können."

Entwurf einer Röntgenstrahlenschutz-Verordnung

Auf Antrag des Geschäftsführenden Vorstandes und der Geschäftsführung der Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern) sowie der Präsidenten der Landesärztekammern faßte der 69. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

„Der Deutsche Ärztetag unterstreicht die Notwendigkeit, Patienten wie Mitarbeiter der Ärzte ebenso wie die Ärzte selbst vor vermeidbaren Strahlenbelastungen zu bewahren. Die bisherigen vom Bundesgesundheitsministerium für eine Röntgenstrahlenschutz-Verordnung vorgelegten Referentenentwürfe lehnt der Deutsche Ärztetag in Bestätigung der von der Bundesärztekammer diesem Ministerium bereits zugeleiteten umfassenden Stellungnahme nachdrücklich ab.

Der Deutsche Ärztetag wendet sich

1. gegen zahlreiche unverständliche und in der Praxis undurchführbare Bestimmungen dieser Referentenentwürfe,
2. gegen die in den Referentenentwürfen enthaltenen Eingriffe in das Approbationsrecht und die Bestimmungen der ärztlichen Berufs- und Facharztordnung, die dem geltenden Recht widersprechen würden,
3. gegen die in den Referentenentwürfen vorgesehene unterschiedliche Regelung des Strahlenschutzes im Bereich der Röntgendiagnostik und der Röntgentherapie, die sachlich nicht berechtigt ist,
4. gegen die in den Referentenentwürfen enthaltenen weitgehenden Eingriffe in die ärztliche Berufsausübung einschließlich der zu ihrer Durchsetzung beabsichtigten Strafandrohung.

Um praktikable Strahlenschutzbestimmungen zu erhalten, empfiehlt der Deutsche Ärztetag, alle Fragen des medizinischen Strahlenschutzes in einer Rahmenverordnung zusammenzufassen. Er erwartet, daß dabei die dem Bundesgesundheitsministerium wiederholt schriftlich und mündlich vorgetragenen Vorstellungen der Bundesärztekammer berücksichtigt werden, und daß die Bundesärztekammer dabei Gelegenheit erhält, vor der endgültigen Fertigstellung des Entwurfes nochmals hierzu eingehend Stellung zu nehmen."

Besoldung der im öffentlichen Dienst tätigen Ärzte

Auf Antrag des Geschäftsführenden Vorstandes der Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern) und der Präsidenten der Landesärztekammern faßte der 69. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

„Der 69. Deutsche Ärztetag stellt fest, daß die Bemühungen der ärztlichen Standesorganisationen, die Besoldung der Ärzte im öffentlichen Dienst an die allgemeine Gehalts- und Besoldungsentwicklung anzugleichen, bisher ohne ausreichenden Erfolg geblieben sind.

Die Bewertung der ärztlichen Leistungen im Rahmen des bisherigen Besoldungsgefüges wird trotz einiger Verbesserungen in einzelnen Ländern in den letzten Monaten immer noch nicht der Verantwortung und der Leistung, die von diesen Ärzten gefordert wird, gerecht. Auch beim Vergleich mit den übrigen in der Verwaltung tätigen akademischen Berufsgruppen wird die Minderbewertung der ärztlichen Tätigkeit deutlich. Der 69. Deutsche Ärztetag fordert daher die zuständigen Dienstbehörden auf, die Forderung nach einer leistungsgerechten Besoldung der im öffentlichen Dienst tätigen Ärzte zu erfüllen."

Behinderung der ärztlichen Fortbildung durch verständnislose Haltung der Steuerbehörden

Auf Antrag des Geschäftsführenden Vorstandes der Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern) und der Präsidenten der Landesärztekammern faßte der 69. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

„Medizinisch-naturwissenschaftliches Wissen und Können ist eine der entscheidenden Grundlagen erfolgreichen ärztlichen Wirkens. Ihre ständige Entwicklung bedingt die Verpflichtung des Arztes zu ständiger Fortbildung, die ihren formellen Ausdruck in den Vorschriften der ärztlichen Berufsordnungen und ihren Niederschlag in den Entscheidungen der deutschen Gerichte über die zivil- und strafrechtliche Verantwortung des Arztes für Kunstfehler finden. Den Ärztekammern ist durch Gesetz die Aufgabe übertragen, die Voraussetzungen für die Fortbildung des Arztes zu schaffen.

Der Deutsche Ärztetag bedauert, feststellen zu müssen, daß manche Finanzbehörden und Finanzgerichte dem Wesen der ärztlichen Fortbildung immer noch ohne Verständnis gegenüberstehen. Durch überspitzte fiskalische Anforderungen wird dem Arzt nicht selten das Geltendmachen der steuerlichen Abzugsfähigkeit

seiner Fortbildungskosten im Rahmen seiner Einkommensteuererklärung unvertretbar erschwert. Der Deutsche Ärztetag bedauert dies um so mehr, als die Ärzteschaft ihre gesetzliche und moralische Verpflichtung zu ständiger Fortbildung aus eigener Initiative laufend verwirklicht, ohne dabei staatliche Unterstützungen und Förderungen zu erhalten, wie sie beispielsweise nach dem Berufsförderungsgesetz anderen Kreisen gewährt werden. Zur Förderung der ärztlichen Fortbildung hat die Bundesärztekammer u. a. durch ihren Senat für ärztliche Fortbildung ihre inzwischen in fast 1½ Jahrzehnten bewährten internationalen Fortbildungskongresse für praktische Medizin geschaffen, die beispielhaft und mit großer Beachtung in den Ärzteschaften vieler Länder sich darum bemühen, die für den Leistungsstand einer modernen Medizin miterforderlichen internationalen Kontakte, vor allem auf europäischer Ebene, zu schaffen.

Wenn auch die Finanzbehörden in aller Regel die steuerliche Abzugsfähigkeit der Teilnahmekosten an ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen als beruflich veranlaßt dem Grundsatz nach nicht mehr bestreiten, so zeigen sie doch bei der Prüfung, ob und in welchem Umfange eventuell auch persönliche Interessen des Arztes an seinem Entschluß, an einem Auslandsfortbildungskongreß teilzunehmen, mitgewirkt haben könnten, eine der Sache und dem Wesen akademischer Fortbildung nicht gerecht werdende kleinliche Praxis. Auch werden als steuerlich abzugsfähig bei der Teilnahme an internationalen Fortbildungskongressen im Ausland nach der Rechtsprechung des Bundesfinanzhofes Kosten nur in der Höhe anerkannt, wie sie bei Durchführung der Veranstaltungen im Inland entstanden wären. Angesichts des immer stärker fortschreitenden Zusammenschlusses der europäischen Länder, vor allem im EWG-Raum nach den Römischen Verträgen, die 1968 zu völliger Freizügigkeit in der ärztlichen Berufsausübung führen sollen, erscheint eine solche Einstellung unverständlich. Sie läßt die Tatsache unberücksichtigt, daß die Medizin nicht an Landesgrenzen haltmacht und der Arzt mehr denn je des ständigen Erfahrungsaustausches mit einem europäischen Kollegen bedarf.

Der Deutsche Ärztetag richtet daher erneut an die zuständigen Behörden und Gerichte die dringende Bitte, sich der tiefgreifenden Auswirkungen fehlsamer steuerlicher Behandlung von Teilnahmekosten an ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen auf den Wissens-, Erfahrungs- und damit Leistungsstand der Ärzteschaft unseres Landes bewußt zu sein. Er appelliert an alle, die es angeht, das in der ärztlichen Fortbildung liegende wichtige gesundheits- und kulturpolitische Ziel nicht durch kleinliche fiskalische Entscheidungen zu gefährden."

Lektüre im Wartezimmer*)

Auf Antrag des Geschäftsführenden Vorstandes und der Geschäftsführung der Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern) sowie der Präsidenten der Landesärztekammern faßte der 69. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

„In Sorge um die Gesunderhaltung unserer Jugend empfiehlt der Deutsche Ärztetag den Ärzten dringend, die in ihren Wartezimmern ausgelegte Unterhaltungslektüre sorgfältig und kritisch zu überprüfen. Zeitschriften, die in Wort und Bild vor allem für Jugendliche ungeeignete Darstellungen bringen, insbesondere solche, die durch ihre Aufmachung Anstoß erregen oder niedere Instinkte ansprechen, sollten aus ärztlichen Wartezimmern ausgeschlossen werden."

Der alternde Mensch und die Medizin

Auf Antrag des Gesamtvorstandes der Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern) und unter Berücksichtigung von Änderungsanträgen von Professor Dr. KREIENBERG, Dr. WALTHER, Dr. SAUL, Dr. MARTIN, Dr. KRAIS und Kollegen faßte der 69. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

*) s. auch „Bayerisches Ärzteblatt" 5/1966 Seite 427

„Dank der Möglichkeiten der modernen Medizin ist es immer mehr Menschen vergönnt, verhältnismäßig gesund und rüstig ein höheres Lebensalter zu erreichen als je zuvor. Den Ärzten sind daraus eine Fülle zusätzlicher und zum Teil neuartiger Aufgaben erwachsen. Für sie kommt es darauf an, dem großen Kreis alter Menschen, der ihre Hilfe naturgemäß häufiger als jüngere Menschen in Anspruch nehmen muß, unter Anwendung der Erkenntnisse der modernen Medizin die bestmögliche ärztliche Betreuung angedeihen zu lassen.

Der Deutsche Ärztetag stellt mit Genugtuung fest, daß sich die Ärzteschaft unseres Landes dieser Aufgabe in den letzten Jahrzehnten mit besonderem Nachdruck angenommen hat. Er empfiehlt, diese Bemühungen in verstärktem Maße und mit besonderer Wärme und innerer Aufgeschlossenheit fortzusetzen.

Die Allgemeinheit macht der Deutsche Ärztetag darauf aufmerksam, daß es ein besonderer Auftrag an die menschliche Gesellschaft unserer Zeit ist, um eine sinnvolle und würdige Gestaltung des Lebens unserer älteren Menschen bemüht zu sein. Dazu sollte alles getan werden, ihnen das Bewußtsein ihres Wertes in der Gesellschaft zu erhalten: Es sollten mehr Wohnungen geschaffen werden, die den besonderen Erfordernissen und Bedürfnissen älterer Menschen entsprechen; Berufstätige sollten nicht nur wegen der Vollendung eines bestimmten Lebensalters und, obwohl sie gesund und leistungsfähig sind, gegen ihren Willen aus ihrem Berufsleben ausscheiden müssen. Den aus der vollen Berufsarbeit ausscheidenden Menschen sollten vermehrte und bessere Möglichkeiten geboten werden, nach eigenem Willen eine ihren Kräften und ihrer Leistungsfähigkeit entsprechende, sinnvolle Arbeit in einem selbstbegrenzten Umfange zu verrichten.

Für den kranken, alternden Menschen sollen neben Alters- und Pflegeheimen auch besondere Krankenhausabteilungen für chronische Kranke geschaffen werden, die es ermöglichen, diesen Personenkreis einer angemessenen medizinischen und ärztlichen Betreuung zuzuführen.

Der Deutsche Ärztetag gibt der Überzeugung Ausdruck, daß durch solche Maßnahmen sowohl das seelische wie auch das materielle Schicksal vieler älterer Menschen verbessert werden könnte."

Ärzte im Universitätsdienst

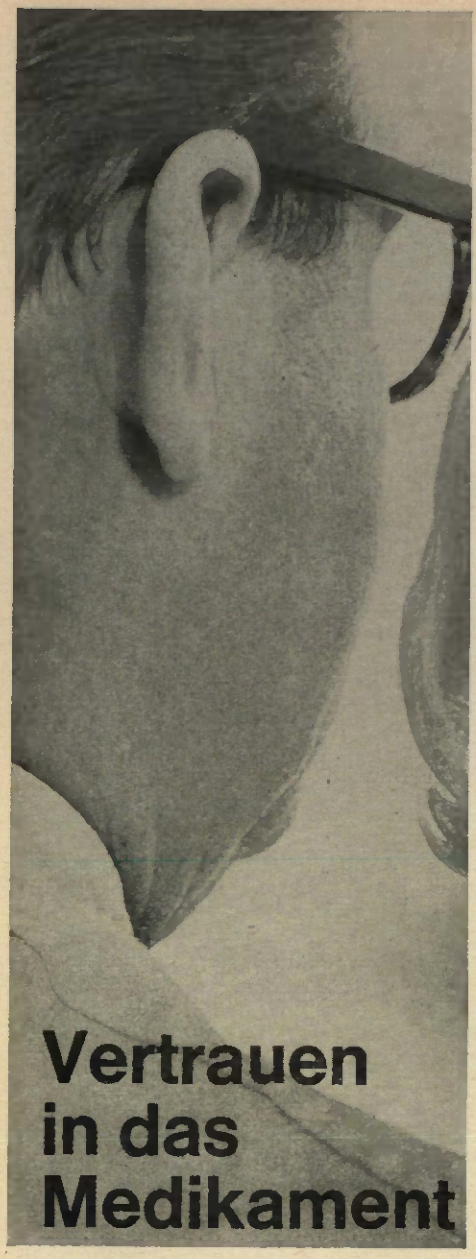
Auf Antrag Dr. BECHTOLDT und Kollegen faßte der 69. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

„An deutschen Universitätskliniken leisten nahezu viertausend Ärzte als Wissenschaftliche Assistenten und Widerrufsbeamte seit vielen Jahren über den normalen Dienst hinaus regelmäßig und zusätzlich verantwortungsvollen Nacht- und Wochenenddienst, wofür sie weder durch Freizeit noch finanziell eine Entschädigung erhalten. Diese anhaltende Überforderung der betroffenen Ärzte erfüllt den Deutschen Ärztetag mit großer Besorgnis. Die verantwortlichen Kultusminister werden dringend gebeten, diese unzumutbaren und rechtswidrigen Bedingungen zu beseitigen."

Vorbeugende Gesundheitspflege

Auf Antrag des Geschäftsführenden Vorstandes der Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern) und der Präsidenten der Landesärztekammern sowie unter Berücksichtigung von Änderungsanträgen von Dr. JUNGMANN, Dr. Dr. von GUGEL und Kollegen faßte der 69. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

„Der 69. Deutsche Ärztetag macht die Öffentlichkeit und alle zuständigen Stellen des Bundes und der Länder erneut auf die Notwendigkeit einer sinnvollen vorbeugenden Gesundheitspflege aufmerksam. Er wiederholt die Empfehlung, im Zuge des Ausbaues und der Weiterentwicklung unserer Gesundheits- und Sozialpolitik für allgemeine vorbeugende Untersuchungen die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen.



Vertrauen in das Medikament

Vertrauen in den Arzt

Sicherheit für beide

Pe 65 A4 11 ross

Penbrock®

Therapeutische Sicherheit ist die erste Bedingung, die Klinik und Praxis an ein Antibiatikum stellen!
Penbrock – das erste Breitspektrum-Penicillin der Welt – wird dieser Farderung gerecht, weil es gleichzeitig gegen grampasitive und gramnegative Erreger wirkt.

...in der Forschung voraus

Deutsche Beecham GmbH
795 Biberach an der Riss

Mit hahen Blut-, Urin- und Gewebespiegeln bietet es sich besanders an zur Behandlung der chranischen Infektel **Penbrock** ist als Penicillin untaxisch!

beim Urogenital-Infekt

bei chronischer Bronchitis

bei Infekten der Darm- und Gallenwege

Der modernen Medizin stehen in zunehmendem Maße Möglichkeiten und Wege zur Verfügung, der Entstehung oder Verschlimmerung von Krankheiten vorzubeugen und drohende Krankheiten so frühzeitig zu erkennen, daß ihre Behandlung wesentlich mehr Erfolg verspricht als früher. Der Deutsche Ärztetag appelliert daher insbesondere an die zuständigen politischen Kräfte unseres Landes, nicht länger zu zögern, diese Erkenntnisse und Möglichkeiten der medizinischen Wissenschaft durch allgemeine Vorsorgeuntersuchungen unserer gesamten Bevölkerung unter Wahrung des Grundsatzes der freien Arztwahl zugute kommen zu lassen. Vordringlich sind solche allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen, insbesondere im Kleinkindesalter, in höheren Lebensaltersstufen sowie bei besonderer gesundheitlicher Gefährdung im Beruf.

Mit Genugtuung stellt der 69. Deutsche Ärztetag fest, daß der Gesetzgeber nunmehr Vorsorgeuntersuchungen für schwangere Frauen und Wöchnerinnen als Pflichtleistung der Sozialversicherung eingeführt hat. Die Ärzteschaft sieht es als ihre besondere Verpflichtung an, diese damit ermöglichten neuen Maßnahmen zur vorbeugenden Gesundheitspflege durch aktive Mitarbeit zu fördern und damit einen entscheidenden Beitrag zur Senkung der Müttersterblichkeit und zur Bekämpfung der Folgen der Blutgruppenunverträglichkeiten bei Neugeborenen zu leisten.

Der Deutsche Ärztetag ruft alle in diesem medizinischen Arbeitsbereich tätigen Ärzte auf, sich für die neue präventiv-medizinische Aufgabe zur Verfügung zu stellen, ungeachtet der gerade bei der vorbeugenden Gesundheitspflege besonders umfangreichen und belastenden, aber unerläßlichen Dokumentationspflichten und der im einzelnen festgelegten Untersuchungsgänge.

Gleichzeitig aber macht der Deutsche Ärztetag die gesetzgebenden Organe nochmals darauf aufmerksam, daß die zum Jahresbeginn in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführten Maßnahmen zur Bekämpfung der Mütter- und Säuglingssterblichkeit zwangsläufig unvollständig bleiben müssen, solange sie sich — wie durch das Gesetz derzeit festgelegt — auf Untersuchungen bei Schwangeren und Wöchnerinnen beschränken. Der Deutsche Ärztetag empfiehlt daher vordringlich, diese Bestimmungen zu ergänzen und dabei die Neugeborenen in die vorbeugende Gesundheitspflege einzubeziehen. Für alle Neugeborenen sollten eingehende ärztliche Untersuchungen unmittelbar nach der Geburt und in den ersten Lebenstagen eingeführt werden, um angeborene oder durch Geburt entstandene Krankheiten und Leiden so früh wie möglich ärztlicher Behandlung zuführen zu können.

Darüber hinaus würden es gründliche und systematische Vorsorgeuntersuchungen aller Kinder im Kleinkindesalter ermöglichen, nicht nur den richtigen Zeitpunkt für den Beginn des Schulbesuches besser als bisher zu beurteilen, sondern auch Krankheiten, Leiden und körperliche Mängel, die die Entwicklung des Kindes gerade in dieser Lebensphase entscheidend beeinträchtigen können, rechtzeitig festzustellen, zu beheben oder in ihren Auswirkungen zu lindern. Die individuelle körperliche und geistige Leistungsfähigkeit der Kinder könnte allein dadurch wesentlich verbessert werden, daß Aufmerksamkeit und Beteiligung am späteren Schulunterricht durch vorherige Behebung oder Besserung von Störungen des Seh- und Hörvermögens oder von Haltungsanomalien gesteigert würden."

Änderung des Wehrpflichtgesetzes, Zivilschutzgesetze

Auf Antrag des Geschäftsführenden Vorstandes der Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern) faßte der 69. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

„Der 69. Deutsche Ärztetag stellt mit Bedauern fest, daß die für militärische und zivile Schutzmaßnahmen zuständigen ministeriellen Bereiche die Verwendung von Ärzten planen, ohne vorher bindende Absprachen mit den für die ärztliche Versorgung der Bevölkerung verantwortlichen ärztlichen Organisationen herbeigeführt zu haben.

Die Deutsche Ärzteschaft befürchtet, daß durch die in den Zivilschutzgesetzen geforderte Zahl von Ärzten und durch eine uneingeschränkte Ausnutzung der durch die Novellierung des § 49 Abs. 1 des Wehrpflichtgesetzes gegebene Möglichkeit im Spannungs- und Verteidigungsfalle eine ernsthafte Gefährdung der ärztlichen Versorgung der Zivilbevölkerung eintritt.

Der Deutsche Ärztetag ist der Überzeugung, daß die ärztliche Versorgung der Soldaten und der zivilen Bevölkerung im Frieden und im Verteidigungsfalle nur durch eine aufgeschlossene, enge Zusammenarbeit aller Verantwortlichen gesichert werden kann."

Änderung des Wehrpflichtgesetzes

Auf Antrag Dr. HÄUSSLER und Kollegen faßte der 69. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

„Der 69. Deutsche Ärztetag stellt fest:

1. Die Vorbereitung der Ärzte auf den Verteidigungsfall ist zur Herstellung der Einsatzbereitschaft des Sanitätsdienstes der Bundeswehr wie zur ärztlichen Versorgung der Gesamtbevölkerung notwendig.
2. Im Rahmen der vom Bundesministerium für Verteidigung gegebenen bindenden Zusagen zur Novellierung des § 49 Wehrpflichtgesetz, in 10 Monaten jährlich nicht mehr als 100 Ärzte monatlich zur Einweisung einzuziehen unter rechtzeitiger Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen, ist eine Störung der friedensmäßigen ärztlichen Versorgung der Zivilbevölkerung nicht zu befürchten.
3. Darüber hinaus hält es der Ärztetag jedoch für erforderlich, daß das Problem der ärztlichen Versorgung der Soldaten wie der Zivilbevölkerung im Frieden wie besonders im Verteidigungsfall durch eine aufgeschlossene enge Zusammenarbeit aller Verantwortlichen unter Beteiligung der Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen behandelt wird."

Akademie der Fachärzte

Auf Antrag Dr. WALDMANN und Kollegen sowie unter Berücksichtigung eines Änderungsantrages von Dr. WEZEL faßte der 69. Deutsche Ärztetag folgenden Beschluß:

„Der 69. Deutsche Ärztetag beauftragt den Geschäftsführenden Vorstand der Bundesärztekammer, zum Deutschen Ärztetag 1967 mit der Arbeitsgemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (AFB) — Verband der Fachärzte Deutschlands — e. V. und allen übrigen fachärztlichen Berufsverbänden ein Statut für die Errichtung einer „Akademie der Fachärzte" zu erarbeiten und zur Beratung und Beschlußfassung vorzulegen."

Weiterbildung zum Praktischen Arzt

Auf Antrag Dr. MATTERN und Kollegen faßte der 69. Deutsche Ärztetag folgenden Beschluß:

„Der 69. Deutsche Ärztetag bittet

1. den Vorstand der Bundesärztekammer, darauf hinzuwirken, daß in der Bestallungsordnung die Hindernisse für die Verwirklichung der Ärztetagsbeschlüsse zur Weiterbildung zum Praktischen Arzt beseitigt werden,
2. die Landesärztekammern, dann unverzüglich alles zu tun, um die Beschlüsse des Deutschen Ärztetages zur Weiterbildung zum Praktischen Arzt in die Tat umzusetzen."

Nächster Deutscher Ärztetag in Garmisch-Partenkirchen

Auf Vorschlag des Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Herrn Kollegen SEWERING, wurde als Tagungsort des 70. Deutschen Ärztetages, der im Mai 1967 stattfinden wird, Garmisch-Partenkirchen gewählt.

Paracelsus-Medaille für verdiente Ärzte

Bei der feierlichen Abschlußkundgebung wurden die folgenden Kollegen mit der Paracelsus-Medaille ausgezeichnet:

Professor Dr. med., Dr.-Ing. e. h., Dr. med. h. c. Friedrich PAUWELS, Aachen

Professor Dr. med. Friedrich Pauwels wurde am 23. Mai 1885 in Aachen geboren. 1914 gründete er eine orthopädische Heilanstalt und richtete 1923 die orthopädische Abteilung im Luisen-Hospital in Aachen ein. Der Umberto-Preis der Universität Bologna wurde ihm 1935 für seine Monographie über den Schenkelhalsbruch, der Professor-Titel wurde ihm 1942 verliehen.

Professor Dr. med., Dr. med. h. c. Hans KLEINSCHMIDT, Bad Honnef

Professor Dr. med. Hans Kleinschmidt wurde am 18. Juni 1885 in Elberfeld geboren. 1913 wurde er Privatdozent an der Universität Marburg; 1914 wechselte er nach Berlin über, wo er 1919 als Direktor des Gemeinde-Säuglingskrankenhauses Berlin-Weißensee wirkte. Von Berlin wurde der damals 35jährige auf den Lehrstuhl für Kinderheilkunde nach Hamburg, später nach Köln berufen. Nach Kriegsende wurde Professor Kleinschmidt auf den Lehrstuhl für Kinderheilkunde an der Universität Göttingen berufen, wo er 1954 emeritiert wurde. 1955 wählte ihn die Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung zu ihrem ersten Präsidenten.

Dr. med. Rudolf WEISE, Düsseidorf

Dr. med. Rudolf Weise wurde am 16. November 1898 in Schwelm in Westfalen geboren. Bei der Wiedergründung des Düsseldorfer Ärztevereins 1945 und der Ärztekammer Nordrhein 1948 hat Dr. Weise entscheidend mitgewirkt. Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein wählte ihn 1946 zum Vizepräsidenten und 1949 zum Präsidenten. Dieses Amt hatte Dr. Weise bis zum Jahre 1961 inne. Als Präsident der Ärztekammer Nordrhein war er 1946 Mitbegründer des Nordwestdeutschen Ärztekammerverbandes und der 1947 daraus hervorgegangenen Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, der heutigen Bundesärztekammer. 1963 wurde Dr. Weise zur Vollendung seines 65. Lebensjahres für seine Verdienste mit dem Großen Verdienstkreuz des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

Dr. med. Konrad BIHL, Rottweil

Dr. med. Konrad Bihl wurde am 4. März 1898 in Stuttgart geboren. Er promovierte 1923 zum Dr. med. Seit 1923 — also jetzt 43 Jahre lang — ist Dr. Bihl als Praktischer Arzt in Rottweil (Neckar) niedergelassen. Seit 1945 leitet er zudem das Städtische Krankenhaus Rottweil, wo er als Belegarzt tätig ist. Er war Mitbegründer der Kassenärztlichen Vereinigung Südwürttemberg-Hohenzollern, zu deren Vorsitzenden er damals und seitdem immer wieder gewählt wurde. 1952 wurde er zum zweiten Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gewählt und 1957 wiedergewählt. Er bekleidete dieses Amt bis 1965. Er hat 1958 an der Universität Tübingen einen Lehrauftrag für ärztliche Standeskunde übernommen. Eines der Hauptwerke seiner standespolitischen Tätigkeit ist die 1951 neugeschaffene Versorgungsanstalt für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte in Südwürttemberg-Hohenzollern, die sich seit 1961 auf das ganze Land Baden-Württemberg erstreckt.

In seinem Referat am Schluß der Festveranstaltung gab der Präsident der Bundesärztekammer, Herr Professor FROMM, einen Überblick über die beim Ärztetag behandelten gesundheits-, sozial- und berufspolitischen Fragen. Er schloß seine Ausführungen mit folgenden Feststellungen:

„Dieser Ärztetag hat — wie kaum ein vorhergehender — fundamentale Beiträge für die Zukunftsentwicklung der Medizin, der ärztlichen Aufgabe in ihr, für die Aus- und Weiterbildung des Arztes geliefert. Dabei war es immer wieder nötig, die Hilfe der Verantwortlichen zu erbitten. Sie mögen uns helfen, das zu verwirklichen, was wir zur optimalen Betreuung unseres Volkes in kranken und gesunden Tagen erarbeitet haben, damit es so bald wie möglich wirken und heilsame Folgen in des Wortes edelster Bedeutung für diejenigen haben möge, die dringend zu allen Zeiten auf Hilfe warten."

3. Fortbildungstagung der Salzburger Ärztegesellschaft gemeinsam mit dem Verband für ärztliche Fortbildung im Chiemgau

7. und 8. Mai 1966 in Salzburg

Die 3. Fortbildungstagung der Salzburger Ärztegesellschaft, die am Samstag und Sonntag in Salzburg erstmals zusammen mit der Chiemgauer Ärztegesellschaft veranstaltet wurde, war in drei Themenkreise gegliedert.

Samstag vormittag wurden nach der Eröffnung durch den Präsidenten Professor Dr. F. LEIBETSEDER und nach einer kurzen Begrüßung durch den Vizebürgermeister Dr. VAVROVSKY Probleme der Blutkrankheiten behandelt.

Professor Dr. FLEISCHHACKER, Wien, einer der führenden Hämatologen Österreichs, gab in seinem Festvortrag einen Überblick über die diagnostischen und therapeutischen Fortschritte bei den Anämien.

Professor Dr. Leibetseder befaßte sich in seinem Referat mit den Leukämien, wobei er den derzeitigen Stand der therapeutischen Möglichkeiten umriß und klarstellte, daß eine kausale Behandlung und damit Heilung bis heute noch nicht möglich sei, daß aber durch eine gezielte Therapie mit immer wirksameren Substanzen wohl eine vorübergehende Besserung dieses Leidens, und in manchen Fällen auch eine Verlängerung der Lebenszeit, zu erreichen sei.

Zum gleichen Thema sprach noch Oberarzt Dr. GOLDBERG von der Universitätsklinik Innsbruck.

Dr. VINAZZER aus Linz, Leiter eines Gerinnungslabors, gab alsdann einen umfassenden Überblick über die Arbeitsweise und die Arbeitsmöglichkeiten zur Erkennung von Blutgerinnungsstörungen, einer Grundlagenforschung, die eine wirksame Behandlung zahlreicher Krankheiten erst ermöglicht.

Aus der Salzburger Kinderklinik berichtete Assistent Dr. ÖHLER abschließend über die speziellen Fragen der Anämien im Kindesalter. Er betonte dabei die Wichtigkeit der Erkennung, vor allem der Eisenmangelanämie.

Der Nachmittag war dem zweiten Themenkreis „Lungentuberkulose" gewidmet.

Im ersten Referat berichtete Primarius Dr. BERGER aus der Landeslungenheilstätte Grafenhof sehr interessante Zahlen über den Stand der Tuberkuloseerkrankungen und der Todesfälle an Lungentuberkulose in Österreich. Entgegen der leider weit verbreiteten Ansicht, daß die Lungentuberkulose in unserem Lande von keiner großen Bedeutung mehr sei, stellte die vom Primarius Dr. Berger mitgeteilte Zahl von 8247 Neuerkrankungen an Tuberkulose im Jahre 1984 in ganz Österreich einen eindrucksvollen Gegenbeweis dar. Ende 1964 standen demnach in Österreich 36940 Personen wegen Tuberkulose in Überwachung, davon 9879 offen Tuberkulöse. Diese Zahlen bedeuten, daß weit mehr als

1% der Bevölkerung Österreichs an Tuberkulose erkrankt ist. Da aus vielen Gründen anzunehmen ist, daß diese Zahlen eher zu nieder angenommen sind, stellt diese Tatsache ein geradezu alarmierendes Symptom dar. Im weiteren Teil seines Referates berichtete Dr. Berger über die moderne Behandlung der Tuberkulose und konnte erzeigen, daß bei rechtzeitiger Erkennung einer frischen Lungentuberkulose in 80—90% eine weitgehende Heilung zu erreichen ist.

Der Salzburger Lungenfacharzt Dr. LANGER gab im anschließenden Vortrag ergänzend die entsprechenden Zahlen für das Bundesland Salzburg bekannt. Demnach erkrankten 1965 im Lande Salzburg 246 Menschen neu an Tuberkulose, davon 95 an offener Tuberkulose. Die Gesamtzahl der Tuberkulosekranken im Lande Salzburg, die einer Behandlung oder Kontrolle bedürfen, betrug im Jahre 1965 1373 Menschen, davon waren 422 von einer offenen Tuberkulose betroffen. Eindrucksvoll war weiter die Mitteilung, daß im Jahre 1948, also 3 Jahre nach Kriegsende, fast 1% der Salzburger Bevölkerung an einer Tuberkulose erkrankt waren, während es 1965 nur noch 0,39% waren.

Beide Referenten und zahlreiche Diskussionsredner wiesen mit Nachdruck auf die große Gefahr hin, welche die ausländischen Arbeitskräfte, vor allem aus dem Orient, für unsere Volksgesundheit insoferne darstellen, daß viele von ihnen mit einer schweren offenen Lungentuberkulose einreisen können und damit eine nicht zu unterschätzende Quelle der Ansteckung, und letzten Endes auch eine nicht zumutbare Belastung für unsere Sozialversicherung darstellen. Energisch wurden daher einstimmig von allen Tagungsteilnehmern gesetzliche Maßnahmen zur strengen Gesundheitskontrolle einreisender Fremdarbeiter gefordert.

Prim. Doz. Dr. STEINER, Salzburg, berichtete in einem chirurgischen Referat sehr anschaulich über die Möglichkeiten der operativen Behandlung der Lungentuberkulose. Er forderte mit Nachdruck die enge Zusammenarbeit zwischen Lungenfacharzt und Hausarzt einerseits und Lungenchirurgen andererseits zur Erzielung eines bestmöglichen Resultates.

Primarius Dr. SCHINDL aus Linz berichtete über die Aerosoltherapie (Inhalationsbehandlung) der Bronchial- und Lungenkrankheiten. Aus seinen Ausführungen ging deutlich hervor, daß durch eine gezielte Aerosoltherapie mit Hilfe der modernen Apparate eine ebenso einfache wie wirksame Behandlung von Fällen dieser Krankheitsgruppe möglich ist.

Prim. Doz. Dr. HIBLER, Salzburg, erklärte in seinem Vortrag die durch die moderne Untersuchungstechnik mit Hilfe neu entwickelter Geräte erzielten Fortschritte in der Diagnostik und Therapie der Erkrankung der Luftwege und hob u. a. den entscheidenden Beitrag der modernen Anästhesie hierzu hervor.

Besonderes Interesse und besonderen Beifall fanden am Schluße der Nachmittagssitzung die Ausführungen des bekannten Schweizer Dermatologen Professor Dr. KUSKE aus Bern, der auf Grund einer großen klinischen Erfahrung in einer bescheidenen und teilweise auch von liebenswürdigem Schweizer Humor getragenen Rede über den neuesten Stand der Behandlung des Ekzems und der Schuppenflechte berichtete.

Der Sonntagvormittag stand im Zeichen des dritten Themenkreises und war neurologischen und psychiatrischen Problemen gewidmet. Die Vorträge eröffnete, von anhaltendem Beifall begrüßt, Professor Dr. HIPPIUS von der Freien Universität in West-Berlin. Das große Gebiet der modernen Psychopharmaka und ihre Anwendung behandelte Professor Dr. Hippius umfassend, klar und wirklich souverän. Den Teilnehmern wurde damit Klarheit über die Anwendung sowie über die Nebenwirkungen und Gefahren in ausgezeichneter Weise verschafft.

Nachfolgend sprach der Neurologe Professor Dr. BIRKMAYER aus Wien unter dem Titel „Das vegetative Unbehagen" über die Erkennung und Behandlung der heute so verbreiteten Funktionsstörungen des vegetativen Systems. Die auf Grund profunder Sachkenntnis mit blendender Rhetorik vorgetragenen Ausführungen werden allen Tagungsteilnehmern noch lange in Erinnerung bleiben.

Hierauf sprach Professor Dr. THALHAMMER von der Universitäts-Kinderklinik Wien über die Erkennung und dadurch wirksame Behandlung schwerer Stoffwechselstörungen bei Neugeborenen, welche, wenn sie nicht rechtzeitig erkannt werden, zu bleibendem und absolut unheilbarem Schwachsinn führen. Die Zuhörer waren tief beeindruckt von der Bedeutung und den Auswirkungen dieser schweren Neugeborenenerkrankungen und vernahmen mit großen Interesse vom Vortragenden, der auf diesem Gebiet ein international bekannter Fachmann ist, daß in Wien bereits in allen Entbindungsanstalten systematisch alle Neugeborenen auf das eventuelle Vorliegen einer solchen schweren Stoffwechselstörung untersucht werden. Die Anwesenden stimmten dem Vortragenden zu, als er mit Nachdruck forderte, diese wichtigen Untersuchungen auf alle Entbindungsanstalten Österreichs auszudehnen, bzw. alle Neugeborenen unseres Landes diesbezüglich zu erfassen.

Zum Abschluß sprach Professor Dr. HARRER, Salzburg, über das psychiatrische Bild des Hirnverletzten, und wie immer fesselte er auch diesmal alle Zuhörer besonders durch den glänzenden Stil und den Inhalt seiner Rede, deren Mittelpunkt das Problem der Gehirnerschütterung und Fragen der Bewußtseinsstörung waren.

Die unter Führung von Professor Dr. HIRSCH, Traunstein, und der Herren Dr. MATUSCZYK und Dr. SCHLOSSER erschienenen Kollegen aus dem Chiemgau beteiligten sich mit großem Interesse und wertvollen Diskussionsbeiträgen an dem ganzen Tagungsprogramm.

Der Samstagabend vereinte die Tagungsteilnehmer mit ihren Damen auf Einladung von Land und Stadt Salzburg zu einem glanzvollen Empfang in den Prunkräumen der Residenz.

Auf die Begrüßungsworte von Landeshauptmannstellvertreter HASLINGER und Vizebürgermeister Dr. VAVROVSKY dankte der Vizepräsident der Salzburger Ärztegesellschaft Dr. WENDT in einer mit großem Beifall aufgenommenen Rede über die Ziele und Arbeit der Salzburger Ärztegesellschaft und über die engen nachbarschaftlichen Beziehungen zur bayerischen Kollegenschaft.

Als Dank für die Förderung durch Land und Stadt Salzburg gab er für die Salzburger Ärztegesellschaft das Versprechen ab, auch weiter wie bisher, dem medizinischen Fortschritt und damit der Gesundheit aller Bewohner unseres Landes nach besten Kräften zu dienen und zu fördern.

Dr. Mösl Dr. Wendt

Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

35. Fortbildungskurs — Leitung: Professor Dr. D. J a h n

1. Hauptthema: „Überforderung und Versagen als Krankheitsursache"

Professor Dr. H. BÜRGER-PRINZ, Hamburg:

„Die Problematik der Überforderungs- und Versagenszustände"

Mit dem „Versagen" sollen nicht die Menschen in Grenzsituationen gemeint sein, sondern alle Störungen in dieser Zeit und in dieser Gesellschaft. Es dreht sich zunächst darum, was der einzelne kann, will und soll, letzteres unterschiedlich groß geschrieben. Vieles hängt ab von der Bindung oder dem „Fließendbleiben-Wollen", überlagert von biologischen Wellengängen und Einbrüchen, nicht zuletzt von Störungen im Eigen- oder Sozialprestige. Paradoxerweise steigen die Fälle von Versagen und Überforderung, obwohl körperlich die Menschen noch nie so gesund waren wie heute. Es sind nicht bestimmte Typen, die dem Versagen ausgeliefert sind, vielmehr haben die konstitutionellen Strukturen ihre Merkmale bis in die kleinsten menschlichen Bezirke hinein verankert und, je nach ihrer Ausprägung, unterschiedliche Anfälligkeitszonen. Besondere Beachtung verdient die unterschiedliche Vitalkraft. Sie ist bei Frauen niedriger anzusetzen, was man häufig zuwenig einzusehen vermag. Im Detail kristallisiert sich als Unterschied in der Entwicklungsfestigung einer Persönlichkeit eine gewisse Gegenüberstellung von asthenischem und mehr pyknischem Habitus. Bei ersterem ist der „Stachel" seiner zweifelnden Kritik Antrieb seines Handelns, aber in der Übergangszeit von der Pubertät zur persönlichen Festigung bedarf es einer längeren Dauer zur Konstituierung seiner selbst. Der Asthenische ist deshalb der „Frühversagende", vermehrt bei Frauen mit geringeren Vitalreserven, häufig überraschend aus beruhigten Familien heraus. Beim Hyperthymen hingegen, der lange Zeit unproblematischer, in manchmal beneidenswerter Aktivität, einen guten Start und schnelles Fortkommen findet, werden die 50er Jahre zur Krise, wenn die Vitalität gleichsam ausgebrannt erscheint, der Antrieb nachläßt oder sich verflachend ummodelliert. In dieser oder jener Phase ist der akute Einbruch im Persönlichkeitsgefüge, sei es in der Intimsphäre oder im Sozialfeld, doppelt schwerwiegend. Die Suizidquote ist nicht gering, häufig ernst gemeint. Die Führung dieser Patienten erfordert ein unglaubliches Maß an Geduld und sehr individuellen ärztlich-persönlichen Einsatz.

Die Konflikte mit Bedeutung für die Versagenszustände verschieben sich mehr und mehr von der Intimsphäre nach dem Beruf und dem Sozialfeld hin. In einer begrifflichen Zusammenfassung könnte man sagen, es sei das „Nicht-wahr-haben-Wollen", „Nicht-übernehmen-Wollen" letztlich des gesamten Lebens. Die Sexualität ist heute viel zu sehr vergesellschaftet, nicht mehr Intimsphäre, eher versachlicht. Indem das Leben aber leichter wird durch Wohlfahrt, wird es schwerer, weil es länger dauert und am Ende ist es wieder eine Frage der inneren Kraft.

Professor Dr. Frhr. von KRESS, Berlin:

„Dispositionsänderungen bei Überforderung in ihrer Bedeutung für Prophylaxe und Therapie"

Mit Disposition soll hier die übernormale Störanfälligkeit im Sinne von Systemschwächen des Organismus gemeint sein. Einmal kann eine passive Empfänglichkeit gegenüber krankmachenden Einflüssen bestehen, zum anderen eine aktive Überempfindlichkeit gegenüber Reizeinwirkungen ausgeprägt sein. Solche Dispositionen haben eine erbliche, erworbene, geschlechts- oder altersgebundene Verankerung, teilweise auf Organe beschränkt, oder allgemein wirksam.

In den Entwicklungsphasen kann man bestimmte Labilitätsphasen verfolgen, in denen Immunität und Hyperergie verschieden ausgeprägt sind. Dabei ist zu sagen, daß unsere eigene Zeit der individuellen Anpassungsfähigkeit besondere Aufgaben stellt; denn die technischen Errungenschaften müssen psychisch und somatisch erst in einem Aklimatisationsprozeß verarbeitet werden. Verständlicherweise können auch hochgeistige und extrem körperliche Belastungen zu einer gesundheitlichen Beeinträchtigung führen, jedoch scheint ein organisch gesunder und an die Arbeit gewohnter Mensch solchen Leistungsanforderungen gegenüber bei Einhaltung der richtigen Relation von Anspannung und Entspannung — worunter vor allem der Schlaf gemeint sein muß — meist ohne Schäden gewachsen zu sein. Der Erschöpfungszustand ist vielmehr Folge einer Vernachlässigung jener Grundrealitäten, welche von rhythmischen Erholungsphasen im biologischen Ablauf sprechen. Ganz allgemein beginnt die Entgleisung mit einer Unruhe im Vegetativum, mit psychischer Gereiztheit und gebt fließend über in schwere Organschäden unterschiedlicher Art, je nach konstitutioneller Veranlagung. Die Ermüdung ist ein viel wichtigeres Symptom in unserer biologischen Regulation als wir das häufig zuzugeben geneigt sind. Mit ihrer chronischen Mißachtung nimmt das Übel einer fehlgesteuerten Überlastung seinen Anfang. Am Beispiel des Ulcuskranken ist die vegetative Vor- und Überordnung im Sinne einer funktionellen Störung mit organischer Auswirkung deutlich ablesbar. Prophylaxe läßt sich bei der multifaktoriellen Pathogenese aus Ererbtem, Entwickeltem und exogen Belastendem nur in der quantitativ und qualitativ zumutbaren Zusammenordnung der individuellen Möglichkeiten dieser Faktoren treiben. Als psychische Über- oder Belastung sind außer der frühkindlich gebahnten Fehlhaltung vor allem Enttäuschung, gekränkter Ehrgeiz, verabscheute Alltagstätigkeit und schwelende zwischenmenschliche Spannungen im weitesten Sinne hervorzuheben. Ulcus, Asthma, Migräne, Anorexia mentosa, reaktive Hyperthyreose sind nur einige typische klinische Beispiele einer klinischen Manifestation. Soziale Einbußen, heimatliche Entwurzelung, nicht abreißende Hetze, chronische Lärmbelästigung und noch einmal die gewollte oder ungewollte Schlafeinbuße sind drastische Beispiele für klar faßbare exogene Störfaktoren. Eine interessante Beobachtung ist die anamnestisch verfolg-

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

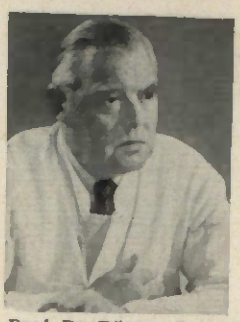
In 84 Ländern der Erde millionenfach bewährt.

Zusammensetzung:
Bism. subnitr. „ROTER" 0,35 g, Magnesium. carb. 0,4 g, Natr. bicarb. 0,2 g, Cortex Rhamni Frangulaa 0,025 g, Rhiz. Calami 0,025 g

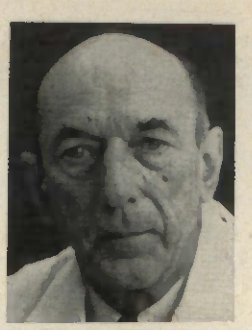
ROTER

TABLETTEN

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



Prof. Dr. Bürger-Prinz, Hamburg-Eppendorf



Prof. Dr. H. Frhr. v. Kress Berlin

Prof. Dr. W. Thomsen Bad Homburg

Prof. Dr. H. W. Vasterling Göttingen/Minden

bare Anfälligkeit für akute Infekte in Zeiten besonderer psychosomatischer Belastung oder gar Stress-Situation. So wurde von verschiedener Seite berichtet, daß akute Anginen und andere sonst vielleicht unterschwellige Infekte aufkommen.

Professor Dr. L. DELIUS, Bad Oeynhausen:

„Überlastungsschäden an Herz und Kreislauf in Theorie und Praxis"

Grundsätzlich kann man versuchen, die Überlastungsschäden in klinische Erscheinungsformen einzuteilen:

1. nervöse Herz-Kreislaufbeschwerden
2. essentielle Hypertonie
3. Koronarleiden

Die Individualität allen Erlebens und Verhaltens ist die Ausgangslage der Stress-Situationen. Verhalten bedeutet dabei die Summe aller Reaktionen auf die Ansprüche und Einflüsse, basierend auf einer individuellen Konstitution, insbesondere der zentral-nervösen und endokrinen Regulation. Daraus erklären sich persönliche Reaktionsmuster, deren Wiederholung die eigentlich krankhafte Belastung bahnen. Die sogenannten „Problem-Patienten" verfügen über einen niedrigeren zentral-nervösen Reizschwellenmechanismus für Angst, Schmerz und andere psychosomatische Beziehungen. Die nervösen Herz-Kreislaufbeschwerden sind in der Analyse und therapeutischen Konsequenz, also bezüglich der individuellen Eigenart, und nicht nur in Richtung der Milieuschädigung zu suchen. Die schlechte Adaptation an die reizgeladene Umgebung ist der Kern aller Fehlsteuerungen.

Die essentielle Hypertonie hatte man etwas als spezifisches Substrat der Manager-Krankheit abgestempelt. Der Beweis ist bisher aber nicht erbracht worden. Zwar findet man ängstliche, introvertierte Persönlichkeiten, die eine psychosomatische Pathogenese nahelegen, aber viel enger und statistisch breiter und signifikanter ist die Korrelation zu den Ernährungsgewohnheiten und vor allem zum Übergewicht. Schließlich ist auch für die Entwicklung der Koronarleiden eine spezifische Persönlichkeitsstruktur gesucht worden. Auch diese Zusammenhänge sind noch nicht genügend fundiert, wenngleich groß angelegte Untersuchungsreihen wertvolle Hinweise geben, z. B. Aggressivität, motorische Hyperaktivität, Management usw. Kybernogene Einflüsse sind sicher auf die Koronardurchblutung von Bedeutung. So sind bei anbahnender Durchblutungsstörung zweifellos gefährliche Rückwirkungen möglich. Der Infarkt ist sozusagen dann ein Endeffekt vieler disponierender Risikofaktoren exogener und endogener Art in Verbindung mit auslösenden, akuten Einflüssen auf dem Boden einer persönlichen Verhaltensweise.

Professor Dr. W. THOMSEN, Bad Homburg v. d. H.:

„Zivilisationsschäden am Skelettsystem in Diagnose und Therapie"

Die moderne Zivilisation hat ein Massenexperiment in Richtung der verschiedensten Haltungsschäden geliefert. Große Reihenuntersuchungen, wie z. B. die Musterung und die regelmäßigen Schuluntersuchungen, lassen dies erschreckend erkennen. Einseitige berufliche Beanspruchung, zu geringer sportlicher Ausgleich, mangelndes Training von Muskulatur und Bandapparat, Übergewichtigkeit und andere unterschwellige Dauerbelastungen sind die Skala der kausalen Möglichkeiten, meist kombiniert. Posttraumatische Skelettschäden können primär durch Frakturen und Kompressen entstehen, sekundär vor allem aber nach Schädigung des Muskelbandapparates durch ungenügende Halterung im Gelenk mit Früharthrose. Allen Haltungsfehlern muß jeweils kausal auf den Grund gegangen werden. Eine Beckenschiefstellung, eine Wirbelsäulenausbiegung, eine fortgeschrittene Arthrose der großen Gelenke und dergleichen sind auf muskuläre, ossäre und statische Irritationen hin zu überprüfen. Eine Arthrose ist nur sehr bedingt eine Systemerkrankung, der größere pathogenetische Anteil entfällt auf vermeidbare oder besserungsfähige Nebenwirkungen einer Lebensgewohnheit oder Dauerbeanspruchung.

Therapeutisch kann durch bewußte Haltungskorrektur und steter Überprüfung eigener Fehler vieles prophylaktisch erreicht werden; durch Krankengymnastik und Physikotherapie noch vieles wiederhergestellt werden, was bereits deutlich Beschwerden machte. Als eindrucksvollste und zahlenmäßig überwiegendste Zivilisationskrankheit muß aus orthopädischer Sicht das Leiden der Füße hervorgehoben werden, insbesondere der Senk-Spreizfuß. Frühzeitige Behandlung zur Vermeidung der schlimmen Deformitäten, denen man nur noch durch drastische operative Maßnahmen beikommen kann, sind ein Gebot. In dieser Prophylaxe muß nicht zuletzt auf eine gesunde Schuhform der Kinder immer wieder mahnend verwiesen werden.

Professor Dr. H. W. VASTERLING, Minden:

„Ärztliche Probleme bei den Überlastungsschäden der Frau"

Die Erwerbstätigkeit der Frau, der man zunächst das „Zuhause" als Hauptaufgabe zuspricht, ist heute trotz aller Einwände eine unabdingbare Gegebenheit. Es hat wenig Sinn, dies abändern zu wollen, selbst wenn man Folgen und Schäden aus diesem „Doppelleben" postuliert; vielmehr muß man versuchen, diese Belastungen erträglicher zu machen. Statistisch ist eine erhöhte so-

matische Schädigungsrate bei den berufstätigen Frauen aufzuzeigen.

Von gynäkologischer Seite sind es insbesondere hormonelle Störungen, Unterleibsentzündungen und teilweise auch gestörte Abläufe in der Gravidität, ganz abgesehen von Begleitsymptomen, die in den Referaten der Allgemeinmedizin schon hervorgeboben wurden.

Zudem muß man beobachten, daß die Frau noch weniger als der Mann in der Lage ist, Entspannung oder gar Erholung und Heilverfahren für sich zu beanspruchen, weil ihre zentrale Stellung im häuslichen Aufgabenkreis und in der Familie die dafür erforderliche Zeit viel schwieriger als im üblichen Berufsleben ausklammern läßt. Das häufig zu hörende Argument, daß auch eine gewisse Unzufriedenheit aus untergeordneter Arbeitsstellung der Frau als psychisches Dauertrauma angeschuldigt werden müßte, scheint nicht ganz stichhaltig zu sein. Gerade weil die Frau ein ganz anderes Lebensgebiet als ihr Äquivalent weiß und fühlt, verbindet sie mit ihrem Beruf andere Ziele und Absichten ihrer Entwicklung. Die Frau strebt nur in Ausnahmefällen nach gehobenen Berufspositionen und sie hat es auch aus verständlichen Argumenten kaum nötig. Viele junge Mädchen sind in den Übergangsphasen ihrer Entwicklung, insbesondere beim Schritt aus der Familie in den Beruf, den Alltagsaufgaben durchaus noch nicht so gewachsen, wie dies scheinen mag. Diesen „Blendern" mutet man Dinge zu, die sich in Überlastung ausarten müssen. Der Prozentsatz dieser Altersgruppen in den Sprechstunden ist erstaunlich hoch, insbesondere mit den Klagen der Regelstörungen und sekundärer Nebenwirkungen. Fluor, Dysmenorrhoe und Metrorrhagien sind die häufigsten Diagnosen. Bei dieser jungen Patientengruppe ist aber auch der Anteil an Schwangerschaften oder deren Komplikationen erstaunlich hoch.

Der Arzt hat hier eine ernste Aufgabe, echt aufklärend zu wirken, in biologischer wie in psychisch ordnender Sicht. Eine zweite Labilitätsphase ist die präklimakterische Altersgruppe. Jetzt sind es die Befürchtungen über mögliche Einbußen der Leistungsfähigkeit im Zusammenhang mit mehr oder weniger stark ausgeprägten echten klimakterischen Nebenwirkungen. Mit Verständnis muß den Wünschen dieser Frauen nach Sicherheit, auch bezüglich der zyklischen Schwankungen mit Angst vor neuerlichen Graviditäten, entgegengekommen werden und die Indikation für eine entsprechende Therapie nicht zu eng gesteckt sein.

Professor Dr. F. BAHNER, Heidelberg:

„Überlastung des Stoffwechsels als Krankheitsursache"

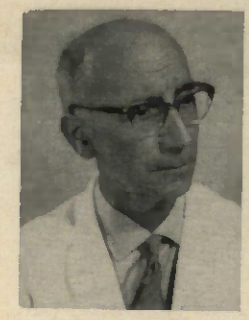
An verschiedenen Beispielen — Phenylketonurie, Gicht — zeigt sich, daß eine sogenannte Normalkost individuell durchaus eine Be- oder Überlastungskost sein kann. Andererseits ist eine so in Erscheinung tretende Krankheit nicht kausal durch den Ernährungsfehler ausgelöst, wohl aber durch dessen Überlastung in Gang gebracht; man denke nur an den Diabetes, die Schrumpfnieren, die essentielle Hypertonie, die Hypercholesterinämie usw. Die Stoffwechselanfälligkeit kann in der Zufuhr, übertriebenen Eigensynthese oder Katabolismus und fehlender Ausscheidung der verschiedensten Stoffwechselprodukte liegen. Ein besonderes, wenngleich pathogenetisch mit den anderen Entgleisungsmechanismen vergleichbares, aber oft mißverstandenes Problem ist die Fettsucht. Fettansatz ist kein reines Bilanzproblem, sondern häufig auch eine Frage des gestörten Wachstums eines entgleisten Organes. Hier gibt es familiäre und ererbte konstitutionelle Ähnlichkeiten. Ein Fetter bleibt fett, und zwar in einer ganz charakteristischen, persönlichen Formung seiner Fettpolster, teilweise geschlechtsspezifisch, teilweise aber auch nur individuell ausgeprägt, so daß bei Unförmigkeit in bestimmten gleichbleibenden Regionen sogar eine paradoxe Magersucht, in anderen Teilen des Organismus zur Beobachtung kommen kann. Dabei sind auch allgemein gesteigerte Stoffwechselmerkmale erkennbar, wenn man nur das Beispiel eines mageren, ausgezehrten Gesichtes bei erheblichem Fettansatz in den Hüften mancher Kranker anführt. Nicht jeder wird bei normaler Kost fett; wie der Volksmund sagt, sind es nur die guten Futterverwerter. Vielfach zeigen auch die Stoffwechselbilanzen keine Abweichungen, vielmehr sind die Fettgewebszellen von gesteigerter Aktivität. Daraus möge aber nicht der Eindruck entstehen, als ob das Problem ganz ohne Essensgewohnheiten zu lösen wäre. Vor allem die Kohlehydratmast ist ohne Zweifel ein disponierender und fördernder Faktor. Die leicht verdaulichen Kohlehydrate überfluten die Stoffwechselregulationen und führen häufig zu Gegenregulationen unnötiger Art mit neuen Hungergefühlen, die einen gewissen Circulus vitiosus einleiten und ungünstig fortführen.

2. Hauptthema: „Myokarditis"

Professor Dr. E. UEHLINGER, Zürich:

„Klassifizierung verschiedener Formen der Myokarditis"

Der Myokardschaden kann vaskulär, entzündlich oder degenerativ entstehen. Klinisch entscheidend ist die Lokalisation und Ausdehnung desselben. Alle münden sie entweder in der myogenen Herzinsuffizienz oder in der Rhythmusstörung. Die infektiösen Myokarditiden — als Begleiterkrankung bei vielen Virusinfekten, aber auch bei den meisten anderen hochfebrilen Erkrankungen — sind pathologisch anatomisch meist seröse Entzündungen, die die Möglichkeit einer Restitutio ad integrum in sich tragen. Die passagere akute Gefährdung entsteht durch Hypoxie infolge ödematöser Erschwerung der Blutparenchymschranke. Seltener, aber in unklaren Fällen beachtenswert, sind spezifische Mykardinfekte — Tuberkulose, Lues und Toxoplasmose. In der differentialdiagnostischen Skala sind dann neoplastische Infiltrationen — Retikulosarkomatosen usw. —, die Fiedlersche Riesenzellmyokarditis, welche histologisch genau charakterisiert ist, aber pathogenetisch noch nicht abgeklärt scheint, die eosinophile, hyperergische Myokarditis, nicht zuletzt im Zusammenhang mit therapeutischen Maßnahmen (Penicillin, Sulfonamide usw.) und die begleitenden Myokardschäden bei sogenannten Kollagenosen und rheumatoiden Bildern, insbesondere Lupus erythematodes, zu bedenken. Wissenschaftlich zur Diskussion steht schließlich auch die Frage der Autoimmunerkrankungen des Myokards. Die Endokarditis parietalis fibroblastica (LOEFFLER) mit flüchtiger Bluteosinophilie im Beginn der Erkrankung ist eine nosologisch schwierig einzureihende Affektion. Das Fassungsvermögen und die Kontraktionsfähigkeit der Kammern werden immer mehr eingeengt. In Südafrika sind Endomyokardfibrosen gefunden wor-



Prof. Dr. E. Uehlinger, Zürich

Prof. O. Holzmann Zürich

Prof. Dr. R. Hegglin, Zürich

Prof. Dr. K. Spang, Stuttgart

Prof. Dr. B. Steinmann Bern

den, die dieser pathogenetischen Gruppe vielleicht zugehören könnten. Möglicherweise ist dieses Leiden nicht allzu selten, wenn man bei rezidivierenden, therapieresistenten Myokardschäden im jugendlichen Alter daran denkt. Durch die Kentnnis all dieser spezifizierten Krankheitsbilder ist die Bezeichnung der seinerzeitigen idiopathischen Myokarditis doch deutlich eingeengt worden.

Umstritten ist nach wie vor der Begriff der Myokardose. Bei Paraproteinosen, Hepatopathien und schweren Stoffwechselstörungen wird sie diskutiert, wobei der Pathologe an sich bestätigen kann, daß histologische Ablagerungen und Umwandlungen des Parenchyms gefunden werden. Als Ausschlußdiagnose sollte man diese Bilder mit erwägen, vielleicht gibt röntgenologisch die verstärkte Rippenknorpelverkalkung einen gewissen Hinweis.

Professor Dr. C. STEIN, Tübingen:

„Möglichkeiten und Grenzen der Herzuntersuchung in der Praxis und differentialdiagnostische Erwägungen über die Myokarditis"

Die klinische Diagnose der Myokarditis ist schwer zu objektivieren. Kausal muß an bakterielle, virusbedingte, toxische und rheumatoide Faktoren gedacht werden. Durch die EKG-Routinediagnostik sind wir belehrt, wie häufig eine akut entzündliche Erkrankung von einer Myokardbeeinträchtigung begleitet wird. Andererseits gibt es kein myokarditisspezifisches EKG. Der Verdacht wird geweckt durch Rhythmusstörungen, Präkordialschmerz, Insuffizienzzeichen, Leberstauung, unklare Tachykardien, eine Herzdilatation im Röntgenbefund sowie uncharakteristische Erregungsrückbildungsstörungen im EKG. Vor allem bei einem septischen Krankheitsbild ist die Begleitmyokarditis zu berücksichtigen, welche statistisch in 30% vorliegt. In der gezielten Diagnostik sind dann oft die Enzymbefunde bedeutsam, insbesondere wenn ein Herzinfarkt oder eine Lungenembolie abgegrenzt werden können.

Bei vorliegendem Myokardschaden ist für Prognose und Therapie gleich interessant, ob die Anamnese und laufende Beobachtung mehr für eine progressive oder stationäre bzw. abgelaufene Affektion sprechen. Differentialdiagnostisch ergeben sich für die Hauptsymptome folgende Erwägungen: Bei der Tachykardie besteht die Frage nach einer primären Kreislaufinsuffizienz, einer allergischen Begleitsymptomatik oder einer Hyperthyreose; die Extrasystolie ist dann mehr als vegetatives Stigmata aufzufassen, wenn sie bei Belastung schwindet. Die Herzverzögerung ist natürlich auch bei allen anderen kardialen Belastungen, z. B. auch bei sportlichem Training, denkbar; das pathologische EKG fällt bei häufigen Kontrollen und längeren Untersuchungsstrecken durch den vielgestaltigen Wechsel der Veränderungen auf, was von vegetativen oder anderen Begleitreaktionen weniger bekannt ist.

Professor Dr. M. HOLZMANN, Zürich:

„Klinische Symptomatik und Bewertung von elektrokardiographischen Befunden bei der Myokarditis"

Myokarditisspezifische EKG-Abweichungen kann man nicht herausarbeiten, jedoch ist ein Myokardschaden gerade bei der elektrokardiographischen Untersuchung häufig schon in sehr frühen Stadien abiesbar und bietet dann eine klinische Bestätigung oder Anregung zur Suche nach begleitenden Symptomen, welche die Diagnose erst vollständig machen können.

Verständlicherweise ist die Lokalisation der Myokarditis so variabel, wie die Anteile der Reizleitungs- und Herzleistungsabschnitte des Myokards. Als Korrelat zur serösen, exsudativen Entzündung kann man kurzschließende Potentialverluste erwarten, welche sich dann beispielsweise als fokale Blockbilder darstellen. Infarktähnliche Kurvenveränderungen oder auch Schenkelblockbilder sind im Zusammenbang mit dem Grad der klinischen Insuffizienz zu deuten; denn sie können isolierte, kleine Ausfälle im Leitungsbereich oder auch ausgedehnte diffuse Schäden, repräsentieren. Der Innenschichtalterationstyp ist außergewöhnlich vieldeutig, Außenschichtveränderungen gehören mehr zur Perikarditis. Schließlich ist die QT-Verlängerung zu beachten, aber gegen andere Elektrolytverschiebungen abzuwägen. In den Verlaufskontrollen ist je nach Schwere der Erkrankung eine Restitutio ad integrum oder eine infarktähnliche Weiterbildung des EKGs denkbar. Wenn das EKG einziges Symptom ist oder bleibt, wird klinisch häufig keine Gefahr bestehen, d. h. der Befund ist flüchtig, insbesondere wenn durch körperliche Ruhe darauf Rücksicht genommen wurde. Differentialdiagnostische Erwägungen sind nur im Zusammenhang mit Anamnese, Allgemeinbefund, klinischen Beschwerden und nicht zuletzt noch Kenntnis vorangegangener therapeutischer Maßnahmen (Glykosiden, Kortikosteroiden, Saluretika usw.) sinnvoll.

Professor Dr. R. HEGGLIN, Zürich:

„Klinik, Prognose und Therapie der Myokarditis"

Das Myokard kann man nicht biopsieren, weshalb die deduktive Diagnostik schwierig bleibt. Lange Zeit flüchtete man sich deshalb auch in Begriffe, wie Myodegeneratio cordis, was pathologisch-anatomisch, und vor allem ätiologisch, nicht viel besagt. Anderer-

wiotax®

Wundpuder mit hoher antibakterieller und gleichzeitig antimykotischer Wirkung durch die neuartige Kombination des Breitspektrum-Antibiotikum Tetracyclin mit Dequalinium-Acetat.

Zusammensetzung:	Tetracyclinhydrochlorid	70 mg
	Dekamethylan-bis-(4-aminochinaldiniumacetat)	15 mg
	Oxypolyaethoxydodecan	90 mg
	in einer Spezial-Kieselsäure-Pudergrundlage	
Packungsgröße:	Plastikstreudose zu 1,8 g (10 ccm)	DM 3,15

DR. SASSE SANA PRÄPARATE

DR. FRIEDRICH SASSE · 1 BERLIN 10 · POSTFACH 640

seits lassen sich die klinischen Symptome häufig nicht so weit spezifizieren, daß ätiologisch und pathogenetisch Klarheit herrscht. Man denke dabei nur an die Indifferenz der EKG-Befunde. Fester Boden ist katamnestisch aus der Pathologie zu finden. Dies erlaubt dann folgende Einteilung: 1. rheumatische Myokarditis (incl. jene Formen der Kollagenosen), 2. allergische Mykarditis (insbesondere auch artifiziell nach Pharmaka), 3. infektiösbedingte Myokarditiden, 4. toxische und 5. isoliert interstitielle Myokarditisformen.

Klinisch ist durch Auskultation ein präsystolischer Galopp bei verlängerter Überleitungszeit charakteristisch für den „Vorhofton" und den anschließend abgeschwächten ersten Ton. Dabei sind die Klappenveränderungen nicht ausdrücklich gemeint, wiewohl sie sich häufig mit eigenen Symptomen hinzugesellen können. Das EKG und die gesamte klinische Untersuchung verstärken den Verdacht. Pathogenetisch muß man heute die Autoimmunisationsmechanismen mit in Rechnung ziehen; denn es kommt die Möglichkeit labortechnischer Belege auf uns zu. Den rheumatischen Myokarditisformen stehen der Lupus erythematodes, die Sklerodermie und einige andere Kollagenosen nahe, u. U. auch Gefäßerkrankungen, wie die Periarteriitis nodosa mit sekundären, durchblutungsbedingten Myokardschäden. Besondere Beachtung verdient die allergische Form der Myokarditis, weshalb im Rahmen solcher Symptome auch die Nebenwirkung unserer Medikamente (Sulfonamide!) überprüft werden muß. Bei hochfieberhaften Allgemeininfekten ist die Myokarditis als Begleiterkrankung häufiger als wir vermuten. Bevorzugt scheint sie bei Virusinfekten, Psittakose, Qu-Fieber, Coxsakiinfekten, Mononucleosis infektiosa, Typhus und septischen Erkrankungen aufzutreten. In 40% der Herzinsuffizienzen in Südamerika ist eine Trichinoseinfektion (Chagaskrankheit) im Spiel. Zur toxischen Myokardschädigung ist allgemein nur ein gradueller Unterschied. Das typische Beispiel bleibt die Diphterie, vor allem für die Pädiater, wobei zu bedenken steht, daß die kardiale Stauung durch den gleichzeitigen peripheren, toxischen Kollaps mitunter fehlt. Die isolierte interstitielle Myokarditis bleibt gegenwärtig eine Ausschlußdiagnose, ebenso wie die Fiedlersche Riesenzellmyokarditis.

Professor Dr. A. J. BEUREN, Göttingen:

„Die Myokarditis im Kindesalter"

Die Behauptung, daß die Myokarditis-Diagnose von Pathologen zweimal so oft gestellt würden wie von Klinikern, gibt zu denken. Durch die ätiologische Aufklärung der Virusmyokarditis scheint das pädiatrische Interesse aber wieder neu geweckt. In der Einteilung der Myokarditiden im Kindesalter steht heute an erster Stelle die Virusmyokarditis, vornehmlich durch Coxsackl B verursacht, es folgen die bakteriellen Myokarditiden, einschließlich der diphtherischen und der tuberkulösen. Außerdem wurde man in den letzten Jahren auf den ursächlichen Zusammenhang mit Toxoplasmose, Histoplasmose, Blastomykose und ähnlichen Myokosen aufmerksam. Auch die toxisch allergische Genese ist zu bedenken. Hierher gehört schließlich das rheumatische Fieber, dessen Häufigkeit insgesamt abzunehmen scheint.

Die Myokarditis beginnt mit uncharakteristischen Symptomen, wie Fütterungsschwierigkeiten, leichte Ermüdbarkeit, meist ohne Fieber, so daß erst Tachy- oder Arhythmien sowie die Dyspnoe und Zyanose die Herzerkrankung in den Vordergrund rücken. Die Herzverbreiterung, die pulmonale Stauung sowie uncharakteristische Erregungsausbreitungs- und Rückbildungsstörungen des EKGs sind im Zusammenhang mit teilweise positiven enzymatischen Reaktionen die objektive Grundlage. Die Therapie muß meist vor der ätiologischen Klärung einsetzen, da die virologischen und bakteriologischen Ergebnisse nicht rasch genug erreichbar sind. Die Prognose ist trotz kombinierter Therapie — Bettruhe, Antibiotika, Digitalis, Sedativa und Sauerstoff, mitunter auch Diuretika — mit 57% Mortalität noch erschreckend hoch.

Erwähnenswert sind schließlich die sogenannten chronischen Myokarditiden, bei denen kein akutes Stadium erkennbar oder eruierbar ist, bei denen aber unter normalen hämodynamischen Befunden eine erhebliche Iritabilität vorliegt, so daß ein subakut oder chronisch verlaufender Virusinfekt diskutiert wird.

Professor Dr. K. SPANG, Stuttgart:

„Seltene Myokarditisformen in Diagnostik und Behandlung"

Die Möglichkeiten des Klinikers, kausal und pathogenetisch die schwierige Diagnose der Myokarditis zu belegen, erschöpfen sich in Anamnese, serologisch-virologischen und bakteriellen Blutanalysen sowie in verschiedenen Funktionsproben. Trotzdem ist durch die Vergrößerung des Katalogs der spezifischen Myokarditisformen vermehrte Zurückhaltung gegenüber idiopathischen oder sogenannten chronischen Myokarditisdiagnosen geboten. Grundsätzlich kann die Myokarditis bei allen Infektionskrankheiten und allen Erregern vorkommen. Besonders bekannt ist die posttonsillitische Myokarditis, oft noch Wochen nach dem blanden Racheninfekt, vermehrt Beachtung finden die bakteriellen-septischen Formen, schließlich sollte aber auch an besondere Virusinfekte — Coxsackie, Mononucleosis infektiosa u. a. — gedacht werden. Der Protozonbefall ist mit Ausnahme der Toxoplasmose in unseren Breiten ohne Bedeutung. Bei letzterer muß die K.B.R. positiv und der Titer ansteigend sein. Unter den Wurmkrankheiten ist nur die Trichinose und der Echinokokkus zu erwägen. Pilze, wie Actinomyces und Moniliasis, sind als Erreger beschrieben worden. Zum Katalog gehört auch die Sarkoidose, welche direkt oder indirekt auf das Myokard einwirken kann. Sehr beachtenswert ist die Möglichkeit einer allergischen Myokarditis, insbesondere auch im therapeutischen Zusammenhang mit Penicillinen oder Sulfonamiden, natürlich auch bei Serumhyperergie. Seltener, aber möglich, ist die Myokarditis bei allen Formen der Cholagenerkrankungen. — Strittig bleibt die Frage nach einer primär chronischen Myokarditis. Einerseits können nach einem unbekannt gebliebenen akuteren Geschehen weitere Schübe diesen Verdacht wecken, andererseits wird in Abgrenzung zur Myodegeneratio cordis arteriosklerotischer Art immer wieder eine chronische Myokarditis ohne wesentliche klinische Begleitsymptomatik diskutiert, gleichsam als Ausschlußdiagnose.

Die Therapie ist so vielgestaltig wie die kausale Kenntnis: Neben den notwendigen Cardiaca muß besonders auf die Beachtung und kritische Verwertung der Kortikosteroide hingewiesen werden.

Professor Dr. B. STEINMANN, Bern:

„Führung, Rehabilitation und Beurteilung des Herzkranken mit besonderer Berücksichtigung der Myokarditis"

Die gesundheitliche, soziale, ökonomische und berufliche Wiedereingliederung eines Herzkranken richtet sich vor allem nach Art, Schwere und Verlauf des Leidens. Nach durchgemachtem Herzinfarkt, nach einem operierten Klappenfehler, bei hypertensiven Herzkrankheiten, mitunter auch bei „Herzneurosen", ist die Rehabilitation von vornherein in den Behandlungsplan einzubeziehen bzw. sinnvoll anzugliedern. Bei manifester Herzinsuffizienz, bei aktiver Endo-, Myo- oder Perikarditis, bei inoperablen Klappenfehlern, beim Cor pulmonale chronicum und bei anderen, kausal nicht zu beeinflussenden Herzaffektionen besteht primär eine Kontraindikation. Spezlell bei Myokarditis, welche als Begleiterkrankung schwerer Allgemeininfektionen gar nicht so selten zu sein scheint, kann eine verfrühte Belastung oder falsch verstandene Rehablitition außerordentlich gefährlich sein. Freilich ist bei längerer Ruhezeit gegen eine psychisch wirksame Beschäftigungstherapie Im Bett kaum ein Einwand zu erheben. Bei Defektheilung im Klappenfehler ist, wenn irgendmöglich unter Dauerkontrolle, eine angepaßte berufliche Beschäftigung anzustreben. Davon ausgenommen sind natürlich die Dekompensationsstadien. Bei hypertoniebedingten Herzbe- oder -überlastungen fällt die Rehabilitation mit der konsequenten ambulanten Blutdruckzügelung therapeutisch zusammen. Beim Cor pulmonale ist nach Dekompensation die Prognose der Wiederherstellung einer Arbeitsfähigkeit meist sehr schlecht. Die entscheidende Phase der Führung dieser Patienten liegt also in der kausalen Prophylaxe der Rechtsherzinsuffizienz, d. h. der Behandlung der pulmonalen Affektion. Am meisten diskutiert wird in letzter Zeit die Rehabilitation des Herzinfarktes. Eine zu ausgedehnte Ruhebehandlung und eine zu strenge Einschränkung des körperlichen und seelischen Lebensradius hat erfahrungsgemäß nur negative Auswirkungen. Deshalb wird folgendes Schema zur groben Orientierung vorgeschlagen: 3 Wochen absolute somatische, psychische und neurovegetative Ruhigstellung. Danach langsame Steigerung passiver Bewegungsübungen. Übergehend von aktiven Bewegungen im Bett kann bei günstigem Verlauf in der 5. oder 6. Woche mit Aufstehen und leichten Gehübungen begonnen werden. Allein durch Kontrolle der Puls- und Atemfrequenz kann die Belastung individuell dosiert werden. Eine balneologische Kur ist erst im letzten, also wieder relativ gut belastungsfähigen Stadium zu empfehlen.

3. Hauptthema: „Pyurie und Pyelonephritis"

Dozent Dr. F. GLOOR, Basel:

„Fortschritte in der klinischen Morphologie der Pyelonephritis"

Das morphologische Bild der Pyelonephritis ist vielgestaltig. Im akuten Stadium sind die Nieren vergrößert und zeigen Eiterstraßen und Abszeßherdchen. Bei der rezidivierenden Pyelonephritis sieht man außerdem unregelmäßig begrenzte Narbenbezirke. Klinisch tritt dann eine gestörte Nierenfunktion hinzu. Im weiteren Verlauf verschwinden dann mit zunehmender Bindegewebsvermehrung und narbiger Schrumpfung die akuten entzündlichen Veränderungen, und es kommt zum fließenden Übergang in die sekundär chronische Pyelonephritis. Wenn die Tubuli zerstört sind, veröden die Glomerula. — Pathogenetisch ist eine primär chronische Pyelonephritis abgrenzbar. Sie betrifft vorwiegend Frauen in den mittleren Altersklassen und beruht nicht auf Obstruktion in den Harnwegen. Die ersten Veränderungen spielen sich am Gefäßbindegewebe der Rindenmarkgrenze und im Interstitium ab. Das Interstitium ist verbreitert, die tubulären Basalmembranen sind verdickt und die Tubulusfunktion dadurch gestört. Klinisch beginnt die Erkrankung deshalb mit distal tubulären Funktionsstörungen, wie Konzentrationseinschränkung, Elektrolytverluste und mitunter ausgeprägten Azidosen. Später greift der Entzündungsprozeß auch auf die Rinde über und führt zur globalen Niereninsuffizienz. Papillennekrosen sind in Spätstadien äußerst häufig. Klinisch wird man auf die Papillennekrosen häufig durch plötzliche Nierenkoliken aufmerksam. Differentialdiagnostisch sind natürlich eine Nephrolithiasis und eine Tuberkulose deutlich abzuwägen.

Allgemein kann gesagt werden, daß chronische Nierenleiden, wie Glomerulonephritis, Diabetes, Gicht, Plasmozytomnieren und die eben erwähnte primär interstitielle Nephritis, das Auftreten bakterieller Infekte innerhalb der Nieren begünstigen. Dies konnte durch Biopsien belegt werden. Auffallend häufig ist der anamnestische Zusammenhang mit chronischem Phen-

922

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 Methequalon
Packungen mit 10 und 20 Tabletten

Zwei »patente« Schlafmittel

E. Merck DARMSTADT

acetin-Abusus und der Nachweis histochemischer Veränderungen im Markinterstitium bei noch unbekanntem Wirkungsmechanismus. Insgesamt neigt man heute dazu, anzunehmen, daß Phenacetin allein keinen manifesten Nierenschaden verursacht, aber den bakteriellen Infekt zumindest begünstigt.

Professor Dr. O. SPÜHLER, Zürich:

„Klinik und Differentialdiagnose der Pyelonepbritis"

Die Pyelonephritis ist pathogenetisch ein Sammeltopf. Man denke nur an obstruktive, hämatogen-interstitiell ausgelöste, phenacetin-disponierte, durch Anomalien und Zysten gebahnte, destruierende, bakterielle Nierenentzündungen und an die vieldiskutierten Möglichkeiten einer kanalikulären Aszension. Man nimmt heute an, daß nephrotrope Erreger — wie z. B. Coli, Streptokokken, Proteus und Pyozyaneus — von besonderer Pathogenität sind. Über Aszension, hämatogenen Weg, lymphatischer Verschleppung und dergleichen gibt es von Fall zu Fall Erwägungen individueller und manchmal grundsätzlicher Art. Der hämatogene Ausbreitungsweg ist klinisch mehr und mehr in den Vordergrund der Betrachtungen gerückt und verschiedentlich auch experimentell — so z. B. nach Ureterligatur — überprüft und gesichert worden. Die Anfälligkeit der Uretra als Eintrittspforte der Keime ist erwiesen und nach Katheterismus i. S. des Katheterfiebers reproduzierbar demonstriert. Die disponierenden Faktoren der Pyelonephritis, ganz besonders der einseitigen, müssen stets gesucht werden. Dabei ist an Harnstauung, Durchblutungsstörung, toxische Schädigung (Phenacetin, Sulfonamide), Nierenanomalien, vorangegangene chronische Glomerulonephritiden und Nierentraumen zu denken. Bei beidseitigen Affektionen kommen der Diabetes mellitus, der Phenacetin-Abusus (möglicherweise aber auch bei Sulfonamiden) und die Kortisonlangzeittherapie als begünstigende Momente in Frage. Auch eine allgemeine Resistenzschwäche im Rahmen einer anderen Allgemeinerkrankung kann auslösend wirken, wie dies auch durch die Pyriferprovokationsteste diagnostisch ausgenutzt wurde. Die besondere Tendenz der Pyelonephritis zur Chronizität ist unbestritten, liegt aber wohl gerade in jenen begünstigenden pathogenetischen Faktoren begründet. Schließlich vermögen die pyleonephritisch entstandenen Narben selbst die Anfälligkeit zur Neuinfektion zu geben. Daß auch immunologische Vorgänge eine Rolle spielen, ist nicht mehr zu bezweifeln, nur ist die klinische Darstellung dieser Faktoren noch nicht deutlich genug. Das Problem der Antibiotikaresistenz hat für die akuten Schübe besondere Bedeutung und schafft dann auch die bekannten therapeutischen Schwierigkeiten.

Professor Dr. H. NIEHT, Tübingen:

„Diagnostische Möglichkeiten der Praxis und die moderne klinisch-diagnostische Methodik bei der Pyelonephritis"

Die Diagnose des Vollbildes einer akuten Pyelonephritis bietet keine Schwierigkeiten. Anders die Erkennung des schwelenden Beginns und die Frage einer Ausheilung oder eines Übergangs in Chronizität. Grundsätzlich sollte man sich auf einen einzigen Normalbefund nicht verlassen. Welche diagnostische Hilfsmittel stehen zunächst dem Hausarzt zur Verfügung? Bei Beurteilung des Urins — welcher frisch in der Praxis gelassen werden sollte — kann spezifisches Gewicht, Proteinurie, Reaktion, natürlich ergänzend Zucker und Hämoglobin, sowie eine orientierende Übersicht des Sediments geprüft werden. Leukozytenzylinder sind recht pathognomonisch, die übrigen relativen Befunde sind allgemein bekannt. In der Zählkammer können quantitative Anhalte gewonnen werden. Die Bakteriurie soll durch Suchteste, wie Griessche Probe und TPC-Probe, ergänzt werden. Als erweiterte Diagnostik der Klinik ist dann eine Keimzählung auf Agarplatte zur Fundierung des quantitativen Befundes zu berücksichtigen. Ein Ausstrichpräparat mit Gramfärbung läßt auch eine ausreichend gute Artdifferenzierung zu. Die bekannten blutchemischen Analysen geben einen orientierenden Hinweis auf die eventuelle Einschränkung der Nierenfunktion, wobei die Kreatininverhältnisse die engsten Beziehungen zum Glomerulumfiltrat aufweisen. Ohne röntgenologische Pyelographie wäre die Untersuchung nicht vollständig. Dabei ist auf Seitenvergleich, Ausscheidungsqualität und Geschwindigkeit sowie auf das morphologische Bild zu achten. Der Wert der Konzentrationsfähigkeitsprüfung ist bekannt, man achte aber auf virtuelle Abweichungen durch Proteinurie oder Glykosurie. Die Phenolrotprobe und die Clearancemethoden sagen nichts über Seitenlokalisation oder Differentialdiagnostik der Nephropathie. Zur Seitendifferenzierung kann hingegen das Isotopennephrogramm wertvoll werden, noch dazu bei schonender Handhabung. Nierenschichtaufnahmen, Szintigramm und Arteriographie, oder gar Biopsie, sind nur in ausnahmsweisen Fragestellungen indiziert. Seitengetrennte Clearancemethoden treten bei beabsichtigter Nephrektomie, bei eventuell bestehendem Goldblattmechanismus, in ihr Recht.

Professor Dr. H. U. GLOOR, Zürich:

„Der Harnwegsinfekt in der Sicht des Urologen"

Vom Standpunkt des Urologen aus hat sich das Bild der Pyelonephritis zu einem Problem ersten Ranges entwickelt. Zwar ist durch große Statistiken das Unheil des Katheterismus belegt, insbesondere im Hinblick auf die Hospitalismuskeime, doch ist die Pathogenese des Infektionsweges nach wie vor im Brennpunkt der Diskussionen. Experimentelle Befunde zeigten die hohe Selbstreinigungskraft einer gesunden Blase. Auch eine Prostatitis ist noch keiner Gesamtinfektionsgefährdung der Harnwege gleichzusetzen. Weit größere Beachtung als bisher verdient jedoch ein v o r g e s c h ä d i g t e s O r g a n ; und zwar die Niere selbst, ebenso wie irgendein Abschnitt der ableitenden Harnwege. Zu diesem Problemkreis gehört auch der vesicouretale Reflux. Differentialdiagnostisch ist dies röntgenologisch belegbar. Ein Circulus vitiosus vermag sich über eine Zystitis durch Ostiuminsuffizienz, chronische Refluxentzündung der Ureteren und dadurch begünstigte kanalikuläre und hämatogene Infektaussaat einstellen. Hier muß konservativ und eventuell chirurgisch energisch eingegriffen werden. Der descendierende, oder besser gesagt hämatogene Infektionsweg unterliegt grundsätzlich den gleichen Gesetzmäßigkeiten, d. h. einer vorausgehenden Schädigung der Niere — z. B. Diabetes, Phenacetin-Abusus, Durchblutungsstörungen, chronische Glomerulusnephritis —, um wirklich Krankheitswert zu erlangen. Der Arzt sieht häufig erst das fortgeschrittene klinische Bild, wenn durch Papil-

Benzoderm®

die
Mykosetherapie
die Hand
und Fuß hat

bei
Dermatomykosen
Dermatosen, Ekzemen

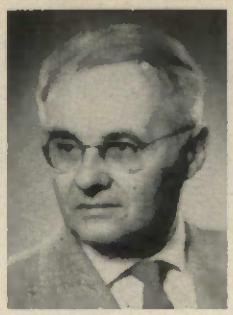
Benzoderm®

Benzoderm-Lösung	20 ml
Benzoderm-Lösung	50 ml
Benzoderm-Lösung	100 ml
Benzoderm-Puder	70 ml
Benzoderm-Salbe	20 ml
Benzoderm-Salbe	50 ml
Benzoderm-Seife	100 g

Arzneimittelfabrik Hüls Dr. Albin Hense 4153 Hüls

Priv.-Doz. Dr. F. Gloor
Basel

Doz. Dr. J. Gayer
Tübingen


Prof. Dr. Horst Schwalm
Würzburg

Prof. Dr. H. Hungerland
Bonn

Doz. Dr. E. Buchhorn
München

lennekrosen oder eine Makrohämaturie die subjektiven Beschwerden zugenommen haben. Therapeutisch sind sich Nephrologen und Urologen über die notwendige Langzeitantibiotikatherapie einig, etwas problematisch ist dagegen die Frage der Nierenbeckenspülung, von der die Urologen aber doch einige Erfolge gesehen haben. Insbesondere verbleibt dem Urologen häufig die Aufgabe, einen ursprünglich descendierenden Infekt nach Papillennekrosen oder Steindiathesen aus dem Circulus vitiosus eines dann ansteigenden Infektes durch Obstruktion herauszuholen.

Dozent Dr. J. GAYER, Tübingen:

„Fortschritte und Grundsätze in der Therapie der Pyelonephritis"

Bei der Chronizität der Pyelonephritis ist die möglichst frühzeitig einsetzende und möglichst lang anhaltende Therapie eine Grundforderung. Urologische Prädilektionen müssen beseitigt werden. Davon ausgehend bestehen medikamentös drei Hauptprobleme: 1. die zunehmende Keimresistenz gegen Chemotherapeutika und Antibiotika, 2. die Tatsache einer Kombination von Parenchym- und Hohlorgan mit Exkretionsfunktion im Bereich der Niere und 3. immunbiologische Gegebenheiten.

Bakteriologisch ist eine leichte Zunahme von Escherichia coli, vornehmlich bei nicht-urologischen Fällen, bemerkenswert, während Proteus und Pyozyaneus bei diesen Affektionen bevorzugt auftreten. Statistisch verschiechtert sich die Empfindlichkeit der Keime, je chronischer das Leiden wird und je mehr urologische Affektionen mit Klinikkeimen zugrunde liegen. Besonders problematisch ist Bakterium Pyoceanium. Medikamentös ist bei Chloramphenicol die Kumulation in der Niereninsuffizienz mit möglicher Knochenmarksdepression zu beachten, bei den Tetracyclinen ist eine antianabolische Wirkung bekannt, weshalb u. a. Nierenfunktionsbelastungen und -störungen auftreten können.

Auch Colistin wird retiniert und ist eventuell nephrotoxisch. Die Retention von Nitrofurantoin hat dieselben Gefahren. Kanamycin, Polymyxin B und Novobicin finden wegen ihrer Toxizität kaum Anwendung. Streptomycin wurde wegen der schnellen Resistenzbildung im allgemeinen verlassen. Die halbsynthetischen Penicilline — sowohl Ampicillin als auch Oxacillin — werden in der Pyelonephritisbehandlung zunehmend an Bedeutung gewinnen, da sie einerseits nicht toxisch sind, andererseits im bakteriologischen Spektrum Coli- und Proteuskeime mit einbeziehen. Nach wie vor gilt, daß eine verstärkte Diurese die Pyelonephritisinfektion herabsetzt. Man beachte aber den Verdünnungseffekt der gleichzeitig gegebenen Chemotherapeutika. Versuche, die therapieresistente Pyelonephritis mit Autovakzination zu handeln, scheinen wieder an Bedeutung zu gewinnen. Sehr wichtig sind auch allgemein roborierende Maßnahmen zur Steigerung der körpereigenen Abwehrkräfte. Die Behandlung der essentiellen Hypertonien mit blutdrucksenkenden Medikamenten hat offenbar eine präventive Bedeutung.

Professor Dr. H. SCHWALM, Würzburg:

„Harnwegsinfektion und praktisch wichtige Nierenbefunde in der Schwangerschaft"

Die Pyelitis gravidarum ist eine relativ häufige Komplikation und nicht zu selten eine akute Exazerpation einer schon vorbestandenen chronischen Harnwegsinfektion. Sicher ist es nötig, heute allgemein nur noch von Pyelonephritis zu sprechen. Pathogenetisch ist das aufgelockerte Gewebe geradezu disponierend zu ascendierenden und hämatogen wie lymphogen sich ausbreitenden Infekten. Mit zunehmender Geburtenzahl und steigendem Lebensalter wächst die Affektionshäufigkeit. Bei 12 bis 13% der Schwangeren zeigte sich in einem großen Untersuchungsgut eine echte Bakteriurie, deutlich vermehrt natürlich bei schlechten hygienischen Verhältnissen. Der Blasenkatheterismus aus diagnostischen Gründen ist nicht mehr gestattet, hingegen ist bei besonderer Problemstellung und natürlich aus therapeutischen Gründen bei kundiger Handhabung das Risiko nicht zu dramatisieren. Klinisch bewährte sich zur quantitativen Feststellung einer Bakteriurie die Keimauszählung auf einer Agarplatte, allerdings nur bei frisch gelassenem Harn, da sich bei geringem Stehen schon eine signifikante Keimvermehrung einstellt. Eine positive Griessche Probe ist eventuell ein praktisch rasch durchführbarer Test für eine nennenswerte Coliinfektion. In der Pflaumerschen Kammer kann durch Einbringen eines Harntropfens, der nach Austrocknung und Färbung mit Methylenblau gut beurteilbar ist, sowohl eine quantitative als auch eine artspezifische Diagnostik in den meisten Fällen ausreichend durchgeführt werden. Führendes Symptom ist die asymptomatische Bakteriurie. Später, und insbesondere mit Beginn einer akuten Exazerpation, ist das Volibild der bekannten Symptomatik erkennbar, wobei der Nierenschaden durch Chromozystoskopie ausreichend seitenspezifisch geklärt werden kann. Eine Ureterkatheterisierung empfiehlt sich nicht, die Clearanceuntersuchung ist in der Schwangerschaft zu störanfällig, und

eine Röntgenuntersuchung sollte man möglichst ganz unterlassen. Therapeutisch ist die Skala der modernen Antibiotika nach Testung selbstverständlich Grundlage des Vorgehens, wenngleich bei Tetracyclinen wegen möglicher Nebenwirkungen auch auf den Föten Zurückhaltung empfohlen werden kann. Nierenbeckenspülungen werden in diesem Rahmen nicht mehr angewandt. Nach statistisch belegbaren Grundiagen sollte man bereits die asymptomatische Bakteriurie behandeln, weil die Zahl der folgenden, insbesondere in den letzten Monaten der Schwangerschaft auftretenden akuten Schübe dadurch deutlich verringert werden kann. Die Applikation von Sulfonamiden und von Furadantin muß man mit besonderer Vorsicht erwägen.

Professor Dr. H. HUNGERLAND, Bonn:

„Der Harnwegsinfekt des Kindes in Differentialdiagnose, Beurteilung und Behandlung"

Die Harnweginfektionen stehen im Kindesalter an zweiter Stelle der Allgemeininfekte. Der Gipfel liegt im Säuglingsalter — 50% im ersten Lebensjahr —, ohne Geschlechtsunterschied, der sich erst später zuungunsten der Mädchen herauskristallisiert. Führendes Symptom ist die Bakteriurie bzw. Pyurie, ohnen deren Ursprungsort immer gleich exakt belegen zu können. Wegen der folgenschweren Konsequenzen muß aber so lange eine Pyelonephritis angenommen werden, bis sich nicht eindeutig anderes beweisen läßt. Wachsam sei man bei unklaren hohen Fieberschüben, manchmal kombiniert mit Leibschmerzen oder zystischen Beschwerden, beim Säugling aber vorwiegend ganz uncharakteristisch mit febrilen Allgemeinsymptomen. Bei Colisepsis kann ein atypischer Ikterus bestehen und wegleitend sein. Eine plötzliche Enuresis sollte man nicht unbeachtet lassen. Diagnostisch ist die Harngewinnung in der Pädiatrie oft problematisch und bedarf persönlich ärztlicher Nachsorge. Leukozyten- und Bakterienzählungen in der Neubauerkammer erlauben eine quantitative Abschätzung. Weitere Anhaltspunkte sind die alkalische Harnreaktion, die hohe BKS, häufig die schon frühzeitige Anämie, die Einschränkung der Funktionsproben (Phenolrotprobe, Konzentrationsversuch und Clearance), schließlich ist röntgenologisch bei der chronischen Pyelonephritis ein eindeutiger Befund erhebbar, den man auch bezüglich der Ureteratonie und eines vesicouretralen Refluxmechanismus überprüfen sollte. Paradoxerweise findet man dabei oft enge Nierenbeckenkelche. Gerade im Kindesalter muß natürlich auch an Anomalien gedacht werden.

In der Therapie empfiehlt sich nach wie vor die Schaukeldiät, die Förderung der Diurese durch Flüssigkeitszufuhr, natürlich aber vor allem die ausreichende Antibiotikaapplikation, möglichst gezielt nach Resistenzprüfung. Die Stoßtherapie von Chloramphenicol (50 mg pro Tag über ein bis zwei Wochen) und anschließende Furadantin-Dauerapplikation haben sich bewährt. Manchmal muß man, je nach Befund, über Jahre unermüdlich weiterbehandeln.

Privatdozent Dr. U. GESSLER, Nürnberg:

„Betreuung und Führung der Kranken mit kompensierter und dekompensierter urämischer Stoffwechsellage"

Die Nierenschädigung, ganz gleich welcher Pathogenese, läßt sich in verschiedene Stadien gliedern: 1. eingeschränkte Leistungsfähigkeit (erkennbar an Funktionsproben); 2. kompenslerte Retention (Harnstofferhöhung bei relativ gutem Allgemeinbefinden und über längere Zeit sich hinzlehende Progredienz); 3. Urämie mit allen bekannten toxischen Allgemeinsymptomen.

Während im ersten Stadium die Aufgaben der kausalen Therapie ganz im Vordergrund stehen, muß im zweiten Stadium doch bereits deutlich auf das geschwächte Organ Rücksicht genommen werden. Diätetisch ist eine Eiweißbeschränkung (um 1 g pro Kilogramm Körpergewicht) angezeigt, möglichst laktovegetabiler Herkunft. Die Frage der Kochsalzlimitierung kann sehr problematisch sein, weil gerade bei der Pyelonephritis in diesem Stadium noch ein deutlicher Verlust an Kochsalz in der Bilanz bestehen kann und eher ein Ersatz nottut. Dies um so mehr, als man sonst unnötige Harnstoffanstiege in Kauf nehmen müßte. Bei blutdruckaktiven Nierenleiden muß natürlich dann eine energische Kochsalzrestriktion einsetzen, um die vaskulären Komplikationen zu bremsen. Im weiteren Verlauf wird die kompensierte Retention natürlich immer in ein problematischeres Stadium übergehen. Aber auch dann sollte man vorübergehend den Versuch einer Kompen-

Für
Ihre
Magen-Patienten
ULCOLIND®
½ Packung 30 Tabletten
1/1 Packung 60 Tabletten
indopharm KG Hilden Rhld

schirmt übersteigerte vegetative Reize ab
Haloperidol

löst Spasmen im Verdauungstrakt und hemmt übermäßige Sekretion
Diisopropylaminhydrochlorid

stellt an der Magenschleimhaut physiologische Verhältnisse wieder her
Bismut. aluminicum, Succus Liquiritiae

bedeutet gleichzeitige Leberschutztherapie
Cholin orotat

sation unternehmen, indem noch strengere Diätanweisungen in obiger Richtung — meist in klinischer Fürsorge — angewandt werden. Gegenwärtig prüft man die Beschränkung des Eiweißes auf eine Anreicherung von essentiellen Aminosäuren in verschiedenen Nahrungsaufbereitungen. Schließlich werden die Ödeme, sowohl kardialer, nephritischer als auch nephrotischer Genese, behandlungsbedürftig. Die genaue pathogenetische Analyse zeigt von sich aus den therapeutischen Angriffspunkt. Eine genaue Analyse der Elektroiytverhältnisse und des Säurebasenhaushaltes muß den Therapieplan von Zeit zu Zeit ergänzen. Dabei bewährten sich auch intrazelluläre Elektrolytbestimmungen als Relation zu den Plasmawerten zum tieferen Verständnis der pathogenetischen Vorgänge und einer noch subtileren Korrektur. Gestörte Fermentmechanismen lassen im urämischen Stadium den Ionentransportmechanismus der Zellen erliegen. Die Blutdrucküberwachung verlangt nicht immer eine kurzschlüssige Therapie; d. h., man muß sehr sorgfältig den Kompromiß zwischen den tolerablen Blutdruckwerten und der Gefahr einer reaktiven Retentionssteigerung suchen.

Professor Dr. E. BUCHBORN und Dr. EDEL, München:

„Stand und Erfahrung mit modernen Dialyseverfahren und die Probleme der Dauerdialyse"

Die akute Niereninsuffizienz ist die klassische Indikation der Hämodialyse. Dabei hat sich allgemein das Prinzip der präventiven, prophylaktischen Therapie durchgesetzt. Darunter versteht man die frühzeitige Dialyse zur Überwindung urämischer Symptome und vor allem zur Vermeidung zusätzlicher Komplikationsgefahren. Neuerdings ist auch die Peritonealdialyse wieder entdeckt und wegen der schonenden Handhabung bei geringem Aufwand in vielen Fällen wieder zu Blüte gelangt. Der Effekt ist deutlich geringer, die zeitliche Belastung für Personal und Patienten größer, bei Kreislaufschwierigkeiten und mitunter auch bei Kleinstkindern aber sehr nützlich.

Die chronische Dialyse irreversibler Nierenleiden wurde durch den sogenannten Scribner-Shunt (eine arteriovenöse, von Dialyse zu Dialyse unterbrechbare Verbindung) ermöglicht. Hierbei drohen Gefahren durch Thrombosierung, Infektion und mechanische Läsion mit möglichen Blutungen, doch haben die letzten Jahre eine stetige methodische Verbesserung gebracht. Bei den Dialyseapparaturen selbst ist die Tendenz zum Übergang von Spulen- auf Plattensysteme bei der Anordnung der Dialysiermembranen zu beobachten. Dies erspart in vielen Fällen die extrakorporale Blutpumpe.

Zweimal wöchentlich für 6 bis 12 Stunden, möglichst bei Nacht, zu dialysieren, ist einerseits für die volle Rekompensation notwendig, andererseits für die Erhaltung einer Arbeitsfähigkeit besonders wertvoll. Die Hämodialyse ist insgesamt ein praktisch gangbarer Weg, aber organisatorisch noch lange nicht genügend ausgereift. Ein Überblick aus den USA zeigt, daß etwa 70% völlig rehabilitiert sind und die Überlebenszeit bisher maximal 5½ Jahre erreichte. Ein wachsendes Problem wird die Kapazität solcher Dialysezentren, weil die Patientenzahl nicht nur primär alle Möglichkeiten übersteigt, sondern lawinenartig von Jahr zu Jahr anschwellen muß.

PERSONALIA

Professor Hermann Eyer 60 Jahre alt

Am 29. 6. 1966 feiert Herr Professor Dr. phil. nat., Dr. med. habil. Hermann EYER, Ordinarius für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie an der Universität München, seinen 60. Geburtstag. Sein Weg führte über Erlangen, Berlin und Bonn im Jahre 1957 nach München. Seit dieser Zeit ist Herr Professor Eyer Direktor des Max-v.-Pettenkofer-Instituts für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie.

FAKULTÄT

Erlangen

Die Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg hat dem Ordinarius für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Professor Dr. med. C. M. HASSELMANN, einen Lehrauftrag für „Medizinische und demographische Probleme der Entwicklungsländer" erteilt.

Würzburg

Der ordentliche Professor der Kinderheilkunde und Direktor der Universitäts-Kinderklinik, Dr. med. Josef STRÖDER, erhielt das Ehrenwappen der Medizinischen Fakultät der Universität Tokio.

Der an den o. Professor für Innere Medizin an der Universitätsklinik Würzburg, Dr. Ernst WOLLHEIM, ergangene Ruf zur Übernahme einer leitenden Aufgabe am New York Medical College konnte abgewendet werden.

Umhabilitiert wurden:

Privatdozent Dr. med. dent. Günter LIEB von der Universität Hamburg an die Universität Würzburg (Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, insbesondere Kieferorthopädie);

Privatdozent Dr. med. Friedrich SCHRÖPL von der Universität München an die Universität Würzburg (Haut- und Geschlechtskrankheiten).

Zu Privatdozenten für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde wurden ernannt:

Wiss. Ass. Dr. med. Heinrich GRÜNBERG und Wiss. Ass. Dr. med. Malte Erik WIGAND, beide Universitätsklinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke.

IN MEMORIAM

Sanitätsrat Dr. Otto Wetzler †

Herr Sanitätsrat Dr. Otto WETZLER, der Nestor der bayerischen Ärzteschaft, verstarb am 17. Mai 1966 in München, einen Tag vor Vollendung seines 101. Lebensjahres.

Haben Sie schon Hydromedin versucht?

Das hilft . . .

. . . bei Ödemen aller Schweregrade und verschiedenster Genese (kardialen, renalen, hepatogenen und anderen Ödemen).

Kein Quecksilberpräparat, kein Thiazid, kein Sulfonamid
Hydromedin (Etacrynsäure) ist ein orales Diuretikum völlig neuer Wirkstoffklasse.

Wirksam fast am ganzen Nephron . . .
. . . nicht nur am proximalen und distalen Tubulus, wie die bisher üblichen Diuretika, sondern auch am aufsteigenden Schenkel der Henleschen Schleife.

Rascher Wirkungseintritt innerhalb von 30 Minuten . . .
. . . ohne den Kreislauf wesentlich zu belasten.

Optimale Wirkungsdauer von 6-8 Stunden
Verabreichung am Vormittag ermöglicht die erwünschte Tagesdiurese ohne Störung der Nachtruhe.

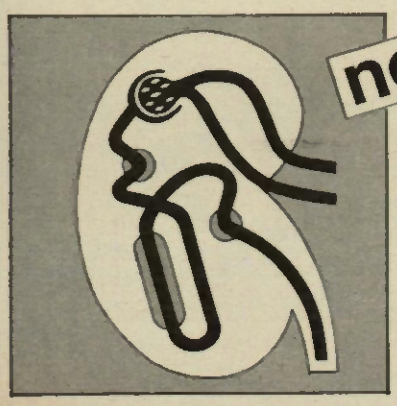
Hohe Natrium-, geringe Kaliumausscheidung
Durch diese „selektive" Elektrolytausscheidung sind Elektrolytstörungen seltener zu erwarten als bei der Thiazidtherapie.

Zuverlässige Wirksamkeit und gute Verträglichkeit . . .
. . . empfehlen Hydromedin zur Einleitungs- wie auch zur Erhaltungstherapie.

Niedrige Dosierung — geringe Substanzbelastung
Vielfach genügt bereits eine Tagesdosis von 1 Tablette zum Frühstück. Nähere Dosierungsangaben (Einleitungstherapie, intermittierende Verabreichung) enthalten Standardbroschüre und Packungsprospekt.

Handelsformen: 10 Tabletten zu 50 mg DM 4,75 o. U.
30 Tabletten zu 50 mg DM 12,40 o. U.

Bisher wurden mehr als 80 Arbeiten über Hydromedin publiziert. Literatur und Muster stehen auf Wunsch jederzeit zur Verfügung.



neu **Hydromedin®**
(Etacrynsäure)

setzt neue Werte für die Diurese

MSD SHARP & DOHME GMBH, 8 München 90, Postfach 900720
Tochtergesellschaft der Merck & Co., Inc., Rahway, N. J. (USA)

AUS DER GESCHICHTE DER MEDIZIN

Die Gesundheitsfürsorge im Fürstentum Passau im 15. und 16. Jahrhundert

In den „Ostbairischen Grenzmarken", dem Passauer Jahrbuch für Geschichte, Kunst und Volkskunde, (1958, herausgegeben von Professor Dr. J. OSWALD) ist eine von Dr. med. Ludwig SITTLER verfaßte Abhandlung „Die Gesundheitsfürsorge im Fürstentum Passau bis zum Zeitalter der Aufklärung" enthalten. Der Autor erlebte die Drucklegung nicht, da er am 13. Mai 1945 in Schrobenhausen als Lazarettarzt einer Erkrankung erlag, die er sich in Ausübung seines Dienstes als Lazarettarzt zugezogen hatte. Die Arbeit enthält wichtige Daten zur Geschichte der Gesundheitsfürsorge, von denen ein Teil hier abgedruckt wird.

Verordnung des Fürstbischofs Georg v. Hohenlohe von 1407*)

Fürstbischof Georg Graf von Hohenlohe, der Kanzler des Heiligen Römischen Reiches Deutscher Nation war und aus seiner glänzenden Rolle auf dem Konzil von Basel in der Geschichte bekannt ist, erließ am 5. Februar 1407 eine Verordnung von außerordentlicher Bedeutung für das Medizinalwesen.

Einleitend wies Hohenlohe darauf hin, daß Sache eines wachsamen Oberhirten nicht nur die Sorge für das geistige, sondern auch für das leibliche Wohl der Untertanen, gleichgültig welchen Standes, sei. Dies geschehe am besten durch geeignete Leute, die Schädliches abzustellen und Heilsames anzuwenden verstünden. Es sei ihm durch Magistri der medizinischen Fakultät Wien zu wissen gegeben worden: „Einige Ungebildete und Nichtskönner (Idioten), ja sogar zuweilen Weiber und, was noch verächtlicher ist, selbst Juden, die Feinde des christlichen Glaubens, Personen, die weder die Krankheiten noch die Ursachen derselben zu erkennen vermögen, drängen sich in die medizinische Praxis ein und erdreisten sich, im Bistum Passau die Heilkunst auszuüben, die nach einem Sprichwort ‚Tapfer töten' heißt. Diese Dreistigkeit hat bisweilen durch glückliche Zufälle Erfolg, weshalb einfältige Menschen daraufhin in Scharen zulaufen."

Um diesen Gefahren zu begegnen, sah die Verordnung ein Verbot des Zuzuges ins Bistum zum Zweck ärztlicher Niederlassung und der Ausübung der ärztlichen Praxis vor. Bei Strafe der größeren Exkommunikanten (latae sententiae districtius) war keine Person, gleichgültig, welchen Standes, zu praktischer Ausübung ärztlicher Tätigkeit berechtigt, außer:

1. die bei der Wiener medizinischen Fakultät ordnungsgemäß eingeschriebenen und dort approbierten Ärzte;
2. die an anderen Universitäten approbierten Ärzte
   a) bei Berufung durch Privatpersonen im Einzelfall
   b) auf Durchreise oder Anwesenheit in der Stadt aus anderem Grunde, der nicht der ärztlichen Niederlassung dient;
3. approbierte und gelehrte Männer von anerkannter Zuverlässigkeit und Erfahrung auf Grund bischöflicher Lizenz.

Weil Leute gesundheitsschädliche Mittel verkaufen, aus Unkenntnis, wie der Bischof und seine Beamten feststellen konnten, war gleichfalls bei Strafe der Exkommunikation niemand zum Verkauf von Arsenik, anerkannt schädlichen oder auch nur zweifelhaften Mitteln, bei denen Nutzen oder Schaden umstritten war, berechtigt, außer approbierten Apothekern, die sich auf Behandlung und Verkauf von Giften verstehen.

Schließlich wurden die Kirchenvorstände angewiesen, den Inhalt dieser Verordnung und die Strafandrohungen von der Kanzel zu verkünden. Diese Verordnung, eine der ältesten Medizinalverordnungen Bayerns, war für Passau richtungweisend gewesen.

(Ärzte, Bader und Apotheker hatte es schon vor der Verordnung Hohenlohes gegeben. So kaufte ein bürgerlicher Arzt Ruger 1366 ein Haus in der Pfaffengasse, ein Apotheker Torner Martin ein Haus in der Messergasse 1400. Der Bader Ulrich Prenzinger stand 1172 zu Passau in großem Ansehen. Der Hofapotheker Niklo machte 1384 eine Stiftung zur Ausschmückung des Domes.)

Die Verordnung Hohenlohes von 1407 hat offensichtlich die Voraussetzungen zur Entwicklung einer festen Organisation von Ärzten und Apothekern gegeben. 1475 wurde als erster Stadtphysikus vom Stadtmagistrat ein Dr. Corneli bestellt, dem 1522 ein Dr. Leonhard Schmauß folgte. Man unterschied Bauch-, Leib-, Hofärzte; Stadtphysici; Doctores; Magistri; Medici; Chirurgi; Zahnbrecher. Die Stadtphysici wurden später in den Rang fürstlicher Hofräte vom Bischof ernannt, hatten die Auf-

*) Monumenta Boica XXXI/2/S. 69 ff.

sicht über Bader und Hebammen zu führen, über Spitäler und Lazaretthäuser usw. Die Hofratsbücher weisen mehrfach Namen solcher Stadtphysici auf, deren Wirkungskreis auch die Organisation des Seuchenschutzes umfaßte, die also Leiter der Medizinalpolizei waren. Diese Regelung einer geordneten ärztlichen Versorgung und die Schaffung einer Standesordnung für die Ärzte war von großer Bedeutung für die seit langer Zeit in der Stadt bestehenden Krankenanstalten wie Sichenköbel, Lazaretthäuser, ein Narrenhäusl, Spitäler und ähnliches.

Solche Anstalten waren: die im Frühmittelalter eingerichteten Siechenköbel bei St. Elsbeth (in der Nähe des heutigen Bahnhofs), in der Beiderwies und im Burgholz; das 1160 gestiftete und 1637 erneuerte Leprosenhaus bei St. Egid in der Innenstadt; das ebenfalls schon um 1200 nachweisbare St.-Johannis-Spital; das 1301 gegründete St.-Gertraud-Spital (welches übrigens schon einen Vorläufer in dem 1143 mit Erbauung der Innbrücke erstandenen Spital zum Heiligen Kreuz hatte); das mit Stiftungsbrief vom 5. Oktober 1358 ins Leben gerufene Heilig-Geist-Spital; das dem St.-Johannis-Spital im Jahre 1506 angegliederte Bruderhaus, unter dessen Verwaltung auch die 2 Lazaretthäuser am Oberen Sand (neben Karolinenplatz) und in der Höllgasse 6 gestellt waren.

Die Infektions-Ordnung von 1585

Große Verdienste erwarb sich Fürstbischof Urban von Trennbach (1561—1598) auf dem Gebiet der Medizinalpolizei, indem er in vorbildlichem Maße die Übertragung von Krankheiten (Infektion) durch einen eigentümlichen Ansteckungsstoff (Contagium) zu bekämpfen bestrebt war. Die Verhütung des Ausbruchs epidemisch-contagiöser Krankheiten und die Verhinderung ihrer Ausbreitung ist eine vordringliche Aufgabe des Staates, in diesem Fall als der medizinalpolitischen Behörde, nicht nur aus Fürsorge für Menschenleben, sondern auch zur Hintanhaltung nachteiliger Einwirkungen auf Gewerbe und Handel. Der Absperrung und Vernichtung der Ansteckungsfähigkeit, also der Schaffung wirksamer Vorkehrungen gegen die „erschröckliche Sucht und abscheuliche Krankheit", diente die „Passawerische Infection-Ordnung" vom 3. Oktober 1585. Diese bestimmte eingangs, daß niemand in Met-, Bier- und Weinkellern über die gebührliche Zeit, besonders nachts, sitzen dürfe. Gänzlich verboten aber solle es von jetzt ab sein, Branntwein, der zu Vergiftung merkliche Ursache gebe, öffentlich oder heimlich zu verkaufen und zu trinken. Um der Gefahr einer Verschleppung der Infektion vorzubeugen, sollte die Einreise in Seuchenorte sowie die Ausreise aus solchen unterbunden werden. Sollten sich aber derartige Reisen, etwa wegen gewerblicher Hantierungen oder aus anderen triftigen Gründen, nicht umgehen lassen, so müssen sich diejenigen, die aus „sterblichen Gegenden" kommen, vor dem Einlaß in die Stadt erst eine Zeitlang, bis an 8 Tage, außerhalb und an gesunder Luft aufhalten. Mit anderen Worten: Bei dieser Art von Quarantänemaßnahmen handelte es sich darum, daß die aus verdächtigen Gegenden kommenden Personen so lange unter Aufsicht gestellt bleiben, bis man überzeugt ist, daß sie selbst nicht angesteckt sind und somit das Ansteckungsgift nicht weiterverbreiten können. Damit auch keiner heimlich einschlüpfen könne, sollen an den Stadt- und Haupttoren Torsteher und Wächter postiert werden.

Bezüglich des „Säumersteigs aus Böhmen", des sogenannten „Goldenen Steigs", der wegen der Gewerbe und täglich hierhergebrachten Viktualien nicht gut gesperrt werden konnte, wurden folgende Vorschriften erlassen: Die Säumer (oder Saumer) dürfen nicht nach Belieben in der Stadt handeln und wandeln oder die Häuser aufsuchen, sondern vielmehr ihre Waren nur unter freiem Himmel oder an anderem Ort, wo die Luft durchstreichen kann, kaufen und verkaufen. Ein Saumer, der „von der Infektion aufgestanden", d. h. eine solche durchgemacht hat, darf erst nach 4 Wochen aus der Stadt heraus- bzw. in dieselbe hineingelassen werden.

Ebenso streng war auf die „Sondersiechen" (die in „Siechenköbeln" abgesonderten „Aussätzigen") und Bettler zu sehen, die nur an gewöhnlichen Tagen und solange sie das Almosen sammeln, in der Stadt sich zeigen dürfen. Hingegen war es ihnen ernstlich untersagt, in Wirts- und andere Häuser zu laufen oder sich an Fleischbänken, am Hof und ähnlichen Orten und Märkten „unterzumischen". Ferner sollten die fremden und herumschweifenden Bettler abgeschoben werden, und den Schiffsleuten war es verboten, solche auf den Wasserstraßen herzuführen.

Die Infektions-Ordnung stellte des weiteren fest, daß vielmals auch unreine Haushaltung und Unsauberkeiten die Ursache zu „pestilentzischersucht" abgeben. Darum solite jedermann in der Stadt sowohl wie auch zu Ilz und „vor Ihnprucken" (vor der Innbrücke — in der Innstadt) fürderhin und jetzt „gestracks" (alsogleich, unverzüglich) bei den Inleuten und deren Gesinde ernstlich gehalten seln, alle Unreinlichkeit, die einen Gestank oder anderen Unrat in Häusern, Zimmern, Läden, Küchen, Gewölben, Ställen und Höfen verursachen könnte, wegzuräumen und wöchentlich mindestens einmal vor den Türen zu kehren und die Gassen zu reinigen. Es war darauf zu achten, keinen „Unlust" (Schmutz, Unrat) — sei es von Paiß (beißende Flüssigkeit, stehendes Faulwasser), Schwörtz (Schwärze), Gesalzenfischwasser, Krautsurn (Flüssigkeit, die aus eingesalzenem Kraut zusammensitzt), Harn , Plüt (Blut), totem Vieh oder dgl. — heimlich oder öffentlich auf die Gassen oder in Winkeln zu werfen, sondern man sollte alles auf nächstem Wege in Donau, Inn oder Ilz zu gebührlicher Zeit, nämlich

Sinupret® bei Sinusitiden
BIONORICA KG NÜRNBERG

morgens und abends, schütten lassen. Auf daß aber die Ehehalten (Dienstboten) solchen Unrat nicht an Land oder Gestade, wie es Unsitte sei, abladen, so sollten bei den Toren Säulen mit eisernen Banden aufgerichtet und die Straffälligen für eine oder mehrere Stunden dareingeschlagen werden. Ferner sollten die Metzger streng verpflichtet sein, ihre Fleischbänke und Schlachthäuser möglichst sauberzuhalten und allen Unrat unaufgefordert wegzuschaffen. Dasselbe gilt auch von den Werkstätten der Lederer, Weißgerber und anderer Handwerker, die mit Paissen umgehen. Insbesondere aber war jedermann in den 3 Gedingen verboten, etwelche (mit gebührlicher Reverenz zu melden) Schweine zu halten, in solcher Gefahrenzeit bei den Brunnen zu waschen sowie die Wäsche in den Gassen aufzuhängen und zu trocknen. Das Leingewand der kranken Personen war abseits der Waschstätten zu waschen. Jedermann sollte auch tunlichst darauf bedacht sein, daß neben gehöriger Säuberung die Zimmer und Häuser mit Rauchwerk versehen werden. Weiterhin wurde auch die lebensmittelpolizeiliche Verfügung getroffen, daß die Metzger die Ynsslet (Ingeschlächt, Eingeweide) außerhalb der Stadt an gesonderter Stelle auslassen und daß auf die Fleischbeschau von lebendigem oder geschlachtetem Vieh gut zu achten sei.

In Anbetracht dessen, daß im alten Bett, Leingewand, in Kleidungen und in anderem alten Gerümpel die Infektion gern hafte, solche Sachen aber, weil wohlfeil, vom gemeinen Mann mit Vorliebe erkauft und dadurch jemand zuweilen samt den Seinigen angesteckt werde, so sollte ein derartiger Verkauf gänzlich abgestellt werden. Darum wurde auch den Tändiern bei schwerer Strafe verboten, mit derlei Gegenständen zu hausieren. Zum Zwecke der Sicherstellung der Gesunden und Trennung derselben von bereits Erkrankten oder der Krankheit Verdächtigen wurde jede unnötige Zusammenkunft, die oftmals sich als Herd und Brutstätte der Infektion erweise, abgestellt. Demgemäß sollten, solange diese Krankheit nicht erloschen war, keine öffentlichen Tänze, Spiele und Fechtschulen veranstaltet werden. Ebenso wurden alle Schulen für Lateinisch und Deutsch samt den Failbädern (öffentliche Bäder, Badestuben) eingestellt. Auch in die Hochzeitsordnung griffen die Bestimmungen ein: Es sollten die Hochzeiten und Ladschaften (Festlichkeiten, zu denen Gäste eingeladen sind) möglichst eingeschränkt, im übrigen in weiten, luftigen Gemächern und Zimmern gehalten und die Leute an keinem dumpfigen engen Ort zusammenplaciert werden, wie auch bezüglich der Zahl der teilnehmenden Personen und ansonsten genaue Befolgung der schon früher durch fürstliches Dekret festgelegten ausführlichen Hochzeitsordnung zur Pflicht gemacht wurde.

Was anderweitige Isolierungsmaßnahmen betrifft, so wurde verfügt: Wenn ein Bürger oder anderer Inwohner oder auch dessen Hausfrau, Kind oder Dienstbote als infiziert befunden wird, so solle er tunlichst aus der Stadt geschafft werden und dort bis zu seiner Genesung verbleiben. Denjenigen aber, die zu Hause zu bleiben wünschten, wo sie jedoch nicht eigene vertraute Leute hätten, sollen Krankenwärter zugeordnet werden, die täglich drei- oder viermal zu den versperrten Häusern kommen und Speise, Trank und alles sonst Nötige besorgen. Erkrankte Dienstboten, deren Behaltung im Hause nicht möglich ist, sollen in das Neue oder Untere Brüderhaus verbracht werden. Das Auftreten der Krankheit war unverzüglich dem Hauptmann oder Viertelmeister und von diesen dann denjenigen anzuzeigen, die in solcher Zeit zur weiteren Verfolgung der Angelegenheit und Behandlung des Falles von Ratswegen neben den Almosenpflegern aufgestellt werden („Verordnete"). Ist die Sucht „augenscheinlich", so solle der Arzt geholt werden.

Als „hoch vonnöthen" wurde sodann bestimmt, daß auch 1 oder 2 Barbierer und Bader zum Aderlassen bestellt werden, wobei sie auch an Eides Statt verpflichtet wurden, andere mit ihren „Laßeysen" nicht zu schädigen oder zu verunreinigen, d. h. ihre Instrumente nicht auch bei anderen zu benutzen. Während der Seuchenzeit sollten die Aderlasser auch selber nicht unter die „Gmain" kommen, sondern sich an gewissen und abgesondertem Ort verhalten. Ebenso sollten die Priester, denen der Besuch der infizierten Personen zur Pflicht gemacht wird, „sich der Gmain eußern" (sich außerhalb des Gemeinwesens halten).

Weiterhin sollten 2 ehrliche, gute Männer erkoren werden, welche die Hinteriassenschaft der abgestorbenen Infizierten in gewissenhafte Verwahrung nehmen. Bei den Todesfällen waren die Häuser und Zimmer erst nach gründlicher Reinigung wieder freizugeben.

Um den Leuten möglichst Furcht, Schrecken und Entsetzen zu ersparen, sollten die Leichen nur frühmorgens vor Tag oder nachts, falls es aber tagsüber nicht zu umgehen sei, nur durch wenig belebte Gassen zum Begräbnis gefahren werden. Auch die Verbringung der Kranken zum Brüderhaus hat zu ebenbesagten Zeiten zu erfolgen.

Endlich traf die Verordnung dafür Vorsorge, daß die Arznei — tam praeservativa quam curativa — in den Apotheken sowohl für den gemeinen als auch für den vermögenden Mann zur Verfügung gehalten werde. Während die Medikamente von den Begüterten aus deren eigenem Säckel zu bezahlen waren, mußten sie an Unbemittelte ohne Entgelt durch diese verabfolgt werden, die Bezahlung wurde in diesem Fall von der fürstbischöflichen Kasse übernommen. Dasselbe galt übrigens auch von der Wartung der Kranken.

Zum Schluß wurde betont, daß die Infektions-Ordnung unterschiedslos gelte, also nicht allein für Bürger- und Inwohner, sondern auch für das fürstliche Hofgesinde und für das Domkapitel, und daß jeder, der dagegen verstoße, als ein ausgesprochener Verächter der Obrigkeit strenge Strafe verwirke.

Unterm 25. August 1625 ließ Fürstbischof Leopold I. eine — im Text übrigens nur ganz unwesentlich abgeänderte — Neuauflage als „Vernewerte Passawerische Infection-Ordnung" erscheinen. Dieser „erneuerten" Ordnung ist als Ausklang noch die religiöse Bittformel angefügt: A Peste, Fame et Bello, et a subitanea improvisa et mala morte liberet nos Deus † Pater † Filius et † Spiritus sanctus; Amen. K–g

Ein Gehirn hungert bei cerebraler Insuffizienz

Helfergin®

HELFENBERG AG 4049 WEVELINGHOVEN (RHLD)

AUS DER LANDESPOLITIK

Unfallhilfs- und Rettungsdienst

Der Bayerische Landesgesundheitsrat beschäftigte sich in seiner 52. Vollsitzung am 28. 6. 1965 mit dem Unfallhilfs- und Rettungsdienst. Er faßte folgenden Beschluß:

„Der Bayerische Landesgesundheitsrat hat sich in seiner Vollsitzung eingehend über die derzeitige Situation des Unfallhilfs- und Rettungsdienstes in Bayern unterrichtet.

Die inzwischen vom Bayerischen Staatsministerium des Innern eingeleiteten Maßnahmen, betr. Information aller Verkehrsteilnehmer über Sofortmaßnahmen am Unfallort, werden begrüßt.

Die in Bayern vorhandenen Einrichtungen des organisierten Unfallrettungsdienstes sind nicht mehr ausreichend. Darauf hat das Bayerische Rote Kreuz selbst wiederholt in mehreren Denkschriften und Anträgen an das Innenministeium hingewiesen.

Der Bayerische Landesgesundheitsrat hält es für dringend notwendig, diese Anregungen für den Ausbau und die Verbesserung des Unfallhilfs- und Rettungsdienstes alsbald zu verwirklichen und einen entsprechenden Finanzierungsplan aufzustellen.

Es wird dringend ersucht, neben den laufenden Zuschüssen die staatlichen Zuwendungen an die freiwilligen Organisationen des Unfallhilfs- und Rettungsdienstes, die eine wichtige allgemeine und öffentliche Aufgabe erfüllen, bei der Aufstellung des Staatshaushalts 1966 nicht als reine freiwillige Leistungen anzusehen, sondern sie in Höhe von 1 Million DM als erste Jahresrate in einem eigenen Titel einzuplanen."

Der Bayerische Landtag nahm am 10. 5. 1966 folgenden Antrag mit großer Mehrheit an:

„Die Staatsregierung wird ersucht, im Benehmen mit dem BRK und den übrigen Organisationen für freiwilliges Rettungswesen einen Mehrjahresplan für den notwendigen Ausbau des Unfallhilfs- und Rettungsdienstes aufzustellen und hierbei nach Maßgabe der Haushaltslage eine angemessene Beteiligung des Staates vorzusehen."

Auf Vorschlag von Innenminister Heinrich JUNKER soll versucht werden, aus dem Härtefonds der Kfz-Steuer vorweg die Mittel abzuzweigen, die notwendig sind, um eine nachhaltige Unterstützung durch den Bayerischen Staat beim Ausbau des Unfallhilfs- und Rettungsdienstes zu realisieren.

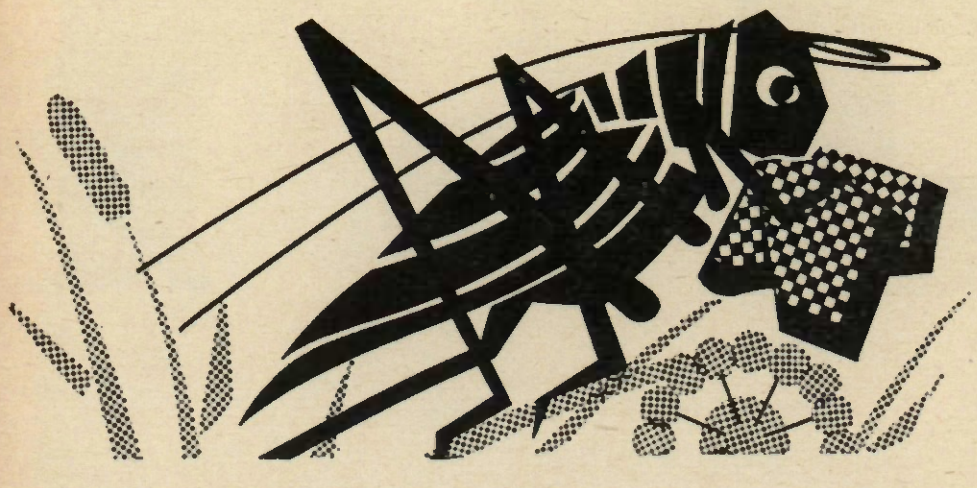
AUS ANDEREN LÄNDERN

Die „Entrümpelung der Hausapotheken" in der Schweiz

Nach den Ergebnissen einer in der Schweiz vor einiger Zeit bekanntgewordenen Erhebung sind jährlich etwa ein Viertel aller in der Eidgenossenschaft aufgetretenen unfreiwilligen Vergiftungsfälle auf Medikamente zurückzuführen gewesen. Und zwar durch unbefugte Einnahme durch Kinder, auf Verwechslungen von Medikamenten und auf überalterte und beschädigte Heilmittel, die sich zahlreich in den Hausapotheken der Familien angesammelt hatten. Das hat die zuständigen Stellen veranlaßt, eine Aktion zur „Entrümpelung der Hausapotheken" in der ganzen Schweiz zu starten. Diese etwa 4 Wochen, bis zum 14. 5. 1966, durchgeführte Aktion sollte den Hausfrauen Gelegenheit geben, die in ihren Hausapotheken befindlichen Medikamente überprüfen zu lassen. Die Apotheken hatten sich bereit erklärt, die Kontrolle der ihnen im Rahmen dieser Aktion vorgelegten Heilmittel unentgeltlich vorzunehmen.

Wie die Berichte über diese Aktion aussagen, sind dabei Berge von alten und unbrauchbar gewordenen Medikamenten zutage getreten, die der Vernichtung zugeführt werden mußten. Zu einem großen Teil sollen die in Betracht kommenden Heilmittel noch aus der Zeit des zweiten Weltkrieges, in vielen Fällen aus noch viel früheren Zeiten, gestammt haben. Im gehobenen Durchschnitt mußten etwa 50 Prozent der zur Kontrolle vorgelegten Medikamente als unbrauchbar, überaltert oder beschädigt ausgeschieden werden. Das bedeutet aber nichts anderes, als daß bis zum Anlauf der Aktion hinter jedem zweiten Heilmittel in einer Hausapotheke eine, in den meisten Fällen wohl auch tödliche Gefahr verborgen gewesen ist. Zur Abrundung des Bildes wäre anzuführen, daß in der Schweiz etwa 15 000 verschiedene Medikamente im Handel sind.

v. L-n


Bei Heuschnupfe
Prosplen
Biologisches Antiallergiku
O.-P. 25 Dragées
O.-P. 100 Dragées
O.-P. 10 ccm Tropfen
IFAH GMBH · HAMBU

AMTLICHES

Überleitungsabkommen der Bayerischen Ärzteversorgung

zwischen
der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz — Bezirksvereinigung Trier — in Trier
und
der Bayerischen Versicherungskammer — Bayerische Ärzteversorgung — in München

1. Mitglieder der oben angeführten Versorgungseinrichtungen, die sich als angestellte Ärzte auf Grund des § 7 Abs. 2 AVG n. F. zugunsten dieser Versorgungseinrichtungen von der Angestelltenversicherungspflicht haben befreien lassen und die in den Bereich der anderen Versorgungseinrichtung verziehen und die Befreiung von der Angestelltenversicherungspflicht weiter aufrechterhalten, können auf Antrag die bei der bisherigen Versorgungseinrichtung geleisteten Beträge ungekürzt an die Versorgungseinrichtung ihres neuen Arbeitsplatzes überleiten lassen. Die dann zuständige Versorgungseinrichtung gewährt diesen Mitgliedern das Recht auf alle die von ihr zu erbringenden satzungsmäßigen Leistungen in der Höhe, als wären die bei der bisherigen Versorgungseinrichtung geleisteten Beiträge zu denselben Zeiten bei ihr entrichtet worden.

2. Für angestellte Ärzte, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsverdienstgrenze nach dem AVG n. F. nicht mehr der Angestelltenversicherungspflicht unterliegen und bei denen die sonstigen Voraussetzungen der Ziffer 1 gegeben sind, gilt Punkt 1 dieses Abkommens entsprechend, wenn sie beim Wechsel des Arbeitsplatzes das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten.

3. Der Antrag auf Überleitung ist sowohl an die bisherige Versorgungseinrichtung als auch an die neu zuständige Versorgungseinrichtung zu stellen, und zwar innerhalb von 3 Monaten nach Wechsel des Arbeitsplatzes.

4. Ärzte, die im Zeitpunkt des Überwechsels bei ihrer bisherigen Versorgungseinrichtung einen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt haben oder zu diesem Zeitpunkt bereits berufsunfähig waren, können in die neu zuständige Versorgungseinrichtung nicht übergeleitet werden.

5. Die bisherige Versorgungseinrichtung überträgt sämtliche zugunsten des antragstellenden Arztes abgeführten Beiträge unter Beifügung einer Aufstellung, aus der die Höhe und der Zeitpunkt der Leistung in jährlichen Teilbeträgen zu ersehen sind (Überleitungsabrechnung), an die dann zuständige Versorgungseinrichtung.

   Etwaige Beitragsrückstände werden von der bisherigen Versorgungseinrichtung beigetrieben und nach Eingang unverzüglich der neu zuständigen Versorgungseinrichtung weitergeleitet, die hierbei gegebenenfalls Amtshilfe leistet.

6. Der gegenseitige Ausgleich zwischen den Versorgungseinrichtungen wird unmittelbar mit Erstellung der Überleitungsabrechnung vorgenommen.

   Der Risikoübergang erfolgt am 3. Kalendertag 00.00 Uhr nach Absendung der Überleitungsabrechnung. Maßgebend für den Absendetag ist der Stempel des Postamtes.

7. Dieses Überleitungsabkommen tritt in Kraft, sobald die Aufsichtsbehörden der Beteiligten die Genehmigung erteilt haben. Es ist in den Ärzteblättern der Vertragsschließenden zu veröffentlichen.

   Dieses Abkommen kann von den Vertragsschließenden mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden.

   Vor Ablauf der Kündigungsfrist beantragte Überleitungen sind durchzuführen.

Trier, den 2. Februar 1966	München, den 26. April 1966
Landesärztekammer Rheinland-Pfalz Bezirksvereinigung Trier	Bayer. Versicherungskammer (Bayer. Ärzteversorgung)
Dr. med. Ueberholz Vorsitzender	I. V. Dr. Mayer Vizepräsident

Verbot der Führung der Zusätze „Durchgangsarzt", „H-Arzt" oder ähnlicher Zusätze

Im Hinblick darauf, daß der Kammer wiederholt Anfragen von Ärzten zugehen, die sich auf die Führung der im Betreff genannten Zusätze beziehen sowie auf die Tatsache, daß diese unzulässigen Zusätze bereits geführt werden, erscheint es notwendig, auf folgende durch die Berufsordnung für die Ärzte Bayerns festgelegte Bestimmung hinzuweisen:

Für die Führung von Zusätzen zu der Bezeichnung als Praktischer Arzt oder Facharzt der verschiedenen Fachrichtungen sind die Vorschriften des § 23 Abs. 4 Ziff. 1—6 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. 4. 1958 und die dazu ergangenen Ausführungsbestimmungen maßgebend. Sie gelten für die Praxisschilder ebenso wie für alle sonstigen Ankündigungen eines Arztes. Die in diesen Bestimmungen enthaltenen auf Beschluß der Bayerischen Ärztetage und nach Genehmigung der Aufsichtsbehörde in die Berufsordnung aufgenommenen Zusätze sind dort abschließend angegeben, d. h., daß andere Zusätze nicht zulässig sind und deshalb auch vom Arzt nicht geführt werden dürfen. Dies gilt auch für die Zusätze „D-Arzt", „H-Arzt", „Unfallarzt" und andere auf eine Tätigkeit für Berufsgenossenschaften hinweisende Zusätze.

Nach dieser Vorschrift ist es in Verbindung mit der Bestimmung der §§ 22 und 23 der genannten Berufsordnung, welche die Angaben in Anzeigen, Verzeichnissen sowie auf Praxisschildern festlegen, ebenfalls nicht zulässig, die Eigenschaft als „D-Arzt" oder „H-Arzt" u. ä. durch Anschläge in Betrieben bekanntzugeben oder darauf hinweisen zu lassen.

MITTEILUNGEN

Leistungsverbesserung bei der Bayerischen Ärzteversorgung

Der Landesausschuß der Bayerischen Ärzteversorgung hat in seiner Sitzung vom 30. April 1966 beschlossen, den zuschlagsberechtigten Teil der laufenden Renten der Bayerischen Ärzteversorgung rückwirkend ab 1. Januar 1966 um 8 v. H. zu erhöhen. Am 1. Januar 1967 erfolgt für die laufenden Renten eine weitere Erhöhung des zuschlagsberechtigten Teiles um 4%. Eine weitere Erhöhung, wiederum um 4%, ist für den 1. Januar 1968 in Aussicht genommen, aber noch nicht fest beschlossen worden. Die Genehmigung der Aufsichtsbehörde zu diesem Beschluß des Landesausschusses steht noch aus.

Höhere Sozialhilfe ab 1. Juni 1966

Im Einvernehmen mit dem Bayerischen Städteverband, dem Landkreisverband Bayern und der Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Bezirkstagspräsidenten werden die Mindestbeträge für die Regelsätze der Sozialhilfe ab 1. 6. 1966 erhöht. Eine entsprechende Bekanntmachung des Bayerischen Staatsminiseriums des Innern vom 15. 4. 1966 wurde inzwischen im Bayerischen Staatsanzeiger veröffentlicht. Die Regelsätze in Bayern haben danach ab 1. 6. 1966 mindestens zu betragen:

120.— DM mtl. für Alleinstehende oder Haushaltsvorstände,

90.— DM mtl. für Haushaltsangehörige von 18 und mehr Jahren,

102.— DM mtl. für Haushaltsangehörige von 14 bis einschl. 17 Jahren,

84.— DM mtl. für Haushaltsangehörige von 7 bis einschl. 13 Jahren,

54.— DM mtl. für Haushaltsangehörige bis einschließlich 6 Jahren.

Es handelt sich hier um Mindestregelsätze. Den örtlichen Sozialhilfeträgern bleibt es überlassen, höhere Regelsätze festzusetzen. Der erfahrungsgemäß höhere Aufwand eines Alleinstehenden ohne Anschluß an eine Haushaltsgemeinschaft ist bei der Bemessung der Höhe der Hilfe zum Lebensunterhalt im Einzelfall zu berücksichtigen.

Neben dieser laufenden Hilfe zum Lebensunterhalt nach Regelsätzen ist der sonstige notwendige Lebensunterhalt für Kleidung, Hausrat u. a. durch einmalige Leistungen abzugelten. Solche einmalige Leistungen sind auch dann zu gewähren, wenn ein Hilfeberechtigter zwar keine Leistungen zum Lebensunterhalt benötigt, den notwendigen Lebensunterhalt aber aus eigenen Kräften und Mitteln nicht voll beschaffen kann. —alpe—

Arzneimittel nicht in Kinderhand

Jungen sind mehr bedroht als Mädchen

Mit einem nachhaltigen Appell, Kinder besser zu beaufsichtigen und vor lebensbedrohenden Gefahren zu bewahren, wendet sich die Medizinisch-Pharmazeutische Studiengesellschaft in Frankfurt in Millionen Plakaten und Flugblättern an die deutsche Öffentlichkeit. „Arzneimittel nicht in Kinderhand" ist die eindringliche Forderung des Aufrufs, der die Bevölkerung in den kommenden Wochen über die Presse und durch Plakate in allen ärztlichen Wartezimmern und Beratungsstellen erreichen wird. Ein den Ärzten gleichzeitig übergebener Prospekt für die Patienten erinnert daran, daß Arzneimittel, die im verständigen Umgang der Erwachsenen und unter ärztlicher Anleitung ein Segen unserer Zeit sind, zu einer Gefahr werden können, wo Unachtsamkeit oder gar Verantwortungslosigkeit Medikamente unbeaufsichtigt in Kinderhand geraten lassen: „Arzneimittel sind kein Spielzeug für Kinder!"

Mit ihrem Aufruf greift die Studiengesellschaft eine Resolution des 68. Deutschen Ärztetages auf. Die Mittel für die Aktion wurden von mehreren Unternehmen der forschenden pharmazeutischen Industrie zur Verfügung gestellt. Angesprochen sind alle Erwachsenen, vor allem die Eltern. Ihnen sollen die Gefahren vor Augen geführt werden, die Kindern in allen Haushalten drohen, wenn sie sich selbst überlassen bleiben. In jeder Woche ist in der Bundesrepublik wenigstens ein tödlicher Vergiftungsfall eines Kindes zu beklagen, dessen Ursache eine unsachgemäße Aufbewahrung von Haushalts-Chemikalien und Medikamenten ist. Kinder sollten darum schon frühzeitig lernen, daß sie Arzneien nur dann nehmen dürfen, wenn sie ihnen von den Eltern oder vom Arzt gegeben werden. Auch das Spielen mit Flaschen und Verpackungsschachteln oder alten Dosen muß ihnen konsequent verboten werden. Kleinkinder im Alter von zwei und drei Jahren sind nach der Statistik besonders gefährdet. Vor allem Knaben müssen sorgfältig beaufsichtigt werden. Ihre Entdeckerlust und Neugierde sind größer als die der Mädchen und bringt sie daher häufiger in Gefahr; rund zwei Drittel aller kindlichen Vergiftungen betreffen Knaben.

Die meisten Vergiftungsunfälle ereignen sich in der Küche; aber auch in Badezimmern (Hausapotheke) und im Elternschlafzimmer lauern in Nachttisch- und Toilettentisch-Schubladen Gefahren. Erwachsene, die auf Medikamente angewiesen sind, lassen ihre Arzneien nur zu oft gut zugänglich stehen, um sie bei Bedarf rasch zur Hand zu haben. Sie bedenken dabei nicht, daß das Medikament damit auch in die Reichweite des Kindes gerät. So sollten vor allem auch Erwachsene einen „richtigen Umgang" mit Arzneien beachten und Medikamente nur in einer Hausapotheke aufbewahren, die stets verschlossen gehalten werden muß.

(Fortsetzung Seite 533)

Strophoperm zur perlingualen Herztherapie
Salistoperm zur percutanen Heilanaesthesie
PERMICUTAN-KG · DR. EULER · MÜNCHEN 13

die zeitgemäße Arznei

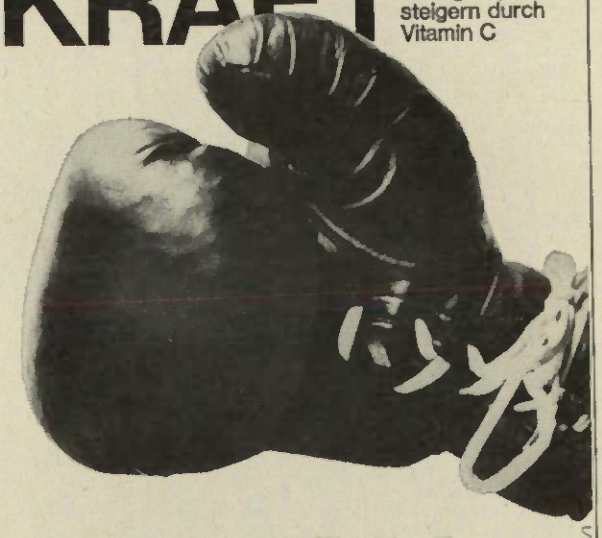
auch ohne Wasser einzunehmen

Nattermann Tuben Tee

Cholagogum · Urologicum
Bronchiflux · Depuraflux

ABWEHR KRAFT

schlagartig steigern durch Vitamin C



CEBION

E. Merck DARMSTADT

NEU!

REVELOX®

Kombinotionspröparot
ous Syrosingopin
und Adenosinderivoten
zur
Hypertonie-Behandlung

HORM
HORMON · CHEMIE · MÜNCHEN

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat April 1966*)

(Zusammengestellt auf Grund der Wochenmeldungen)

Im April traten Fälle von übertragbarer Hirnhautentzündung und von Diphtherie in ähnlich geringer Zahl wie im März auf. Erkrankungen an übertragbarer Kinderlähmung wurden nicht gemeldet. Die Erkrankungshäufigkeit an Scharlach ging im Berichtsmonat auf 74 Fälle je 100 000 der Bevölkerung (auf ein Jahr umgerechnet) zurück; im Vormonat betrug sie noch 100 Fälle.

An Typhus, Paratyphus und Ruhr erkrankten im April nur einige wenige Personen. Die Häufigkeit von Salmonellose-Erkrankungen (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) nahm gegenüber dem Vormonat etwas ab. Über Hepatitis-Erkrankungen (übertragbare Leberentzündung) wurde dagegen wieder etwas häufiger berichtet; die Erkrankungsziffer stieg von 32 auf 41 je 100 000 der Bevölkerung.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 3. bis 30. April 1966 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3			4		5		6		7		8		9	
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare Kinderlähmung			Übertragbare Hirnhautentzündung: Meningokokkes Meningitis		Übertragbare Hirnhautentzündung: übrige Formen		Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)	
	E[1])	ST[2])	E	ST	E	dar. paral. Fälle	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	1	—	252	—	—	—	—	7	—	7	—	—	—	1	—	—	—	2	—
Niederbayern	1	—	43	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—
Oberpfalz	6	—	45	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—
Oberfranken	2	—	89	—	—	—	—	3	2	5	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Mittelfranken	—	—	78	—	—	—	—	3	1	—	—	1	—	—	—	2	—	1	—
Unterfranken	1	—	19	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Schwaben	1	—	48	—	—	—	—	1	—	4	—	1	1	—	—	2	—	4	—
Bayern	12	—	574	—	—	—	—	17	3	16	—	2	1	2	—	5	—	11	—
München	1	—	136	—	—	—	—	2	—	3	—	—	—	1	—	—	—	2	—
Nürnberg	—	—	42	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—
Augsburg	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Würzburg	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Gebiet	10		11		12		13		14		15		16		17		18		19	
	Enteritis infectiosa: Salmonellose		Enteritis infectiosa: übrige Formen		Botulismus		Hepatitis infectiosa		Ornithose (übrige Formen)		Verdachtsfälle von Tollwut[3])		Brucellose: Bang'sche Krankheit		Brucellose: übrige Formen		Leptospirose (übrige Formen)		Toxoplasmose	
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	41	—	—	—	—	—	75	1	1	—	10	—	—	—	1	—	1	—	4	—
Niederbayern	2	—	—	—	—	—	74	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberpfalz	4	—	—	—	—	—	16	—	—	—	18	—	1	—	—	—	—	—	3	—
Oberfranken	—	—	2	—	—	—	17	—	—	—	14	—	4	—	—	—	—	—	—	—
Mittelfranken	—	—	—	—	—	—	16	—	—	—	19	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Unterfranken	1	—	—	—	—	—	82	—	1	—	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Schwaben	3	—	—	—	—	—	40	1	—	—	22	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Bayern	51	—	2	—	—	—	320	4	2	—	96	—	6	—	1	—	1	—	7	—
München	31	—	—	—	—	—	35	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—
Nürnberg	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	—	—	—	—	10	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	31	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

*) 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 Tieres oder Tierkörpers.

(Schluß von Seite 528)

Daß im übrigen Medikamente in angebrauchten, alten Arzneipackungen mit unleserlicher Beschriftung, deren Bestimmung nicht mehr zu erkennen ist, auch von Erwachsenen nicht mehr verwendet werden dürfen, versteht sich wohl von selbst. Überhaupt ist die Wahl des richtigen Medikaments, seine auf den jeweiligen Krankheitsfall abgestellte Dosierung und Dauer der Anwendung eine Sache, die ausschließlich dem wissenschaftlichen Urteil und der Erfahrung des Arztes überlassen bleiben sollte.

Durch ärztliche Kunst und neuzeitliche Medikamente können heute Kranke geheilt werden, die vor Jahrzehnten — ja vor Jahren noch — unrettbar verloren waren. Und überall in der Welt suchen Wissenschaftler in ihren Forschungslaboratorien nach neuen Erkenntnissen im zähen Ringen der Menschen mit Krankheit und Tod.

Dank dieses Einsatzes der Arzneimittelforschung hat sich die Lebenserwartung der Bevölkerung in der Bundesrepublik seit der Jahrhundertwende um gut zwei Dutzend Jahre erhöht. Es scheint zuweilen aber auch, als habe die neue Sicherheit, die mit einem Millionenaufwand für wissenschaftliche Forschung erkauft wurde, die Menschen gegen die Gefahren unserer Zeit achtlos und leichtfertig gemacht. Arzneien, die heute so überlegene Wirkungen gegen tödliche Krankheiten haben, entfalten eine Kraft, die es behutsam einzusetzen gilt, wenn das empfindliche Gleichgewicht im lebenden Organismus nicht gestört werden soll. Allein dem Arzt sind die neuesten Ergebnisse der medizinischen Forschung bekannt, und er allein ist mit der persönlichen Krankengeschichte seines Patienten so vertraut, daß er die ihm heute gebotenen therapeutischen Möglichkeiten richtig einsetzen kann.

Die reiche Tradition der deutschen Apothekerschaft und die jahrzehntelangen Erfahrungen einer auf dem neuesten Stand der Forschung produzierenden pharmazeutischen Industrie garantieren die Qualität und die Zuverlässigkeit der Medikamente. Im Einzelfall werden sich die Arzneimittelwirkungen aber jeweils nach dem Krankheitszustand und der Konstitution des Patienten unterscheiden. Nur der Arzt kann hier den erhofften Nutzen einer notwendigen Behandlung gegen die in allen Fällen möglichen Risiken abwägen. Der ärztlichen Verordnung muß dann aber auch ein ebenso verantwortungsbewußter Umgang des Patienten mit dem Arzneimittel folgen. (MPS)

Neue Geschäftsstelle der Deutschen Apotheker- und Ärztebank e.G.m.b.H. in München

Die Zweigstelle München der Deutschen Apotheker- und Ärztebank e. G. m. b. H. bezieht am 27. Juni 1966 nunmehr ihre Räume im neuerbauten Ärztehaus

8 München 2, Brienner Straße 21, Telefon 55 19 67
Postanschrift wie bisher: 8 München 3, Postfach 290

BUCHBESPRECHUNGEN

„An den Grenzen von Medizin und Recht" — Festschrift zum 65. Geburtstag von Professor Dr. Dr. Wilhelm HALLERMANN. 238 S., Kunststoffeinband, 39 DM, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Der etwas weitgespannte Titel des Werkes bringt zu wenig den eigentlichen Inhalt und die Thematik der Festschrift zum Ausdruck. Es werden hier verschiedene Themen der forensischen Medizin angesprochen, Gebiete also, die Professor Dr. Dr. Wilhelm HALLERMANN bearbeitet, gelehrt und vor Gericht vertreten hat. Dabei sind besonders eindringlich Fragen aus der forensischen Psychiatrie und Psychologie sowie Probleme aus den Bereichen der Sexualpathologie des Alters und auch der speziellen Gerichtsmedizin behandelt.

Rechtsfragen, und zwar hier speziell des Arztrechtes, sind nur in dem einen Beitrag von KARGER und PETERS, „Probleme der Arztaussage nach dem Tode des Patienten", erörtert. Die Verfasser kommen zu einem Ergebnis, das für Bayern schon frühzeitig in den Veröffentlichungen von SONDERMANN (BayÄBl. 1960/86), POELLINGER (BayÄbl. 1960/114, und 1962/364) und vor allem im Beschluß des Bayerischen Landessozialgerichts vom 6. 4. 1962 (BayÄBl. 1962/365) gefunden worden ist: Daß es allein der Gewissensentscheidung des Arztes überlassen ist, ob er nach dem Tode seines Patienten eine Aussage machen will oder nicht; diese Entscheidung und die ihr zugrunde liegende Güterabwägung kann dem Arzt auch durch ein Gericht nicht abgenommen werden, das Gericht kann diese Entscheidung auch nicht auf seine Richtigkeit hin überprüfen. Karger und Peters würdigen im übrigen besonders auch die Rechtsstellung des Pathologen und Gerichtsmediziners in diesem Zusammenhang. Der Beitrag der Verfasser ist sehr zu begrüßen, weil es leider immer wieder zu beobachten ist, daß einzelne Gerichte — auch in Bayern — die dargelegte Rechtsmeinung, die man durchaus als überzeugend und herrschend bezeichnen darf, ignorieren.

Rechtsanwalt Franz M. Poellinger, München

„dtv-Weltgeschichte des 20. Jahrhunderts", 15 Bände in Fortsetzungsfolge, Taschenbuchformat, Großband 3,80 DM, Doppelband 4,80 DM. Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG, München.

Die „dtv-Weltgeschichte des 20. Jahrhunderts" will ein Gesamtbild der Geschichte der letzten fünfzig Jahre im Sinne einer universalen Zeitgeschichte bieten. Sie ist die erste umfassende, thematisch gegliederte Darstellung der Zeit von 1917 bis zur Gegenwart. Die „dtv-Weltgeschichte des 20. Jahrhunderts" betrifft einen Zeitabschnitt, der in unseren Tagen gerade erst Geschichte wird. Sie schließt Entwicklungen und Zusammenhänge ein, die nicht abgeschlossen sind und die somit in unmittelbarem Bezug zur gegenwärtigen Wirklichkeit und Politik stehen. Charaktertstisch für unsere Epoche ist das enge Zusammenrücken der weltgeschichtlichen Schauplätze, ist die Verknüpfung von nationalen mit globalen politischen Vorgängen. Diesem welthistorischen Aspekt trägt die „dtv-Weltgeschichte des 20. Jahrhunderts" Rechnung. Die Mehrzahl der 15 Bände erfaßt darum überregionale Sach- und Ereigniszusammenhänge; ein Nebeneinander von Staatengeschichte und Chronologie wurde vermieden. Andererseits: Diese Zeitgeschichte wurde für deutsche Leser geschrieben. Das Geschehen in unserer Welt wurde aus deutscher Sicht, gleichsam nach geographischen wie

RECORSAN® -HERZSALBE
20 g DM 2,05 o. U.
Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

historiographischen Entfernungen gestaffelt, behandelt. Wie bei der Gliederung dieser Zeitgeschichte, so ist auch innerhalb jedes Bandes keine lexikographische Erfassung von „allem und jedem" beabsichtigt, deren Details den Fluß der Darstellung hemmen und die Sichtbarmachung weltgeschichtlicher Zusammenhänge behindern könnten. Trotzdem wird gründliche und vor allem wissenschaftlich gesicherte Information geboten. Zwischen wertender und ordnender Geschichtsschreibung und ausführlicher Fakteninformation besteht ein ausgewogenes Verhältnis. Die Autoren der „dtv-Weltgeschichte des 20. Jahrhunderts", Historiker und Publizisten, gingen davon aus, daß diese Darstellung des Weltgeschehens der letzten 50 Jahre Geschichtswissen erst bilden soll. Sie setzen es bei der jungen Generation nicht voraus. Diese Zeitgeschichte rechnet deshalb auch über das historische Fachinteresse hinaus mit einem ungewöhnlich hohen, allgemeinen Informationsbedürfnis.

Die „dtv-Weltgeschichte des 20. Jahrhunderts", herausgegeben von den Münchner Historikern Helmut HEIBER und Martin BROSZAT, beginnt ihr Erscheinen bewußt mit den Bänden von Helmut HEIBER und Thilo VOGELSANG, mit den Bänden „Die Republik von Weimar" und „Das geteilte Deutschland", mit der Geschichte des demokratischen Deutschlands von 1918 bis 1933 und mit der Geschichte Deutschlands nach 1945.

Die Weimarer Republik und das geteilte Deutschland — das sind Geschichte und Gegenwart, das sind Ausgangspunkt und Fixpunkt des Geschehens unserer Zeit, einer Zeit, die Geschichte wurde und wird.

Alle Bände sind Originalausgaben. Sie wurden für den Deutschen Taschenbuch Verlag geschrieben.

B. BAEHRING: **„Die wahre Geldanschauung"**, 355 Seiten, Leinen, 19,80 DM. Verlag Moderne Industrie, München.

Ungeschminkt und unkonventionell behandelt dieses Buch die Möglichkeiten der Geldanlage; es erörtert hochaktuelle Probleme und gelangt zu wohldurchdachten Schlußfolgerungen und Ratschlägen, die geeignet sind, den kleinen Sparer vor Verlusten zu bewahren. Aber auch der in Gelddingen erfahrene Leser wird in diesem Buch viele neue und oft überraschende Perspektiven entdecken.

Der Autor untersucht die Funktion der Banken am Wertpapiermarkt und fragt: Ist das Universalbanksystem gut? Was könnte besser sein? Wie mächtig sind die Großbanken? Möglichkeiten und Risiken der Wertpapieranlage werden sichtbar. Und: Macht Grundbesitz schneller reich? Lohnt Gold? Mieten oder Eigenwohnung? Wie arbeiten Lebensversicherer? Auch das steht in dem Buch. Es befaßt sich mit Großaktionären und Kleinaktionären, mit Managern und Aufsichtsräten, und sagt, wer sie sind und wie mit ihnen umgegangen werden soll — und wie nicht.

Von der Aktie über das festverzinsliche Wertpapier und das Investmentzertifikat bis zum Kontensparen, vom Goldkauf bis zum Bausparen, wägt der Autor Vor- und Nachteile der verschiedenen Formen der Geldanlage gegeneinander ab. Der Leser erfährt, wie rentabel eine Lebensversicherung ist und wie weit man sich auf die Anlageberatung der Banken verlassen kann.

Bernd Baehring ist Finanz- und Versicherungspublizist, hat früher das Ressort „Geld und Kredit" einer angesehenen Wirtschaftszeitung geleitet und arbeitet seit vier Jahren freiberuflich, sowie an bekannten Wochenzeitungen und an Rundfunkstationen; auch das „Bayerische Ärzteblatt" veröffentlicht seit Jahren seine Beiträge.

Pedro MESEGUER S. J.: **„Das Geheimnis der Träume."** Aus dem Spanischen übersetzt von Professor Dr. E. GAUBE, Wien. Kompendien-Reihe. 272 Seiten, Leinen S 96.—, DM/Sfr. 16.—. Tyrolia-Verlag Innsbruck—Wien—München.

Das Buch, das aus dem Spanischen bereits in mehrere Sprachen übersetzt worden ist, gibt eine Darstellung des Traumproblems. Der erste Abschnitt handelt von den Orakeln und den Traumdeutungen der Priester (Sumer, Ägypten, Heilige Schrift) und von dem Traumbuch des Artemidorus Daldianus. Die erste wissenschaftliche Begründung der Lehre von Schlaf, Wachen, Träumen und Vorhersagen findet sich bei Aristoteles. Cicero's Schrift „de divinatione", die Traumpsychologie des heiligen Augustinus, arabische und jüdische Traumlehren, der Standpunkt der Scholastik, der Romantik und des Positivismus werden in gedrängter Form erörtert.

Der zweite Abschnitt des Buches enthält eine umfassende Darstellung der wissenschaftlichen Erforschung von Traum und Schlaf. Das Jacksonsche Gesetz, die Traumtheorie von Henry Ey u. a. versuchen eine psychophysiologische Lösung des Problems. Die psychologischen Theorien stellen das Problem vom Zweck der Träume in den Vordergrund. Verfasser hält das Träumen für einen „normalen Vorgang mit einem positiven Zweck".

Der dritte Abschnitt trägt die Überschrift: „Die Träume und die Schulen der Tiefenpsychologie"; er gibt die Traumlehren von Freud und Jung wieder.

Es folgt eine Erörterung über „telepathische, prophetische und mystische Träume"; in Stichworten: Telepathie, Theorien über Telepathie, Bedingungen einer parapsychischen Aktivität, nachträgliche Wahrnehmung, Problem des Vorherwissens, pseudoprophetische Träume, Erscheinen von Toten in Träumen, Träume als Werkzeuge göttlicher Mitteilung.

Im letzten Abschnitt wird aus den gewonnenen Erkenntnissen eine Art theologischer Psychotherapie aufgebaut. Da zwischen Träumen und geistlichem Leben Beziehungen bestehen, können sie als „Quelle pastoreller Führung" dienen. Es wird eine Methode der „entgegenkommenden Interpretation" entwickelt, Träume zur geistlichen Seelenführung zu benützen. „Die Wahrheiten, die durch eine einfache unwissenschaftliche Interpretation von Träumen gelehrt werden, sind . . . Wahrheiten, die auf Glaube oder Vernunft basieren". Verfasser zitiert eine Stelle aus einer Schrift des Beichtvaters der Hl. Therese über Träume als Beispiel einer Anweisung für eine solche Interpretation. Es werden 13 Regeln und Grundsätze über die Verwertung von Träumen zur geistlichen Seelenführung formuliert.

Auf Grund der umfassenden Sachkenntnis, der Vielseitigkeit der Darstellung und nicht zuletzt des theologischen Aspekts ist das Buch des Verfassers ungewöhnlich interessant und lesenswert. V. Ziehen, Haar

19. BAYERISCHER ÄRZTETAG

am 7./8./9. Oktober 1966

in Bad Wiessee

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Landesversammlung des Bayer. Medizinalbeamtenvereins e. V.

am 8./9. Juli 1966 in München

Am 8./9. 7. 1966 findet in München die Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins e. V. statt.

Themen des wissenschaftlichen Teils: „Aufgaben für den öffentlichen Gesundheitsdienst durch Raumordnung und Siedlungswirtschaft"

Tagungsort: Kolpingshaus „St. Theresia", München-Neuhausen, Hanebergstraße 8

Auskunft: Reg.-Med.-Dir. Dr. med. A. Böhm 8 München 19, Bothmerstraße 6/I, Telefon 5 16 25 19

Ärztliche Fortbildung im Chiemgau

„Fortbildung vor der Tür des Praktischen Arztes"

13. Juli 1966:

„Schwangerschaftsvor- und Nachsorge"

Tagungsort: „Schloßhotel Pflug", Ising bei Seebruck/Chiemsee

Beginn: 19.30 Uhr

14. September 1966:

„Prophylaxe und Therapie der Erkältungskrankheiten"

8./9. Oktober 1966:

„Klinisches Wochenende" in Bad Reichenhall
Thema: „Herzinsuffizienz"

23. November 1966:

„Diagnostik und Therapie der peripheren Durchblutungsstörungen"

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

VI. Internationaler Kongreß für Klinische Chemie vom 26. bis 30. Juli 1966 in München

Die Deutsche Gesellschaft für Klinische Chemie e. V. lädt ein zur Teilnahme am VI. Internationalen Kongreß für Klinische Chemie in München vom 26. bis 30. 7. 1966.

Dienstag, den 26. Juli 1966

9 Uhr: Begrüßung und offizielle Eröffnung
Haupttbema: „Klinische Protein-Chemie"

Mittwoch, den 27. Juli 1966

Haupttbema: „Klinische Enzymologie, Enzym-Immunologie"

Donnerstag, den 28. Juli 1966

Keine offizielle Veranstaltung

Freitag, den 29. Juli 1966

Haupttbema: „Fortschritte der klinisch-chemischen Methodik"

Samstag, den 30. Juli 1966

Haupttbema: „Fortschritte der klinisch-biochemischen Forschung"

12 Uhr: Offizielle Schlußsitzung

Tagungsstätte: 8 München 12, Theresienhöhe 13, Messegelände

Auskunft: Generalsekretariat Professor Dr. Otto Wieland, II. Medizinische Universitätsklinik, 8 München 15, Ziemssenstraße 1, oder Reisebüro Wagons Lits-Cook, 8 München 2, Lenbachplatz 3.

III. Münchner Kurs für Arbeitsmedizin

Weiterbildung für die Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin"

vom 26. September bis zum 22. Oktober 1966

Der Kurs wird vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge gemeinsam mit der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltet.

Thematik:

Erkrankungen des Auges durch Benzochinon und durch Wärmestrahlung

Erkrankungen durch Nitro- und Aminoverbindungen des Benzols oder seiner Homologen oder deren Abkömmlinge

Erkrankungen durch Chrom, Kadmium, Mangan, Thallium und Vanadium und ihre Verbindungen
Erkrankungen durch Salpetersäureester
Erkrankungen der Lunge durch Asbeststaub und durch Thomasmehl

Wurmkrankheit der Bergleute
Augenzittern der Bergleute

Tropenkrankheiten, Fleckfieber, Skorbut
Ermüdung, Monotonie, Arbeitsrhythmus, Pausen
Schädliche Gase, Dämpfe, Stäube, Höchstkonzentrationen

Impfungen und Immunisierungen
Umschulung und Rehabilitations-Maßnahmen
Elektrischer Unfall und Erste Hilfe im Betrieb
Mutterschutz im Betrieb
Berufskrebse

Allgemeine Hygiene im Betrieb
Versicherungsmedizin, sozialmedizinische Fragen sowie andere Themen aus der Arbeitsphysiologie
Arbeitspathologie und Arbeitspsychologie
Die ärztliche Schweigepflicht im werksärztlichen Dienst.

Mit dem Kurs sind zahlreiche Betriebsbesichtigungen verbunden. Der Kurs berücksichtigt den Beschluß des 68. Deutschen und 18. Bayerischen Ärztetages über die Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin".

Kursgebühr wird nicht erhoben.

Das ausführliche Programm wird noch veröffentlicht.

Auskunft erteilt das Bayerische Landesinstitut für Arbeitsmedizin, 8 München 22, Pfarrstraße 3, Tel. 2 18 41

Klinische Fortbildung in Bayern 1966

Kurseinteilung:

1. INNERE KRANKHEITEN

24. bis 29. Oktober 1966
München, I. Med. Univ.-Klinik
Direktor: Prof. Dr. Schwiegk

31. Oktober bis 5. November 1966
München, Städt. Krankenhaus r. d. Isar
Chefarzt: Prof. Dr. Blömer

17. bis 22. Oktober 1966
München, Städt. Krankenhaus r. d. Isar
Chefarzt: Prof. Dr. H. Ley

7. bis 12. November 1966
Würzburg. Med. Univ.-Klinik
Direktor: Prof. Dr. Wollheim

2. KINDERKRANKHEITEN

24. bis 28. Oktober 1966
München, Städt. Krankenhaus Mü.-Schwabing
1. und 2. Kinderabteilung in Verbindung mit der kinderchirurgischen Abteilung
Chefärzte: Prof. Dr. Hilber, Dr. Schweier, Dr. Singer

3. CHIRURGIE

24. bis 28. Oktober 1966
München, Chirurg. Univ.-Klinik
Direktor: Prof. Dr. Zenker

24. bis 28. Oktober 1966
München, Städt. Krankenhaus r. d. Isar
Direktor: Prof. Dr. Maurer

3. bis 8. Oktober 1966
Erlangen, Chirurg. Univ.-Klinik
Direktor: Prof. Dr. Hegemann

4. FRAUENKRANKHEITEN UND GEBURTSHILFE

17. bis 21. Oktober 1966
München, I. Univ.-Frauenklinik
Direktor: Prof. Dr. Bickenbach

24. bis 29. Oktober 1966
Würzburg, Univ.-Frauenklinik
Direktor: Prof. Dr. Schwalm
(Unterkunft und Verpflegung in der Klinik möglich)

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

Kurs für praktische Gastroenterologie

vom 4. bis 6. November 1966 in Erlangen

In der Zeit vom 4. bis 6. November 1966 findet in Erlangen ein Kurs für praktische Gastroenterologie statt. Hauptthemen: Magensekretion — Lebertherapie — Erkrankungen des Dickdarms

Anmeldungen sind an Oberarzt Dr. med. Ottenjann, 852 Erlangen, Medizinische Universitätsklinik, Krankenhausstraße 12, zu richten.

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.

Juli 1966:

2.— 4. 7. in Straßburg: **Europäisches Symposion über Radiologie des Mamma-Systems.** Auskunft: Prof. Ch. Gros, Service Central de Radiologie Hôpital Civil, Strasbourg 67.

4.— 8. 7. in Neuherberg: **Strahlenschutzkurs (1. Fortbildungskurs).** Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, Institut für Strahlenschutzkunde, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

5.— 8. 7. in Kopenhagen: **5. Kongreß „Preventive Medicine and Family Planning": „Pro Familia".** Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Ehe und Familie e. V., 6 Frankfurt/M. 1, Auf der Körnerwiese 5.

9.—15. 7. in Rostock-Warnemünde: **Moderne Methoden der Contraception.** Auskunft: OMR Dr. Muschter, X 102 Berlin, Parochialstraße 1—3.

11.—14. 7. in Rochester/England: **10. Internationaler Kongreß des Weltärztinnenbundes.** Auskunft: Kongreßreisebüro DER, 6 Frankfurt/M., Eschersheimer Landstraße 25.

11.—15. 7. in Neuherberg: **Strahlenschutzkurs (2. Fortbildungskurs).** Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, Institut für Strahlenschutzkunde, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

11.—22. 7. in Neutrauchburg (Allg.): **Einführungslehrgänge in die Manualtherapie.** Auskunft: Sekretariat der MWE, 7972 Neutrauchburg (Allg.) über Isny.

11.—17. 7. in Tel Aviv/Israel: **54. Jahrestagung der Fédération Dentaire Internationale.** Auskunft: Kongreßreisebüro DER, 6 Frankfurt/M., Eschersheimer Landstraße 25.

13.—16. 7. in Genf: **10e Congrès de l'Association internationale des Femmes-Médecins.** Auskunft: Mme Dr. Y. Sorrel-Déjerine, 123, rue de Lille, Paris 7e.

15.—17. 7. in Wien: **6. Tagung der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft.** Auskunft: Wiener Medizinische Akademie, Tagungssekretariat, Wien IX, Alser Straße 4.

16.—17. 7. in Hennef/Sieg: **Wochenendkurs zur Ausbildung und Fortbildung als Sportarzt.** Auskunft: Dr. med. P. Schloemann, 509 Leverkusen-Alkenrath, Bernhard-Letterhaus-Straße 17.

17.—23. 7. in Timmendorferstrand: **Diagnostik-Kurs der ärztlichen Forschungsgemeinschaft für Artbrologie und Chirotherapie (FAC).** Auskunft: Sekretariat der FAC, 47 Hamm, Ostenallee 83.

18.—22. 7. in Prag: **Kongreß der Weltföderation für geistige Gesundheit.** Auskunft: Tschechoslowakische Medizinische Gesellschaft J. E. Purkyne, Sokolska 31, Prag/CSSR.

18.—23. 7. in London: **4. Internationaler Kongreß über Beschäftigungstherapie.** Auskunft: Miss B. M. Stow, 251, Brompton Rd., London S.W. 3.

24.—29. 7. in Edingburgh: **6. Internationaler Kongreß für Kinderpsychiatrie.** Auskunft: Dr. J. B. McWhinnie, 36 Frogston Rd., Edingburgh, U. K.

Geh lieber sicher — geh in die Vereinigte!

Der Gruppenversicherungsvertrag, den die Bayerische Landesärztekammer mit Wirkung vom 1. September 1965 mit der Vereinigten Krankenversicherung A.G. und deren Tochtergesellschaft, der Salus Krankenhauskasten-Versicherungs-A.G., abgeschlossen hat, bietet:

Krankentagegeld bis 200 DM

für den niedergelassenen Arzt

Krankentagegeld bis 100 DM

für den angestellten Arzt

Krankenhaustagegeld bis 100 DM

zusätzlich für jeden Arzt

Krankenhauskostenversicherung

für Familienangehörige bis 100 DM täglich.

Die Ärzte im Bereich der Bayerischen Landesärztekammer haben Anspruch auf Versicherungsschutz zu besonders günstigen Bedingungen: Keine Wartezeiten, Einschluß von Vorerkrankungen, Leistungen auch bei Kuraufenthalten und Erkrankungen im Ausland sowie bei Berufs- und Sportunfällen. Gegenüber der Einzelversicherung sind die

Prämien bis zu 25% niedriger.

Hinzu kommt bei schadenfreiem Verlauf während eines Kalenderjahres eine hohe Prämienrückgewähr. Sie betrug in den vergangenen Jahren für Tagegeldversicherungen 25%. Allein 1965 zahlte die Vereinigte auf diese Weise an ihre Versicherten insgesamt 25 Millionen DM zurück. Für die Versicherten nach dem Salustarif besteht – in Form eines Sterbegeldes – Anspruch auf Gewinnbeteiligung.

Die Vereinigte unterhält mit zahlreichen ärztlichen Organisationen und Standesvertretungen Empfehlungs- und Gruppenversicherungsverträge. Sie ist mit mehr als 1,2 Millionen Versicherten eines der größten Unternehmen ihrer Art. Bitte nutzen auch Sie – wie viele Ihrer Berufskollegen im ganzen Bundesgebiet – die Vorteile, die Ihnen der Gruppenversicherungsvertrag bietet.

VEREINIGTE

VEREINIGTE KRANKENVERSICHERUNG A. G.

Generaldirektion · 8000 München 23 · Leopoldstraße 24

Vertragsgesellschaft der Bayerischen Landesärztekammer

24.—30. 7. in Moskau: 9. Internationaler Kongreß für Mikrobiologie. Auskunft: Prof. V. M. Zhdanov, Dir. Inst. of Virology, 1st Shchukinskiy proyezd 24, Moscow D-98.

24.—30. 7. in Sao Paulo: Internationaler Pharmakologen-Kongreß. Auskunft: Deutsche Pharmakologische Gesellschaft, Geschäftsführer Prof. Dr. F. Lembeck, 74 Tübingen, Wilhelmstraße 56.

26.—30. 7. in München: 8. Internationaler Kongreß über Klinische Chemie. Auskunft: Generalsekretariat Professor Dr. Otto Wieland, II. Medizinische Universitätsklinik, 8 München 15, Ziemssenstraße 1.

30. 7.—6. 8. in Pörtschach/Wörther See: Diagnostik-Kurs der ärztlichen Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie (FAC). Auskunft: Sekretariat der FAC, 47 Hamm/Westf., Ostenallee 83.

August 1966

1.—5. 8. in Freiburg: 9. Blutgruppenserologischer Kurs für Ärzte und medizinisch-technische Assistentinnen. Auskunft: Dr. M. Matthes, Blutspendedienst an den klinischen Universitätsanstalten, 78 Freiburg i. Br., Hugstetter Straße 55.

1.—7. 8. in Moskau: XVIII. Internationaler Kongreß für Psychologie. Auskunft: Dr. A. C. Tihomirov, Dept. of Psychology, Univ. of Moscow, Marx Ave 18, Moscow, UdSSR.

3.—10. 8. in Hamburg: VII. Internationaler Ernährungskongreß. Auskunft: Wissenschaftlicher Sekretär Prof. Dr. U. Ritter, 1. Medizinische Klinik, 2 Hamburg 20, Martinistraße 52.

8.—13. 8. in Juist: Diagnostik-Kurs der ärztlichen Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie (FAC). Auskunft: Sekretariat der FAC, 47 Hamm, Ostenallee 83.

8.—13. 8. in Kopenhagen: 2. Europäischer Kongreß für Anästhesie. Auskunft Dr. H. Pouisen, Dept. of Anesthesiology, Univ. Hospital, Aarhus, Denmark.

9.—12. 8. in Stockholm: 2e Congrès international de Médecine du Trafic. Auskunft: Mme. Vitani, Association de Médecine légale, 12, avenue Rockefeller, Lyon 7e (Frankreich).

14.—19. 8. in München: XX. Internationaler Ophthalmologenkongreß. Auskunft: Prof. Dr. J. K. Müller, 53 Bonn—Venusberg, Universitäts-Augenklinik.

20.—25. 8. in Kopenhagen: IX. Internationaler Kongreß für Thoraxerkrankungen. Auskunft: Dr. Andrew L. Banyai, Schriftführer des Council on International Affairs, American College of Chest Physicians, 112, East Chestnut Street, Chicago, Illinois 60 611, USA.

21.—26. 8. in Sydney: XI. Internationaler Kongreß für Hämatologie. Auskunft: Prof. R. J. Walsh & Prof. W. R. Pitney, 1 York Street, Sydney, N. S. W. Australien.

22.—27. 8. in Berlin: 20. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Geschichte der Medizin. Präsident: Professor Dr. H. Goerke. Auskunft: Kongreßsekretariat, 1 Berlin 45, Augustastraße 37.

22.—27. 8. in Warschau: 2e Congrès international des Sciences et Techniques de l'Alimentation. Auskunft: Professor A. Borys, Instytut Przemvolu Miesnego, Ul. Bakowiecka 36, Warschau.

22. 8.—2. 9. in Neutranchburg (Allg.): Einführungslehrgänge in die Manualtherapie. Auskunft: Sekretariat der MWE, 7972 Neutrauchburg (Allg.) über Isny.

22. 8.—3. 9. in Meran: XIV. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Thema: „Die neuen Spezialfächer und ihre Einordnung in die praktische Medizin"). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5 Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

25.—31. 8. in Sydney: XI. Internationaler Kongreß für Bluttransfusion. Auskunft: 11th International Congress of Blood Transfusion, 1 York Street, Sydney, Australia.

25. 8.—1. 9. in Paris: 2e Congrès international de Psychodrame. Auskunft: Mme. Schützenberger, 14, avenue Paul-Appel, Paris.

27.—31. 8. in Westerland (Sylt): XIII. Internationaler Kongreß für Thalassotherapie. Auskunft: Prof. Dr. U. Jessel, Institut für Bioklimatologie und Meeresheilkunde, 228 Westerland (Sylt).

27. 8.—10. 9. in Madonna di Campigiio: V. Bergsteigerlehrgang des Deutschen Sportärztebundes. Auskunft: Obermedizinalrat Dr. Fr. Friedrich, 8 München 23, Wilhelmstraße 16.

28. 8.—3. 9. in Barceiona: International Coogress of Psychodrama. Auskunft: Dr. J. L. Moreno, P. O. Box 311, Beacon NY 12508 (USA).

28. 8.—3. 9. in Karlsruhe: 18. Deutsche Therapiewoche und 18. Deutsche Heilmittelausstellung. Auskunft: Dr. med. P. Hoffmann, 75 Karlsruhe, Kaiserallee 30 (Wissenschaftliches Kongreßbüro).

28. 8.—9. 9. in Kyoto (Japan): VI. Internationaler Kongreß für Elektronenmikroskopie. Auskunft: Institute for Chemical Research, Kyoto Univ., Kyoto, Japan.

29.—31. 9. in Düsseldorf: Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde. Auskunft: Präs. Prof. Dr. F. Panse, 4 Düsseldorf, Bergische Landstraße 2.

29. 8.—2. 9. in Prag: Tschechoslowakischer Kongreß für innere Medizin, mit internationaler Beteiligung. Auskunft: Tschechoslowakische Medizinische Gesellschaft, J. E. Purkyne, Sokolska 31, Prag (CSSR).

30. 8.—2. 9. in Braunschweig: 49. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik. Auskunft: Dr. Armin Hermann, 8 München 26, Museumsinsel I, Deutsches Museum.

September 1966

4.—9. 9. in Paris: 10. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie. Auskunft: Pavillon Ollier, Hôpital Cochin, 27 rue du Fbg, St. Jacques, Paris 14e, Frankreich.

4.—18. 9. in Velden/Wörther See: Internationaler Herbstkongreß 1966 für Ganzheitsmedizin und Naturheilverfahren. Auskunft: Prof. Dr. Dr. K. Saller, Bundesverband Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren e. V., 8 München 2, Richard-Wagner-Straße 10.

5.—7. 9. in Berlin: 64. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. Auskunft: Prof. Dr. Loeschke, 1 Berlin 12, Kinderklinik der Freien Universität, Heubner Weg 6.

5.—9. 9. in Wien: 2. Internationaler Kongreß für Biophysik. Auskunft: Wiener Medizinische Akademie für ärztliche Fortbildung, Alserstraße 4, Wien IX.

Tropfen, Elixier
hormonfrei
feminon®
erleichtert
den Schritt
in die Menopause
Julius Redel · Cesra-Arzneimittelfabrik · Haueneberstein b/ Baden-Baden

ORIENT-TEPPICHE

seit 1925

Nichts ist so sehr Sache des **Vertrauens** als der Kauf eines Orientteppichs. Nur der autorisierte Fachmann kann Ihnen durch **jahrzehntelange** Erfahrung mit niedrigsten Preisen und besten Qualitäten den **vollen Gegenwert Ihres Geldes** gewährleisten. Schenken auch Sie dem alten erfahrenen Fachgeschäft, welches seit Jahrzehnten **traditionsbewußt** seine Kunden bedient, Ihr Vertrauen.

Direkt-Importe aus dem ganzen Orient
Riesen-Auswahl in allen Größen
Spezialität: Orientteppiche in Übergrößen

MAX STEINHAUSEN

8 MÜNCHEN 2, Brienner Straße 10, Telefon 22 61 61 — 29 70 23
(Genau gegenüber Café Luitpold)

BAD BERTRICH
MOSEL

Kultivierte Atmosphäre - märchenhaft schöne Waldlandschaft - Idyllische Ruhe - Freischwimmbad - 70 km markierte Spazierwege
Das gepflegte und bewährte Heilbad gegen
MAGEN-, DARM-, LEBER-, GALLE - und STOFFWECHSELKRANKHEITEN
Pensionspreise 15.- bis 32.- DM. Prospekte durch Staatl. Kurdirektion u. Reisebüros

Privatnervenklinik Gauting

mit Sanatoriumscharakter — Chefarzt Dr. Ph. Schmidt
Bäder, Heilschlaf, Röntgen, Geriatrie u. a.
8035 Gauting bei München, Bergstraße 50, Telefon München 86 28 06

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

(7891) Uhlingen, südlich. Hochschwarzwald 650 m. 35 Kinder, 0-13 J. Unterricht. Ständige ärztliche Betreuung im Hause Hallenschwimmbad
Lig.: Frau Dr. med. E. Ries-Schede

Gegen
Enuresis nocturna
hat sich HICOTON als Spezifikum seit Jahrzehnten bestens bewährt! In allen Apotheken erhältlich. Prospekt und Muster kostenlos durch den Alleinhersteller: „MEDIKA" Pharm. Präparate, 8 München 42

Auskünfte über Anzeigen, die unter

Chiffre

erscheinen, können nicht gegeben werden. Bei Chiffreanzeigen ist die Geheimhaltung des Auftraggebers verpflichtender Bestandteil des Auftrages.

Anzeigenverwaltung

Klaviere

neu und gespielt
alle Größen, alle Preislagen
Einzigartige Auswahl

Flügel

Bechstein · Blüthner · Ibach
Steinway & Sons
Grotrian-Steinweg · Yamaha

Cembali

Spinette · Klavichorde
in allen Größen
Einzigartige Auswahl

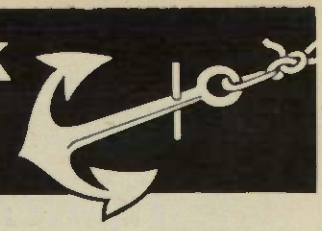
Orgeln

elektronisch — el.-mognetisch
Hammond ab DM 2970.–
Philicarda ab DM 1680.–

Piano-Lang

München, Koufingerstr. 28/I
Augsburg, Bahnhofstr. 15/I
Regensburg, Kassionsplatz 3

Das Glück verankern



Wer möchte nicht das Glück verankern — das eigene und das der Familie? Ein Eigenheim ist ein guter Baden dafür.

Hunderttausende haben es bereits geschafft; sie haben ein Haus gebaut oder eine Eigentumswohnung gekauft.

Sie können es auch schaffen — durch Bausparen!

Nur einen Teil der Bau- oder Kaufsumme müssen Sie selbst ansparen, weil Sie als Bausparer Anspruch auf ein zinsgünstiges, unkündbares Baudarlehen haben. Auch der Staat hilft Ihnen, denn Sie erhalten jährlich bis zu DM 400.— Wohnungsbauprämie oder bedeutende Steuervorteile. Es lohnt sich, mehr darüber zu wissen.

Fragen Sie Ihre Sparkasse oder unseren Bezirksleiter. Wir senden Ihnen kostenlos unsere Druckschrift M 20 „Eigenheime jeder Art". Bitte anfordern!

BAYERISCHE
LANDESBAUSPARKASSE
DIE BAUSPARKASSE DER SPARKASSEN
8 München 2, Karolinenplatz 1, Telefon 21721

Pflaumer-Tee

Species uralgicae nach dem Urologen
Professor Dr. med. Pflaumer

Pflaumer-Tee ist ein Mittel bei Erkrankungen der ableitenden Harnwege. Reines Pflanzenprodukt. Für die Durchspülung der ableitenden Harnwege zur Vorbeugung wie auch zur Nachbehandlung nach vorausgegangener Erkrankung besonders geeignet.

bei Erkrankung der ableitenden Harnwege

Zusammensetzung: Rad. Levist. 5%, Rad. Onon. 4%, Rad. Petros. 6%, Fol. Orthoe. etam. 7%, Fol. Bucco 5%, Fol. Uvae urst 18%, Fol. Betulae 10%, Herbe Equis. 6%, Herbe Hern. 9%, Flor. Eric. 3%, Fruct. Junip. 9%, Fruct. Phas. s. e. 6%, Fol. Mate 6%, Rad. Liquir. 3%, Fol. Menth. pip. 3%.

Pflaumer-Tee ist unter der Nr. P 70 in das Spezialitätenregister des BGA eingetragen und in ges. gesch. Originalpackung von 100 g durch alle Apotheken zu beziehen. (DM 2,90). Auf Wunsch Probepackung und Literatur.

BAUMOLAN
APOTH. OTTO LANG
8520 Erlangen · Postfach 46

Jacosulfon *ist die heilende Hand des Arztes*

5.—11. 9. **in Madrid: IV. Weltkongreß für Psychiatrie.** Auskunft: Prof. Vallejo Najera, Congreso Mundial de Psiquiatria, Faculdad Medicina San Carlos, C/Atocha, 106, Madrid, Spanien.

5.—17. 9. **in Pörtschach/Wörther See: 14. Internationales Fortbildungsseminar für die tägliche Praxis der Ärzte und Zahnärzte.** Auskunft: Dr. med. G. Blume, 653 Bingen, Mainzer Straße 3.

6.—10. 9. **in Prag: Bakterielle Darminfektionen, Symposion mit internationaler Beteiligung.** Auskunft: Tschechoslowakische Medizinische Gesellschaft J. E. Purkyne, Sokolska 31, Prag (CSSR).

7.—10. 9. **in Amsterdam: 9. Internationaler Kongreß für Innere Medizin.** Auskunft: Dr. A. H. Wiebenga, c/o Holland Org. Centre, 16 Lange Voorhout, Den Haag, Niederlande.

10.—11. 9. **in Freudenstadt: Tagung der Medizinisch-Biologischen Arbeits- und Fortbildungsgemeinschaft Deutscher Zahnärzte e. V.** Auskunft: Dr. Paul Neuhäußer, 8032 Gräfeling, Akilindastraße 52a.

10.—17. 9. **in Freudenstadt: Herbstkongreß des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren.** Auskunft: Dr. H. Haferkamp, 65 Mainz, Adam-Karrillon-Straße 13.

11.—17. 9. **in Wiesbaden: 10. Weltkongreß der Gesellschaft für die Rehabilitation Behinderter.** Auskunft: Frau Dr. M. Mueller, Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter, 69 Heidelberg-Schlierbach, Zechnerweg 1a.

12.—14. 9. **in Salzburg: 2. Internationale Konferenz der wissenschaftlichen Gesellschaften und gleichwertigen Organisationen für Allgemeinpraxis.** Auskunft: Dr. Dr. med. Fr. Gelger, Ötz (Tirol/Österreich).

12.—17. 9. **in Freudenstadt: Diagnostik-Kurs der ärztlichen Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie (FAC).** Auskunft: Sekretariat der FAC, 47 Hamm, Ostenallee 83.

13.—16. 9. **in Berlin: Internationales Symposion über Fragen der medizinischen und demografischen Statistik.** Auskunft: OMR Dr. Muschter, X 102 Berlin, Parochialstraße 1—3.

14.—16. 9. **in Mainz: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Tuberkulose und Lungenkrankheiten.** Auskunft: Deutsche Tuberkulose-Gesellschaft, 5 Köln-Lindenthal, Herderstraße 6.

14.—17. 9. **in München: Internationaler Kongreß für homöopathische Therapie.** Auskunft: Dr. K. von Petzinger, 325 Hamein, Kaiserstraße 39.

14.—17. 9. **in Freudenstadt: 31. Kongreß des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren, Internationales Kolloquium über Fragen der Grundlagen, Klinik und Praxis der Neuraltherapie.** Auskunft: Dr. med. H. F. Voss, 792 Heidenheim, Friedrichstraße 10.

14.—17. 9. **in Vicenza/Italien: Internationales Anästhesie-Symposion.** Auskunft: Prof. Ruggero Rizzi, Ospedale civile, Vicenza.

15.—17. 9. **in Leipzig: Tsgung der Gesellschaft für Klinische Medizin.** Auskunft: Prof. Dr. Gülzow, Medizinische Universitätsklinik, X 25 Rostock 1, Ernst-Heydemann-Straße.

15.—18. 9. **in Salzburg: 8. Internationaler Kongreß für Allgemeinmedizin.** Auskunft: Sekretariat der „Internationalen Gesellschaft für Allgemeinmedizin", 474 Oelde, Lange Straße 21s (Dr. med. K. Engelmeier).

In diesem Heft inserieren folgende pharmazeutische Firmen:

Asts-Werke AG., Brackwede
Athenstaedt, Arzneimittel, Bremen
Baumolan, Erlangen
Bionorica KG., Nürnberg
C. F. Boehringer & Soehne GmbH., Mannheim
Cefak, Dr. Brand & Co. KG., Kempten
Delta-Chemie, Pauly & Co. KG., Hamburg
Dentinox-Gesellschaft für pharmazeutische Präparate, Berlin
Deutsche Beecham GmbH., Biberach a. d. Riß
Dolorgiet KG., Bad Godesberg
Dorsch & Co. KG., München
Karl Engelhard, Frankfurt/Main
Gödecke & Co. AG., Freiburg
Heel GmbH., Baden-Baden
Helfenberg AG., Wevelinghoven/Rhld.
Helopharm KG., Arzneimittelfabrik, Berlin
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
Lindopharm KG., Hilden/Rhld.
Heinrich Mack Nachf., Illertissen/Bay.
Medika, München
E. Merck AG., Darmstadt
L. Merckle GmbH., Blaubeuren
A. Nattermann & Co., Köln-Braunsfeld
Nordmark-Werke GmbH., Hamburg, Werk Uetersen
Parke, Davis & Company, München
Permicutan KG., Dr. Euler, München
G. Pohl-Boskamp, Hohenlockstedt
Recorsan-Gesellschaften, Gräfelfing
Julius Redel, Cesra Arzneimittelfabrik, Hauenebersteln b. Baden-Baden
Dr. Rudolf Reiss, Berlin
Robugen GmbH., Eßlingen
Dr. F. Sasse, Berlin
Dr. Scherti GmbH., München
W. Schwarzhaupt KG., Köln
Sharp & Dohme GmbH., München
Simons Chem. Fabrik, Gsuting
Uzara-Werk, Melsungen

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigefügt:
Klinge, München 23
Dr. R. Reiss, Berlin
Robugen GmbH., Eßlingen
Boegelers Verlagsdruckerei, Würzburg

„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. Postscheckkonto 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 Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München. Druck Richard Pflaum Verlag, München. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrophotographie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

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

KAMAVER®
Chloramphenicol
Fabrik pharm. Präparate Karl Engelhard · Frankfurt a. M. gegr. 1872
zur preisgünstigen Verordnungsweise
SUPPOSITORIEN 100 mg
SUPPOSITORIEN 250 mg
DRAGEES 250 mg
NEU KAPSELN 250 mg mit Vitamin-B-Komplex
H-SALBE mit Prednison