

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 10

München, Oktober 1966

21. Jahrgang

19. Bayerischer Ärztetag in Bad Wiessee

vom 7. – 9. Oktober 1966

Mit einem Festakt im Kursaal zu Bad Wiessee wurde der 19. Bayerische Ärztetag am Freitag, 7. Oktober 1966, eröffnet.

Zu Beginn spielte das Chiemgau-Symphonie-Orchester, dessen Gründer und Vater Herr Dr. F. ZECH, Grassau, ist und dem eine große Zahl von Ärzten angehört, den 2. Satz aus dem Konzert für Klavier und Orchester in A-Dur von W. A. Mozart; anschließend spielten Herr Dr. med. G. SONDERMANN, Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, und Dr. med. J. W. SEIDL das Largo aus dem Doppelkonzert für zwei Violinen in d-Moll von J. S. Bach.

Der 1. Vorsitzende des Ärztlichen Kreisverbandes Miesbach, Herr Dr. G. LUDWIG, Bad Wiessee, sprach sodann Grußworte. Er dankte im Namen des Kreisverbandes für die Annahme der Einladung, den Ärztetag in Bad Wiessee durchzuführen. Er gab seinem Wunsch Ausdruck, daß neben den Beratungen noch genügend Zeit verbleiben möge, um sich auch an den Schönheiten des Tegernseer Tals erfreuen zu können.

Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Herr Dr. med. H.-J. SEWERING, eröffnete dann den 19. Bayerischen Ärztetag. Er konnte als Gäste eine sehr große Zahl prominenter Persönlichkeiten begrüßen, so u. a. den Vertreter der Bayerischen Staatsregierung, den Bayerischen Staatsminister des Innern, Herrn Dipl.-Ing. H. JUNKER, den Bayerischen Staatsminister für Arbeit und soziale Fürsorge, Herrn H. SCHÜTZ, als Vertreter des Bayerischen Ministers für Unterricht und Kultus den Herrn Staatssekretär Erwin LAUERBACH, den Abgeordneten des Deutschen Bundestages Herrn ERTL, die Mitglieder des Bayerischen Landtags, die Kollegen Dr. K. von BRENTANO-HOMMEYER, Dr. K. DEHLER, Dr. R. SOENNING, die Mitglieder des Bayerischen Senats, die Kollegen Dr. Dr. W. von GUGEL, Medizinaldirektor Dr. B. KLÄSS, zugleich als Vertreter des Bayerischen Roten Kreuzes, und Herrn Rechtsanwalt K. H. WIRSCHINGER, zugleich in seiner Eigenschaft als Vorsitzender des Landesverbandes Bayern des Verbandes der freien Berufe, den Kommandeur der Akademie des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr, Herrn Generalarzt Dr. MERKLE, Seine



Aus der festlichen Eröffnung im Kursaal



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



Professor Dr. E. Fromm
Präsident der Bundesärztekammer

Spektabilität Professor Dr. M. KIESE, Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität München, als Vertreter des Dekans der Medizinischen Fakultät der Universität Erlangen Herrn Professor Dr. F. SCHEIFARTH, den Regierungspräsidenten von Oberbayern, Herrn Dr. A. DEINLEIN, Herrn Ministerialdirigenten KNIES, den Leiter der Gesundheitsabteilung im Bayerischen Staatsministerium des Innern, Herrn Ministerialrat Dr. E. HEIN, Leiter der Gruppe Humanmedizin im Bayerischen Staatsministerium des Innern, den Landrat des Kreises Miesbach, Herrn Dr. KÖNIGSDORFER, den 1. Bürgermeister der Gemeinde Bad Wiessee, Herrn KRONES, sowie die Mitglieder des Gemeinderates, den Präsidenten der Bundesärztekammer, Herrn Professor Dr. E. FROMM, Hamburg, die Mitglieder des Vorstandes der Bundesärztekammer, die Präsidenten der Ärztekammern der anderen Bundesländer, als Vertreter der Bayerischen Versicherungskammer deren Vizepräsidenten Dr. W. MAYER, den Leiter der Abteilung Ärzteversorgung, Herrn Oberregierungsdirktor Dr. HÖNIG, den Präsidenten der Bayerischen Landeszahnärztekammer, Herrn Dr. ROSCHMANN, den Präsidenten der Bayerischen Landestierärztekammer, Herrn Dr. VOGT, Herrn Oberregierungsmedizinischen Direktor Dr. J. HUSSLEIN, Leiter des Medizinalreferates der Regierung von Oberbayern, Herrn Regierungsmedizinischen Direktor Dr. A. BÖHM, Vorsitzender des Medizinalbeamtenvereines, Herrn Direktor SCHMEUSER als Vertreter der Bayerischen Ortskrankenkassen, die Vertreter der wissenschaftlichen Büros der pharmazeutischen Industrie in Bayern, die Vertreter der Presse, insbesondere auch der medizinischen Fach- und Standespresse, die bayerischen Träger der Paracelsus-Medaille, der höchsten Auszeich-

nung der deutschen Ärzteschaft, Herrn Dr. L. DIEM, Würzburg, Herrn Dr. G. SONDERMANN, Emskirchen, Herrn Dr. F. VÖLLINGER, Freising.

Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer betonte in seiner kurzen Ansprache, daß dieser Ärztetag neben standespolitischen Fragen eine Reihe wichtiger Probleme auf dem Gebiet der präventiven Medizin behandeln werde, so z. B. Fragen des Schutzes vor Tetanus, der Früherfassung von Diabetikern und Krebskranken.

Der Kammerpräsident unterstrich noch einmal die stets wiederholte Auffassung, daß auch die Maßnahmen der präventiven Medizin von dem Arzt, den der Patient sich selbst wählt, durchgeführt werden sollen; denn auch dieses Gebiet der Medizin ist für jede Art von staatlichen Zwangsmaßnahmen ungeeignet.

Der Innenminister, Dipl.-Ing. H. Junker, überbrachte die Grüße der Bayerischen Staatsregierung. Er wünschte den Beratungen des Ärztetages, von dem auch die Regierung immer wieder wertvolle Anregungen erhalten habe, viel Erfolg.

Der 1. Bürgermeister der Marktgemeinde dankte in einem kurzen Grußwort dafür, daß die bayerischen Ärzte sich Bad Wiessee als Tagungsort für den Ärztetag ausgesucht hätten. Er hoffe, daß die Ärzte sich in einer Umgebung, die dem kranken Menschen und der Vorbeugung von Krankheiten gewidmet sei, besonders wohl fühlen werden.

Professor Dr. E. Fromm, der Präsident der Bundesärztekammer, dankte für die Einladung zur Teilnahme am Bayerischen Ärztetag. Für den Vorstand der Bundesärztekammer sei es schon eine Tradition geworden, zu den Bayerischen Ärztetagen zu kommen.



Ehrenzeichen des Roten Kreuzes für Herrn Dr. Sewering

Medizinaldirektor Dr. Kläß, Mitglied des Bayerischen Senats und Vizepräsident des Bayerischen Roten Kreuzes, dankte in seinem Grußwort dem Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer für die gute Zusammenarbeit in den vergangenen Jahren und überreichte Herrn Dr. Sewering das ihm in Anerkennung seiner Verdienste vom Präsidium des Deutschen Roten Kreuzes verliehene Ehrenzeichen.

Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer

Von Dr. H. Sewering, Präsident

Ich habe die Ehre, zum zwölften Male den Tätigkeitsbericht der Kammer zu erstatten, zugleich den letzten in dieser Legislaturperiode. Wir haben im Rahmen des Tätigkeitsberichts all die Jahre immer Gelegenheit genommen, ohne enge thematische Begrenzung unsere Probleme zu diskutieren. Ich möchte auch heute wieder feststellen, daß sich unsere Diskussion nicht darauf beschränken soll, die Punkte zu diskutieren, die ich anspreche, sondern die Punkte, die Sie hier zu besprechen wünschen.

Berufsgerichtsbarkeit

Als erstes darf ich über einige rechtliche Fragen berichten, die von erheblicher Bedeutung für unsere Arbeit sind. Das Kammergesetz, die Rechtsgrundlage der Bayerischen Landesärztekammer, wurde im Berichtsjahr in einigen Punkten geändert, und zwar handelt es sich um die Besetzung der Berufsgerichte. Das Bundesverfassungsgericht hat in einem Urteil, bei dem es um die Berufsgerichtsbarkeit im Lande Rheinland-Pfalz ging, einige Grundsätze entwickelt, die zu beachten sind, die zwar in Bayern so gut wie ausnahmslos immer schon beachtet wurden, aber nicht auf Grund einer entsprechenden Vorschrift im Gesetz, sondern auf Grund von Übung.

Es geht darum, daß die nichtrichterlichen Beisitzer der Berufsgerichte bestimmte Funktionen innerhalb der ärztlichen Berufsvertretung nicht ausüben dürfen. Sie dürfen nicht sein: Delegierte der Bayerischen Landesärztekammer, Mitglieder des Vorstandes einer Berufsvertretung — also weder Mitglieder des Vorstandes eines Kreisverbands, noch eines Bezirksverbands, noch der Kammer —, auch nicht Bedienstete einer Berufsvertretung oder Bedienstete einer staatlichen Behörde, der die Aufsicht über eine Berufsvertretung obliegt. Schließlich dürfen sie auch nicht Mitglieder eines Ausschusses der Berufsvertretung sein, welchem die Ahndung von Verstößen gegen die Berufsordnung obliegt. De facto wurde es immer so gehandhabt. Wir haben bei der Überprüfung der Listen nur in einigen wenigen Fällen festgestellt, daß ein Kollege, der als Berufsrichter

gewählt war, zugleich dem Vorstand eines Ärztlichen Kreisverbandes angehörte.

Des weiteren wurde bei dieser Änderung auch der Strafenkatalog korrigiert, und zwar wurde — was wir sehr bedauern, was aber aus der derzeitigen Rechtslage heraus nicht anders möglich ist — die Verhängung eines Berufsverbots durch das Berufsgericht aus dem Katalog gestrichen. Die Zulassung zum Beruf regelt sich in der Bundesrepublik aufgrund Bundesrechts, während sich die Berufsgerichtsbarkeit auf Landesrecht stützt. Es kann also demnach eine auf Landesrecht gestützte Berufsrechtsprechung in der Berufsgerichtsbarkeit nicht ein Berufsverbot verhängen, das nur auf dem Weg über den Widerruf der Bestallung in dem durch die Bundesärzteordnung vorgeschriebenen Verfahren erfolgen könnte. Also mußte diese Strafe gestrichen werden. In Zukunft kann das Berufsgericht nur verhängen: Eine Warnung, einen Verweis, eine Geldbuße bis zu 5000 DM und einen Verweis + Geldbuße. Das ist keine sehr befriedigende Regelung. Aber es war zunächst nicht möglich, hier einen anderen Weg zu finden. Vor allem erschien es nicht zweckmäßig, die Gesamtproblematik der Berufsgerichtsbarkeit durch die Gesetzesänderung wieder aufzureißen, weil man dann ja nie weiß, wie die Dinge laufen. So hat man sich also auf die notwendigsten Gesetzesänderungen beschränkt.

Arzt und Nichtarzt

Eine zweite sehr bedeutsame Sache muß ich noch einmal kurz vortragen. Sie haben im „Bayerischen Ärzteblatt“ lesen können, daß ein Urteil des Bayerischen Verfassungsgerichts zu der Bestimmung der Berufsordnung über die Zusammenarbeit des Arztes mit dem Nichtarzt ergangen ist. Der einschlägige § 19 der Berufsordnung lautet, wie Sie wissen: „Es ist dem Arzt nicht gestattet, zusammen mit Personen, die weder Ärzte sind, noch zu seinen berufsmäßig tätigen Gehilfen gehören, zu untersuchen oder zu behandeln. Er darf solche Personen auch nicht als Zuschauer bei ärztlichen Verrichtungen zulassen. Die Pflicht des

Arztes, in Notfällen Hilfe zu leisten, wird hierdurch nicht berührt.“

Gegen diese Bestimmung unserer Berufsordnung wandte sich ein Heilpraktiker und Psychotherapeut in einer Verfassungsbeschwerde mit dem Ziel, diese Bestimmung der Berufsordnung für verfassungswidrig erklären zu lassen. Das Gericht hat die Verfassungsbeschwerde abgewiesen. In seiner Begründung, die außerordentlich fundiert ist und in der die Materie klar dargestellt wurde, hat das Gericht zum Ausdruck gebracht, daß eine gemeinsame Basis für die Zusammenarbeit eines Arztes und eines Nichtarztes eben ganz einfach nicht vorhanden ist, und daß hier kein Unterschied gemacht werden kann, ob es sich um einen sogenannten Kurpfuscher oder einen anerkannten Heilpraktiker handelt. Die Bestimmung der Berufsordnung erscheint also auch aus dieser Sicht begründet.

Im übrigen wurde festgestellt, daß es dem Heilpraktiker jederzeit möglich ist, einen Fall, mit dem er nicht zurechtkommt, an den Arzt zu geben, sei es für dauernd, sei es für vorübergehend. Er kann es dann dem Arzt überlassen, welche weitere Behandlung angezeigt ist, allerdings in alleiniger Zuständigkeit und Verantwortung des Arztes.

Hier wurde vor allem die Frage angeschnitten, ob ein Facharzt — als Beispiel wurde der Röntgenologe gewählt — berechtigt ist oder ob es ihm aufgrund dieser Bestimmung verboten ist, eine Röntgenuntersuchung bei einem Patienten vorzunehmen, der sich in der Behandlung eines Heilpraktikers befindet. Dazu ist festzustellen — das war auch die Meinung der Juristen —, daß ein solcher Patient, der in Behandlung eines Heilpraktikers steht, selbstverständlich zu einem Röntgenologen gehen kann, wobei er den Rat von seinem Heilpraktiker bekam; der Röntgenologe untersucht ihn, stellt seine Diagnose, teilt die Diagnose dem Patienten mit, und der kann, wenn es sein Wille ist, wieder zum Heilpraktiker zurückkehren, um sich von ihm behandeln zu lassen. Hier handelt es sich nicht um eine Zusammenarbeit zwischen Arzt und Heilpraktiker im Sinne des § 19 der Berufsordnung, sondern hier ist der Patient vorübergehend in die Verantwortung des Röntgenologen übergegangen und verläßt ihn nach Abschluß seiner Arbeit und geht dann — was sein gutes Recht ist — wieder zum Heilpraktiker.

Die Bayerische Landesärztekammer hat ihre Rechtsauffassung ausführlich dargelegt und wurde auch in jeder Weise vom Gericht gehört. In der letzten mündlichen Verhandlung haben wir noch einmal zusammenfassend unsere Rechtsmeinung vorgetragen. Das von mir angesprochene Urteil finden Sie im „Bayerischen Ärzteblatt“ Heft 1/1966. Das in das Verfahren mit eingeschaltete Innenministerium hat in dieser Frage den gleichen Standpunkt wie die Kammer vertreten.

Damit konnte in einem sehr wesentlichen Punkt unseres ärztlichen Berufsrechts eine Klärung erfolgen, wie überhaupt anerkannt werden muß, daß der Bayerische Verfassungsgerichtshof durch seine Urteile in den letzten 16 Jahren sehr erheblich zur Klärung des ärztlichen Berufsrechts beigetragen hat. Daß dabei natürlich auch einmal rein juristische Gesichtspunkte zum Tragen kommen können, für die wir aus ärztlicher Sicht nicht immer Verständnis haben, liegt in der Natur der Sache.

Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Staatsministerium des Innern

Ich darf nun dazu übergehen, Ihnen über die Zusammenarbeit mit demjenigen Ministerium zu berichten, mit dem die Kammer in engster Verbindung steht, nicht nur, weil dieses Ministerium die Aufsicht über uns ausübt, sondern auch weil von der Sache her die meisten Berührungspunkte bestehen, nämlich dem Bayerischen Staatsministerium des Innern. Zuerst möchte ich Ihnen hier eine Veröffentlichung im „Bayerischen Ärzteblatt“, Heft 2/1966, in Erinnerung rufen, in der wir Sie darüber unterrichteten, daß im Bayerischen Landtag eine lebhafte Diskussion um die gesundheitspolitische Linie der Bayerischen Staatsregierung geführt wurde, wie sie vom Bayerischen Staatsminister des Innern vertreten wird; wir haben Ihnen auch von den Angriffen berichtet, die die Sprecherin der SPD gegen den Innenminister deswegen geführt hat. Wir haben keinen Grund, unsere gesundheitspolitische Linie zu ändern. Wir haben aber auch andererseits die Hoffnung, daß sich die Auffassung über gesundheitspolitische Fragen im Bereich der Bayerischen Staatsregierung nicht ändern wird, und ich hoffe, daß das auch in der nächsten Legislaturperiode so bleiben wird.

Ausländische Ärzte

Einen sehr erheblichen Raum nahmen in unserer Zusammenarbeit Fragen der Bundesärzteordnung ein, wobei vor allem das Thema der Arbeitsgenehmigungen für ausländische Ärzte von uns wiederholt diskutiert wurde, weil wir auch in der weiteren Folge den Eindruck hatten, daß dieses Thema für uns an Bedeutung gewinnt. Ich habe schon in den vergangenen Jahren wiederholt darauf hingewiesen, daß bei aller Anerkennung der Hilfe, die uns angesichts der Knappheit an eigenen Assistenzärzten durch die ausländischen Assistenten gewährt wurde, der Grundsatz der Beschäftigung ausländischer Assistenzärzte an unseren Krankenanstalten immer so bleiben muß: Solchen Ärzten, vor allem denjenigen, die aus den Entwicklungsländern kommen oder aus Ländern mit einer noch schlechten ärztlichen Versorgung, sollen wir Gelegenheit geben, sich gut und umfassend auszubilden, aber nicht zu dem Zweck, daß sie dann bei uns bleiben, um den ärztlichen Beruf auszuüben. Vielmehr sollen sie nach einer abgeschlossenen Weiterbildung in das eigene Heimatland zurückkehren, um dort zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung beizutragen. Es muß also bei allen Anträgen für Arbeitsgenehmigungen, vor allem bei der Verlängerung dieser Genehmigungen, dieser Grundsatz immer im Vordergrund stehen.

Ein Argument, das zunehmend an Bedeutung gewinnt, möchte ich hier anführen: Es hat sich gerade bei Kollegen aus einigen Ländern des Vorderen Orients offenbar eingebürgert, ein deutsches Mädchen zu heiraten und dann zu sagen: „Ich habe eine deutsche Frau geheiratet; jetzt müßt Ihr mir aber die Bestallung geben. Ich bin jetzt ein sogenannter Härtefall.“ Von der Kammer aus haben wir in all diesen Fällen einen absolut ablehnenden Standpunkt eingenommen; denn wir sind der Auffassung, es sollte gerade im Bereich der Eheschließung immer noch der Grundsatz gelten, daß das Weib dem Manne zu folgen hat.

Erfreulicherweise haben die für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder im

Juni dieses Jahres dazu einen Beschluß gefaßt, den ich für außerordentlich vernünftig und gut halte. Er lautet: „Da die Erlaubnis zu einer vorübergehenden Ausübung des Arztberufs nur befristet erteilt werden darf, ist bei einer Erteilung und Verlängerung hierauf besonders hinzuweisen. Die Erteilung der ersten Erlaubnis sollte auf höchstens zwei Jahre befristet sein. Eine Verlängerung der Erteilung der Erlaubnis für eine Tätigkeit in der Bundesrepublik über fünf Jahre hinaus ist nur in besonderen Einzelfällen zuzulassen.“ In fünf Jahren kann sich m. E. ein Kollege wirklich gute Kenntnisse aneignen.

Zur Zeit sind in der Kammer in Bayern 426 ausländische Ärzte gemeldet; zur Meldung aufgefordert sind 97. Es sind uns also insgesamt 523 ausländische Ärzte bekannt. Den Krankenhausträgern, hier vor allem den großen Kliniken, muß wieder einmal der Hinweis gegeben werden, daß die Beschäftigung eines ausländischen Arztes nicht beginnen darf, bevor eine Arbeitsgenehmigung durch das Innenministerium erhalten hat. Es genügt also weder eine Aufenthaltserlaubnis noch eine Genehmigung durch das Arbeitsamt. Er bedarf einer Arbeitserlaubnis des bayerischen Innenministeriums. Erst wenn diese vorliegt, darf die Beschäftigung dieses Arztes an der Klinik überhaupt beginnen.

Ärztliche Situation in Bayern

Zum Thema des Mangels an Assistenzärzten möchte ich einige Zahlen über die ärztliche Situation in Bayern ganz allgemein bringen. 1955 haben wir nach dem Statistischen Landesamt in Bayern 13 096 berufstätige Ärzte gezählt. Im Jahre 1965 waren es 14 945. Bei der Kammer ist die Zahl höher, weil wir auch die Medizinalassistenten und die Ärzte im Ruhestand erfassen. Wir haben in Bayern am 1. 2. 1966 16 349 Mitglieder Ärztlicher Kreisverbände erfaßt, darunter rund 400 Medizinalassistenten und rund 2000 Ärzte im Ruhestand. Die Zahl der Ärzte im Ruhestand ist relativ hoch. Dabei ist zu berücksichtigen, daß eben doch sehr viele Ärzte, die im Bundesgebiet ihre Tätigkeit aufgeben, als Pensionisten nach Bayern ziehen, allerdings mit der Konsequenz, daß sie dann noch etwas Praxis ausüben, was sich gerade in den landschaftlich bevorzugten Gegenden auf die Kollegen, die ihren Beruf voll ausüben und davon leben müssen, nicht immer sehr günstig auswirkt. Im Bundesgebiet beträgt z. Z. die Zahl der Ärzte rund 94 000. Darunter sind etwa 8600 Ärzte, die ihren Beruf nicht ausüben. Dabei handelt es sich aber nicht nur um alte Kollegen, sondern auch um sehr viele Ärztinnen, die durch Verheiratung den Beruf aufgegeben haben oder ihn jedenfalls vorübergehend nicht mehr ausüben.

Man kann also insgesamt sagen, daß die Zahl der Ärzte in der Bundesrepublik kontinuierlich zunimmt. 1955 waren es in der Bundesrepublik rund 70 000 Ärzte. Ich bin überzeugt, daß wir die 100 000-Grenze in absehbarer Zeit erreichen.

Dazu eine Zahl der Bestellungen, soweit sie durch das bayerische Innenministerium erteilt werden, die vielleicht einen kleinen, aber doch deutlichen Hinweis gibt: 1952 hatten wir bekanntlich einen Gipfel an Bestellungen. Damals war ziemlich der ganze Nachholbedarf des Krieges dabei; es wurden in Bayern 924 Bestellungen

erteilt. Diese Zahl ging dann zurück, und sie erreichte einen Tiefpunkt im Jahre 1957 mit nur 106 Bestellungen. Sie ist seither wieder gestiegen bis auf 540 Bestellungen im Jahre 1965. Wenn Sie berücksichtigen, daß in dieser Zahl kein Nachholbedarf mehr enthalten ist, daß es sich vielmehr um eine kontinuierliche Entwicklung handelt, dann können Sie daraus ersehen, daß die von uns immer wieder behauptete Nachwuchswelle tatsächlich vorhanden ist. Wir müssen nun von Jahr zu Jahr damit rechnen, daß die Zahl der Bestellungen steigt. Es wird sich insoweit also auch die Situation an den Krankenanstalten ändern.

Mit Aufmerksamkeit verfolgen wir natürlich auch die Entwicklung auf dem Sektor der allgemeinen ärztlichen Versorgung, also vor allem die Besetzung unserer Landgebiete mit Praktischen Ärzten. Wir haben bisher in Bayern in dieser Richtung zwar noch keine katastrophale Situation, aber immerhin gibt es doch schon eine größere Anzahl von Arztstellen für Praktische Ärzte, die besetzt werden sollten und müßten, die wir aber nicht besetzen können. Dabei ist der Drang in die Stadt sehr klar zu erkennen. Das ist keine deutsche Erscheinung, sondern eine weltweite Erscheinung; man kann sie auch in anderen Staaten feststellen.

Im Zusammenhang mit der Frage der ärztlichen Versorgung durch die niedergelassenen Ärzte, vor allem durch Allgemeinärzte, glaube ich, daß man die Diskussion um die Gemeinschaftspraxis immer wieder erneut aufnehmen muß. Denn in der Gemeinschaftspraxis stecken eben doch Möglichkeiten, die es auch dem Praktischen Arzt gestatten, seine Arbeit besser einzuteilen, und außerdem wird die Sorge um die übermäßige Belastung des Allgemeinarztes in dieser Form der ärztlichen Berufsausübung doch vielleicht gemindert und tragbar gemacht. Zur Zeit sind uns in Bayern insgesamt 139 Gemeinschaftspraxen bekannt.

Arbeitsgemeinschaft Krebs

In den Bereich unserer Zusammenarbeit mit dem Innenministerium gehört auch die Führung der Arbeitsgemeinschaft Krebs, die seinerzeit auf Beschluß des Landesgesundheitsrats gegründet und deren Federführung der Bayerischen Landesärztekammer übertragen wurde. Sie besteht seit nunmehr 10 Jahren. Zwar hat sie keine sehr große Bewegungsmöglichkeit; denn ihr jährlicher Etat liegt bei etwa 100 000 DM; ich glaube aber, daß wir doch aus diesem Geld ein bißchen was machen konnten. Es wird im wesentlichen für Laienaufklärung verwendet. Wir haben eine Reihe von sehr ansprechenden kleinen Schriften herausbringen können, die im Laufe der Jahre verschickt und verteilt werden. Vor allem findet der sogenannte „Kalendar für die Frau“ großen Anklang und wird laufend bei uns angefordert. Mit einem Etat von 100 000 DM kann man natürlich keine großen Aktionen machen. Vor allem kann man damit nicht irgendwelche Forschungsvorhaben oder ähnliche Dinge finanzieren. Das müssen wir anderen Stellen überlassen. Über die Frage der zytologischen Untersuchungsstellen, ihren Ausbau oder ihre Besetzung, werde ich im Zusammenhang mit Punkt 6 der Tagesordnung sprechen, weil das in den Bereich unserer gesundheitspolitischen Planungen gehört. Jedenfalls kann man feststellen, daß durch unsere Aktivität auf dem Gebiet der Krebsbekämpfung für das Land Bayern die Errichtung von Krebsberatungs-

stellen unterbunden werden konnte und damit also die individuelle Beratung und Betreuung der Patienten in der Hand der niedergelassenen Ärzte, also dort liegt, wo sie nach unserer Überzeugung hingehört.

Ich darf meinen Dank an die Herren des bayerischen Innenministeriums aussprechen — dem Herrn Staatsminister habe ich gestern bereits in Ihrem Namen gedankt —, nämlich vor allem dem Leiter der Gesundheitsabteilung, Herrn Ministerialdirigent KNIES, unserem Kollegen HEIN und den anderen ärztlichen und juristischen Mitarbeitern der Gesundheitsabteilung. Wir sind diesen Herren sehr dankbar für die gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit.

Schwangeren-Vorsorgeuntersuchungen

Ein Arbeitsgebiet, das wir vor einigen Jahren gemeinsam mit der Gesundheitsabteilung begonnen haben, ist inzwischen in eine andere Zuständigkeit übergegangen, nämlich die Schwangerenbetreuung. Sie erinnern sich, daß wir seinerzeit in Bayern die Blutgruppenbestimmungen für Schwangere eingeführt haben, und zwar lange bevor sie eine Pflichtleistung der RVO-Kassen wurden. Die Mittel wurden gemeinsam durch die Krankenversicherungsträger und den Bayerischen Staat aufgebracht. Wir konnten auf diese Weise mit diesen segensreichen Untersuchungen wesentlich früher beginnen als es uns die RVO ermöglicht hätte. Es entwickelte sich dann aus dieser Blutgruppenuntersuchungsaktion eine allgemeine Mütterbetreuung. Wir haben in Bayern das erste Sprechstundenblatt für die Schwangerenbetreuung entwickelt und den Kollegen zur Verfügung gestellt. Wir sind damit vorausgegangen. Unsere Erfahrungen konnten übertragen werden. Seit dem 1.1.1966 ist die gesamte Betreuung werdender Mütter zu einer Pflichtaufgabe im Rahmen der RVO geworden. Sie fällt also jetzt in die Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigung.

Der Übergang in die RVO und die damit verbundenen Planungen und Beratungen sowie die organisatorische Vorbereitung waren natürlich sehr umfangreich und nicht ganz einfach, vor allem deshalb, weil zwischen der Beschlußfassung durch den Bundestag und dem Inkrafttreten des Gesetzes eine viel zu kurze Zeitspanne lag. Es konnten also die Verhandlungen, mit denen die Übernahme der Aufgabe überhaupt erst möglich gemacht wurde, praktisch erst beginnen, als bereits das Gesetz in Kraft getreten war. Das hat viele Schwierigkeiten mit sich gebracht, nicht nur in der Abrechnung, sondern auch in der Bereitstellung der notwendigen Unterlagen. Es ist eine Fülle von Fragen an uns gerichtet worden. Wir konnten sie eine Zeitlang gar nicht beantworten, weil die Beratungen beim besten Willen nicht schneller vorangetrieben werden konnten. Wir mußten vor allem auch immer darauf hinweisen, daß wir in Bayern die Sache nicht allein regeln können, weil es sich um eine Aufgabe handelt, die in die Zuständigkeit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gehört. Sie mußte mit den Bundesverbänden der Krankenkassen die entsprechenden Vereinbarungen treffen; das hat Schwierigkeiten gemacht.

Die mit dieser neuen Aufgabe verbundenen Formulare haben natürlich zu vielen Diskussionen Anlaß gegeben. Die Kritik war außerordentlich umfangreich. Konkrete Verbesserungsvorschläge gerade für dieses besonders umstrittene Sprechstundenblatt sind bis jetzt

aber noch nicht vorgelegt worden. Ich möchte dabei ausdrücklich betonen, daß wohl kein Mensch der Meinung sein wird, daß das Sprechstundenblatt, wie es jetzt vorliegt, bereits die letzte Entwicklungsstufe wäre. Alle an dieser Arbeit Beteiligten werden selbstverständlich für Verbesserungsvorschläge aufgeschlossen sein. Es steht einer Fortentwicklung dieses Sprechstundenblattes überhaupt nichts im Wege.

Eines muß ich bei dieser Gelegenheit in aller Nüchternheit sagen. Ich hoffe, daß man, wenn man über das Sprechstundenblatt schimpft, nicht den Sack schlägt, und den Esel meint. Ich habe nämlich manchmal das Gefühl, daß es gar nicht so sehr das Umständliche dieses Blattes ist, sondern daß es die Fülle der darin geforderten Untersuchungen ist, gegen die man sich wendet. Wenn nämlich das der Fall wäre, befänden wir uns in einer gefährlichen Situation. Denn die Untersuchung als solche muß in diesem Umfang jeweils gemacht werden. Hier kann man nichts wegstreichen. Der Blutdruck muß gemessen werden usw.; ich brauche das nicht alles aufzuführen. Eine Tendenz zur Vereinfachung der ärztlichen Schwangerenbetreuung würde bedeuten — darauf habe ich schon früher hingewiesen —, daß wir u. U. zwei Klassen von Schwangerenbetreuung bekommen, nämlich die Schwangerenbetreuung in der Beratungsstelle bei der Klinik und die Betreuung, die (als einfachere Form) draußen beim Arzt vorgenommen wird. Wenn das kommen würde, dann wäre das Schicksal dieser Aufgabe in der Hand des frei praktizierenden Arztes entschieden. Darauf mache ich Sie aufmerksam, obwohl ich weiß, daß ich mich damit sehr unpopulär mache.

Ich glaube, die gesamte Präventivmedizin hat einen echten Vorgang der Umstrukturierung in der ärztlichen Praxis eingeleitet. Darauf müssen wir uns einstellen, auch wenn es ein schmerzhafter Vorgang ist, mit dem wir uns auseinandersetzen müssen. Jahrzehntlang hat die Ärzteschaft nur rein kurativ gewirkt, und nun ist einfach der Umbruch im Gange. Wir müssen ihn bewältigen oder diese Aufgaben gehen uns verloren.

Landtag – Senat – Landesgesundheitsrat

Im Zusammenhang mit diesem Teil meines Berichts darf ich darauf hinweisen, daß auch die Zusammenarbeit mit dem Landesgesundheitsrat und seinem Vorsitzenden, Herrn Kollegen SOENNING, natürlich weiter gepflegt wurde. Ich glaube, daß gerade unser gemeinsames Arbeiten im Landesgesundheitsrat schon manche guten Früchte getragen hat.

Im übrigen befaßt sich natürlich das Gesetzgebungsorgan unseres Staates, der Bayerische Landtag zusammen mit dem Bayerischen Senat, laufend mit Fragen, die in irgendeiner Form die ärztliche Berufsausübung berühren. Ich möchte gerade hier, wie jedes Jahr, hervorheben, daß unser enges Zusammenwirken mit den ärztlichen Abgeordneten, den Herrn Kollegen von BRENTANO-HOMMEYER, DEHLER und SOENNING, ein ganz ausgezeichnetes war. Ich darf hinzufügen: Ebenso sehr war die Zusammenarbeit mit Herrn Kollegen von GUGEL als Mitglied des Bayerischen Senats weiterhin außerordentlich erfolgreich. Ich darf hier auch den Kollegen KLÄSS erwähnen, der sich sehr für unsere ärztlichen Fragen interessiert. Er ist im Bayerischen Senat ja nicht als Vertreter der freien

Berufe, sondern als Vertreter des Roten Kreuzes. Ihnen, meine Herren Abgeordneten und Senatoren, meinen ganz besonderen Dank!

Arbeitsmedizin

Mit dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge haben wir in Fragen des Jugendarbeitsschutzes und der Arbeitsmedizin zu tun. Wie Sie immer wieder dem „Bayerischen Ärzteblatt“ entnehmen können, werden die Kurse für Arbeitsmedizin, und zwar sowohl die Kurzwochenendkurse, die der Fortbildung dienen, als vor allem auch die Vierwochenkurse, die für die Anerkennung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“ verlangt werden, gemeinsam vom Arbeitsministerium und der Landesärztekammer durchgeführt. Daraus hat sich eine sehr erfreuliche Zusammenarbeit entwickelt. Herr Kollege GÜNTHER, der nunmehr leitender Arzt im Bereich des Arbeitsministeriums ist, arbeitet mit uns sehr eng zusammen.

Zur Zeit werden bekanntlich aufgrund eines Landtagswunsches Pläne für die Errichtung einer Akademie für Arbeitsmedizin erwogen. Ich muß Ihnen gestehen, daß ich dem zunächst noch etwas skeptisch gegenüberstehe, weil ich nicht weiß, ob die Institutionalisierung einer an sich doch nicht so umfangreichen Aufgabe die Errichtung einer eigenen Akademie wirklich rechtfertigt. Aber die Frage ist noch im Gespräch.

Die Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“, die auf Beschluß des vorjährigen Ärztetages inzwischen in Bayern in die Berufsordnung aufgenommen wurde, ist bisher an 40 Kollegen gegeben worden, die den Antrag eingereicht haben und die entsprechenden Unterlagen vorlegen konnten.

Jugendarbeitsschutzgesetz

Zum Jugendarbeitsschutzgesetz und der Durchführung der ärztlichen Untersuchungen möchte ich Ihnen, wie jedes Jahr, einige Zahlen sagen: Es wurden im letzten Jahr in Bayern 87 125 Erstuntersuchungen, 34 625 Nachuntersuchungen und 6 450 Ergänzungsuntersuchungen durchgeführt. Die Gesamtzahl der in den Jahren 1962 bis 1966 nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz durch bayerische Ärzte durchgeführten Untersuchungen beläuft sich auf 464 764. Das ist eine sehr interessante und aufschlußreiche Zahl. Auf die Diskrepanz in den Zahlen der Erstuntersuchungen und der Nachuntersuchungen habe ich schon wiederholt hingewiesen. Von uns aus wurde der Gesetzgeber auch nachdrücklich aufmerksam gemacht, daß ganz offensichtlich die Nachuntersuchungen nicht ordnungsmäßig durchgeführt werden, daß also die meisten Jugendlichen ohne Nachuntersuchungen trotzdem weiterbeschäftigt werden. Es war hier tatsächlich eine kleine Lücke im Gesetz. Nach dem Gesetz konnte die Nachuntersuchung nicht erzwungen werden. Deshalb hat der Bundesrat im Juli dieses Jahres eine Gesetzesänderung vorgenommen, durch die nunmehr auch die Nachuntersuchung erzwungen werden kann. Der entsprechende Artikel des Gesetzes (vgl. S. 841) lautet: „Vor Ablauf des ersten Beschäftigungsjahres hat sich der Arbeitgeber die Bescheinigung eines Arztes darüber vorlegen zu lassen, daß der Jugendliche nachuntersucht worden ist. Die Bescheinigung muß von dem Personensorgeberechtigten unterschrieben sein. Legt der Jugendliche die



Blick in die Vollversammlung

Bescheinigung nicht rechtzeitig vor, so hat der Arbeitgeber binnen eines Monats nach Ablauf des ersten Beschäftigungsjahres den Personensorgeberechtigten hiervon zu benachrichtigen. Der Jugendliche darf nicht weiterbeschäftigt werden, wenn er die Bescheinigung nicht binnen zwei Monaten nach Ablauf des ersten Beschäftigungsjahres vorlegt.“ Nun ist also die gesetzliche Grundlage auch für die Nachuntersuchungen geschaffen. Damit müßte Ihre Zahl steil ansteigen. Ich hoffe, daß die staatlichen Organe auch die Möglichkeit haben, nunmehr die Einhaltung dieser Gesetzesvorschrift zu überwachen.

Ich möchte gerade in diesem Zusammenhang auf einen Vorwurf hinweisen, der uns seinerzeit von der Sprecherin der SPD im Bayerischen Landtag gemacht wurde. Sie meinte, die Bayerische Landesärztekammer predige immer die Freiwilligkeit der Untersuchungen und die freie Arztwahl, aber beim Jugendarbeitsschutzgesetz habe sie sich sehr nachdrücklich für den Zwang zur Untersuchung eingesetzt, und das wohl deshalb — wie die Abgeordnete sagte —, weil ihr diese Aufgabe bereits übertragen sei, so daß der Zwang dann natürlich eine Förderung des ganzen Unternehmens darstelle.

Der Zwang zur Untersuchung der Jugendlichen wurde aber nicht von den Ärzten statuiert, sondern es war der ausdrückliche Wunsch des Gesetzgebers, der wollte, daß die Jugendlichen nicht ohne ärztliche Untersuchungen in den Arbeitsprozeß eintreten. Das Honorar für die Jugendarbeitsschutzuntersuchungen beträgt seit dem 1. 4. 1965 DM 34,—.

Die freie Arztwahl, wie sie in unserem Land bei der Durchführung der Untersuchungen gilt, ist nicht überall. So wurde z. B. in Berlin die Durchführung der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen den Schulärzten zur Dienstaufgabe gemacht, und auch die Ergänzungsuntersuchungen werden in Einrichtungen des Landes Berlin vorgenommen. Es ist sinnvoll, wenn wir uns um diese Dinge kümmern und dafür sorgen, daß hier eine Institutionalisierung bekämpft wird, die der Sache in keiner Weise gerecht wird. Wir könnten uns — darauf möchte ich der Klarheit halber hinweisen — selbstverständlich einer Institutionalisierung einer gesundheitspolitischen Aufgabe dann nicht entziehen, wenn die Sache in anderer Weise nicht optimal durchgeführt werden kann.

Für Bayern ist diese Frage kein Streitpunkt. Die Abrechnung erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung. Es ist eine große Arbeit, die dadurch anfällt. Herr Kollege VÖLLINGER mußte eine eigene Abrech-

nungsabteilung für diese Abrechnungen einrichten. Wir haben auf diese Weise auch den Überblick darüber, wo die Untersuchungen durchgeführt werden.

Wie bekannt, wird für die Jugendarbeitsschutzuntersuchungen eine Dokumentation vorbereitet. Das ist eine sehr wichtige Sache. Das riesige Material, das sich aus den Untersuchungen ergibt, nicht auszuwerten und daraus eventuell gesundheitspolitische Konsequenzen zu ziehen, wäre kaum verantwortbar.

Medizinische Fakultät

Mit dem bayerischen Kultusministerium haben wir von der Kammer her nur ganz gelegentliche Kontakte, z. B. bei der Überprüfung von Dokortiteln ausländischer Ärzte. Im Augenblick haben wir gerade wieder eine Aufgabe, nämlich die Betreuung einer Gruppe japanischer Ärzte, die hier in Deutschland auf Einladung des Auswärtigen Amtes reist. Ich persönlich wurde vom Herrn Staatsminister HUBER wiederholt in Fragen der Errichtung einer weiteren Medizinischen Fakultät konsultiert; die Kammer als solche hat sich damit nicht beschäftigen müssen. Der Bayerische Landtag hat am 12. 7. 1966 folgenden Beschluß gefaßt: „Zur raschen und wirkungsvollen Besserung der medizinischen Ausbildung wird der Technischen Hochschule München eine Medizinische Fakultät unter Heranziehung städtischer Krankenanstalten angegliedert.“

Dieser Beschluß hat erhebliche Reaktionen ausgelöst. Darüber wurden Diskussionen von allen Seiten und in allen Richtungen geführt. Ich glaube, die Errichtung weiterer medizinischer Ausbildungsstätten in der Bundesrepublik ist ein Erfordernis unserer Zeit, und zwar nicht deshalb, weil wir damit Massen von Medizinern heranbilden, sondern weil wir eine Intensivierung der ärztlichen Ausbildung erreichen wollen. Inzwischen sind in der Bundesrepublik schon eine ganze Reihe von Neugründungen erfolgt, so in Hannover, Lübeck, Essen, Mannheim und Aachen. Der Betrieb an diesen neuen Fakultäten wurde bereits aufgenommen.

Unsere Zusammenarbeit mit der Münchner Fakultät ist nach wie vor sehr gut. Wir haben vor allem auf dem Gebiet der Zulassung zum Medizinstudium eine Reihe von Gesprächen geführt. Dieses Kapitel gehört zu den kummervollsten. Eines aber müssen wir uns als Ärzte vor Augen führen: Die Forderung nach einer Beschränkung des Zugangs zum Medizinstudium im Interesse der Vermeidung einer Flut von Nachwuchs, die nicht bewältigt werden kann, muß konsequent anerkannt werden. Wir können sie aber nicht verbinden mit der Einschränkung: Diese Beschränkung kann natürlich nicht auf unsere eigenen Kinder Anwendung finden. Das ist nach den Rechtsgrundsätzen nicht vertretbar. Die Fakultät würde, wenn sie einen solchen Grundsatz aufstellen wollte, mit Sicherheit bereits den ersten Verwaltungsgerichtsprozeß verlieren.

Nun zum Auswahlverfahren selbst: Es gibt niemand in der Bundesrepublik, der über die derzeitigen Auswahlgrundsätze glücklich ist. Das Abiturzeugnis ist nun einmal als Bewertungsgrundlage problematisch. Aber man muß hinzufügen, daß von all den Vorschlägen, die bisher gemacht wurden, noch keiner für sich in Anspruch nahm, daß er besser sei als das Zugrundeliegende des Abiturzeugnisses. Vielleicht wäre es ein guter Weg, wenn man allen, die es wollen, die Möglich-



Blick in die Vollversammlung

keit gäbe, zunächst in einer Art Vorstudium sich zu bewähren, mit einer Leistungsprüfung, die dann über die Zulassung entscheiden würde. Dazu müßten natürlich auch organisatorisch einige Probleme gelöst werden. Man versucht aber auch jetzt immer wieder, Einzelfälle verständnisvoll zu prüfen. Es ist auch gelungen, in solchen Fällen hin und wieder Erfolg zu haben.

Im Zusammenhang mit der Errichtung von medizinischen Ausbildungsstätten würde ich persönlich es sehr begrüßen, wenn in der weiteren Zukunft auch ein klinischer Komplex von einer solchen Ausdehnung und Besetzung wie die Nürnberger Städtischen Krankenanstalten eines Tages als klinische Ausbildungsstätte mit für den Unterricht erschlossen würde. Das würde m. E. zur Verbesserung der Situation beitragen.

Sanitäts- und Gesundheitswesen der Bundeswehr

Eine sehr gute Zusammenarbeit pflegen wir auch mit den Sanitätseinrichtungen der Bundeswehr, hier in München vor allem mit der Akademie für das Sanitäts- und Gesundheitswesen der Bundeswehr und mit dem Wehrbereichsarzt. Die Kommandeure der Akademie haben immer mit uns Kontakt und wir konsultieren uns bei allen einschlägigen Gelegenheiten. Herr Generalarzt KLOTZ, der vorübergehend Kommandeur der Akademie war, wurde zum Stellvertretenden Inspekteur des Sanitätswesens ernannt. Sein Nachfolger ist Herr Kollege MERKLE. Der derzeitige Wehrbereichsarzt ist Herr Kollege HEINOLD, mit dem wir in einer uns berührenden Frage eine sehr vernünftige Übereinkunft erzielen konnten, nämlich in dem Verfahren über die Berufung von Vertragsärzten. Die Bundeswehr ist wegen ihres Mangels an Sanitätsoffizieren darauf angewiesen, an einer Reihe von Standorten auch Zivilärzte für die ärztliche Versorgung der Soldaten mit heranzuziehen. Wir sind der Meinung, daß diese Tätigkeit eines Vertragsarztes für die Bundeswehr eine echt allgemeinärztliche Tätigkeit ist. Wir haben deshalb mit Herrn Kollegen Heinold darüber gesprochen, weil wir der Meinung waren, daß diese Tätigkeit nicht ohne weiteres auch einem Facharzt übertragen werden kann. Wir vereinbarten, daß primär als Vertragsärzte der Bundeswehr nur Praktische Ärzte genommen werden können; wenn aber unter Einschaltung der ärztlichen Ständesvertretung, also des zuständigen Ärztlichen Kreisverbandes, ein Praktischer Arzt als Vertragsarzt nicht gewonnen werden kann, muß man einen Notstand in der ärztlichen Versorgung dieses Truppenteils anerkennen, und dann kann natürlich auch ein Facharzt diese Aufgabe übernehmen.

Hinsichtlich der Meldung von Sanitätsoffizieren bei den Ärztlichen Kreisverbänden hat es immer wieder Schwierigkeiten gegeben, und zwar weniger deshalb, weil die Kollegen selbst das nicht gewollt hätten, sondern deshalb, weil die Organe der Bundeswehr, die für die Geheimhaltung verantwortlich sind, Schwierigkeiten gemacht haben. Man war der Meinung, daß militärische Geheimnisse verraten werden, wenn ein Sanitätsoffizier sich bei seinem Kreisverband unter Angabe seines Dienstgrades und seines Truppenteils anmeldet. Ich möchte also bitten, daß die Meldungen dieser Kollegen unter normalen Bedingungen angenommen werden, d. h. der Arzt soll durch seine Urkunden belegen, daß er Arzt ist, aber es sollte nicht in der Karteikarte vermerkt werden, ob er Oberstabsarzt oder Feldarzt ist und wie der Truppenteil lautet. Erfreulicherweise hat gerade unser Kollege SONDERMANN in all den vergangenen Jahren auf die Entwicklung des Sanitätswesens der Bundeswehr sehr positiven Einfluß nehmen können. Ich glaube — und das wird auch allgemein anerkannt —, daß gerade das Sanitätswesen der Bundeswehr und die Kollegen bei der Bundeswehr diesem Wirken unseres Kollegen Sondermann sehr viel zu verdanken haben.

Facharztanerkennungen

Aus der inneren Arbeit unserer Kammer darf ich noch einiges berichten: Im Jahre 1965 wurden insgesamt 263 Facharztanerkennungen ausgesprochen. Es waren 204 Ärzte und 59 Ärztinnen. Der größte Anteil entfällt, wie immer, auf Chirurgie mit 50 und auf die Innere Medizin mit 67 Anerkennungen. Erfreulicherweise waren darunter auch 21 Facharztanerkennungen für Anästhesie. Das vermerke ich deshalb so positiv, weil wir gerade in der Anästhesie an unseren Kliniken einen erheblichen Mangel haben. Die Anästhesie ist heute ein Bestandteil der operativen Tätigkeit und kann als solche nicht mehr weggedacht werden. Wenn hier der Nachwuchs etwas reichlicher wird, kann man das im Interesse der ärztlichen Versorgung nur begrüßen.

Ärztliche Fortbildung

Auf dem Gebiet der Fortbildung hat die gesamte ärztliche Landesvertretung ihre Arbeit fortgesetzt. Hier braucht man keinen Unterschied zwischen den Ärztlichen Kreisverbänden und der Kammer zu machen; alle sind an dieser Arbeit beteiligt. Als eine Einrichtung, die nicht in den Bereich der ärztlichen Landesvertretung gehört, möchte ich auch das Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung hervorheben. Die Kurse in **Augsburg**, **Regensburg** und **Nürnberg** werden nach wie vor sehr gut besucht. Sie rechtfertigen das auch durch ihre Thematik. Ich möchte aber auch hervorheben, daß hier in Bad Wlessee durch den **Ärztlichen Kreisverband Miesbach** jedes Jahr ein sehr gut organisierter Fortbildungskurs durchgeführt wird, der viel mehr Interesse verdienen würde. Ich darf auch ganz besonders die **Chleimgauer Fortbildung** hervorheben. Das ist eine Einrichtung der Kreisverbände Traunstein, Laufen, Rosenheim und Bad Aibling. Hier wird das ganze Jahr über Fortbildung in einer wirklich vorbildlichen Form gemacht. Das wird neuerdings ergänzt durch Fortbildungswochenenden — sonst sind es ja Abendveranstaltungen —, die, wie ich mich selbst überzeugen konnte, sehr gut besucht werden

und eine große Ausstrahlung haben. Ich möchte an dieser Stelle allen Kollegen, die sich um die Organisation dieser Fortbildungskurse verdient gemacht haben, herzlichen Dank sagen. Ich möchte auch den Kollegen danken, die sich immer wieder als Referenten zur Verfügung stellen. Denn diese Aufgabe kann wirklich sehr belastend sein, weil man bei diesem Umfang der Fortbildung ziemlich häufig herangezogen werden kann.

Unsere klinischen Veranstaltungen, die Einwochenkurse, halten sich immer noch in sehr bescheidenem Rahmen. Es waren 1965 insgesamt 158 Teilnehmer, obwohl diese Kurse nach meiner Auffassung außerordentlich viel bieten und die Begeisterung immer sehr groß ist. Ich hoffe, daß es uns gelingt, künftig eine größere Beteiligung zu erzielen.

Insgesamt kann man sagen, daß die Aktivität der ärztlichen Landesvertretung auf dem Gebiet der Fortbildung groß ist, und alle Möglichkeiten so weit ausschöpft, daß mit Sicherheit weitere Aktionen oder weitere Einrichtungen wenig Neues bringen könnten.

Das sage ich auch im Zusammenhang mit Überlegungen, die sich auf die Gründung der **Ulmer Naturwissenschaftlich-Medizinischen Hochschule** beziehen, wo erstmals der Gedanke des sogenannten Kontaktstudiums zum Ausdruck gebracht wurde. In einem Gespräch mit den Referenten hat sich herauskristallisiert, was man darunter versteht. Man meint, es müßte möglich sein, an einer solchen Einrichtung Assistenzärzte zu beschäftigen, die man dann als Vertreter in die ärztlichen Praxen schicken kann, damit die Praxisinhaber für eine bestimmte Zeit an die Fakultäten kommen, um sich dort weiterbilden zu können, in Form von Vorlesungen oder Teilnahme am klinischen Betrieb. Ich glaube, daß eine solche Art des Austausches, so gut sie sich anhört, nur in einem ganz bescheidenen Umfang durchgeführt werden könnte. Das würde nur ein Tropfen auf den heißen Stein sein. Auch im militärischen Bereich ist schon wiederholt vorgeschlagen worden, die Stabsärzte sollten in die Praxen gehen, damit der Kollege draußen Gelegenheit hat, eine Reserveübung zu machen. Ich möchte hier nochmals sagen: Was die ärztliche Landesvertretung auf dem Sektor der Fortbildung leistet, ist so umfangreich, daß neue Erfindungen kaum denkbar sind und daß eine Lücke, die geschlossen werden müßte, hier mit Sicherheit nicht vorliegt.

Im vorigen Jahr ist der Wunsch geäußert worden, auch Fortbildungskurse über **Blutgruppenserologie** zu halten. Wir haben uns daraufhin mit dem Blutspendedienst des Bayerischen Roten Kreuzes in Verbindung gesetzt, und inzwischen fanden in Regensburg, Augsburg und Lindau Kurse statt. Ich darf annehmen, daß die Teilnehmer wertvolle Anregungen für ihre Untersuchungen im Bereich der Blutgruppenserologie gewonnen haben. Auch möchte ich die Hoffnung ausdrücken, daß vielleicht der eine oder andere Kollege gesehen hat, daß es sich um eine so diffizile Materie handelt, die spezielle Erfahrungen voraussetzt — die überdies an einer großen Zahl von Untersuchungen immer wieder erneuert werden sollten —, so daß er dann vielleicht doch zu dem Entschluß gekommen ist, diese Untersuchungen in dem kleineren Rahmen, den seine Praxis ermöglicht, nicht selbst durchzuführen. Auf dem Gebiet der Fortbildung haben wir uns außerdem bemüht, auch die ins Haus gelieferte Fortbildung für unsere Kollegen zu fördern. Wir haben eine

Schriftenreihe herausgegeben, von der jetzt vier Bände vorliegen. Der fünfte Band befindet sich gerade in Druck und wird in Kürze allen bayerischen Kollegen wiederum kostenlos zur Verfügung gestellt werden. Diese Schriftenreihe hat auch außerhalb Bayerns ein großes Interesse gefunden, so daß wir, obwohl wir für unseren eigenen Bedarf nur eine Auflage von 16 000 benötigen würden, schon 31 000 Exemplare auflegen mußten. Alle übrigen Bände gingen in die anderen Bundesländer, sehr viele werden auch vom Ausland angefordert. Ich glaube, daß wir den Kollegen mit diesen Bänden etwas an die Hand geben konnten, das lesenswert ist, und was ihnen für ihre Praxis dienen kann.

Darüber hinaus war es uns auch möglich, erstmals den niedergelassenen Ärzten Hefte der „**Monatskurse für die ärztliche Fortbildung**“ zur Verfügung zu stellen. Es kam uns dabei vor allem auf die Vorträge der Augsburger Fortbildungstagung an. Leider ist es nicht zu finanzieren, diese Monatshefte laufend an die niedergelassenen Ärzte zu liefern. Ich hoffe aber, daß wir die Zahl der Hefte, die wir zur Verfügung stellen, erhöhen können, ohne daß dafür etwas gezahlt wird.

Wir bemühen uns also darum, Fortbildung ins Haus zu liefern. Aber lesen muß sie jeder selbst!

Ärztliches Hilfspersonal

Mit besonderer Aufmerksamkeit hat sich die Kammer auch im vergangenen Jahr um die Ausbildung der Arzthelferinnen sowie um die Fortbildung von Röntgen- und Laborhelferinnen gekümmert. Der Zugang zum Lehrberuf der **Arzthelferin** zeigt weiterhin erfreulicherweise eine steigende Tendenz. 1965 wurden 441 Lehrlinge geprüft; 1966 waren es bereits 470 Lehrlinge. Bestanden haben die Prüfung 386 bzw. 423 Lehrlinge. Das zeigt also, daß diese Prüfung nicht eine Formsache ist, sondern daß Leistungen verlangt werden. Die Kammer pflegt auf diesem Gebiet, das von uns entwickelt wurde, einen sehr engen Kontakt mit den Berufsschulen und ihrem Lehrkörper, aber auch mit den zuständigen Abteilungen der Arbeitsämter und natürlich auch mit den Kollegen, die als Lehrer an den Schulen oder als Lehrherren solcher Lehrlinge tätig sind. Wir können gerade mit dieser Ausbildung der Arzthelferin den Kollegen einen sehr großen Dienst erweisen und wollen auch in Zukunft diese Aufgabe ganz besonders pflegen.

Unsere Fortbildungskurse für **Röntgenhelferinnen** sind laufend besetzt. Wir müssen sogar immer etwas über die wünschenswerten Zahlen für einen solchen Kurs hinausgehen. Damit konnten wir den in der Praxis tätigen Kollegen gute Hilfe angedeihen lassen. Es muß dabei berücksichtigt werden, daß es ganz einfach nicht möglich ist, für alle Krankenhäuser und vor allem für alle Praxen medizinisch-technische Assistentinnen zur Verfügung zu stellen. Wir müssen mit Gehilfinnen arbeiten, und deshalb ist die Fortbildung der Röntgen- und Laborhelferin eine recht wesentliche Aufgabe.

Die Röntgenhelferinnenkurse in Erlangen standen bisher unter der fachlichen Leitung von Herrn Professor FRIK, der inzwischen einen Ruf auf den Lehrstuhl für Radiologie an der neugegründeten Medizinischen Fakultät in Aachen erhalten hat. Ich möchte ihm unseren herzlichen Dank für seine Hilfe sagen.

Für **Laborhelferinnen** hat inzwischen der erste Fortbildungskurs stattgefunden, und zwar an den Städtischen Krankenanstalten in Nürnberg. Er stand unter der Leitung von Herrn Professor HILLMANN. Hier müssen wir noch Erfahrungen sammeln, vor allem, welcher Lehrstoff in Frage kommt. In Bälde wird wieder ein Kurs in Nürnberg abgehalten werden und, voraussichtlich, auch einer in München. Man sollte gerade auf diese Möglichkeit, die Laborhelferinnen der ärztlichen Praxis weiterzubilden, die Kollegen noch näher hinweisen. Wir wären gern bereit, hier noch mehr junge Mädchen aufzunehmen und in diesen Kursen fortzubilden.

Auf die inzwischen aufgeworfene Frage, ob man auch Helferinnen für zytologische Laboratorien ausbilden sollte, werde ich im Zusammenhang mit diesem Thema nochmals zu sprechen kommen.

Chefarztverträge

Erheblichen Umfang hat in der Kammer auch noch die Beratung der Kollegen eingenommen, die Chefarztverträge abschließen oder deren Chefarztverträge geändert werden sollen. Ich freue mich darüber ganz besonders, weil es zeigt, daß der einzelne Kollege den Eindruck gewonnen hat, daß die ärztliche Standesvertretung nicht etwa ein Aufsichtsorgan ist, das immer nur dreinreden will, sondern daß es eine echte Beratungsfunktion ist, die wir hier im Interesse der Kollegen ausüben, um zu verhindern, daß sie schlechte und unzumutbare Verträge abschließen.

Zur Situation der Belegärzte

Ganz besonders beschäftigte uns, und zwar zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung, in den letzten Monaten die große Bewegung, die in die Belegarztverhältnisse gekommen ist. Die Krankenkassen und die Krankenhausträger sind plötzlich an die Belegärzte herangetreten und haben versucht, von ihnen erhebliche Abgaben zu erbalten. Wir bekamen Alarmrufe aus allen Teilen Bayerns und konnten daraus sehr bald ersehen, daß es sich um eine allgemeine Aktion der Krankenhausträger handelt. Wir haben dann Verhandlungen mit allen zuständigen Gremien aufgenommen, mit der Krankenhausgesellschaft, dem Landkreisverband, dem Prüfungsverband öffentlicher Kassen und natürlich auch mit den Krankenkassenverbänden selbst. Es ist jetzt zumindest ein Stillstand erreicht worden, d. h. die Bayerische Krankenhausgesellschaft hat nunmehr empfohlen, die Krankenhausträger sollten sich in dieser Frage mit den Belegärzten nicht überwerfen, sondern zunächst einmal abwarten, bis eine Regelung auf Landesebene getroffen werden kann. Ich habe die Hoffnung, daß es uns möglich sein wird, die Belegärzte vor unzumutbaren Forderungen zu schützen. Dabei stützen wir uns auf die Belegarztgrundsätze von 1959, die ganz klar zum Ausdruck bringen, daß der Belegarzt zwar für die Inanspruchnahme des ärztlichen Dienstes eine Kostenerstattung zu leisten hat, daß aber darüber hinaus Unkostenerstattungen nicht erfolgen können. Allerdings erbringt der Belegarzt eine Reihe von Leistungen für den Krankenhausträger, die außerordentlich beachtlich sind. Er verzichtet auch auf Leistungen vom Kostenträger, die ebenfalls wesentlich sind, so daß hier ein echtes gegenseitiges Interessenverhältnis

zwischen Krankenhausträger und Belegarzt anerkannt werden sollte.

Die Krankenhausträger sind im übrigen sehr aufgeschlossen, wenn es sich um die Einschaltung der Kammer handelt, wenn also die Kollegen draußen ihrem Landrat oder Oberbürgermeister erklären, daß sie die Mitwirkung der Bayerischen Landesärztekammer wünschen.

Vermittlung von Arztvertretern und Assistenten

Die Vertreterzentrale hat sich auch in der Berichtszeit sehr gut bewährt. Sie hat 1965 369 Vertretungen vermittelt. Leider gelingt es nicht in allen Fällen, einen Vertreter bereitzustellen, aber immerhin doch in sehr vielen Fällen. Im Jahre 1966 waren es bisher schon 418 Vermittlungen für Vertretungen. Daneben weisen wir auch noch, ohne eine offizielle Arbeitsvermittlung zu betreiben, auf freie Stellen an Krankenanstalten hin, die uns bekannt werden, oder wir vermitteln umgekehrt zwischen Krankenhausträger und Ärzten bei Stellenbesetzungen. Auch hier sind 1965 und in diesem Jahr einige hundert Fälle von uns behandelt worden. Die Einrichtung dieser Abteilung der Kammer hat sich also sicherlich recht gut bewährt.

Kammerausschüsse

Die Ausschüsse, welche sich gebildet haben, tagen je nach Bedarf. Wir lassen den Ausschüssen weitestgehenden Spielraum, auch in der Gestaltung der Beratungsthemen. Ich möchte den Ausschußmitgliedern danken, daß sie vor allem aus eigener Initiative Themen aufgreifen und für die Kammer vorbehandeln.

Ärzteblatt - Pressestelle

Das „Bayerische Ärzteblatt“ und die Pressestelle gehören zu den Hauptaufgaben der Kammer. Die Auflage des „Bayerischen Ärzteblattes“ beträgt z. Z. 17 250. Sie ist also erheblich gestiegen und geht über die Zahl der bayerischen Ärzte hinaus. Wir haben eine nicht unwesentliche Zahl von nichtärztlichen Beziehern und natürlich auch von Beziehern außerhalb Bayerns. Auch die benachbarten Kammern in Österreich und in der Schweiz sind sehr an unserem Blatt interessiert. Das Thema des medizinischen und des Standesschrifttums ist nicht ganz einfach. Ich möchte sogar sagen: Solche Blätter zu halten und zu unterhalten, ist im Laufe der Jahre nicht einfacher, sondern erheblich schwieriger geworden. Man muß wissen, daß es in der Bundesrepublik nicht weniger als 180 medizinische Fach- und Standesblätter gibt mit einer Gesamtauflage von rund 1,5 Millionen Exemplaren. Daß damit natürlich die Aufnahmebereitschaft unserer Kollegen sehr stark beansprucht wird, liegt auf der Hand. Was nicht weniger beansprucht wird, ist natürlich auch die Seite, die durch ihre Werbung die Existenz dieser Blätter praktisch gewährleistet, also die pharmazeutische Industrie. Sie beobachtet teilweise mit sehr exakten Marktforschungsmethoden die Wirkung ihrer Werbung und richtet danach auch ihre Aufträge aus. Für uns steht bei diesem ganzen Thema nicht die Werbung im Vordergrund, sondern die Information der Kollegen. Wir müssen also auch bei der Auswahl der Anzeigen den Gesichtspunkt der Information immer im Auge behalten. Denn der Kollege soll ja wissen, was es an neuen Arzneimitteln gibt und was dabei ver-



Von rechts nach links:
Min.-Rat Dr. Hein, Reg.-Dir. Dr. Wilhelm, RA Poellinger, Min.-Rat Weißauer, ORR Dr. Lubert

treibar ist. Es ist sicher nicht uninteressant, daß rund 80% aller Arzneimittel in der Bundesrepublik über Verordnungen eines Arztes verkauft werden und daß der Wert dieser über die Verordnung eines Arztes verkauften Arzneimittel bei 2,5 Milliarden DM liegt. Das ist demnach ein immenser Faktor unserer Wirtschaft.

Wir haben das „Bayerische Ärzteblatt“ sehr stark auf die ärztliche Fortbildung abgestellt, im übrigen soll es aber eine Mischung von Interessantem, Nützlichem und Notwendigem bringen. Die Kritik an einem Blatt ist natürlich immer möglich. Ich darf nur auf die ständig wiederholten Klagen über die Fülle der Anzeigen hinweisen, über die wir uns auch schon oft unterhalten haben. Ich glaube, aus meinen Ausführungen können Sie entnehmen, daß es anders nicht möglich ist.

Von der Pressestelle aus pflegen wir den Kontakt mit den Journalisten. Dabei ist gerade die Aufklärung der Journalisten in gesundheitspolitischen Fragen von erheblicher Bedeutung. Ich möchte daran erinnern, daß es unsere Pressestelle war, die seinerzeit bei unverantwortlichen Veröffentlichungen über das Bamfolin als erste tätig geworden ist und daß auch wir es gewesen sind, die sehr gute Gesprächskontakte zwischen Gynäkologen und Journalisten herstellen konnten, als der Östrogenrummel in Gang kam. Das sind Punkte, die positiv hervorzuheben sind.

Zusammenarbeit

mit anderen ärztlichen Organisationen

Unsere Zusammenarbeit mit den ärztlichen Organisationen pflegen wir nach wie vor. Mit der Kassensärztlichen Vereinigung haben wir ständig gemeinsame Aufgaben zu erledigen. Aber auch die Hausgemeinschaft mit dem Hartmannbund und dem Marburger Bund hat sich sehr fruchtbringend ausgewirkt und sollte in dieser Form weitergeführt werden. Aber auch mit allen anderen freien ärztlichen Verbänden pflegen wir Kontakt und stehen jederzeit zur Verfügung, wenn es darum geht, gemeinsam interessierende Fragen zu erörtern.

Der Ständige Ausschuß der Ärzte der EWG

Daß unsere Kammer z. Z. das Generalsekretariat für den Ständigen Ausschuß der Ärzte der EWG beherbergt, ist bekannt. Damit ist eine Fülle von Arbeit verbunden, aber ich glaube, daß wir sie im Interesse

des zukünftigen vereinigten Europas leisten sollen, auch wenn es sich um eine Aufgabe handelt, die gar nicht einfach ist. Diese sechs sehr unterschiedlich gewachsenen Länder zusammenzuführen, ist sehr schwierig und bedarf einer ungeheuren Geduld. Zur Zeit stehen bei den Beratungen auf der EWG-Ebene die Beratungen über die Koordinierung der Bestimmungen über die Weiterbildung der Fachärzte im Vordergrund, daneben aber ebenso die Gespräche über die Einführung einer Weiterbildungszeit für den Allgemeinarzt — ein Wunsch, der in allen Ländern gleichermaßen besteht, dessen Realisierung also in sämtlichen europäischen Ländern angestrebt wird. Vorbildlich sind bereits jetzt die Schweiz und Österreich, wo nämlich Berufsordnungsbestimmungen — in Österreich sogar Bestimmungen über die Zulassung zum Beruf — bereits seit Jahren in Kraft sind. Auch in Luxemburg ist etwas Ähnliches schon eingeführt worden.

Der Zeitpunkt der freien Niederlassung der Ärzte in der EWG kommt täglich näher auf uns zu. Wir werden uns also bemühen müssen, bis zum Stichtag der Freizügigkeit in Europa Ordnungen zu schaffen, die dafür sorgen, daß diese dann hergestellte Freizügigkeit sich auch in entsprechenden Bahnen entwickelt.

Fürsorgefonds und Hilfsausschuß

Über die Aufgabe der Kammer, sich um ihre alten Kollegen und die Hinterbliebenen der Ärzte zu kümmern, haben wir im vergangenen Jahr ausführlich gesprochen. Ich darf berichten, daß die Gesamtsumme der Beihilfen im Jahre 1965 DM 463 000,— betrug. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns hat 1965 aus ihrem Sozialfonds insgesamt DM 1 132 000,— aufgewendet. Zusammen haben also Kammer und KV 1965 zur Versorgung unserer alten Kollegen und der Hinterbliebenen unserer Ärzte 1,6 Millionen DM aufgebracht. Mit dieser Summe können wir uns sehen lassen, und wir haben damit bewiesen, daß uns diese Sorge wirklich eine echte Herzensangelegenheit ist, der wir uns auch weiterhin widmen wollen. Ich möchte auch hier meinem Kollegen Sondermann, unserem Vizepräsidenten, danken, daß er sich mit soviel Liebe gerade um diese alten Kollegen kümmert und in seinen Einzelgesprächen viele Mißverständnisse ausräumen konnte. Ein besonderer Dank gebührt aber auch den Mitgliedern des kleinen Hilfsausschusses, den Kollegen ALLWEIN und KLING und dem leider verstorbenen Kollegen PECKERT. Diese Herren stehen der Kammer laufend zur Verfügung und sind oft beisammen, um die Fälle zu bearbeiten und dafür zu sorgen, daß jeder so schnell wie möglich zu dem kommt, was wir ihm geben können und wessen er bedarf.

Bayerische Ärzteversorgung

Damit bin ich aber auch bei einem Kapitel angelangt, das ebenfalls in den Bereich der Sorge für den Arzt und seine Familie gehört, nämlich bei der Bayerischen Ärzteversorgung. Darüber haben wir im vergangenen Jahr ausführlich gesprochen, und ich darf mich wohl auf unsere seinerzeitigen Verhandlungen beziehen, sie sind ja wohl noch in Erinnerung. Inzwischen ist das seinerzeit noch nicht vorliegende Gutachten Heubeck erstattet worden. Aufgrund dieses Gutachtens hat der Landesausschuß seine Arbeit aufgenommen. Heubeck hat uns empfohlen, den Steigerungssatz nicht weiter

zu erhöhen, also nicht über 20% hinaus, weil aus versicherungsmathematischen und versicherungsrechtlichen Gründen die Erhöhung des Steigerungssatzes zu Rücklagen führen müßte, die einen Umfang annehmen, der eigentlich nicht mehr vertretbar erschiene. Er hat deshalb empfohlen, den anderen Weg zu gehen und die laufenden Renten in gewissen Abständen anzuheben, um auf diese Weise eine Anpassung an den Kaufkraftverlust zu erreichen. Entsprechende Beschlüsse wurden vom Landesausschuß gefaßt und im „Bayerischen Ärzteblatt“ veröffentlicht. Es wurde eine Erhöhung der laufenden Renten ab 1. 1. 1966 vorgenommen, und es wird eine weitere Erhöhung ab 1. 1. 1967 vorgenommen werden. Wir hoffen, daß es uns möglich sein wird, solche Erhöhungen fortlaufend vorzunehmen, ohne daß dadurch die Stabilität der Anstalt gefährdet wird. Daß unsere Beschlüsse vielleicht noch nicht das Optimum dessen darstellen, was man erreichen kann, ist durchaus möglich und zuzugeben. Aber jeder Beschluß betrifft nur eine gewisse Zeit. Wir haben also die Möglichkeit neuer Verbesserungen und sind nicht einzementiert in dem, was wir jetzt beschlossen haben.

Wir haben im vergangenen Jahr sehr ausführlich auch die Vergleiche zwischen der Rentenversicherung und der Bayerischen Ärzteversorgung angesprochen. Ich habe damals darauf hingewiesen — und Herr Nebel hat das bestätigt —, daß hier von vornherein jede Vergleichsbasis fehlt. Denn der Steigerungssatz, der für jede Rentenberechnung angewendet wird, beträgt bei der Rentenversicherung im Durchschnitt nur 10,7% und bei uns von vornherein 20%. Also ist schon der Ausgangswert der Rente im Vergleich zu dem, was in die Ärzteversorgung einbezahlt wurde, nahezu doppelt so hoch wie in der Rentenversicherung. Wir können also nicht sagen: Weil wir weniger angepaßt haben als die Rentenversicherung, darum sind wir schlechter. Es ist kein derartiger Vergleich möglich. Andererseits beobachten wir natürlich mit Sorge die Entwicklung der Rentenversicherung insgesamt. Sie ist schon lange nicht mehr eine Einrichtung auf der Basis des Deckungsverfahrens oder des offenen Deckungsplanverfahrens, sondern eine Einrichtung, die nach dem Abschnittsdeckungsverfahren arbeitet. Neuerdings bestehen Pläne, die de facto — wenn man es einmal etwas vereinfacht sagt — ein Übergang zum Umlageverfahren sind. Das scheint uns eine recht bedenkliche Entwicklung zu sein. Wir jedenfalls können uns keine Experimente leisten, weil wir für die Stabilität unserer Anstalt verantwortlich sind. Andererseits muß man sagen, daß die Leistung, die wir erbringen, im Vergleich zu der eingezahlten Beitragsmark sich nach wie vor sehen lassen kann, vor allem gegenüber der Rentenversicherung.

Leider konnte das leidige Thema der Begrenzung der Einzahlungen und Beiträge im Hinblick auf die Körperschaftsteuerpflicht der Anstalt bisher noch nicht zu einem für uns günstigen Abschluß gebracht werden. Die Beitragsgrenze liegt zur Zeit bei DM 4 300,—, rund gerechnet. Sie steigt jährlich an. Wir waren das ganze Jahr über bemüht, in Verhandlungen mit den verschiedensten Beteiligten voranzukommen. Auch im Augenblick läuft wieder eine Reihe von Gesprächen in dieser Richtung. Es wäre schon rein zeitlich bis jetzt gar nicht möglich gewesen, hier eine Änderung

zu erwirken, weil der Bundestag derartige Steueränderungen immer nur insgesamt vornimmt, wenn ein neues Steueränderungsgesetz eingebracht wird. Das war in der Zwischenzeit nicht der Fall. Trotzdem muß ich sagen: Es wird nicht ganz einfach sein, hier voranzukommen, schon deshalb, weil es sich um ein weitgehend bayerisches Problem handelt. Die Versorgungseinrichtungen der übrigen Bundesländer werden von dieser Bestimmung nicht berührt, weil sie ohnedies nur Beiträge annehmen, die niedriger sind als diese Grenze. Bei uns war es so, daß mit Einführung der Begrenzung etwa 25% der Kollegen, die mehr bezahlten, davon betroffen wurden. Sie dürfen versichert sein, daß wir alle Möglichkeiten ausschöpfen, um hier zu einer Verbesserung zu gelangen. Dabei kann man aber leider Gottes kein Schnellzugtempo erwarten. Dazu sind die Dinge zu kompliziert, und auch die Interessenlage der verschiedenen Beteiligten ist zu unterschiedlich.

Im übrigen haben wir ja von seiten der freien Berufe sowieso mit Verständigungsschwierigkeiten gegenüber dem Gesetzgeber zu tun. Es ist Ihnen sicherlich nicht entgangen, daß in den Katalog der Steueränderungen, die zur Verbesserung des Haushalts beitragen sollen, auch die Streichung des Freibetrags — des Abgeltungsbetrags für im einzelnen nicht nachweisbare Sonderausgaben von DM 1200 — aufgenommen wurde. Wie der Bundestag darüber entscheiden wird, ist noch offen.

Neufassung der ärztlichen Bestallungsordnung

Dann gibt es noch ein Thema, das zwar nicht als Thema unserer Landespolitik anzusehen ist, das uns aber doch außerordentlich beschäftigt, nämlich der Bereich der Neufassung der ärztlichen Bestallungsordnung und damit im Zusammenhang auch die verschiedenen Publikationen über Pläne, sei es des Wissenschaftsrats, sei es von anderer Seite. Nachdem die Wellen sehr hoch schlugen, ist inzwischen mindestens insoweit Klarheit erreicht worden, daß die Arbeiten an einer neuen ärztlichen Bestallungsordnung mit den sonstigen Vorstellungen des Wissenschaftsrats nicht zusammenhängen, daß also unsere Bemühungen um eine Verbesserung der Ausbildung der Ärzte und die Schaffung der Voraussetzungen dafür im Rahmen einer neuen Bestallungsordnung getrennt betrachtet werden müssen.

Die anderen zwei Probleme, von denen vor allem die Frage, ob das Promotionsrecht der Ärzte geändert werden soll, an erster Stelle diskutiert wird, bedürfen sehr eingehender Überlegungen. Darüber wird die Diskussion sehr lang weitergehen. Sie haben gelesen, daß der Wissenschaftsrat die Auffassung vertreten hat, daß die zukünftige Intensivierung des Medizinstudiums keinen Raum mehr für eine Doktordissertation im bisherigen Sinne lasse, und daß deshalb der Vorschlag gemacht wurde, den „Dr. med.“ auf Grund der bestandenen ärztlichen Prüfung zu verleihen. Das wäre also die Promotion ohne Dissertation. Daneben wurde vorgeschlagen, für Ärzte, die eine Arbeit mit wissenschaftlichem Rang abgeben, einen „Dr. sc. med.“ einzuführen. Ich persönlich bin der Meinung, daß die Frage Dissertation oder nicht in aller Ruhe erörtert werden sollte. In Deutschland ist es Tradition, daß eine Doktorarbeit geschrieben wird. Die Zahl der Doktoranden ist sehr hoch: rund 97% aller Ärzte haben

den „Dr. med.“. Das ist eine Zahl, die zwangsläufig von keiner anderen Fakultät erreicht wird. Bei den Juristen z. B. liegt die Zahl unter 50%. Was ich nicht für sinnvoll halten würde, wären zwei „Dr. med.“ in der gleichen Fakultät. Das ist aber eine Sache, über die sich reden läßt. Es gab ja in Deutschland schon einmal vorübergehend den „Dr. med. habil.“. Er wurde wieder abgeschafft.

Sollte man sich lieber dazu entschließen, die bisherige Form der Doktorarbeit beizubehalten, so glaube ich, daß auch hier niemand auf die Barrikaden gehen wird. Worauf es aber ankommt, ist die Intensivierung der Ausbildung des Arztes, damit wir wirklich auf ein Niveau kommen, das Anerkennung findet, und das in einer Zeit, die mit der in den übrigen Ländern vergleichbar ist.

Die Frage, inwieweit im ärztlichen Bereich nicht-ärztliche Naturwissenschaftler an der Forschung teilnehmen, wird in der Welt unterschiedlich beurteilt. Der Anteil der nichtärztlichen Forscher auf medizinisch-naturwissenschaftlichen Gebieten beträgt in Amerika in manchen Zentren bis zu 70%. Allerdings sind wir uns durchaus darin einig, daß Mißverständnisse in dem Sinn, daß es etwa zweierlei Ärzte geben sollte, vermieden werden müssen. Die Väter dieses Gedankens hatten mit Sicherheit nicht den Plan, zweierlei Ärzte zu schaffen. Wenn sie sich falsch ausgedrückt haben, muß man zu klaren Formulierungen kommen. Dabei erhebt sich auch die Frage, wie man die Kräfte, die als Chemiker, als Physiker, als Zoologen studieren und dann als Biochemiker oder im physiologischen Bereich tätig sind, bezeichnen soll und welcher Fakultät man sie zuordnen soll. Mir persönlich kommt es in dieser Frage, die von der Bestallungsordnung getrennt zu sehen ist, nur darauf an, daß die Ärzteschaft mit entsprechenden Argumenten in das Gespräch geht und daß wir nicht rein emotional auf Dinge reagieren, die einer nüchternen Beurteilung bedürfen.

Die Beratungen über eine neue Bestallungsordnung sind in eine neue Phase getreten. Das Bundesgesundheitsministerium wird keinen eigenen Hausentwurf mehr vorlegen, sondern hat eine Kommission gebildet, die geschlossen tagt. Sie hat den Auftrag erhalten, die neue Bestallungsordnung für Ärzte zu erarbeiten und die dabei nötigen Änderungen der Bundesärzteordnung vorzubereiten. Diese Kommission hat ihre erste Sitzung abgehalten und wird nun laufend tagen, so daß der nächste Entwurf einer Bestallungsordnung für Ärzte von vornherein auf der Grundlage der Arbeit dieser Kommission erstellt werden kann, der Vertreter des Wissenschaftsrats, der Fakultäten, der leitenden Medizinalbeamten, der Bundesärztekammer und je ein Vertreter der Krankenhausesellschaft und des Wissenschaftsministeriums angehören.

Dank für Mitarbeit

Damit darf ich zum Schluß kommen. Dieser Ärztetag ist der letzte in dieser Legislaturperiode. Ich möchte deshalb die Gelegenheit nicht vorübergehen lassen, ohne Ihnen allen und all denen, die sich um unsere Anliegen verdient gemacht und die Arbeit mit uns geteilt haben, einen herzlichen Dank zu sagen. Dieser Dank gilt in erster Linie Ihnen selbst. Denn ohne das Vertrauen der Vollversammlung der Bayerischen

Landesärztekammer könnte der Vorstand seine Arbeit nicht leisten und hätte keine Grundlage für seine Tätigkeit. Persönlich danke ich den Mitgliedern des Vorstands für ihre Mitarbeit und für das hohe Verantwortungsbewußtsein, das sie bei allen Beratungen stets bewiesen haben. Ich darf sagen, daß die Diskussionen, die wir in unseren Vorstandssitzungen führten, außerordentlich aufschlußreich waren und immer wieder neue Gesichtspunkte ergeben haben.

Einen besonderen Dank darf ich hier meinem Kollegen Sondermann sagen, der seit nunmehr 12 Jahren zusammen mit mir im Amt ist und dieses Joch gemeinsam mit mir getragen hat. Er ist mir in dieser Zeit immer ein väterlicher Freund gewesen. Meinen Dank an die Mitglieder der Ausschüsse habe ich bereits zum Ausdruck gebracht. Ich darf ihn hier wiederholen. Ich möchte in diesen Dank einschließen meine ärztlichen und juristischen Mitarbeiter in der Kammer im Rahmen unserer Verwaltung. Ich möchte aber auch denen danken, die außerhalb der Kammer tätig sind und uns als Fachleute immer wieder zur Verfügung stehen und uns stets bestens beraten haben. Das sind vor allem die Herren Juristen, die ich schon

erwähnte, Ministerialdirigent Knies, Regierungsdirektor Dr. Wilhelm, Ministerialrat Weißbauer und unsere beiden Brauns, die auch ständig mit uns tätig sind und uns beraten.

Lassen sie mich als letztes — iast not least — einen sehr herzlichen Dank an alle meine sonstigen Mitarbeiter in der Verwaltung der Kammer sagen, ganz gleich, auf welchem Posten sie stehen und welche Funktion sie auszuüben haben. In einem Getriebe, das sehr viel laufende Verwaltungsarbeit zu leisten hat, ist jeder gleich wichtig. Denn wenn der Leiter eines Ressorts gut ist und der Oberoffiziant versagt, dann entstehen genauso Pannen wie im umgekehrten Fall. Wir brauchen eben in einer menschlichen Gesellschaft und genauso in einer Verwaltung jeden. Ich darf dankbar anerkennen, daß im Rahmen der Verwaltung unserer Kammer diese Pflichterfüllung sehr ernst genommen wird. Ich habe meinen Dank deshalb begründet zum Ausdruck gebracht.

Damit darf ich meinen Tätigkeitsbericht beenden.

Nach Abschluß des Tätigkeitsberichtes erfolgte eine ausführliche Diskussion.

Die Weiterentwicklung der Berufs- und Facharztordnung

Referat von Dr. H. Sewering

Wir haben auf dem Deutschen Ärztetag in Essen über diesen Punkt bereits verhandelt. Ich hatte den Auftrag, dort einen Bericht über den Stand unserer Arbeiten zu geben. Mein Referat wurde im „Deutschen Ärzteblatt“ und im „Bayerischen Ärzteblatt“ abgedruckt. Ich darf mich deshalb wohl darauf beschränken, die wesentlichen Punkte noch einmal hervorzuheben.

Die Fortentwicklung unserer Facharztordnung ergab sich aus zwei Gründen: Erstens deshalb, weil die Entwicklung weitergegangen ist, ferner weil sich in den verschiedenen Fachgebieten die Notwendigkeit einer Neugestaltung ergab und eine ganze Fülle von Anträgen und Wünschen vorlag; außerdem deshalb, weil wir im Zuge der Angleichung, der Koordinierung im Rahmen der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft gezwungen sind, unsere Facharztordnung in den sechs Ländern aufeinander abzustimmen. Die Römischen Verträge schreiben vor, daß die Freizügigkeit spätestens mit dem Ende der Übergangsperiode einzusetzen hat und daß bis zu diesem Zeitpunkt die Ausbildungsbedingungen und die Bedingungen der Berufsausübung aufeinander abzustimmen, also zu koordinieren sind. Diese beiden Gesichtspunkte hatten wir miteinander zu verbinden. Das ist auch der Grund, warum wir uns vor längerer Zeit daran machten, die derzeit geltende Facharztordnung zu überarbeiten und diesen Gesichtspunkten anzupassen. Dabei ergab sich eine Reihe von Kernfragen, die ich auch in meinem Essener Referat angesprochen habe und die ich jetzt nur ganz kurz noch einmal herausstellen möchte.

Frage eins war: Welche Fachgebiete sollen anerkannt werden? Ob wir also neue Facharztbezeichnungen ein-

führen sollen und müssen, ob wir den Katalog erweitern sollen. Die zweite Frage war, damit zusammenhängend, ob es besser erscheint, die beiden Mutterfächer Innere Medizin und Chirurgie geschlossen zu erhalten, aber die Betätigung auf Teilgebieten dieser Mutterfächer zuzulassen mit einer Kennzeichnung nach außen, also die Einführung von sogenannten Teilgebietsbezeichnungen. Außerdem ist bedeutsam die Frage nach den Weiterbildungszeiten und schließlich die Frage nach der Bezeichnung des Facharztes und die Frage nach der Qualifikation des Facharztes. Darüber hinaus haben wir den Plan, die Facharztordnung um einen Abschnitt zu erweitern, und zwar Richtlinien über die Art und Weise und den Inhalt der Facharztweiterbildung festzulegen.

Zur ersten Frage, welche Fachgebiete anerkannt werden sollen und wie wir die Mutterfächer Innere Medizin und Chirurgie behandeln sollen, darf ich berichten, daß wir zu dem Ergebnis gekommen sind, den Katalog der selbständigen Facharztbezeichnungen nicht zu erweitern. Es soll also dabei bleiben, daß im großen und ganzen nur die Fachgebiete als selbständig anerkannt werden sollen, die auch bisher schon in unserer Facharztordnung enthalten waren. Lediglich die Unterteilung oder die Zulassung von Teilgebietsbezeichnungen in der Inneren Medizin und in der Chirurgie mußte von uns geprüft werden, und zwar vor allem deshalb, weil wir hier vor einer ganz merkwürdigen Situation stehen. In den anderen Ländern der EWG, und zwar in 5 Ländern mit Ausnahme des unsrigen, gibt es heute bereits keine einheitliche Innere Medizin mehr, sondern neben dem sogenannten Facharzt für Innere Me-

dizin selbständige Facharztbezeichnungen für Gastroenterologie, Kardiologie, Rheumatologie, physikalische Medizin. Es wäre natürlich der Wunsch unserer Partner in der EWG gewesen, daß auch wir solche selbständigen Facharztbezeichnungen einführen, also die Innere Medizin auflösen in selbständige Fachgebiete. Wir konnten uns dazu nach reiflicher Überlegung nicht entschließen, sondern hielten daran fest, daß „Facharzt für Innere Medizin“ ein geschlossenes Ganzes sein muß. Wir kamen aber zu dem Ergebnis, daß trotzdem die Notwendigkeit der Kennzeichnung gewisser Teilgebiete innerhalb dieser Mutterfächer anerkannt werden müßte. Deshalb wurde in unseren bisherigen Arbeiten vorgesehen, daß für den Facharzt für Innere Medizin Teilgebietsbezeichnungen für Gastroenterologie, Kardiologie, Lungen- und Bronchialerkrankungen, physikalische Therapie, Rheumatologie eingeführt werden sollten, daß aber diese Teilgebietsbezeichnungen nur geführt werden dürfen von Fachärzten für Innere Medizin. Das heißt also, jeder Kollege, der im Bereich der Inneren Medizin tätig sein will, muß zunächst einmal die gesamte Facharztweiterbildung für Innere Medizin durchlaufen und kann sich dann unter bestimmten Bedingungen auf ein Teilgebiet zurückziehen und dies, wenn er sich niederlassen will, auch dem Publikum anzeigen. Das ist der Grundgedanke, der uns hier geleitet hat. Dasselbe gilt für die Chirurgie, wobei auf Vorschlag der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie für dieses Fachgebiet zunächst drei Teilgebietbereiche vorgesehen sind: Kinderchirurgie, Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Unfallchirurgie.

Wir sind uns darüber klar, daß man über diese Frage durchaus geteilter und verschiedener Meinung sein kann. So ist es z. B. auch in den Gesprächen gewesen, die wir mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und dem Berufsverband der Internisten geführt haben. Wir entwickelten zunächst gemeinsam diesen Gedanken im Frühjahr dieses Jahres. Ganz kurz vor dem Essener Ärztetag habe ich dann aber erfahren, daß die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin ihre Auffassung geändert hätte, daß sie nun doch die Teilgebietsbezeichnungen nicht wünsche. In wenigen Tagen findet nochmals ein Gespräch mit der Deutschen Gesellschaft statt, und ich bin davon unterrichtet, daß auf Grund der weiteren Untersuchungen und Entwicklungen nunmehr auch die Internisten wieder der Meinung sind, daß dieser Weg doch der richtige sei. Sie haben sich inzwischen in unseren Nachbarländern informiert und gesehen, daß die Aufspaltung in selbständige Fachgebiete kaum vermieden werden könnte, wenn wir nicht zumindest der Lebendigkeit dieses Faches insofern Rechnung tragen würden, daß wir für die wenigen, die das wollen, eine Teilgebietsbezeichnung zulassen. Das ist mit kurzen Worten die Problematik.

Hinsichtlich der Weiterbildungszeiten wird Ihnen in dem angeführten Katalog, der nach dem Stand vom April 1966 aufgenommen ist, aufgefallen sein, daß sich die Weiterbildungszeiten in vielen Fächern geändert haben. Wir mußten bei einer Reihe von Fächern die Weiterbildungszeiten von 3 auf 4 Jahre verlängern, zum Teil deshalb, weil es nachdrücklichste Anträge und Forderungen der Gesellschaften waren, aber zu einem guten Teil auch deshalb, weil wir uns im Zuge der Koordinierung unserer Bestimmungen an die euro-

6. Bayerische Internistentagung

am 19./20. November 1966

In München

päischen Zeiten angleichen mußten, die hier sehr wesentlich zugrunde gelegt wurden. So ergab sich in der Ophthalmologie und in der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde eine Verlängerung auf 4 Jahre, in der Orthopädie zum Beispiel eine Verlängerung auf 5 Jahre. Bei der Inneren Medizin wird Ihnen aufgefallen sein, daß eine Verlängerung der Weiterbildungszeit auf 6 Jahre vorgesehen ist. Das darf ich begründen: Bisher war es immer fraglich, ob ein Internist, wenn er seine Facharztanerkennung erhält, im Rahmen dieser Ausbildung auch eine röntgendiagnostisch ausreichende Ausbildung erhalten hat oder nicht. Im großen und ganzen mußte man zu dem Ergebnis kommen, daß die röntgendiagnostische Ausbildung des Internisten mit der Facharztanerkennung unzureichend war. Deshalb hat die Kassenärztliche Vereinigung von sich aus gesonderte Bestimmungen erlassen über die Zulassung zur röntgendiagnostischen Tätigkeit für Fachärzte und Allgemeinärzte. In den Beratungen mit allen Fachgesellschaften, also nicht nur mit der Inneren Medizin, hat sich ergeben, daß jedes Fachgebiet den Wunsch hat, daß die für das Fachgebiet notwendige röntgendiagnostische Ausbildung zum festen Bestandteil der Facharztweiterbildung gemacht wird. Das war im Rahmen der Inneren Medizin aber nur möglich durch eine Verlängerung der Weiterbildungszeit von 5 auf 6 Jahre. So kam es dazu, daß wir erstmals die 5-Jahres-Grenze überschreiten mußten.

In der Chirurgie bestand die Notwendigkeit der Angleichung auf 6 Jahre schon aus dem EWG-Katalog heraus, weil die europäische Weiterbildungszeit für die Chirurgie und sogar für die Neurochirurgie — da mußten wir nachgeben — mit 6 Jahren beschlossen worden ist. Es halten sich die meisten Fachgebiete also jetzt im Rahmen der Vier- und Fünfjahreszeit; zwei Gebiete, die Chirurgie und die Innere Medizin, werden 6 Jahre haben, und voraussichtlich wird es auch bei der Neurochirurgie zu 6 Jahren kommen; aber darüber besteht noch keine einhellige Auffassung.

Schließlich zum nächsten Punkt, zur Bezeichnung des Facharztes. Sie haben gelesen, daß ich in meinem Referat in Essen die Anregung gegeben habe, diese grundlegende Neuordnung der Facharztordnung auch zu benutzen zu einer Harmonisierung der Bezeichnungen. Es wurde der Vorschlag unterbreitet, für alle Ärzte auszugehen von dem eigentlichen Begriff „Arzt“ und an diesen Begriff Arzt anzufügen, was der einzelne tut. Ich habe in meinem Essener Referat darauf hingewiesen, daß es eine Steigerung des Begriffes „Arzt“ wohl nicht geben kann, daß also Facharzt an sich eine

überflüssige Zufügung ist; denn das Publiikum soll ja nur wissen, was dieser Arzt tut, ob er sich allgemein-ärztlich betätigt oder auf einem bestimmten Fachgebiet, also z. B. „Arzt für Augenheilkunde“. Im übrigen geht die Entwicklung auch bei uns — so wie sie in anderen Ländern eigentlich weitgehend schon gegangen ist — dahin, daß man sich immer mehr auf Kurzbezeichnungen stützt. Deswegen werden erstmals in der neuen Facharztordnung die Kurzbezeichnungen Augen-, Frauen-, Kinderarzt offiziell in den Facharzt-katalog aufgenommen und damit zugelassen. Sie werden heute bereits in großem Umfang geführt, aber im Grunde genommen ist es nicht in Übereinstimmung mit der Berufsordnung, wenn ein Kollege auf sein Schild schreibt „Nervenarzt“ oder „Kinderarzt“. Wir haben es aus Vernunftsgründen toleriert, weil jeder sich darüber klar war, daß diese Kurzbezeichnungen sich geradezu anbieten. Aber sie waren nicht offiziell zugelassen. Im neuen Katalog sollen die Kurzbezeichnungen also auch offiziell zugelassen werden.

Weiter die Frage der Qualifikation: Sie wissen, daß wir in der Bundesrepublik Deutschland auf dem Standpunkt stehen, die Qualifikation des Facharztes solle nicht durch eine Prüfung erfolgen, sondern durch das Zeugnis der Ausbilder. Es wurden für und gegen eine Prüfung in den vergangenen Jahren sehr erhebliche Argumente vorgebracht. In anderen Ländern, wie etwa in den Vereinigten Staaten oder England, zunehmend auch in Frankreich und Belgien, ist man der Meinung, daß es ohne eine Prüfung nicht gehe. Wir haben zusammen mit Holland den Standpunkt vertreten, daß eine intensive Facharztweiterbildung, die full time sein muß, also im Angestelltenverhältnis, neben dem keine andere Tätigkeit ausgeübt werden darf, einer Prüfung am Ende nicht bedürfe, sondern daß es in die Verantwortung des Ausbilders gestellt werden muß, das Zeugnis auszustellen oder auch einmal die Facharztstreife nicht zu bescheinigen. Daß das natürlich nicht ganz einfach für den Ausbilder sein wird, darüber war man sich klar. Aber die überwiegende Meinung geht bei uns dahin, daß man einer Facharztprüfung nicht zustimmen, sondern den bisherigen Weg beibehalten sollte. Um nun aber zu einer Intensivierung und besseren Überprüfbarkeit der Leistung des Kandidaten zu kommen, soll die Facharztordnung um einen Abschnitt erweitert werden, nämlich um ein Kapitel, in dem für jedes Fachgebiet genau festgestellt wird, was

der junge Arzt erlernen muß, was ihm also der Ausbilder vermitteln muß während dieser Jahre und welche Kenntnisse er besitzen muß, wenn er sich um die Anerkennung als Facharzt bewirbt. Die Zeugnisse der Ausbilder würden dann in Zukunft sich an diesem Katalog auszurichten haben. Das heißt, sie müßten wesentlich umfangreicher sein und müßten den überprüfenden Ausschuß in die Lage versetzen, anhand des Zeugnisses im Vergleich zu dem Ausbildungskatalog zu überprüfen, ob tatsächlich der Ausbildungsgang den Vorschriften der Facharztordnung entspricht. Die Fachgesellschaften haben gerade in diesem Bereich sehr intensiv mitgeholfen und uns zum guten Teil bereits sehr gut ausgearbeitete Ausbildungskataloge zur Verfügung gestellt. Bei den operativen Fächern beinhaltet dieser Katalog auch den sogenannten Operationskatalog. Es wird hier vorgeschrieben, wieviel Operationen in den einzelnen Bereichen nachgewiesen werden müssen. Aber es hat sich gezeigt, daß auch in konservativen Fächern, wie der Inneren Medizin, es durchaus möglich ist, einen solchen Katalog zu erstellen. Als letztes Beispiel bekam ich den Ausbildungskatalog der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde, in dem sehr klar dargestellt ist, welche Kenntnisse ein Facharztbewerber besitzen muß, wenn er sich um die Facharztanerkennung bewirbt. Im übrigen darf ich gerade zu diesem Fachgebiet Neurologie und Psychiatrie berichten, daß hier eine Änderung gegenüber unserem Entwurf unter Ziffer 12 eintreten wird, insofern, als für die Zukunft die Möglichkeit vorgesehen werden soll, sowohl als Arzt für Nervenkrankheiten als auch als Arzt für Psychiatrie tätig zu sein, aber auch beide Gebiete mit einer entsprechend längeren Ausbildungszeit miteinander zu kombinieren. Es wird also hier praktisch drei Möglichkeiten geben. Wer sich nur für Neurologie interessiert, kann sich auf die Neurologie beschränken, der andere auf die Psychiatrie. Aber mit einer entsprechend längeren Zeit soll es ihm auch möglich sein, beide Fächer miteinander zu kombinieren.

Ich darf ganz allgemein sagen, daß wir heute keine ausdrücklichen Beschlüsse zu fassen haben. Es geht nur darum, daß die Meinungsbildung angeregt wird, daß Sie orientiert sind über diese Arbeit; denn sie muß fortgesetzt werden. Es ist geplant, auf dem nächstjährigen Deutschen Ärztetag die Berufs- und Facharztordnung in der neuen Form zu verabschieden.

Revonal®

Revonal® retard

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

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

Zwei »patente« Schlafmittel

EMBLICH
DARMSTADT

Vorsorgemaßnahmen

Referat von Dr. H. Sewering

In meinem Tätigkeitsbericht habe ich bereits darauf hingewiesen, welch immense Bedeutung die präventive Medizin für den praktizierenden Arzt gewinnt und daß wir hier vor völlig neuen Entwicklungen stehen, die zu einer echten Umstrukturierung der ärztlichen Praxis führen können und meines Erachtens mit Sicherheit führen werden.

Sie kennen die Diskussionen in der Öffentlichkeit. Ich darf auch darauf hinweisen, was zu diesem Thema im Bayerischen Landtag gesprochen wurde. Wir haben es im Februar-Heft des „Bayerischen Ärzteblattes“ veröffentlicht. Ich habe mich darin mit den Ausführungen der Frau Landtagsabgeordneten WESTPHAL auseinandergesetzt. Sie haben darauf wohl ersehen, daß von einer schmerzlosen Entwicklung der Aufgabe „präventive Medizin“ in der Praxis des niedergelassenen Arztes keineswegs die Rede sein kann, daß wir vielmehr um diese Aufgabe ringen müssen und sie nur dann in unserer Hand halten werden, wenn wir uns echt und mit vollem Einsatz darum bemühen. Das erfordert einen Prozeß des Umdenkens, dem wir uns nun einmal unterwerfen müssen. Ich bin davon überzeugt, daß die Arztgeneration nach uns mit diesen Aufgaben bereits so vertraut sein wird, daß sie es gar nicht verstehen kann, wie sehr wir uns seinerzeit darum bemühen mußten und wie schmerzhaft dieser Umdenkvorgang bei uns gewesen ist. Ich möchte nur kurz die Ausführungen der Frau Abgeordneten Westphal zitieren, die sie zum Thema der Früherfassung der Diabetiker gemacht hat. Sie weist darauf hin, daß es doch schon sehr moderne Methoden gäbe, mit Laborwägen, die in der Lage sind, mit 3 Technikern und 3 Hilfskräften in einem in drei Schichten arbeitenden Betrieb bei guter Organisation in 24 Stunden 1000 Personen zu untersuchen. Sie hat sich das in Amerika angesehen, wo man gern einmal einen solchen Massentest macht, nicht weil man das Verfahren einführen will, sondern weil man wissenschaftliche Grundlagen an einer großen Population erarbeiten will. Sie war davon so beeindruckt, daß sie sagte, es sei wenig produktiv, solche Aufgaben in die Hand der niedergelassenen Ärzte zu legen; es sei viel besser, Laborwägen durchs Land zu schicken, die dann die Leute durchjagen, und die Ergebnisse liegen in einer ungeahnten Präzision vor.

Das sollte jedem von uns zeigen, daß die Auseinandersetzung, wer Träger der präventiven Medizin werden wird, noch keineswegs beendet ist. Das veranlaßt mich immer wieder, unsere Kollegen zu mahnen: „Nehmt diese Aufgabe auf Euch, auch wenn sie Euch noch so unbequem erscheint, und machen wir es so, wie es moderne Erfordernisse heute einfach verlangen!“ Ich erinnere Sie daran, wie sehr wir erschrocken sind, als wir zum ersten Male das umfangreiche Formular für die Jugendarbeitsschutzuntersuchungen vor uns liegen sahen: x Seiten, unzählige Kästchen und Fragen. Wir haben uns daran gewöhnt, die Kollegen machen diese

Untersuchungen. Ich sagte Ihnen gestern: Rund 500 000 Untersuchungen sind in Bayern inzwischen bereits gemacht worden. Wir werden auch die Dokumentation schaffen, die jetzt von uns verlangt wird. Wir sprachen über das Sprechstundenblatt für die Schwangerenbetreuung. Auch daran werden wir uns gewöhnen. Man muß nur seinen Arbeitsstil, seine Technik etwas ändern, dann werden wir es schaffen. Wir müssen es schaffen, weil es um die beste Form der ärztlichen Versorgung unserer Bevölkerung geht.

Bei der Vorbereitung solcher Präventivmaßnahmen stehen wir vor einer sehr beachtlichen Frage. Der Begriff „Prävention“ wird hier in einem schon etwas stark ausgeweiteten Sinn gebraucht; denn die Suche nach unbekanntem Diabetikern ist keine Prävention, sondern eine Frühdiagnose. Aber rein aus dem Sprachgebrauch heraus haben wir uns daran gewöhnt, unter Gesundheitsvorsorgemaßnahmen auch die Frühdiagnose mit zu verstehen. Wir stehen hier also vor der Frage: Gezielte Einzelmaßnahmen oder Untersuchung des ganzen Menschen? Also nur gezielte Suche nach Diabetes, nur nach Herz- und Kreislauferkrankungen, nur nach Karzinomen? Oder können und müssen wir an unserem Grundsatz festhalten, daß die Gesundheitsvorsorgeuntersuchung immer den ganzen Menschen erfassen muß, den Menschen in seiner Gesamtheit, also mit Leib und Seele, und in diesem Rahmen dann natürlich die Beantwortung bestimmter gezielter Fragen? Nicht etwa deshalb, weil das die Stellung des Einzelarztes stärkt, sondern aus der Sache heraus haben wir allen Grund, die Gesamtvorsorgeuntersuchungen zu verlangen, also immer wieder hervorzuheben, daß das Objekt unserer Vorsorgeuntersuchungen nicht der möglicherweise bestehende Diabetes ist, sondern der ganze Mensch, den wir hier erfassen wollen. Man kann mit EKGs die Herzbeschwerden nicht ergründen, wenn ein Herzleid dahintersteht. Wir wissen, wie viele Magenbeschwerden rein seelischer Ursache sind. Es ist ein unglücklicher Arbeitsplatz, es sind familiäre Verhältnisse, die sich oft in Herzbeschwerden oder Magenbeschwerden niederschlagen. Das zu erfassen, ist allein im Gespräch zwischen Arzt und Patient möglich. Erst dann können wir bestimmte gezielte Untersuchungsmaßnahmen durchführen, die man nach den Erfahrungen der Notwendigkeit steuern kann.

Wir werden also unsere Forderung auch gegenüber dem Gesetzgeber aufrechterhalten, die Vorsorgeuntersuchung zu einer Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherung zu machen. Hier sehe ich einen echten Ansatz zu einer Reform der sozialen Krankenversicherung, der sinnvoll ist und uns voranbringt.

Zweifelloos steht bei der Fragestellung nach dem Umfang bestimmter Volkskrankheiten im Augenblick der Diabetes sehr stark im Vordergrund: 1. weil er tatsächlich einen beachtlichen Umfang hat, 2. weil sich das gesamte Interesse der Öffentlichkeit gerade auf den

Diabetes gerichtet hat. Die Zahlen sind auch, soweit wir sie heute schon besitzen, alarmierend. Man hat im Jahre 1930 eine Häufigkeit von 0,2 bis 0,3 v. H. angegeben und muß damit rechnen, daß nach den Unterlagen von 1962/63 die Häufigkeit bei 1,0 bis 1,5 v. H. liegt. Das ist natürlich eine enorme Zunahme der Zahl der Erkrankungen. Auf diese Zahlen und andere sehr interessante Einzelheiten hat die Gesundheitsabteilung des Staatsministeriums des Innern in der Denkschrift hingewiesen, die sie dem Landtag in dieser Frage vorgelegt hat. Man sagt also heute, auf einen bekannten Diabetiker dürfte ein unbekannter entfallen.

Wir stehen damit vor der Aufgabe, diesen Vermutungen nachzugehen. Wir müssen endlich einmal wissen, wie hoch ist nun wirklich die Erkrankungshäufigkeit, wie verteilt sich die Erkrankung auf die verschiedenen Altersgruppen, auf die Geschlechter, gibt es vielleicht sogar soziale Fragestellungen in diesem Zusammenhang? Um eine ganz klare Grundlage zu bekommen, möchten wir von der Bayerischen Landesärztekammer her im Einvernehmen mit dem Bayerischen Staatsministerium des Innern einen großen, nach rein wissenschaftlichen Fragestellungen aufgebauten Versuch machen, der uns alle die Fragen beantworten soll, die uns im Augenblick interessieren, und die dann die Voraussetzungen schaffen für den Einbau einer planmäßigen Diabetessuche in den Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen. Dieser Großversuch, der uns das Material, die Zahlen, die Argumente liefern kann, sollte nach unseren ersten Arbeitsbesprechungen und Überlegungen mit der Bevölkerung der Stadt München gemacht werden. Wir denken daran, sie — wahrscheinlich beginnend von dem 20. oder 21. Lebensjahr ab — anzusprechen und sie aufzufordern, sich bei dieser großen wissenschaftlichen Fragestellung zu beteiligen. An sich ist die korrekte Suche nach dem Diabetes und seine Klärung nur möglich durch entsprechende Untersuchungen des Blutes, also durch die Blutzuckerbestimmungen. Es ist aber leider nicht möglich, einen Großversuch auf Blutzuckeruntersuchungen aufzubauen, weil das rein an den technischen Möglichkeiten scheitern würde. Es bleibt deshalb nach Meinung der Experten nichts anderes übrig, als sich darauf zu beschränken, daß wir Urin-Untersuchungen vornehmen, wobei allerdings die Voraussetzung für ein möglichst nahe an die echten Zahlen heranführendes Ergebnis ist, daß wir die Bevölkerung anhalten, vor Benützung des Teststreifens ein entsprechendes Frühstück einzunehmen, das einer Art von Glukosebelastung gleichkommt. Wir werden also die Bevölkerung von München, wenn

uns die Delegierten der Kammer den Auftrag erteilen, ansprechen. Wir werden ihr in einem Brief klarmachen, was wir wollen und worum es geht. Wir werden die Anleitung geben, welches Frühstück eingenommen werden soll und wie der Teststreifen zu benützen ist. Dann soll der weitere Ablauf sein, diese Teststreifen auszuwerten. Wir müssen auch einmal die Beteiligung der Bevölkerung bei solchen Vorsorgemaßnahmen testen. Bei allen verdächtigen Fällen sollen dann die Münchener Ärzte tätig werden, zu denen die Leute mit verdächtigen Teststreifen geschickt werden. Von hier ab — das ist das Einfache an diesem Versuch — beginnt bereits die RVO Platz zu greifen, das heißt jeder, dessen Teststreifen verdächtig ist, erfüllt die Voraussetzungen der RVO, kann also mit Krankenschein zu seinem Arzt gehen. Die Münchener Kollegen würden wir dann bitten, diese verdächtigen Fälle zu untersuchen, durch Diagnose zu klären und uns zahlenmäßig die Ergebnisse zur Verfügung zu stellen, damit wir von Anfang an sagen können: Soundso viele Menschen haben wir angesprochen, so viele haben sich an der Aktion beteiligt, in dieser Größenordnung waren verdächtige Teststreifen, und von diesen verdächtigen Teststreifen führten soundso viele zur Diagnose Diabetes. Das Material wird dann mit Lochkarten, die zur Verfügung stehen, in Altersgruppen aufgeteilt usw. Wie Sie also sehen, ist das ein außerordentlich umfangreicher Modellversuch mit einer Fülle wissenschaftlicher Fragestellungen. Ich möchte hinzufügen, daß Haushaltsmittel der Bayerischen Landesärztekammer dafür nicht in Anspruch genommen werden, sondern wir die Finanzierung dieses Großversuchs bereits auf andere Weise sicherstellen konnten, obwohl die Kosten sehr erheblich sind.

Wir haben in einem Vorgespräch bereits eine kleine Arbeitsgruppe gebildet, die sich aus Fachleuten zusammensetzt. Die wissenschaftliche Seite wird vom Herrn Kollegen MEHNERT vertreten, der in einer vorbildlichen Weise mit uns zusammenarbeitet und dem es genauso wie uns darauf ankommt, einen Weg zu finden, die Diabetesfahndung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung in den Händen der niedergelassenen Ärzte zu belassen und keine großen Reihenuntersuchungen etwa als Dauereinrichtung einzuführen.

Wir werden über die Ergebnisse berichten und daraus die Schlüsse ziehen, die sich für weitere gesundheitspolitische Maßnahmen auf diesem Gebiet ergeben. Weiter darf ich noch berichten, daß mit der Teststreifenaktion auch die Eiweißuntersuchung gemacht werden

Herbsttagung der Bayerischen Röntgengesellschaft

am 26./27. November 1966

in München

soll, und zwar deshalb, weil sich nach den Publikationen und den Ergebnissen der wissenschaftlichen Untersuchungen gerade der letzten Zeit gezeigt hat, daß wir eine immense Zahl von unbekanntem Nierenerkrankungen haben, die — wenn man sie rechtzeitig behandeln würde — eine gute Prognose hätten, die aber — wenn sie nicht erkannt werden — im Laufe der Jahre zu irreversiblen Schädigungen führen. Auch hier würde die Klärung des Verdachtfalles in der Hand der niedergelassenen Ärzte, also der Münchener Ärzteschaft, liegen.

Ich darf bei der Gelegenheit noch darauf hinweisen, daß es einen ganz ausgezeichneten Film über die Ernährung des Diabetikers gibt, der sich an die Patienten wendet. Die Münchener Kollegen hatten bereits Gelegenheit, ihren Patienten Eintrittskarten für solche Filmvorführungen zu vermitteln. Wir hatten einige solche Filmvorführungen im Münchener Luitpoldtheater, die völlig ausgebucht waren. Die Methode, daß der Arzt seine Patienten zu einer solchen Vorführung einlädt, hat sich bestens bewährt. Der Film steht nunmehr auch für Vorführungen in ganz Bayern zur Verfügung. Wenn also Kreisverbände solche Vorführungen für die Patienten ihrer Mitglieder haben wollen, dann wenden Sie sich bitte an uns. Wir werden Sie beraten und Ihnen helfen. Wir können Sie auch finanziell unterstützen, weil uns dafür Mittel zur Verfügung stehen, auch hier wiederum nicht aus dem Haushalt der Bayerischen Landesärztekammer. Sie sehen also, daß wir die Frage der Finanzierung immer sehr genau überlegen und daß es uns nicht selten gelingt, Wege zu finden, die der Sache dienlich sind und auch von uns vertreten werden können.

Zum zweiten Thema *Tetanusprophylaxe*: Sie wissen, daß die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie wiederholt die Forderung nach einer Schutzimpfung der Gesamtbevölkerung gegen Tetanus erhoben hat, weil das der einzige Weg ist, um dieser so heimtückisch und im allgemeinen tödlich verlaufenden Erkrankung zu begegnen. Im Tagungsheft des „Bayerischen Ärzteblattes“ sind für die Ärzteschaft Richtlinien für die Prophylaxe von Tetanus abgedruckt, die von der Internationalen Tetanuskonferenz herausgebracht wurden. Über die Methode der Impfungen gibt es derzeit eine Diskussion. Der zur Zeit allgemein übliche Weg ist bekannt: zwei Impfungen im Abstand von vier Wochen, eine dritte nach etwa einem Jahr, also einer Zeit von mindestens sechs, längstens zwölf Monaten. Es ist aber im Moment auch eine andere Methode in Diskussion, bei der an fünf aufeinanderfolgenden Tagen eine Impfung vorgenommen werden soll. Ich glaube aber, im Augenblick ist die übliche Methode noch die, im Abstand von vier Wochen zwei Impfungen, die dritte nach noch nicht ganz oder rund einem Jahr vorzunehmen.

Die Häufigkeit der Erkrankung ist — wenn man sie in Relation zur Bevölkerung setzt — nicht allzu überwältigend. Nach den Statistiken hatten wir in den Jahren von 1960 bis 1964 pro Jahr zwischen 47 und 78 Todesfälle an Tetanus. Das ist, rein als Zahl gesehen, eine außerordentlich geringe Häufigkeit, für den einzelnen Betroffenen ist es aber ein tragisches Schicksal, weil im allgemeinen kaum geholfen werden kann. Die Kosten eines Behandlungsfalles werden zwischen 25 000 und 30 000 DM, also recht erheblichen Aufwendungen, angegeben.

Nun ergab sich schon aus den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie die Frage: Was kann geschehen? Die erste Frage, die aufgeworfen wurde, war die — und das war auch eine Forderung der Chirurgen, die erhoben wurde —, daß der Staat die Tetanus-Impfung als allgemeine Impfung, möglichst sogar als Pflichtimpfung, einführen sollte. Die Bayerische Staatsregierung hat in dieser Frage ganz eindeutige Stellung genommen und erklärt, daß der Staat für die Durchführung dieser Impfungen, als Pflichtimpfungen, auf keinen Fall die zuständige Stelle sein könne; denn der Staat sei zuständig für Seuchenbekämpfung, aber nicht für die Bekämpfung von Erkrankungen, die ein Einzelschicksal darstellen, wie es der Tetanus nun einmal ist. Von seiten des Staates werden irgendwelche Impfaktionen in größerem Umfang für Erwachsene nicht durchgeführt werden. Hingegen impfen die Gesundheitsämter im Rahmen ihrer Impfungen gegen Diphtherie und Keuchhusten die Tetanus-Vakzine mit, weil es hier in einem geht und durch diese Dreifach-Impfung ein Gang erspart werden kann. Die Kinder und Jugendlichen also können im Rahmen der Impfungen gegen Diphtherie und Keuchhusten mit erfaßt und auch gegen Tetanus geimpft werden.

Die zweite Frage ist: Kann es eine Aufgabe der Versicherungsträger sein, die Kosten für eine derartige Impfung zu übernehmen? Ich habe zu einem Gespräch Vertreter der Staatsregierung, der Berufsgenossenschaften, der Rentenversicherung, der Krankenversicherungsträger eingeladen, und wir haben uns gemeinsam über diese Frage unterhalten. Eine Kalkulation, die ich zu diesem Zweck habe machen lassen, ergab, daß eine Impfung aller Versicherten in Bayern, wenn man sie anlaufen lassen würde — wobei man es mit einer Bevölkerung zu tun hätte, die zum großen Teil noch nicht geimpft ist, denn die geimpften Jahrgänge wachsen erst nach —, einen Aufwand von rund 37 Millionen DM erfordern würde, die innerhalb von 12 Monaten aufgebracht werden müßten. Die Vertreter der verschiedenen von mir genannten Versicherungsorganisationen haben erklärt, daß sie die Notwendigkeit der Tetanusimpfung in vollem Umfang anerkennen, daß sie auch der Meinung sind, daß man sie der Bevölkerung nachdrücklichst empfehlen soll. Sie waren aber nicht in der Lage — schon auch angesichts der Relationen, die hier bestehen —, die Summe von rund 37 Millionen DM aufzubringen.

Es bleibt also die dritte Frage: Ist es nicht wirklich der gegebene Weg, an das Verantwortungsbewußtsein des einzelnen Staatsbürgers zu appellieren, ihm zu sagen: „Der Tetanus kann jeden von uns erwischen, es gibt gegen ihn eine absolut sichere Methode der Vorbeugung, nämlich die Impfung. Also, lieber Mitbürger, dein Leben müßte dir eigentlich die paar Mark wert sein, die diese Impfung kostet, gehe zu deinem Arzt und lasse dich impfen!“ Ich gestehe Ihnen nach reiflicher Überlegung und nach all den Gesprächen, die wir hier geführt haben, daß ich heute diesem dritten Weg zuneige. Wir reden doch dauernd davon, daß das Selbstverantwortungsbewußtsein unserer Bürger gestärkt und gefördert werden muß. Ich glaube, hier haben wir einmal einen echten Testfall vor uns, bei dem wir die Menschen ansprechen und ihr Verantwortungsbewußtsein anstacheln können. Persönlich würde ich empfehlen, daß wir in diesem Sinne einen Aufruf

an die bayerische Bevölkerung richten und gleichzeitig unsere Kollegen bitten, wenn die Leute zur Impfung kommen, die Kosten der Impfung so zu bemessen, wie sie die Gebührenordnung vorsieht. Meine Empfehlung also: Appell an die Selbstverantwortung unserer Bürger und nachdrücklichste Empfehlung, die Tetanus-Schutzimpfung durchführen zu lassen.

Dritter Punkt: Frühdiagnose des gynäkologischen Karzinoms, also des Kollumkarzinoms durch Förderung der Zyto-Diagnostik. Ich brauche Ihnen nicht zu sagen, daß die Zyto-Diagnostik gerade beim Portlokarzinom eine Fahndungsmethode ist, die den Arzt in die Lage versetzt, bereits etwas auszusagen in einem Stadium, in dem es sich noch nicht um eine Karzinomerkrankung handelt. Die Untersuchung des Zellabstriches nach dem System von Papanicolaou versetzt den Arzt in die Lage, hier ein sicheres Urteil abzugeben. Die Gynäkologen stehen auf dem Standpunkt, daß dieses Karzinom geradezu ausgerottet werden könnte, wenn solche Untersuchungen bei den Frauen im entsprechenden Alter gemacht werden und damit also eine Frühstadiendiagnose betrieben würde. Nun sind wir uns darüber klar und haben Untersuchungen angestellt, daß dann, wenn diese Methode im größten Rahmen angewendet würde, die zytologischen Untersuchungsstellen überhaupt nicht in der Lage wären, die Einsendungen zu bewältigen. Sowohl das Bayerische Staatsministerium des Innern, also die Gesundheitsabteilung, als auch wir von der Kammer haben Erhebungen angestellt, wobei ich den Herren der KV-Bezirksstellen sehr herzlich danken möchte für ihre Mitwirkung bei den Erhebungen. Wir sind zudem an die uns bekannt gewordenen Kollegen, die solche Untersuchungen durchführen, herangetreten und haben sie gebeten, uns nähere Angaben zu machen. Wir wollen also feststellen, in welchem Umfang heute bereits solche zytologischen Untersuchungen von Abstrichen gemacht werden können. Wir wollen versuchen, diese Untersuchungsstellen noch auszubauen, ihre Zahl zu vermehren und auf diese Weise den praktizierenden Kollegen die Möglichkeit zu geben, in größerem Umfang Einsendungen durchzuführen.

In diesem Zusammenhang stellt sich auf Anregung der Gesellschaft für Zytologie auch für uns die Frage, ob die Bayerische Landesärztekammer in Analogie zu ihren Fortbildungskursen für Röntgen- und Laborhelferinnen auch interessierte junge Mädchen, z. B. Arzthelferinnen mit abgeschlossener Ausbildung, in eigenen Kursen zu Helferinnen für zytologische Laboratorien heranbilden sollte, damit den Kollegen, die solche Untersuchungen zu übernehmen bereit sind, auch entsprechendes Hilfspersonal zur Verfügung steht.

Nachdem der Zugang zum Beruf der Arzthelferin laufend stärker wird, wir also hier ein immer stärkeres Angebot an jungen Mädchen haben, könnte man wirklich ernsthaft überlegen, ob es nicht sinnvoll wäre, einmal einen solchen Kurs für Helferinnen in zytologischen Laboratorien durchzuführen, die dann den Kollegen zur Verfügung stehen. Darüber hinaus möchte ich gern auch für zytologisch interessierte Ärzte Fortbildungskurse einrichten, damit sie sich auf den neuesten Stand bringen können und wir in Bayern eine möglichst einheitliche Methodik der Untersuchungen bekommen, um auf diese Weise ein Optimum zu erreichen. Ich denke, daß es sich auch hier um eine Aufgabe der Kammer handelt, die außerordentlich bedeutungsvoll ist. Wir würden sie gern im engsten Einvernehmen mit der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums, das uns hier sehr unterstützt, weiterführen.

Als letztes möchte ich Sie unterrichten darüber, daß die Gesundheitsabteilung des Innenministeriums in den Regierungsbezirken Niederbayern und Oberpfalz nunmehr einen Modellversuch für die Erfassung der Phenylketonurie macht. Sie wissen ja, daß es sich bei der Phenylketonurie um eine angeborene Stoffwechsellanomalie handelt, die an sich sehr selten ist; auf 10 000 Neugeborene kann man mit einem Fall von Phenylketonurie rechnen. Aber immerhin muß festgehalten werden, daß dieses eine Kind ein unausweichliches Schicksal erleidet. Wenn die Phenylketonurie nicht behandelt wird, führt diese Stoffwechsellanomalie zum Schwachsinn. Es könnten in der Bundesrepublik immerhin etwa 100, in Bayern 18 Säuglinge pro Jahr vor diesem Schicksal bewahrt werden. Auch hier ist es eine ganz minimale Zahl im Verhältnis zur Gesamtzahl von etwa 180 000 Entbindungen in Bayern, aber trotzdem glaube ich, daß es berechtigt ist, einen solchen Modellversuch zu machen. Die Staatliche Bakteriologische Untersuchungsanstalt in Regensburg wurde beauftragt, die Einsendungen aller Krankenhäuser und Entbindungsanstalten und der Ärzte aus Niederbayern und der Oberpfalz anzunehmen und kostenlos zu untersuchen. Die notwendigen Testkarten können die Kollegen bei der Untersuchungsanstalt erhalten, und man müßte, wenn der Versuch über längere Zeit gelaufen ist, einmal überlegen, ob sich das verallgemeinern läßt oder nicht. Ich bin deshalb sehr dankbar, daß der Bayerische Staat die Kosten der Untersuchungen zunächst einmal für diese zwei Regierungsbezirke übernimmt.

Ich hoffe sehr, daß sich alle Kollegen der Bedeutung der Vorsorgemaßnahmen bewußt sind und daß die auftauchenden Probleme in echter Zusammenarbeit gelöst werden können.

Gruppenversicherungsvertrag mit der Vereinigten Krankenversicherung A. G.

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

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

Hohe Penicillin-Dosen bedeuten
hohe Erfolgssicherheit.

600000 I.E.
pro Oblong-Tablette

Isocillin[®]

Phenoxyethylpenicillin - Kalium

Für die orale Penicillintherapie in der täglichen Praxis

Casuspackung
mit 10 Tabletten

Anstaltspackungen
mit 100 und 500 Tabletten

Farbwerke Hoechst AG
Frankfurt (M)-Hoechst



Entschließungen des 19. Bayerischen Ärztetages

Diabetes-Früherkennung

Die Bayerische Landesärztekammer wird beauftragt, alle Maßnahmen fortzusetzen und weiterzuentwickeln, die geeignet sind, eine möglichst frühzeitige Erfassung der Diabetiker zu ermöglichen.

Varbeugung gegen Wundstarrkrampf

Die Bevölkerung Bayerns wird aufgefordert, sich gegen Wundstarrkrampf impfen zu lassen.

Die Gefahr einer Wundstarrkrampfinfektion besteht überall und für jeden.

Von den erkrankten Personen stirbt noch immer ein sehr großer Teil.

Nur die Schutzimpfungen, die dreimal innerhalb eines Jahres erfolgen und später durch einmalige Wiederholungsimpfungen aufgefrischt werden müssen, bieten einen wirksamen Schutz gegen diese gefährliche Erkrankung.

Steuerlicher Freibetrag für die freien Berufe

Der Bayerische Ärztetag protestiert nachdrücklich gegen die Absicht der Bundesregierung, für die freien Berufe den steuerlichen Freibetrag im Einkommensteuergesetz zu streichen.

Die dafür gegebene Begründung, mit der Streichung würde nur eine den freien Berufen eingeräumte Vergünstigung wieder aufgehoben, widerlegt sich selbst.

Denn der Bundestag hat diese Bestimmung des Ein-

kommenssteuergesetzes erst vor wenigen Jahren ausdrücklich zum Ausgleich steuerlicher Benachteiligungen der freien Berufe geschaffen.

Im übrigen stellt dieser Freibetrag einen völlig unzulänglichen Ausgleich für sonstige steuerliche Benachteiligungen der freien Berufe dar (z. B. unzureichende Berücksichtigung der hohen Ausbildungskosten, der relativ kurzen Verdienstzeit, der ausschließlich eigenen Vorsorge für Alter und Invalidität).

Der Bayerische Ärztetag ersucht daher die Bayerische Staatsregierung dringend, diese die freien Berufe treffende steuerliche Ungerechtigkeit abzuwehren.

Nachversicherung von wissenschaftlichen Assistenten

Der 19. Bayerische Ärztetag richtet an den Deutschen Bundestag die nachdrückliche Forderung, durch das derzeit beratene 3. Änderungsgesetz zu den Rentenversicherungsgesetzen eine seit 1957 für die an Universitätskliniken tätigen ärztlichen Wiederrufsbeamten bestehende Benachteiligung zu beseitigen! Es muß diesen endlich die Möglichkeit gegeben werden, sich nach dem Ausscheiden aus dem Beamtenverhältnis statt in der Angestelltenversicherung in ihrer gesetzlichen Standesversorgungseinrichtung nachzuversichern.

Die Bayerische Staatsregierung wird ersucht, sich im Bundesrat für eine entsprechende Ergänzung des AVG einzusetzen.

Schluß des Berichtes über den 19. Bayerischen Ärztetag

Mütter im Kinderkrankenhaus

Der Versuch Münchens, in den städtischen Krankenhäusern mit den Kindern auch die Mütter aufzunehmen, hat, wie der Artikel von Professor Dr. Windorfer (Erlangen-Nürnberg) im letzten Heft des „Bayerischen Ärzteblattes“ und zahlreiche Äußerungen in der Tagespresse zeigen, auch Kritik gefunden und Schattenseiten des Problems aufgezeigt.

In der Sitzung des Gesundheitsausschusses des Münchner Stadtrates vom 6. 9. 1966 wurde die Angelegenheit neuerlich behandelt. Der Krankenhausreferent Dr. Erwin Hamm legte ein Schreiben des Ostschweizerischen Säuglings- und Kinderspitals St. Gallen vor, das über Erfahrungen auf diesem Gebiete verfügt. Dort heißt es u. a.:

„Das Kinderspital hat 112 Betten, angegliedert ist eine kinderpsychiatrische Station mit acht Betten. Das Spital wurde erst am 18. 1. 1966 eröffnet. Bis jetzt sind 1140 Kinder aufgenommen worden. Von der Möglichkeit, ganz mit dem Kinde im Spital zu sein, haben erst zehn Mütter Gebrauch gemacht, was vielleicht dadurch bedingt ist, daß diese Mütter natürlich einen Pensionspreis bezahlen müssen. Die kleine Zahl ist aber auch wohl dadurch bedingt, daß diese Möglichkeit etwas ganz Neues darstellt. Die Besuchszeit ist für die Eltern täglich von 14 bis 19 Uhr. Es wird strikte darauf geachtet, daß nur die Eltern, evtl. in Vertretung die Großmutter, die Kinder besuchen. Die übrigen Verwandten und Bekannten können die Kinder dreimal in der Woche während einer Stunde, Mittwoch, Samstag, Sonntag 14 bis 15 Uhr, besuchen. Es sind durch

die Besuche der Eltern keine Betriebsschwierigkeiten aufgetreten. Wenn ein Kind untersucht werden muß, darf die Mutter dabeibleiben. Für Eingriffe wird das Kind aus dem Krankenzimmer herausgenommen. Von Fall zu Fall wird auch die Mutter gebeten, ihren Besuch abubrechen.

Für die Schwester bedeutet die Anwesenheit der Mutter einen gewissen Verzicht, da die Kinder nicht vollständig ihr ‚gehören‘.

Die häufigen Besuche wirken sich auf die Kinder sehr günstig aus. Abschiedsszenen fehlen fast vollständig oder sind von kurzer Dauer. Der Krankenhausbetrieb wird nicht beeinträchtigt. Die telefonischen Anfragen sind durch die häufigen Besuche wesentlich geringer.

Es wird streng darauf geachtet, daß die Mütter keinen Katarrh, keinen Husten usw. haben, sonst werden sie nicht zugelassen. Auch bei Infektionskrankheiten in der Familie dürfen die Eltern nicht zu Besuch kommen. Bis jetzt haben wir nicht den Eindruck, daß Infektionen eingeschleppt worden sind.

Die Mütter vereinbaren sich gegenseitig in bezug auf ihre Besuche. Die Kinder, die keinen Besuch bekommen können, werden von den andern Müttern mit einbezogen. Sehr günstig sind die abendlichen kurzen Besuche der Väter. Ein Vater, dessen Sohn längere Zeit im Spital war, kommt jeden Abend nach 6 Uhr, um mit allen Knaben des Zimmers ein Kartenspiel zu machen, auch jetzt, wo sein Sohn wieder zu Hause ist. Die Mütter helfen lediglich unmittelbar am Krankentisch und beim eigenen Kind beim Essen und für die

Körperbedürfnisse. Die Mütter erhalten ein Merkblatt. Die Abteilungschwester ist für die Belehrung der Eltern und für die individuelle Regelung der Besuchsdauer verantwortlich.“

Der Chefarzt des genannten Krankenhauses, Dr. Paul Neff, verwies auf die Arbeiten von Privatdozent Dr. G. Biermann, dem Leiter der kinderpsychiatrischen Poliklinik der Universitäts-Kinderklinik München, der auf dem deutschen Kinderärztekongreß in München vor zwei Jahren ein einschlägiges Referat gehalten hatte. In der VESKA-Zeitschrift, dem offiziellen Organ des Verbandes der Schweizerischen Krankenanstalten, veröffentlichte Dr. Neff 1964 einen Artikel, der das Problem behandelt.

Dr. Hamm faßte nach einer Diskussion, an der sich die Stadträte Prof. Bergstermann und v. Brentano beteiligten, seine Ansichten in folgender Weise zusammen: Neben Äußerungen, die die Neuerung begrüßen, finden sich Stimmen der Ablehnung und der Bedenken. Diese gingen hauptsächlich von der irrtümlichen Annahme aus, daß der erwähnte Beschluß des Stadtrates vorsehe, künftig in allen Fällen der Krankenhausaufnahme eines Kleinkindes die Mutter mit aufzunehmen. Diese irrtümliche Auffassung führte bis zu Anrufen von Müttern, ob die Aufnahme ihres Kindes im Krankenhaus auch möglich sei, wenn sie selbst nicht mit in das Krankenhaus ziehen könnten. Im seinerzeitigen Vortrag wurde betont ausgeführt, daß in den bestehenden Kinderabteilungen nur wenige kleine Zimmer, die sich zur Aufnahme von Mutter und Kind eignen, vorhanden sind; beim Kinderkrankenhaus Harlaching indessen, das am 1. November 1966 seiner Bestimmung übergeben werden kann, wurden schon vom Raumprogramm her die entsprechenden Räume eingeplant.

Die künftige Praxis wird sich so entwickeln, daß das Schwergewicht der Aufnahme von Mutter und Kind, wenn sich ein solches überhaupt bilden sollte, in dem planungsmäßig und baulich von Anfang an so bestimmten Kinderkrankenhaus Harlaching abwickelt und in den anderen Kinderabteilungen die Aufnahmemöglichkeit zwar auch eröffnet wird, zunächst aber auf eine geringere Anzahl beschränkt bleibt.

Der ärztlichen Entscheidung über das für den Heilungsverlauf zweckmäßigste Vorgehen steht selbstverständlich ausnahmslos und in allen Fällen das Primat zu.

Die Chefärzte der städtischen Kinderabteilungen haben die Versicherung abgegeben, daß sie im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten sich mit allen Kräften bemühen werden, sinngemäß dem Beschluß des Gesundheitsausschusses zu entsprechen, und um Vertrauen in ihre Bemühungen gebeten. In mehreren Besprechungen konnte eine völlige Übereinstimmung der Auffassungen erzielt werden. Es war nicht daran gedacht, generell Besuchszeiten in den Nachtstunden, in denen

ja die Kinder schlafen, festzulegen. Das Ziel des Beschlusses war, die bisherige Regelung, die nur zweimal in der Woche eine Besuchszeit von 30 Minuten vorsah, zu beenden und eine tägliche Besuchsmöglichkeit zu eröffnen. Die Chefärzte der Kinderabteilungen haben dankenswerterweise auch hier erklärt, daß die bisherige Regelung nicht zufriedenstellen konnte und daß sie sich von der neuen Regelung sogar eine Verteilung der Besucher über die ganze Woche und damit keine zusätzliche Erschwerung für den Krankenhausbetrieb versprechen. Die künftige Regelung der Besuchszeiten in den Kinderabteilungen sieht vor, daß der Mutter täglich nach näherer Regelung des Hauses am Nachmittag die Möglichkeit eröffnet wird, ihr Kind zu besuchen, wobei natürlich auch hier der ärztlichen Entscheidung über die Art und Weise der Durchführung im Einzelfall und der Vermeidung der Einschleppung von Infektionen der Vorrang zukommt. K-g.

Tagung der „Internationalen Paracelsus-Gesellschaft“

In Salzburg, dem Sitz der „Internationalen Paracelsus-Gesellschaft“, fand Ende September 1966 der 16. Paracelsustag statt, dem auch die Würdigung des 425. Todestags von Theophrastus Bombastus von Hohenheim, genannt Paracelsus, oblag.

Die Gesellschaft ist bemüht, die Kenntnis von der Persönlichkeit dieses großen Mannes zu vertiefen, der, wie es auf dem Sockel des Denkmals in seiner Einsiedler-Heimat heißt, als Erneuerer der Medizin, Vater der Chemotherapie, Förderer der Biologie und der Wund- arznei, Retter der Geistesumnachteten usw. bezeichnet werden muß.

Die zahlreichen wissenschaftlichen Vorträge, die in einem Saale der Residenz stattfanden, hatten ein hohes Niveau. Neue Erkenntnisse wurden durch Vortragende aus Österreich, der Bundesrepublik, der Schweiz, aus der Tschechoslowakei, aus Jugoslawien, Ost-Berlin vermittelt. Eine Festschrift, an der Wissenschaftler, darunter Prof. Pagel (London), Prof. Dr. Schneider (Braunschweig), Prof. Dr. Blaser (Basel), Prof. Dr. Goldammer (Marburg), Landesarchivdirektor Dr. Klein (Salzburg) und viele andere mitgearbeitet hatten, war für die Teilnehmer an der Tagung ein ebenso wertvolles Geschenk wie der Sonderdruck von Augustin Tschinkel (Köln) über „Paracelsusbildnisse in neuer Sicht“. Der 16. Paracelsustag wurde von Präsident Min.-Rat Univ.-Professor Dr. Otto Zekert (Wien) geleitet, der am Grabe von Paracelsus im Sebastiansfriedhof in Salzburg in seinen Gedenkworten ein anschauliches Bild des Werdegangs des bedeutenden Arztes gab. An dem Empfang durch Stadt und Land Salzburg nahmen u. a. der Landeshauptmann Dr. Dr. Hans Lechner und Bürgermeister Komm.-Rat Bäck teil. Die „Deutsche Gesellschaft für Geschichte der Medizin“ war durch Dr. Koerting (München) vertreten. K-g.



Standardin.

Der experimentell
im pharm. Reihenversuch
wirkungsbestimmte
Hustensaft

KREWEL-WERKE, Eltorf b. Köln

• KREWEL • KREWEL • KREWEL • KREWEL •

antitussicum

• KREWEL •

Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

36. Fortbildungskurs — Leitung Dr. D. Jahn

1. Hauptthema: Koronarinsuffizienz

Professor Dr. H. J. BRETSCHNEIDER, Köln:

„Aktuelle Probleme der Koronardurchblutung und des Myokardstoffwechsels“

Die Güte der Koronarversorgung ist abhängig vom arteriellen Sauerstoffangebot und der arteriovenösen Sauerstoffdifferenz, also dem myokardialen Bedarf. Diese Funktion zeigt die Teilbedeutung des Koronardurchflusses gegenüber den myokardialen Anforderungen, welche ihrerseits wieder abhängig sind vom systolischen Druck, der Frequenz, der Systolendauer, dem systolischen und diastolischen Volumen und der hormonellen Gesamtaktivität.

Für den koronaren Durchfluß sind zwei Komponenten getrennt zu betrachten:

1. Es sind natürlich die reinen Gefäßverhältnisse entsprechend der Änderung ihres Innenvolumens maßgebend. Darauf zielt der Begriff der Koronardilatatoren.

2. Es besteht eine ausgesprochen myokardial aufgelöste Koronarkomponente. Sie wird bestimmt durch die Diastolendauer — indirekt also auch durch die Systolenkraft und -zeit, durch ein Myokardödem gleich welcher Genese, und schließlich durch die Fortpflanzung des Ventrikellinnendruckes auf die Koronararterien. Experimentelle Nachprüfungen konnten diese Zusammenhänge bestätigen. Bei überwiegend vasaler Störung des Koronardurchflusses fand sich im EKG eine mehr transmurale Ischämie, während bei vorwiegend myokardialer Erhöhung des Koronarwiderstandes eine Belastung nach dem Innenschichttyp überwog.

Alle sogenannten Koronarsubstanzen müssen in diesen großen Zusammenhängen gesehen werden. Dabei läßt sich für das Nitroglycerin zeigen, daß es

1. eine Verminderung des myokardialen Koronarwiderstandes,
2. eine geringe, kurzfristige Steigerung des vasalen Durchflusses und
3. eine Senkung des Diastolenaortendruckes mit sich bringt.

Hauptfaktor ist also keineswegs die vasale Dilatation, welche übrigens bei Hypoxie durch Eigenregulation optimal geleistet wird. — Wenn als Vorbedingung entweder eine strukturelle Koronarveränderung, eine ungenügende Vaskularisation (bei sekundärer Hypertrophie), eine Blutgasveränderung, eine ungünstige Kontraktion des Herzens oder eine Anforderungsüberlastung des Myokards gegeben sind, so ist durch Provokation — z. B. durch Angiotensin — ein Circulus vitiosus auslösbar, welcher in die Koronarinsuffizienz einmündet. Zunächst kommt es zu einem Mißverhältnis von O₂-Angebot und -Bedarf, darauf folgt eine ungenügende Myokardleistung, diese zieht eine Innenschichtbelastung nach sich, und schließlich kommt es zur Steigerung der myokardialen Komponente des Koronarwiderstandes, was das Mißverhältnis von O₂-Bedarf und -Angebot erneut verschlechtert.

Schließlich muß die Aufmerksamkeit auf einen sogenannten inneren Reglerkreis gelenkt werden, welcher die reaktive Koronarweite und Durchflußmenge zu beeinflussen vermag. Als Reiz wirken hierbei arterielle Hypoxie, respiratorische oder metabolische Azidose und eventuell die CO₂-Spannung des Blutes, als Rezeptor ist das Myokard und das Reizleitungssystem aufzufassen und als Überträgersubstanzen wurden neben Sympathin, Milchsäure u. ä. vor allem das Adenosin hervorgehoben. Die experimentellen Untersuchungen auf diesem Gebiet sind allerdings noch nicht abgeschlossen.

Professor Dr. K. GREEFF, Düsseldorf:

„Neue pharmakologische Aspekte zur Behandlung der Koronarinsuffizienz“

Pathophysiologisch ist die Koronarinsuffizienz ein Mißverhältnis von O₂-Angebot und O₂-Bedarf des Herzens. Die sogenannte Koronarinsuffizienz kann somit beeinflusst werden:

1. Durch Steigerung der Blutversorgung, wogegen häufig eingewandt wurde, daß dafür bereits eine Autoregulation durch Hypoxie Sorge. Vielleicht verfügt aber das kranke Herz nur ungenügend über solche Mechanismen und möglicherweise können Kollateralbildungen gefördert werden.
2. Durch Beeinflussung des Herzstoffwechsels, was vor allem den O₂-Bedarf senken würde.
3. Durch Dämpfung des peripheren Sympathikotonus, gleichsam als Anforderungsminderung oder Senkung der Leistungsnotwendigkeit des Herzens, nicht zuletzt durch Dämpfung des ZNS.
4. Durch Erhöhung der Elastizität der Aorta und Senkung des peripheren Widerstandes, was zur Ökonomisierung der Herzarbeit führt.

Pharmakologisch sind also folgende Angriffspunkte denkbar:

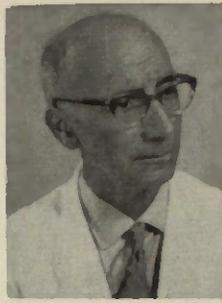
- a) gefäßerweiternde Substanzen — Nitride, Papaverin und Theophyllin;
- b) Mittel mit Wirkung auf den Herzstoffwechsel — Persantin, Intensin, Isoptin;
- c) sympathikolitische Substanzen — Segontin, Dociton;
- d) zentraldämpfende Pharmaka — Barbiturate, Meprobamate und in akuten Zuständen Morphinderivate;
- e) Antikoagulantien, welche die intravasalen Verhältnisse günstiger gestalten sollen.

Vor der klinischen Besprechung der einzelnen Substanzen wäre noch auf die „malignen“ Koronardilatatoren hinzuweisen, welche zwar eine starke Koronardilatation im Experiment aufzuweisen haben, diese aber als Folge auf eine deutliche, drastische O₂-Verwertungsstörung innerhalb des Myokards durch Schädigung des Energiestoffwechsels bewirken. Hier sind Blausäure- und Dinitrophenolpräparate zu nennen.

Klinisch ist die Koronardilatation im engeren Sinn kaum sehr bedeutungsvoll. Papaverin und Theophyllin haben sich wegen anderer Nebenwirkungen nicht bewährt, der Effekt der Nitride ist nur sehr kurzdauernd.



Prof. Dr. K. Greeff,
Düsseldorf



Prof. Dr. E. Uehlinger,
Zürich



Prof. Dr. P. Schölmerich,
Mainz

Vor allem ist für die komplexe Wirkung der Nitride aber auch der Blutdruckabfall, die Abnahme des peripheren und elastischen Widerstandes, das Absinken des Herzminutenvolumens und der energetischen Herzleistung bedeutungsvoll. Als Nebenwirkungen sind die reflektorische Tachykardie, eine mögliche Blutdrucksenkung und Aktivierung eines Glaukoms oder einer Migräne bekannt. Grundsätzlich ist für alle herbstoffwechselwirksamen Pharmaka auch die Gefahr einer Utilisationsinsuffizienz bei höheren Dosierungen zu bedenken. Diese ist die Folge eines gehemmten Abbaues energiereicher Phosphate mit primärer Besserung der Diskrepanz von O₂-Angebot und -Bedarf, aber sekundärer myokardialer Leistungseinschränkung. Vielfach ist ein Adenosinstau beschrieben worden, welcher das Beschriebene unterstreicht, andererseits von sich aus koronardilatatorisch und kollateralfördernd wirken kann. So ist vom Persantin und Intensin ein solcher Einfluß nachgewiesen. Segontin hat nur eine kurze Koronardurchflußsteigerung zur Folge, entfaltet seine Hauptwirkung hingegen über eine Dämpfung des Katecholamineinflusses. Spezielle β -Rezeptorenblocker, wie Dociton, bremsen isoliert die positiv inotrope Wirkung am Myokard. Deshalb ist Vorsicht bei der Kombination von β -Rezeptorenblockern mit Narkotika geboten.

Professor Dr. E. UEHLINGER, Zürich:

„Morphologische Befunde bei Koronarerkkrankungen als Grundlage einer Differentialdiagnose“

Die Zahl der kardialen, besser gesagt der koronaren, Todesfälle ist absolut im Zunehmen, und zwar mit einem deutlichen, statistisch belegbaren Eindringen in die jungen Jahrgänge. Bei der Obduktion von Unfallpatienten muß man erschreckend feststellen, daß von 29 Patienten um das 30. Lebensjahr nur noch einer eine anatomisch unversehrte Koronararterie besaß.

Die Koronarsklerose ist ein Summationseffekt aus Basisprozessen und Förderungsfaktoren, die zeitlich variieren. Pathogenetisch ist der Basisprozeß in der Alterung integriert. Von den Förderungsfaktoren sind die Hypertonie, die Stoffwechsellentgleisungen (Diabetes mellitus, Gicht usw.), die gerinnungsfördernden Mechanismen und allgemein physische Überlastungen mit intramuralen Blutungen und einem nachfolgenden Aneurysma mit Verschluß der Koronararterie hervorzuheben. Eine bestehende Koronarsklerose hat dann die Potenz zur Blutung vermehrt in sich. Die Beobachtungen bei Hochleistungssportlern sind nicht einheitlich, was nur die Bedeutung der Basisprozesse unterstreicht. Auf eine einfache Formel gebracht, könnte man sagen: der Beginn ist Schicksal, die Progredienz exogen. Dies ist so bedeutungsvoll, weil die therapeutischen, und

vor allem die präventiven Maßnahmen auf dem Gebiet der fördernden Einflüsse liegen.

Pathologisch-anatomisch lassen die Wandveränderungen eine Unterscheidung nach

1. Intimatypus (mit Einengung auf ein Sechstel),
2. einen Mediatypus und
3. einen Stoffwechsel oder Ernährungstypus im Bereich der Gefäßwandzelle zu.

Der akute Verschluß ist durch thrombotische Auflagerungen, plötzliches Quellen des retikulären Polstergewebes oder aneurysmatische Veränderungen in kleineren Arterienabschnitten bedingt.

Professor Dr. P. SCHÖLMERICH, Mainz:

„Fortschritte in der Differentialdiagnose bei Koronarerkkrankungen“

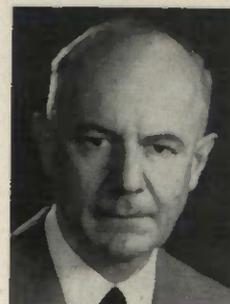
Bei dem großen differentialdiagnostischen Spektrum des pektanginösen Schmerzes muß unbedingt den weiteren klassischen Symptomen des Herzinfarktes, nämlich dem Blutdruckabfall, der Tachykardie, dem Anstieg der Transaminasen und dem humoralen Syndrom (HAUSS) nachgegangen werden. Trotzdem bleibt eine klare Abgrenzung gegenüber der Lungenembolie, der akuten Perikarditis, der akuten Pankreatitis, dem Aneurysma dissecans und der schweren Myokarditis und paroxysmalen Tachykardie oft schwierig. 80 bis 90% aller Fälle lassen sich durch typische EKG-Abläufe herausfinden, eine noch höhere Treffsicherheit wurde durch die Transaminasen im Serum gegeben. Statistisch läßt sich eine gewisse Parallelität zwischen Ausmaß der Zellschädigung und Höhe der Serumenzyme innerhalb festgelegter zeitlicher Abstände ablesen. Die SGOT ist zwar nicht herzmuskelspezifisch und möglicherweise auch ohne Nekrobiose im Stadium der hypoxischen Zellschädigung bereits erhöht, aber im Mosaik der Fermentdiagnostik des Infarktes zusammen mit der LDH fest eingebürgert. Ein wesentlicher Fortschritt bezüglich Organspezifität wurde durch die Kreatinphosphokinase erreicht (CPK). Sie kommt zwar in Gehirn- und Skelettmuskulatur vor, ist aber besonders in Abgrenzung gegenüber Leberzellschäden und einer Lungenembolie bedeutungsvoll. Mit einem Anstieg ist bereits nach 3 Stunden zu rechnen, das Maximum wird innerhalb des ersten Tages erreicht. Durch weitere Analyse und Isolierung von Isoenzymen der LDH gelang eine weitere Spezifizierung, welche durch die Abkürzung HBDH charakterisiert ist. Ihr Anstieg geht parallel zur LDH und scheint weitgehend muskelspezifisch zu sein. Bedeutsam und diagnostisch verwertbar ist die Relation zwischen LDH und HBDH.



Prof. O. Holzmann
Zürich



Priv.-Dozent Dr. S. Heyden,
Zürich



Prof. Dr. L. Deltus,
Bad Oeynhausen

Wenn dieser Quotient 0,9 überschreitet, darf man auf die Herkunft aus dem Herzmuskel schließen.

Zusammenfassend ergibt sich also eine Fermentkonstellation aus SGOT, CPK, LDH und HBDH, welche ausnehmend hohe Treffsicherheit besitzt.

Klinisch ist von besonderer differentialdiagnostischer Bedeutung das Aneurysma dissecans der thorakalen Aorta. Der Schmerz ist analgetisch kaum zu beeinflussen, er wandert, und die Verlegung großer Gefäße bringt drastische Blutdruckdifferenzen, insbesondere der Arme, mit sich. Die Kriterien des Infarkt-EKGs fehlen. Bei Perikarditis ist bemerkenswerterweise in ausgedehnten Fällen sowohl die SGOT als auch die CPK erhöht, eine Differenzierung gelingt jedoch über eine genaue Analyse des Schmerzcharakters und des EKGs. Ein Infarkt-EKG ohne Infarkt ist denkbar bei den Herztumoren bzw. myokardial einwachsenden Metastasen.

Professor Dr. M. HOLZMANN, Zürich:

„Klinik, Verlaufsformen und Prognose der Koronarinsuffizienz“

Koronarinsuffizienz ist bei dieser Betrachtung vorwiegend auf Wanderkrankungen der Koronararterienäste eingengt. Die Ätiologie bestimmt bereits weitgehend die Prognose. So vermag eine akut entzündliche Koronararterienkrankung mit oder ohne Residuen auszuheilen, hingegen verläuft die Koronarsklerose chronisch progredient oder doch zumindest in Schüben. Pathogenetisch erscheint es maßgebend, innerhalb welcher Zeit ein gewisses Ausmaß an Koronarstenosierung erreicht wird. Ein genügender Kollateralkreislauf kann sich nur bei langsamer Entwicklung des Koronarleidens ausbilden. Im klinischen Bild steht der pektan-

ginöse Schmerzanfall nach wie vor an erster Stelle. Zur Objektivierung ist das EKG in der Praxis das wichtigste Hilfsmittel, die modernen neueren, röntgenologischen Lokalisationsmöglichkeiten sind Spezialkliniken vorbehalten. Nach der Schmerzsymptomatik können drei Stadien unterteilt werden:

1. die Angina pectoris simplex, etwas anders ausgedrückt, eine Belastungsstenokardie mit promptem Ansprechen auf Nitroglyzerin;
2. die Angina pectoris gravis, deren Anfälle teilweise länger als 5 bis 10 Minuten andauern, auch in Ruhe auftreten und auf Nitroglyzerin deutlich schlechter ansprechen. Im EKG findet sich meist der Innenschichtischämietyp, aber auch im freien Intervall ist der Kurvenverlauf bereits pathologisch;
3. der Status anginosus, häufig über Stunden andauernde Schmerzattacken mit Vernichtungsgefühl, mit EKG-Alterationen sowohl der Kammeranfangsschwankung als auch des Endteiles sowie mit dem gesamten Spektrum humoraler Veränderungen eines Herzinfarktes.

Versucht man, die Entwicklung solcher klinischer Zustandsbilder zu differenzieren, so treten im Längsschnitt eines Krankheitsablaufes folgende Möglichkeiten hervor:

1. die chronische Koronarinsuffizienz, sich über Jahre hinziehend mit Intensivierung der Beschwerden, einmündend in hochgradige Koronarstenosen mit dem Ende im Infarkt oder in der Herzinsuffizienz;
2. die subakute schubweise Form, welche statistisch häufiger zu sein scheint. Dem stenosierenden Wandprozeß tritt hier die Verbesserung des Kollateralkreislaufes ausgleichend gegenüber;

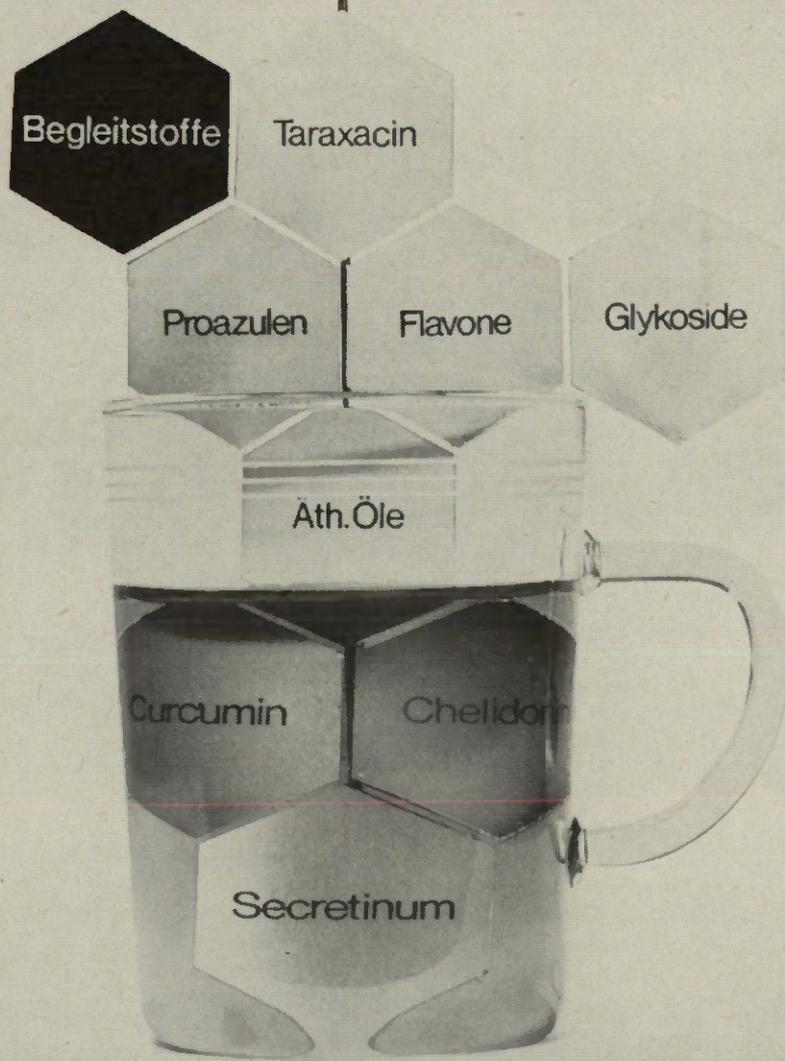


KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln

CHININ-VERALGIT

Gegen Grippe und Erkältungsinfekte

Beispiel Chologogum



Ein Bukett
von heilkräftigen Wirkstoffen
für den Arzt und seine Kranken
in jedem

Nattermann Tee

Chologogum · Urologicum · Depurativum · Bronchiflux · Nervinum · Stomachicum

3. die akute Form mit gehäuften Anfällen, welche primär das Zustandsbild des drohenden Herzinfarktes ausbildet;
4. die perakute zum Herzinfarkt führende Form infolge eines plötzlichen, in der Regel thrombotischen Verschlusses eines Koronararterienastes, je nach Schweregrad mit der Möglichkeit zum Übergang eines schubweisen Verlaufes oder zur augenblicklichen Herzinsuffizienz;
5. die Form der Herzinsuffizienz als führendes Symptom, wie sie vor allem bei älteren Leuten beobachtet werden kann, wobei nur aus dem EKG die koronare Pathogenese abgeleitet werden kann;
6. die asymptomatische Form, welche bei langsam fortschreitendem Krankheitsprozeß eine ausreichende Kollateralentwicklung zuläßt.

Dr. P. LICHTLEN und Dr. N. SCHAD, Zürich:

„Zur selektiven Koronarangiographie — Indikation und Frühresultate“

Die angiographische Darstellung der Koronararterien erlaubt eine Objektivierung der anatomischen Verhältnisse in Ergänzung der Funktionsdiagnose. Sie ist in letzter Zeit zu einer relativ risikofreien Methode entwickelt worden. Ihr Ergebnis ist absolute Voraussetzung zur Selektion der Fälle für koronarchirurgische Eingriffe.

Die Methodik hat sich von der Kontrastmittelinjektion in die Aorta ascendens über die gezielte Injektion in die Sinus valvulae bis hin zur selektiven Koronarangiographie mit fortlaufenden Filmaufnahmen vervollständigt. Bei über 4000 Untersuchungen ereigneten sich drei Todesfälle mit Kammerflimmern, ein Risiko, das durch rasche Defibrillierung und Herzmassage sicher noch gesenkt werden kann.

Die Indikation stellt sich einmal aus diagnostischen Gründen — insbesondere bei unklaren, anhaltenden Beschwerden jüngerer Patienten —, dann bei Patienten mit bekannter Angina pectoris, mit oder ohne Infarkt, zur Erlangung therapeutischer und prognostischer Rückschlüsse und schließlich bei Patienten, welche einer operativen Korrektur zugeführt werden sollen. Insbesondere eine Differentialdiagnose der Beschwerden bei bestehendem Herzvitium wird in letzterer Gruppe möglich.

Anhand der Züricher Erfahrungen — selektive Koronarangiographie an 42 Patienten — ergibt sich eine

wesentliche Bereicherung der klinischen Beurteilung bei geringem Risiko innerhalb eines gut ausgebildeten Teams.

Professor Dr. A. SENNING, Zürich:

„Fortschritte in der chirurgischen Behandlung der Koronarinsuffizienz“

Von den bisherigen Versuchen einer chirurgischen Behandlung der Koronarinsuffizienz — verschiedene Nervenoperationen zur Unterbrechung der Koronarspasmen, Revaskularisationsmethoden des Myokards durch artifizielle Anastomosen und eigenartige Ligaturen — blieb der positive Effekt zweifelhaft. Auch die Ergebnisse von gestielten Implantationen der Arteria mammaria interna durch das Myokard mit der Überlegung einer direkten Blutversorgung der Sinusoide innerhalb des Muskelsynzytiums, sind bislang noch zweifelhaft. Die Endarteriektomie der befallenen Koronarien selbst bringt den Nachteil eines Verschlusses der kleineren abgehenden Gefäßäste durch die Intima mit sich, was auch diese Methode nicht empfehlenswert macht. In den letzten Jahren gelang allerdings eine Modifikation, wobei unter Sicht nur eine begrenzte Endarteriektomie durchgeführt wird, die Gefäßabgänge bewußt geschont werden und die Intima an diesen Stellen durch feinste Nähte fixiert wird. Abschließend wird die Koronararterie durch einen Venenstreifen plastisch erweitert. Die bisherigen Operationsergebnisse ermutigen, die Indikationsstellung bei jüngeren Patienten zumindest zu überprüfen. Sie scheint gegeben:

1. bei selten vorkommenden, unilokulären, umschriebenen Stenosen;
2. bei Veränderungen in allen drei Hauptarterien, aber doch deutlich erkennbarer, umschriebener Stenose in einer derselben;
3. bei diffusen Veränderungen und gleichzeitigem Stopp im linken absteigenden Koronarast — dann allerdings mit der Methode der implantierten Arteria mammaria interna — und
4. beim Vorliegen von großen Kammerwandaneurysmen nach Infarkten, welche die Kontraktion des Myokards soweit verschlechtern, daß ein Circulus vitiosus droht. In diesen Fällen sollte das Aneurysma chirurgisch extirpiert werden.

In diesem Zusammenhang soll zur Diskussion gestellt werden, ob es nicht eines Tages sinnvoll sein könnte,

Lohnende Schmerztherapie

ZENTROMID

Pro Drogée:

Diphenylhydantoin 0,1 g,
Koffein 0,025 g

O. P. 25, 100 Drogées

Trigeminus-Neuralgie
genuine Migräne
Kopfschmerzanfälle
Gesichtsneuralgien



IFAH GMBH
2 HAMBURG 22

Patienten mit Herzinfarkt im Schock bereits zu operieren. Während die linke Kammer durch einen Linksherzshunt akut völlig entlastet wird und damit nicht so extreme Sauerstoffnot leidet, bietet die Rekanalisation der Koronararterie gleichzeitig die kausalste Therapie.

Privatdozent Dr. S. HEYDEN, Zürich:

„Die Epidemiologie der Koronarerkrankungen in ihrer Bedeutung für die Praxis“

Die Statistik zeigt nach einem absoluten Nachkriegsminimum von 0,3% ein unübersehbares, kontinuierliches Ansteigen auf 35,3% der Gesamttodesfälle an Herzinfarkt im Jahre 1952. Die kritischen Einwände, daß diese Beobachtung auf einer zunehmend besseren Diagnostik beruhe, bietet nur eine Teilerklärung. Zudem fällt auf, daß in den letzten Jahren das Infarktalter bei Männern in die jüngeren Jahrgänge vordringt. Epidemiologisch muß jedoch nicht nur auf die Zunahme der Infarktrate im Rahmen einer drastischen Umstellung der Umweltfaktoren und Lebensgewohnheiten hingewiesen werden, sondern auch die überragende Bedeutung der Erbfaktoren kann statistisch an Hand von Familienanamnesen insofern belegt werden, als die Morbidität in belasteten Familien nahezu dreimal höher gefunden wurde. Hoch signifikant ist auch das parallele Vorkommen von Hypertonien, nämlich bei fast 50% der Infarktpatienten. Gleiches gilt für den Diabetes, während interessanterweise eine deutliche Korrelation zu den Apoplexien fehlte.

Unter den verschiedenen Umweltfaktoren ist die Ernährung der wichtigste geblieben. Wenngleich die pathogenetische Stellung des Cholesterins und der gesättigten Fettsäuren im Serum noch nicht abschließend entschieden ist, muß statistisch festgehalten werden, daß das Infarktrisiko mit der Höhe des Cholesterinspiegels signifikant steigt. Die Zügelung der Hypertonie hat leider keine gleich auffällige Reduktion des Infarktrisikos mit sich gebracht. Beachtenswert scheint der gehäufte Zusammenhang mit Hyperurikämien, d. h. erhöhten Harnsäurespiegeln bei einem Mittelwert von 6,4 mg% bei Infarktpatienten gegenüber 5,5 mg% in den Kontrollgruppen. Die Einflüsse des Nikotins auf einen verstärkten Koronarverschleiß werden über den Katecholaminstoffwechsel nur indirekt zu erklären versucht. Die peripheren Gefäßverschlüsse, auch die der Arteriosclerosis obliterans zeigen durchaus keine so deutliche Parallelität, wie man es erwarten möchte.

Professor Dr. L. DELIUS, Bad Oeynhausen:

„Rehabilitation, Beurteilung und Führung der chronisch Koronarkranken“

Rehabilitation von Koronarkranken bedeutet nicht nur Koronartraining. Das gesamt somatische Verhalten und das Sichanpassen der Persönlichkeitsstruktur an das Leiden sind ebenso bedeutungsvoll.

Betrachtet man zunächst die lokale Situation der Koronarien, so wäre interessant, anhand von Senkungskontrollen eventuell entzündliche Begleiterscheinungen zu eruieren, anhand von Enzymaktivitäten ein Weiterschwellen zu verfolgen, und natürlich durch EKG- und Blutdruckkontrollen den Verlauf zu dokumentieren. Die Wundheilung im Myokard muß bis zu einer möglichst optimalen Vernarbung abgeschlossen sein, um aus der ersten klinischen oder häuslichen Behandlungsphase in ein zweites Rehabilitationsprogramm übergehen zu können. Passive, später aktive Bewegungen als Spannungsübungen im Bett, Teilmassagen, Sitzen auf der Bettkante und zunehmende Freiheit innerhalb des Zimmers sind die Aufbaustufen. Langsam soll die Leistungsgrenze des geschonten täglichen Lebens ohne Arbeit innerhalb der Familie erreicht werden. In geduldrigen und verständnisvollen Gesprächen müssen persönliche Eigenheiten, die in Erlebnisbereichen, sekundären Angstvorstellungen, unangebrachten Lebensweisen — insbesondere Zigarettenkonsum, reichlicher Fettverzehr und Übergewicht — und eigener Leistungsüberforderung, reguliert werden. Schließlich sollte nach individueller Möglichkeit die medikamentöse Therapie in ihren Grundzügen erörtert werden. Die Frage nach einer Kurbehandlung kann sich nach folgenden Voraussetzungen orientieren:

1. es muß stationäre Behandlung in einem ärztlich geführten Sanatorium gewährleistet sein;
2. diese Häuser müssen über speziell ausgebildetes Personal und Zeit für eine psychologische Führung verfügen und
3. die Einrichtungen zur physikalischen Therapie und die krankengymnastischen Voraussetzungen müssen den Aufenthalt wirklich lohnend machen.

Unter Zusammenfassung der gegebenen medizinischen Rekonvaleszenzmöglichkeiten ist eine berufliche Rehabilitation meist in zwei Drittel der Fälle zu verwirklichen. Medikamentös besteht in der Weiterbetreuung die Aufgabe der Schmerzbefreiung, der Verhinderung von Herzinsuffizienz und Rhythmusstörungen, der An-

ULCOLIND®

**UNTERDRÜCKT
UNTERBRICHT**

die pathogenetische Kette,

die vom Stress, über eine vegetative Fehlsteuerung der Vasomotoren zu Spasmen der glatten Muskulatur, lokaler Mangeldurchblutung, Hypermotilität und Hypersekretion führt und damit die **Ulcus- und Gastritisgenese** erklärt. — Die zweiphasige Wirkung von **Ulcolid** zielt folgerichtig:

- 1.) auf eine Abschirmung von Störungen aus dem vegetativen Bereich und eine nachhaltige Spasmolyse (Haloperidol 0,1 mg, Diisopromin HCl 2 mg)
- 2.) auf eine lokal-symptomatische Therapie an Magen und Darm (Bismut. alumin. 100 mg, Magnes. trisilic. 100 mg, Succus liquorit. 400 mg).

30 Tabletten
60 Tabletten



Lindopharm KG Hilden Rhld

regung eines Kollateralkreislaufes und der Verhinderung thrombotischer Komplikationen. Gute Erfahrungen bestehen zweifellos mit Nitropräparaten, sowohl für den akuten pektanginösen Anfall als bei den Depotmitteln für die prophylaktische Abschirmung während Aktivitätsperioden. Die Glykosid-Dauerbehandlung auch nichtmanifester Insuffizienzen scheint durch die Untersuchungen von REINDELL und Mitarbeiter durchaus berechtigt. Die sogenannten Koronardilatoren

sind zumindest wegen ihres kollateralkreislauffördernden Effektes zu empfehlen, bei Patienten mit psychovegetativ akzentuierten Verkettungsanginen beginnen sich gute Erfahrungen mit Dociton, einem β -Rezeptorenblocker, herauszubilden. Die vieldiskutierte Antikoagulantientherapie erlebt insbesondere während der Kuraufenthalte mit dem Milieu- und Klimawechsel starke Labilitäten und bringt so mitunter mehr Risiken als Nutzen.

(Fortsetzung folgt)

PERSONALIA

Honorarprofessor für Hygiene Dr. Alfred Groth 90 Jahre

Am 16. 10. 1876 wurde Alfred GROTH in Kehl a. Rh. als Sohn des bekannten Mineralogen Geheimrat Professor Dr. Paul von Groth geboren. Nach der medizinischen Staatsprüfung und der Promotion in München trat Groth als Hilfsarzt der Bayerischen Landesimpfanstalt am 1. 10. 1900 in den Staatsdienst. 1913 erfolgte seine Habilitation für medizinische Statistik und seine Ernennung zum bayerischen Landesimpfparzt, 1923 die Ernennung zum a. o. Professor an der Universität München und zum Obermedizinalrat, 1946 zum Honorarprofessor für Hygiene.

Groths wissenschaftliche Arbeiten betrafen zunächst vorwiegend sozialhygienische Fragen, mit denen er sich als einer der ersten Forscher in Deutschland auf diesem Gebiet beschäftigte. Medizinalstatistische Untersuchungen über die Säuglingsverhältnisse in Bayern, über die Stilltätigkeit der Mütter in München und Bayern, über die Entwicklung der Geburtenhäufigkeit und der Sterblichkeit der einzelnen Altersklassen in Bayern unter dem Einfluß der Industrialisierung des Landes waren zugleich Grundlagen für sozialhygienische Maßnahmen. Nach der Ernennung zum Landesimpfparzt schuf sich Groth durch den Ausbau der Landesimpfanstalt zu einer wissenschaftlichen Arbeitsstätte die Möglichkeit experimenteller Tätigkeit. Sein Bestreben zur wissenschaftlichen Begründung aller praktischen Vorgänge bei der Herstellung des Schutzpockenimpfstoffes und der Durchführung der Impfung am Menschen führte zu einer größeren Zahl experimenteller Arbeiten, die er durch die statistische Methodik der Zählung und Messung ergänzte und erweiterte. Wir verdanken Groth, um nur einige dieser Arbeiten zu nennen, ein noch heute unentbehrliches Verfahren der Wertbestimmung des Impfstoffs, die erstmalige Beschreibung verschiedener von dem gewöhnlichen Bild abweichender Formen des Impfverlaufs und der Deutung ihrer Pathogenese, eine neuartige Theorie der Variola und Vakzine, Untersuchungen über den Grad der Pockenimmunität in ihrer Abhängigkeit von der Intensität der vakzinalen Infektion. Diese klinischen und experimentellen Arbeiten veranlaßten zahlreiche Untersuchungen anderer Forscher und haben Groth und die Bayerische Landesimpfanstalt im In- und Ausland bekanntgemacht. Sie waren auch der Grund für die Berufung Groths zum Referenten für Impffragen bei der Hygienesektion des Völkerbundes und hatten schon bald eine ausgedehnte Vortrags- und Vorlesungstätigkeit zur Folge, die Groth vor den Studierenden, den mit der Impfung betrauten Amtsärzten und den auf dem sozialen Gebiet arbeitenden Verbänden entfaltete.

Die in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts über die ärztlichen Kreise hinaus drängenden sozialhygienischen Bestrebungen erfaßten auch die unmittelbare aktive Mitarbeit Groths auf fast allen Gebieten der sozialen Fürsorge. Er begründete in Zusammenarbeit mit den Kinderärzten Münchens die Zentrale für Säuglingsfürsorge in München, die wenige Jahre später zum Landesverband für Säuglingsfürsorge in Bayern erweitert wurde, und dessen Geschäfte Groth jahrelang führte.



Neben all dieser Arbeit, soweit sie ihm noch Zeit gelassen hat, übte Groth eine erfolgreiche Tätigkeit als Praktischer Arzt aus, zu der er, wie zur Mitarbeit im ärztlichen Standesleben selbst, im vorgeschrittenen Alter zurückkehrte, und die er erst aufgegeben hat, als ihn sein hohes Alter dazu zwang. Damit und mit der umfassenden rein ehrenamtlichen sozialen Tätigkeit an fast durchwegs leitender Stelle, rundet sich das Bild eines gleichermaßen erfolgreichen Lebens ab, auf das Groth heute als Wissenschaftler und Arzt, als Lehrer und Sozialhygieniker zurückblicken kann.

Wie nur wenigen Forschern ist es Groth vergönnt, die medizinische und sozialhygienische Entwicklung der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts befruchtend und beratend und in geistiger Frische bis heute beobachtend und kritisch zu erleben. Heute, wie schon immer, ist die Persönlichkeit Groths anregend. Wissenschaftliche und schöngeistige Interessen erfüllen heute sein Leben. Er und seine gastfreundliche und kunstverständige Gattin genießen als Kenner und Sammler wertvoller Kunstgegenstände Ruf und Namen. Wir beglückwünschen den Nestor des deutschen Impfwesens zu seinem 90. Geburtstag und erhoffen für ihn nur Gutes für die weitere Zukunft.

Professor Herrlich, München

Professor Jakob Bauer 60 Jahre alt

Am 27. 9. 1966 feierte Herr Professor Jakob BAUER, der ärztliche Direktor des Schwabinger Krankenhauses, seinen 60. Geburtstag. Herr Professor Bauer war zunächst Operationspfleger bei Professor SAUERBRUCH in München, der ihn zur Nachholung des Abiturs und zum Medizinstudium veranlaßte. Nach Abschluß des Studiums war Herr Kollege Bauer einer der engsten Mitarbeiter seines Lehrers. Aus dieser Zeit stammt eine Reihe bedeutsamer experimenteller Arbeiten, vor allem auf dem Gebiet der Endokrinologie. 1947 wurde Herr Professor Bauer zum Privatdozenten ernannt; 1949 erfolgte seine Ernennung zum außerordentlichen Professor. Nach dem Wiederaufbau des Schwabinger Krankenhauses wurde ihm die Leitung der II. Medizinischen Abteilung übertragen; seit dem Jahre 1961 ist er ärztlicher Direktor. Die Geschichte des Schwabinger Krankenhauses hat er in seinem Buch „Vom Dorfspital zum Großstadtklinikum“ beschrieben.

Chefarzt Dr. Picard im Ruhestand

Herr Dr. med. Rudolf PICARD, Facharzt für innere Krankheiten, trat nach einer 16jährigen Tätigkeit als Chefarzt der I. Medizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses am Biederstein in den Ruhestand. Nach Kriegsende wurde Herr Kollege Picard an zwei Münchner städtische Krankenhäuser als Chefarzt berufen, und zwar an das in der Maria-Ward-Straße und in Pasing. 1950 wurde er Chefarzt am Biederstein.

Zwei bayerische Ärzte ausgezeichnet

Herrn Chefarzt Dr. med. Paul DÜRRBECK, Bischofsgrün, wurde vom Bundespräsidenten das Verdienstkreuz Erster Klasse verliehen.

Frau Dr. med. Ingeborg KÖLBL, Landshut, wurde vom Bayerischen Ministerpräsidenten mit der Rettungsmedaille am Band ausgezeichnet. Frau Kollegin Kölbl rettete im März dieses Jahres eine 52jährige Frau, die in selbstmörderischer Absicht in die Kleine Isar in Landshut gesprungen war, vor dem Tode des Ertrinkens.

Mitteilung der Schriftleitung

Die Fortsetzung des Artikels

„Die Deutsche Universität in Prag“

von Herrn Dr. med. W. KOERTING mußte aus technischen Gründen für diese Nummer zurückgestellt werden.

FAKULTÄT

München

Der ordentliche Professor und Direktor der Universitätskinderklinik Tübingen, Dr. Klaus BETKE, wurde auf den ordentlichen Lehrstuhl für Kinderheilkunde in der Medizinischen Fakultät berufen.

Dr. Gerhard MARTIUS, Professor in der I. Frauenklinik und Hebammenschule, wurde zum Leitenden Oberarzt ernannt.

Professor Dr. Julius RIES, Konservator an der I. Frauenklinik und Hebammenschule, wurde zum Abteilungsvorsteher ernannt.

Professor Dr. Egbert SCHMIEDT wurde zum Leitenden Oberarzt in der Chirurgischen Klinik, Abteilung Urologie, ernannt.

Professor Dr. Kurt SEMM, wissenschaftlicher Oberassistent an der II. Frauenklinik, wurde zum Leitenden Oberarzt unter Berufung in das Beamtenverhältnis auf Lebenszeit ernannt.

Professor Dr. Nepomuk ZÖLLNER, wissenschaftlicher Oberassistent, wurde zum Leitenden Oberarzt unter Berufung in das Beamtenverhältnis auf Lebenszeit in der Medizinischen Poliklinik der Universität München ernannt.

Dr. Horst HAMELMANN, Privatdozent in der Chirurgischen Klinik der Universität München, wurde zum Leitenden Oberarzt ernannt.

Dr. Walter HART, Privatdozent in der Chirurgischen Poliklinik der Universität München, wurde zum Leitenden Oberarzt unter Berufung in das Beamtenverhältnis auf Lebenszeit ernannt.

Dr. Dr. Franz BRACHMANN, wissenschaftlicher Oberassistent in der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, wurde zum Leitenden Oberarzt unter Berufung in das Beamtenverhältnis auf Lebenszeit ernannt.

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt:

Dr. Hans Jürgen BANDMANN, Privatdozent für Dermatologie und Venerologie;

Dr. Konrad DIETRICH, Privatdozent für Chirurgie;

Dr. Helmut STICKL, Privatdozent für Kinderheilkunde;

Dr. Karl VIERNSTEIN, Privatdozent für Orthopädie.

Die Lehrbefugnis wurde erteilt:

Dr. Thomas GÜRTNER für „Anästhesiologie“;

Dr. Wolfgang LESOINE für „Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde“;

Dr. Hans ZIMMERMANN für „Röntgenologie und Strahlenheilkunde“.

**STAATL.
FACHINGEN**

REIN NATURLICH

Ad us. proprium Vorzugspreise

- ▶ Tilgt vor allem überschüssige Säure im Gesamtorganismus. Es stumpft abnorme Säurebildung im Magen ab.
- ▶ Behebt und verhütet u. a. **Sodbrennen**, beugt Magenkrämpfen sowie der Bildung von Magengeschwüren vor.
- ▶ Vermehrt z. B. auch die Diurese und verhindert Grief- und Steinbildung in den ableitenden Harnwegen.

Bei Krankenkassen zugelassen. Auskunft und wissenschaftliches Prospektmaterial unverbindlich durch

ZENTRALBURO  **Fachingen** WIESBADEN / POSTFACH 31 89

AMTLICHES**Durchführung der Ersten Strahlenschutzverordnung**

Krankenanstalten in Bayern, an denen die nach § 3 Abs. 2 Ziff. 2 der Ersten Strahlenschutzverordnung i. d. F. vom 15. 10. 1965 (BGBl. I S. 1654) geforderte Fachkunde erworben werden kann (Stand: Mai 1966):

Krankenanstalt	Umgang mit radioaktiven Stoffen in			
	Diagnostik	Therapie		
		umschlossen	offen	Hochvolt-therapie
Röntgenologie und Strahlenheilkunde Institut und Poliklinik für physikalische Therapie und Röntgenologie der Universität München Professor Dr. v. Braunbehrens	X	X	X	X
Städtisches Krankenhaus München-Schwabing Dr. Henftling	X	X	X	X
Städtische Krankenanstalten Landshut Dr. Lössl	X	X	X	X
Städtisches Krankenhaus Passau Dr. Breit	X	X	X	X
Medizinische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg Erlangen Professor Dr. Demling	X		X	X
Städtische Krankenanstalten Nürnberg Dr. Jakob	X	X	X	X
Universitäts-Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten Würzburg Professor Dr. Bonse		X		X
Städtisches Krankenhaus Kaufbeuren Dr. Keim	X	X	X	X
Frauenkrankheiten und Geburtshilfe I. Frauenklinik der Universität München Professor Dr. Bickenbach		X	X	
II. Frauenklinik der Universität München Professor Dr. Fikentscher		X		
Staatliche Frauenklinik Bamberg Privatdozent Dr. Krone		X		
Städtisches Krankenhaus, Frauenklinik Bayreuth Professor Dr. Segschneider		X		
Privatklinik Dr. Dreyer Coburg		X	X	
Universitätsfrauenklinik Erlangen Professor Dr. Ober		X		X

wiotax®



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

Zusammensetzung:	Tetracyclinhydrochlorid	70 mg
	Dekamethylen-bis-(4-aminochlornaldiniumacetat)	15 mg
	Oxypolyaethoxydodecan	90 mg
	in 1 g einer Spezial-Kieselsäure-Pudergrundlage	
Packungsgröße:	Plastikstredose zu 1,8 g (10 ccm)	DM 3,30 m.U.



DR. FRIEDRICH SASSE · 1 BERLIN 10 · POSTFACH 640

Krankenanstalt	Umgang mit radioaktiven Stoffen in			
	Diagnostik	Therapie		
		umschlossen	offen	Hochvolt- therapie
Universitätsfrauenklinik Würzburg Professor Dr. Schwalm		X	X	
Innere Krankheiten*) I. Medizinische Klinik der Universität München Professor Dr. Schwiegk	X			
II. Medizinische Klinik der Universität München Professor Dr. Dr. Bodechtel	X			
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Regensburg Professor Dr. Doering	X		X	
Medizinische Universitätsklinik Würzburg Professor Dr. Wollheim	X		X	
Medizinische Universitäts-Poliklinik Würzburg Professor Dr. Franke	X		X	
Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten Universitätsklinik und Poliklinik für HNO-Kranke München Professor Dr. Herrmann		X		
Universitätsklinik und Poliklinik für HNO-Kranke Erlangen Professor Dr. Theissing		X		
Universitätsklinik und Poliklinik für HNO-Kranke Würzburg Professor Dr. Wullstein		X		
Augenkrankheiten Universitätsaugenklinik München Professor Dr. Remky		X		
Laboratoriumsdiagnostik Klinisch-chemisches Institut der II. Medizinischen Universitätsklinik München Privatdozent Dr. Klemm				
Nerven- und Gemütskrankheiten Universitätsnervenklinik München Professor Dr. Kollé	X		X	
Haut- und Geschlechtskrankheiten Universitäts-hautklinik München Professor Dr. Schirren		X	X	
Hautklinik am Städtischen Allgemeinen Krankenhaus Regensburg Professor Dr. Funk		X		

*) Med. Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, s. u. Röntgenologie und Strahlenheilkunde.

Drittes Gesetz zur Änderung des Jugendarbeitsschutzgesetzes

Vom 29. Juli 1966

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Das Gesetz zum Schutze der arbeitenden Jugend (Jugendarbeitsschutzgesetz) vom 9. 8. 1960 (Bundesgesetzbl. I S. 665), zuletzt geändert durch das Zweite Gesetz zur Änderung des Jugendarbeitsschutzgesetzes vom 15. 1. 1965 (Bundesgesetzbl. I S. 11), wird wie folgt geändert:

§ 45 Abs. 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Vor Ablauf des ersten Beschäftigungsjahres hat sich der Arbeitgeber die Bescheinigung eines Arztes darüber vorlegen zu lassen, daß der Jugendliche nachuntersucht worden ist. Die Bescheinigung muß von dem Personensorgeberechtigten unterschrieben sein. Legt der Jugendliche die Bescheinigung nicht rechtzeitig vor, so hat der Arbeitgeber binnen eines Monats nach Ablauf des ersten Beschäftigungsjahres den Personensorgeberechtigten hiervon zu benachrichtigen. Der Jugendliche darf nicht weiterbeschäftigt werden, wenn er die Bescheinigung nicht binnen zwei Monaten nach Ablauf des ersten Beschäftigungsjahres vorlegt.“

Artikel 2

Für Jugendliche, die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes ein Jahr oder länger beschäftigt werden und nicht nachuntersucht sind, gilt § 45 Abs. 2 nicht, wenn sie sich innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten dieses Gesetzes nachuntersuchen lassen und wenn dem Arbeitgeber die von dem Personensorgeberechtigten unterschriebene ärztliche Bescheinigung über die Nachuntersuchung vorliegt.

Artikel 3

Dieses Gesetz gilt nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 des Dritten Überleitungsgesetzes vom 4. 1. 1952 (Bundesgesetzbl. I S. 1) auch im Land Berlin.

Artikel 4

Das Gesetz tritt vier Wochen nach der Verkündung in Kraft.

Die verfassungsmäßigen Rechte des Bundesrates sind gewahrt.

Das vorstehende Gesetz wird hiermit verkündet.

Der Bundespräsident

L ü b k e

Der Stellvertreter des Bundeskanzlers

M e n d e

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung

H a n s K a t z e r

(Aus „Bundesgesetzblatt“ I S. 455 v. 3. 8. 1966)

MITTEILUNGEN

Einführungslehrgang im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Der nächste Einführungslehrgang im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns findet am

19. November 1966 in München

statt.

Anmeldungen sind an die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Bezirksstelle München-Stadt und -Land, 8000 München 2, Briener Straße 23, zu richten.

Dr. V ö l l i n g e r, Vorstandsvorsitzender

**Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums
des Innern:**

Stellenausschreibung für den amtsärztlichen Dienst

Bei den Staatlichen Gesundheitsämtern Altötting, Augsburg, Bad Kissingen, Ebersberg, Fürth, Garmisch-Partenkirchen, Günzburg, Landshut, Marktheidenfeld — Nebenstelle Lohr a. Main —, Neustadt a. d. Waldnaab, Nürnberg, Schwabach, Tirschenreuth und Wunsiedel sind Stellen für

beamtete Ärzte

zu besetzen.

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

Bewerber, die schon Beamte sind und die Physikatsprüfung abgelegt haben, werden als Beamte (auch in A 14) übernommen. Die übrigen Bewerber werden zunächst als Angestellte nach BAT II a eingestellt. Während des Physikatslehrgangs erhalten sie Dienstbezüge und Beschäftigungsvergütung. Nach der Physikatsprüfung werden sie als Regierungsmedizinalräte (A 13) in das Beamtenverhältnis übernommen und nach voraussichtlich drei Jahren zu Oberregierungsmedizinalräten (A 14) befördert. Für Amtsleiter bestehen weitere Aufstiegsmöglichkeiten in eine ruhegehaltfähige Stellenzulage (A 14 + Z) und in die BesGr. A 15.

Trennungsgeld und Umzugskostenvergütung werden gewährt. Staatsbedienstetenwohnungen werden vermittelt. Privatpraxis (ohne Kassen) und vertrauensärztliche Nebentätigkeit werden genehmigt.

Bewerbungen und jederzeit mögliche Anträge auf unverbindliche Vormerkung für künftig freiwerdende Stellen werden erbeten an das Bayerische Staatsministerium des Innern — Nr. P 4 — 5135/1 — 5/66 —, 8000 München 22, Odeonsplatz 3.

Tropfen, Elixier
hormonfrei

erleichtert
den Schritt
in die Menopause

feminon®

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

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

(Zusammengestellt auf Grund der Wochenmeldungen)

Nachdem im Juli weder eine Diphtherieerkrankung, noch ein Fall von übertragbarer Kinderlähmung bekannt wurde, trat im August Diphtherie wieder in einigen wenigen Fällen sowie eine Erkrankung an übertragbarer Kinderlähmung in paralytischer Form auf. Die Häufigkeit von Scharlacherkrankungen ging im Vergleich zum Vormonat merklich zurück, nämlich von 78 auf 52 Fälle je 100 000 der Bevölkerung (auf ein Jahr umgerechnet). Die Zahl der Erkrankungen an übertragbarer Hirnhautentzündung war ähnlich wie im Vormonat etwas erhöht.

Während die Zahl der Typhus- und Paratyphuserkrankungen im August etwas abnahm, stieg die der Ruhrerkrankungen leicht an. Höher als im Juli war auch die Zahl der Salmonellose-Fälle (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung); auf 100 000 der Bevölkerung entfielen im Juli 18, im August 34 Fälle. Die Erkrankungshäufigkeit an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) sank im August geringfügig ab.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 31. Juli bis 3. September 1966 (Vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11	
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare						Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa					
					Kinderlähmung		Hirnhautentzündung		Gehirnentzündung								Salmonellose		Übrige Formen			
					dar. paral. Fälle		Meningokokken Meningitis		Übrige Formen													
E ¹⁾ ST ²⁾		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	—	—	176	—	1	1	—	1	—	25	—	—	3	—	—	—	24	—	126	—	1	—
Niederbayern	—	—	29	—	—	—	—	1	—	7	—	—	2	—	1	—	—	—	25	—	2	—
Oberpfalz	1	—	54	—	—	—	—	1	—	8	—	—	—	—	1	—	3	—	103	—	2	—
Oberfranken	4	—	55	—	—	—	—	6	—	8	—	—	6	—	2	—	2	—	11	—	7	—
Mittelfranken	2	—	70	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	3	—	4	—	15	—	—	—
Unterfranken	—	—	34	—	—	—	—	2	—	11	—	—	1	—	3	—	—	—	6	—	—	—
Schwaben	1	—	90	—	—	—	—	5	—	6	—	—	—	—	1	—	5	—	43	—	—	—
Bayern	8	—	508	—	1	1	—	18	—	65	—	—	12	—	11	—	38	—	329	—	12	—
München	—	—	82	—	—	—	—	—	—	5	—	—	2	—	—	—	17	—	95	—	—	—
Nürnberg	—	—	34	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	2	—	—	—
Augsburg	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Regensburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	10	—	—	—
Würzburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22	
	Botulismus		Hepatitis infectiosa		Ornithose				Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾		Bang'sche Krankheit		Kindbettfieber ⁴⁾		Feldfieber		Q-Fieber		Toxoplasmose		Wundstarrkrampf	
					Psittacose		Übrige Formen															
					E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	—	—	128	—	—	—	—	2	—	32	—	—	—	—	1	—	—	—	4	—	3	1
Niederbayern	—	—	61	1	1	—	—	—	—	—	—	2	—	—	12	—	—	—	3	—	—	—
Oberpfalz	1	—	20	—	—	—	—	—	—	8	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Oberfranken	—	—	46	—	—	—	—	—	—	25	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mittelfranken	—	—	11	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Unterfranken	—	—	65	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2
Schwaben	—	—	24	—	—	—	—	—	—	55	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Bayern	1	—	355	1	1	—	—	4	—	121	—	3	—	1	14	—	1	—	7	—	5	2
München	—	—	44	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—
Nürnberg	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	6	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	22	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

2) ST = Sterbefälle.

3) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

4) Kindbettfieber bei oder nach standesamtlich meldepflichtiger Geburt.



gegen Raucher-,
Reiz-, Krampfhusten
und Alterskatarrh

Dicton[®] Tabletten Hustensirup Hustentropfen

(als Emetin-Narkotin-Kombination unterliegt Dicton
ohne Codein nicht den Betäubungsmittelbestimmungen)

reizlindernd
schleimlösend
hustenstillend

- Tabletten: 30, 60 u. 300 St.
* Hustensirup: 100, 200 u. 500 ml
* Hustentropfen: 15 ml

* auch mit **Codein**



Dolorglet
Arzneimittelfabrik
Bad Godesberg

Biochemische Forschungs- und Produktionsstätte in Tutzing eingeweiht

Aus Anlaß des 20jährigen Jubiläums von Biochemica BOEHRINGER, Mannheim, wurde am 23. 9. 1966 in Tutzing in Anwesenheit zahlreicher Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens eine neue Forschungs- und Produktionsstätte feierlich in Betrieb genommen, die nach dem Begründer dieser biochemischen Arbeitsrichtung den Namen Dr.-Fritz-C.-Engelhorn-Haus erhielt. Die Einweihung dieser in Europa wohl einmaligen Produktionsstätte war verbunden mit einem Fest-Kolloquium, das unter dem Vorsitz des Nobelpreisträgers Professor Dr. Feodor LYNEN stand und in dem eine Reihe namhafter Gelehrter zu speziellen Problemen der biochemischen Forschung Stellung nahm.

Das Dr.-Fritz-C.-Engelhorn-Haus ist ein Mehrzweckbau, in dem im wesentlichen aus Hefe die verschiedensten Biochemica, z. B. Koenzyme, Zuckerphosphate und Nukleotide, isoliert und rein dargestellt werden.

Die Eigenart der biochemischen Arbeitsweise bringt es mit sich, daß Produktion und Forschung räumlich nicht zu trennen sind. Das Gebäude besteht deshalb aus einem Produktions-Trakt und einem Labor- und Technikums-Trakt. In der großen Produktionshalle, die mit flexiblen Mehrzweckapparaturen ausgerüstet ist, läuft die sogenannte Vorreinigung ab. Hier werden Hefensätze von etlichen tausend Litern durch spezielle Verfahren mit Wirkstoffen angereichert und dann konzentriert. Daraus resultiert ein dem Volumen nach kleineres, aber wertvolleres Zwischenprodukt, das im Labor- und Technikums-Trakt weiter verarbeitet wird. Charakteristisch hierfür ist die große Anzahl von hochwertigen Meßgeräten, die zur Steuerung der Feinreinigung der Wirkstoffe über spezifische Verfahren benötigt werden.

Forschungszentrum Biochemica Tutzing

Die biochemische Forschung hat in den letzten Jahren in der ganzen Welt eine hervorragende Bedeutung für fast alle Gebiete der Naturwissenschaften erlangt. Mehr und mehr gibt es Berührungspunkte dieser Forschungsrichtung auch mit aktuellen Gebieten der Wissenschaft, wie z. B. der Weltraumforschung, wo es im Zusammenhang mit dem Aufenthalt des Menschen im Weltall vordringliche biochemische Probleme zu bewältigen gibt.

Die Bedeutung des Forschungszweiges geht aber auch daraus hervor, daß die Mehrzahl der in den letzten Jahren verliehenen Nobelpreise für Medizin an Wissenschaftler vergeben wurde, die sich mit Fragen aus der biochemischen Forschung beschäftigt haben.

Die Biochemie befaßt sich mit den chemischen Bausteinen des menschlichen Körpers sowie des Organismus von Tieren und Pflanzen bis hin zu den Viren. Eine ihrer wesentlichen Forschungsaufgaben liegt in der Aufklärung des komplizierten Zusammenwirkens der Körpersubstanzen (Metabolismus) deren Umbau im Organismus durch Enzyme katalysiert und durch Hormone und Vitamine reguliert wird.

Das Forschungszentrum Biochemica Tutzing ist ein Teil der C. F. Boehringer & Soehne GmbH Mannheim, Biochemische Abteilung Tutzing. Es ging aus einer 1943 nach Tutzing evakuierten Abteilung dieses Unternehmens hervor. Dr. Fritz C. ENGELHORN, der damalige Seniorchef von Boehringer, Mannheim, der in Feldafing zu Hause war, hatte mit unternehmerischem Weitblick die Bedeutung der Forschung auf dem Gebiet der Biochemie erkannt. So wurden im heutigen Hauptgebäude der Biochemischen Abteilung die ersten Laboratorien eingerichtet. Der Anfang auf dem neuen Forschungsgebiet war improvisiert, aber die Mitarbeiter glaubten an die große Zukunft ihres neuen Arbeitsgebietes. Unter den ersten Produkten, die in der neuen Biochemischen Abteilung hergestellt wurden, waren das Enzym ADH und das Koenzym DPN*); beide werden seitdem zur enzymatischen Blutalkoholbestimmung nach der ADH-Methode verwendet.

In den vergangenen 20 Jahren hat die Abteilung ständig neue biochemische Forschungsreagenzien und Präparate bereitstellen können. Heute stellt Boehringer, Mannheim, in Tutzing biochemische Reagenzien von größter Reinheit her: 300 Präparate, die weltweit in Forschungslaboratorien, in Kliniken und im Labor des Arztes gebraucht werden. Ein Großteil von ihnen wurde in Tutzing erstmals industriell hergestellt. Einige der neu entwickelten Enzyme haben einen Wert von 100 000 DM pro Gramm! Bei ihrer klinischen Anwendung werden allerdings auch nur so geringe Mengen benötigt, daß Handelsgrößen von einem tausendstel Gramm ausreichen.

Enzyme werden aus den verschiedensten biologischen Rohstoffen gewonnen: Kaninchenmuskel, Pferde-, Rinder- und Hammelleber, Pferde-, Rinder- und Schweineherz, Milz, Weißkohl, Spinatblätter, Meerrettich, Kartoffeln, Hefen, Schimmelpilzen und Bakterien, Schlangengift und anderes mehr. Und dies sind die Produktionsdimensionen: Aus 20 000 Litern Kulturansatz eines Bakteriums gewinnt man z. B. 2 Gramm eines Enzyms. Dabei sind nicht selten 20—40 aufeinanderfolgende Verfahrensschritte nötig.

Mehr und mehr Forschungsinstitute, die früher ihre biochemischen Reagenzien selbst herstellen mußten, gehen dazu über, diese hochwertigen Biochemica gebrauchsfertig zu beziehen, um dadurch Zeit und Arbeitskräfte zu sparen und für die eigene Grundlagen-

Fortbildungsveranstaltungen in Bayern November 1966

- 5. 11. München — Arbeitsmedizinischer Fortbildungskurs
- 11.—12. 11. Eriangen — Kurs für praktische Gastroenterologie
- 19.—20. 11. München — 6. Bayerische Internisten-tagung
- 17. 11. München — „Probleme der menschlichen Belastung im Wandel der technischen Arbeitsmethoden“
- 23. 11. Ising bei Seebruck/Chiemsee — Ärztliche Fortbildung im Chiemgau
- 26.—27. 11. München — Herbsttagung der Bayerischen Röntgengesellschaft

Nähere Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Kongreßkalender auf Seite 858

* DPN — Diphosphor-Pyridin-Nukleotid;
ADH — Alkoholdehydrogenase.

forschung freizubekommen. Wie in diesen Instituten werden diese Präparate auch für die eigenen Forschungsarbeiten in Tutzing verwendet. So entwickelten unsere Biochemiker in Tutzing ab 1954 Methoden der enzymatischen Analyse und fertige Reagenzienzusammensetzungen. Biochemica-Test-Kombinationen sind heute in der Praxis der klinischen Chemie bestens eingeführt. Enzymatische Untersuchungsmethoden zur Früherkennung, z. B. des Herzinfarktes, sowie zu Diagnostik und Verlaufskontrolle, besonders von Lebererkrankungen und Diabetes, sind heute nicht mehr wegzudenken. In der Lebensmittelanalyse sind spezifische Bestimmungen von Glycerin, Fruktose und Glukose nebeneinander, von Zitrat, Malat, Azetat usw., überhaupt erst durch die Anwendung von Enzymen möglich geworden. Die Forschungsarbeiten auf dem Stoffwechselgebiet lieferten aber auch Ansätze zur Therapie mit biochemischen Substanzen. Einige Präparate werden schon heute in pharmazeutischen Spezialitäten verabreicht.

Mit einer zwei Jahrzehnte umfassenden Erfahrung in der industriellen biochemischen Forschung und Reindarstellung von Enzymen hat Boehringer, Mannheim, heute weltweite Bedeutung. Eine Reihe von Tochterfirmen und Generalvertretungen in zahlreichen Ländern der Erde garantieren, daß alle Substanzen im optimalen Zustand in die Hand des Biochemikers und des Arztes gelangen. Das Forschungszentrum Biochemica Tutzing ist wohl die größte industrielle Forschungsstätte ihrer Art in der ganzen Welt.

Aktuelles aus Bad Aibling

Stadtväter und Kurdirektor von Bad Aibling haben sich trotz erheblicher Mehrausgaben entschlossen, erstmals 1966 auch die Kurkapelle ganzjährig zu verpflichten. Der Wintergast hat also gleiche Annehmlichkeiten auf dem Veranstaltungssektor und braucht sich nicht zu langweilen. Der kürzlich in Betrieb genommene moderne Konzertsaal und die neuen Leserräume für Raucher und Nichtraucher strahlen eine behagliche Atmosphäre aus.

Zwei weitere Maßnahmen im Interesse des Kurgastes wurden jetzt genehmigt: ein Nachtfahrverbot für bestimmte Fahrzeuge in einigen Straßen und Druckknopfsignalanlagen (Grünlicht) zur gefahrlosen Straßenüberquerung durch den Fußgänger. Da Rheuma, Frauenleiden und Bandscheibenschäden die Hauptindikationen Bad Aibblings sind, ist gerade letztere Neuerung für Gehbehinderte besonders zu schätzen.

Film

Vincent van Gogh

Eine Diskussion um sein Leben und sein Leiden

„Die Passion des Vincent van Gogh, gezeigt an seinen Selbstbildnissen“, lautet der Titel eines Films von Obermedizinalrat Dr. LIESER, der kürzlich in München seine glanzvolle Uraufführung hatte. Von früheren Werken des gleichen Autors an klare wissenschaftliche Aussagen gewöhnt, folgte der Zuschauer diesmal der übrigens brillant geführten Kamera in ihrer chronologischen Aneinanderreihung von van Goghs Selbstbildnissen. In technischer Vollkommenheit, untermalt von Ravels kreisendem, ja bohrenden Bolero steigern sich Tragik und Problematik im Leben des Künstlers im Ringen um die Gestaltung seiner selbst. Das allein zeigt der Streifen ohne wissenschaftliche Deutung oder Aussage, die der Autor bewußt, da er sich nur an Existentes hält, vermied.

Der ganz van Gogh gewidmete Abend wurde von einem hochinteressanten, vorzüglich verfaßten und vorgetragenen Lebensbild von dem bekannten Medizinhistoriker Professor Dr. Werner LEIBBRAND eingeleitet. „Gibt es einen Morbus van Gogh?“ lautete seine Frage. Er stellte in seinen Ausführungen den Künstler in seine Zeit, in das verrückte Säkulum hinein, in die parallel laufende Entwicklung von Technik und Verkehr, die Hinwendung der Kunst zur Natur, die politischen Wirrnisse des 19. Jahrhunderts. In dieser in Gärung und Umgestaltung begriffenen Welt, die einen Künstler und Börsenmakler Gauguin bis nach Tahiti trieb, die Strindberg zu alchemistischen Goldbasteleien veranlaßte, muß man van Gogh sehen. Jede spezialisierte Betrachtung unter künstlerischem oder medizinischem Aspekt verkleinert nur den Horizont und führt, z. B. auf medizinischem Gebiet, zu den verschiedensten Diagnosen, die von der Migräne bis zur Terpentingiftung reichen. Zahlreiche mystifizierte Geschehnisse und „Symptome“ finden so viel einleuchtendere Erklärungen. Sollte ein aus verschmähter Liebe abgeschnittenes Ohr nicht vielmehr von einem Suizidversuch herrühren, bei dem die Karotis verfehlt wurde? Nach diesem so fesselnd vorgetragenen Lebensbild unterbleibt ganz von selbst das Suchen nach Diagnosen. Man betrachtet erschüttert die seelischen und materiellen Kämpfe eines Menschen, dem in der persönlichen Sphäre wie in der Kunst äußere Erfolge zu Lebzeiten versagt geblieben sind, und dessen Werke die Nachwelt ungemein bereichern. M.-Ks.

Bei hartnäckigem
Husten
hilft zuverlässig

Taecoforte®

Hustensirup

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

Schnellste Wirkung durch moderne Wirkstoffkombination



TAESCHNER

Erholungsverschickung im Rahmen der Sozialhilfe

Manche erholungsbedürftige Mütter oder Eltern von erholungsbedürftigen Kindern stehen vor der Frage, wer den so oft notwendigen Erholungsaufenthalt finanzieren soll. Soweit ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis vorliegt, beteiligen sich der Rentenversicherungsträger und die Krankenkasse an den entstehenden Kosten mit Zuschüssen. Diese Zuschüsse decken aber nur einen Teil der notwendig werdenden Aufwendungen. In solchen Fällen besteht vielleicht die Möglichkeit, daß auch der Sozialhilfeträger sich an den entstehenden Kosten des Erholungsaufenthaltes beteiligt oder sogar die gesamten, durch Versicherungsleistungen nicht gedeckten Restkosten übernimmt. Die Kostenbeteiligung des Sozialhilfeträgers ist dabei von zwei Voraussetzungen abhängig.

Vorbeugende Gesundheitshilfe — und hierum handelt es sich bei der Erholungsverschickung zumelst — soll nach den näheren Bestimmungen des Bundessozialhilfegesetzes jenen Personen gewährt werden, bei denen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung oder ein sonstiger Gesundheitsschaden einzutreten droht.

Zu diesen Maßnahmen gehört vor allem die nach ärztlichem Urteil erforderliche Erholungsverschickung, besonders für Kinder, Jugendliche und alte Menschen, sowie für Mütter in geeignete Müttergenesungsheime. Voraussetzung für die Kostenbeteiligung des Sozialhilfeträgers ist daher zunächst, daß die Notwendigkeit der Erholungsverschickung ärztlicherseits bestätigt wird.

Der Sozialhilfeträger beteiligt sich weiterhin nur dann an den Kosten der Erholungsverschickung, wenn das Nettoeinkommen des Erholungsbedürftigen oder bei Minderjährigen der Eltern, die maßgebliche Einkommensgrenze nicht oder nicht wesentlich überschreitet. Diese Einkommensgrenze setzt sich zusammen aus einem Grundbetrag in Höhe des doppelten Sozialhilferegelsatzes eines Haushaltsvorstandes von zur Zeit etwa 250.— DM, den Kosten der Unterkunft und Familienzuschlägen von 80.— DM für den Ehegatten und jede weitere überwiegend unterhaltene Person. Bei einem Ehepaar mit 4 Kindern würde diese Einkommensgrenze bei einer Miete von mtl. 70.— DM sich wie folgt errechnen:

Grundbetrag (örtlich etwas verschieden) ca.	250.- DM
Kosten der Unterkunft	70.- DM
Familienzuschläge für Ehefrau u. 4 Kinder	400.- DM
	<hr/> 720.- DM

Selbst wenn das Einkommen über der maßgeblichen Einkommensgrenze liegt, ist noch eine Kostenbeteili-

gung des Sozialhilfeträgers möglich, weil das die Einkommensgrenze übersteigende Einkommen nur in angemessenem Umfang berücksichtigt wird. Soweit durch den Erholungsaufenthalt häusliche Einsparungen erzielt werden, kann der Sozialhilfeträger diese in angemessenem Umfang berücksichtigen.

Anträge auf Kostenbeteiligung der Sozialhilfeträger, die übrigens rechtzeitig vor Beginn der beabsichtigten Erholungsverschickung gestellt werden sollten, können entweder direkt bei den Sozialämtern der Stadt- und Landkreise, oder aber auch über die Träger der freien Wohlfahrtspflege, die ja in der Hauptsache die Erholungsverschickungen durchführen, gestellt werden.

-alpe-

Austausch München—Erlangen

Arzt in Dachau bietet einem Erlanger Kollegensohn, der in München Medizin oder Zahnmedizin studiert, freie Wohnung und Verpflegung in seinem Haus. Gegenleistung: Freie Wohnung und Verpflegung des eigenen Sohnes, der in Erlangen Zahnmedizin studiert. Angebote an Dr. med. P. M. Jantzen, Facharzt für Orthopädie, 8060 Dachau, Thomas-Schwarz-Straße 3.

Stellenausschreibung für den landgerichtsärztlichen Dienst

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

Bewerber, die schon Beamte sind und die Physikatprüfung abgelegt haben, werden als Beamte (auch in A 14) übernommen. Die übrigen Bewerber werden zunächst als Angestellte nach BAT II a eingestellt. Während des Lehrganges erhalten sie volle Dienstbezüge und Beschäftigungsvergütung. Nach der Physikatprüfung werden sie als Regierungsmedizinalrat (A 13) in das Beamtenverhältnis übernommen und nach voraussichtlich 3 Jahren zum Oberregierungsmedizinalrat (A 14) befördert. Mit der Übernahme einer Chefstelle bestehen weitere, außergewöhnlich günstige Aufstiegsmöglichkeiten bis zum Regierungsmedizinaldirektor (A 15).

Trennungsschädigung und Umzugskostenvergütung werden gewährt. Staatsbedienstetenwohnungen werden vermittelt. Privatpraxis (ohne Kassen) und vertrauensärztliche Nebentätigkeit werden genehmigt.

Bewerbungen und jederzeit mögliche Anträge auf unverbindliche Vormerkung für künftig frei werdende Stellen werden erbeten an Bayerisches Staatsministerium des Innern (Nr. P 4 — 5135/1 — 4/66), 8000 München 22, Odeonsplatz 3

RECORSAN

-HERZSALBE
 Jetzt noch wirtschaftlicher:
30 g DM 2,70 o.U.

- Gesellschaften Gräfelting und Lüneburg

KONGRESSE UND FORTBILDUNG**17. Wissenschaftliche Ärztetagung Nürnberg**

vom 9. bis 11. Dezember 1966 — Veranstaltet von der Bayerischen Landesärztekammer
Wissenschaftlicher Leiter: Prof. Dr. R. Schubert — Tagungsort: Meistersingerhalle Nürnberg

Freitag, den 9. Dezember 1966

Tagesthema:

**THERAPIE DER ERKRANKUNGEN DER LEBER
UND DER GALLENWEGE**

9.00—9.40 Uhr:

Eröffnung, Begrüßung und Einleitung zu den Hauptthemen

9.40—10.20 Uhr:

Prof. Dr. W. Siede, Direktor der I. Medizinischen Universitätsklinik Frankfurt:

„Therapie der akuten Virushepatitis“

10.20—11.00 Uhr:

Prof. Dr. H. Kalk, Leberklinik Bad Kissingen:

„Therapie der chronischen Hepatitis einschließlich Fettleber“

11.30—12.10 Uhr:

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

„Therapie der Leberzirrhose verschiedener Genese“

12.10—12.40 Uhr:

Prof. Dr. D. Müting, Oberarzt der Medizinischen Universitätsklinik Homburg/S.:

„Therapie des Coma hepaticum“

14.20—15.00 Uhr:

Filmvorführung (Byk-Gulden, Konstanz):

„Erkrankungen der Gallenwege“

Wissenschaftliche Autoren: Dr. W. D. Beecker, Mannheim, Dr. M. K. Moorthi, Mannheim, Prof. Dr. G. Schalloek, Mannheim, Priv.-Doz. Dr. E. Wildhirt, Kassel, u. a.

15.00—15.30 Uhr:

Prof. Dr. L. Demling, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Erlangen:

„Therapie der Cholezystopathie und Cholangitis“

15.30—16.00 Uhr:

Prof. Dr. W. Mohr, Chefarzt der klinischen Abteilung des Bernhard-Nocht-Instituts für Tropenkrankheiten Hamburg:

„Therapie der parasitären Lebererkrankungen“

16.00—16.20 Uhr:

Prof. Dr. H. Knothe, Hygiene-Institut der Universität Kiel:

„Antibiotische Therapie bei Salmonelleninfektionen der Gallenwege“

16.50—17.20 Uhr:

Dr. A. Jakob, Vorstand des zentralen Strahleninstituts der Städt. Krankenanstalten Nürnberg:

„Neuere Möglichkeiten der Strahlendiagnostik bei Erkrankungen der Gallenwege und der Leber“

17.20—17.50 Uhr:

Prof. Dr. K. Stucke, Oberarzt der Chirurgischen Universitätsklinik Würzburg:

„Chirurgie der Leber und der Gallenwege“

17.50—18.10 Uhr:

Prof. Dr. G. Hillmann, Vorstand des Chemischen Instituts der Städt. Krankenanstalten Nürnberg:

„Klinisch-chemische Schnellmethoden bei Lebererkrankungen“

18.10 Uhr:

Diskussion

Samstag, den 10. Dezember 1966

Tagesthema:

**„THERAPIE DER PERIPHEREN ARTERIELLEN
UND VENÖSEN DURCHBLUTUNGSSTÖRUNGEN“**

9.30—10.10 Uhr:

Prof. Dr. W. Doerr, Direktor des Pathologischen Universitätsinstituts Heidelberg:

„Periphere Durchblutungsstörungen verschiedener Genese aus der Sicht des Pathologen“

10.10—10.50 Uhr:

Prof. Dr. G. Schettler, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Heidelberg:

„Konservative Therapie der peripheren arteriellen Durchblutungsstörungen arteriosklerotischer und entzündlicher Art“

11.20—12.00 Uhr:

Prof. Dr. F. Hegemann, Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen:

„Chirurgische Therapie der arteriellen Durchblutungsstörungen einschließlich der Möglichkeiten der Gefäßplastik“

12.00—12.30 Uhr:

Dr. D. v. Arnim, Vorstand des Physikalischen Instituts der Städt. Krankenanstalten Nürnberg:

„Physikalische Therapie der peripheren Durchblutungsstörungen verschiedener Genese“ (mit Film)

14.20—15.00 Uhr:

Filmvorführung
(Farbenfabriken Bayer, Leverkusen)

„Das akute Abdomen“

Wissenschaftliche Autoren: Sir John Bruce, Edinburgh, Prof. Dr. W. Creutzfeldt, Göttingen, Prof. Dr. F. Linder, Heidelberg, Prof. Dr. C. E. Alken, Homburg/Saar, Prof. Dr. N. Henning, Erlangen, u. a.



KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln

ASTHMO-KRANIT

Bronchial-Antispasmodicum

15.00—15.40 Uhr:

Prof. Dr. A. Bernsmeier, Direktor der 1. Medizinischen Universitätsklinik Kiel:

„Therapie der frischen Apoplexie“

15.40—16.20 Uhr:

Prof. Dr. W. Birkmayer, Vorstand der Neurologischen Abteilung Lainz, Wien:

„Therapie der chronischen zerebralen Durchblutungsstörungen“

16.20—16.50 Uhr:

Dr. K. Sigg, Leiter der Poliklinik für Venenerkrankungen des Frauenspitals Basel:

„Prophylaxe und konservative Therapie der Venenerkrankungen“

17.20—17.50 Uhr:

Prof. Dr. K. Denecke, Chefarzt der Chirurgischen Abteilung der Städt. Krankenanstalten Fürth:

„Chirurgische Therapie bei venösen Durchblutungsstörungen: akute Venenverschlüsse, Shunt, periphere Varizen, Hämorrhoiden“

17.50—18.10 Uhr:

Prof. Dr. G. Weber, Vorstand der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der Städt. Krankenanstalten Nürnberg:

„Differentialdiagnose und Therapie des Ulcus eruris“

18.10 Uhr:

Diskussion

Sonntag, den 11. Dezember 1966

Tagesthema:

WOHLSTAND UND KRANKHEIT

9.30—10.10 Uhr:

Prof. Dr. A. Jores, Direktor der II. Medizinischen Universitätsklinik und Poliklinik Hamburg:

„Wohlstand und Krankheit aus der Sicht des Klinikers“

10.10—11.00 Uhr:

Prof. Dr. H. Thomae, Direktor des Universitätsinstituts für Psychologie Bonn:

„Abhängigkeit der seelischen Entwicklung vom Wohlstand“

11.30—12.00 Uhr:

Prof. Dr. K. G. Specht, Vorstand des Seminars für Soziologie der Universität Erlangen-Nürnberg:

„Leistungsgesellschaft und Krankheit“

12.00—12.30 Uhr:

Dozent Dr. H. J. Holtmeier, Oberarzt der Medizinischen Universitätsklinik, Freiburg:

„Ernährung und Wohlstand“

12.30 Uhr:

Diskussion

Auskunft und Anmeldung: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstr. 85, Tel. 38 11 21

Arbeitsmedizinischer Fortbildungskurs

am 5. November 1966 in München

Am Samstag, den 5. 11. 1966, veranstaltet das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge gemeinsam mit der Bayerischen Landesärztekammer einen Fortbildungskurs für Ärzte im Hause des Arbeitsschutzes, München 22, Pfarrstraße 3.

Thema:

Aktuelle Fragen der Arbeitsmedizin: „Der Mensch an der Schwelle des Alters“

9.30 Uhr:

Begrüßung, Eröffnung

9.45—10.30 Uhr:

Professor Dr. Schimert, Leiter des Instituts für Prophylaxe der Kreislaufkrankheiten bei der Universität München

10.40—11.00 Uhr:

Professor Dr. Schneider, Medizinische Universitätsklinik Würzburg

11.10—11.30 Uhr:

Reg.-Med.-Dir. Dr. Meyr, Facharzt für Orthopädie, Versorgungskrankenhaus Bad Tölz

11.40—12.00 Uhr:

Professor Dr. Bronisch, Direktor der psychiatrischen und Nervenklinik der Städt. Krankenanstalten Nürnberg

Diskussion

14.00—14.20 Uhr:

Professor Dr. Max Mikorey, München

14.30—14.50 Uhr:

Dipl.-Psychologe Dr. Schmale, Institut für Arbeitspsychologie und Berufspädagogik der Technischen Hochschule München

15.00—15.20 Uhr:

Professor Dr. Specht, Dekan der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg

15.30—15.50 Uhr:

Direktor Lang, Landesversicherungsanstalt Oberbayern, München

Diskussion

Die Anfangszeiten sind jeweils s. t.

Tagungsgebühren werden nicht erhoben.

Auskunft: Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3, Telefon 2 18 41



beruhigt die Nerven

und bringt erquickenden Schlaf

OP zu 200 ccm
OP zu 50 Drogees

DR. BRAUN U. HERBERG BAD SCHWARTAU

Pflaumer-Tee

Species urologicae 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. Orthos. etam. 7%, Fol. Bucco 5%, Fol. Uvae ursi 18%, Fol. Betulae 10%, Herba Equia. 6%, Herba Hern. 9%, Flor. Eric. 3%, Fruct. Junip. 9%, Fruct. Phee. a. a. 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 gea. geach. Originalpackung von 100 g durch alle Apotheken zu beziehen. (DM 2,90). Auf Wunsch Probepeckung und Literatur.

BAUMOLAN
APOTHEKE OTTO LANG

8520 Erlangen - Postfach 48



TAESCHNER

Bei
Husten
hilft zuverlässig

Pertussin[®] Konzentrat

codeinhaltige Hustentropfen (1,2%)

Reizhusten · Emphysebronchitis
Bronchiektasen · Pertussis

Spasmen · Diarrhoen · Tenesmen

UZARA

Ein Medikament von bleibendem Wert
therapiesicher - ohne Nebenwirkungen

15, 30 u. 50 ccm Liquor

25 Dragées

10 Suppositorien A (Säuglinge), B (Kinder), C (Erwachsene)

UZARA-WERK · MELSUNGEN

6. Tagung der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e.V.

am 19./20. November 1966 in München, Kleine Kongreßhalle im Ausstellungspark

Samstag, 19. November 1966

Vorsitz: Prof. Dr. H. Begemann, Chefarzt der I. Medizinischen Abteilung des Städt. Krankenhauses München-Schwabing

9.00—9.10 Uhr:

Eröffnung der Tagung durch den 1. Vorsitzenden der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns, Dr. R. Schindlbeck

9.10—9.30 Uhr:

Prof. Dr. O. Wieland:

„Die klinische Bedeutung der Bestimmung des protein- gebundenen Jods im Serum“

9.30—9.50 Uhr:

Dr. H. Czempel:

„Radiosotopen-Diagnostik in der inneren Medizin“

9.50—10.15 Uhr:

Prof. Dr. E. König:

„Neuere Gesichtspunkte bei der Behandlung des Herz- infarktes“

10.55—11.15 Uhr:

Dr. E. Holzer:

„Klinik und Bedeutung des Q-Fiebers“

11.15—11.40 Uhr:

Dr. H. Mehnert:

„Zur Insulinbehandlung des Diabetes mellitus“

11.40—12.10 Uhr:

Prof. Dr. H. Begemann:

„Die Differentialdiagnose der Lymphopathien“

Vorsitz: Prof. Dr. H. Franke, Direktor der Medi- zinischen Universitäts-Poliklinik, Würzburg

15.00—15.15 Uhr:

Dr. W. Börner:

„Neuzeitliche Schilddrüsendiagnostik mit ^{99m}Tc-Perchnetat“

15.15—15.30 Uhr:

Dr. F. Husmann:

„Diagnose und Therapie des Cushing-Syndroms“

15.30—15.45 Uhr:

Dr. K. Deibert:

„Primäre pulmonale Hypertonie“

15.45—16.00 Uhr:

Prof. Dr. P. Polzien:

„Atypische Herzinfarkte“

16.35—16.50 Uhr:

Dr. F. Longin:

„Das kleine Magenkarzinom im Röntgenbild“

16.50—17.10 Uhr:

Prof. Dr. H. Franke:

„Das sogenannte akute Abdomen in internistischer Sicht“

17.10—17.20 Uhr:

Dr. L. Maiwald:

„Die Endo-Radio-Sonde (Heidelberger Kapsel) in der Magendiagnostik; Anwendung und Grenzen der Methodik“

17.20—17.30 Uhr:

Dr. W. Strik:

„Cholesteatose der Gallenblase“

17.30—17.40 Uhr:

Dr. H. Haug:

„Atypische Verlaufsformen der Virushepatitis“

17.40—17.50 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. R. Juchems:

„Neuere Gesichtspunkte zur Periarteriitis nodosa“

17.50—18.00 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. W. Groß:

„Über den Thiazid-Diabetes“

Sonntag, 20. November 1966

Vorsitz: Prof. Dr. H. Ley, Chefarzt der II. Medizini- schen Abteilung des Städt. Krankenhauses rechts der Isar, München

8.45—9.00 Uhr:

Dr. F. Kiefhaber:

„Lebensbedrohliche Rhythmusstörungen und ihre Behandlung“

9.00—9.15 Uhr:

Dr. W. D. Baedeker:

„Primäre Myokarderkrankungen“

9.25—9.40 Uhr:

Dr. C. S. So:

„Die Bedeutung des Elektrokardiogramms bei der Beurteilung von Herzfehlern“

9.40—10.00 Uhr:

Prof. Dr. H. Blömer:

„Was leistet die Phonokardiographie?“

10.40—11.00 Uhr:

Prof. Dr. H. Ley:

„Bedeutung des sogenannten Leberspektrums für die Differentialdiagnose der Leberkrankheiten“

11.00—11.15 Uhr:

Dr. B. Thaler:

„Die Differentialdiagnose der degenerativen und entzündlichen Gelenkerkrankungen“

11.25—11.40 Uhr:

Dr. M. v. Clarmann:

„Vergiftungen durch barbituratfreie Schlafmittel“

11.40—11.55 Uhr:

Dr. A. Oberdorfer:

„Was leistet die Immun-Elektrophorese?“

Auskunft: Sekretariat der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e.V., 8036 Herrsching (Ammersee), Summerstraße 3, Telefon 0 81 52 / 2 00

Cefadysbasin[®]

TROPFEN

TABLETTE

AMPULLEN



CEFAK
KEMPTEN

PERIPHERE UND KORONARE DURCHBLUTUNGSSTÖRUNGEN

Der hat das Herz auf dem rechten Fleck



Er packt zu, wo es not tut.
Er hilft, ohne sich lange frage,
zu lassen. Ist er eine Ausnahme?
Ganz gewiß nicht – viel mehr
Menschen, als es den Anschein hat,
handeln täglich so wie er. Ob alt,
ob jung, viele Worte werden
darum nicht gemacht.
Eine Zeitung mit Herz hat große
Möglichkeiten, zu helfen. Von der
bloßen Ermunterung bis zur
klaren Tat nützt der Münchner
Merkur täglich diese Chancen.

Münchner Merkur Die
Zeitung
für Sie



Gegen Darmträgheit
und Verstopfung:

Babylax[®]

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

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

OP 3 St. – Arztproben auf Wunsch

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

Fortbildungsveranstaltungen der Vereinigung der Praktischen Ärzte Bayerns in München

**Seminar über Erkrankungen der Leber, des Darmes
und des Pankreas:**

Am Mittwoch, den 2. 11. 1966, um 20.15 Uhr, am Samstag, den 5. 11., um 15.30 Uhr, und am Samstag, den 12. 11. 1966, um 15.30 Uhr, im Hörsaal der II. Medizinischen Universitätsklinik, München, Ziemssenstraße 1.
Leitung: Professor Dr. E y m e r.

Praktischer Augenspiegelkurs

(Mit Vorträgen über die Erstversorgung perforierender Augenverletzungen, Verätzungen und über das Glaukom): Am Samstag, den 19. 11., Mittwoch, den 23. 11., und Samstag, den 26. 11. 1966. Samstag um 15.30 Uhr, Mittwoch um 20.15 Uhr, in der Universitäts-Augenklinik, München, Mathildenstraße.
Leiter: Professor R e m k y.

Therapie und Erkennung akuter Vergiftungen:

Am 3. und 10. 12. 1966 in München, im Krankenhaus rechts der Isar. Beginn 15.30 Uhr, jeweils zwei Doppelstunden.

Leiter: Dr. von C l a r m a n n.

Laborkurs für Ärzte und fortgeschrittene Laborkräfte:

Am Samstag, den 14. 1. und 21. 1. 1967, in München im Kurssaal der II. Med. Univ.-Klinik. Je 3 Stunden.

Leiter: Professor Dr. O. W i e l a n d.

EKG-Kurs für Fortgeschrittene:

Vom 11. 2. bis 15. 3. 1967, jeweils Samstag, 15.30 Uhr, und Mittwoch, 20.15 Uhr, in der II. Medizinischen Universitätsklinik, München, Ziemssenstraße 1.
Leiter: Privatdozent Dr. D. A t h a n a s i o u.

Diagnostik der Blutkrankheiten:

Vom 19. 4. bis 6. 5. 1967, jeweils Samstag, 15.30 Uhr, und Mittwoch, 20.15 Uhr, in der II. Medizinischen Universitätsklinik, München, Ziemssenstraße 1.
Leiter: Privatdozent Dr. B o r c h e r s.

Anmeldungen zu allen Kursen nur beim Sekretariat der Vereinigung der Praktischen Ärzte Bayerns, 8000 München-Waldperlach, Hamannstr. 8, Tel. 4 60 28 48

Ärztliche Fortbildung im Chiemgau

„Fortbildung vor der Tür des Praktischen Arztes“

23. November 1966

Zu dem Thema „**Diagnostik und Therapie der peripheren Durchblutungsstörungen**“ referieren: Privatdozent Dr. S t a m p f l, München, und Oberarzt Dr. B r o g h a m m e r, Mainz.

Zur anschließenden Diskussion angemeldet: Oberarzt Dr. P o h l m e y e r, Regensburg.

Tagungsort: „Schloßhotel Pflug“, Ising bei Seebruck (Chiemsee). Beginn: 19.30 Uhr.

Auskunft: Sekretariat Ärztliche Fortbildung im Chiemgau, Dr. med. H. M a t u s c z y k, 8210 Prien am Chiemsee, Rathausstraße 9, Telefon 4 82

Herbsttagung

der Bayerischen Röntgengesellschaft

am 26./27. November 1966 in München

Die Bayerische Röntgengesellschaft hält am 26./27. 11. 1966 ihre diesjährige Herbsttagung in München ab.

Geplantes wissenschaftliches Programm:

Colondiagnostik (Forderungen des Kliniklers, Übersicht über Bewährung der derzeit üblichen Verfahren, insbesondere Vorbereitung und Untersuchungstechnik)

Strahlenschutz (insbesondere Bemessung für die Praxis des niedergelassenen Radiologen)

Arthrographie als Methode der Praxis

Anthropologie und Röntgenbild

Auskunft: Professor Dr. med. Wolfgang F r i k, 5100 Aachen, Goethestraße 27

Tagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsschutz e. V.

am 17. November 1966 in München

Die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsschutz e. V. veranstaltet in Verbindung mit dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge am Donnerstag, den 17. 11. 1966, im Plenarsaal der Bayerischen Akademie der Wissenschaften, München 22, Marstallplatz 8, eine Tagung zu dem Thema „**Probleme der menschlichen Belastung im Wandel der technischen Arbeitsmethoden**“.

Die Schirmherrschaft hat der Bayerische Staatsminister für Arbeit und soziale Fürsorge, Hans S C H Ü T Z, übernommen.

Die menschlichen Arbeitssituationen werden in zunehmendem Maße durch die Mechanisierung und Rationalisierung bestimmt. Dieser Wandel bringt eine wesentliche Umschichtung der Arbeitsbelastungen. Hierdurch werden die Wissenschaft vor neue Probleme, der Arbeitsschutz und die Arbeitsmedizin in den Betrieben vor neue Aufgaben gestellt. Es ist Sinn der Tagung, solche Probleme im Bereich der Arbeitsphysiologie und der Arbeitspsychologie aufzuzeigen und praktische Möglichkeiten einer menschengerechten Gestaltung moderner Arbeitssituationen zu diskutieren; denn erst eine derartige Anpassung der Technik an die Natur des Menschen macht die technische Entwicklung zu einem wahren menschlichen Fortschritt.

Alle interessierten Kreise aus Technik, Medizin, Wirtschaft, Wissenschaft und aus dem sozialen Bereich erlauben wir uns, zu der Tagung einzuladen.

Es ist folgende Tagesordnung vorgesehen:

9.30 Uhr:

Eröffnung.

9.45 Uhr:

Professor Dr.-Ing. S. B a l k e, München:

„**Arbeitsschutz als soziale Aufgabe**“

10.45 Uhr:

Professor Dr. rer. nat. H. S c h m i d t k e, München:

„**Psycho-physiologische Aspekte der Überwachungs- und Steuerungstätigkeiten**“

11.30 Uhr:

Professor Dr. med. E. G r a n d j e a n, Zürich:

„**Die Ermüdung bei gleichförmiger Arbeit**“

15.00 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. med. Dr. phil. J. R u t e n f r a n z, Dortmund:

„**Jugendliche im modernen Arbeitsverfahren**“

15.45 Uhr:

Professor Dr.-Ing. W. R o h m e r t, Darmstadt:

„**Arbeitsanalyse im Zeichen der technischen Entwicklung**“

16.30 Uhr:

Dr. med. A. v o n G e i s o, Essen:

„**Arbeit und Freizeit**“

Auskunft erteilt das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge, Abteilung Arbeitsschutz, 8000 München 13, Winzererstraße 9, Tel. 5 20 82 54 oder 5 20 82 88

Kurs für praktische Gastroenterologie

vom 11. bis 12. November 1966 in Erlangen

Der Kurs für praktische Gastroenterologie findet nicht, wie angekündigt, in der Zeit vom 4. bis 6. November 1966, sondern vom 11. bis 12. November 1966 an der Medizinischen Universitätsklinik in Erlangen statt.

Hauptthemen: Magensekretion — Lebertherapie — Erkrankungen des Dickdarms

Anmeldungen sind an Oberarzt Dr. med. O t t e n j a n n, 8520 Erlangen, Medizinische Universitätsklinik, Krankenhausstraße 12, zu richten.



KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln

Mallebrin[®]

Gurgeln, Spülungen, Wundbehandlung

R-Mallebrinetten[®]

Adstringo-antiseptische Rachentabletten

Pepsaldra[®]

Pepsin-Salzsäure-Dragees

gegen Subacidität,
Achylie und Dyspepsie

Original-
Packungen
zu 45 Stück
u. 125 Stück

Fabrik
pharmazeutischer
Präparate



Karl Engelhard
Frankfurt a. M.

Pepsaldra[®]

compositum

Pankreatinhaltiges Enzym-
Präparat gegen Störungen
des Pankreas-Galle-Dünndarm-Systems

Original-
Packungen
zu 40 Stück
u. 100 Stück

Die Diät

42/64

ist die Grundlage jeder Diabetes-Therapie

- ▶ Eine Diät, die trotz Beschränkung der Kohlenhydrate und Fette ausreichende Energien liefert
- ▶ eine Diät, abwechslungsreich wie eine Normalkost, ist möglich dank Diabetiker-Zucker **SIONON[®] Zuckersüß**

SIONON „zuckersüß“ ist ein idealer Zuckeraustausch für Diabetiker: kein Kohlenhydrat, keine Anrechnung auf BE • wird vom Organismus insulin-unabhängig verwertet • nahezu gleicher Nährwert wie Zucker (390 Kal.) • hervorragender Glykogenbildner, selbst bei gestörter Leberfunktion • keine Erhöhung des Blutzuckers • keine Störung der Zuckerbestimmung • und für die Hausfrau von Bedeutung: in der Küche wie normaler Haushaltszucker für süße Speisen, Kompotte, Gebäcke, Marmeladen usw. zu verarbeiten • SIONON (Zuckeraustauschstoff Sorbit DAB 6) wird aus sonnengereiftem Mais gewonnen und hat sich seit über 35 Jahren als Diabetikerzucker bewährt.

DRUGOFA GMBH, 5 KÖLN-MOLHEIM 1, POSTFACH 180



Eusedon[®]

Sedativum und Nervinum

Eusedon[®]-Dragées

Neurosedativum

Cor-Eusedon[®]

cardiotropes Neurosedativum

KREWEL-WERKE - Eitorf b. Köln

Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft zur Förderung der medizinischen Diagnostik

vom 18. bis 20. November 1966 in Düsseldorf

Die Deutsche Gesellschaft zur Förderung der medizinischen Diagnostik in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft der Laboratoriumsärzte Deutschlands e. V. zugleich Deutsche Gesellschaft der Fachärzte für Laboratoriumsdiagnostik und die Deutsche Gesellschaft für Klinische Chemie veranstalten vom 18. bis 20. November 1966 in Düsseldorf eine Arbeitstagung.

Thema:

„Zuverlässigkeitskontrolle und Normierung klinisch-chemischer Methoden“

Wissenschaftliche Leitung:

Professor Dr. Merten, Düsseldorf, und Dozent Dr. Dr. Stamm, Gießen

Tagungsort:

Düsseldorf, Karl-Arnold-Haus der Wissenschaften, Palmenstraße 16, Großer Kongreßsaal

Die Teilnahme ist kostenlos

Auskunft: Dr. med. W. Albath, Facharzt für Laboratoriumsdiagnostik, 8700 Würzburg, Katharinen-gasse 3

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 Ankunftsstelle in Verbindung zu setzen.

November 1966:

- 3.—8. 11. in Stuttgart: 3. Fortbildungskongress für praktische Medizin der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg. Auskunft: Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, 7000 Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32.
5. 11. in München: Arbeitsmedizinischer Fortbildungskurs. Auskunft: Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin, 8 München 22, Pfarrstraße 3.
- 5.—6. 11. in Bochum: Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Westfalen-Lippe „Spezielle Technik in der Unfallheilkunde“. Auskunft: Dr. med. habil. O. Lippross, 46 Dortmund, Hohenzollernstr. 35.
- 5.—6. 11. in Hennef (Sieg): Wochenendkurse zur Ausbildung und Fortbildung als Sportarzt. Auskunft: Dr. med. P. Schloemann, Referent für praktische Fortbildung im Sportärztebund Nordrhein, 5090 Leverkusen-Alkenrath, Bernhard-Letterhaus-Straße 17.
- 5.—6. 11. in Mainz: Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie. Auskunft: Prof. Dr. med. E. Kröger, 29 Oldenburg, Huntestraße 12.
- 5.—6. 11. in Bad Nauheim: 2. Fortbildungskongress der Landesärztekammer Hessen. Auskunft: Landesärztekammer Hessen, 6 Frankfurt, Broßstraße 6.
- 5.—19. 11. in Kairo: 15. Internationales Fortbildungsseminar für die tägliche Praxis mit dem Thema „Infektionskrankheiten des Mittelmeerraumes“. Auskunft: Dr. med. G. Blume, 653 Bingen, Malnzer Str. 3.
- 6.—14. 11. in Manila: XX. Generalversammlung des Weltärztebundes. Auskunft: Generalsekretariat des Weltärztebundes, New York, N. Y. 100 19, USA.
- 7.—18. 11. in Neutrauburg (Allg.): Einführungslehrgänge in die Manuaitherapie. Auskunft: Sekretariat der MWE, 7972 Neutrauburg (Allg.) über Isny.
- 11.—12. 11. in Erlangen: Kurs für praktische Gastroenterologie. Auskunft: Dr. med. Ottenjann, 852 Erlangen, Medizinische Universitätsklinik, Krankenhausstraße 12.
- 11.—13. 11. in Wien: 4. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Kinderheilkunde. Auskunft: Sekretariat der Österreichischen Gesellschaft für Kinderheilkunde, A-1090 Wien, Spitalgasse 23.
12. 11. in Gießen: XII. Röntgenologischer Fortbildungskurs der Medizinischen Fakultät. Auskunft: Sekretariat der ärztlichen Fortbildungskurse, 6300 Gießen, Buchheimstraße 10.
- 14.—15. 11. in Berlin-Buch: Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft zum Studium nervaler Regulationen. Auskunft: Dr. K. Hecht, 1 Berlin-Buch, Wiltbergstraße 50.
17. 11. in München: „Probleme der menschlichen Belastung im Wandel der technischen Arbeitsmethoden“. Auskunft: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge, Abteilung Arbeitsschutz, 8000 München 13, Winzererstraße 9.
- 18.—20. 11. in Düsseldorf: Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft zur Förderung der medizinischen Diagnostik. Auskunft: Dr. med. W. Albath, 87 Würzburg, Katharinen-gasse 3.
- 19.—20. 11. in Marburg: Fortbildungskurs der Kardiologischen Arbeitsgemeinschaft. Auskunft: Professor Dr. G. A. Martini, Medizinische Universitätsklinik, 3550 Marburg/L., Mannkopffstraße 1.
- 19.—20. 11. in München: 6. Bayerische Internistentagung. Auskunft: Vereinigung der Fachärzte für innere Medizin Bayerns e. V., 8036 Herrsching vor München, Summerstraße 3.
- 19.—20. 11. in Wien: Arbeitstagung für manuelle Techniken. Auskunft: Dr. med. Richard Strohal, Leipziger Platz 1, A-6020 Innsbruck/Österreich.
- 20.—25. 11. in New Delhi: 3. Weltkonferenz über Medizinische Ausbildung. Auskunft: Dr. H. S. Gear, The World Medical Asscn., 10 Columbus Circle, New York, N. Y. 10 019, USA.
23. 11. in Ising bei Seebruck/Chiemgau: „Diagnostik und Therapie der peripheren Durchblutungsstörungen“. Auskunft: Sekretariat für Ärztliche Fortbildung im Chiemgau, Dr. med. H. Matusczyk, 8210 Prien am Chiemsee, Rathausstraße 9.
- 25.—26. 11. in Zürich: Transplantationskolloquium. Auskunft: Dr. F. Larglader, Chirurgische Universitätsklinik A, Kantonsspital, CH-8006 Zürich.
- 26.—27. 11. in Bad Bergzabern: Einföhrung in die gesamte Elektrokardiographie. Auskunft: Sekretariat der Herz-Spezialklinik, 6748 Bad Bergzabern.
- 26.—27. 11. in München: Herbsttagung der Bayerischen Röntgengesellschaft. Auskunft: Professor Dr. med. Frik, 51 Aachen, Goethestraße 27.
28. 11.—2. 12. in Wiesbaden: Gynäkologisches und geburts-hilfliches Symposium am Krankenbett. Auskunft: Sekretariat der Städtischen Frauenklinik, 6200 Wiesbaden, Idsteiner Straße 11.

Dezember 1966:

- 1.—3. 12. in Hamburg: 98. Tagung der Vereinigung Nordwestdeutscher Chirurgen. Auskunft: Professor Dr. O. Lindenschmidt, 2 Hamburg 33, Rübenkamp 148, Allgemeines Krankenhaus Barmbek.
- 2.—3. 12. in Berlin: Symposium über klinische Immunologie der Gesellschaft für Allergie- und Immunitätsforschung. Auskunft: Dozent Dr. Lunzenauer, Pathologisches Institut der Humboldt-Universität, 1 Berlin, Schumannstraße 20—21.
3. 12. in Düsseldorf: Wissenschaftliche Tagung der Niederrheinisch-Westfälischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Auskunft: Professor Dr. H. W. Paschen, Städtische Frauenklinik, 41 Duisburg, Lotharstraße 63.
4. 12. in Hamm: Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Westfalen-Lippe: „Osteopathien und Osteochondrosen“. Auskunft Dr. med. habil. D. Lippross, 46 Dortmund, Hohenzollernstraße 35.

- 9.—10. 12. In Bochum: Tagung der Gesellschaft für Lungen- und Atmungsforchung, Auskunft: Professor Dr. W. T. Ulmer, 4630 Bochum, Institut für Lungenforchung, Hunscheidtstraße 12.
- 9.—10. 12. In München: 16. Tagung der Münchener Otolaryngologischen Gesellschaft, Auskunft: Professor Dr. A. Herrmann, 8 München 15, Pettenkoferstraße 8a.
- 9.—11. 12. In Nürnberg: 17. Wissenschaftliche Ärztekongress, veranstaltet von der Bayerischen Landesärztekammer, unter der wissenschaftlichen Leitung von Professor Dr. R. Schubert, Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85.
- 10.—11. 12. In Hennef (Sieg): Wochenendkurs zur Ausbildung und Fortbildung als Sportarzt, Auskunft: Dr. med. P. Schloemann, 5090 Leverkusen-Alkenrath, Bernhard-Letterhaus-Straße 17.
- 17.—18. 12. In Bad Bergzabern: Wochenend-EKG-Kurs für Fortgeschrittene über die gesamte Elektrokardiographie und über die neue diagnostische Methode, Auskunft: Sekretariat der Herz-Spezialklinik 6748 Bad Bergzabern.

Januar 1967:

- 12.—14. 1. In Nairobi: Wissenschaftliche Konferenz über Krebs der East African Medical Research Council, Auskunft: East African Medical Research Council, P. O. Box 30 005, Nairobi/Afrika.
- 14.—28. 1. In Madonna di Campiglio: 31. Fortbildungslehrgang des Deutschen Sportärztebundes zur Erlangung des Sportarzt-Diploms, Auskunft: OMR Dr. Friedrich, 8 München 23, Wilhelmstraße 16.
- 18.—21. 1. In Gießen: V. Fortbildungskurs für Fachärzte der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Auskunft: Sekretariat der ärztlichen Fortbildungskurse, 63 Gießen, Buchhelmstraße 10.
- 18.—22. 1. In Santiago/Chile: I. Lateinamerikanischer Kongress für Parasitologie, Auskunft: I.er Congreso Latinoamericano de Parasitología, Secretaria General, Casilla 9183, Santiago/Chile.
- 19.—21. 1. In Hamburg: Wintertagung der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin, Auskunft: Professor Dr. Jacobi, Marienkrankenhaus, 2 Hamburg 22, Alfredstraße 9.
- 23.—28. 1. In St. Moritz: 9. Alpines EEG-Meeting, Auskunft: Dr. H. R. Richter, Neurologische Universitäts-Klinik, Basel, Socinstraße 55.

In diesem Heft inserieren folgende pharmazeutische Firmen:

Athenstaedt, Arzneimittel, Bremen
 Baumolan, Erlangen
 Bene-Chemie, München
 Belersdorf, Hamburg
 C. F. Boehringer & Soehne GmbH, Mannheim
 Dr. Braun & Herberg, Bad Schwartau
 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
 Dolorglet KG., Bad Godesberg
 Dorsch & Co. KG., München
 Drugofa, Köln
 Karl Engelhard, Frankfurt/Main
 Gödecke & Co. AG., Freiburg
 Heel GmbH., Baden-Baden

Arzneimittelfabr. Hüls, Dr. Hense, Hüls
 Ludwig Heumann & Co., Nürnberg
 Farbwerke Hoechst AG., Frankfurt/Main
 Dr. Hommel's Chemische Werke u. Handelsges. mbH., Mühlheim/Baden
 Hormon Chemie, München
 Ifah GmbH., Hamburg
 Jacopharm, Hamburg-Schenefeld
 Klinge, München 23
 Krewel-Werke, Eitorf b. Köln
 Lindopharm KG., Hilden/Rhld.
 Heinrich Mack Nachf., Illertissen/Bay.
 Medika, München
 E. Merck AG., Darmstadt
 L. Merckle GmbH., Blaubeuren
 Apotheker Müller, Arzneimittelfabrik, Bielefeld
 A. Nattermann & Co., Köln-Braunsfeld
 Nordmark-Werke GmbH., Hamburg, Werk Uetersen
 Parke, Davis & Company, München
 Percutan KG., Dr. Euler, München
 Recorsan-Gesellschaften, Gräfeiling
 Julius Redel, Cesra Arzneimittelfabrik, Haueneberstein
 b. Baden-Baden
 Dr. Rudolf Reiss, Berlin
 Richter & Cie., Eltville
 Dr. F. Sasse, Berlin
 Dr. Schertl GmbH., München
 W. Schwarzhaupt KG., Köln
 Sharp & Dohme GmbH., München
 Simons Chem. Fabrik, Gauting
 Taeschner & Co., Berlin
 Uzara-Werk, Meisungen

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigelegt:
 Klinge, München 23
 C. F. Boehringer & Soehne GmbH., Mannheim
 Dr. Reiss, Berlin
 Bene-Chemie, München
 Boegler's Verlagsdruckerei, Würzburg

Gripp-Heel[®]
 Grippe, Erkältungskrankheiten
 Tabletten Ampullen

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

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

Salistoperm

Das percutane Heilanaestheticum

Inasthmon

Das percutane Expectorans

Pianos – Flügel

Euterpe - Hoffmann - Feurich

aus Süddeutschlands größter Klavierfabrik • beim Fachhandel vertreten

Ein Begriff für die Musikwelt durch Tradition und Wohlklang

EUTERPE Pianofortefabrik - 8821 Langlau/Mfr., über Gunzenhausen

Bitte besuchen Sie uns unverbindlich in unseren Werksanlagen

OXYMORS SEIT 40 JAHREN IN DER PRAXIS ERPROBT UND BEWÄHRT

KEINE SCHÄDIGUNG DER DARMSFLORA UND DER NIEREN **bei Oxyuriasis**

Vermifuge Wirkung! KEIN FALL SCHÄDLICHER NACHWIRKUNG!

6-Tagesp. Nr. 201, Kinderp. Nr. 202, 3-Tagesp. Nr. 203, Tabl. m. Zäpf. Nr. 204, Tabl. P. Nr. 206, Analsalbe Nr. 207, Analsalbe »forte«

Jacosulfon ist die heilende Hand des Arztes

100 Flügel
500 Pianos

Cembali, Heim-Orgeln
neu und gespielt
alle Größen, alle Preislagen
Bis zu 40 Monatsraten
Lieferung frei – Kundendienst

Piano-Lang
München, Kaufingerstraße 28/1
und Landsberger Straße 336
(hier eigener Parkplatz)
Augsburg, Bahnhofstraße 15/1
Regensburg, Kassiansplatz 3

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

Heim-Orgeln
ab DM 1680,-
Große Auswahl — Fachl. Beratung

Pianohaus Lang
München, Kaufingerstr. 28/1
Augsburg, Bahnhofstr. 15/1
Regensburg, Kassiansplatz 3

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)

Röntgenfilme			
Packung 75 Blatt	35,6 × 35,6	198,-	DM
Packung 75 Blatt	30 × 40	187,-	DM
Packung 75 Blatt	20 × 40	130,-	DM
Packung 75 Blatt	15 × 40	95,-	DM
Packung 75 Blatt	24 × 30	112,-	DM
Packung 75 Blatt	18 × 24	68,-	DM
Packung 75 Blatt	13 × 18	37,-	DM

Wenn Sie wirtschaftlich denken:

**Besser gleich zur
Wirtschaftsgenossenschaft der Ärzte**

6 FRANKFURT AM MAIN 1
Fürstenbergerstraße 164 (Ecke Hansa-Allee), Sammelnummer: 59 00 29

Mehr Freizeit Herr Doktor!

Durch die neue Schnell-Abrechnung mit der neuen

-Patienten-Kartei

Verlangen Sie Prospekte. Wir beraten Sie unverbindlich.
PLANOtheK GmbH 8 München 2, Gabelsbergerstr. 28, Tel. 0811-521496