



# BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN  
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTBKAMMER

Heft 12

München, Dezember 1966

21. Jahrgang

## WEIHNACHTSGRUSS

### LIEBE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN!

Das zu Ende gehende Jahr, das zugleich auch das Ende dieser Wahlperiode der Bayerischen Landesärztekammer ist, ist uns ein willkommener Anlaß, allen denen zu danken, die mit uns in den vergangenen vier Jahren die Verantwortung für die Standesvertretung der bayerischen Ärzte getragen und die damit verbundene Arbeit geleistet haben. Das große Vertrauen der Gewählten untereinander, die Überzeugung von der Notwendigkeit unserer Arbeit und die Aufrichtigkeit unseres Willens waren der feste Boden, auf dem wir standen.

In diesen Tagen, während wir unseren Weihnachtsgruß schreiben, läuft in Bayern die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer. Erstmals wird fast überall die Briefwahl durchgeführt. Wir hoffen, daß diese Erleichterung der Stimmabgabe durch eine hohe Wahlbeteiligung belohnt wird. Bald noch den Feiertagen werden dann die neugewählten Delegierten zu ihrer ersten Vollversammlung zusammentreten, um den neuen Vorstand zu wählen.

Vielleicht glaubte in den letzten Jahren so mancher Kollege, eine starke ärztliche Vertretung sei überflüssig, weil ohnehin alles so gut läuft. Schon die allernächste Zeit, ja die jüngste Vergangenheit, könnte geeignet sein, solche Illusionen zu zerstören. Ein freier ärztlicher Berufsstand ist keine Selbstverständlichkeit! Heute, wie zu allen Zeiten, sehen unsere Mitmenschen im Arzt einen Engel, wenn er an die Seite des hilfeschuchenden Kranken tritt; mehr denn je empfindet man ihn aber als löstigen Störenfried, wenn er seinen Anspruch auf einen angemessenen Platz in unserer Gesellschaft anmeldet und verfehlt. Wenn wir dies schreiben, denken wir nicht nur an die immerwährenden Auseinandersetzungen um eine gerechte Honorierung der ärztlichen Leistungen.

In der präventiven Medizin ist die Auseinandersetzung zwischen den niedergelassenen freien Ärzten und den öffentlichen Institutionen keineswegs beendet; im Gegenteil, wir stehen erst am Anfang. Der Wunsch nach einer Verplonung der Ärzte ist nicht Vergangenheit!

Die Standesvertretung der bayerischen Ärzte hat sich in den vergangenen Jahren mit voller Kraft für die Ärzte unseres Landes und ihre berechtigten Belange eingesetzt. Möge auch den neugewählten Delegierten, die in den kommenden Jahren die Verantwortung zu tragen haben, das Vertrauen ihrer Kollegen eine Quelle der Kraft, die Überzeugung von der Berechtigung ihres Auftrages der Schlüssel zum Erfolg sein.

Unsere Kolleginnen und Kollegen und ihren Familien wünschen wir ein gesegnetes und frohes Weihnachtsfest und ein glückliches, erfolgreiches Neues Jahr.

Dr. Sewering

Dr. Sondermann

## Weihnachtsaufruf der ärztlichen Organisationen für die Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“

Sehr verehrte Frau Kollegin!

Sehr geehrter Herr Kollege!

Auch zu diesem Weihnachtsfest wenden sich die ärztlichen und zahnärztlichen Organisationen des Bundesgebietes an die Kollegenschaft mit der Bitte, die Fortführung der seit nunmehr über elf Jahren bestehenden Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ durch Ihre Spenden zu ermöglichen.

Entgegen aller Erwartungen hat sich die Zahl der von der Stiftung betreuten Kollegenkinder im vergangenen Jahr durch 104 Neuzugänge auf 850 erhöht. Im ersten Halbjahr dieses Jahres waren es schon wieder über 60. Sie alle wollen in Freiheit leben und sich für den Beruf vorbereiten, zu dem sie sich ihrer Begabung, Neigung und oft auch Familientradition entsprechend entschlossen haben. Sie alle müssen auf jede Hilfe von zu Hause verzichten, und viele von ihnen können ihre Angehörigen seit Jahren weder sehen noch sprechen.

Für unsere Kollegen in der Zone bedeutet das Bewußtsein, daß ihre Kinder bei uns geborgen sind, mehr als Worte zu sagen vermögen. Sie sehen darin auch die Bestätigung dafür, daß es für uns Ärzte in der Hilfsbereitschaft keine Grenzen gibt, schon gar nicht innerhalb unseres eigenen Vaterlandes. Die seit über 20 Jahren bestehende Spaltung Deutschlands,

die sie in ihren Familien so hart trifft, hat nicht und wird niemals zu einer Spaltung unseres Berufsstandes führen.

Wenn es dem Gemeinschaftswerk der Stiftung seit ihrem Bestehen gelungen ist, die Berufsausbildung von nahezu 1000 Kollegenkindern aus der Zone in der Bundesrepublik sicherzustellen, so ist es ein Anlaß zur Dankbarkeit gegenüber all den Kollegen und Organisationen, die durch ihre Spenden dazu beigetragen haben. Ohne jegliche staatliche Unterstützung haben wir miteinander dafür nahezu 4 Millionen aufgebracht. Niemand verpflichtet uns, die Verantwortung für unsere Kollegenkinder weiter zu tragen. Nur unser eigenes Gewissen. Gerade deshalb sind wir sicher, daß auch an diesem Weihnachtsfest unser Aufruf nicht ungehört verhallen wird. Wir bitten unsere Kollegen, insbesondere bei dieser Gelegenheit zu prüfen, ob sie nicht die Möglichkeit haben, durch eine — und sei es auch noch so kleine — Dauerspende der Stiftung die Sicherheit zu geben, den Kollegenkindern eine Unterstützung für mindestens ein Semester zu gewähren.

Doppelt gibt, wer schnell gibt. Machen wir uns selbst zum Weihnachtsfest das Geschenk, schuldlos in Not geratenen Kollegenkindern helfen zu dürfen.

### MIT BESTEN KOLLEGIALEN GRÜSSEN

*Prof. Dr. Fromm*

Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages

*Dr. Voges*

1. Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

*Dr. Joussen*

Vorsitzender des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e. V.

*Dr. Odenbach*

1. Vorsitzender des Verbandes der angestellten Ärzte Deutschlands (Marburger Bund)

*Dr. Roos*

1. Vorsitzender des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV) e. V.

*Frau Minister Dr. Lena Ohnesorge*

1. Vorsitzende des Deutschen Ärztinnenbundes

*Dr. Walther*

Vorsitzender des Deutschen Kassenarztverbandes

*Dr. Sachse*

Vorsitzender des Berufsverbandes der praktischen Ärzte e. V.

*Dr. Waldmann*

1. Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände (AFB) — Verband der Fachärzte Deutschlands — e. V.

*Prof. Dr. Hopf*

1. Vorsitzender des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands

*Dr. Hufnagl*

Vorsitzender des Bundes Deutscher Medizinalbeamten

*Dr. Knott*

Präsident des Bundesverbandes der Deutschen Zahnärzte e. V.

*Dr. Stengel*

1. Vorsitzender des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte

*Dr. Scharnagl*

Vorsitzender des Interessenverbandes Deutscher Zahnärzte e. V.

Für die Avisierung Ihrer Spende benutzen Sie bitte die beiliegende Spendenkarte bzw. den Spendenschein. Für Ihre Direktüberweisung erlauben wir uns, Anschrift und Kontennummern anschließend anzugeben: Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“, 7 Stuttgart-Degerloch, Postfach 252; Dresdner Bank Stuttgart Nr. 49 79 77, Württembergische Landessparkasse Stuttgart Nr. 59 194, Städtische Girokasse Stuttgart Nr. 2 481 218, Postscheckkonto Stuttgart Nr. 415 33-

## Bericht über den 19. Bayerischen Ärztetag (II)

Auszug aus der Debatte

*Das Wortprotokoll des 19. Bayerischen Ärztetages liegt nun vor. Wir bringen nachstehend Auszüge aus der Debatte, jedoch nur soweit sie Fragen des Medizinstudiums und der Berufs- und Facharztordnung betreffen.*

### Professor Dr. VOGT zu den Vorschlägen des Wissenschaftsrats:

Ich bin persönlich nicht der Meinung, daß diese Vorschläge gut sind. Ich bin auch nicht der Meinung, daß der Wissenschaftsrat in der Zusammensetzung, in der er diese Vorschläge vorgelegt hat, überhaupt ein kompetentes Organ ist, diese Vorschläge zu machen. Im Wissenschaftsrat sind zur Zeit zwei Mediziner, ein Theoretiker (ein Physiologe) und ein Kliniker (ein Pädiater). Alle übrigen Mitglieder des Wissenschaftsrats sind weder Ärzte noch theoretische Mediziner. Die Vorschläge sind vom Wissenschaftsrat jedenfalls in der Form, wie sie vorgelegt wurden, nicht mit den Fakultäten abgesprochen worden, bevor sie der Öffentlichkeit vorgelegt wurden. Sie sind auch nicht in einem größeren Umfang innerhalb der Ärzteschaft diskutiert worden.

Es ist wiederholt behauptet worden, unsere Fakultäten und die Universitäten im allgemeinen seien nicht in der Lage, von sich aus Reformen durchzuführen, daß vielmehr solche Reformen nur von außen an die Universitäten herangetragen werden könnten und erzwungen werden müßten, auch gegen den Willen der Fakultäten und der Universitäten. Ich glaube, daß auch das nicht richtig ist. Wenn Sie berücksichtigen, unter welchen Belastungen die Universitäten nach 1945 wieder anfangen mußten, was in den Jahren zwischen 1933 und 1945 geschehen ist und was nach 1945 die Universitäten tatsächlich geleistet haben, dann wird man bei objektiver Beurteilung zugeben müssen, daß an sehr vielen Stellen durchaus positive Ansätze zu einer Reform und einer Weiterentwicklung der Ausbildungsmöglichkeiten geleistet worden sind und nach wie vor geleistet werden. Es hat sich in den letzten Jahrzehnten an den deutschen Universitäten, speziell in den Medizinischen Fakultäten, gegenüber früher sehr vieles geändert. Das Grundprinzip unserer Ausbildung in Deutschland beruht bekanntlich darauf, daß man die Theorie im wesentlichen an die Fakultäten verlegt, also an die Universitäten, und die praktische Ausbildung im wesentlichen an die Krankenhäuser und Kliniken auch außerhalb der Universitäten. Ich glaube nicht, daß wir von diesem Grundprinzip im Augenblick abgehen können, und zwar ganz einfach deshalb nicht, weil wir gar nicht die finanziellen und personellen Möglichkeiten haben, soviel Medizinische Schulen, Medizinische Akademien und Medizinische Fakultäten zu schaffen, um auch die gesamte praktische Ausbildung in den Bereich der Universitäten einzubeziehen. Das ist und bleibt für lange Zeit unmöglich. Ich glaube auch, daß es nicht wünschenswert wäre.

Für mich ist es jedenfalls keine Frage, daß die Voraussetzung, von der der Wissenschaftsrat ausgeht, daß man bei unserer heutigen Bestallungsordnung keine guten Ärzte ausbilden könne, einfach falsch ist. Wenn heute das Ziel gelegentlich nicht erreicht wird, das einem vorschwebt, so liegt das weniger am System der Be-

stallungsordnung als an gewissen personellen und institutionellen Mängeln. Diese Mängel werden durch die Vorschläge des Wissenschaftsrats allein nicht beseitigt, sondern da ist eine ganz erhebliche Umstrukturierung baulicher und personeller Art nötig, die in kurzer Zeit überhaupt nicht zu leisten ist.

Nun ein paar Worte zu der Zweiteilung des Medizinstudiums. Es ist zwar vom Herrn Präsidenten richtig gesagt worden, daß man nicht zweierlei Ärzte schaffen wolle, aber man will doch offensichtlich zweierlei Mediziner schaffen, nämlich einmal einen praktisch-klinischen Studiengang, der zum Berufsziel „Arzt“ führt, und zum anderen einen zweiten Studiengang, der zum Berufsziel „theoretischer Mediziner“ führen soll, der nach 8 Semestern, nach dem 2. oder 3. klinischen Semester, sich vom übrigen Studiengang der praktischen Medizin trennt. Auch das halte ich für im Ansatz verfehlt. Der Wissenschaftsrat geht dabei davon aus, daß es heute zu wenig Nachwuchs für die theoretische Forschung gebe, bzw. sich zu wenig junge Leute bereit fänden, in die theoretische Forschung zu gehen. Das mag richtig sein. Wenn wir sehen, wieviel junge Leute in der theoretischen Forschung heute aus Deutschland und anderen europäischen Ländern ins Ausland gehen, so wird daraus sofort klar, daß das nicht daran liegt, daß sie hier schlecht oder unzureichend ausgebildet würden oder daß ihnen der Studiengang nicht passen würde, sondern es liegt eindeutig daran, daß man unsere theoretischen Forscher einerseits zu schlecht bezahlt und daß man ihnen auf der anderen Seite zu schlechte Arbeitsmöglichkeiten bietet. Wenn sich heute an einem theoretischen Institut die Arbeitsmöglichkeiten bieten, die im internationalen Maßstab üblich sind, dann wird es auch wieder Forscher aus den Reihen der Ärzte geben, auch wenn sie einen abgeschlossenen medizinischen Studiengang hinter sich haben.

Im übrigen ist hier noch ein Gesichtspunkt zu berücksichtigen. Die theoretische Forschung in allen Fächern, auch in der Medizin, ähnelt bis zu einem gewissen Grad einer Hochseilakrobatik. Der Erfolg ist keineswegs sicher, und der Akrobat ebenso wie der Wissenschaftler ist jederzeit gewissermaßen absturzgefährdet. In dieser Situation ist die Basis der praktischen Berufsausbildung, die er bei uns zur Zeit in der Medizin hat, gewissermaßen das Netz, das ihn vor dem tödlichen Absturz schützt. Das gibt ihm eine ganz erhebliche Freiheit gegenüber seinem Arbeitgeber, sei es in der Industrie, sei es im Bereich des Staates oder sonst in der Forschung. Wenn er nicht das erreicht, was ihm ursprünglich vorgeschwebt hat, kann er jederzeit ohne große Schwierigkeiten gewissermaßen wieder in den Schoß der ärztlichen Praxis zurückkehren. Das hat die Qualität der Forscher, die bei der Stange bleiben, ganz sicher in den letzten Jahrzehnten nicht negativ, sondern positiv beeinflusst. Man sollte auch dem jungen Forscher diese Möglichkeit lassen. Hinzu kommt, daß selbst der Wissenschaftsrat sagt, daß er nur eine ganz geringe

Zahl — er spricht von 3 bis 5 Studenten pro Institut, das wären nach meiner Rechnung 10% der zur Zeit studierenden Studenten — diesem Studiengang zuführen will. Für diese relativ kleine Zahl einen zusätzlichen Studiengang einzuführen, halte ich einfach für überflüssig. Hinzu kommt, daß die Leute selbst in dem Alter und ohne die ganze Medizin erst einmal richtig im Überblick kennengelernt zu haben, gar nicht beurteilen können, ob sie für die Forschung wirklich geeignet sind. Auch der akademische Lehrer kann das nicht beurteilen.

Zum Schluß noch zur **Promotion**: Ich persönlich halte auch die Promotion in der Medizin nicht für so schlecht, wie sie gemacht wird. Ich bin dafür, daß man sie beibehält. Wenn man sie nicht beibehält, muß man statt dessen eine schriftliche Prüfung einführen.

Jedes andere Fach, das nicht, wie die Juristen, eine ausgesprochene schriftliche Prüfung hat, hat zumindest eine Diplomarbeit oder eine Zulassungsarbeit zum Staatsexamen. Eine solche Arbeit müßte dann also eingeführt werden, wenn man die Dissertation abschafft. Dann kann man es gleich bei der Dissertation belassen.

#### Dr. KOLB zur Zulassung zum Medizinstudium:

Es ist jedem Vernünftigen klar, daß eine Medizinische Fakultät nicht mehr Studenten ausbilden kann, als sie Plätze hat. Mangels eines besonderen Ausleseverfahrens hat man den Notendurchschnitt des Abiturs genommen. Der Herr Präsident hat schon darauf hingewiesen, daß es vielleicht auch andere Wege gibt; aber so lange der Notendurchschnitt die maßgebende Richtlinie für die Annahme ist, müssen wir doch sagen, das ist etwas problematisch. Die Gründe sind zum einen, daß die Abiturnoten nichts über die spätere Qualifikation zum Arzt aussagen, sie sind zum andern, daß die Abiturnoten in den einzelnen Bundesländern — auch die Leistungen, die von einem Abiturienten im Abitur verlangt werden — nicht ganz gleich sind, dank des föderalistischen Aufbaues in der Bundesrepublik, und die Gründe sind drittens, daß das Abitur nach dem Gesetz zu jedem anderen Studium berechtigt; die Gründe sind viertens, daß für Ausländer kein Notendurchschnitt maßgebend ist. Die Ausländer müssen nur in der deutschen Sprache die Note „genügend“ haben.

Man sollte also bei der Auswahl und bei der Zurückweisung einiger Bewerber auch andere Dinge berücksichtigen als nur den Notendurchschnitt im Abitur. Ich würde z. B. dem einen Pluspunkt geben, der seiner Wehrpflicht genügt hat. Er hat dem Staat eineinhalb oder mehr Jahre geopfert. Wenn er nun durch die Zurückstellung nochmals Jahre verliert, so wird er wesentlich älter als die sonstigen Kollegen, bis er endgültig den Beruf ausüben kann. Man sollte vielleicht auch den Abiturienten aus Bayern einen Pluspunkt geben, ohne deswegen den gesamtdeutschen Aspekt mißachten zu wollen, und man sollte vielleicht auch die Herkunft des Bewerbers aus einem Arzthaus irgendwie mit zur Bewertung heranziehen. Natürlich können wir für uns keine Extrawurst braten. Aber es spricht doch für einen Kollegen, der aus einem Arzthaus stammt und, obwohl er erkennt, was an Arbeit, an Nöten, an Belastungen an den Arzt herangetragen wird, sich entschließt, Arzt zu werden. Er, der aus frühester Jugend aus eigener Anschauung alle diese Belastungen kennt, hat eine bessere Vorstellung von dem,

was ihn erwartet, als ein Medizinstudent aus einem anderen Haus. Wir wollen das natürlich nicht so verstanden wissen, als ob nun jeder Arztsohn zum Studium zugelassen werden müßte. Aber man sollte das vielleicht bei der Auswahl auch berücksichtigen.

Darüber hinaus sollte man versuchen, die Zahl der Praktiker zu vermehren, indem man die Kurse doppelt, vormittags und nachmittags, abhält und indem man auch die Ferien heranzieht. Das liegt nicht an den Universitäten, sondern es muß an den Kultusminister herangetragen werden, daß die wissenschaftlichen Assistenten usw. in einer Weise vermehrt werden, daß solche Kurse, wo die Räume zur Verfügung stehen, getrennt, früh und nachmittags, und eventuell in den Ferien, abgehalten werden, so daß die Arbeitsplätze für die Praktiker ausgenutzt werden können.

Man sollte vielleicht auch, wie es andere Länder tun, die Zahl der Ausländer begrenzen, die, wie Sie wohl wissen, an einer benachbarten Universität mehr als 25% der Medizinstudenten ausmachen. Die Schweiz z. B. hat nur einige Prozente, die sich an den Fingern einer Hand abzählen lassen. So lange wir einen solchen Notstand haben wie im Augenblick, sollten wir an die Ausländer mindestens ähnliche Forderungen stellen, wie sie an unsere eigenen Staatsangehörigen gestellt werden.

#### Dr. Dr. v. GUGEL zum Vorschlag des Wissenschaftsrats:

In unserer Bestallungsordnung steht: „Die Universität hat die Aufgabe, Kenntnisse und Fähigkeiten zu vermitteln.“ Im alten medizinischen Studium gab es zunächst das vorklinische Studium, das ein rein theoretisches war. Dann kam der junge Mann in die Klinik und wurde in der Klinik theoretisch und praktisch unterwiesen. Das Anschwellen des Unterrichtsstoffs hat dann dazu geführt, daß dieses ursprünglich doch praktisch gedachte Klinikum auch zu einem rein theoretischen Studienteil geworden ist. Als man dann erkannt hatte, daß das ja gar nicht ausreichen kann, hat man die Medizinalassistentenzeit angehängt und damit in Deutschland jene Kuriosität eines Mediziners geschaffen, der zwar schon sein Staatsexamen hat, aber noch nicht Arzt ist. Nun bemüht sich der Wissenschaftsrat — und ich meine, das müssen wir anerkennen —, dieses Praktikum wieder in das Studium einzubeziehen. Wie das dann praktisch zu handhaben ist, ist eine zweite Frage. Aber ich meine, der Kardinalpunkt ist der, daß der Wissenschaftsrat nun endlich das wieder anstrebt, was wir Ärzte seit Jahren gefordert haben, nämlich die Universität wieder in die Verantwortung auch für die praktische Ausbildung des jungen Mediziners herinzubeziehen. Ich bin der Meinung, daß man theoretische und praktische Ausbildung in einer Disziplin, die ja nichts anderes als eine empirische Disziplin ist, nicht voneinander trennen kann. Denn die Medizin als angewandte Naturwissenschaft läßt sich theoretisch einfach nicht unterrichten.

Wir kennen die außerordentlichen Schwierigkeiten, die wir bei dem Bestreben haben, die nichtuniversitären Anstalten in den Studienbetrieb einzubeziehen.

Ich meine, die Universitäten müssen sich auch in Deutschland auf das einrichten, was in Frankreich gelernt werden mußte, nämlich, daß sie in der Ausbildung für die Medizin in jedem dafür interessierten Arzt

einen Mitarbeiter finden können. Wir haben eine ganze Anzahl von Kliniken, die, wenn es auch nicht Universitätskliniken sind, doch einen echten wissenschaftlichen Betrieb haben. Ich sehe gar keinen Anlaß, warum man nicht Möglichkeiten finden soll, eine große Anzahl von Anstalten zu akademischen Kliniken zu ernennen, an denen dann die Entwicklung und die Ausbildung junger Mediziner in kleinen Gruppen stattfinden kann, wo sie dann tatsächlich unmittelbar am Krankenbett die Disziplin lernen, die später ihr Leben ausfüllen soll.

**Dr. BAUMGARTNER (Ingolstadt) zur Dissertation:**

Im 6. bis 9. Semester überfällt die meisten Medizinstudenten die Phobie, möchte ich fast sagen: „Wir brauchen eine Doktorarbeit!“ Ich habe den Eindruck, daß die Doktorarbeit eines Studenten keine praktische wissenschaftliche Bedeutung hat.

Man kann den Dr. med. nicht vergleichen mit dem Dr. Ing.; das ist etwas grundlegend anderes. Der Dr. Ing. dauert fast 2 Jahre, manchmal auch 3 Jahre, und kommt einer medizinischen Habilitation fast gleich, was die Leistung betrifft.

Ich möchte doch den Herrn Präsidenten und die Bundesärztekammer bitten, dem Rat des Wissenschaftsrats zu folgen. Wenn es in Österreich seit Jahrzehnten so gut gegangen ist, so könnte es auch in der Bundesrepublik gut gehen.

**Dr. EICHNER über das Auswahlverfahren zum Medizinstudium:**

Das Reifezeugnis als Kriterium ist so lange schlecht, als es nicht eine einheitliche Prüfungsordnung in Deutschland gibt. Unsere bayerischen Abiturienten sind in der Benotung mindestens einen Grad schlechter dran als alle anderen Abiturienten der übrigen Bundesländer, weil nämlich in Bayern die Abituraufgaben zentral vom Kultusministerium her auf einem höheren Niveau stehen, während in allen anderen Bundesländern die Abituraufgaben vom Lehrerkollegium individuell gestellt werden. Das führt dahin, daß unsere bayerischen Universitäten von norddeutschen oder hessischen Studenten überfüllt werden und unsere armen bayerischen Abiturienten sehen müssen, wo sie unterkommen, weil sie eben einen wesentlich schlechteren Notendurchschnitt als die Abiturienten aus den übrigen Bundesländern haben.

**Dr. PASCHKE zur Dissertation und zum Auswahlverfahren:**

Ich persönlich habe große Bedenken gegen den Plan, den medizinischen Dokortitel pauschal mit dem Staatsexamen zu verleihen. Ich glaube auch nicht, daß diese Methode höhere Anforderungen im Staatsexamen ergeben würde. Wir leben heute in einem pluralistischen Zeitalter. Der Kollektivismus versucht, auch die letzten Berufe zu vermessen, die noch, wie unser Arztberuf, dem Individualismus anhängen. Ich sehe in der Absicht, mit dem Staatsexamen automatisch den medizinischen Dokortitel zu verleihen, einen weiteren Schritt zur Vermessung in unserem Beruf. Ich möchte daher dringend davor warnen.

Ich halte es für absurd, wenn heutzutage Doktorarbeiten bereits im ersten klinischen Semester vergeben werden. Sie sollten erst nach dem Staatsexamen ver-

geben werden, wie es früher üblich war. Wer die Auszeichnung des Doktorats erwerben will, muß schließlich auch Opfer bringen. Freilich sollte dann auch seitens der Fakultäten das Dokortdiplom in einer gewissen feierlichen Form überreicht werden.

Ich bin der Meinung, daß Arztkinder eine Bevorzugung erhalten sollen, und zwar aus folgendem Grund: Wir beschwerten uns darüber, wir jammern darüber, daß es auf dem Land keine Ärzte mehr gibt. In meinem Landkreis sind die wenigen jungen Kollegen, die sich neu niedergelassen haben, Arztkinder. Wenn wir den Kindern der Landärzte noch das Studium versperren, bekommen wir überhaupt keine Ärzte mehr auf das Land. Ich sehe auch keinen Grund, daß wir das nicht machen sollten. Es hat ja sogar die Zulassungsordnung der Kassenärzte — ich war lange Zeit im Zulassungsausschuß — rechtlich festgelegt, daß Arztsöhne, wenn sie ihr medizinisches Staatsexamen haben, Anspruch auf die Praxis ihres Vaters haben. Was damals zur Kassenzulassung rechtlich festgelegt wurde, könnte man doch auch versuchen, rechtens in die Zulassung zum Medizinstudium einzubauen.

**Dr. v. BRENTANO-HOMMEYER über die Zulassung zum Medizinstudium:**

Die zentrale Registrierstelle für die Zulassungen, die bisher die Zulassungen und damit die Verteilung auf die einzelnen Hochschulen für das ganze Bundesgebiet einheitlich geregelt hatte, ist aufgehoben. Das war nach meiner Meinung eine gute Sache, weil sie eine gewisse Übersicht über das Ganze gebracht hatte. Überdies sind die Zulassungsrichtlinien der einzelnen Länder und der einzelnen Hochschulen völlig verschieden. Die Kultusministerkonferenz hat den Vorschlag des Westdeutschen Fakultätentages für ein einheitliches Zulassungsverfahren abgelehnt, so daß wir heute auf diesem Gebiet ein völliges Chaos haben. Es kann heute praktisch jede Universität ihr eigenes Verfahren etablieren.

Wichtig ist, daß aufgrund der neuen Situation jede Hochschule ein eigenes Zulassungsverfahren einführen kann, unter Beachtung gewisser verfassungsmäßiger Grundsätze. Es ist vielleicht ganz interessant, wenn Sie hören, daß von gegenwärtig etwa 5000 Abiturienten je Jahrgang, die Medizin studieren wollen, 4000 als Mediziner immatrikuliert werden können, ein Fünftel also abgewiesen werden muß.

Einige Vorredner haben schon gesagt, und ich möchte das völlig unterstreichen, daß es wirklich ungerecht ist, wenn an den bayerischen Hochschulen bezüglich der Abiturienten der gleiche Notendurchschnitt als Maßstab angelegt wird, für die bayerischen und die nichtbayerischen Abiturienten. Denn es ist tatsächlich so, daß in Bayern etwas strengere Maßstäbe herrschen. Nun hat einer der Kollegen angeregt, man sollte, nachdem das in der früheren Zulassungsordnung verankert war, die Heimatzugehörigkeit und die Abstammung von einem Arzt auch bei der Zulassung zum Hochschulstudium als einen Pluspunkt anerkennen, nachdem das früher bei der Zulassung zur Kasse so war.

Ich bin der Auffassung, daß es nach der derzeitigen Rechtslage ohne weiteres möglich ist, daß die Landesuniversitäten diese Tatsachen mitberücksichtigen bei ihrer Ermessensentscheidung. Wie ich mich überzeugt habe, wird das zum Teil auch gemacht. Natürlich müs-

sen die Professoren, die das machen, sehr vorsichtig sein, um sich nicht irgendwelchen Angriffen aussetzen.

**Dr. TROTT zur Auslese zum Studium:**

Es gibt zur Zeit zwei Prinzipien der Auslese. Einmal das Anciennitätsprinzip; danach wird zugelassen, wer am längsten zurück sein Abitur gemacht hat. Zum andern das Ausleseprinzip der Fakultäten, das nach dem Abiturzeugnis geht. Aus eigener Erfahrung kann ich sagen, daß ein junger Mann, der Medizin studieren will und bereits ein Jahr Bundeswehr hinter sich hat, mit einem Notendurchschnitt von 2,3 im Abitur nicht angenommen wird.

**Dr. BREIDENBACH zur Dissertation:**

Ich glaube nicht, daß eine allzu große Reformfreudigkeit zu besseren Ergebnissen führen wird. Ich bin vor allem aber auch der Meinung, daß der Doktorgrad des deutschen Arztes nicht angetastet werden darf und daß die bisherige Art, daß alle Ärzte gleich sind, unbedingt erhalten werden sollte. Es gibt in der Geschichte genügend Beispiele, daß praktizierende Ärzte auch im späteren Lebensalter plötzlich in die wissenschaftliche Laufbahn eingetreten sind und es zu sehr großen Erfolgen gebracht haben. Ich brauche da nur an Robert Koch zu erinnern. Ich glaube, daß auch in der Zukunft alle Möglichkeiten unbedingt bestehen bleiben sollten. Man fragt sich, ob es nicht eine Abwertung des Doktorgrades ist, wenn er einfach mit dem Staatsexamen verliehen wird. Wir haben in den letzten Jahren öfters erleben müssen, daß man auf diesen unseren Doktorgrad von seiten der Behörden und anderer Einrichtungen losgegangen ist. So haben z. B. die Finanzämter zeitweise gemeint, sie müßten bei der Anschrift künftig die Doktorgrade nicht mehr anführen. Das hängt mit den allgemeinen Vermassungstendenzen zusammen. Wenn ein Doktor seinen Doktorgrad nicht erworben hätte, so würde ich sicherlich glauben, daß der Doktorgrad bald überhaupt verschwinden und nur noch als Epitheton ornans betrachtet würde.

**Professor Dr. VOGT zur Frage der Zulassung:**

Diese Fragen sind selbstverständlich in den Fakultäten und in den Senaten der Universitäten Gegenstand eingehendster Beratungen gewesen. Allen Beteiligten macht dieses Problem größte Sorge. Ich darf Sie zunächst daran erinnern, daß aus diesem Haus und auch sonst immer wieder gefordert wurde, die Medizinischen Fakultäten möchten eine Beschränkung der Studienplätze einführen. Das ist einige Jahre her. Die Forderung wurde sehr laut und sehr betont und, wie ich glaube, auch zu Recht erhoben. Eine gute Ausbildung ist eben nur für einen gewissen Teil zu gewährleisten. Dazu ist zu sagen, daß der Numerus clausus nicht nur an den Medizinischen Fakultäten, sondern auch an einer ganzen Reihe von anderen Fakultäten eingeführt werden mußte; besonders vom nächsten Semester ab wird das in München der Fall sein. Früher gab es schon bei den Volkswirten und den Pharmazeuten einen Numerus clausus. Der modus procedendi ist eigentlich überall etwas anders. Den Vorschlag der Kultusministerkonferenz, nur nach der Anciennität zu gehen, halte ich für völlig verfehlt. Im Senat der Universität München und auch in der Fakultät hat man das immer strikt abgelehnt. Man muß versuchen, eine qualitative Aus-

lese zu treffen. Die Staatswirte haben in München für das nächste Semester eine Auslosung vorgesehen. Ich muß sagen, das scheint mir der schlechteste Weg, den es überhaupt gibt.

Wie man die Arztkinder bevorzugen kann, ist Gegenstand sehr vieler Beratungen gewesen. Selbstverständlich ist in den Medizinischen Fakultäten sehr weitgehend die Vorstellung verbreitet, daß eine gewisse Qualifikation auch darin besteht, daß jemand aus einem Arzthaushalt kommt. Wenn einer ein ganzes Kinder- und Jugenddasein erlebt hat, was an einen Arzt für Forderungen gestellt werden und wenn er dann noch Medizin studieren will, dann ist das auch ein gewisser Pluspunkt, den man vielleicht mit in die Waagschale werfen kann. Das kann man aber gesetzlich sehr schwer praktizieren. Ich darf daran erinnern, daß all diese Entscheidungen verwaltungsgerichtsfähig sind. Die beteiligten Professoren sind einer wirklich erheblichen Belastung von allen Seiten ausgesetzt, wenn sie ihrer Aufgabe auch nur einigermaßen gerecht werden sollen. Daß das Abiturzeugnis kein optimales Auslesekriterium ist, darüber sind sich in den Fakultäten alle einig. Trotzdem haben wir im Augenblick kein anderes. Wir könnten eine Zulassungsprüfung durchführen. Das wäre aber an den Universitäten mit einem derartigen Personalaufwand verbunden, daß das nicht durchführbar ist. Dadurch würde außerdem das Abitur entwertet, weil dann jeder Abiturient nochmals einer Leistungsprüfung für das betreffende Studienfach unterzogen werden müßte.

Zum Notendurchschnitt ist zu sagen, daß es in München so ist, daß nicht der Notendurchschnitt den Ausschlag gibt. Vielmehr werden zunächst einmal als positiv alle diejenigen ausgewählt, die in keinem Fach eine schlechtere Note als 3 haben. Das würde bedeuten, daß einer, der in allen Fächern 3 hat, bisher jedenfalls immer noch zugelassen werden konnte. Es wird dann erst unter denen, die in den Hauptfächern eine 4 oder schlechter haben, weiter ausgewählt. Bisher war es möglich, alle, die in keinem Fach eine schlechtere Note als 3 hatten, zuzulassen. Das wird wahrscheinlich jetzt nicht mehr der Fall sein, weil im nächsten Semester die Anträge sehr viel höher werden. Eine weitere Schwierigkeit — und das bezieht sich auf das schon angesprochene Gefälle der Abiturzeugnisse von Süd nach Nord — ergibt sich daraus, daß wir bisher in der glücklichen Lage waren, in Bayern einen anderen Abiturtermin zu haben als im übrigen Bundesgebiet, so daß im Wintersemester ein relativ hoher Prozentsatz von bayerischen Studenten zum ersten Semester zugelassen werden wollte. Das wird bei der Einführung der neuen Schulzeit im gesamten Bundesgebiet, durch den Herbstbeginn, natürlich anders werden. In einigen Jahren werden dann diese Unterschiede noch krasser zum Ausdruck kommen. Daß man dem durch gesetzliche Regelungen, nur Bayern zu bevorzugen, entgegenkommt, halte ich für kaum möglich. Man muß dabei berücksichtigen, daß der Bund den Universitäten erhebliche Mittel zuschießt. Wenn das überall anfinde, daß nur die Landeskinder betreut werden sollen, so hätte das erhebliche Nachteile für die Freizügigkeit der Studenten überhaupt und für die Internationalität der Universitäten.

Nun zu den Ausländern. In München wird nur ein bestimmter Prozentsatz — die genaue Zahl ist mir im

Augenblick nicht bekannt — von Ausländern zugelassen. Die Ausländer werden ebenso einer scharfen Auslese unterworfen. Es ist nicht mehr so wie vor einigen Jahren, daß die Ausländer ohne Qualifikationsprüfung zugelassen werden. Es werden ihre Abiturzeugnisse auch nur anerkannt, wenn sie aus bestimmten Ländern kommen. Die übrigen müssen in München und im übrigen Bayern zunächst eineinhalb oder zwei Jahre an einem sog. Studienkolleg tätig sein und eine Prüfung machen, die in etwa unseren Abiturhauptfächern entspricht. Wenn sie in diesen Prüfungen nicht bestehen, werden sie nicht zugelassen, so daß die Qualifikationen dieser Leute durchaus mit denen unserer Abiturienten vergleichbar sind. Daß man sie nicht ganz wegschieben kann, sollte jedem klar sein, weil von den Beziehungen der deutschen Universitäten zum Ausland sehr viele wirtschaftliche und politische Faktoren abhängig sind.

Eine große Attraktion für die Ausländer ist es auch, daß das Studium bei uns sehr viel billiger ist als in anderen Ländern. Das gilt besonders für die Amerikaner. Der amerikanische Student zahlt bei uns kaufkraftmäßig die Hälfte oder auch nur ein Viertel von dem, was er zu Hause zahlen müßte. Das führt dazu, daß natürlich viele versuchen, bei uns zu studieren.

Es ist doch auch früher so gewesen, möchte ich zu den Ausführungen des Kollegen von Gugel sagen, daß die Studienzeit und die praktische Ausbildung teilweise getrennt waren. Es hat früher auch die Medizinalpraktikanten gegeben. Mein Vater ist jedenfalls Medizinalpraktikant gewesen, und wir sind Pflichtassistenten gewesen. Das ist eine etwas andere Nomenklatur, aber jedenfalls hat ein Teil der praktischen Ausbildung außerhalb des Studiums stattgefunden. Daran wird auch der Wissenschaftsrat nicht vorbeikommen. Wenn gesagt wird, wir müssen auch außerhalb der Universitäten Einrichtungen mit zum Unterricht heranziehen, so möchte ich darauf hinweisen, daß das von jeher so war: entweder Famulatur oder Pflichtassistentenzeit oder Medizinalassistentenzeit oder, wie es der Wissenschaftsrat vorsieht, Internatsjahr. Aber daß man die ganzen Studenten einfach zu dem gesamten Unterricht an außeruniversitären Einrichtungen verteilen könnte, ist ganz unmöglich. Man wird sehr bald sehen, daß die neugeschaffenen Akademien oder Fakultäten, wie z. B. München, nicht so billig sein werden, wie man sich das vorstellt. Wenn sie einigermaßen das leisten sollen, was die jetzigen Universitäten leisten, muß man sie auch entsprechend ausstatten, und das kostet eben einfach Geld.

Wir müssen einen Teil der Ausbildung zwangsläufig in großen Vorlesungen und solchen Einrichtungen zusammenfassen. Das kann nur an Universitäten mit entsprechendem institutionellen und personellem Aufwand geschehen. Eine praktische Ausbildung kann daneben entweder in einer Famulatur oder nach dem Studium stattfinden. Eine gewisse Divergenz wird immer bleiben und unvermeidbar bleiben müssen. Daß man wirklich in kurzer Zeit eine große Zahl von akademischen Kliniken einrichten kann, die den vollen klinischen Lehrbetrieb haben, ist einfach eine Illusion.

Im übrigen möchte ich nochmals sagen: Es ist nicht so, daß in den Universitäten heute nur Theorie getrieben wird. Wir jüngeren Dozenten und Professoren halten doch alle mindestens einen oder zwei Untersuchungs-

kurse oder praktische Kurse, Hämatologiekurse, Verbandskurse, Operationskurse und dergleichen. Selbstverständlich kann nicht jeder Student an jeder dieser Veranstaltungen teilnehmen. Aber jeder interessierte Student nimmt irgendwo an diesen Untersuchungen teil, der eine bei uns in der Pädiatrie, der andere in der inneren Medizin, der andere in der Frauenheilkunde usw. Dadurch hat er irgendwo die Gelegenheit, Kontakt mit den Dozenten und Patienten zu bekommen. Es ist nicht so, daß sich heute nur in der großen Massenvorlesung, die unter aller Augen steht, der Unterricht abspielt, sondern der interessierte Student hat die Gelegenheit, auch praktische Erfahrungen zu sammeln. Man kann das durch Verordnungen auch in einem hohen Umfang erzwingen. Aber ob das wünschenswert ist, daß wir unsere Freiheit im Studium und in der weiteren Ausbildung immer weiter einengen, erscheint mir persönlich äußerst fragwürdig.

#### Dr. BAUMGARTNER (München) zur Medizinalassistentenzeit:

Wer im Ablauf der letzten 10 oder 15 Jahre Gelegenheit hatte, laufend mit Medizinalassistenten zu arbeiten und sie auszubilden, wird Herrn Professor Vogt uneingeschränkt recht geben, daß das Ausbildungsniveau in den letzten Jahren sprunghaft angestiegen ist und den Querschnitt der Weltforschung in der Medizin erreicht hat. Die Überführung dieser theoretischen Kenntnisse in die Praxis vollzieht sich sehr schnell, allerdings nur unter der Voraussetzung, daß sich die Klinikchefs intensiv mit den jungen Kollegen beschäftigen und täglich mit ihnen im Gespräch stehen und ihre Forderungen, diese ihre Erkenntnisse in die Praxis umzusetzen, entsprechend unterstützen.

Intensiv kann man höchstens 4 bis 5 Medizinalpraktikanten ausbilden, bei einem Bettenstand von 150. Ich kann mir nicht vorstellen, wie innerhalb des Universitätsablaufs eine intensive praktische Ausbildung stattfinden soll. Es genügt ja nicht, wenn ein Dozent oder Oberarzt oder Assistent 5 oder 10 Studenten unterweist und ihnen einmal eine Gelegenheit zu selbständiger Arbeit gibt.

#### Professor Dr. SCHWALM zur Zulassung:

Herr Kollege Vogt hat ausführlich schon aus der Sicht der Münchener Fakultät über die Schwierigkeiten der Auslese bei der Zulassung zum Medizinstudium gesprochen. Ich habe dem nichts mehr hinzuzufügen. Ich kann nur sagen, daß in Würzburg ganz ähnlich verfahren wird, besonders bei den Grenzfällen, wo es nach den Noten zweifelhaft ist, ob er abgelehnt werden muß oder hereingenommen werden kann. Da wird das Faktum Arztsohn ebenso wie das Faktum der Herkunft aus Bayern immer noch berücksichtigt. Von einer absolut hundertprozentigen Regelung würde ich ebenfalls abraten. Es wäre bedauerlich, wenn nun Gegenseitigkeitsentschließungen von norddeutschen Fakultäten erfolgen würden und dann die Bayern in Hamburg, Düsseldorf oder sonstwo auch schlechter aufgenommen würden.

#### Zu Fragen der Bestallungsordnung:

Die bisherigen Empfehlungen des Wissenschaftsrats haben sich in der Praxis der Universitäten, wie ich Ihnen aus reicher Erfahrung bestätigen kann, als sehr

verbindlich erwiesen. Sie liegen auf den Arbeitstischen der Ministerialbeamten und werden bei jeder Frage wie eine Bibel aufgeschlagen. Eine Diskussion über diese Fragen ist sicherlich nötig. Ebenso wie Sie haben wir es sehr begrüßt, daß der letzte Entwurf der Bestallungsordnung des Bundesgesundheitsministeriums wieder ad acta gelegt worden ist. Kein vernünftiger Mensch hat behauptet, die Ausbildung der deutschen Ärzte sei schlecht, die deutschen Ärzte seien unzureichend. So schlimm ist es nun doch nicht. Aber daß die Ausbildung verbesserungsbedürftig ist, daß sie den Fortschritten der Medizin angepaßt werden muß, darüber darf kein Zweifel sein. Auch darf daran nicht gezweifelt werden, daß die praktische Ausbildung an der Universität leiden muß, wenn die Universitäten so überfüllt bleiben, wie sie sind, was ja noch für einige Jahre zu erwarten ist. Ich hatte mit Freude gehört, daß in München offenbar die praktische Ausbildung in der Pädiatrie bestens ist. Ich kann für die Gynäkologie, für mein Fach, sagen, daß das leider nicht der Fall ist. Wir sind ganz außerstande, die große Zahl der Studierenden — in Würzburg haben wir z. B. im letzten Semester in Vorlesungen, in denen früher 70 bis 80 Studenten saßen, 250 Studenten gehabt — mit der gleichen Zahl von Kranken und Entbindungen praktisch zu unterweisen. In einigen Städten hat man zur Unterweisung nichtuniversitäre städtische Krankenanstalten herangezogen. Das ist schön und gut, bietet aber offenbar nur sehr begrenzte Möglichkeiten. Es kommt auch darauf an, welcher Art diese Krankenanstalten sind. Das gilt für die Heranziehung zum Unterricht für die Studierenden, das gilt im Grundsatz ganz ähnlich für die Unterweisung der Medizinalassistenten in der Facharztausbildung. Welche Zielsetzung hat denn ein Krankenhaus? Ein Krankenhaus hat sicherlich zunächst doch die Zielsetzung, Kranke zu untersuchen, zu behandeln, zu pflegen, zu operieren und wieder gesund zu machen. Der Ausbildungszweck steht nur bei den Universitätskliniken im Statut, nicht bei den städtischen Krankenhäusern, nicht bei den caritativen Häusern und schon gar nicht bei den privaten Krankenhäusern.

#### Dr. STEHR zur Dissertation:

Ich muß Herrn Kollegen Vogt einmal darin zustimmen, daß das Ausleseprinzip der Dissertation durchaus im Rahmen unserer medizinischen Ausbildung wünschenswert bleibt, weil nur hier ein so enger Kontakt zwischen Studierenden und Lehrern gewährleistet ist, daß man dem Studierenden auch positive Hinweise für seine spätere Laufbahn geben kann.

Die weitere Frage war, wann man, wenn nicht während des Studiums, den Studierenden die Möglichkeit eröffnen soll, die Dissertation zu schreiben. Daß sie nötig ist, muß man unbedingt bejahen. Ich glaube nicht, daß man einfach den Doktorgrad dem Staatsexamen sozusagen als Beigabe anfügen kann. Es gehört dazu auch das Bewußtsein, auch für das spätere Leben, einer vollbrachten Leistung. Es sind auch sehr gute Leistungen dabei, die während des Studiums erbracht werden.

#### Professor Dr. HELLBRÜGGE zu den Empfehlungen zur Neuordnung des Studiums:

Der erste Satz des Gutachtens heißt: „Der Auftrag, nicht nur Studenten in zureichender Zahl für die Aufgaben auszubilden, die sie als Ärzte zu erfüllen haben, sondern auch den Anforderungen gerecht zu werden, die

die Forschung an den wissenschaftlichen Nachwuchs stellt, kann von den Medizinischen Fakultäten im Rahmen des Bestehenden in der Bestallungsordnung von 1953 festgelegten Organisationssystem des medizinischen Studiums nicht mehr erfüllt werden.“ Das ist eine völlig unbewiesene Behauptung, aber das ist die einzige Grundlage für diese Empfehlung. Ich finde diese Art der Darstellung nicht gerade wissenschaftlich, eine Behauptung in den Raum zu stellen und anschließend eine völlige Umstrukturierung des gesamten Berufsstandes aufzubauen.

#### Dr. DEHLER zur Facharztordnung:

Es ist jedoch nicht zu verkennen, daß Notwendigkeiten der Änderung nicht nur aus der ständig weiteren Inneren Entwicklung resultieren, sondern auch Folgen, wie in dem Referat erwähnt, der auf uns zukommenden europäischen Integration sind, wobei ich hoffen möchte, daß auf diesem Sektor einige gewachsene nationale Tatbestände erhalten bleiben und nicht dem europäischen Altar zum Opfer gebracht werden.

Wenn ich mir jetzt erlaube, einige Bemerkungen zu machen, soll es keine generelle Kritik sein, sondern ich möchte nur einige Bedenken vortragen, die zum mindesten korreferierend in der weiteren Diskussion von Bedeutung sein könnten.

Der § 27 Absatz 2 sieht vor, daß bei einer Weiterbildung im Ausland das letzte Jahr der Weiterbildung in jedem Fall unter Leitung eines Facharztes abgeleistet werden muß, der zur vollen Weiterbildung ermächtigt ist. Das ist dann, wenn der größte Teil der Ausbildung im Ausland erfolgt ist, sicher richtig und notwendig. Ich habe aber gehört, daß erwogen wird, diese Bestimmung, daß das letzte Jahr der Weiterbildung generell in einem Haus stattfinden müsse, dessen Leiter zur vollen Weiterbildung ermächtigt ist, auch für die Weiterbildung im Inland vorzusehen. Dies hätte — und das möchte ich hier warnend sagen — sehr weitgehende arbeitsmarktpolitische Folgen, Folgen sowohl für den Weiterbildungsbildenden als auch für unser Krankenhauswesen, insbesondere durch die Versorgungsmöglichkeit mit Ärzten für kleinere Häuser an der Peripherie, weil, wenn man weiß, daß das letzte Jahr in einem Haus abgeleistet werden muß, in dem die fünf oder sechs Jahre abgeleistet werden können, die Bereitschaft sehr gering sein wird, an ein kleineres Haus zu gehen. Ich möchte also dringend bitten, davon abzusehen, diese Bestimmung für eine Ausbildung im Inland zu generalisieren.

Als zweites zur Terminologie: Sicher ist es interessant, die Kurzbezeichnungen in Zukunft mehr in den Mittelpunkt des Geschehens zu rücken. Ich weiß jedoch nicht, ob letztlich innerständischen Diskussionen zuliebe über lange Jahrzehnte gewachsene Begriffe ohne Not und Notwendigkeit aufgegeben werden sollen. Der Facharzt ist nicht ein Mehr oder eine Weiterentwicklung des Arztes, sondern er beinhaltet sprachlich für mich eine Spezialisierung, eine freiwillige Beschränkung auf ein Gebiet.

Danach ein Wort zur Dauer der Weiterbildung. Sie haben vorhin aus dem Referat des Herrn Präsidenten gehört, daß in einigen Fächern ein viertes, in einigen ein sechstes Jahr angehängt werden soll. Leicht überspitzend möchte ich sagen, daß natürlich die Gefahr, daß der Satz, das Leben beginnt mit 40, auf die Dauer

auch für die Fachärzte-Zukunft Geltung haben könnte; denn die immer weitere Verlängerung des Studiums trotz aller unserer Bemühungen, die wieder eingeschaltete Wehrpflicht für die männlichen Ärzte und die lange Weiterbildungszeit ergeben leider schon ein Lebensalter, in dem viele Jahre, die an sich der Facharzt-tätigkeit gewidmet werden könnten, noch in der Ausbildung verbracht werden. Ich bin also daher der Meinung, daß die alleräußerste Grenze der Expansion der Weiterbildungszeit ganz gewiß nun erreicht ist und weitere, auch dringendste Vorstellungen irgendwelcher Fachgesellschaften in Zukunft von den verantwortlichen Organen des Berufsstandes nicht mehr gehört werden sollten.

Und nun ein letztes Wort zur Aufteilung der beiden großen Fächer! Die Argumente, die hier vorgetragen wurden, sind ohne jeden Zweifel zwingend und auch kaum widerlegbar. Mir scheint der vorgeschlagene Weg unter denkbaren schlechteren immer noch der beste zu sein. Ich möchte aber auch hier sehr dringend davor warnen, die jetzt eingeführten Unterbezeichnungen von heute auf morgen oder übermorgen neue Fachärzte- oder Arzt für -bezeichnungen werden zu lassen, weil wir dadurch, auch wenn es in anderen europäischen Ländern so sein sollte, unserem gewachsenen berufspolitischen Gefüge alles andere als einen Dienst erweisen dürften. Insgesamt zusammenfassend bin ich der Meinung, daß heute noch nicht endgültig entschieden werden sollte. Wir sollen aber in dieser Diskussion die Grenzen abstecken, die in der weiteren Entwicklung nicht mehr überschritten werden sollten und nicht mehr überschritten werden können.

#### Professor Dr. HELLBRÜGGE zur Facharztprüfung:

Ich habe an den Herrn Präsidenten eigentlich nur einige Fragen.

Die erste Frage wäre: In wie vielen europäischen Ländern gibt es noch Facharztprüfungen, und ist die Prüfung ausschließlich eine Einrichtung in den USA oder gibt es sie auch in den Ländern der EWG? Wenn es sie gibt, wird natürlich eine Verständigung auf dieser Ebene außerordentlich schwierig sein; denn wenn eine Prüfung meinetwegen in Holland in bestimmten Fächern existieren sollte, ist der Facharzt schon ein anderer als bei uns.

Zweitens: Haben diese Prüfungen — das bezieht sich unter Einfluß der Vereinigten Staaten — vielleicht einen Einfluß auf den Prozentsatz der praktischen Ärzte in dem Sinne, daß diese Prüfung gewissermaßen eine Beschränkung bedeutet, sich zusätzlich noch einer besonderen Mühe zu unterziehen und deswegen Facharzt zu werden.

Das dritte ist die Frage der Weiterbildung zum Praktischen Arzt in Frankreich. Meines Erachtens gibt es das dort nicht, und die französische Ärzteschaft lehnt es auch ab, weil sie sagt, einmal muß Schluß sein und irgendwann muß sich der Arzt irgendwie betätigen können; er wird sonst zu alt. Aber ich glaube, es sind hier Gespräche im Gange, und es wäre interessant, zu wissen, wie weit diese Gespräche sind.

Schließlich möchte ich eine Frage stellen, die sich auf das bezieht, was Dehler gesagt hat. Ich persönlich bin der Ansicht, das speziell, was die ärztliche Aus- und Weiterbildung angeht, wir in ein hoffnungsloses Hinter-

treffen geraten und bereits geraten sind im Vergleich zu den anderen EWG-Ländern. Das liegt schon daran, daß wir eine übermäßig lange Schulausbildungszeit haben. Meines Erachtens sind die Schulausbildungszeiten in den übrigen Ländern um ein Jahr mindestens kürzer, und wenn ich zugrunde lege, daß unser derzeitiges Schulsystem das einmalige Wiederholen einer Klasse zur Norm hat werden lassen, beinahe von zwei Jahren, und wenn ich bedenke, daß unsere Studienzeiten gegenüber den anderen Ländern um ein, zwei Jahre länger sind und unsere Facharztzeiten sich dann angleichen, sind unsere jungen Kollegen mit 30 Jahren an der gleichen Stelle, wie andere mit 26. Ob das biologisch richtig ist, möchte ich bezweifeln.

#### Dr. SCHRETZENMAYR zur erwähnten Dreigliederung des Faches Nervenheilkunde:

Ich habe daraus entnommen, daß der Nervenarzt in drei Kategorien existieren kann, daß da Unterschiede geschaffen werden, die wir auf anderem Gebiet nicht haben wollen.

Ich möchte festhalten, daß es nach wie vor heute die allgemeine Meinung ist, man kann Neurologie und Psychiatrie nicht trennen. Sie gehören zusammen. Ein Neurologe ohne Psychiatrie ist hilflos und der Psychiater ohne Neurologie ebenso. Es würden also jetzt Schmalspur-Neurologen und Schmalspur-Psychiater entstehen und darüber ein Über-Nervenarzt. Das halte ich für ganz ungeschickt. Warum soll es nicht so gemacht werden, wie es für die innere Medizin erwähnt wurde! Es muß jemand die Gesamtausbildung haben, und wenn er sich dann für eines der Teilgebiete besonders berufen fühlt, kann er sich darauf beschränken und dann besondere Kenntnisse erwerben oder das Hauptgewicht seiner Ausbildung im Rahmen der Möglichkeiten auf dieses Gebiet legen. Aber so, wie es da gesagt wurde, scheint es nicht zu gehen. Bedenken Sie auch — ein reiner Sprachgebrauch —, wie man das machen soll. Ein Arzt für Nervenkrankheiten ist im Volk immer einer, der sich auch mit Gemütskrankheiten beschäftigt; denn „mir fehlt es an den Nerven“ heißt im Volk nicht multiple Sklerose, sondern es heißt, ich bin gemütlich oder sonstwie krank.

Also Nervenarzt umfaßt unter allen Umständen das Gesamtgebiet. Wie soll man den Arzt für Gemütskrankheiten umschreiben? Man könnte sagen Arzt für Gemütskrankheiten, aber zu dem hinzugehen, wird vielen Leuten schwer fallen. Da ist er von vornherein abgestempelt. Leider sind auch alle Ressentiments in der Psychiatrie trotz unserer wunderbaren Fortschritte auf dem Gebiet der Nervenkrankenhäuser noch nicht ausgeräumt. Gerade das ist auch noch zu bedenken: Wir haben keine Heil- und Pflgeanstalten, keine Irrenanstalten mehr, sondern wir haben Nervenkrankenhäuser. Also auch hier ist der Passus Nervenkrankheiten durch die Psychiatrie nicht beansprucht.

#### Dr. MÖSSMER zur Facharztbezeichnung:

In der Frage „Arzt für“ oder „Facharzt für...“ halte ich nach meinem Empfinden die Bezeichnung „Arzt“ für ausgezeichnet und würde sie unbedingt der Bezeichnung „Facharzt“ vorziehen. Neben den Gründen, die vom Herrn Präsidenten schon angeführt wurden, möchte ich bemerken, daß die Bezeichnung „Arzt

für...“ mehr zu sein scheint als „Facharzt für...“, weil die Bezeichnung „Arzt“ mehr das Urbild unseres Berufes zum Ausdruck bringt, als die Bezeichnung „Facharzt“. Zu der Bezeichnung der einzelnen Fachgebiete, der Abkürzung auf Internist, Chirurg, Augenarzt usw., wäre zu sagen, daß in manchen Fachgebieten diese Kurzbezeichnungen schon vielfach geführt wurden, offenbar nicht beanstandet von der ärztlichen Berufsorganisation, so z. B. bei den Augenärzten. Ich kenne eine Reihe von Tafeln, die angeschrieben haben „Augenarzt“ und nicht „Facharzt für Augenkrankheiten“. Eine solche Kurzbezeichnung würde also auf manchem Fachgebiet zweckmäßig sein. Ob sie aber in der vorgeschriebenen Weise durchwegs anzustreben ist, halte ich für zweifelhaft, vor allem im Hinblick auf die Untergebiete. Wenn wir die Bezeichnung einführen etwa Internist (Kardiologie), sind es zwei kurze Worte, die nicht ganz zusammenpassen, und die Folge wird sein, daß man Internist wegläßt und nur mehr Kardiologie schreibt. Man könnte sich überlegen, daß man Internist beibehält, und zwar für den Internisten, der keinen Untertitel führt, also den heutigen Facharzt für innere Medizin, daß der sich auch Internist nennen kann, aber daß der Facharzt mit einer Unterabteilung wie der Kardiologie sich Facharzt für innere Medizin (Kardiologie) nennt, soweit man nicht überhaupt diese Kurzbezeichnung wegfallen lassen will.

Noch eine Frage zu der Weiterbildungszeit, und zwar zu § 27 Absatz 2, über das letzte Jahr der Weiterbildung; der Punkt wurde bereits vom Herrn Kollegen Dehler angeschnitten. Ich kann mich kurz fassen. Mir scheint auch diese Regelung bedenklich zu sein. Praktisch ist es heute vielfach so, daß die Kollegen, etwa an größeren Krankenhäusern, einen Teil ihrer Fachausbildung durchmachen und dann in den letzten Jahren, aufgrund der gewissen Schwierigkeiten, die Stellen zu behalten, etwa an mittlere Krankenhäuser gehen und dort den Rest der Facharztausbildung abschließen und als Fachärzte dann dort bleiben. Wenn wir verlangen, daß das letzte Jahr der Facharztausbildung an einem voll zugelassenen und damit im allgemeinen großen Krankenhaus abgeleistet wird, ergibt sich ein Engpaß. Kollegen, die an kleineren Krankenhäusern sind, sind gezwungen, für ein Jahr an ein großes Krankenhaus mit voller Zulassung zu gehen, und das wird im allgemeinen nicht oder kaum möglich sein, da begrifflicherweise die Chefs dieser großen Abteilungen nicht interessiert sein können, Kollegen für ein Jahr bei sich zu behalten, damit diese ihre Facharztausbildung noch abrunden und den Vorschriften der Facharztordnung entsprechen können. Ich glaube, das wird praktisch zu erheblichen Schwierigkeiten führen. Praktisch wird es bedeuten, daß die mittleren Krankenhäuser sich sehr schwer tun, Fachärzte überhaupt heranzubilden, Assistenten zu erhalten, die sich für ihr Fachgebiet wirklich besonders interessieren und bereit sind, entsprechend Zeit zu opfern und an diesem Krankenhaus nach abgeschlossener Facharztausbildung noch einige Zeit zu bleiben. Es ist so, daß die Dauer der Fachausbildung, die Dauer der wirklichen Tätigkeit im Fachgebiet an einer Klinik bereits länger ist als die vorgeschriebene Facharztausbildungszeit. Hier spielt natürlich auch die Frage der Prüfungszeit eine Rolle. Haben wir eine Facharztprüfung, wird sich von selbst dieser etwas merkwürdige, auf Hintergründe schließende Passus ohne weiteres erübrigen. Die Fach-

arztprüfung hätte gerade für die mittleren Krankenhäuser und die kleineren Fachabteilungen die Möglichkeit, daß sie eine Fachausbildung durchführen und ihre Leistung unter Beweis stellen könnten. Es ist allgemein bekannt, daß die Leistungen der großen Kliniken und der mittleren Fachabteilungen unterschiedlich sind, und zwar will ich gar nicht sagen qualitativ unbedingt unterschiedlich, sondern quantitativ unterschiedlich, und zwar indem gerade die kleineren und mittleren Krankenhäuser unter Umständen Leistungen bei den Kollegen vermitteln und zu Leistungen führen, die die größeren Krankenhäuser oft in dieser Weise nicht ganz zu vermitteln in der Lage sind, wobei die großen Krankenhäuser selbstverständlich bei dem größeren Austausch innerhalb des größeren Ärztekollegiums und bei den größeren Möglichkeiten, die ein großes Krankenhaus bietet, auch wieder ihre Vorteile, vor allem der theoretischen Ausbildung, haben. Also die gegenseitige Ergänzung halte ich für sehr zweckmäßig, und ich glaube nicht, daß es notwendig ist, die eine Seite auf diese Weise mehr oder minder auf die Dauer abzuwürgen. Deswegen würde ich an sich von den mittleren und kleinen Krankenhäusern aus sagen, eine Facharztausbildung wäre sehr zweckmäßig. Dann können sie nämlich ihre Leistung unter Beweis stellen.

Die **Facharztprüfung** ist sicher etwas Problematisches. Die Vorstellung, man könnte mit der Facharztprüfung die Anforderungen an die Leistungsfähigkeit der zugelassenen Fachärzte mit ihren Krankenfachabteilungen erheblich oder entscheidend vermindern, in dem die Prüfung genügt und beweist, was der Kollege als Facharzt wirklich kann, scheint mir etwas fragwürdig zu sein, und zwar fragwürdig wegen der Schwierigkeit und der Unzulänglichkeiten, die eine Prüfung an sich bietet.

#### Dr. SCHLOSSER zur Facharztordnung:

Ich hatte die Ehre, bei den Verhandlungen der Gesellschaft für innere Medizin sowohl wie des Bundesverbandes der Internisten das Hin und Her der Diskussion über die neue Facharztordnung und die Weiterbildungszeiten mitzumachen. Der Kardinalpunkt aus der Sicht der Internisten war der, eine Aufsplitterung des Fachgebietes zu verhindern, eine Tendenz, die vor allen Dingen von der italienischen und französischen Seite erheblich vorgetragen wurde. Wir sind eigentlich sehr dankbar, daß die Erklärung in der jetzigen Form mit der Möglichkeit der Unterbezeichnung vorliegt, weil nur so eine Aufsplitterung, die sonst unvermeidlich gewesen wäre, verhindert werden kann. Wenn man sich nur vorstellt: Facharzt für Rheumatologie, Kardiologie, Gastroenterologie usw., eine für meine Begriffe fast unmögliche Aufsplitterung. Deshalb, glaube ich, können wir voll hinter dem Entwurf stehen.

Wenn Dr. Dehler meint, die Ausbildungszeit sei an der oberen Grenze, so bin ich auch der Auffassung, daß das so ist. Aber auf der anderen Seite glaube ich, daß das Fach Röntgenologie ein integrierender Bestandteil der Ausbildung bzw. der Weiterbildung zum Facharzt zu sein hat. Ich glaube, daß nur so die drohende Zersplitterung in dem Fachgebiet innere Medizin vermieden werden kann, wenn man sich die Gedanken zu eigen macht, die wirklich nach erheblichen Diskussionen und doch mit sehr vielen Schwierigkeiten über die Bühne gegangen sind.

### Dr. BALUSCHEK zur Änderung der Berufsordnung und der Versorgung auf dem Land durch Praktische Ärzte:

Es hat sich gezeigt, daß das Problem des Praktischen Arztes im Augenblick von einer besonderen Aktualität ist. Das Problem des Praktischen Arztes ist sogar ein weltweites Problem. Ein Problem, welches die Weltgesundheitsorganisation im Jahr 1964 veranlaßt hat, einen Ausschuß zu bilden, der über die Situation des Praktischen Arztes eine Erhebung angestellt hat. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat in ihrer diesjährigen Vertreterversammlung auf dem Ärztetag in Essen auch dieses Problem besprechen müssen, obwohl der Tagesordnungspunkt lautete „Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung“. Dieser Sicherstellungsauftrag ist gefährdet. 87% der Versicherten gehören der Sozialversicherung an, und von den niedergelassenen Ärzten sind die Praktischen Ärzte eine Gruppe, die im Rahmen dieses Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigung, im Rahmen der Versorgung der Bevölkerung überhaupt, eine Rolle spielt. Die Erhebung der Weltgesundheitsorganisation hat zu dem Ergebnis geführt, daß in allen Ländern der westlichen und östlichen Welt die Tendenz zur Spezialisierung, die Tendenz zur Landflucht herrscht. Aus dieser Tendenz heraus wird eine Verschiebung zwischen der Zahl der Fachärzte und der Praktischen Ärzte im Rahmen der niedergelassenen Ärzte beobachtet. Dieses Problem gewinnt zunehmend an Bedeutung. Diese Entwicklung nimmt in Deutschland so zu, daß Erhebungen z. B. der Bundesärztekammer, die jetzt in Essen ihren Tätigkeitsbericht vorgetragen hat, ergeben haben, daß bei einem Durchschnittsalter der gesamten Ärzteschaft von 45 Jahren das Durchschnittsalter der auf dem Lande niedergelassenen Praktischen Ärzte über 53 Jahren liegt. Auch in den Landkreisen Bayerns ist dies das Lebensalter der Praktischen Ärzte. Alle Kammern und alle Kassenärztlichen Vereinigungen können beobachten und berichten, daß die Arztdichte in ihren Bereichen ausreicht, und dennoch zeichnen sich in einzelnen Bezirken, deren Versorgung mit besonderen physischen Belastungen verbunden ist, bereits Engpässe ab, die dadurch zustande kommen, daß einzelne Kollegen sterben und ihr Arztsitz nicht wieder besetzt wird, daß andere Kollegen wegziehen, wieder andere Kollegen älter werden und sich eine Tätigkeit suchen, die sie physisch weniger belastet. Die dann übriggebliebenen Kollegen stehen unter einer Belastung, die es möglich macht, sehr genau die Zeit zu berechnen, wann sie entweder zusammenbrechen oder ebenfalls wegziehen werden. Ich darf Ihnen versichern, daß auch in Bayern, z. B. in Nordbayern oder Niederbayern, von uns solche Arztsitzbezirke aufgezeigt werden können. Die mangelnde Attraktivität des Berufs des Praktischen Arztes ist ein Problem, das die Versorgung der Bevölkerung angeht, und sie ist ein Problem, das die innerärztliche Struktur tangiert. Es läßt sich nicht bezweifeln, daß in manchen Fachgebieten, z. B. in der Inneren Medizin und in der Chirurgie, die Spezialisierung weiter fortschreitet, und zwar aus guten Gründen. Jeder von uns sieht ein, daß angesichts der Fortschritte der Medizin für gewisse Tätigkeiten eine weitere Spezialisierung nicht zu vermeiden sein wird. Eine solche Entwicklung zeichnet sich bereits in der Fortentwicklung der Facharztordnung ab. Darüber hinaus muß festgestellt wer-

den, daß es bei den Internisten und Chirurgen einen Überhang gibt, der sie zwingt, fachfremd tätig zu werden. Die Statistik der Bundesärztekammer darüber, wieviel Kollegen mit einer Facharztanerkennung für Chirurgie in ihrem Fachgebiet tätig sind, ist erschütternd. Es gibt sehr viele Chirurgen, die ihre Weiterbildung gar nicht oder doch nur in ganz geringem Ausmaß weiter verwerten können und inzwischen in eine andere Tätigkeit abgewandert sind.

Man muß wohl diesen ganzen Komplex im Zusammenhang sehen, um zu verstehen, warum sich die deutschen Ärztetage ebenso wie die Weltgesundheitsorganisation und wie die ärztlichen Organisationen der Nachbarstaaten seit Jahren immer wieder mit diesem Problem befaßt haben. In Wiesbaden wurde auf dem 64. Deutschen Ärztetag bereits der Grundsatzbeschuß gefaßt, daß der Ärztetag es für nötig hält, die Weiterbildung zum Praktischen Arzt in der Berufsordnung zu verankern. Das war nach dem Deutschen Ärztetag in Lübeck schon die zweite Diskussion über diesen Punkt. Der 65. Deutsche Ärztetag in Norderney hat im wesentlichen bereits die Bestimmungen beschlossen, die Ihnen schon bekannt sind und die in die Berufsordnung eingebaut werden sollen. Ich möchte mit diesem Fragenkomplex Sie nicht mehr aufhalten, sondern nur einige grundsätzliche Fragen vorlegen und Sie vor die Entscheidung stellen, wie hier weiter verfahren werden soll. Der Sicherstellungsauftrag ist gefährdet. 87% der Bevölkerung gehören der Sozialversicherung an. Wenn das im bisherigen Tempo weitergeht, können wir uns ausrechnen, was eines Tages daraus wird. Inzwischen ist aber die Gefahr einer Minderung des Nachwuchses für die Versorgung mit Praktischen Ärzten aktuell geworden. Sie ist so aktuell geworden, daß in diesem Jahr auf dem Deutschen Ärztetag der Referent der Kassenärztlichen Bundesvereinigung namens dieses Vorstands und mit Billigung der Vertreterversammlung der Bundesvereinigung das Problem des Praktischen Arztes aus der Sicht der kassenärztlichen Versorgung und ihres Sicherstellungsauftrags vorgetragen hat. Er hat namens der KV die klare Forderung erhoben, daß in sämtlichen Ärztekammern die Beschlüsse von Norderney durchgeführt werden sollen, um den Nachwuchs für den Beruf des Praktischen Arztes zu fördern. Dem hat sich unter großem Beifall der Versammlung auch der 1. Vorsitzende der Bundes-KV, Herr Kollege Voges, angeschlossen. Die Diskussionsbeiträge zu diesem Referat waren in dieser Vertreterversammlung ausschließlich positiv. In der Diskussion über die Fortentwicklung der Facharztordnung wurde auch in Essen der Zusammenhang der Fortentwicklung der Facharztordnung mit den Problemen der Weiterentwicklung zum Praktischen Arzt herausgestellt; das wurde als ein Komplex angesehen. Die Vorschläge des Präsidenten Sewering ließen ein Problem erkennen, über das irgendwann einmal in absehbarer Zeit entschieden werden muß. Eine andere Frage ist, ob wir uns jetzt, wo die zu schützende Berufsbezeichnung diskutiert wird, wo die Zeit der Weiterbildung des Praktischen Arztes usw. erörtert wird, entscheiden sollen, die Berufsordnung durch Beschluß zu ändern, und diesen Änderungswunsch dann dem Ministerium vorzutragen. Die Frage möchte ich angesichts des derzeitigen Standes der Dinge verneinen. Die Dinge sind auf europäischer Ebene im Fluß und werden wahrscheinlich harmonisiert werden müssen.

Einen Schlußsatz werden Sie noch genehmigen. Wir stehen grundsätzlich vor folgenden Fragen: Erkennen wir auch die Auffassung an, daß eine Versorgung unserer Kranken ohne eine ausreichende Zahl von Praktischen Ärzten nicht möglich ist und daß diese Versorgung bereits in absehbarer Zeit gefährdet sein muß? — Sind wir bereit, anzuerkennen, daß der Praktische Arzt für seine Tätigkeit einer klinischen Weiterbildung bedarf, die in der Dauer mit der der Fachärzte vergleichbar ist? — Sind wir bereit, auch seine Berufsbezeichnung zu schützen, indem wir die Voraussetzungen für die Führung der Berufsbezeichnung in der Form einer Ordnung der Weiterbildung festlegen? Sind wir also bereit, die Zersplitterung der Ärzteschaft in Deutschland in zwei Gruppen nicht aufkommen zu lassen? Ich habe die letzte Formulierung vorgetragen, weil sie in der Bundesärztekammer im letzten Jahr bei dem Alarmruf aus verschiedenen Ländern über die Engpässe in der Versorgung auf dem Land eine große Rolle gespielt hat. Die Entscheidung über die Weiterbildung und damit über den Schutz der Berufsbezeichnung „Praktischer Arzt“ ist in Wirklichkeit eine Entscheidung darüber, ob wir eine einheitliche Ärzteschaft haben wollen, deren Basis die gemeinsame Ausbildung und eine in der ärztlichen Selbstverwaltung geregelte und anerkannte Weiterbildung ist.

Wir möchten doch meinen, daß durch eine Verlängerung der Facharztzeiten wiederum Verwirrung geschaffen wird, indem wir sehen, daß die Qualität der Fachärzte angehoben werden soll, während auf der anderen Seite zwangsläufig die Qualität der praktischen Ärzte oder allgemeinen Ärzte irgendwie herabgesetzt wird.

Das zweite ist die angestrebte Prüfung des Facharztes. Wenn eine Prüfung — wir haben es vor Jahren, ich glaube auf dem Bad Reichenhaller oder Berchtesgadener Ärztetag diskutiert — der Fachärzte eingeführt wird, ist das mehr oder weniger eine Aufwertung allgemein des Facharztes. Denn wenn er durchfallen würde, was macht er dann? Dann begibt er sich in das Gebiet des Praktischen Arztes, und ich habe gestern ausgeführt, ich glaube, daß es nicht richtig ist, wenn ein verhinderter Chirurg eine allgemeine Praxis ausübt. Es ist auf der anderen Seite zu sagen, daß der von mir gestern erwähnte Sicherstellungsauftrag, wenn so verfahren wird, wie hier ausgeführt worden ist, durch die allgemeinen Ärzte nicht mehr gewährleistet sein dürfte.

#### Dr. GRAEPEL zur Berufsbezeichnung:

Ich möchte ganz kurz einmal auf das Problem der geplanten Umtaufen zu sprechen kommen, weil ich glaube, daß man darüber nicht häufig genug sprechen kann und die praktische Seite doch sehr berücksichtigt werden muß. Schon die erste Umtaufe des Namens „Arzt“ in „Praktischer Arzt“ war problematisch. Ich entsinne mich, daß ich vor dem Abschied meines Faches einmal stand und überlegte, daß bei der allgemeinen menschlichen Unzulänglichkeit ein unpraktischer Arzt durchaus denkbar sei. Daß ein Arzt sagt, daß er praktisch sei, erschien mir komisch. Mein Vater sagte mir darauf, das sei gar nicht gemeint, sondern etwas ganz anderes. Es wurde also etwas bezeichnet, was gar nicht gemeint war. Viele Ärzte haben heute schon das „praktisch“ weggelassen und auf ihrem Schild „Arzt“ stehen.

Das halte ich nicht für falsch. Etwas Höheres als einen Arzt gibt es nicht. Jetzt soll Arzt umgetauft werden in einen Arzt für allgemeine Medizin. Es erhebt sich die Frage: Was ist allgemeine Medizin? Wir müssen immer die Schilder von außen ansehen, nicht von innen. Was sagt das Publikum zu allgemeiner Medizin? Ich habe mich einmal in einen Finger geschnitten, das hat mit der allgemeinen Medizin wenig zu tun. Deshalb gehe ich zum Chirurgen, den geht das an. Wir haben die Bezeichnung „Facharzt“. Diese Bezeichnung war notwendig, als die Fachärzte entstanden. Diese Bezeichnung „Facharzt“ besagt das, was sie besagen soll: Ein Fach ist ein Teil, eine Schublade sozusagen einer großen Kommode. Es bedeutet also, daß ich mich auf dieses Fach, diese Schublade, beschränke, mich auf dieses Fach in meiner Ausbildung vorbereite und für dieses Fach Erfahrungen gesammelt habe. Mehr sagt es nicht. Es sagt nur, daß ich mich auf diesem Fach betätige. Die Silbe „Fach“ ist vom Wort her durchaus keine Auszeichnung, sondern eine Einschränkung, eine Beschränkung auf ein bestimmtes Gebiet. Die Umtaufen werden vom Publikum im allgemeinen entweder uninteressiert, wenn jemand seinen Namen ändert mit Achselzucken oder mit einem Lächeln quittiert. Umtaufen sollte man nur vornehmen, wenn sie unbedingt notwendig sind. Wenn wir uns vorstellen, dieser Plan wird durchgeführt, so müßten im Moment der Durchführung sämtliche Facharztschilder abmontiert und durch das Schild „Arzt für ...“ ersetzt werden. Das Publikum würde sich denken: Nanu, bisher war der Facharzt, jetzt ist er Arzt, was ist da passiert und warum muß das überhaupt sein!

Dann ist mir noch etwas aufgefallen: Wir haben nicht einen Arzt für Augenheilkunde, sondern für Augenkrankheiten. Wir haben auch keinen Arzt für innere Medizin, sondern einen Arzt für innere Krankheiten. Wir haben nur einen Arzt für Medizin, das ist der Arzt für allgemeine Medizin. Wenn wir logisch wären, müßte man nicht Arzt für allgemeine Medizin, sondern Arzt für allgemeine Krankheiten sagen. Das ist das, was gemeint ist, was man aber nicht auf ein Schild schreiben kann. Ich möchte warnen vor dem Umtaufen, vor jeder Umtaufe. Ich möchte die Ärzte vor diesen Umtaufen ganz eindringlich warnen.

#### Dr. LÖSSL zur Facharztordnung:

Ich möchte mich gegen die Formulierung der erforderlichen Kenntniserwerbung in der Röntgenologie aussprechen. Es steht hier nicht drin, daß diese Kenntnisse unter der Leitung eines Facharztes für Röntgenologie erworben werden sollen. Ich halte das für unbedingt nötig. Jeder einsichtige Chef einer großen Fachabteilung weiß, daß er neben seinem Fach nicht auch noch voll verantwortlich mit Kenntnis der Literatur und der Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenologie dieses Fach erledigen kann. Er weiß also, daß er selbst nicht in der Lage ist, einen Röntgenologen auf seinem Teilgebiet auszubilden. Deshalb müßte die Formulierung hinein, daß die erforderliche Teilfachgebietenkenntnis unter der Leitung eines Fachröntgenologen zu erwerben ist.

#### Dr. STETTER zur Stellung des Praktischen Arztes:

Hier haben wir z. T. divergierende Ansichten: ob man die Bezeichnungen für Fachärzte nun umbenennen soll, oder ob es nötig ist, die Weiterbildung zum Praktischen

Arzt besonders zu fördern. Hier gibt es viele Argumente, die schon oft angesprochen worden sind. Immerhin haben mehrere Deutsche Ärztetage gefordert, daß wir uns mit der Weiterbildung zum Praktischen Arzt ernsthaft befassen sollen und daß das ein Thema ist, das irgendwann einmal zum Abschluß kommen soll. Der Gedanke, den bisherigen Facharzt in „Arzt für . . .“ umzubenennen, ist bestrickend und scheint eine gute Lösung zu sein. Ich würde nicht glauben, daß dadurch die Patienten zunächst verschreckt werden. Denn bei der heutigen Möglichkeit der Publikation und der Aufklärung wird niemand auf den Gedanken kommen — wenn plötzlich auf einem Schild statt „Facharzt für Augenkrankheiten“ steht „Arzt für Augenkrankheiten“ —, daß der betreffende Arzt etwas getan hätte, das es nötig gemacht habe, ihm die Facharztbezeichnung zu nehmen. Solche Gedanken sind sekundär.

Hinter all diesen Überlegungen steht doch im wesentlichen bei vielen Kollegen der Gedanke, man müßte den Facharzt doch noch etwas stärker herausstellen, als es bei dieser Umbenennung der Fall wäre. Man kann darüber streiten. Ich glaube, die Aufwertung des Praktischen Arztes können wir durch eine Weiterbildung erreichen, daß sich ganz allgemein nur derjenige Praktischer Arzt nennen kann — oder Arzt für Allgemeinmedizin; auch das ist wieder sekundär —, der eine qualifizierte Weiterbildung nach dem Staatsexamen nachweisen kann und somit dartut, daß er für den großen Aufgabenbereich des Praktischen Arztes entsprechend vorgebildet ist.

#### Dr. KASPER zur Berufs- und Facharztordnung:

Ich persönlich halte die Kurzbezeichnung für sehr gut. Wir hätten dann viel kürzere Schilder und viel einfachere Ausdrücke. Chirurg, Internist, Kinderarzt habe ich immer schon für sehr gute Ausdrücke gehalten. Es ist dann nur die Frage, ob die standespolitische „Konkurrenz“, die den Facharzt beseitigen will, wesentlich glücklicher ist, wenn sie nun Röntgenologen, Internisten und Chirurgen als sog. Konkurrenz hat. Das wäre wenigstens eine vernünftige Lösung, und wir hätten eine ganz klare Liste.

Die Weiterbildung zum Praktischen Arzt steht heute nicht offiziell zur Diskussion. Aber im Gespräch ist sie immer noch auch hier gewesen. Ich bitte Sie, sich den Beschluß des 65. Deutschen Ärztetages doch auch bei Ihren zukünftigen Überlegungen sehr genau noch einmal zu überlegen.

Es sollen dabei abgeleistet werden 12 Monate auf dem Gebiet der inneren Medizin — dagegen wird sich niemand wenden — und 12 Monate auf den Gebieten der Chirurgie oder der Frauenkrankheiten und Geburtshilfe. Wir stehen doch immer wieder unter dem Eindruck, daß man das Bild des Praktischen Arztes aufwerten will. Ob das notwendig oder wünschenswert ist, soll hier ganz außer Diskussion bleiben. Aber wenn man dafür etwas tun will, sollte man mehr tun wollen, als nur das sog. Image zu verbessern. Dann sollte man wirklich die Sache verbessern, d. h. die Ausbildung oder Weiterbildung oder Vorbildung desjenigen, der sich bevorzugt als Praktischer Arzt oder Arzt für Allgemeinmedizin bezeichnen will.

Mehrfach ist gesagt worden, wenn jemand ein verhin- derter Chirurg ist, dann taugt er auch nicht zum Praktischen Arzt. Es kann sich aber durchaus ein Praktischer Arzt diesem gehobenen Berufsbild zuordnen,

der nur 12 Monate Chirurgie und überhaupt keinen Tag Geburtshilfe geleistet hat. D. h. auf deutsch: Wir müßten uns, wenn wir schon für dieses Berufsbild des Praktischen Arztes etwas tun wollen, etwas mehr Mühe geben, zu überlegen, was er unbedingt haben muß. Es steht z. B. kein Wort drin, daß er eine gewisse Zeit in der Kinderklinik gearbeitet haben muß. Wir müßten uns der sicherlich großen und unangenehmen Aufgabe gegenübersehen, wie wir eine Art Turnus einführen und den Krankenhäusern und Kliniken gegenüber durchsetzen können. Ich bedaure heute schon die Ärztekammer, die das machen muß. Das wäre eine erhebliche Verbesserung des sogenannten Praktischen Arztes. Dann könnte er nämlich sagen: Ich bin auf jedem Teilgebiet befähigt, etwas zu tun; denn ich habe auf jedem wesentlichen Teilgebiet — auch bei Kinderkrankheiten, bei Frauenkrankheiten und als Chirurg — Erfahrungen gesammelt — und nicht bloß drei Jahre einen Minimal-katalog durchlaufen, der sehr zufällig geblieben ist.

#### Dr. GRASSL zur Weiterbildung zum Praktischen Arzt:

Als wir Jungärzte nach dem Krieg vor 20 Jahren, in Marburg, zusammenkamen, war das eine unserer ersten Forderungen. Gerade die Kriegsgeneration war sich bewußt, welche Mängel sie in der Ausbildung hatte. Wir haben diese Resolution an alle Fakultäten, an die Innenminister geschickt. Aber der Erfolg war gleich Null, weil wir sahen, es ginge nur durch einen Zwang, und der ist nur dadurch möglich, daß entweder die Innenminister oder die Ärztekammern Stellen in den Krankenhäusern bestimmen, die für diesen Wechsel freigehalten werden. Damals war es nicht möglich, weil zu viele Ärzte da waren; jeder, der eine Stelle hatte, wollte nicht weg. Man konnte das praktisch nicht durchführen. Heute wird es das Gegenteil sein. Es sind zu wenig Leute, und die Chefärzte werden niemanden weglassen wollen.

Man müßte den Versuch im kleinen anfangen. Es geht sicher nicht auf einmal. Daß es geht, sieht man in Österreich. Da besteht seit Jahrzehnten dieser Turnus. Die Sprengelärzte in Österreich sind bestens ausgebildet. Sie müssen es ja sein. Der Arzt in Tirol oder in Vorarlberg, in einem kleinen Landort, muß ja alles können. So wird es auch bei uns sicher nötig sein, daß der Landarzt, der ja eigentlich noch der einzig richtige Arzt ist, die Möglichkeit erhält, diese Fortbildung zu bekommen. Wir Großstadtärzte sind ja schon alle Spezialisten. Das sind schon keine richtigen Praktischen Ärzte. Die brauchen es nicht, weil sie in den Großstädten die Möglichkeit haben, an den Facharzt zu überweisen. Meine Meinung ist also: Möglichkeiten für Interessenten schaffen: ja; aber Zwang: nein.

#### Präsident Dr. SEWERING — Schlußwort

Das Thema Wissenschaftsrat beanspruchte mit Recht in dieser Diskussion einen großen Raum, wobei unter dieses Thema auch die Promotionsfrage mit einzuschließen ist. Vor einem muß ich warnen. Es ist hier gesagt worden, die Pläne des Wissenschaftsrats hinsichtlich der Medizin seien von zwei Leuten gemacht worden, von einem Kliniker und einem Theoretiker. Ich mache darauf aufmerksam, daß das, was der Wissenschaftsrat publiziert hat, bereits im Ulmer Plan ausführlich behandelt ist. Dort finden Sie auf rund 6 Seiten ein Verzeichnis derjenigen, die an diesen Dingen mitgearbeitet haben. Das Argument, das waren

2 Leute, die das gemacht haben, ist damit nicht aufrechtzuerhalten.

#### Zur Ausbildung des Arztes

Es ist wirklich von niemandem behauptet worden, der deutsche Arzt sei schlecht. Es ist immer nur behauptet worden, die Art und Weise der Ausbildung in Deutschland entspricht nicht mehr den heutigen Anforderungen, und zwar sowohl hinsichtlich der Gliederung als auch hinsichtlich der Länge. Wenn gesagt wurde, die Universitäten werden ihrem Auftrag nicht gerecht, so ist dazu zu sagen: Wenn 2 Jahre der Ausbildung nach dem Staatsexamen, also außerhalb der Verantwortung der Fakultät, erfolgen und diese 2 Jahre heute als notwendiger Bestandteil der Ausbildung zum Arzt anerkannt werden, dann hat eben tatsächlich das Universitätsstudium seine Aufgabe noch nicht erfüllt. Insofern kann man wohl auch sagen, daß diese Feststellung tatsächlich unseren heutigen Verhältnissen entspricht. Deshalb kam auch der Wunsch, die praktische Ausbildung in die Ausbildung insgesamt einzubeziehen. Die Pläne, die jetzt diskutiert werden, sehen eine sechsjährige Ausbildung vor: kombiniert theoretische und praktische Ausbildung unter Verantwortung der Universitäten, aber auch unter Einbeziehung anderer Krankenhäuser.

Da darf ich auch darauf hinweisen, daß zwischen der Medizinalassistentenzeit und dem Internatsjahr schon ein Unterschied besteht. Die Medizinalassistentenzeit steht außerhalb der Verantwortung der Universität und wird auch sonst von niemand kontrolliert. Es ist also eine rein persönliche Frage des Chefs, ob er sich um diese Medizinalassistenten kümmert oder nicht. Darin liegt ein echter Mangel, daß ein als wesentlich anerkannter Bestandteil der Ausbildung unter keiner echten koordinierten Verantwortung steht. Daher auch die Forderung nach der Verbindung von theoretischer und praktischer Ausbildung unter gleichzeitiger Straffung, Intensivierung und Verkürzung der gesamten Ausbildungszeit. Insofern glaube ich, daß, wenn die Chefärzte benachbarter Krankenhäuser im Rahmen eines echten Auftrags der Fakultät tätig werden, also im Rahmen eines Lehrplans, sehr wohl auch solche Chefärzte in der Lage sind, echte Beiträge zur Unterweisung der Studenten zu leisten. In der Kommission im Bundesgesundheitsministerium wurde auch anerkannt, daß von dieser Möglichkeit natürlich großzügig Gebrauch gemacht werden muß, weil die Universitätskliniken nie einen solchen Umfang haben können, daß sie in der Lage wären, diese Ausbildung am Krankenbett selbst zu bewältigen. Das wird natürlich gewisse Konsequenzen haben, z. B. auch hinsichtlich der Prüfungsberechtigung.

#### Zum Wissenschaftsrat:

Man muß eingehend darüber reden, für welche Bereiche des Grenzbezirks zwischen Medizin und Naturwissenschaft überhaupt ein solcher nichtärztlicher Theoretiker in Frage kommt. Aber wir müssen uns darüber klar sein, daß z. B. die hier angesprochene Biochemie nun einmal von den Chemikern okkupiert ist. Wenn Sie sich des weiteren die Lehrstühle für Biochemie oder physiologische Chemie in der Bundesrepublik ansehen, dann sind sie eben einfach nicht mehr in ärztlicher Hand, sondern zum Teil in der Hand von Kollegen, die Ärzte und Chemiker sind, und zu einem erheblichen Teil in

der Hand reiner Chemiker. Man kann darüber diskutieren. Aber man muß sich einmal eingehend überlegen, wo denn ganz klar die Grenze liegt zwischen dem Bereich, der nur dem Arzt zugänglich sein darf, und dem Bereich, wo auch der Naturwissenschaftler mit in der Forschung tätig sein muß und wo es ohne ihn einfach nicht mehr geht. Diesem Gesichtspunkt trägt man z. B. in den Vereinigten Staaten sehr großzügig Rechnung. Vielleicht sind die erheblichen wissenschaftlichen Leistungen dort doch auch ein Ergebnis dieses engen Zusammenwirkens zwischen Arzt und Naturwissenschaftler, ohne daß einer auf den anderen böse ist.

#### Zur Promotion:

Ich stimme ohne weiteres mit allen Herren überein, daß es unter den Doktorarbeiten, die heute vorgelegt werden, mindestens die Hälfte gibt, die wirklich ausgezeichnet zu bewerten sind. Ich könnte mir durchaus vorstellen, wie Herr Vogt andeutete, daß man im Rahmen der ärztlichen Prüfung, die in Zukunft nach den heutigen Vorstellungen außerordentlich intensiviert wird, in der schriftlichen Prüfung Anforderungen stellen kann, die bis heute nicht gestellt werden. Gerade diese Intensivierung der ärztlichen Ausbildung, indem man die ärztliche Prüfung in drei Abschnitte gliedert, wird auch den Studenten zu einer ungemein intensiven Mitarbeit zwingen. Wir müssen uns natürlich fragen, wie er dann noch, wenn er laufend mitarbeiten und sich auf die nächste Examenstufe vorbereiten muß, die Zeit zu einer größeren Arbeit vor dem Abschluß seines Studiums haben soll. Wenn man aber sagt, er soll die Arbeit nach dem Studium machen, dann taucht die andere Frage auf, ob diejenigen jungen Ärzte, die in Krankenhäusern arbeiten, die weitab von den Universitäten liegen, nicht benachteiligt werden, weil sie viel schlechter den Kontakt mit einem Doktorvater herstellen können. Hier sollte man nicht von einem Anschlag auf die Ärzteschaft sprechen. Unsere österreichischen Kollegen kennen keine Dissertation, aber sie haben ein sehr feierliches Promotionsverfahren. Ich habe nie gehört — das wurde mir erst neulich wieder bestätigt —, daß etwa im Ansehen der Bevölkerung, der Mitmenschen, der Dr. med. weniger geachtet wäre als der Dr. phil. oder ein anderer Doktor. Auf diese Dinge kommt es nicht unbedingt an. Auch hier bin ich der Meinung: Man soll nicht vorschnell Resolutionen fassen, wie es verschiedentlich geplant ist und vielleicht auch geschieht, sondern ruhig diskutieren und eine Materie überlegen, über die man sich mit den Leuten unterhalten kann.

#### Zur EWG:

Ich stimme mit Herrn Kollegen Dehler und den anderen Vertretern dieser Meinung völlig überein, daß eine Koordinierung im Rahmen der EWG, die sich mit Sicherheit im Lauf der nächsten zehn Jahre noch über die sechs Länder hinaus entwickeln wird, unter keinen Umständen zu einer Uniformierung werden darf. Ich glaube aber, daß diese Gefahr auch gar nicht besteht. Dazu sind die verschiedenen Nationen, die sich hier zusammenschließen, in ihrem Temperament, in ihrer Mentalität, in ihrer kulturellen Tradition zu sehr verschieden, als daß man hier eine Uniformierung befürchten müßte. Ich glaube, wir werden uns auf lange Zeit hin nicht mit der Sorge vor der Uniformierung zu

beschäftigen haben, sondern mit der Sorge, überhaupt eine gewisse Koordinierung zu erreichen, die es ermöglicht, vergleichbare Zustände herzustellen. Das zeigt sich zumindest bei den Verhandlungen, die wir heute führen.

#### Nun zum Komplex der Bezeichnungen:

Der Begriff „Gruppe der Fachärzte“ ist bewußt erhalten geblieben. Das heißt, es ist nicht etwa ein Zeichen der Unklarheit, wenn es einerseits „Facharztordnung“ heißt und andererseits der Katalog dann lautet „Arzt für...“. Damit ist vielmehr klargelegt, daß die Kategorie der Ärzte, die auf einem Fachgebiet tätig sind, natürlich bestehen bleibt und daß sich daran nichts ändert.

Was sich nach unserer Vorstellung ändern sollte, was aber noch sehr in der Diskussion ist, ist rein die Bezeichnung, und das nur deshalb, weil dem Publikum gegenüber ausgedrückt werden sollte: „Es handelt sich um Ärzte, die Dir entgentreten, und jeder Arzt hat ein bestimmtes Aufgabengebiet“. Dieses Aufgabengebiet allein soll angezeigt werden. Aber es soll jede Möglichkeit einer Qualifizierung oder einer unterschiedlichen Bewertung ausgeschaltet werden. Das heißt, das Wort Arzt soll wieder in seiner vollen Bedeutung in den Mittelpunkt gestellt werden. Das ist die Überlegung. Ob die beschließenden Gremien diesen Gedanken aufgreifen, ist noch völlig offen. Ich persönlich bin der Überzeugung, daß wir eine Chance versäumen, wenn wir die Auseinanderentwicklung der Bezeichnungen, die erst in der Reichsärzteordnung 1935 Platz ergriffen hat, heute nicht mehr zu verhindern suchen, sondern weitertreiben lassen. Ich möchte gerade sagen, daß die auch in der Bezeichnung einheitliche Beschreibung dieses Standes auch für die innere Geschlossenheit des Standes erhebliche Bedeutung haben kann. Das sollte man sich ernsthaft überlegen.

Daß in diesen Rahmen auch der Praktische Arzt mit einer neuen Bezeichnung einbezogen ist, liegt m. E. in der Luft. Wir müssen irgendwie auch hier klarstellen, daß es keine Kategorien gibt, die übereinander und untereinander stehen, sondern nur solche, die nebeneinander stehen. Das ist auch der Grund, warum die Bezeichnung „Arzt für Allgemeinmedizin“ gewählt wurde. Die Bezeichnung „Praktischer Arzt“ ist in sich irgendwie unlogisch. Der französische Begriff *omnipraticien* oder der englisch *general practitioner* können auch nur im Sinn des Arztes für Allgemeinmedizin gedeutet werden. So absolut neben der Sache liegt das also nicht. Aber ich gebe zu, es ist nicht einfach, eine solche Bezeichnung gerade für den Allgemeinarzt zu finden. Bis jetzt jedenfalls ist noch nichts Besseres in die Diskussion gebracht worden.

Was die Vorbereitungszeit des Allgemeinarztes betrifft, so bin ich persönlich mit Herrn Kollegen Grassl der Ansicht, sie sollte in der Berufsordnung verankert werden, was gleichbedeutend ist mit der Freiwilligkeit, sich diesem Weiterbildungsgang zu unterwerfen. Das ist ja der Grundsatz der Berufsordnung, daß sie in diesem Bereich der Facharztordnung nur für den verbindlich wird, der sich den Weiterbildungsbestimmungen unterwerfen will. Er kann als Arzt also auch tätig werden, ohne sich einer Weiterbildungsvorschrift zu unterwerfen. Aber darüber sind die Gespräche zur Zeit im Gang.

In diesem Zusammenhang gehört auch die Frage von

## Klinische Einweisung Schwerkranker!

Um unnötige Wartezeiten zu vermeiden, bittet die Direktion der I. Medizinischen Universitätsklinik die praktizierenden Kollegen, sich bei der Einweisung von Schwerkranken jeweils direkt mit dem diensthabenden Arzt der Klinik in Verbindung zu setzen.

Telefon: 53 99 11

Herrn Kollegen Hellbrügge, wie es in anderen Ländern mit der Weiterbildung zum Praktischen Arzt aussieht. In den Ländern der EWG gewinnt der Gedanke, eine solche Weiterbildungszeit für den Praktischen Arzt einzuführen, immer mehr an Boden. In Italien drängt man sehr stark, sie möglichst bald einzuführen. In Frankreich ist die Diskussion im Gang. Ich darf aber darauf hinweisen, daß gerade aus der französischen Situation heraus hier erhebliche hintergründige Schwierigkeiten bestehen. Sie wissen ja wohl, daß die Honorierung der Ärzte in Frankreich außerordentlich unterschiedlich ist. Die niedrigste Stufe des Honorars bekommt der Allgemeinarzt, die höchste Stufe der Honorierung erhalten gewisse Facharzt-kategorien. Aber auch innerhalb der Fachärzte ist es nicht einheitlich. Das ist gleichzeitig verbunden mit einer Monopolisierung bestimmter Leistungen auf bestimmten Fachgebieten. So wird z. B. einem Patienten, bei dem der Internist die Leberchemie gemacht und in Rechnung gestellt hat, diese Leistung von der Krankenversicherung nicht zurückerstattet, weil die Leberchemie nach der Gebührenordnung dem Laborarzt vorbehalten ist. Wenn z. B. eine Röntgenaufnahme der Lunge von einem Pulmologen gemacht wird, bekommt er nur das halbe Honorar im Verhältnis zu dem Fall, daß der Radiologe die gleiche Röntgenaufnahme macht. Die Tendenz geht zur Vorbereitungszeit auch für den Allgemeinarzt, in der gleichen Weise wie für den Facharzt. Vorbildlich sind hier, wie von Herrn Kollegen Grassl schon erwähnt, die Österreicher, bei denen diese Regelung seit 1949 besteht. Dort muß der Praktische Arzt eine 3jährige klinische Tätigkeit durchlaufen, bevor er sich als solcher niederlassen kann, also eine völlige Parallelität zur Vorbereitungszeit des Facharztes. In der Schweiz wurde vor etwa einem Jahr die Berufs- und Facharztordnung der Schweizerischen Ärzteschaft geändert und der Arzt für Allgemeinmedizin (FMH) eingeführt, neben den Facharztbezeichnungen, die ebenfalls von der gleichen Organisation verliehen werden. Nach einem Bericht, den ich erst vor kurzem bekommen habe, ist es dort so, daß von den niedergelassenen Ärzten ein Teil die neue Bezeichnung beantragt, während der andere Teil sagt: „Für mich steht es nicht dafür, ich behalte für den Rest meiner Berufstätigkeit die alte Bezeichnung bei.“ Wir können also insgesamt sagen, dieses Thema ist in der Diskussion, und es entwickelt sich hier etwas, was man, wenn man gut beraten ist, nicht bremsen sollte. Denn wir müssen das Bild des Allgemeinarztes so vor das Publikum hinstellen, daß sich der Allgemeinarzt aus der Sicht des Publikums nicht abgewertet fühlen kann. Daß das nicht allein die Lösung des Problems Praktischer Arzt bedeutet, wird jedem klar sein. Es wäre eine Simplifizierung, es anders zu sehen. Aber daß es ein Teil der Problematik ist, darüber sollten wir keinen Zweifel haben.

### Nun zur Dauer der Weiterbildung:

Wir sind uns darüber wohl einig, daß mit den jetzigen Zeiten die Grenze einer Weiterbildungszeit erreicht sein dürfte. Ich möchte in diesem Zusammenhang nur vor dem sehr häufig erhobenen Ruf warnen: „Bleiben wir bei kürzeren Zeiten, und intensivieren wir die Weiterbildung.“ Hier würden wir nämlich mit der Forderung nach Intensivierung den Krankenhausträgern erhebliches Material, erhebliche Argumente liefern, die sie in arbeitsrechtlichen Verhandlungen, wenn es um die Höhe der Gehälter geht, sehr stark in die Wagschale werfen könnten. Sie könnten dann mit den Argumenten kommen, die in Frankreich, Italien und Belgien heute noch absolut maßgeblich sind, indem sie sagen: „Du bist ja in erster Linie deshalb an diesem Krankenhaus, um eine intensive Weiterbildung zu bekommen. Ihr habt ja selbst die Intensivierung gefordert.“ Das würde dann zum Nachteil unserer jungen Kollegen sein und u. U. den Fortschritt, den sie in ihrer arbeitsrechtlichen Stellung errungen haben, gefährden. Die gesamte französische Öffentlichkeit und die Sozialpolitik stehen heute noch auf dem Standpunkt, daß der junge Arzt, der eine Facharzt Ausbildung am Krankenhaus genießt, also ein Studierender des Fachgebietes ist. Damit lehnen die französischen Krankenhausträger es auch ab, diesen Ärzten ein Gehalt zu geben, von dem sie leben können. Die gleiche Einstellung herrscht in Italien und in Belgien. Nur in Holland steht man mit uns auf dem Standpunkt, daß der junge Arzt ein vollwertiger Mitarbeiter ist, der dem Krankenhaus seine Arbeitskraft zur Verfügung stellt und deshalb auch voll bezahlt werden muß. Das muß man u. U. mit einer etwas längeren Weiterbildungszeit kompensieren, daß man uns nicht mit dem Argument kommen kann, das sind ja Studierende, wie es in Frankreich geschieht. Im übrigen ist ja eine Kompensation der Gesamtdauer insofern gegeben, als nach der neuen Bestallungsordnung die jetzt intensiv beraten wird, die Ausbildungszeit des Arztes vom Beginn seines Studiums bis zum Tag der Approbation erheblich verkürzt werden wird. Bedenken Sie, daß das Studium 5½ Jahre dauert, rechnen Sie ein rundes halbes Jahr für das große Staatsexamen dazu, dann sind es 6 Jahre; dazu kommen zwei Jahre Medizinalassistentenzeit, so daß Sie heute auf eine Zeitdauer von rund 8 Jahren vom Beginn des Studiums bis zum Erhalt der Approbation kommen. Nach der neuen Bestallungsordnung wird der Arzt von Beginn des Studiums bis zur Approbation 6 Jahre benötigen, er spart also 2 Jahre ein, so daß die neue Ausbildungszeit zusammen mit der etwas längeren Facharztweiterbildung letztlich doch eine Verkürzung und nicht eine Verlängerung bedeutet. Das kann uns, so glaube ich, in diesem Zusammenhang etwas beruhigen.

### Zur Frage Facharztprüfungen:

Es gibt Facharztprüfungen in den angelsächsischen Ländern und in den Ländern, die unter dem Einfluß von Amerika oder England stehen, also etwa in Australien oder Kanada. In Italien ist die Facharzt Ausbildung ein echtes sog. Studium. Der Jungarzt muß das Studium eines Fachgebiets belegen, dafür sogar teures Geld zahlen, und er macht am Ende dieser Zeit eine Prüfung. In Frankreich fordert man die Prüfung im allgemeinen; jedoch sind einige Bereiche ausgenommen. Deutschland und Holland haben, wie ich sagte, den Grundsatz, keine

Prüfung abzuhalten. Wir wissen noch nicht, wie die Diskussion auf der internationalen Ebene laufen wird. Wir argumentieren damit, daß wir sagen: „Wenn eine Ausbildung ganz klar durch den Katalog in ihrem Ablauf festgehalten ist und wenn das Zeugnis des Ausbilders ganz klar zum Ausdruck bringt, was der Kollege gelernt hat, dann muß das dem Zeugnis einer Prüfungskommission gleich gewertet werden. Darin steckt aber sehr viel Problematik. Wir wollen das nicht verkennen.“

Im übrigen erklären wir gerade auf der EWG-Ebene immer, daß die Prüfung keinesfalls bedeutet, daß man die Weiterbildungszeit verkürzen könnte. Man benötigt eine gewisse Zeit, um ein Fachgebiet zu erlernen, und man kann diese Zeit nicht dadurch verkürzen, daß man an das Ende eine Prüfung stellt.

Die Zulassung kleinerer Häuser würde natürlich wesentlich erleichtert werden, wenn eine Prüfung am Ende steht. Denn dann brauchen wir uns um die Einzelheiten insoweit nicht mehr zu kümmern. Wenn er an einem kleinen Krankenhaus eben wirklich lernt und das durch die Prüfung beweist, dann tritt diese Frage der Zulassung der Abteilungen in den Hintergrund. Insoweit möchte ich sagen: Wenn man die Schwierigkeiten sieht, denen wir gerade bei der Zulassung oder Ablehnung vor allem kleinerer Krankenhäuser gegenüberstehen, dann würde man sich, wenn man immer wieder mit Landräten und Bürgermeistern konfrontiert wird, eine Prüfung wünschen, weil man dann sagen kann: „Gut, wir können es versuchen, was die Leute dort lernen.“ Aber auch das steht, wie gesagt, in der Diskussion.

Nun zur kosmetischen Chirurgie. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie hat vorgeschlagen, die Bezeichnung „plastische und Wiederherstellungschirurgie“ als Teilgebietsbezeichnung aufzunehmen. Sie hat es abgelehnt, den Begriff „kosmetische Chirurgie“ hereinzunehmen. Hier entstünden aber auch echte Schwierigkeiten. Denn die Führung einer Teilgebietsbezeichnung bedeutet die Beschränkung auf das Teilgebiet. Wir können also dem Hals-, Nasen- und Ohrenarzt, der Plastiken macht, Nasen- und Ohrenplastiken, die Genehmigung, diese Teilgebietsbezeichnung zu führen, gar nicht geben. Denn dann müßte er sich darauf beschränken, solche plastische Operationen zu machen und das ist nicht gewünscht. Das wollen auch die HNO-Ärzte nicht. Deshalb glaube ich, daß die Bezeichnung „plastische und Wiederherstellungschirurgie“ vielleicht doch die Lösung ist.

Zu der Bemerkung hinsichtlich der Neurologie und Psychiatrie darf ich sagen, daß das, was ich vortrug, der Vorschlag der Deutschen Gesellschaft ist. Dieser Vorschlag der Deutschen Gesellschaft stimmt überein mit den Beschlüssen der Internationalen Gesellschaft Ihres Fachgebiets, die vor kurzem in Madrid getagt hat. Herr Kollege KNEIP hat die Frage aufgeworfen, ob man nicht eine Bestimmung vorsehen müßte, nach der eine erteilte Facharztanerkennung oder auch Teilzeugnisse einer fachärztlichen Ausbildung nach einer gewissen Zahl von Jahren verfallen. Dieser Wunsch ist schon wiederholt geäußert worden. Er ist nicht realisierbar, und zwar einfach deshalb nicht, weil er für das gesamte Arztrecht nicht realisierbar ist.

Nun noch zwei Themen. Es wurde hier, obwohl das an sich nicht für die Behandlung unter diesem Punkt gedacht war — aber es kann ruhig angesprochen wer-

den —, die Frage des Sonntagsdienstes, des Bereitschaftsdienstes erörtert. Es bestand bisher nicht die leiseste Notwendigkeit, hier die Berufsordnung zu ändern. Denn wir haben eine klare Rechtsgrundlage für den Bereitschaftsdienst im Kassenarztrecht. Das Kassenarztrecht legt der Kassenärztlichen Vereinigung die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung schlechthin auf. Dieser Sicherstellungsauftrag kann natürlich auch nicht von Samstag morgen bis Montag morgen unterbrochen werden. Folglich muß die Kassenärztliche Vereinigung einen Bereitschaftsdienst gewährleisten. Wenn die ärztlichen Kreisverbände diesen Bereitschaftsdienst organisieren, dann tun sie es nicht aufgrund eigener Rechtszuständigkeit, sondern sie tun es als Auftragsgeschäft der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Zur Einschaltung der Fachärzte hat der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns eine Richtlinie beschlossen, die allgemein bekannt sein dürfte. Nach dieser sind zum Bereitschaftsdienst einzuteilen Praktische Ärzte und, nach Rücksprache mit den Gesellschaften, Internisten und Chirurgen. Wenn es notwendig ist, können auch Pädiater herangezogen werden. Darüber hinaus können Fachärzte nach dieser Richtlinie nicht zum Sonntagsdienst eingeteilt werden, weil aus dem Sicherstellungsauftrag heraus die Gewährleistung der ärztlichen Versorgung der Versicherten durch Ärzte erfolgen muß, die im Rahmen ihrer normalen Berufstätigkeit darauf eingestellt sind. Diese Voraussetzungen sind bei den Fachärzten, die ausgeschlossen wurden, nicht unbedingt als gegeben zu unterstellen. Wir können hier nicht darauf abstellen, daß auch dieser Arzt die Approbation hat. Denn wer jahrelang, und vllleicht jahrzehntelang, in einem Fachgebiet arbeitet, ist über die anderen Bereiche nicht mehr genügend orientiert, und er muß es auch gar nicht sein. Es läuft im übrigen jetzt sowieso ein Musterprozeß im Rahmen der bayerischen Sozialgerichtsbarkeit, der uns noch weitere Aufschlüsse geben wird.

Ich habe die herzliche Bitte an Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, daß Sie die Diskussion weiterführen, daß Sie Ihre Überlegungen weitertreiben. Ich bin für jede Anregung, die ich von Ihnen im Zusammenhang mit diesem Thema bekomme, ganz besonders dankbar. Wie ich sagte, soll der nächste Deutsche Ärztetag eine neue Berufs- und Facharztordnung mindestens im Bereich der Facharztausbildung verabschieden.

Schluß des Berichts über den 19. Bayer. Ärztetag

## AUS DEM STANDESLEBEN

### Ärztliche Fortbildung im Chiemgau

Bericht über das Ärzte-Seminar vom 14. 9. 1966  
„Virusgrippe“

Chefarzt Dr. HOLZER, München:

Das Referat befaßte sich mit den entzündlichen Erkrankungen der Atemwege durch Viren und verwandte Erreger. Dabei wurde zunächst dargestellt, welche verschiedenen nicht bakteriellen Krankheitserreger Atemwegsentzündungen auslösen können. Neben Viren, wobei besonders die Myxoviren, Grippe A—C, Parainfluenza 1—4 und das Respiratory-Syncytial-Virus behandelt wurden, sind es die Mykoplasmen und die Rickettsia burneti, die als nichtbakterielle Erreger für die entzündlichen Erkrankungen des Respirationstrakts verantwortlich sind. Diese Erreger sind in unterschiedlicher Weise an den verschiedenen „Erkältungskrankheiten“ beteiligt. Im einzelnen Erkrankungsfall außerhalb von Epidemien ist es oft schwierig, wenn nicht unmöglich, virologisch oder serologisch den Erreger zu bestimmen. Klinisch ist eine ätiologische Differenzierung nicht möglich, da von wenigen Ausnahmen abgesehen, jede der „respiratorischen Virusarten“ jede Erkrankung der Atemwege machen kann. Bei der Vielzahl der Erkrankungsformen und der Erreger ist es am besten, eine klinische Einteilung der Erkältungskrankheiten in einzelne Syndrome des Respirationstrakts vorzunehmen, wobei man solche des oberen und unteren Respirationstrakts unterscheidet. Der Anteil der einzelnen Erreger an den verschiedenen Syndromen konnte anhand von Diapositiven dargestellt werden. Während bei den Kindern den Adenoviren und dem RS-Virus eine besondere Bedeutung zukommt, sind beim Erwachsenen die Erkrankungen durch die Myxoviren, also in erster Linie die echten Grippeviren, und das Mykoplasma pneumoniae, der Erreger der kalteagglutininpositiven atypischen Pneumonie, von besonderer Bedeutung. Während bei der Q-Fieber-Pneumonie, der Ornithose und der mykoplasmenbedingten atypischen Pneumonie Tetracyclin therapeutisch wirksam ist, gibt es gegen die anderen viralen Entzündungen, einschließlich der Pneumonien des Respirationstrakts, keine spezifischen Chemotherapeutika oder Antibiotika. Die sekundär bakteriellen Infektionen durch Pneumokokken oder Staphylokokken der Grippe-Pneumonien bedürfen allerdings einer ganz intensiven anti-

# 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

*EM*  
DARMSTADT

biotischen Behandlung; ebenso wichtig ist aber die gezielte Behandlung der Herz- und Kreislaufbelastung bei diesen Erkrankungen. Da es gegen die Grippeerkrankungen keine spezifische Therapie gibt, kommt der Prophylaxe größere Bedeutung zu. Der Wert der Grippe-Schutz-Impfung gerade für die besonders gefährdeten Personengruppen muß deshalb hervorgehoben werden, wobei neben der spezifischen Antigenwirkung auch die Möglichkeit einer Stimulierung der Interferonproduktion wahrscheinlich ist.

Professor W. HENESSEN, Marburg/Lahn:

Nach einem kurzen Hinweis auf die Vielzahl von Erregern der Erkrankungen der Luftwege, die aus dem angelsächsischen Schrifttum bekannt sind, wird die eigentliche Influenza-Epidemiologie beschrieben. Der Befall zeigt Höhepunkte im Herbst oder im Frühjahr. Die Schutzimpfung stellt die einzig wirksame Vorbeugung dar. Der Verträglichkeit und Wirksamkeit der Grippeimpfstoffe kommt besondere Aufmerksamkeit zu. In eigenen Tierversuchen wurde zum ersten Male für Impfstoffe der Nachweis geführt, daß durch syste-

matische Entfernung von Ballaststoffen die Verträglichkeit auf ein Optimum gebracht werden kann. Die überlegene Wirksamkeit des so gereinigten Impfstoffes wurde vom Hygiene-Institut Frankfurt am Main bei der Prüfung des Infektionsschutzes festgestellt.

Auch außerhalb großer Epidemien zeigten die Geimpften einen signifikanten Schutz vor Erkrankungen, der in vier Betrieben so war, daß die Geimpften in der kalten Jahreszeit nur weniger als halb so oft und halb so lange krank waren wie die Nichtgeimpften.

Bei dem hohen Anteil der Erkältungskrankheiten an Arbeitsausfall und Fehlen in den Schulen ist dieses Ergebnis auch wissenschaftlich interessant. Der anscheinend auch unspezifische Schutz gegen andere Erkältungserreger wird durch Antigenverwandtschaft oder Interferonbildung durch die Impfstoffapplikation erklärt.

Im Anschluß an die Tagung ließen sich 180 Ärztinnen und Ärzte gripeschutzimpfen.

W. Hirsch, Traunstein

## Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

36. Fortbildungskurs — Leitung Dr. D. Jahn

(Schluß)

### 3. Hauptthema: Arbeitsunfähigkeit, Rekonvaleszenz und Erholung

Professor Dr. H. BÜRGER-PRINZ, Hamburg:

„Das Erlebnisfeld des Kranken und der objektive Befund“

Eine genaue und kritische Betrachtung deckt nicht selten eine Diskrepanz zwischen objektiv faßbarem Krankheitsverlauf und subjektiv vom Patienten dargelegten Befinden auf. Einerseits bedürfen grundlegende Änderungen des Menschen oft erstaunliche Zeit, ehe sie erlebt werden können, andererseits beeindruckt die Fähigkeit der bewußten Ausklammerung längst fortwirkender biologischer Wandlungsprozesse. Man darf solche Erscheinungen nicht mit jenen zerebralen Kranken verwechseln, bei denen ein primär pathologisches Stimmungsverhalten von den oft trostlosen Wandlungen des objektiven Zustandes nicht mehr berührt wird. Vielmehr scheint sich, z. B. bei Versagenszuständen, eine Situationsreaktion aus dem Bereich formulierbarer Konfliktmöglichkeiten heraus zu ver selbständigen, um mit eigenen Gesetzen in einer anderen Ebene das Leben des Kranken auszurichten. So entfernt sich der Hypochonder völlig von der Betrachtung des Leibes als eines Objektes, weshalb die hypochondrische Situation eine Vitalitätsänderung nach sich zieht, wie dies in Antriebsverlagerungen verfolgbar ist. Es ist außerordentlich interessant und wichtig, daß ein vermeintlich ganz an das Subjekt gebundener Zustand, wie die Hypochondrie, in ein Geschehen umzuschlagen vermag, das paranoid nach außen ein Projektionsfeld entwickelt. Der Leib mit seinen Gesetzen muß allerdings solche Umstrukturierungen erst möglich machen, weshalb diese Beobachtungen so fundamental erscheinen, in welchen sich bestimmte Systeme isolieren oder Systematisierungen im Irrealen für sich ablaufen.

Scheinbarer Gewinn in der einen Ausprägung wird aber immer mit Isolierung und Verlust auf einem vorangehenden Feld bezahlt. Das Erlebnisfeld des Menschen stellt sich, so gesehen, als ein Kompressionsprozeß dar, welcher mit zureichender Kraft geleistet werden müßte, weshalb die Führung und Leistung dieses Lebens immer eine Angelegenheit der inneren Kraft bleibt.

Professor Dr. R. SCHOEN, Hannover:

„Individuelle Beurteilung als Grundlage von Diagnose und Therapie“

Die Lösung wichtiger Fragestellungen in der Medizin stützt sich mehr und mehr auf die Analyse großer Kollektive. Andererseits ist die Krankheit stets ein individuelles Ereignis, was einen gewissen Gegensatz zwischen einer deduktiven und induktiven Betrachtungsweise mit sich bringt. Die objektivierende Diskussion von Krankheitsbildern am Sektionstisch beweist die multifaktorielle Entstehung und den individuellen Ablauf, bedingt aus Vererbung, Milieu, Lebensweise, psychische Einflüsse, Ernährung usw. Nicht zu Unrecht haben erfahrene Kliniker die Anamnese als die „halbe Diagnose“ bezeichnet. Hier beginnt der persönliche Kontakt zwischen Arzt und Patient, und hier gründet sich das individuelle Verstehen der Krankheit. Darauf folgt die eingehende persönliche Untersuchung, welche Konstitution und sonstige Eigenart des Patienten ergänzen läßt. Die Bedeutung des Laboratoriums kommt erst richtig zur Geltung, wenn es nicht als „Mühle“ mißverstanden wird, sondern gezielt befragt wird. Daß schließlich die Therapie auf den Einzelfall gerichtet sein muß, wird jeder anerkennen. So sehr man aber die Therapie individuell gestalten muß, bleibt als Kriterium für den Wert einer Behandlungsweise nur der Rückblick auf eine genügend große Zahl von Behandlungsfällen. Dies sollen möglichst gleichwertige



Prof. Dr. H. Bürger-Prinz,  
Hamburg-Eppendorf



Prof. Dr. R. Schoen,  
Hannover



Dr. E. A. Franke,  
Königslutter

Patientengruppen sein und es sollte nur möglichst ein Mittel gegeben werden. Daß die Forderung nach sogenannten Kontrollserien einen Konflikt mit der ärztlichen Ethik provoziert, muß auch erwähnt werden. Demgegenüber kann die Arzneimittelprüfung auf dem Boden der pharmakologischen Vorprüfung am Tier einen soliden Untergrund gewinnen. Abgesehen von Dosierung, Applikationsweise und Zeiten kennt die individuelle Therapie grundsätzlich kein Schema. Digitalisglykoside und Antibiotikadosen demonstrieren, wie häufig bei starrer Regel verzettelte oder zu niedrige Blutspiegel wenig nützen, vielmehr schaden können. Auch die Arzneimittelnebenwirkungen unterliegen bekanntermaßen größten individuellen Unterschieden.

Dr. E. A. FRANKE, Königslutter:

**„Altern und Arbeitsunfähigkeit als ärztliche Probleme unseres Sozialstaates“**

Das Phänomen des Pensionierungsbankrottes wäre ein Problem nach Erreichung dieser Altersstufe. Statistisch scheint es aber insofern etwas vorverlegt, als hier in zunehmendem Maße Frühinvaliditäten auftreten und einer ganz anderen medizinischen Sicht bedürfen. Ist es nicht doch häufiger ein Mißverhältnis zwischen effektiver Anforderung und physischer wie psychischer Möglichkeit als der vielformulierte „Abbruch eines erfüllten Lebens“? Psychohygienisch ist erwiesen, daß eine angepaßte, vernünftig erwogene Arbeit ohne sozialen Druck eine bedeutende Voraussetzung einer geordneten Übergangsphase in diesem Lebensabschnitt ist. Befund und Befinden drohen hier in den von Professor BÜRGER-PRINZ geschilderten Umformungsprozessen des Erlebnissfeldes besonders rasch auseinanderzuweichen. Aus diesem Grund sind Präventivuntersuchungen zu empfehlen, die eine Grundlage für die Aussprache zur Gestaltung eines angemessenen Arbeitsprozesses geben können. Ein wichtiger Punkt bleibt zweifellos die Verwurzelung des alternden Menschen in der familiären Aufgabe bzw. wenigstens in der familiären Stellung. Ein sogenannter Alterssitz macht das Altersmilieu nur

drastischer und isoliert. Andererseits ist der Respekt der Jugend gegenüber dem Alter nicht schlechthin einseitig zu fordern, sondern er resultiert eher auch von der richtigen Altersbewältigung des Erwachsenen. Hierfür scheint es unabdingbar, daß neben einer körperlichen Gesunderhaltung ohne subjektiv einengende Isolierung auf dieses Problem eine geistige Wegzehrung in den schöpferischen Lebensphasen erarbeitet wird, welche Selbstbewußtsein und Kraft zur inneren Bewältigung der mehr betrachtenden Lebenssituation garantiert.

Professor Dr. J. NÖCKER, Leverkusen:

**„Erhaltung und Grenzen der Arbeitsfähigkeit Stoffwechselkranker“**

Im Grunde genommen ist jede Krankheit eine Folge von Störungen im Stoffwechselgeschehen, und umgekehrt löst jede Stoffwechselstörung pathologische Strukturveränderungen aus. Die Minderung der Leistungsfähigkeit, als subjektiver Ausdruck solchen Geschehens, ist häufig noch nachweisbar, wenn die Patienten bereits klinisch völlig gesundet sind. Dies ließ sich vor allem in betriebsärztlichen Reihenuntersuchungen von Rekonvaleszenten nach den verschiedensten Infektionserkrankungen beweisen.

Bei den speziellen Stoffwechselerkrankungen überwiegt zwar die Störung entweder im Kohlehydrat-, oder Fett-, oder Eiweißhaushalt, doch greifen die Entgleisungen meist ineinander. Am Prototyp des Diabetes mellitus läßt sich zeigen, daß keineswegs allein der Kohlehydratstoffwechsel beeinträchtigt ist, sondern auch erhebliche Abweichungen im Bereich der Fette, Mineralstoffe und Eiweiße gefunden werden. Als fundamentale Wirkung des Insulins wird heute die Ermöglichung des Glukosetransports nach der Zelle angesehen. Somit führt der Insulinmangel einerseits zu einer Anhäufung der Glukose im Blut; andererseits zu einer Verminderung ihrer Oxydation in der Zelle. Im Gefolge der bekannten intrazellulären Störungen entsteht die Ketonämie, eine zunehmende metabolische

# Cefadysbasin®

TROPFEN

TABLETTE

AMPULLEN



CEFAK  
KEMPTEN

PERIPHERE UND KORONARE DURCHBLUTUNGSSTÖRUNGEN



Prof. Dr. J. Nöcker,  
Leverkusen



Prof. Dr. G. Hildebrandt,  
Marburg



Prof. Dr. A. Pierach,  
Bad Nauheim

Azidose und eine Steigerung der Cholesterinsynthese. Es ist verständlich, daß daraus nicht zuletzt eine faßbare Minderung der Leistungsfähigkeit resultiert. Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bzw. der körperlichen Leistungsmöglichkeiten muß man allerdings etwas differenzieren zwischen dem sogenannten Gegenregulationsdiabetes höherer Altersstufen und dem echten Insulinmangeldiabetes. Was für ersteren eine Überlastung bedeuten kann, ist bei letzterem eine gezielte therapeutische Maßnahme, um durch Muskelarbeit den erhöhten Glukosespiegel des Blutes herabzudrücken.

Professor Dr. G. HILDEBRANDT, Marburg:

**„Rekonvaleszenz und Erholung als therapeutisches Problem“**

Beseitigung von Krankheit ist noch nicht Gesundheit. Andererseits wird der Grad der Rekonvaleszenz bzw. Rehabilitation entsprechend den Erwartungen unseres Zeitalters allzu leicht als Leistungsfähigkeit gemessen. Dennoch ist für eine experimentelle Normung mit Vergleichswerten die Prüfung bestimmter Leistungen, wie z. B. der Pulsfrequenzregulation, der Atemfrequenz und der Beziehung dieser Größen untereinander, sehr aufschlußreich. Dabei wird auch erkennbar, daß die regulativen Leistungen von einer bestimmten zeitlichen Ordnungsstruktur abhängig sind, welcher eine Rhythmik zugrunde liegt. Interessanterweise ist eine solche Ordnung bei trainierten oder auf Grund irgendwelcher Einflüsse fehladaptierten Personen deutlich strenger. Der Schlaf kann als Prototyp eines Erholungsprozesses angesehen werden und die Untersuchungen bestätigen, daß die Aktivität der rhythmischen Funktionsordnung genauer zu verfolgen ist als im Wachen.

Die besondere Betrachtung von Heil- und Erholungskuren deckt die Tatsache auf, daß hier keine kontinuierliche Rekonvaleszenz fortschreitet, sondern unterbrochen durch Kurkrisen eine gedämpft abklingende Periodik zu verfolgen ist. Es überwiegt eine etwa 10tägige Periodik, was auch in der therapeutischen Gestaltung berücksichtigt werden sollte. Vergleichende Messungen zeigen eine erste starke Auslenkung in ergotroper Richtung im Bereich des 10. Tages, abgeschwächt noch einmal um den 20. Kurtag, insgesamt aber eine vagotone Kreislaufentspannung in abklingender Schwingung.

Der alte Begriff der „Selbstordnungskräfte“ behält seine volle Berechtigung. In welcher Weise aber angeregt und Bindungen in Richtung einer meßbaren periodischen Ordnung hergestellt werden können, kann auf Grund physiologischer Messungen zunehmend beurteilt werden.

Professor Dr. A. PIERACH, Bad Nauheim:

**„Die Rekonvaleszenz des Kreislaufkranken — Indikation und Erfolge von Kuraufenthalten“**

Für einen Kreislaufkranken bieten sich grundsätzlich folgende Kurmöglichkeiten:

1. die Klimakur — Höhenlage um 800 m in föhnfreier, waldreicher Gegend — für Rekonvaleszenten nach längerer konsumierender Krankheit oder nach größerer Operation;
2. Kneippkuren, insbesondere für kreislaulabile Patienten, allerdings unter zurückhaltender Testung der Verträglichkeit von Moorbädern und Fangopackungen;
3. Kuren in kohlenensäurehaltigen Quellen bei Bäderanwendungen unter der Körpertemperatur (zwischen 32 und 34 Grad Celsius), eine der Hauptdomänen der Balneologie bei Kreislaufkranken.

Unter dem Gesichtspunkt der Umstellung bzw. Harmonisierung von Regulationsvorgängen innerhalb des Vegetativums ergeben sich folgende Indikationen:

1. Hypertoniker ohne renale Beteiligung, insbesondere also labile Verlaufsformen;
  2. Hypertoniker und orthostatische Fehlregulationen — insbesondere für Kohlensäurebäder in Kombination mit KNEIPPschen Anwendungen;
  3. rekompensierte Infarktpatienten, bei denen vegetative Fehlregulationen im Anschluß an die Myokardnekrose günstig beeinflusst werden sollen;
  4. die sogenannten Kreislauf- und Infarktgefährdeten zu prophylaktischen Kuren;
  5. nur kompensierte bzw. rekompensierte Patienten mit Herzfehlern, wobei die Mitralstenose besonderer Vor-sicht bedarf;
  6. Herzoperierte, ein halbes Jahr nach dem Eingriff zu einer wohldosierten, gesteuerten Rehabilitation.
- Erkennbare Zeichen einer günstigen Kurwirkung sind verbesserte Durchblutungsverhältnisse, erquickender Schlaf für ein bis zwei Stunden im Anschluß an die Anwendungen und Verschiebung der vegetativen Tonuslage nach der trophotropen Seite hin. Umgekehrt sind, besonders in der Initialphase, psychische, blutdruckaktive, thromboembolische und kardiale Veränderungen genau zu beachten.

Dr. K. DÖRNER, Hamburg:

**„Arbeit und Arbeitsunfähigkeit in medizinsoziologischer Sicht“**

Aus der großangelegten Diskussion der soziologischen Probleme, welche über den medizinischen Aspekt hinaus in die Frage der Arbeitsfähigkeit einstrahlen, kön-

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

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

**Zusammensetzung:**

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

# ROTER

TABLETTEN



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

nen nur einige interessante Punkte herausgegriffen werden:

Die Situation des Arbeitnehmers hat sich durch eine Verlagerung der Anforderung von mehr körperlicher zu mehr intellektueller Leistungsfähigkeit insofern gewandelt, als entweder biologisch oder nach unzureichender Erziehungs- und Ausbildungsmöglichkeit eine Konfliktsituation neuer Art geschaffen wurde, welche zur Krankmeldung disponiert. Ein anderer Trend ist die Abnahme der sozialen Distanz, mit anderen Worten, der psychologische Aspekt einer gegenseitigen Kontrolle von Besserstellungen bzw. einer Empfindlichkeit gegenüber Reglementierungen, welche sich dann in dem Protest der Krankmeldung niederschlagen. Schließlich ist der Personenkreis mit beruflicher Doppelbelastung — insbesondere bei arbeitenden Hausfrauen und Müttern — zu erwähnen, welche der Notbremse der Krankmeldung häufiger bedürfen.

Die Stellung des Arztes hat sich unter den geschilderten Gegebenheiten in eine beamtenmäßige Situation hineinmanövriert, indem er eine Art Verwaltungsakt vollzieht, der durch das Versicherungswesen so anonym geworden ist. Medizinisches Handeln verwischt sich häufig mit sozialem Denken, insbesondere im Bereich der Bagatelstörungen, z. T. zugespitzt durch die Zunahme des präventiven Denkens, der Frühdiagnose und Frühtherapie in der Medizin.

#### Gedenken an Philipp Franz von Siebold

Anlässlich des 100. Todestages von Philipp Franz von Siebold, dem berühmten Arzt und Japanforscher, der angesehenen Ärztesfamilie der Siebolds entstammend, fanden in München, Würzburg, Leiden (Niederlande) und Japan Gedenkfeiern statt. Philipp Franz von Siebold wurde 1796 in Würzburg geboren. Er starb am 18. Oktober 1866 in München, wo er auf dem Südfriedhof seine letzte Ruhestätte fand. Hier legten Vertreter der Staatsregierung, der Landeshauptstadt München, die Deutsch-japanische Gesellschaft und die Nachkommen Siebolds Kränze nieder. Bei dem Festakt im Plenarsaal der Bayerischen Akademie der Wissenschaften wies der japanische Botschafter Fujio Uchoda auf die großen Verdienste Siebolds um die Entwicklung des

modernen Japans hin. Staatssekretär Lauerbach hob namens der Staatsregierung die Bedeutung Siebolds für die Völkerverständigung hervor. Dr. Hans Körner zeigte den Werdegang und die wissenschaftliche und politische Leistung Siebolds auf. — Eine von der Deutsch-japanischen Gesellschaft in Bayern herausgegebene Denkschrift ist der Bedeutung Siebolds gewidmet. Eine Ausstellung der von ihm nach München gebrachten Gegenstände aus Japan bleibt bis Ende Dezember 1966 im Münchner Völkerkunde-Museum aufgestellt. Eine Würdigung Siebolds bleibt vorbehalten.

#### Neuer Präsident der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Wiederbelebung

Die Hauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Wiederbelebung, die am 5. November 1966 in München zusammengetreten war, wählte zu ihrem neuen Präsidenten, der dieses Amt am 1. 1. 1967 für die Dauer von zwei Jahren übernimmt, Herrn Dr. med. Hans Wolfgang OPDERBECKE, Vorstand der Anästhesie-Abteilung der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg.

Der derzeitige Präsident der Gesellschaft, Herr Professor Dr. med. Karl HORATZ, Ordinarius für Klinische Anästhesiologie an der Universität Hamburg, bekleidet für die nächsten zwei Jahre das Amt des stellvertretenden Präsidenten.

In ihren Ämtern wurden bestätigt: als 1. Schriftführer Professor Dr. med. Rudolf FREY, Direktor des Instituts für Anästhesiologie der Universität Mainz; als 2. Schriftführer Frau Dr. med. Charlotte LEHMANN, Chefarzt der Anästhesie-Abteilung am Krankenhaus rechts der Isar in München; als Kassensführer Professor Dr. med. Rüdiger BEER, Leiter der Anästhesie-Abteilung der Chirurgischen Universitätsklinik München.

Die Versammlung ernannte Herrn Walther WEISSAUER, Ministerialrat im Bayerischen Staatsministerium der Justiz, in Anerkennung seiner wissenschaftlichen Verdienste um die Klärung der Rechtsstellung des Anästhesisten zum Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Wiederbelebung.

# ULCOLIND®

## UNTERDRÜCKT UNTERBRICHT

die pathogenetische Kette,

30 Tabletten  
60 Tabletten

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 **Ulcolind** 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 liquirit. 400 mg).



Lindopharm KG Hilden Rhld

## Einweihung des Neubaus der Bayer. Staatsbibliothek in München

Nach den Zerstörungen durch den Krieg und die dadurch notwendig gewordenen Behelfsmaßnahmen hat die Bayerische Staatsbibliothek, die größte wissenschaftliche Bibliothek des deutschen Sprachraumes, mit dem Neubau wieder eine ihrer Vergangenheit würdige und den Zukunftsaufgaben entsprechende Unterbringung erhalten.

Vor über vier Jahrhunderten, im Jahre 1558, durch Herzog Albrecht V. von Bayern gegründet, wurde sie im Antiquarium der Residenz aufgestellt. Ende des 16. Jahrhunderts wurde sie in einem Gebäude zwischen Kunstammer und Altem Hof untergebracht. 1623 wurde sie „Kurfürstliche Bibliothek“. Ende des 18. Jahrhunderts ist ein wesentlicher Aufstieg unter der Leitung des Historikers Felix Andreas von Oefele zu verzeichnen. Es kam zu einer näheren Verbindung mit der 1779 gegründeten Bayerischen Akademie der Wissenschaften. Später wurde sie, nachdem sie im sog. Fuggerhaus in der Theatinerstraße untergebracht worden war, in das Gebäude des aufgehobenen Münchner Jesuitenkollegs in der Neuhauser Straße übergeführt. 1803 kam es zur Vereinigung mit der nach München gebrachten Mannheimer Hofbibliothek. Durch die Bestände der durch die Säkularisation aufgeösten Klöster und Stifte in Bayern erfuhr sie eine weitere wesentliche Vermehrung. Zwischen 1807 und 1832 wurde sie als „Kgl. Hof- und Staatsbibliothek“ der Bayerischen Akademie der Wissenschaften unterstellt. Im Jahre 1832 erfolgte die Grundsteinlegung des neuen, von Ludwig I. geplanten und von Friedrich von Gärtner entworfenen Bibliotheksgebäudes an der Ludwigstraße, das 1843 eingeweiht werden konnte. Hier hat sie heute noch ihren Sitz.

Die Kriegereignisse führten 1940 zur Verlagerung der Bestände der Handschriftenabteilung, die einen unschätzbaren Wert besitzt. Zum ersten Brand des Gebäudes durch einen Bombenangriff kam es im März 1943, der den Verlust von nahezu einer halben Million Bänden nach Zerstörung großer Teile des Gebäudes, besonders im Mitteltrakt, zur Folge hatte. Es erwies sich nunmehr die Schließung der Bibliothek als notwendig. Die meisten noch erhaltenen Bestände einschließlich des Dienstkatalogs wurden in 28 Ausweich-

lagern auf dem Lande untergebracht. Im Oktober 1943 kam es zur Zerstörung des Südflügels des Gebäudes durch Sprengbomben. Im April 1944 wurde der größte Teil des Osttraktes durch Brandbomben vernichtet. Mit der Zerstörung des Westflügels im Januar 1945 waren  $\frac{2}{3}$  des großen Gebäudes zerstört.

Nach Kriegsende 1945 wurden allmählich die Buchbestände und Kataloge aus den Bergungslagern zurückgeführt und die Bibliothekstätigkeit schrittweise wieder aufgenommen. 1946/1947 wurde mit dem Wiederaufbau des Bibliotheksgebäudes begonnen. Es erwies sich aber als notwendig, außerdem Notunterkünfte in München selbst zu beziehen und außerhalb der Stadt für die rückgeführten Bestände ein Notmagazin in Anspruch zu nehmen. Mit dieser kurzen Aufzählung kann nur andeutungsweise die große, verantwortungsvolle und sinnvolle Arbeit der Bibliotheksleitung und der Beamten und Angestellten gestreift werden. Im Sommer 1966 erfolgte der Umzug der einzelnen Abteilungen aus dem Westflügel in den Ostflügel und in den Erweiterungsbau. Eine automatische Buchförder- und Rohrpostanlage wurde in Betrieb genommen. Die Bauarbeiten am Südflügel, der die noch in der Meiserstraße befindliche Handschriftenabteilung aufnehmen wird, sind im zügigen Fortschreiten.

Der Ostflügel und der — bescheiden genannte — „Erweiterungsbau“ sind die wichtigsten Abschnitte des gesamten Wiederaufbaues des im Krieg weitgehend zerstörten Bibliotheksgebäudes. Sie stellen mit den großzügig erweiterten Lesesälen, den wichtigsten Räumen für die Bibliotheksverwaltung und den auf Jahrzehnte ausreichenden Buchmagazinen das Herzstück der gesamten Bibliotheksanlage dar. In dem in seiner historischen Fassade unveränderten, im Innern jedoch neugestalteten Ostflügel und in dem als mit Stahlbeton-Skelettbau mit allseitiger Glasfassade errichteten Erweiterungstrakt sind die Wünsche der Denkmalspflege ebenso verwirklicht wie die Erfordernisse eines modernen und rationellen Bibliotheksbetriebes. Die Voraussetzungen dafür wurden durch umfangreiche technische Einrichtungen im Neubau geschaffen, vor allem durch die größte Buchförderanlage, die bisher in der Bundesrepublik errichtet wurde. Ihre Transportbänder beför-

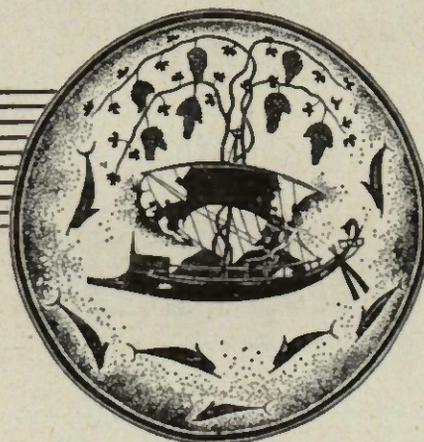
Zu jeder Jahreszeit

# Benia®

## Grippedragees

zur Vorbeugung und Therapie  
grippaler Infekte und fieberhafter  
Erkältungskrankheiten

**Benia — gut gegen Grippe**



**TAESCHNER**

Das  
Antirheumaticum

# Dipyron<sup>®</sup>

mit der stoffwechselaktiven  
Komponente **COMPLAMIN**  
wirkt bei Rheuma  
nach dem Heilprinzip  
der  
Bädertherapie.

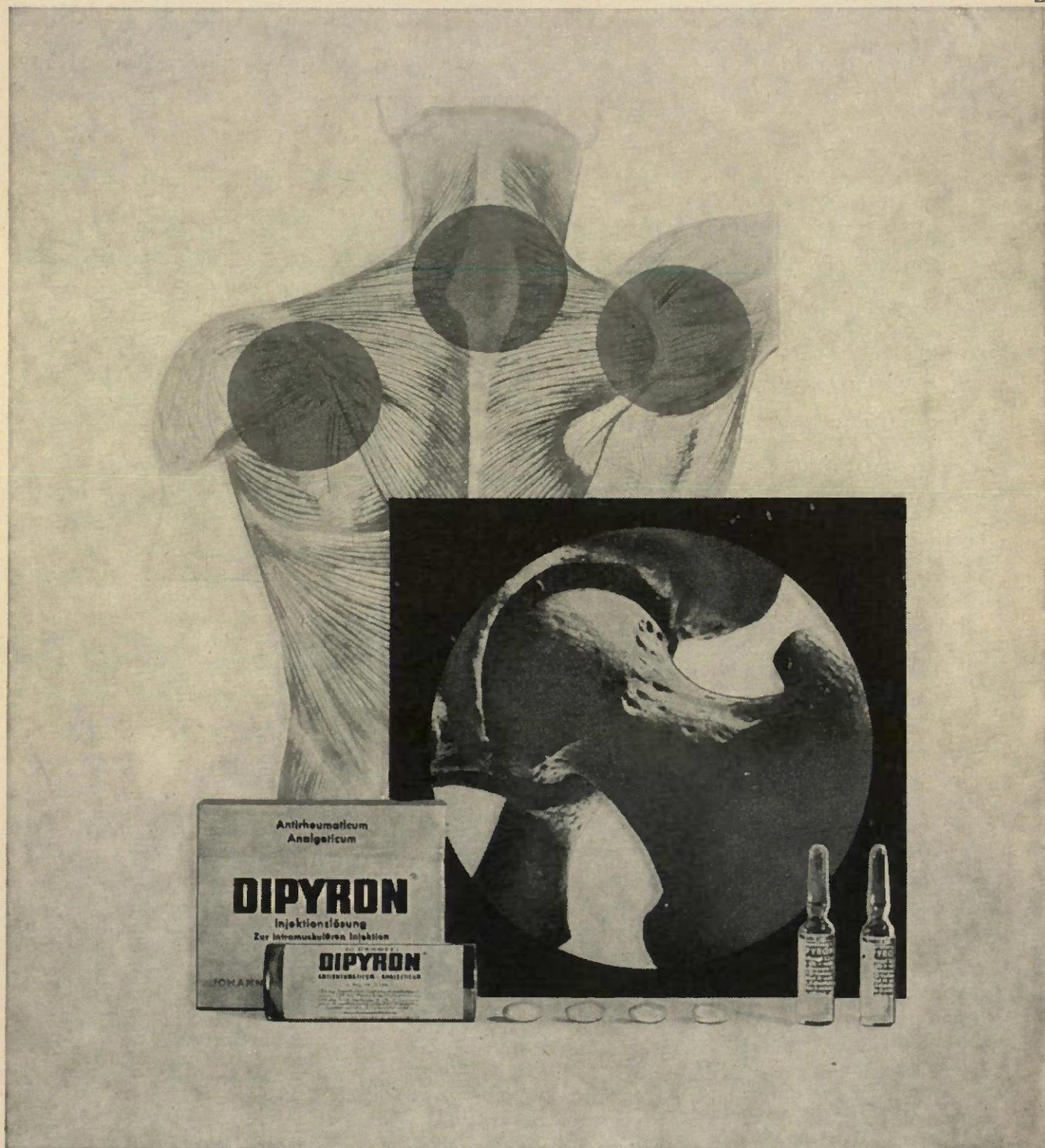
Dipyron steigert die  
Beweglichkeit der Gelenke bei:  
Arthrosis deformans,  
Spondylosis deformans,  
Schulter-Arm-Syndrom,  
Periarthritis humeroscapularis.

OP mit 5 Amp. zu 2 ml  
OP mit 20 Dragées  
OP mit 60 Dragées



WULFING ARZNEIMITTEL · DÜSSELDORF

DI 3/68



dern die gewünschten Bücher aus den weitläufigen Magazinen rasch zum Ausleihamt und zu den Lesesälen und ermöglichen eine schnellere Bedienung der Benutzer. Die Förderbandanlage hat eine Länge von 2050 m. Die Rohrpostanlage hat 36 Stationen und eine Rohrlänge von 1100 m.

Der derzeitige Bestand der Bayerischen Staatsbibliothek drückt sich in folgenden Zahlen aus:

rd. 50 000 Handschriften  
 rd. 2,6 Millionen Druckbände, davon  
 ca. 20 000 Inkunabeln (Drucke bis 1500)  
 ca. 80 000 Bände Notenmusik und 6000 Schallplatten  
 ca. 125 000 geographische Karten und 3800 Atlanten  
 ca. 200 000 Bände Orientalistik  
 ca. 150 000 Bände Osteuropaliteratur  
 ca. 90 000 Bände alte Dissertationen (17./18. Jhd.)  
 ca. 120 000 Bände neuere Dissertationen  
 ca. 52 000 Bände alte und neue Zeitungen  
 ca. 9 000 laufende Zeitschriften und Annuals, darunter 700 medizinische Zeitschriften, von denen zwei Drittel ausländische Literatur betreffen.

Unter den genannten Druckbänden sind 180 000 medizinische wissenschaftliche Werke. Allein hier ist jährlich ein Zuwachs von 5000 Bänden zu verzeichnen.

Der jährliche Buchzugang durch Kauf und Tausch, Pflichtablieferung und Geschenke beträgt rd. 100 000 Bände; der weitaus überwiegende Teil davon betrifft Auslandsliteratur. Vom Fachlichen her gesehen pflegt die Bayerische Staatsbibliothek in organischer Fortsetzung ihrer Tradition vor allem die Geistes- und Sozialwissenschaften, im besonderen die im Rahmen des Beschaffungsprogramms der Deutschen Forschungsgemeinschaft ihr übertragenen Sondersammelgebiete. Im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel müht sie sich ferner besonders um die Beschaffung von Werken der Belletristik auch in nichtgängigen Sprachen, den Ausbau der naturwissenschaftlichen Disziplinen namentlich im Zeitschriftenbestand, den Erwerb des Schrifttums der aufstrebenden exotischen Länder, die Auffüllung wesentlicher, durch den Krieg verursachter Bestandslücken und um die Ergänzung des musealen Altbestandes.

Neben den Lese- und Arbeitsräumen im Neubau stehen dem Benutzer noch folgende Arbeitsmöglichkeiten zur Verfügung:



Abbildung 1  
 Ausleihamt — rechts ein Teil der Publikumsbibliothek



Abbildung 2  
 Allgemeiner Lesesaal — rechts Standort von ca. 15 000 Bänden

Arbeitsraum der Osteuropasammlung mit rd. 30 Plätzen.  
 Orientalischer Arbeitsraum mit 16 Plätzen.  
 Lesesaal der Musiksammlung mit 40 Plätzen.  
 Arbeitsraum der Kartensammlung mit 8 Plätzen.  
 Arbeitsraum der Handschriftenabteilung in der Meiserstraße mit 15 Plätzen (Provisorium).

30 Arbeitskabinen stehen für wissenschaftliche Arbeiter zur Verfügung.

Für die Erledigung aller einschlägigen Fotoaufträge ist eine eigene große Lichtbildstelle mit modernen Geräten vorhanden, ferner drei Xerox-Anlagen zur Sofort erledigung. Für die Arbeit mit Mikrofilmen dienen dem Publikum eine Reihe von Lesegeräten, darunter ein Reader Printer.

Unter den staatlichen Bibliotheken Bayerns nimmt die Bayerische Staatsbibliothek als zentrale wissenschaftliche Landesbibliothek einen besonderen Platz ein. Sie ist Sitz der Generaldirektion der Bayerischen Staatlichen Bibliotheken. Sie ist zur dokumentarischen Sammlung und Aufschlüsselung aller in Bayern veröffentlichten Schriften verpflichtet (Pflichtablieferung für Bayern). Sie ist zugleich eine der vier Sammelbibliotheken für die amtlichen Druckschriften des Bundes und der Länder sowie Depository Library für UNO-, UNESCO- und EWG-Schriften.

Sie verfügt über eine Bibliotheksschule, in der die künftigen Bibliothekare für die staatlichen und kommunalen Bibliotheken in laufenden Kursen für den höheren, gehobenen und mittleren wissenschaftlichen Bibliotheksdienst (z. Z. 136 Anwärter) herangebildet werden. Sie ist Sitz des Bayerischen Zentralkatalogs, der, 1956 begonnen, die Bestände der wichtigsten wissenschaftlichen Bibliotheken Bayerns (z. Z. rd. 30) titelmäßig nachweist, und bei dem jährlich über eine Viertelmillion Bestellungen einlaufen. Sie ist die Hauptträgerin des Leihverkehrs in Bayern und weit darüber hinaus in alle Welt. Jährlich werden etwa 370 000 Bände am Ort oder auswärts benutzt, rd. 65 000 Bände in etwa 20 000 Paketen und rd. 25 000 Kopien in den Leihverkehr gegeben. Die Zahl der Benutzer am Ort beträgt rd. 14 000. Sie besitzt auch das größte Institut für Buch- und Handschriftenrestaurierung, in dem wertvolle Bestände der eigenen und anderen Bibliotheken, die Schäden aufweisen, mit den modernsten technischen Mitteln wieder hergestellt werden. Ihre Teilnahme an überregionalen Aufgaben im deutschen Bibliothekswesen zeigt sich ferner in der Übernahme und Pflege zahlreicher Sondersammelgebiete der Deutschen Forschungsgemeinschaft,



Abbildung 3

Juristischer Lesesaal mit ca. 5000 Bänden — rechts ein Teil des Bavarica-Lesesaals mit ca. 1500 Bänden

in der Aufnahme und Betreuung der westdeutschen Arbeitsgruppe des Répertoire International des Sources Musicales und in der Beteiligung an zahlreichen sonstigen Gemeinschaftsaufgaben der deutschen Bibliotheken.

Mit dem Ausbau des Bücherversandes über die deutschen Grenzen hinaus, der wachsenden Benützung durch ausländische Studenten, Gelehrte und Forscher am Ort, der vielfältigen Auskunftstätigkeit für in- und ausländische Fragesteller, der längeren oder kürzeren Aufnahme ausländischer Bibliothekare in das Personal der Bibliothek, der Ausbildung ausländischer Teilnehmer in der Bibliotheksschule, der Mitarbeit im Internationalen Verband der Bibliothekarvereine (IFLA), der 1958 den Generaldirektor der Bayerischen Staatlichen Bibliotheken für 5 Jahre zu seinem Präsidenten erwählte usw., wuchs die Bayerische Staatsbibliothek nach dem Zusammenbruch fast von selbst wieder in ihre alte weltweite Geltung hinein, die sie als eine der großen universalen Sammelstätten unter den Bibliotheken von jeher besaß.

Bei der in Anwesenheit zahlreicher Festgäste vorgenommenen Einweihung des Neubaus der Bayerischen Staatsbibliothek hielt am 27. Oktober 1966 Unterrichtsminister Dr. Ludwig Huber die Festrede, in der er die geschichtliche Bedeutung der Bibliothek hervorhob. „Der Neubau der Bayerischen Staatsbibliothek soll dem traditionellen Bild und den überlieferten Formen dieses Instituts ebenso Rechnung tragen wie künftigen bibliothekarischen Entwicklungen. Er bietet Raum für den Reichtum an musealen und bibliophilen Kostbarkeiten. Dieser Reichtum an Handschriften und Drucken von Weltgeltung ist nicht nur der besonderen Obhut der Bibliothekare anvertraut; er begründet auch die Verpflichtung der Staatsbibliothek und ihres Unter-

haltsträgers, die bibliophile Sammeltätigkeit der fürstlichen und geistlichen Ahnherren dieser Bibliothek fortzuführen, so etwa den überkommenen kostbaren Handschriftenbesitz durch Erwerbungen zu mehren, die das überlieferte Erbe einer tausendjährigen bayerischen Buchkultur und Sammeltradition sinnvoll und würdig ergänzen.“ In den letzten Jahren sei nur an den Erwerb der wichtigsten Handschriften Adalbert Stifters durch die Bayerische Staatsbibliothek erinnert.

„Mit den künftig benachbarten staatlichen Archiven teilt die Bayerische Staatsbibliothek die schöne Aufgabe, die Kultur unseres Landes zu erschließen und zu dokumentieren. Daß die Verbindung mit der Bayerischen Akademie der Wissenschaften in einer Zeit weltweiter wissenschaftlicher Zusammenarbeit und wachsender Teilnahme immer neuer Länder am wissenschaftlichen Leben und an der wissenschaftlichen Buchproduktion beiden Instituten zum Vorteil gereichen möge, ist ein Wunsch, der nicht nur solch räumlicher Nähe entspringt, sondern in der inneren Zuordnung der Bibliothek zur Wissenschaft begründet ist.

Die Bibliothek, die jahrhundertlang vor allem Gelehrten- und Hofbibliothek war, ist längst auch universale öffentliche Gebrauchsbibliothek geworden. Sie ist es mit um so mehr Recht in einer Welt, die immer stärker von der Wissenschaft und der Vermittlung ihrer Ergebnisse im Buch geprägt ist. So hat die Staatsbibliothek ihren Platz im Zusammenwirken aller kulturellen Einrichtungen unseres Landes nicht in selbstgenügsamer und weltfremder Absonderung, sondern in lebendiger Kommunikation im Geben und Nehmen. Unterstützung beruflicher Arbeit wie privater Studien ist Aufgabe der Bibliothek.“

„Die Bibliothek muß auf bewährter Ordnung beharren, aber die selbst einem alten und traditionsreichen Institut möglichen technischen Mittel kündigen ein in vielem gewandeltes Bild auch unserer traditionellen Bibliotheken an. Die Bibliothek, die als öffentliche Gebrauchsbibliothek allen Bürgern dient, die berufliche Arbeit und geistige Interessen zum Buch führen, muß die demokratische Freiheit des einzelnen und seinen Anspruch auf die Möglichkeiten der Bildung in Einklang bringen mit der bibliothekarischen Verantwortung für das anvertraute Gut. Diese Aufgabe zu lösen, bedarf es gegenseitigen Vertrauens im Geist jener ‚Liberalitas Bavarica‘, der sich einst die büchersammelnden Äbte von Polling verpflichteten, als sie dieses Wort über das Portal ihrer Abteikirche setzten. Es würde auch den Eingängen unserer bayerischen Bibliotheken wohl anstehen, Symbol einer aufgeschlossenen und weltoffenen Gesinnung, die bei allem stolzen und sicheren Bewußtsein der eigenen Kraft und Leistung immer einer der besten Züge Bayerns gewesen ist.“

Tropfen, Elixier  
hormonfrei

erleichtert  
den Schritt  
in die Menopause

feminon®

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

Staatsminister Dr. Huber würdigte dann die großen Verdienste des nunmehr scheidenden Generaldirektors Dr. Gustav Hofmann, der die Bayerische Staatsbibliothek nicht nur mit kluger Umsicht aus den Nöten der Nachkriegszeit zu ihrer heutigen Höhe geführt, sondern auch ihren Weg in die nächsten Jahrzehnte vorgezeichnet hat. Minister Dr. Huber schloß seine Ausführungen mit dem Wunsche: „Möge die Bayerische Staatsbibliothek den Dienst am Geist und an der geistigen Zukunft unseres Landes erfolgreich leisten wie in ihrer ruhmreichen Vergangenheit.“

Diesen Ausführungen sei namens der ungezählten täglichen Benützer der Bayerischen Staatsbibliothek noch eine wesentliche Tatsache angefügt: Der gute Geist, der alle Abteilungen erfüllt, die große Hilfsbereitschaft, mit der entgegengekommen und alle Wünsche zu erfüllen getrachtet wird. Erst dadurch gewinnt die Bibliothek das Leben, das über routinemäßige Dienstleistung weit hinausgeht. Dessen muß dankbar gedacht werden.

Die beigegefügte Bilder sind der Lichtbildstelle der Bayerischen Staatsbibliothek zu verdanken. K-g.

## Die Planung der vierten bayerischen Landesuniversität

Unterrichtsminister Dr. Ludwig Huber und Univ.-Professor Dr. Hans-Jochen Autram, der Vorsitzende des Strukturbeirates der Universität Regensburg, gaben in einer Pressekonferenz Aufschlüsse über den Fortgang der Arbeiten für den Aufbau der Universität Regensburg.

Die dem Ministerium zum Erlaß vorgeschlagene Satzung weicht in einigen Punkten von dem Entwurf eines bayerischen Hochschulgesetzes ab. An der vierten Landesuniversität soll ein Großer und ein Kleiner Senat gebildet werden. Der Große Senat soll zuständig sein für die Wahl des Rektors und der Wahlensatoren des Kleinen Senats sowie für die Beschlußfassung über Vorschläge auf Errichtung oder Aufhebung von Zentralinstituten. Ihm gehören ein großer Teil des Lehrkörpers und Vertreter der wissenschaftlichen Mitarbeiter sowie der Vorsitzende des Allgemeinen Studentenausschusses und sein Vertreter an. Der Kleine Senat soll das oberste beschließende Organ der Universität sein. Seine Zuständigkeit entspricht den Vorschlägen des Entwurfs eines Bayerischen Hochschulgesetzes. Eine Ergänzung wurde aber z. B. insoweit vorgenommen, als der Kleine Senat auch Vorschläge für die Ernennung des Leiters der Universitätsbibliothek machen kann. Er setzt sich zusammen aus dem Rektor, dem Prorektor, den Dekanen sowie Vertretern des Lehrkörpers, der wissenschaftlichen Mitarbeiter und der Studenten.

Die Stellung des Rektors entspricht im wesentlichen der an den anderen wissenschaftlichen Hochschulen des Freistaates Bayern und den Vorschlägen im Entwurf eines Bayerischen Hochschulgesetzes. Hierzu ergänzend hat der Strukturbeirat vorgeschlagen, daß der Rektor für den wissenschaftlich-fachlichen Bereich der gesamten Universität unmittelbar dienenden zentralen Einrichtungen verantwortlich sein soll und insoweit den Leitern dieser Einrichtungen Weisungen erteilen kann. Es ist vorgesehen, daß die erste Wahl eines Rektors

innerhalb von zwei Monaten durchzuführen ist, sobald 15 ordentliche Professoren ernannt und 3 Fachbereiche errichtet sind. Zwei Wochen nach der Rektorwahl soll erstmals der Kleine Senat der Universität zusammentreten. Mit seinem Zusammentritt wird die Amtszeit des Kuratoriums enden. Die Aufgaben der Berufungsausschüsse werden auf die Universität übergehen, sobald die Ausschüsse Vorschlagslisten für die für die erste Aufbaustufe vorgesehenen Lehrstühle vorgelegt haben und 3 Lehrstuhlinhaber des jeweiligen Fachbereichs ernannt sind.

Der Studentenschaft wird durch einzelne Rahmenbestimmungen die Möglichkeit gegeben, ihre Belange durch eine Studentenschaftssatzung selbst zu regeln.

Im Hinblick auf die jüngsten Vorschläge des Wissenschaftsrats zur Neugestaltung des Studiums wurde darauf Bedacht genommen, in diesem Abschnitt der Universität Regensburg für eine moderne Gestaltung des akademischen Unterrichts so viel Raum wie möglich zu lassen. Es ist z. B. vorgesehen, daß Arbeitsgruppen und Arbeitsgemeinschaften eingerichtet werden können.

Die Professoren sollen von unnötiger Verwaltungsarbeit entlastet werden. Die Satzung sieht daher vor, daß die Verwaltung so zu gliedern ist, daß den Fakultäten, Fachbereichen, Zentralinstituten und Lehrstühlen nur solche Verwaltungsaufgaben übertragen werden, die der Natur der Sache nach nicht von der Universitätsverwaltung erledigt werden können.

### Das Habilitationsverfahren

Eine wesentliche Neuerung ist in den Vorschlägen bezüglich des Habilitationsverfahrens an der Regensburger Universität enthalten. Die Habilitation an der Universität Regensburg wird vom Kandidaten beim Fachbereich beantragt. Das Verfahren besteht aus dem

*Sinupret<sup>®</sup> bei Sinusitiden*

BIONORICA KG  
NÜRNBERG

Nachweis der Befähigung zu unabhängiger und selbständiger wissenschaftlicher Arbeit und einem Kolloquium vor dem Fachbereich. Zu ihm sind alle Mitglieder der Fakultät einzuladen, zu der der Fachbereich gehört. Bei der Bewertung des Ergebnisses haben sie beratende Stimme. Auch die mit dem Inhalt der Habilitation sachlich verbundenen anderen Fachbereiche der Universität sind von der Absicht der Habilitation zu verständigen und gegebenenfalls Vertreter der interessierten Fachbereiche zum Kolloquium einzuladen.

Die Antrittsvorlesung ist nicht mehr Teil des Habilitationsverfahrens, sondern der Beginn der akademischen Lehrtätigkeit.

Der Nachweis der wissenschaftlichen Qualifikation kann erbracht werden

1. durch Vorlage einer Habilitationsschrift
2. durch Vorlage wissenschaftlicher Publikationen
3. durch Vorlage einer hervorragenden Dissertation

Der Nachweis wird durch eine Kommission des Fachbereichs geprüft, an der auch Mitglieder anderer Fachbereiche mitwirken können.

Die Verleihung der Venia legendi erfolgt durch die Fakultät.

#### Schaffung von Zentralinstituten

Als besondere Form der wissenschaftlichen Kooperation wird vom Strukturbeirat die Errichtung von Zentralinstituten innerhalb der Universität empfohlen. Im Zentralinstitut soll insbesondere Forschung unter dem Gesichtspunkt bestimmter Forschungsaufgaben institutionalisiert werden. Das Zentralinstitut soll in seinem Arbeitsbereich auch Lehrfunktionen wahrnehmen. Die Arbeit des Zentralinstituts soll sich immer nur aus einer konkreten wissenschaftlichen Fragestellung ergeben, deren Bearbeitung einen vieljährigen Zeitraum erfordert. Die Errichtung eines Zentralinstituts kann nur in Erwägung gezogen werden, wenn umfassende wissenschaftliche, über einen Fachbereich hinausgehende Fragen vorliegen, die nicht von einzelnen Lehrstühlen oder Forschungsgruppen gelöst werden können. Den Forschungsaufgaben eines Zentralinstituts muß überregionale Bedeutung zukommen. Ferner soll darauf geachtet werden, daß das Zentralinstitut sich vornehmlich Gegenständen zuwendet, die an anderen wissenschaftlichen Hochschulen nach allgemeiner Auffassung bislang noch nicht hinlänglich gepflegt werden konnten. Zentralinstitute sind organisatorisch außerhalb der

Fakultäten und Fachbereiche stehende Einrichtungen; die Zentralinstitute verfügen über eigene Mittel (Sach- und Personalmittel), sie sind gegebenenfalls sogar räumlich von den Fachbereichen getrennt. Für Zentralinstitute können Teilbibliotheken eingerichtet werden. Über die Errichtung von Zentralinstitutionen entscheidet auf Vorschlag des Großen Senats der Universität das Staatsministerium für Unterricht und Kultus. Der Strukturbeirat wird ein oder mehrere Zentralinstitute vorweg vorschlagen.

#### Die Medizinische Fakultät

Für den Aufbau der Medizinischen Fakultät empfiehlt der Strukturbeirat:

1. Die Ausbildung der Studenten der Medizin hat bis zum Physikum ihr Schwergewicht in den Naturwissenschaften. Die Lehrstühle, die sich der vorklinischen Ausbildung annehmen, gehören an den bestehenden Universitäten zwei verschiedenen Fakultäten, teils der Naturwissenschaftlichen, teils der Medizinischen Fakultät, an, obwohl zwischen den Lehr- und Forschungsgebieten enge Verflechtungen bestehen. Daraus ergeben sich Nachteile für die Forschung und für die Aufstellung und Durchführung eines rationalen und übersichtlichen Studienplanes; es entstehen weiterhin, zumal bei den vorklinischen Lehrstühlen in der Medizinischen Fakultät, Schwierigkeiten für die Gewinnung, Promotion und Habilitation des wissenschaftlichen Nachwuchses.

Der Strukturbeirat empfiehlt daher, die beiden Lehrstühle für Physiologie und den Lehrstuhl für Morphologie und Anatomie dem Fachbereich Biologie zuzuordnen. Dadurch wird sich die Zahl der Lehrstühle dieses Fachbereiches auf 12 erhöhen.

Der für den vorklinischen Studienplan verantwortlichen Fachkommission sollte je ein Vertreter der Fachbereiche Theoretische Medizin, Klinische Medizin und Zahnmedizin angehören.

2. Die Medizinische Fakultät soll drei Fachbereiche umfassen:
  - Fachbereich Theoretische Medizin
  - Fachbereich Klinische Medizin
  - Fachbereich Zahnmedizin.
3. Der Strukturbeirat empfiehlt dem Kultusminister, einen Beirat zu bestellen, dem Vertreter der drei

**mehrgleisige**  
**ferment-therapie** **eupeptum**

Oberbauchstörungen  
Meteorismus  
Dyskinesien

O. P. 24 Dragées  
O. P. 100 Dragées  
außerdem Anstaltspackungen

IFAH GMBH HAMBURG 22 

Fachbereiche der Medizinischen Fakultät und außerdem der naturwissenschaftlich-vorklinischen Fachbereiche angehören sollen. Es wird zweckmäßig sein, in den Beirat nach Möglichkeit Mitglieder des Strukturbeirates zu berufen, damit die Kontinuität der erarbeiteten allgemeinen Strukturvorstellungen auch für die Medizinische Fakultät gewahrt bleibt. Die Aufgabe des Beirates wird die Ausarbeitung einer Strukturvorstellung über die Medizinische Fakultät sein. Eine Vorarbeit für die Tätigkeit dieses Beirates bilden die bisher entwickelten Strukturvorstellungen und die über den Aufbau der Medizinischen Fakultät bereits vorgelegten Arbeitspapiere. Nach Möglichkeit sollen ausländische Erfahrungen über den modernen Aufbau medizinischer Fakultäten berücksichtigt werden.

4. Im klinischen Fachbereich sollten die Lehrstühle für klinische Chemie und klinische Physiologie in einem übergeordneten Zentralinstitut verankert werden. In diesem Zentralinstitut sollten auch die klinischen Räume für experimentelle Forschung zur Verfügung stehen. Für akut lebensbedrohliche Erkrankungen soll eine zentrale Abteilung geschaffen werden.
5. Es sollte außerdem alsbald, ausgehend von den Empfehlungen des Wissenschaftsrates, ein Gutachten darüber eingeholt werden, welche Größe die Kliniken der Universität Regensburg erhalten sollen.

Der vorklinische Lehrbetrieb wird 1970, wenn das Vorklinikum fertiggestellt ist, begonnen werden können. Die Verabschiedung des Raumprogramms für das Vorklinikum steht unmittelbar bevor.

Dem Strukturbeirat gehören an: Prof. Dr. med. F. Grosse-Brockhoff (I. Medizinische Klinik der Universität Düsseldorf), Prof. Dr. med. Ernst Wollheim (Direktor der Medizinischen Univ.-Klinik Würzburg), ferner u. a. Prof. Dr. Feodor Lynen (Direktor des Institutes für Zellchemie in der Max-Planck-Gesellschaft), Prof. Dr. Heinz Maier-Leibnitz (TH München, Direktor der Reaktorstation Garching usw.).

Durch das Länderabkommen zur gemeinsamen Finanzierung neuer wissenschaftlicher Hochschulen wird gewährleistet, daß für den Aufbau der Universität Regensburg stets die erforderlichen Mittel vorhanden sind. Auch das Finanzministerium ist der Auffassung, daß der Aufbau der Universität Regensburg zügig vorangetrieben werden muß.

K-g.



**Dr. Mally Kachel 90 Jahre alt**

**Dr. Sondermann beglückwünscht die älteste, noch praktizierende Ärztin Deutschlands**

Zu dreien waren wir als Gratulanten bei der Jubilarin und ließen uns aus ihrem Leben erzählen: Aus der Fülle der Zeit war da ein feiner klarer Faden gesponnen, von dem durch Krankheit des Vaters überschatteten Elternhaus an über das Studium in Lausanne und Bern (Frauen konnten ja damals noch nicht auf Deutschlands Hohen Schulen studieren), zu dem vom Reichskanzler genehmigten Staatsexamen und dann — nach Assistentenjahren — endlich zur selbständigen Praxis in München: ab 1901 Besuche treppauf, treppab, und Sprechstunden, 65 Jahre lang, und davon 58 Jahre auch noch Schulärztin und als Lehrende in Schulen und Kursen; im Ersten Weltkrieg war sie dann noch dazu in einem Münchner Lazarett tätig! Alles steht lebendig im Gedächtnis der Neunzigjährigen, mit feinen Einzelheiten und großartigen Überblicken: „Nun habe ich in manchen Familien Urgroßmutter, Großmutter, Mutter und Kinder behandelt — ja, da hieß es sich rühren“. Heute noch hält sie Sprechstunden, „macht nicht mehr so viele Besuche“ — bei all diesem Erzählen verjüngen sich die feinen Gesichtszüge zur Siebzigjährigen, und es blicken einen herzensgute Augen an, freilich mit dem großen Abstand des um wieviel mehr Wissens und Erfahrens.

Wir schieden beschenkt von dem großen Erlebnis, einem Menschen begegnet zu sein, den ein gutes Schicksal behütet und getrost und heil durch eine dunkle Welt hat gehen lassen, daß er zurückblicke ohne Bitterkeit und dankbar.

G. S.



beruhigt die Nerven

und bringt erquickenden Schlaf

**NERVO·OPT®**

OP zu 200 ccm  
OP zu 50 Dragees

DR. BRAUN U. HERBERG BAD SCHWARTAU



### Ehrenplakette in Gold des BRK verliehen

Anlässlich des 100jährigen Bestehens des Bayerischen Roten Kreuzes wurde Herrn Dr. Rudolf SOENNING (links) vom Präsidenten des Bayerischen Roten Kreuzes, Justizminister Dr. Hans EHARD, die Ehrenplakette in Gold verliehen. Diese Auszeichnung erhielten ferner die vier Fraktionen des Bayerischen Landtages und Staatssekretär a. D. Karl WEISHÄUPL.

### Neuer Leiter der Gesundheitsabteilung im Bayerischen Innenministerium

Mit Wirkung vom 1. 11. 1966 wurde Herrn Ministerialrat Dr. med. HEIN die Leitung der Gesundheitsabteilung im Bayerischen Staatsministerium des Innern übertragen. Herr Ministerialdirektor KNIES, der dieser Abteilung bisher vorstand, hat die Leitung der Abteilung Wohlfahrtswesen übernommen.

Frau Kollegin Dr. BREBECK wurde mit Wirkung vom 1. 10. 1966 zur Ministerialrätin im Bayerischen Staatsministerium des Innern ernannt.

## FAKULTÄT

### Würzburg

Dr. Fritz BRAMSTEDT, ao. Professor für experimentelle Zahnheilkunde und Vorstand der Abteilung für experimentelle Zahnheilkunde in der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, ist zum Mitglied der „New York Academy of Science“ gewählt worden.

Dr. Helmut Johannes BAUER, o. Professor und Direktor der Neurologischen Klinik der Universität Göttingen, wurde auf den ordentlichen Lehrstuhl für Neurologie in der Medizinischen Fakultät berufen.

Dr. Ernst HELMREICH, Associate Professor der Washington University, St. Louis, USA, wurde auf den ordentlichen Lehrstuhl für Physiologische Chemie in der Medizinischen Fakultät berufen.

Dr. Ullrich TRENDELENBURG, Associate Professor der Harvard Medical School Boston, USA, wurde auf den ordentlichen Lehrstuhl für Pharmakologie und Toxikologie in der Medizinischen Fakultät berufen.

Dr. Theodor Heinrich SCHIEBLER, ao. Professor für Anatomie, ist zum ordentlichen Professor und Vorstand des Anatomischen Instituts der Universität ernannt worden.

Professor Dr. Klaus-Werner SCHNEIDER wurde zum Leitenden Oberarzt der Medizinischen Klinik der Universität ernannt.

Professor Dr. Rudolf SCHAUTZ wurde zum Leitenden Oberarzt der Chirurgischen Klinik der Universität ernannt.

Privatdozent Dr. Gustav SIMON, Neurochirurgische Klinik der Universität, wurde die Bezeichnung „apl. Professor“ verliehen.

Umhabilitiert wurden:

Privatdozent Dr. Horst FINGER von der Universität Gießen an die Universität Würzburg (Hygiene und Mikrobiologie);

Privatdozent Dr. Karl Heinz WEIS von der Universität Mainz an die Universität Würzburg (Anästhesiologie).

## IN MEMORIAM

### Dr. Paul Goebel †



Am 21. 10. 1966 verstarb in Bayreuth Herr Dr. Paul GOEBEL, wenige Monate nach Vollendung seines siebenten Lebensjahres.

Dr. Goebel wurde am 10. 7. 1896 im oberschlesischen Maxwaldau, Kreis Cosel, geboren. Er studierte Medizin in Breslau und Halle, und gründete in Ratibor/Oberschlesien eine eigene Praxis. Den letzten Weltkrieg

machte er als Oberfeldarzt mit und führte in dieser Eigenschaft gegen Ende des Krieges ein Kriegslazarett im Bayreuther Raum. 1946, nach seiner Entlassung aus dem Lager Kreuznach, ließ er sich als Praktischer Arzt in Bayreuth nieder. Hier wirkte er tatkräftig beim Wiederaufbau der Landesorganisation mit und war zeitweilig Delegierter zur Bayerischen Landesärztekammer, bekleidete Ämter in der Kassenärztlichen Vereinigung und war zuletzt 2. Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth. Seit seiner Gründung war er Obmann des Hartmannbundes für den Kreis Bayreuth. Besonders aber setzte er sich für die Wiedereingliederung seiner Flüchtlingskollegen ein und erwarb sich hier große Verdienste. Auch für die Allgemeinheit hat dieser rastlos tätige Arzt gewirkt. So gehörte er zu den Gründungsmitgliedern der CSU in Bayreuth und war 12 Jahre lang ihr Vertreter im Stadtrat. Er war Vorsitzender des Ortskuratoriums „Unteilbares Deutschland“ und Vorsitzender mehrerer Vertriebenenverbände. Dr. Goebel erfreute sich allgemeiner Wertschätzung, so daß eine große Menschenmenge ihm das letzte Geleit gab. Ein Mensch, der da war, wenn man ihn brauchte.

## AUS DER LANDESPOLITIK

### Ärzte im Landtag

Bei der Wahl am 20. November 1966 wurden folgende Kollegen als Abgeordnete in den Bayerischen Landtag gewählt:

Für die CSU



Dr. Soenning  
Memmingen

Für die SPD



Dr. Cremer  
Lengfurt

Die Namen der in die Bezirkstage gewählten Kollegen werden im Januarheft veröffentlicht.

## AMTLICHES

### Ergebnis der Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer vom 5. bis 9. bzw. 10. Dezember 1966

Das amtliche, vom Landeswahlleiter veröffentlichte Ergebnis der Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer wird in diesem Heft 12/1966 des „Bayerischen Ärzteblattes“ bekanntgegeben.

Das Wahlergebnis ist gesondert abgedruckt in der Mitte dieser Nummer beigelegt. Auf diese Bekanntmachung wird hiermit verwiesen.

Poellinger  
Landeswahlleiter

### Approbations- und Bestellungsangelegenheiten

Betr.: Dr. med. Eike Hagen Kipka, geb. am 14. 1. 1937, wohnhaft in Fürstenfeldbruck, Heimstättenstr. 35.

Der obengenannte Arzt hat beim Hessischen Minister für Arbeit, Volkswohlfahrt und Gesundheitswesen glaubhaft nachgewiesen, daß die ihm am 7. 4. 1965 unter Nr. 181/65 A. Best. mit Geltung vom 31. 3. 1965 erteilte Urkunde der Bestallung als Arzt in Verlust geraten ist. Diese Urkunde wurde von dem genannten Ministerium für ungültig erklärt.

Herr Dr. Kipka hat am 9. 5. 1966 unter Nr. 27/66 A. Best. eine Zweltschrift der Bestallung erhalten.

Betr.: Dr. med. David Fleischmann, geb. 3. 11. 1924, wohnhaft in Düsseldorf, Bittweg 129.

Die Ärztekammer Nordrhein teilte uns unter dem 25. 10. 1966 mit, daß auf Antrag des obengenannten Arztes das Verwaltungsgericht in Düsseldorf durch Beschluß vom 12. 10. 1966 die sofortige Vollziehbarkeit der auf Rücknahme der ärztlichen Bestallung lautenden

Verfügung des Regierungspräsidenten in Düsseldorf vom 23. 8. 1966 (vgl. unser Rundschreiben vom 9. 9. 1966) aufgehoben hat.

Vorläufig darf Dr. Fleischmann also weiter eine ärztliche Tätigkeit ausüben, bis das Gericht über den von Herrn Dr. Fleischmann eingelegten Widerspruch gegen die Rücknahme der Bestallung entschieden hat.

### Verzicht auf die Bestallung als Arzt

Betr.: Dr. med. Walter Olschewsky, geb. am 17. 10. 1895 in Mohrungen, wohnhaft in Ginsheim/Rh., Goethestraße 11.

Der Hessische Minister für Arbeit, Volkswohlfahrt und Gesundheitswesen in Wiesbaden teilte folgendes mit: „Nach einer Mitteilung des Regierungspräsidenten in Darmstadt hat der obengenannte Arzt schriftlich auf die Bestallung als Arzt verzichtet und die am 9. 6. 1953 vom Sozialminister des Landes Nordrhein-Westfalen ausgestellte ‚Ersatzbestallung‘ zurückgegeben. Die Urkunde befindet sich bei meinen Akten.“

Nachdem der Verzicht gemäß § 9 der Bundesärzteordnung vom 2. 10. 1961 (BGBl. I S. 1857) wirksam ist, ist Dr. Olschewsky nicht mehr zur Ausübung des ärztlichen Berufs und Führung der Berufsbezeichnung ‚Arzt‘ berechtigt. Mein Rundschreiben vom 12. 5. 1964 ist gegenstandslos geworden.“

### Entzug der Bestallung als Arzt

Betr.: Dr. med. Baumkötter, Münster.  
Der Innenminister des Landes Nordrhein-Westfalen in Düsseldorf teilte folgendes mit:

„Mit Verfügung vom 29. 8. 1963 hat der Regierungspräsident in Münster die Bestallung des Dr. Baum-

kötter zurückgenommen. Nach erfolglosem Widerspruch hatte Dr. Baumkötter hiergegen Klage vor dem Verwaltungsgericht erhoben. Mit Schriftsatz vom 8. 8. 1966 hat Dr. Baumkötter die Klage zurückgenommen, und das Verwaltungsgericht hat daraufhin mit Beschluß vom 11. 8. 1966 das Verfahren eingestellt.

Die Verfügung des Regierungspräsidenten in Münster vom 29. 8. 1963 ist damit unanfechtbar geworden."

Betr.: Dr. Werner Himmelmreich, geb. 25. 5. 1903 in Köln, Köln, Luxemburger Straße 88.

Nach einer Mitteilung der Ärztekammer Nordrhein vom 14. 10. 1966 ist die gegen die Entziehung der ärztlichen Bestallung erhobene Klage durch Urteil des Obergerichtes in Münster vom 17. 3. 1966 rechtskräftig abgewiesen worden.

Betr.: Dr. Horst Johannesmeier, geb. 17. 10. 1922, wohnhaft in Schonach/Schwarzwald.

Durch unser Rundschreiben vom 19. 10. 1965 unterrichteten wir Sie davon, daß die Bestallung des Obengenannten als Arzt durch das Regierungspräsidium Wiesbaden am 19. 4. 1963 zurückgenommen worden ist und daß durch rechtskräftigen Entscheid des Verwaltungsgerichtshofes in Mannheim vom 26. 7. 1965 der sofortige Vollzug angeordnet wurde.

Nunmehr teilt die Bezirksärztekammer Südbaden unter dem 8. 11. 1966 mit, daß Dr. Johannesmeier seine Klage gegen den Entzug der Approbation zurückgenommen hat. Damit ist ihm die Approbation rechtskräftig entzogen.

Betr.: Früheren Arzt Johannes Schneider, geb. 15. 6. 1884, Köln.

Nach einer Mitteilung der Ärztekammer Nordrhein vom 11. 11. 1966 hat das Obergericht für das Land Nordrhein-Westfalen die Berufung des Obengenannten gegen das Urteil des Verwaltungsgerichts Düsseldorf vom 24. 5. 1963, das seine Klage abgewiesen hatte, zurückgewiesen und die Revision dagegen nicht zugelassen.

Somit ist das erstinstanzliche Urteil rechtskräftig geworden. Es handelt sich um die von dem früheren Arzt Johannes Schneider erhobene Anfechtungsklage gegen den Innenminister des Landes Nordrhein-Westfalen, der seinen Antrag auf Wiedererteilung der Bestallung als Arzt abgelehnt hatte.

Betr.: Axel Bruno Wilhelm, geb. am 21. 10. 1905 in Berlin.

Mit Verfügung vom 10. 1. 1966 hat der Regierungspräsident in Wiesbaden die Bestallung als Arzt des Herrn Axel Bruno Wilhelm gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2 in Verbindung mit § 3 Abs. 1 Nr. 2 und 3 der Bundesärzteordnung vom 2. 10. 1961 (BGBl. I. S. 1857) zurück-

genommen. Die Verfügung ist inzwischen rechtskräftig geworden und Wilhelm nicht mehr zur Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigt.

#### Ruhen der Bestallung als Arzt

Betr.: Dr. med. Wolfgang Dannenberg, geb. am 7. 12. 1909 in Chrenowka.

Der Hessische Minister für Arbeit, Volkswohlfahrt und Gesundheitswesen teilte folgendes mit:

„Mit Verfügung vom 3. 5. 1968 hat der Regierungspräsident in Darmstadt das Ruhen der Bestallung des Dr. med. Wolfgang Dannenberg gemäß § 6 Abs. 1 der Bundesärzteordnung vom 2. 10. 1961 (BGBl. I S. 1857) verfügt und den sofortigen Vollzug der Verfügung angeordnet. Die Verfügung ist inzwischen rechtskräftig geworden. Dr. Dannenberg ist folglich nicht mehr zur Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigt.“

Betr.: Dr. med. Heinz Eduard Karl Ditter, geb. am 5. 6. 1923 in Hagen-Vorhalle, wohnhaft in Limburg/L., Werner-Senger-Straße 12.

Der Hessische Minister für Arbeit, Volkswohlfahrt und Gesundheitswesen in Wiesbaden teilte am 11. 8. 1966 folgendes mit:

„Mit Verfügung vom 4. 8. 1965 hat der Regierungspräsident in Wiesbaden gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 2 i. V. mit § 3 Abs. 1 Nr. 4 der Bundesärzteordnung vom 2. 10. 1961 (BGBl. I S. 1857) das Ruhen der Bestallung des obengenannten Arztes angeordnet. Die Verfügung ist inzwischen rechtskräftig geworden und Dr. Ditter nicht mehr zur Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigt.“

Betr.: Dr. med. Eyring, geb. am 14. 1. 1904 in Wiesbaden, wohnhaft in Wiesbaden-Sonnenberg, Danziger Straße 56.

Der Hessische Minister für Arbeit, Volkswohlfahrt und Gesundheitswesen teilte am 11. 8. 1966 folgendes mit:

„Mit Verfügung vom 4. 8. 1965 hat der Regierungspräsident in Wiesbaden gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 der Bundesärzteordnung vom 2. 10. 1961 (BGBl. I S. 1857) das Ruhen der Bestallung des obengenannten Arztes verfügt und die sofortige Vollziehung der Verfügung angeordnet. Die Verfügung ist rechtskräftig und Dr. Eyring nicht zur Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigt.“

Betr.: Dr. med. Ingeborg Laschet, geb. Schumacher, geb. am 20. 5. 1916 in Aachen, wohnhaft in Bad Hersfeld, Lüderitzstr. 22, z. Z. Psychiatrisches Krankenhaus in Marburg/Lahn.

Der Hessische Minister für Arbeit, Volkswohlfahrt und Gesundheitswesen in Wiesbaden teilte am 7. 7. 1966 folgendes mit:

„Mit Verfügung vom 29. 6. 1966 hat der Regierungspräsident in Kassel das Ruhen der Bestallung der

RECORSAN

-HERZSALBE

Jetzt noch wirtschaftlicher:

30 g DM 2,70 o.U.

- Gesellschaften Gräffling und Lüneburg

obengenannten Ärztin gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 2 der Bundesärzteordnung vom 2. 10. 1961 (BGBl. I S. 1857) verfügt und die sofortige Vollziehung der Verfügung angeordnet. Frau Dr. Laschet ist somit nicht mehr zur Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigt.“

Betr.: Dr. med. Hans Carl Otto, geb. am 2. 2. 1899 in Maliss (Mecklenburg).

Die Gesundheitsbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg teilte am 23. 5. 1966 folgendes mit:

„Mit Verfügung vom 10. 3. 1966 hat die Gesundheitsbehörde aufgrund § 6 Abs. 1 Nr. 2 der Bundesärzteordnung vom 2. 10. 1961 das Ruhen der Bestallung als Arzt angeordnet.

Die Verfügung ist seit dem 16. 4. 1966 unanfechtbar.“

Betr.: Dr. med. Ilse Regel, geb. 29. 7. 1919, wohnhaft Berlin 45, Viktoriastraße 1a.

Nach einer Mitteilung der Ärztekammer Berlin vom 3. 10. 1966 hat der Berliner Senator für Gesundheitswesen aufgrund des § 6 Abs. 1 Ziff. 2 in Verbindung mit § 3 Abs. 1 Ziff. 4 der Bundesärzteordnung das Ruhen der Bestallung der Obengenannten als Arzt und gemäß § 80 Abs. 2 Ziff. 4 der Verwaltungsgerichtsordnung die sofortige Vollziehung angeordnet.

Betr.: Dr. Dorothea Sawitzki, geb. 14. 2. 1921, wohnhaft Berlin 37, Sachtlebenstraße 29 a.

Nach einer Mitteilung der Ärztekammer Berlin vom 3. 10. 1966 hat der Berliner Senator für Gesundheitswesen aufgrund des § 6 Abs. 1 Ziff. 2 in Verbindung mit § 3 Abs. 1 Ziff. 4 der Bundesärzteordnung das Ruhen der Bestallung der Obengenannten als Arzt und gemäß § 80 Abs. 2 Ziff. 4 der Verwaltungsgerichtsordnung die sofortige Vollziehung angeordnet.

Betr.: Dr. med. Wolfgang Schäfer, geb. am 25. 10. 1913, wohnhaft in Bonn, Weberstr. 12.

„Der Regierungspräsident in Köln hat durch inzwischen unanfechtbar gewordene Verfügung vom 19. 4. 1966 das Ruhen der ärztlichen Bestallung des Obengenannten angeordnet.“

Betr.: Dr. med. Hans-Georg Schulz, geb. am 8. 10. 1924 in Bomst.

Die Gesundheitsbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg teilte folgendes mit:

„Mit Verfügung vom 2. 8. 1966 hat die Gesundheitsbehörde aufgrund § 6 Absatz 1 Ziffer 2 der Bundesärzteordnung vom 2. 10. 1961 das Ruhen der Bestallung als Arzt angeordnet.

Die Verfügung ist seit dem 12. 9. 1966 unanfechtbar.“

Betr.: Frau Dr. med. Hanna Isrun Wolff-Roßbach, geb. am 14. 10. 1913 in Göttingen, wohnhaft in Eschwege, Vor dem Berg 2.

Der Hessische Minister für Arbeit, Volkswohlfahrt und Gesundheitswesen in Wiesbaden teilte folgendes mit: „Der Regierungspräsident in Kassel hat unter dem 10. 2. 1966 verfügt, daß die Bestallung der obengenannten Ärztin gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 3 der Bundesärzteordnung vom 2. 10. 1961 (BGBl. I S. 1857) ruht. Die sofortige Vollziehung der Verfügung ist nunmehr rechtskräftig geworden. Frau Dr. Wolff-Roßbach ist nicht mehr zur Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigt.“

#### Wiedererteilung der Bestallung als Arzt

Betr.: Friedrich Franz Botens, geb. 8. 11. 1920 in Partenheim, wohnhaft in Partenheim, Hintergasse 15.

Das Ministerium des Innern von Rheinland-Pfalz gab am 20. 6. 1966 bekannt, daß die durch rechtskräftige Verfügung vom 4. 7. 1955 (Az. 721—05/1) zurückgenommene Bestallung als Arzt Herrn Friedrich Franz Botens am 6. 6. 1966 wieder erteilt worden ist.

Betr.: Dr. med. Hans-Günter Burgemeister, geb. am 21. 11. 1919 in Hamburg, wohnhaft Bremen, Meyerstraße 144.

Wie uns das Bayerische Staatsministerium des Innern unter dem 8. 8. 1966 mitteilte, hat der Senator für Gesundheitswesen in Bremen die durch Verfügung vom 2. 4. 1965 getroffene Anordnung, daß die Befugnis des Obengenannten zur Ausführung des ärztlichen Berufes ruht, durch Verfügung vom 31. 7. 1966 aufgehoben. Herr Dr. Burgemeister ist damit wieder zur Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigt.

Betr.: Dr. med. Adolf Heinmüller, geb. 9. 12. 1918 in Freudenburg/Westf.

Die Verfügung der Gesundheitsbehörde vom 6. 10. 1955, mit der das Ruhen der Bestallung als Arzt gemäß § 7 der Reichsärzteordnung vom 13. 12. 1935 angeordnet worden war, wurde am 19. 7. 1966 gemäß § 6 Abs. 2 der Bundesärzteordnung vom 2. 10. 1961 aufgehoben.

Betr.: Antrag des Rudolf Herrmann, Hemau, auf Wiedererteilung der Bestallung als Arzt.

Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat Herrn Rudolf Herrmann, Hemau, am 4. 4. 1966 gemäß § 8 Abs. 1 BÄO eine neue Bestallung erteilt, die durch Bescheid der Regierung der Oberpfalz vom 30. 5. 1962 zurückgenommen worden war.

Betr.: Dr. med. Walter Jelinghoff, geb. am 31. 8. 1909, wohnhaft in Oberhausen, Falkensteinstr. 30.

Nach einer Mitteilung der Ärztekammer Nordrhein vom 23. 5. 1968 hat der Regierungspräsident in Düssel-

**Optaraktyl®**

20 Dragées DM 1,95  
50 Dragées DM 4,40

gegen  
**Angst  
und  
Unruhe**

Dr. Schertl GmbH  
Euphorta  
München 15



dorf seine Verfügung vom 28. 7. 1965, durch die das Ruhen der ärztlichen Bestallung des obengenannten Arztes angeordnet worden war, am 31. 1. 1966 aufgehoben. Herr Dr. Jellinghoff ist damit wieder zur Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigt.

Betr.: Dr. med. Ursula Meintrup, geb. 13. 12. 1925 in Stettin, wohnhaft: Hamburg 62, Ahlfeld 6.

Die Gesundheitsbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg teilte am 14. 10. 1966 folgendes mit:

„Die Verfügung der Gesundheitsbehörde vom 29. 6. 1965, mit der das Ruhen der Bestallung als Arzt gem. § 8 Abs. 1 Nr. 2 der Bundesärzteordnung vom 2. 10. 1961 (BÄO) angeordnet worden war, wurde am 11. 10. 1966 gem. § 6 Abs. 2 BÄO aufgehoben.“

Betr.: Dr. med. Arthur Zeuner, wohnhaft in Heidelberg-Kirchheim, Gleiwitzer Straße 14.

Wie uns die Landesärztekammer Baden-Württemberg unter dem 17. 8. 1966 mitteilte, hat das Innenministerium Baden-Württemberg die durch Verfügung des Regierungspräsidenten in Köln vom 5. 9. 1958 getroffene Anordnung, daß die Befugnis des Obengenannten zur Ausübung des ärztlichen Berufes ruht, durch Verfügung vom 15. 8. 1966 gemäß § 6 Abs. 2 der Bundesärzteordnung aufgehoben. Herr Dr. Zeuner ist damit wieder zur Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigt.

### Warnung

Betr.: Italienischer Arzt Antonio Careri, geb. 20. 12. 1896.

Die Ärztekammer Westfalen-Lippe teilte unter dem 6. 6. 1966 folgendes mit:

„Der Innenminister des Landes Nordrhein-Westfalen teilte der Ärztekammer Westfalen-Lippe mit, daß er die erteilte Berufsausübungsgenehmigung nach § 10 der Bundesärzteordnung für Herrn Antonio Careri, der im Sanatorium Auf der Hoheleye tätig war, widerrufen habe, da das Landeskriminalamt mitteilte, daß dieser italienische Arzt wegen Betruges und Veruntreuung in Italien, Belgien und Frankreich straffällig geworden ist.“

Betr.: Arzt Wolfgang Drolshagen, 6250 Limburg/Lahn, Grabenstraße 11.

Die Landesärztekammer Hessen teilte am 19. 8. 1966 folgendes mit:

„Wir fühlen uns verpflichtet, Sie darauf aufmerksam zu machen, daß es u. E. nicht vertreten werden kann, den im Betreff genannten Arzt für Vertretungen zu vermitteln.“

Der Kollege scheint weiterhin an einer kombinierten BTM-Alkoholsucht zu leiden.“

Das Bayerische Verwaltungsgericht München hat die Klage, die Dr. Savov gegen die Verweigerung der Erteilung einer Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes erhoben hat, aufgrund mündlicher Verhandlung am 21. 3. 1966 abgewiesen.

Dr. Sava Savov, 8 München 90, Freibadstraße 1, ist danach nicht berechtigt, ärztliche Tätigkeit auszuüben. Dr. Savov, der sich als „Krebsforscher“ bezeichnet, hält an verschiedenen Orten der Bundesrepublik Sprechstunden ab, wobei er überwiegend an bösartigen Geschwulsten leidende Personen untersucht und Medikamente aushändigt, ohne im Besitze einer Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes zu sein.

## MITTEILUNGEN

### Carl Gabler 75 Jahre

Carl Gabler, Gründer und Seniorchef der Carl Gabler Werbegesellschaft mbH, beging am 18. 11. 1966 seinen 75. Geburtstag.

Seit dem Beginn seiner Berufslaufbahn im Jahre 1911 in der Schweiz blickt Carl Gabler heute auf mehr als ein halbes Jahrhundert erfolgreicher Mitarbeit an der Entwicklung der Wirtschaftswerbung zu ihrer heutigen Bedeutung zurück.

Er gehörte zunächst einem großen Schweizer Werbeunternehmen an, das ihm schon nach vier Jahren die Leitung der Baseler Niederlassung übertrug. Nach weiteren vier Jahren erfolgreicher Tätigkeit auch in Frankreich und Italien kehrte Carl Gabler in seine Heimatstadt München zurück, um hier im Hause Rudolf Mosse als Nachfolger seines Vaters eine leitende Funktion zu übernehmen.

Er schuf im Laufe der Jahre in seinem Unternehmen die kaufmännischen, wissenschaftlichen, technischen und vor allem die kreativen Einrichtungen, wie sie eine marktorientierte Werbeagentur internationalen Standards in unserer absatzorientierten Wirtschaft braucht.

Seit Wiedererscheinen des „Bayerischen Ärzteblattes“ nach dem Kriege (1946) hat die Anzeigenverwaltung die Firma C. Gabler bzw. die aus ihr hervorgegangene ATLAS Verlag und Werbung GmbH.



### Gynäkologische Abteilung im Krankenhaus Schwabing

Nach 2jähriger Bauzeit wurde im Krankenhaus Schwabing eine gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung in Betrieb genommen. Sie verfügt über 120 Krankbetten, davon 60 Betten für Geburtshilfe. Geleitet wird die neu errichtete Abteilung von Chefarzt Dr. med. Heinz KELLER.

Die gynäkologische Station ist im Krankentbau 7 untergebracht. Die Erweiterung und Anpassung dieses Baues an die Bedürfnisse der modernen Medizin erforderte einen Aufwand von 3 Millionen DM. Der gynäkologischen Station sind eine Beratungsstelle für werdende Mütter mit allen einschlägigen Untersuchungsmöglichkeiten und ein eigener Gymnastiksaal für Vorbereitungskurse auf die Geburt angegliedert.

Die gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung ist eine wichtige Ergänzung des Schwerpunktkrankenhauses München-Schwabing.

**Nutzen Sie die Vorteile**

**unseres Gruppenversicherungsvertrages**

**mit der Vereinigten Krankenversicherung**

(siehe auch Anzeige)

### Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Oktober 1966\*)

(Zusammengestellt auf Grund der Wochenmeldungen)

Mit dem Beginn der kühleren Jahreszeit stieg im Oktober die Häufigkeit an Scharlacherkrankungen deutlich an, nämlich von 67 Fällen je 100 000 der Bevölkerung (auf ein Jahr umgerechnet) im September auf 100 Fälle im Berichtsmonat. Auch in den vergangenen Jahren traten Scharlachfälle jeweils im Oktober verstärkt auf. An Diphtherie und an übertragbarer

Hirnhautentzündung erkrankten dagegen etwas weniger Personen als im Vormonat.

Fälle von Typhus, Paratyphus und bakterieller Ruhr wurden im Berichtsmonat nur mehr selten gemeldet. Demgegenüber hat sich die Erkrankungshäufigkeit an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) und auch an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) noch leicht erhöht.

### Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 2. bis 29. Oktober 1966 (Vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9	
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare						Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)			
					Kinderjähmung		Hirnhautentzündung		Gehirnentzündung									
					der. parat. Fälle		Meningokokken Meningitis		übrige Formen									
E <sup>1)</sup> ST <sup>2)</sup>		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	2	—	252	—	—	—	—	—	13	—	—	—	3	—	1	—	9	—
Niederbayern	4	1	49	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Oberpfalz	—	—	59	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—
Oberfranken	1	—	120	—	—	—	—	—	8	1	—	—	1	—	—	—	1	—
Mittelfranken	—	—	133	—	—	—	7	1	5	—	—	—	1	—	5	—	1	—
Unterfranken	1	—	71	—	—	—	1	—	12	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Schwaben	—	—	100	—	—	—	4	1	10	—	2	—	—	—	—	—	5	—
Bayern	8	1	784	—	—	—	13	2	49	1	2	—	5	1	7	—	19	—
München	2	—	119	—	—	—	—	—	8	—	—	—	3	—	—	—	8	—
Nürnberg	—	—	39	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Augsburg	—	—	8	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—
Regensburg	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Würzburg	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Gebiet	10		11		12		13		14		15		16		17		18	
	Enteritis infectiosa				Botulismus		Hepatitis infectiosa		Ornithose (übrige Formen)		Verdachtsfälle von Tollwut <sup>3)</sup>		Bang'sche Krankheit		Feldfieber		Wundstarrkrampf	
	Salmonellose		übrige Formen															
	E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	250	2	—	—	—	—	103	1	—	—	24	—	—	—	1	—	1	—
Niederbayern	18	—	1	—	—	—	46	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Oberpfalz	36	—	—	—	—	—	38	1	—	—	39	—	—	—	—	—	—	—
Oberfranken	1	—	1	—	—	—	42	—	1	—	25	—	1	—	—	—	—	—
Mittelfranken	8	—	1	—	—	—	37	—	—	—	5	—	—	—	—	—	1	1
Unterfranken	18	—	—	—	—	—	47	—	1	—	5	—	3	—	1	—	—	—
Schwaben	15	—	—	—	—	—	24	—	—	—	28	—	—	—	1	—	—	—
Bayern	346	2	3	—	—	—	335	2	2	—	124	—	5	—	3	—	2	1
München	170	2	—	—	—	—	56	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	2	—	—	—	—	—	19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	1	—	—	—	—	—	6	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	3	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

\*) 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.

### Mütter-Genesungskuren

In der heutigen Gesellschaft mit ihren vielfältigen Anforderungen und Konfliktmöglichkeiten ist die Mutter besonders belastet. Häufig führt dies zu körperlichen und seelischen Erschöpfungszuständen, die spezifische gesundheitliche Hilfen notwendig machen.

Vor jedem anderen Erholungsaufenthalt ist der Kur in einem Mütter-Genesungsheim der Vorzug zu geben, weil die Mütter hier in Ergänzung der medizinischen Hilfen Information, Beratung und Anregungen zur besseren Bewältigung ihrer Aufgaben in der Familie finden. Daher ist die Auswahl von Müttern sowohl nach gesundheitlichen wie nach sozialen oder familienpädagogischen Gesichtspunkten möglich; es können Mütter aus verschiedenen Einkommens- und Bildungsschichten für eine Mütter-Genesungskur vorgeschlagen werden. Die Einrichtung von Sonderkuren für werdende Mütter, Mütter behinderter Kinder, kinderreiche Mütter, Gehörlose oder Blinde, Frauen suchtkranker Männer usw., bietet die Möglichkeit, gezielt auf Sonderbelastungen einzugehen.

Es gibt zur Zeit im Bundesgebiet 186 anerkannte Mütter-Genesungsheime, darunter 56 Kurheime, z. B. für Herz-, Kreislauf- und Gefäßerkrankungen, Erkrankungen der Atmungsorgane, Verdauungs- und Stoffwechselstörungen, rheumatische Erkrankungen, Veränderungen der Wirbelsäule und Gelenke, die einer physikalischen Behandlung zugänglich sind, Erkrankungen der Nieren und ableitenden Harnwege, Frauenleiden, Drüsenfunktionsstörungen, allergische Erkrankungen und Hautleiden.

Ein Heimverzeichnis mit genauen Angaben aller Indikationen und Gegenindikationen ist von den Träger-Gruppen: Evangelische Arbeitsgemeinschaft für Mütter-Genesungsfürsorge, Katholische Arbeitsgemeinschaft für Müttererholung, Arbeiterwohlfahrt, Deutsches Rotes Kreuz, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband oder bei der Geschäftsstelle des Deutschen Mütter-Genesungswerkes, 8504 Stein über Nürnberg, kostenlos zu beziehen.

#### Anmeldung zu einer Mütter-Genesungskur

Die Anmeldung ist nur über die Träger-Gruppen möglich. Sie sind in den einzelnen Orten, zumindest in den Kreisstädten erreichbar über die Geschäftsstellen der freien Wohlfahrtsverbände (Arbeiterwohlfahrt, Deutsches Rotes Kreuz, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Innere Mission und Caritasverband) und der kirchlichen Frauenarbeiten bzw. über die Pfarrämter. Diese Stellen bereiten die Kur vor, helfen bei der Versorgung der Familie und bei der Kostenregelung (zur Kostendeckung tragen unter bestimmten Voraussetzungen bei: Krankenkassen, Sozialhilfeämter, Landesversicherungsanstalten, Arbeitgeber u. a. m.).

Die Familien dürfen nur insoweit in Anspruch genommen werden, als es für sie zumutbar ist. Wenn



## Helft helfen

durch unsere

Weihnachtssiegelmarken

Komitee zur Wohnraumbeschaffung  
für Tuberkulosekranke in Bayern e.V.  
8 München 27, Holbeinstraße 11

notwendig, übernehmen die Träger-Gruppen mit Hilfe des Mütter-Genesungswerkes die ungedeckten Kosten.

#### Zusammenarbeit mit den Ärzten

Die Gefahr, daß eine Kur zu spät eingeleitet wird, ist gerade bei Müttern sehr groß. Deshalb ist das Mütter-Genesungswerk um gute Zusammenarbeit mit den Ärzten bemüht. Die ärztliche Beurteilung, die neben dem körperlichen Zustand der Mutter auch den psychischen berücksichtigt, ermöglicht die Entscheidung darüber, ob eine Mütter-Genesungskur die geeignete Hilfe darstellt.

Für Mütter, die bettlägerig oder psychisch krank sind, kommen Mütter-Genesungskuren nicht in Frage. Da sich die Mütter-Genesungsfürsorge an Frauen in voller Familienverantwortung wendet, sollten für alleinstehende oder alte Menschen andere Erholungsmöglichkeiten wahrgenommen werden.

Die Auswahl des Heimes durch die Entsendestelle richtet sich nach dem Gutachten des Arztes und seinen Kurvorschlägen. Für die öffentlichen Sozialleistungsträger, die Zuschüsse zu Kuren in anerkannten Mütter-Genesungsheimen geben, ist es wichtig, daß aus der ärztlichen Beurteilung die Ursache der Erholungs- bzw. Kurbedürftigkeit und das Ziel der Maßnahme (z. B. Verhütung einer erkennbar drohenden Erkrankung, Genesung, Besserung, Linderung von Krankheitsfolgen, Erhaltung, Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit) klar hervorgehen.

Das ärztliche Attest wird vertraulich behandelt.

#### Das Mütter-Genesungsheim

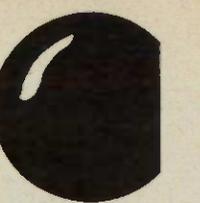
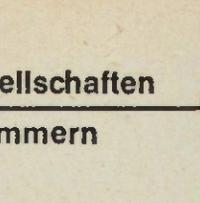
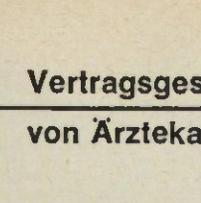
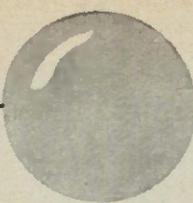
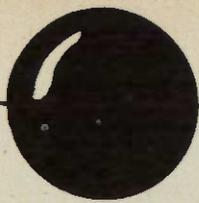
Die ärztliche Aufsicht und Mitarbeit im Mütter-Genesungsheim ist gesichert. Hierzu gehören insbesondere Anfangs- und Schlußuntersuchungen. Alle ärztlichen Verordnungen, wie z. B. Diäten, Bäder, Trinkkuren, spezielle Bewegungsübungen, leichte Kneippanwendungen usw. werden von geschulten Mitarbeiterinnen durchgeführt bzw. überwacht. Die Kuren dauern in der Regel vier Wochen und haben festgelegte An- und Abreisettermine. Da Winterkuren besonders erfolgreich sind, werden die Häuser das ganze Jahr über belegt. Das Deutsche Mütter-Genesungswerk würde es besonders begrüßen, wenn möglichst viele Ärzte Mütter-Genesungsheime kennenlernten. Die Gelegenheit zu solchen Besuchen wird gern gegeben.

Auch bei

# Mykosen=Jacosulfon

ungt.  
pulv.

im Wechsel  
auftragen



**VEREINIGTE  
SALUS**

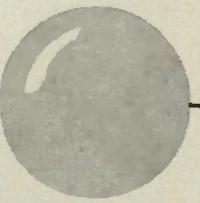
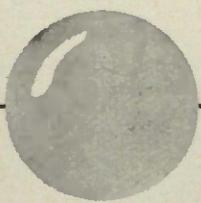
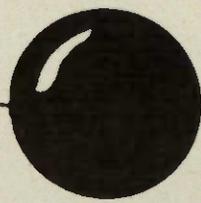
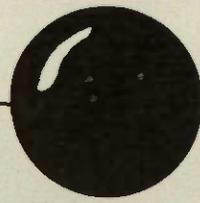
**Vertragsgesellschaften  
von Ärztekammern**

Bezirksärztekammer  
Südwestfalen-Lippe

Bayerische  
Landesärztekammer

Ärztekammer  
Niedersachsen

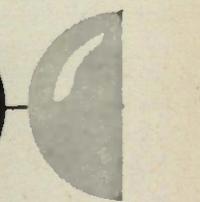
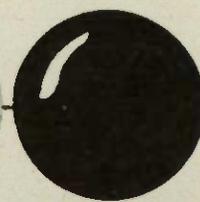
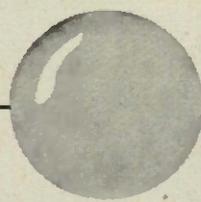
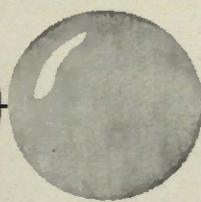
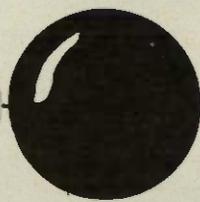
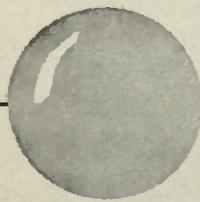
Bezirksärztekammer  
Nordrhein-Westfalen



Landesärztekammer Rheinland-Pfalz:  
Bezirksvereinigung Koblenz-Montabaur, Pfalz, Trier

Bezirksärztekammer  
Südwestfalen-Lippe

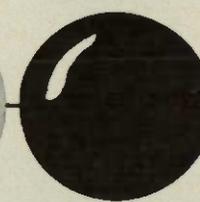
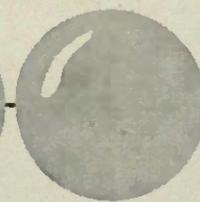
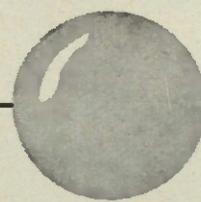
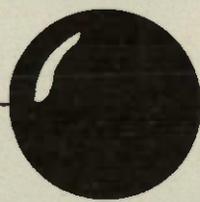
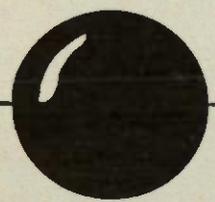
Ärztekammer  
Bremen



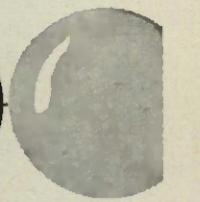
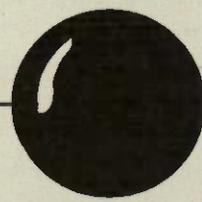
Landesärztekammer  
Hessen

Bezirksärztekammer  
Nordrhein-Westfalen

Kassenärztliche Vereinigung  
Schleswig-Holstein



## Ein Gruppenversicherungsvertrag mit der Vereinigten:



### Der Vorteil läßt sich leicht errechnen

Bei Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag sind die Prämien für den Arzt bis zu 25 % niedriger als in der Einzelversicherung.

Einige weitere Vorteile: Wartezeiten entfallen, Vorerkrankungen sind mitversichert – Versicherungsleistungen auch beim Kuraufenthalt, bei Erkrankungen im Ausland, bei Berufs- und Sportunfällen.

Für jedes Kalenderjahr, in dem kein Tagegeld beansprucht wird, erfolgt hohe Prämienrückgewähr.

Die VEREINIGTE und ihre Tochtergesellschaft SALUS können auf jahrzehntelange Erfahrung in der Ärzteversicherung zurückblicken. Die Gruppenversicherungen umfassen:

- Krankentagegeld, abgestimmt auf den individuellen, unterschiedlichen Bedarf des niedergelassenen und angestellten Arztes
- Krankenhaustagegeld für den niedergelassenen und angestellten Arzt
- Krankenhauskostensatz für die Familienangehörigen des Arztes



**VEREINIGTE KRANKENVERSICHERUNG A.G.**  
Generaldirektion · 8000 München 23 · Leopoldstraße 24

## Dringlich zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern Oberbayern

**Hiigertshausen, Lkr. Aichach:** 1 Allgemeinpraktiker

Hiigertshausen ist alter Arztsitz mit gesichertem Einkommen und einem größeren Einzugsgebiet. Ein Einfamilienhaus mit Praxisräumen steht zur Verfügung.

**Prutting, Lkr. Rosenheim:** 1 Allgemeinpraktiker

## Niederbayern

**Essenbach, Lkr. Landshut:** 1 Allgemeinpraktiker

Essenbach liegt 10 Kilometer von Landshut entfernt an der Bundesstraße 15 mit Omnibusverbindung nach Landshut. Essenbach hat rund 1500 Einwohner, dazu ein weiteres Einzugsgebiet von etwa 2800 Einwohnern. Die Gemeinde Essenbach hält zur Zeit eine 7-Zimmer-Wohnung mit 2 Bädern, Keller und Gartenanteil sowie 2 Garagen reserviert.

**Mauth (Bayer. Wald):** 1 Allgemeinpraktiker

Die in Mauth frei gewordene Stelle eines Praktischen Arztes ist dringend zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in diesem Gebiet zu besetzen. Der Ort Mauth selbst hat 1500 Einwohner. Im gesamten Einzugsgebiet sind 3000 Einwohner zu versorgen. Wohn- und Praxisräume stehen zur Verfügung. Mauth liegt in der Nähe von Freyung. Der Sonntagsdienst wird zusammen mit den in Freyung niedergelassenen Kollegen geregelt. Das Einzugsgebiet bietet eine ausgezeichnete Existenz für den Bewerber.

**Wegscheid:** 1 Allgemeinpraktiker

In Wegscheid mit einem Einzugsgebiet von 4000 Einwohnern ist zur Zeit nur ein freipraktizierender Kassenarzt tätig, dazu ein weiterer Kollege, der in seiner Eigenschaft als Chefarzt des Kreiskrankenhauses Wegscheid an der ambulanten kassenärztlichen Versorgung auf dem Fachgebiet Chirurgie auf Überweisungsscheine gem. § 29 ZO-Ärzte beteiligt ist. Die freie Praxis ist vordringlich zu besetzen, da der einzige freipraktizierende Arzt am Ort nicht in der Lage ist, die ambulante Versorgung der im Einzugsgebiet ansässigen Versicherten allein sicherzustellen. Es besteht eine sehr gute Existenzmöglichkeit. Praxisräume und Wohnung vermittelt die Gemeinde Wegscheid.

Bewerbungen bitten wir an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Oberbayern —, 8000 München 23, Königinstraße 85/II, bzw. Niederbayern, 8440 Straubing, Lilienstraße 5—7, zu richten.

## Deutsche Apatheker- und Ärztebank e.G.m.b.H.

### Neue Geschäftsräume für die Zweigstelle München

Bereits seit Jahren ist die Standesbank für die Heilberufe in München vertreten, wo sie im Juli 1966 neue und zweckmäßige Geschäftsräume im Ärztehaus, Briener Straße 21, bezog. Das neue Domizil der Zweigstelle wird von den Kunden deshalb begrüßt, da nunmehr auch im Lande Bayern der Grundsatz der Bank verwirklicht wurde, möglichst in Häusern der Standesorganisation vertreten zu sein.

Der Vorstand der Bank ließ es sich besonders angelegen sein, durch Errichtung von Zweigstellen und Vertretungen in den einzelnen Bundesländern, die hergestellten Kontakte und Geschäftsverbindungen zu festigen, um

damit letztlich die Inanspruchnahme der Dienste der Bank allgemein zu erleichtern. Diese oft auf eine langjährige Entwicklung abgestellte Planung konnte in allen Bundesländern schon nach relativ kurzer Zeit realisiert werden, was in den überdurchschnittlichen Wachstumsraten der vergangenen Jahre deutlich zum Ausdruck kommt. Die Entwicklungszahlen der Bilanzsumme geben das am besten wieder:

1960	54 000 000,— DM
1962	80 000 000,— DM
1964	122 000 000,— DM
30. 9. 1966	rd. 200 000 000,— DM

Durch die so zweckmäßigen und gediegenen Geschäftsräume, die die Zweigstelle München im Ärztehaus in der Briener Straße 21 bezogen hat, wird es dieser unter erleichterten Bedingungen möglich sein, in noch größerem Maße als bisher den Kunden zur Verfügung zu stehen. Es wurde sehr darauf geachtet, daß ausreichend Besprechungszimmer für individuelle Beratungen vorhanden sind. Parkmöglichkeiten sind in einer Tiefgarage im Hause gegeben.

Der Grundsatz, des auf allen Gebieten des Bankwesens tätigen Spezialinstitutes, ihren Geschäftspartnern jederzeit eine besonders leistungsfähige Institution zur Verfügung zu halten, wird immer vorrangige Aufgabe bleiben.

## Um- und Ausbau der Universitätsfrauenklinik in Würzburg

Das Kultusministerium hat den beiden bisher erteilten Bauaufträgen für den Um- und Ausbau der Universitätsfrauenklinik Würzburg einen weiteren Bauauftrag für den Ausbau von strahlensicheren Räumen abgeschlossen. Diese zusätzliche Baumaßnahme, deren Kosten 220 000,— DM betragen, erwies sich für die Aufstellung eines Hartstrahlers als unumgänglich. Die Gesamtkosten für den Um- und Ausbau der Universitätsfrauenklinik haben sich damit auf 800 000,— DM erhöht.

## Gemeinschaftsunternehmen mit Schering Corp. in USA

Farbenfabriken Bayer AG, Leverkusen, und Schering Corporation, Bloomfield, USA, sind übereingekommen, in den Vereinigten Staaten ein Gemeinschaftsunternehmen zu gründen, das den Vertrieb der Bayer-Arzneimittel in den USA übernehmen soll. Die vertraglichen Vereinbarungen über die neue Firma, an der beide Partner zu je fünfzig Prozent beteiligt sind, werden in Kürze unterzeichnet.

Das Gemeinschaftsunternehmen kann die von den Farbenfabriken Bayer entwickelten Arzneimittel erst nach Zulassung durch die amerikanische Registrierungsbehörde (Food & Drug Administration) auf den Markt bringen. Klinische Prüfungen für die ersten Bayer-Präparate haben bereits begonnen.

## Neubau eines Bettenhauses für die HNO-Klinik Erlangen

Das Kultusministerium hat für den Neubau eines Bettenhauses der HNO-Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg Bauauftrag erteilt. Die Gesamtkosten für das Bauvorhaben wurden auf 6 110 000,— DM festgesetzt. Da Abbruch- und Erdarbeiten bereits im Frühjahr d. J. aufgenommen wurden, konnte mit dem Rohbau kürzlich ebenfalls begonnen werden.

### Hilfe zur Weiterführung des Haushalts

Das Bundessozialhilfegesetz regelt in einem eigenen Abschnitt die verschiedenen Hilfen in besonderen Lebenslagen. Eine dieser Hilfen ist u. a. die Hilfe zur Weiterführung des Haushalts. Sinn und Zweck dieser Hilfe ist es, die Weiterführung eines Haushalts dann sicherzustellen, wenn keiner der Haushaltsangehörigen den Haushalt weiterführen kann und die Weiterführung geboten ist. Dies ist in der Regel bei Krankenhausaufenthalt, Kur- oder Erholungsverschickung der Hausfrau der Fall, soweit nicht andere Haushaltsangehörige den Haushalt weiterführen können. Wenn der Ehemann berufstätig ist, wird man nicht verlangen können, daß er deshalb seine Arbeit aufgibt und damit den Unterhalt der Familie gefährdet. Die Hilfe zur Weiterführung des Haushalts soll in der Regel nur vorübergehend gewährt werden. Sie umfaßt alle Formen der persönlichen Hilfe im Rahmen der Haushaltsführung, wie persönliche Betreuung der übrigen Haushaltsangehörigen, Einkaufen, Kochen, Waschen, insbesondere auch Beaufsichtigung und Versorgung der Kinder.

Als Leistungen der Hilfe zur Weiterführung des Haushalts sollen die notwendigen Aufwendungen der Hilfsperson oder die an diese zu zahlende Vergütung ganz oder teilweise gewährt werden. Die Hilfe kann aber auch durch Übernahme der angemessenen Kosten für eine vorübergehende anderweitige Unterbringung von Haushaltsangehörigen gewährt werden, wenn diese Unterbringung in besonderen Fällen neben oder statt der Weiterführung des Haushalts geboten ist. Dies dürfte bei einer vorübergehenden Abwesenheit einer alleinstehenden Mutter mehrerer Kinder dann notwendig sein, wenn sich keine Hilfskraft finden läßt, die den Haushalt weiterführen kann.

Hilfe zur Weiterführung des Haushalts im Rahmen des Bundessozialhilfegesetzes soll dann gewährt werden, wenn das vorhandene Einkommen die erhöhte Einkommensgrenze des Bundessozialhilfegesetzes nicht überschreitet. Diese erhöhte Einkommensgrenze setzt sich zusammen aus einem Grundbetrag in Höhe des doppelten Sozialhilferegelsatzes eines Haushaltsvorstandes (das sind etwa 260 DM), den Kosten der Unterkunft und Familienzuschlägen von 100 DM für den Ehegatten und jede überwiegend unterhaltene Person. Aber auch bei Überschreiten dieser Einkommensgrenze ist noch eine

Hilfegewährung möglich, weil das die Einkommensgrenze übersteigende Einkommen nur in angemessenem Umfang einzusetzen ist. Soweit durch die Heimunterbringung häusliche Einsparungen erzielt werden, können diese vom Sozialhilfeträger berücksichtigt werden. Für die Gewährung der Hilfe zur Weiterführung des Haushalts sind die Sozialämter der Stadt- und Landkreise zuständig. Nachdem es sich bei der Hilfe zur Weiterführung des Haushalts um eine der Hilfen in besonderen Lebenslagen handelt, sind die anfallenden Sozialhilfeleistungen später einmal nicht mehr zurückzahlen, es sei denn, die Hilfe wäre grob fahrlässig oder vorsätzlich herbeigeführt worden. -alpe-

### Richtfest für die Krankenpflegeschule mit Wohnheim für Schwestern und Pflegehelferschülerinnen in München-Großhadern

In Anwesenheit des Herrn Staatssekretärs Erwin LAUERBACH fand am 15. 11. 1966 das Richtfest für die Krankenpflegeschule mit Wohnheim statt. Die Krankenpflegeschule wird im Zusammenhang mit dem Neubau der Universitätskliniken in München-Großhadern errichtet. Die Schule erhält Unterrichtsräume für 220 Schülerinnen. Das Wohnhochhaus bietet Wohnmöglichkeit für 160 Schwesternschülerinnen, 20 Pflegehelferschülerinnen und umfaßt 9 Lehrschwester-Appartements und 1 Appartement für die leitende Oberschwester.

Die Schule ist als Internat gebaut und gliedert sich in 2 Teile, einen rechteckigen erdgeschossigen Flachbau für die eigentliche Schule und ein neungeschossiges quadratisches Hochhaus für die Wohn- und Schlafräume der SchülerInnen und der Lehrschwester. Das Wohnheim hat eine Grundfläche von 23×23 m, ist ca. 35 m hoch und enthält 90 Zweibettzimmer für die Schülerinnen und pro Geschoß ein Lehrschwester-Appartement.

Im Erdgeschoß des Flachbaues befinden sich 7 Unterrichtsräume, die Dienstzimmer für Lehrschwester und Oberin und die Eingangshalle; im Untergeschoß ist eine für 200 Personen angelegte Küche, die später als Lehrküche und Diätküche verwendet wird, sowie ein Gymnastik- und Speisesaal. Der Speisesaal dient auch innerbetrieblichen Veranstaltungen der Schule.

Außerdem mußte im Untergeschoß eine Trafostation untergebracht werden, die die Stromversorgung für das Medizinische Institut, die Krankenpflegeschule, das Bauleitungsgebäude einschließlich der Außenanlagen gewährleistet.

Das gesamte Bauvorhaben wurde schlüsselfertig pauschal vergeben. Um die Bauzeit so kurz als möglich zu halten, wurde für das Hochhaus eine Fertig- bzw. Halbfertigbauweise gefordert. Der Schulfachbau ist eine Stahlbetonmischbauweise. Die gesamte Bauerstellung liegt in den Händen der Arge Riepl-Radmer, München. Diese Firmengemeinschaft ist bei der Öffentlichen Ausschreibung als Mindestbieter hervorgegangen.

Mit den Bauarbeiten wurde am 1. 3. 1966 begonnen. Die Bauzeit bis zur schlüsselfertigen Übergabe soll insgesamt 18 Monate betragen.

Die Kosten für die Fertigstellung der Schule sind auf 7 360 000 DM angesetzt.

**Bitte beachten Sie den**

**Weihnachtsaufruf**

der ärztlichen Organisation  
für die Stiftung

**„Ärzte helfen Ärzten“**

## BUCHBESPRECHUNGEN

W. NUGEL: „Der neue Struwwelpeter“. 19 Seiten und zahlreiche Abb., Verlag: Dr. W. Nugel, München, 1964, Preis 4,80 DM.

Mit dem „alten“ Struwwelpeter wird sich der „neue Struwwelpeter“ nicht vergleichen wollen. Dennoch kann dieses gut gemeinte Heft mit einprägsamen Versen Buben und Mädel vor den Gefahren warnen, von denen sie in unserer Zeit umgeben sind. Die zahlreichen Zeichnungen, die mit Buntstiften ausgemalt werden können, unterstützen den gewünschten Zweck.

Dr. med. H. IMMICH: „Klinischer Diagnoseschlüssel“ (zugleich erweiterte deutsche Fassung der achten Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten). 924 Seiten, Kunststoff, 78,— DM. F. Schattauer Verlag, Stuttgart, 1966.

Statistische Erhebungen über die Häufigkeit von Krankheiten, ihre Verteilung über bestimmte Lebensabschnitte oder ihren Ausgang bedürfen einer fortlaufenden Erfassung aller Einzelfälle. Allein schon das Wiederfinden bestimmter Krankenunterlagen in bezug auf die Diagnosen, um etwa Therapievergleiche durchzuführen oder um klinische Daten zu sammeln u. v. m., benötigt die Vorarbeit der Registrierung. Bei der Auswertung zahlenmäßig großen Materials sind heute zu dem mindestens Lochkarten unentbehrlich.

Voraussetzung für alle diese hier nur angedeuteten Belange ist eine Verschlüsselung der Diagnosen. Hierfür stand bislang ein dreistelliges Zahlenverzeichnis zur Verfügung, das im wesentlichen nur einer groben Statistik von Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen gerecht wurde. (Die Verschlüsselung nach der Dezimalklassifikation ist für solche Zwecke zu unständlich.) Es ist das große Verdienst von H. IMMICH, auf Anregung des Arbeitsausschusses Medizin in der Deutschen Gesellschaft für Dokumentation in minutiöser Kleinarbeit einen Diagnoseschlüssel zusammengestellt zu haben, der mit fünfstelliger Zahlengruppe wirklich den Anforderungen einer Diagnosedokumentation aller klinischen Fachgebiete gerecht wird. Zudem besitzt das aufgestellte System genügend Spleiraum, um auch weiterhin neue Begriffe einzuordnen. Die Schlüsselzahlen eignen sich sowohl für eine Dokumentation auf Maschinen- oder Randlochkarten als auch mittels Magnetband und verwandten Systemen. Das nun vorliegende Verzeichnis wurde einerseits alphabetisch, andererseits nach der Systematik übersichtlich geordnet. Ferner wurde auch die Zusammenstellung der Internationalen Klassifikation mit aufgenommen, so daß beide Systeme vergleichbar sind.

Nunmehr ist eine einheitliche Diagnosenverschlüsselung im deutschen Sprachgebiet möglich und es ist zu hoffen, daß die in den letzten Jahren aufgestellten Provisorien — teilweise dienten sie als Arbeitsunterlage für den neuen Schlüssel — rasch beiseite gelegt werden. Für den täglichen Gebrauch wird man mit dem alphabetischen Krankheitenverzeichnis auskommen. Es wäre allerdings wünschenswert, wenn dieser Teil als eigener Band in entsprechend haltbarer Aufmachung herausgegeben würde. Als hauptsächlichliche Interessenten einer Dokumentation sind nicht nur Gesundheitsbehörden, wissenschaftliche Institute, Kliniken und Krankenhäuser zu nennen, sondern auch der praktizierende Arzt dürfte Gewinn an einer Diagnosenverschlüsselung haben, und sei es nur, um in einer ruhigen Stunde Revue passieren zu lassen, welche Krankheiten im Laufe eines Zeitabschnittes am häufigsten in

der Sprechstunde zur Beobachtung kamen. Nebenbei zwingt die Verschlüsselung von Diagnosen zu eindeutigen Entscheidungen und hat somit oft eine wirkungsvollere ärztliche Tätigkeit zur Folge.

Dr. Kautzsch, Chefarzt, München

J. W. ROHEN: „Topographische Anatomie“ (Kurzlehrbuch für Studierende und Ärzte). 268 Seiten, 148 Abbildungen, 9 farbige Tafeln, Leinen, 59 DM. F. K. Schattauer Verlag, Stuttgart, 1966.

Wer eine Anatomieprüfung „alter Art“ hinter sich gebracht hat, d. h. nur nach den lateinischen Namen von Knochenvorsprüngen, nach den Ursprungs- und Ansatzstellen von Muskeln, nach der Reihenfolge von Gefäßabgängen oder Verzweigungen von Nerven gefragt worden ist, der hat meist den Schwur geleistet, nie wieder ein Anatomiebuch in die Hand zu nehmen. Aber schon in den klinischen Vorlesungen bedurfte man immer wieder der anatomischen Information. Und viel mehr noch von dem Moment an, da man die Medizin selbstverantwortlich ausübte. Die Bedeutung der Anatomie für den chirurgisch tätigen Arzt ist klar. Aber auch der Internist stößt immer wieder auf Palpationsbefunde oder Röntgenergebnisse, die ohne Hinzuziehung eines Anatomiebuches nicht zu deuten sind. Schließlich erfordert die immer weiter fortschreitende moderne Punktions- und Injektionstechnik eine sehr eingehende Kenntnis von den räumlichen Beziehungen im Organismus. Ein Anatomieatlas muß daher zur Handbibliothek des Arztes gehören. Das gute alte Anatomiebuch reicht hier allerdings nicht mehr aus. Auch wer vom Studium her noch ein Lehrbuch der topographischen Anatomie besitzt, wird seine aktuellen Fragen meist nicht ausreichend beantwortet finden.

Darum ist es vom Standpunkt des praktizierenden Arztes — vom Studenten sei hier gar nicht erst die Rede — außerordentlich begrüßenswert, wenn ein moderner Anatom ein modernes Buch über die topographische Anatomie vorlegt. Professor ROHEN ist ein Anatom, der es versteht, dem Arzt zu räumlich-bildhaften Vorstellungen zu verhelfen. Er hat das in Publikationen und Vorträgen immer wieder bewiesen. Er besitzt einen ausgesprochenen Blick für das Wesentliche und hat den Mut, weniger Wichtiges wegzulassen. ROHEN kennt die Bedürfnisse der praktischen Medizin und setzt seine Akzente danach. Er weiß auch von der Bedeutung des optischen Engramms und arbeitet daher mit modernen graphischen Mitteln und in einem dem heutigen Geschmack entsprechenden Stil. So erreichen seine Abbildungen — es sind insgesamt 148 — nicht nur Plastik und Aussagekraft, sondern auch ein hohes ästhetisches Niveau. Schließlich kennt der Autor die Zeitnot des Studenten wie des Arztes; aus diesem

### 39. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

vom 17. bis 19. März 1967

Thema: „Angiologie — ein wichtiges Teilgebiet der praktischen Medizin“  
Anfragen und Anmeldungen: Kongreßbüro der „Augsburger Fortbildungskongresse für praktische Medizin“, 8900 Augsburg, Schaezlerstraße 19

Grunde hat er die gesamte Topographie auf 240 Seiten Text und Abbildungen reduziert.

Der Verlag tat ein übriges, indem er das ausgezeichnet ausgestattete Buch mit vielen, großenteils farbigen Reproduktionen zu einem mäßigen Preis anbietet.

Fazit: Ein außergewöhnliches Buch, ein im besten Sinne des Wortes modernes Nachschlagewerk über die räumlichen Beziehungen im menschlichen Organismus und darüber hinaus ein ästhetischer Genuß.

H. Kaiser, Augsburg

„Reisen in Deutschland“. Deutsches Handbuch für Fremdenverkehr, 20. Ausgabe, Band II, Bayern, Verlag Erwin Jaeger, Darmstadt. Herausgegeben im Auftrag des Deutschen Fremdenverkehrsverbandes und in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Bäderverband. 734 Seiten, Halbleinen, 24,— DM.

Für das internationale Reisepublikum wie für den Deutschen selbst gibt es in unserem Land Gebiete, die für den Tourismus entdeckt sein wollen. Versteckte Erholungsorte, Oasen der Ruhe, aber auch Orte mit glanzvollen gesellschaftlichen Höhepunkten, Treffpunkte der Großen Welt, sind mit Hilfe eines Reiseführers leicht zu finden.

„Reisen in Deutschland“ nimmt unter den Reiseführern eine ganz besondere Stellung ein. Das Buch löst einerseits die jedem Reiseführer auferlegten Aufgaben der Information über alle Reiseannehmlichkeiten, verbindet aber diesen praktischen Teil mit einer Gesamtschau der Landschaften, Orte, Hotels usw.

Der in allen Einzelheiten völlig neu überarbeitete

Band „Bayern“ gibt u. a. aktuelle Auskunft über 16 Reisegebiete. Er enthält auf 734 Seiten 529 Ortsbeschreibungen und ist mit 1228 Fotos reich illustriert.

Sehr aufschlußreich und interessant für jeden Reise- lustigen ist der Anhangteil „Wohnen auf Reisen“, der in tabellarischer Form rund 9600 Beherbergungs- betriebe nachweist. In 20 Rubriken findet man wert- volle Angaben — von der Telefonnummer bis zum Vollpensionspreis.

Weitere wichtige Einzelheiten sind in den Anhängen zusammengefaßt: Bäder, Sanatorien, Orte über 600 m, hundefreundliche Hotels, Bergbahnen und Skilifte, Berghotels und Berggasthäuser über 1000 m usw.

Der Band II „Bayern“ ist nach bewährtem Prinzip aufgebaut und bringt eine Fülle von Stoff in konzen- trierter Form: genau das, was man vor und während einer Reise wissen möchte.

Anatol SCHWARZ: „Medizin in der Sowjetunion“. 344 Seiten, 38 Abb., Ganzleinen, 20,— DM. Econ Verlag, Düsseldorf.

Der Verfasser, ein 1923 in Leningrad geborener russi- scher Facharzt, berichtet über die Arbeiten in sowjeti- schen Kliniken und Laboratorien. In dem mit zahl- reichen Bildern ausgestatteten Buch werden auch interessierte Kollegen viele Dinge erfahren, von denen sie bisher nichts wußten, oder die nur in Einzelheiten und über zahlreiche Veröffentlichungen verstreut be- kanntgeworden sind, so z. B. über Herz-, Nieren- und Gehirnchirurgie, vom Kampf gegen die Viren und den Krebs und aus dem großen Arbeitsbereich der Biologie.

## KONGRESSE UND FORTBILDUNG

### Fortbildungsveranstaltungen der Vereinigung der Praktischen Ärzte Bayerns in München

**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. Wieland

#### 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 Uni- versitätsklinik, München, Ziemssenstraße 1.

Leiter: Privatdozent Dr. D. Athanasiou

#### Diagnostik der Blutkrankheiten:

Vom 19. 4. bis 6. 5. 1967, jeweils Samstag, 15.30 Uhr, und Mittwoch, 20.15 Uhr, in der II. Medizinischen Univer- sitätsklinik, München, Ziemssenstraße 1.

Leiter: Privatdozent Dr. Borchers

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“

18. Januar 1967

Zu dem Thema „Die Atemwegkrankheiten und ihre Behandlung in der Praxis“ sprechen: Med.-Dir. Dr. med. O. P. Schmidt, Chefarzt des Klinischen Sanatoriums Trausnitz, Bad Reichenhall, und Professor Dr. med. K. Stenger, Chefarzt des Kinderkranken- hauses „Felicitas“, Berchtesgaden.

Zur anschließenden Diskussion angemeldet: Dozent Dr. med. W. Schütz, Berchtesgaden.

Tagungsort: Hotel „Kronprinz“, Prien am Chiemsee. Beginn: 19.30 Uhr.

**Auskunft:** Sekretariat Ärztliche Fortbildung im Chiem- gau, Dr. med. H. Matuszyk, 8210 Prien am Chiem- see, Rathausstraße 9, Telefon 482.

### EKG-Lehrgang an der Medizinischen Klinik, Erlangen

vom 13. 1. bis 4. 3. 1967

Die Medizinische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Prof. Dr. L. Demling) führt in der Zeit vom 13. 1. bis 4. 3. 1967 (40 Stunden), jeweils freitags von 20.00 bis 22.00 Uhr und samstags von 9.00 bis 11.30 Uhr, einen großen EKG-Lehrgang unter der Leitung von Dozent Dr. K. Bachmann durch.

#### Thema:

„Allgemeine und klinische Elektrokardiographie“.

Die Teilnehmergebühr beträgt 180,— DM und ist bei Lehrgangsbeginn zu entrichten.

Veranstalter: Ärztlicher Kreisverband Erlangen (Dr. Rothlauf) und der Verband der Ärzte Deutschlands, Hartmannbund, Kreisverein Erlangen (Dr. Scherbel). Der Kurs bzw. Lehrgang dient der Weiterbildung in der Elektrokardiographie und entspricht den von der Bayerischen Landesärztekammer und dem Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns aufgestellten Richtlinien hinsichtlich der EKG-Genehmigung für Kassenärzte.

Anmeldungen sind ab sofort schriftlich an die Ge- schäftsstelle des Ärztlichen Kreisverbandes Erlangen, 8520 Erlangen, Südliche Stadtmauerstraße 11, zu richten.

**Münchener Kurs für Arbeitsmedizin**  
Weiterbildung für die Zusatzbezeichnung  
„Arbeitsmedizin“

vom 20. Februar bis 18. März 1967

Dieser A-Kurs entspricht in seiner Thematik weitgehend dem im Februar 1965 abgehaltenen Kurs für Arbeitsmedizin.

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

**Thematik:**

Geschichte der Arbeitsmedizin  
Die Arbeitsbelastung des Menschen  
Berufsasthma  
Vergiftungen durch Kohlenmonoxyd, Schwefelkohlenstoff, Schwefelwasserstoff  
Vergiftungen durch Blei  
Akute und lebensbedrohliche Krankheiten im Betrieb  
Berufsdermatosen  
Infektionskrankheiten als Berufskrankheiten  
Arbeitsbewertung  
Beruflich bedingte Lärmschäden  
Arbeitsmedizinische Probleme bei der Anwendung ionisierender Strahlen  
Psychische Beanspruchung bei Überwachungs- und Kontrolltätigkeit  
Staublungenerkrankungen  
Chirurgische Berufserkrankungen  
sowie zahlreiche andere Themen aus Arbeitsphysiologie, Arbeitspsychologie, Arbeitspathologie und Gewerbetoxikologie.

Mit dem Kurs sind zahlreiche Betriebsbesichtigungen verbunden. Er berücksichtigt die Beschlüsse des 68. Deutschen Ärztetages und des 18. Bayerischen Ärztetages über die Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“.

Kursgebühr wird nicht erhoben.

Das ausführliche Programm wird noch veröffentlicht. Auskunft durch das Bayerische Landesinstitut für Arbeitsmedizin, 8000 München 22, Pfarrstr. 3, Tel. 2 18 41.

**51. Tagung der Vereinigung Südwestdeutscher Hals-, Nasen-, Ohrenärzte in Freiburg/Br.**

vom 22. bis 23. September 1967

Am 22./23. 9. 1967 findet unter der Leitung von Professor Dr. F. Zöllner in Freiburg/Br. die 51. Tagung der Vereinigung Südwestdeutscher Hals-, Nasen- und Ohrenärzte statt.

Vortragmeldungen zu dem Thema „Wiederherstellungsplastiken im Hals-, Nasen-, Ohrenbereich“ werden bis 30. 4. 1967 erbeten an den Schriftführer Professor Dr. J. Matzker, 6500 Mainz, Langenbeckstr. 1, Universitäts-HNO-Klinik.

**Fortbildungsveranstaltung der HNO-Klinik Erlangen**

vom 27. Februar bis 3. März 1967

Vom 27. 2. bis 3. 3. 1967 findet in der Universitäts-Hals-, Nasen- und Ohrenklinik ein Einführungskurs in die moderne Wiederherstellungschirurgie der Nase und der Nasenscheidewand statt.

Vorgesehen sind Operationsdemonstrationen, Übungen an der Leiche und Unterrichtsstunden.

Beschränkte Teilnehmerzahl.

Anmeldungen bis zum 15. 1. 1967 an Oberarzt Dr. H. Masing, 8520 Erlangen, Universitäts-Hals-, Nasen- und Ohrenklinik, Bohlenplatz 19/20.

**Studienreise „Innere Medizin“ nach Brasilien und Argentinien**

vom 15. bis 31. März 1967

Die Ärztliche Pressestelle für Baden-Württemberg führt in Zusammenarbeit mit dem Auslandsdienst der Bundesärztekammer und dem Deutschen Reisebüro (DER) eine Studienreise „Innere Medizin“ nach Brasilien und Argentinien durch.

Das Programm sieht u. a. folgende Stationen vor:

15. 3. Abflug aller Teilnehmer ab Frankfurt/Main nach Buenos Aires
16. 3.—20. 3. Programm Buenos Aires:  
Besichtigung des deutschen Hospitals, Einführungsreferat von Professor Böttrich über die medizinische und soziale Situation in Argentinien, weitere fachliche Besichtigungen, Empfang der staatlichen Akademie der medizinischen Wissenschaften, Referat über Ausbildung des Arztes in Argentinien  
Abflug nach Sao Paulo
21. 3.—24. 3. Programm der brasilianischen Ärztereinigung:  
Besichtigung des Butantan-Serum-Instituts und des angeschlossenen Hospitals, Führungen innerhalb der medizinischen Fakultät, Besichtigung des Instituts für Nuklearmedizin und des Hospitals Santa Casa  
Abflug von Sao Paulo nach Brasilia
25. 3.—26. 3. Programm Brasilia:  
Besichtigung der neuen Landeshauptstadt und verschiedener Krankenhauseinrichtungen  
Abflug nach Rio de Janeiro
27. 3.—30. 3. Programm Rio de Janeiro:  
Hospital Dos Serridos, Forschungsinstitut für Tropenmedizin, Academie National de Medicina

31. 3. Ankunft in Frankfurt nachmittags

Der Tourpreis pro Person beträgt: 4 364,— DM

Zuschlag für Einzelzimmer: 280,— DM

Der Tourpreis beinhaltet folgende Leistungen:

Flug ab Frankfurt/Main mit Linienverkehrsflugmaschinen in der Economy-Klasse; Unterbringung in Doppelzimmern mit Bad in guten Hotels; täglich Frühstück und eine Hauptmahlzeit; alle im Programm genannten Besichtigungen touristischer und fachlicher Art und Ausflüge.

Ausführliche Programme stehen auf Anforderung zur Verfügung.

Auskunft: Ärztliche Pressestelle für Baden-Württemberg, 7000 Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32, Telefon 76 50 51—57. Anmeldungen erbeten an: Das Deutsche Reisebüro (DER), Abt. Ärztliche Kongreßreisen, 6000 Frankfurt/Main, Eschersheimer Landstraße 25—27



## KONGRESSKALENDER

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

### Januar 1967:

- 12.—14. 1. in Nairobi: Wissenschaftliche Konferenz über Krebs der East African Medical Research Council. P. O. Box 30 005, Nairobi/Afrika. Auskunft: East African Medical Research Council.
- 14.—28. 1. in Madonna di Campiglio: 31. Fortbildungslehrgang des Deutschen Sportärztebundes zur Erlangung des Sportärztdiploms. Auskunft: OMR Dr. Friedrich, 8 München 23, Wilhelmstraße 18.
- 18.—21. 1. in Gießen: V. Fortbildungskurs für Fachärzte der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Auskunft: Sekretariat der ärztlichen Fortbildungskurse, 63 Gießen, Buchheimstraße 10.
- 18.—22. 1. in Santiago/Chile: 1. Lateinamerikanischer Kongreß für Parasitologie. Auskunft: 1.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.

### März 1967:

- 2.—4. 3. in Würzburg: 13. Symposion der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie. Auskunft: Professor Dr. E. Klein, I. Medizinische Abteilung der Städtischen Krankenanstalten, 4800 Bielefeld, Oelmühlenstraße 26.
- 3.—5. 3. in Erlangen: Kongreß für Endoskopie unter der Leitung von Professor Dr. Demling. Auskunft: Dr. R. Ottenjann, Medizinische Universitätsklinik, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12.
- 4.—18. 3. in San Martino di Castrozza: 23. Fortbildungslehrgang des Deutschen Sportärztebundes zur Erlangung des Sportärztdiploms. Auskunft: OMR Dr. Friedrich, 8000 München 23, Wilhelmstr. 18.
- 5.—18. 3. in Badgastein: XII. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer — Lehrgang für praktische Medizin — Thema: „Die 7 Todsünden des Menschen von heute“. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 6.—18. 3. in Davos: XV. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer — Lehrgang für praktische Medizin — Thema: „Die 7 Todsünden des Menschen von heute.“ Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 11.—18. 3. in Freudenstadt: 32. Fortbildungstagung des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren. Auskunft: Dr. med. H. Haferkamp, 6500 Mainz, Adam-Karrillon-Straße 13.
29. 3.—1. 4. in München: 84. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Auskunft: Professor Dr. Maurer, Krankenhaus rechts der Isar, 8000 München 8, Ismaninger Straße 22.

In diesem Heft inserieren folgende pharmazeutische Firmen:

Baumolan, Erlangen  
 P. Beiersdorf & Co. AG, Hamburg  
 Bionorica KG, Nürnberg  
 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  
 Dolorglet, Bad Godesberg  
 Dorsch & Co. KG., München  
 Ehrl & Co., Mönchen  
 Karl Engelhard, Frankfurt/Main  
 Gödecke & Co. AG., Freiburg  
 Ludwig Heumann & Co., Nürnberg  
 Ifah GmbH, Hamburg  
 Jacopharm, Hamburg-Schenefeld  
 Klänge, 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  
 Arznei Müller, Bielefeld  
 A. Nattermann & Co., Köln-Braunsfeld  
 Nordmark-Werke GmbH, Hamburg, Werk Uetersen  
 Permicutan KG., Dr. Euler, München  
 G. Pohl-Boskamp, Hohenlockstedt  
 Recorsan-Gesellschaften, Gräfelfing  
 Julius Redel, Cesra Arzneimittel-Fabrik, Haueneberstein  
 b. Baden-Baden  
 Dr. Rudolf Reiss, Berlin  
 Richter & Cie., Eltville  
 Roussel Pharma GmbH, Koblenz  
 Dr. F. Sasse, Berlin  
 Dr. Schertl GmbH, München  
 W. Schwarzhaupt KG., Köln  
 Sharp & Dohme GmbH, München  
 Simons Chem. Fabrik, Gauting  
 Taeschner & Co., Berlin  
 Wülfig-Bauer & Cie., Düsseldorf  
 Wyeth-Pharma, Münster

### Bellagenhinweis

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigelegt:  
 Klänge, München 23  
 Dr. Rudolf Reiss, Berlin  
 A. Nattermann & Co., Köln-Braunsfeld

Ferner sind in einer Teilaufgabe folgende Prospekte enthalten:  
 Ehrl & Co., München  
 P. Beiersdorf & Co. AG, Hamburg

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

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

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

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

# Salistoperm

Das percutane Heilanaestheticum

# Inasthmon

Das percutane Expectorans

P E R M I C U T A N - K G - D R . E U L E R - M Ü N C H E N 2 3