BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 6 | München, Juni 1967 | 22. Jahrgang

70. Deutscher Ärztetag in Garmisch-Partenkirchen

vom 19. bis 24. Mai 1967

Begrüßungsansprache von Dr. Heid, Bayerischer Staatsminister der Justiz

Herr Präsident!

Meine sehr verehrten Damen, meine Herren!

In Vertretung des Herrn Ministerpräsidenten, der es lebhaft bedauert, heute nicht hier bei Ihnen persönlich anwesend sein zu können, möchte ich Sie, meine sehr verehrten Damen und Herren, anläßlich des 70. Deutschen Ärztetages in Garmisch-Partenkirchen sehr herzlich begrüßen. Im Namen der Bayerischen Staatsregierung überbringe ich Ihnen gleichzeitig die besten Wünsche für ein gutes Gelingen Ihrer Arbeitstagung, verbunden mit dem Wunsch, daß Ihnen neben den Stunden der Beratungen und der berufsständischen Arbeit auch noch ein paar erholsame Stunden in unserem schönen Werdenfelser Land verbleiben. Der 70. Deutsche Ärztetag bringt nicht nur für Sie, sondern für die gesamte Öffentlichkeit den Nachweis, daß eine berufsständische Organisation, ausgestattet mit dem Recht der Selbstverwaltung, nicht nur die Möglichkeit hat, in unserem Staatswesen zu wirken, sondern durch die sieben Jahrzehnte ihrer Tätigkeit bewiesen hat, wie notwendig diese ihre Tätigkeit ist. Wir leben in einer Zeit, in der ständig bei der Erfüllung jeder Aufgabe, sobald irgendwelche Schwierigkeiten auftreten, nach der Hilfe des Staates und seiner Autorität gerufen wird. Dies führt dann gleichzeitig zu der mit Recht kritisierten Verbürokratisierung unseres gesamten Lebens bis hinein in berufsständische Organisationen, ja, ich möchte sagen, bis hinein oft in die einzelnen Familien. Derjenige, der ständig nach der Autorität des Staates ruft, begibt sich selbst des Rechts, seine Aufgaben im Rahmen der Gesetze selbständig zu lösen. Ich darf Sie daher heute zu dieser sieben Jahrzehnte langen Tradition echter und überzeugender berufsständischer Selbstverwaltung beglückwünschen in der Hoffnung, daß es Ihnen auch in Zukunft gelingt, in berufsständischer Organisationsform nicht nur die Interessen Ihres Berufes zu wahren, sondern auch für die ethischen Werte Ihres Berufes ein beredtes Zeugnis abzulegen.

Mit im Mittelpunkt Ihres Arbeitsprogrammes steht die Weiterentwicklung der Facharztordnung. In unserem gesamten Leben müssen wir eine unablässig fortschreitende Differenzierung und Spezialisierung auf allen Gebieten feststellen. Diese Feststellung trifft aber insbesondere für die ärztliche Wissenschaft und die ärztliche Kunst zu, und es ist daher für Sie, meine sehr verehrten Damen und Herren, eine nicht immer leichte Aufgabe, die Einheit des ärztlichen Berufsstandes zu wahren. Nicht eine vom Staat aufgezwungene Berufsordnung, sondern eine berufliche Tätigkeit in weiter, berufsständischer Selbstverwaltung vermag meines Erachtens auf die Dauer den notwendigen fairen Interessenausgleich zwischen den einzelnen Berufsgruppen und damit auch ein wohlausgewogenes Gleichgewicht zu gewährleisten.

Jeder wirkliche Fortschritt bei der Entwicklung Ihrer autonomen Berufs- und Facharztordnung in der Anpassung an die moderne Welt und ihre sich rasch ändernden Erfordernisse wird Sie unendlich viel Mühe bei der Vorbereitung und viel Geduld bei der Beratung und Beschlußfassung kosten. Das demokratische System, das der Verfassung Ihrer berufsständischen Selbstverwaltung zugrunde liegt und damit auch den Fortgang Ihrer Beratungen und Beschlußfassungen auf den Ärztetagungen bestimmt, ist ein oft recht kompliziertes, um nicht zu sagen umständliches System. Dieses System wird noch schwieriger und umständlicher, wenn es sich zugleich mit einer föderativen Ordnung verbindet. Die Bundesärztekammer ist eine Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern, also ein föderatives Organ auf der Basis freiwilliger Zusammenarbeit. Daß diese Arbeitsgemeinschaft funktioniert und daß es ihr gelungen ist, für die überregionale Aufgabe der ärztlichen Berufs- und Facharztordnung repräsentative Lösungen zu erarbeiten, die in allen wesentlichen Punkten von den Landesärztekammern übernommen und von den zuständigen Ministerien der Länder genehmigt wurden, beweist vor den Augen aller, daß die viel beschworene Selbstkoordinierung nicht nur möglich ist, sondern auch in hohem Maße wirksam sein kann.

Ich möchte Ihnen den Rat geben: Beharren Sie bei den Grundsätzen der berufsständischen Selbstverwaltung, bei der demokratischen Verfassung Ihrer Beschlußorgane und bei der föderativen Ordnung Ihrer Zusammenarbeit. So kompliziert und umständlich ein solches System auch sein mag, es ist zweifellos das beste aller Systeme. Meiner Überzeugung nach sollten Sie stets nach dem Grundsatz handeln, den Staat so wenig wie möglich in Anspruch zu nehmen, dafür aber alles einzusetzen, um die Freiheit Ihres Berufes und Ihrer Meinung sicherzustellen.

Nachdem der 70. Deutsche Ärztetag in Bayern stattfindet, möchte ich noch auf eine Tatsache hinweisen, die die fortschrittliche Gesinnung der Bayerischen Landesärztekammer wieder unter Beweis gestellt hat, wenn ich die Erfolge der Früherfassung bisher unbekannter Diabetikerfälle erwähne. Die lobenswerte Initiative unserer Landesärztekammer hat mit dieser Aktion nicht nur einen großen Erfolg der vorbeugenden Medizin gehabt, rühmenswert ist neben der Initiative der Landesärztekammer aber auch die spontane Beteiligung unserer Bevölkerung. Es ist diese Initiative einerseits und die Beteiligung der Bevölkerung andererseits doch ein sicheres Zeichen dafür, daß die Skeptiker recht haben, die glauben, daß in einer demokratischen, freien Welt berufliches Verantwortungsbewußtsein und berufsständische Selbstverwaltung auf einen starken Widerhall in der Bevölkerung rechnen können. Ich habe mich in meiner ganzen bisherigen beruflichen Tätigkeit gegen eine unangemessene Aufblähung der staatlichen Aufgaben und gegen die damit Hand in Hand gehende Interesselosigkeit der Bürger an den sie berührenden öffentlichen Angelegenheiten gewandt. Ich möchte Ihren Ärztetag auch dazu benützen, Sie in dem Glauben an die Richtigkeit Ihrer berufsständischen Selbstverwaltung zu stärken und Ihnen für Ihre gesamte weitere Arbeit recht viel Erfolg zu wünschen.

Wenn Sie mit Ihrer oft sehr mühsamen Arbeit Ihrem Berufsstand dienen, so dienen Sie gleichzeitig der Gemeinschaft unseres ganzen Volkes, die auf einen gut ausgebildeten und verantwortungsbewußten Ärztestand nicht verzichten kann.

Ich habe seit 1945 an vielen Verbandsversammlungen und -tagungen teilgenommen und mußte selbst oft solche Versammlungen leiten. In diesen Situationen habe ich es immer sehr bedauert, daß demjenigen, der verantwortlich für eine solche Tagung ist oder sich an den Beratungen beteiligt, oft recht wenig Zeit bleibt, den schönen Ort und die reizende Umgebung, die für eine solche Tagung ausgesucht wurden, näher kennenzulernen und sich auch einigen Stunden der Ruhe und Erholung zu widmen. Deshalb wünsche ich Ihnen neben dem Erfolg Ihrer Tagung die Möglichkeit, das Werdenfelser Land mit seinen vielen Naturschönheiten, seinen Schlössern und Kirchen kennenzulernen und hier erholsame Stunden zu verleben.

Scharfe Verurteilung verantwortungsloser Sensationsberichte

Auszug aus dem Referat von Professor Dr. med. Ernst Fromm
Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages

Die Verbreitung der präventivmedizinischen Maßnahmen bedarf aber immer dann, wenn konkrete Ergebnisse vorliegen, der Hilfe der großen Publikationsorgane Presse, Rundfunk, Film und Fernsehen. Hier liegt eine meines Erachtens noch nicht genügend ausgeschöpfte Möglichkeit des Dienstes an der Bevölkerung in Zusammenarbeit mit uns Ärzten. Aber ich kann und will es nicht verschweigen, daß eine tiefe Besorgnis, ja, sogar Empörung nicht nur bei den Ärzten darüber herrscht, daß einige Illustrierten, anstatt die Bevölkerung im Sinne der Vorbeugung aufzuklären und sie anzuregen, dort, wo sie selbst aktiv werden könnte, zum Schutz oder zur Förderung ihrer Gesundheit etwas zu unternehmen, etwas ganz anderes praktizieren: Sie versuchen sozusagen den Arzt in der intimen, nicht rekonstruierbaren Arzt/Patient-Situation zu imitieren, indem sie glauben, den Patienten zu einer Art „Selbstdiagnostiker" machen zu können, der so klug wird, daß er einem minderinformierten Arzt hilfreich oder sogar belehrend zur Seite stehen kann.

Während ein prophylaktischer Ratschlag z. B. an eine Frau, sich in bestimmten Lebensaltern regelmäßig zytologisch untersuchen zu lassen, millionenfach verbreitet werden kann, weil er ja für alle Frauen gleichlautend ist und gleichen Wert hat, ist es ein utopisches Unterfangen, die Einzelsituation eines Herz- oder Gallenkranken durch Publikation sozusagen für andere ähnliche Kranke nutzbar zu machen.

Während aber jene Sensations-, Liebes-, Skandal- und Sittenromane, in denen man anscheinend ohne Arztfiguren und Kliniken nicht auskommen kann und die jenen prickelnden „Blick hinter die Kulissen" gewähren, nur — und zwar im Vergleich mit anderem, auf das ich gleich kommen werde — lediglich ein Ärgernis darstellen, gibt es gar nicht Worte genug, um jene Enthüllungen über „Wunderheiler" oder „Wundermittel" zu brandmarken. Sie stellen meines Erachtens das traurigste Kapitel in der Publizistik unserer Zeit überhaupt dar.

Abgesehen von dem abscheulichen Mißbrauch des Wortes „Wunder" in Zusammenhang mit ärztlichem oder nichtärztlichem Wirken oder höchst fragwürdigen Arzneimitteln, wird hier das schmutzigste aller Geschäfte getrieben, nämlich das Geschäft mit der Krebsangst, ja mit der Todesangst.

Der Deutsche Ärztetag hat sich unmißverständlich in einer einstimmigen Entschließung seiner 196 Delegierten gegen diese Publizistik gewandt und die deutsche Öffentlichkeit darüber aufgeklärt, daß in unserem Lande, wie in aller Welt, die Krebsforschung die am weitesten ausgebaute und lückenloseste ist. Konkrete und gesicherte Ergebnisse dieser Forschung werden also jedem Arzt jederzeit zur Verfügung stehen. Es bedarf nicht der Informationsarbeit von Illustrierten, um etwa ein wirksames Krebsmittel aus dem Dunkel der Verborgenheit hervorzuholen.

Es ist auch nicht so, daß die Schulmedizin machtlos und ohnmächtig der Krebsbehandlung gegenüberstünde, aber sie besitzt keine „Wundermittel", sondern kann nicht mehr liefern als eine rechtzeitige, fachgerechte Behandlung, allerdings im Gegensatz zu den „Wundertätern" mit bewährten, erprobten Methoden. Wer aber aus Leichtfertigkeit und aus Gewinnsucht einem Unheilbaren Hilfe verspricht oder vorgaukelt, der handelt unmenschlich und wenn es ein Arzt ist, besonders verwerflich.

Bis zu welchem Grad der Leichtfertigkeit man sich versteigt, hat uns eine Illustrierte bewiesen. In einer Ausgabe, die unter dem Datum des 7. Mai erschien, erfuhr der Leser und konnte es mit Abbildungen belegt sehen, daß eine krebskranke Frau aufgrund der Initiative eines Reporters mit einem Hubschrauber der Bundeswehr zu einer „Wunderheilung" geflogen wurde. Der Bericht schloß mit der Bemerkung: Und nun erhielt sie ihre erste Infusion mit dem Mittel ..."

Zu der Zeit, als dieser sogenannte „Flug in die Hoffnung" dem Leser zu Gesicht gebracht wurde, hatte sich die tragische Sinnlosigkeit der angeblichen „Hilfsbereitschaft" dieses Reporters bereits dadurch kundgetan, daß die Patientin gar nicht mehr lebte. Sie war eine Woche vorher bereits verstorben. Das aber erfuhr der Leser nicht.

Wir sind es den Menschen, die in ihrer Not Schutz brauchen, schuldig, sie vor solchen Machenschaften zu bewahren. Wir sind es aber auch unserem Stande schuldig, daß in seinen Reihen Sauberkeit herrscht. Angesichts des Spiels mit der Angst der Krebskranken und angesichts der uns bekannten traurigen Ergebnisse mancher sogenannter „Wunderheilungen" sind gerade manche jungen Studenten und Ärzte entsetzt über den Spielraum, den das Recht einigen Außenseitern läßt. Und es wirkt geradezu demoralisierend, wenn sie sehen, wie solche „Wunderheiler" straffrei ausgehen und von einem Teil der Presse hochgeehrt werden.

Wir haben nie etwas dagegen gehabt, daß man an das Handeln des Arztes hohe Maßstäbe anlegt, ja, wir haben über die Gesetze hinaus, denen jeder Bürger zu gehorchen hat, die Gesetze der Standesethik seit Jahrhunderten freiwillig als zusätzliche Pflicht auf uns genommen, damit der Patient sicher sein kann, wenn er sich voll und ganz einem Arzt anvertraut.

Dieser Sittengesetze bedarf es heute mehr denn je. Unsere Zeit stellt viele Autoritäten in Zweifel, manche Grenzen sind gefallen — das hat nicht nur gute Folgen gehabt. Alles geschieht heute massenhaft in riesiger Zahl. Weniges ist geheim oder intim. Fast alles spielt sich in der großen weltweiten Arena der Publicity ab, in der Millionen Zuschauer und Zuhörer präsent sind mit Augen, die Tag und Nacht sehen können, die in Bruchteilen von Sekunden den Erdball umkreisen, ja die den Mond und seine Oberfläche erspähen können, ohne Anstrengung, ohne Risiko, ohne daß sie ihren Sessel verlassen müssen. Welch herrliches Gefühl des Fortschritts, der Macht und der Möglichkeiten — oder etwa nicht? — Oder wird uns manchmal bange?

Wie ist es in der Medizin? Auch hier wachsen die Möglichkeiten im „Plastikzeitalter", wie man unsere Zeit beinahe nennen könnte. Man spricht von einer „Ersatzteil-Medizin". Man kann künstliche Organe bauen, man kann Organe von einem Menschen auf den anderen verpflanzen, man kann beinahe Tote zum Leben erwecken. Man kann so viel, daß man sich etwas bange versammelt, um unter Ärzten darüber zu beraten, wann denn eigentlich ein Mensch tot sei. Nationale und internationale Gremien ringen mit diesem Problem in tiefem Ernst, aber fast auch in großer Not. Aber man muß z. B. auch beraten, wer aus einer Zahl von Nierenkranken an eine künstliche Niere angeschlossen werden kann und darf und wer nicht.

Man kann die Psyche verändern und die Gene beeinflussen, so daß Wesen entstehen, die anders sind, als sie werden sollten.

„Welche Macht und welche Möglichkeiten", fragen die Menschen und werden ängstlich. Oder sie möchten wissen: „Wer schützt uns vor einem Mißbrauch dieser Macht der Ärzte, der Biologen, der Chemiker, der Physiker? Kann das der Politiker, der Gesetzgeber?" Für den Bereich der Medizin darf ich es beantworten, und ich sage ein klares Nein.

Den Fortschritt, der immer unaufhaltsam und zunächst wertfrei ist, den beherrscht kein Gesetz, das in Parlamenten geboren und das in Gerichtssälen gesprochen wird. Dieser Fortschritt in seiner Ambivalenz zum Guten und zum Bösen, den lenkt nur ein Sittengesetz, das größer und älter ist als die Tagesgesetze unseres Lebens. Solange es Ärzte in sittlicher Bindung gibt, die Ehrfurcht vor ihrer Aufgabe haben und die ihre Grenzen dort sehen, wo der Dienst am Menschen sie ihnen als Menschen setzt, solange braucht niemandem bange zu sein vor der Macht der Medizin in der Hand der Ärzte.

Deshalb sollte man die Ärztetage als das sehen, was sie sein wollen: Die Wahrer ärztlicher Tradition, die die moderne Medizin integrieren mit der aus dem Bewußtsein der Jahrtausende alten ethischen Verpflichtung und dem kulturellen Erbe und den Gesetzen unseres europäischen humanistischen Traditionsgefüges.

Die deutschen Ärzte sind als Stand, so gesehen, in echter, freiwilliger Bindung freier und sicherer als mancher sich freidünkende Anbeter des technischen Fortschritts, der nur im Heute lebt und das Morgen in seiner Problematik ohne inneren Kompaß nicht meistern wird.

Dieser „mächtige Ohnmächtige" ist ein unheimliches Kind des Fortschritts, denn er b e d i e n t die Maschine.

Es gilt mancherorts als rückschrittlich, Menschen zu bedienen, und wird sogar als eines freien Menschen unwürdig deklariert. Aber Maschinen zu bedienen, das soll Aufstieg beinhalten. Der Astronaut, der Held unserer Tage, eingezwängt in seine Kapsel, elektronisch gelenkt, eingespannt in ein Gewirr von Befehlen, zieht einsam seine Bahnen, aber er spricht zu uns über den Äther. Ist er freier und glücklicher als wir Ärzte und unsere Helfer, die wir dem Menschen hier auf unserer Erde nach unserem Wissen und Willen, nach unserem Gewissen und Können mit unseren Händen und unserem Verstand und mit unserer Menschenliebe und Nächstenliebe dienen können?

Als Antwort fällt mir auch heute im Jahre 1967 — also über 400 Jahre später, als jener Arzt lebte, dessen Name jene Medaille trägt, mit der wir heute hervorragende Diener am Menschen aus unseren Reihen geehrt haben — nichts Besseres zu sagen ein, als seine Mahnung aus seiner Schrift „Sieben Defensiones", erschienen 1538:

„Denn Kunst und Werkschaft müssen aus der Liebe entspringen, sonst ist es nichts Vollkommenes da!"

Die Weiterentwicklung der Facharztordnung

Referat vor dem Plenum des 70. Deutschen Ärztetages in Garmisch-Partenkirchen

Von Dr. Hans Sewering
Vizepräsident der Bundesärztekammer und Vorsitzender ihrer Facharztkonferenz

Vor einem Jahr durfte ich Ihnen in Essen erstmals über die Arbeit der Ständigen Facharztkonferenz zur Weiterentwicklung der Facharztordnung berichten und Ihnen den Stand der Arbeit darlegen. Nach einer lebhaften Diskussion wurden die Landesärztekammern gebeten, zu dem Entwurf Stellung zu nehmen, die Facharztkonferenz aber im übrigen beauftragt, ihre Arbeit fortzusetzen. Seit dieser Zeit war der Entwurf einer neuen Facharztordnung in allen Kammerbereichen, aber nicht nur in den Kammerversammlungen, sondern auch weit darüber hinaus — vor allem in den Kreisen der wissenschaftlichen Geselischaften, der fachärztlichen Berufsverbände und der sonstigen freien Verbände — Gegenstand lebhafter Diskussionen. Die Facharztkonferenz, besonders ihre Arbeitsgruppe, hat inzwischen an dem Entwurf weitergearbeitet und vor allem noch zahlreiche Gespräche mit Fachgesellschaften unter Beteiligung der Berufsverbände geführt. Die allgemeinen Bestimmungen (§§ 24 mit 31) konnten wohl im wesentlichen fertiggestellt werden. Die im vergangenen Jahr angekündigten Richtlinien für die Weiterbildung sind als „Anlage zur Berufsordnung", in welcher für jedes Fachgebiet die konkreten Bestimmungen der Weiterbildung zusammengefaßt werden sollen, in Bearbeitung und für eine Reihe von Fächern auch schon vorläufig fertiggestellt.

Die in Ihren Händen befindliche Beratungsunterlage zeigt Ihnen den derzeitigen Stand der Arbeiten der Ständigen Konferenz. Sie wurde mit Genehmigung des Vorstandes der Bundesärztekammer an Sie weitergeleitet, ohne daß der Vorstand von sich aus in eine Beratung eingetreten ist.

Nachdem ich im vergangenen Jahr die Hauptfragen besprochen habe, darf ich mich diesmal darauf beschränken, Erläuterungen zu den einzelnen Paragraphen oder Abschnitten zu geben, soweit dies zum Verständnis der Vorlage und als Grundlage der Diskussion erforderlich erscheint.

§ 24 enthält die Facharzt- und Teilgebietsbezeichnungen, welche nach unserer Vorstellung in der Zukunft anerkannt werden sollen. Sie sehen daraus, daß die Zahl der Fachgebiete kaum erweitert wurde. Es kam lediglich die Pathologische Anatomie hinzu. Für das Fachgebiet der Nervenkrankheiten wurde — den Vorschlägen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde entsprechend — die Möglichkeit der Weiterbildung für das Gesamtgebiet eines der beiden Teilgebiete Neurologie oder Psychiatrie eingeräumt. Für das Fachgebiet der Laboratoriumsdiagnostik sieht der Entwurf zunächst noch keine Möglichkeit vor, sich entweder für das Gebiet der Bakteriologie-Serologie oder der Klinischen Chemie zu entscheiden.

Die Einführung des Fachgebietes Pathologische Anatomie in den Katalog der anerkannten Fachgebiete hielt die Facharztkonferenz für erforderlich, weil wir damit die Voraussetzung schaffen wollen, um mehr Pathologen für die Niederlassung und Teilnahme an der ärztlichen Versorgung zu gewinnen. Leider konnte sich die Fachgesellschaft von sich aus bis zur Stunde noch nicht zu einer Antragsteilung in diesem Sinne entschließen, so daß die Facharztkonferenz sich genötigt sah, aus ihrer eigenen Verantwortung heraus dieses Fachgebiet aufzunehmen und zur Anerkennung vorzuschlagen.

Vor wenigen Tagen hatte ich noch ein mehrstündiges Gespräch mit Vertretern der Deutschen Pharmakologischen Gesellschaft. Diese Gesellschaft ist nunmehr nach reiflicher Überlegung zu dem Ergebnis gekommen, daß auch die Aufnahme der Pharmakologie in den Katalog der anerkannten Fachgebiete wünschenswert und notwendig erscheint. Die Ständige Facharztkonferenz hatte noch keine Gelegenheit, sich mit diesem neuesten Stand der Meinungsbildung der Deutschen Pharmakologischen Gesellschaft zu beschäftigen. Es ist aber anzunehmen, daß die Konferenz dieses Fachgebiet aufnehmen wird, nachdem sich auch der Vorstand der Bundesärztekammer bereits früher positiv dazu ausgesprochen hat. Durch die Aufnahme dieses Fachgebietes in die Berufsordnung soll klargestellt werden, daß die Pharmakologie in ihrer Anwendung eine ärztliche Aufgabe ist, sei es dann, wenn es um die Brückenbildung zur Klinischen Medizin geht, sei es im engeren Bereiche der Entwicklung und Überprüfung von Arzneimitteln.

Als Teilgebietsbezeichnungen sind nunmehr für die Chirurgie noch zwei, nämlich Kinderchirurgie und Unfallchirurgie, für das Fachgebiet der inneren Krankheiten noch drei, nämlich Gastroenterologie, Kardiologie sowie Lungen- und Bronchialerkrankungen, vorgesehen. Diese Regelung ist das Ergebnis eingehender Beratungen mit den Fachgesellschaften für Chirurgie und innere Medizin, zusammen mit den jeweiligen Berufsverbänden.

Nochmals möchte ich betonen, daß wir durch die Einführung dieser Teilgebietsbezeichnungen — und das trifft besonders für die innere Medizin zu — eine Aufsplitterung dieser Mutterfächer in selbständige Fachgebiete verhindern wollen. Die vorgesehene Regelung macht es unmöglich, daß ein junger Arzt direkt in eines dieser Teilgebiete gewissermaßen hineinschlüpft, wie das in anderen Ländern, vor allem der EWG, möglich ist. Er muß zunächst die Gesamtausbildung des Faches Chirurgie oder innere Medizin durchlaufen haben, bevor es ihm nach Anerkennung für dieses Fachgebiet gestattet wird, sich auf ein Teilgebiet nicht nur zurückzuziehen, sondern das auch anzukündigen. Unsere Beratungen hatten das Ziel, durch eine solche Regelung — wie schon ausgeführt — auf der einen Seite das völlige Auseinanderfallen der Mutterfächer zu verhindern und auf der anderen Seite dennoch medizinischen Entwicklungen den notwendigen Spielraum einzuräumen. Wir halten diese Regelung auch deshalb für sinnvoll und fruchtbar, weil wir überzeugt sind, daß ein voll ausgebildeter Internist oder Chirurg auf einem Teilgebiet seines Faches, auf das er sich nach Abschluß der Weiterbildung konzentriert, mehr leisten kann als

ein anderer, der von vornherein nur in das Teilgebiet eingedrungen ist.

Das gilt auch für das Fachgebiet der Lungenkrankheiten. Nachdem aber eine definitive Meinungsbildung im Kreise der Lungenfachärzte noch nicht zu erkennen ist, blieben wir bei der schon im vergangenen Jahr in unserem Entwurf enthaltenen Regelung, dieses Fachgebiet zunächst beizubehalten, aber für den Nachwuchs gleichzeitig die Möglichkeit einzuräumen, sich als voll ausgebildeter Internist später auf dieses Teilgebiet der inneren Medizin zu konzentrieren. Die Argumente, welche gegen die Streichung vorgebracht werden, vermögen nicht zu überzeugen. Es liegt doch geradezu auf der Hand, daß ein voll ausgebildeter Internist, der sich innerhalb seiner zukünftigen — einschließlich der Röntgendiagnostik — 6jährigen Weiterbildungszeit 2 volle Jahre ausschließlich mit Lungenerkrankungen befaßt und in der übrigen Zeit ständig mit ihnen in Berührung kommt, besser vorbereitet sein muß als ein Lungenfacharzt mit 3 Jahren Lungen- und nur 1 Jahr interner Ausbildung. Daß auch der junge Nachwuchs an diesem engen Fachgebiet nicht mehr interessiert ist, zeigen die Daten über die Facharztanerkennungen.

Das zweifellos heißeste Eisen im § 24 der Vorlage ist die Bezeichnung des Facharztes. In Essen wurde zur Diskussion gestellt, einheitlich die Berufsbezeichnung „Arzt" zu verwenden und sie lediglich durch das Fachgebiet zu ergänzen. Außerdem wurden erstmals die zum Teil schon sehr verbreiteten Kurzbezeichnungen in den Katalog aufgenommen. Gerade dieser Vorschlag, die Vorsilbe „Fach" fallen zu lassen und wieder zu der eigentlichen Berufsbezeichnung „Arzt" zurückzukehren, hat — wie man unschwer feststellen kann — die größten Wellen geschlagen. In den lebhaften Diskussionen, die allseits geführt werden, gibt es neben Befürwortern viele Gegner eines solchen Gedankens. Das ist normal in einer Diskussion, wenn etwas Neues gebracht wird und insoweit einer Sache nur nützlich. Daß dabei Absichten unterstellt worden sind, die weit von allem Sachlichen entfernt sind und die weiß Gott keiner von uns jemals hatte, kann man bedauern. Wir wollten weder die Fachärzte schädigen oder herabmindern, noch auf diese Weise den Praktischen Arzt gewissermaßen an den Haaren hochziehen.

Die Überlegungen gingen davon aus, daß es in Zukunft, nach Inkrafttreten der Norderneyer Beschlüsse über die Weiterbildung des Allgemeinarztes, zwei Wege geben wird, welche in die Allgemeinpraxis führen. Der Arzt wird sich nach Erhalt der Approbation und Ableistung einer voraussichtlich einjährigen Pflichtzeit in nichtselbständiger Stellung niederlassen und allgemeinärztliche Tätigkeit ausüben können. Wer von dem in Norderney beschlossenen Weiterbildungsweg für Allgemeinmedizin, welcher in den Berufsordnungen der Länderkammern gleichzeitig mit der neuen Ordnung über die Weiterbildung der Fachärzte zu verankern wäre, Gebrauch machen will, der bleibt mindestens 3 Jahre in Krankenhäusern, durchläuft einen bestimmten Turnus und läßt sich dann erst als Allgemeinarzt nieder. Für diesen weitergebildeten Allgemeinarzt sollte eine durch die Berufsordnung geschützte gemeinsame Bezeichnung mit dem weitergebildeten Facharzt gefunden werden. Die Verwendung der Berufsbezeichnung „Arzt" unter Hinzufügung des Tätigkeitsbereiches bot sich an und wurde deshalb vorgeschlagen.

Nachdem ein solcher Vorschlag offensichtlich von vielen als zu radikal empfunden wird, habe ich zu § 24 noch eine Variante ausgearbeitet. Sie sieht vor, daß der Katalog nicht Facharztbezeichnungen, sondern Fachgebiete aufzählt und für den anerkannten Facharzt die Möglichkeit eingeräumt wird, entweder die praktikable Kurzbezeichnung zu führen, oder sich je nach Wunsch als „Facharzt für ..." oder als „Arzt" unter Hinzufügung des Fachgebietes zu bezeichnen. Damit wäre niemand benachteiligt und dennoch eine liberale Entwicklung eingeleitet.

Noch ein Wort zu den Kurzbezeichnungen. Viele davon sind schon heute weit verbreitet, obwohl sie bisher durch die Berufsordnung eigentlich nicht zugelassen wären. Einige mögen neu und etwas ungewohnt erscheinen. Man unterschätzt aber das Informationsbedürfnis unserer Mitmenschen und die Informationsgeschwindigkeit in unserer Zeit, wenn die Befürchtung geäußert wird, das Publikum wisse mit diesen Bezeichnungen nichts Rechtes anzufangen. Im übrigen habe ich in einer Zeitung noch nie gelesen von „dem berühmten Facharzt für Chirurgie, innere Krankheiten oder Orthopädie". Man spricht von dem „Chirurgen, Internisten, Orthopäden". Die Begriffe sind also schon viel gebräuchlicher, als es manche Kollegen glauben wollen. Es sei im übrigen noch unterstrichen, daß diese Kurzbezeichnungen durch Aufnahme in die Berufsordnung zu geschützten Bezeichnungen werden, die nur von anerkannten Fachärzten geführt werden dürfen.

Lassen Sie mich aber noch einmal unterstreichen, daß es sich hier um Vorschläge und Gedanken handelt, über welche Sie zu entscheiden haben. Die Facharztkonferenz wird in ihren endgültigen Entwurf das aufnehmen, was das zuständige Gremium — also der Deutsche Ärztetag — wünscht und beschließt.

Im § 25 ist der Grundsatz festgelegt, daß die Weiterbildung nach der Bestallung als Arzt beginnt, ganztägig sein und in einer Assistenzarztstelle erfolgen muß. Im übrigen verweist dieser Paragraph wegen der Einzelheiten der Weiterbildung auf die Anlage zur Berufsordnung. Auch die Weiterbildungszeiten, welche früher hier enthalten waren, wurden in die Anlage übernommen und damit alle für ein Fach geltenden besonderen Bestimmungen dort zusammengefaßt.

§ 26 regelt die Ermächtigung zur Weiterbildung, wobei besonderer Wert darauf gelegt wurde, daß jeder weiterbildende Arzt, nicht nur der letzte, ein Zeugnis auszustellen hat, das im einzelnen auf die in der Anlage zur Berufsordnung geforderten Weiterbildungsvoraussetzungen eingeht.

Bei den Sonderbestimmungen, die in § 27 zusammengefaßt wurden, ist u. a. die Anrechnung von Weiterbildungszeiten im Ausland geregelt, während § 28 die Vorschriften enthält, nach denen ein Facharztantrag durch die Ärztekammer zu behandeln ist.

In § 29 finden Sie die Bestimmungen über die Aberkennung der Facharzteigenschaft. Er enthält gegenüber dem bisherigen Recht nichts Neues.

§ 30 regelt den Geltungsbereich der Facharztanerkennung, § 31 die Pflichten der Fachärzte. Hier ist vor allem auf die Verpflichtung zur Beschränkung auf das Fachgebiet hinzuweisen, auf die im Interesse eines hohen Niveaus der ärztlichen Versorgung, aber auch zur Erhaltung einer guten und vertrauensvollen inner-

ärztlichen Zusammenarbeit nicht verzichtet werden kann. Die Beschränkung auf ein Teilgebiet, dessen Bezeichnung man führt, innerhalb eines Fachgebietes ist bewußt lockerer gefaßt. Völlig kann man nicht darauf verzichten, weil sonst aus der Teilgebietsbezeichnung eine rein werberische Ankündigung wird und ihr Sinn nicht mehr erfüllt wäre. Diese Konzentration auf das Teilgebiet ist aber auch eine Voraussetzung dafür, daß der betreffende Arzt besondere Erfahrungen auf diesem Gebiet nicht nur mitbringt, sondern auch fortwährend sammelt.

Nachdem noch einige Bedenken gegen die Einführung von Teilgebietsbezeichnungen in den letzten Tagen vorgetragen wurden, darf ich gleich an dieser Stelle darauf eingehen. Es wurde die Besorgnis geäußert, eine Teilgebietsbezeichnung — wie etwa Unfallchirurgie oder Kinderchirurgie — greife in andere Fachgebiete über, die bisher nicht zur Chirurgie gehörten. Das ist ein Irrtum. Ein Teilgebiet kann immer nur innerhalb der Grenzen des Mutterfaches liegen, sich also nie Aufgaben zueignen, die nicht schon zu denen des Mutterfaches gehörten. Wer eine Teilgebietsbezeichnung führt, übernimmt also nur für sich die darin liegenden Beschränkungen, erhebt damit aber keine Ansprüche gegenüber anderen Fachgebieten.

Es wurde auch die Auffassung vertreten, wir sollten durch die Einführung von Teilgebietsbezeichnungen keine Vorleistungen gegenüber der EWG machen. Auch dazu muß ich feststellen, daß es sich hier nicht um eine Vorleistung, sondern um eine Vorbeugung handelt. Wir wollen ja gerade dadurch, daß wir die innere Medizin und die Chirurgie nicht in selbständige Fachgebiete zersplittern, sondern Teilgebiete ankündigen, eine Entwicklung vermeiden, welche in den übrigen EWG-Staaten bereits eingetreten ist und vielfach auch bedauert wird.

Im übrigen darf ich versichern, daß noch ausreichend Zeit sein wird, über diese Vorschläge Gespräche mit allen Beteiligten und Interessierten zu führen, und auf diese Weise die bestehenden Bedenken und Unklarheiten auszuräumen.

Völlig neu für eine zukünftige Facharztordnung ist die Anlage zur Berufsordnung, welche für jedes Fachgebiet die konkreten Weiterbildungsbestimmungen enthält.

In der Anlage finden Sie — die Reihenfolge der Fächer ist nunmehr alphabetisch — als erstes die Weiterbildungszeit, die etwa anrechenbaren Fächer, soweit erforderlich Angaben über einzelne Abschnitte (z. B. Auftellung Gynäkologie und Geburtshilfe, Psychiatrie und Neurologie). Dann folgt eine Definition des Fachgebietes und eine Beschreibung des Inhalts der Weiterbildung (hier nicht im einzelnen wiedergegeben), die zusammen dem jungen Arzt ein sehr genaues Bild des von ihm gewählten Faches geben und zugleich dem weiterbildenden Arzt in Erinnerung rufen, welche Kenntnisse ein Facharztanwärter erwerben und sein Ausbilder ihm vermitteln muß. Bei den operativen Fächern sind hier auch die Operationskataloge enthalten.

Die Fachgesellschaften, zusammen mit den Berufsverbänden, haben sich bei der Erstellung dieser Beschreibungen des Inhalts der Weiterbildung außerordentliche Mühe gemacht, wofür ihnen besonderer Dank gebührt.

Bei der Bearbeitung der Definitionen und Weiterbildungskataloge ergab sich im Einzelfall auch die Notwendigkeit, Fragen der Abgrenzung oder Überschneidung von Fachgebieten zu behandeln. Sie sehen dies beispielhaft an den Fächern Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten und Mund- und Kieferchirurgie. In eingehenden Verhandlungen — bei welchen ich die Aufgabe des Vermittlers gerne übernommen habe — konnte hier eine Lösung gefunden werden, welche von beiden Beteiligten sehr begrüßt wird, weil sie der Fortentwicklung der beiden Fächer dienen und ihnen eine gute Grundlage für ihre Arbeit geben wird.

Gerne würde ich es auch sehen, wenn Meinungsverschiedenheiten, welche offenbar zwischen Chirurgen und Orthopäden bestehen und leider auch in die Öffentlichkeit gedrungen sind, auf gleiche Weise beseitigt werden könnten.

Die im Essener Entwurf enthaltene Generalklausel über die Ausbildung in Röntgendiagnostik konnte entfallen, weil der Umfang der röntgendiagnostischen Ausbildung für jedes Fach im einzelnen beschrieben wird. In vielen Fächern wird gefordert, daß der Facharzt bei seiner Anerkennung die gesamte Röntgendiagnostik des Fachgebietes erlernt hat; in anderen werden bestimmte Teilkenntnisse verlangt, wie etwa in der Chirurgie die Skelettdiagnostik und die intraoperative Röntgendiagnostik, oder auch nur die Befähigung zur Beurteilung von Röntgenbildern, ohne sie selbst anzufertigen. Es ist wohl verständlich, daß gerade an diesen Fragen die Röntgenologen besonders interessiert sind.

Der Deutschen Röntgengesellschaft sei ausdrücklich bestätigt, daß ihr fachliches Interesse in diesem Bereich gewürdigt wird. Das Gespräch sollte aber nicht mit wirtschaftlichen Gesichtspunkten belastet werden oder gar davon ausgehen, als ob jedes Fach nur daran interessiert wäre, ein Stück aus der Radiologie herausreißen zu können. Ich habe im übrigen den Eindruck, daß sich die Sorgen hauptsächlich auf die Röntgendiagnostik im Fachgebiet der inneren Krankheiten beziehen. Das wird in der nächsten Zeit noch zu besprechen sein.

Ich bin überzeugt, daß beim Studium der Einzelbestimmungen dieser Anlage der eine oder andere Kollege die Zahl der Narkosen, in einem anderen Fach die Zahl der Operationen zu niedrig oder vielleicht zu hoch finden wird. Es scheint mir aber wohl kaum möglich zu sein, diese Details in jeder Einzelheit hier zu diskutieren, wenn wir uns nicht hoffnungslos verlieren wollen. Vielleicht darf ich mir die Anregung gestatten, sich auf die Prinzipien zu beschränken. Die Facharztkonferenz wird alle Kataloge, auch die in dieser Vorlage schon enthaltenen, noch weiter durcharbeiten, um nicht nur eine möglichst einheitliche Gliederung zu erreichen, sondern auch im Inhalt eine Übereinstimmung zwischen unseren Vorstellungen und den Vorschlägen der Fachgesellschaften und Berufsverbände zu erreichen.

Im vergangenen Jahr habe ich darauf hingewiesen, daß wir auch zu der Frage Stellung nehmen müssen, ob in Zukunft — so wie bisher — der Ausbilder in seinem Zeugnis die Qualifikation seines Schülers glaubhaft

Blutdrucksenkung sicher und schonend

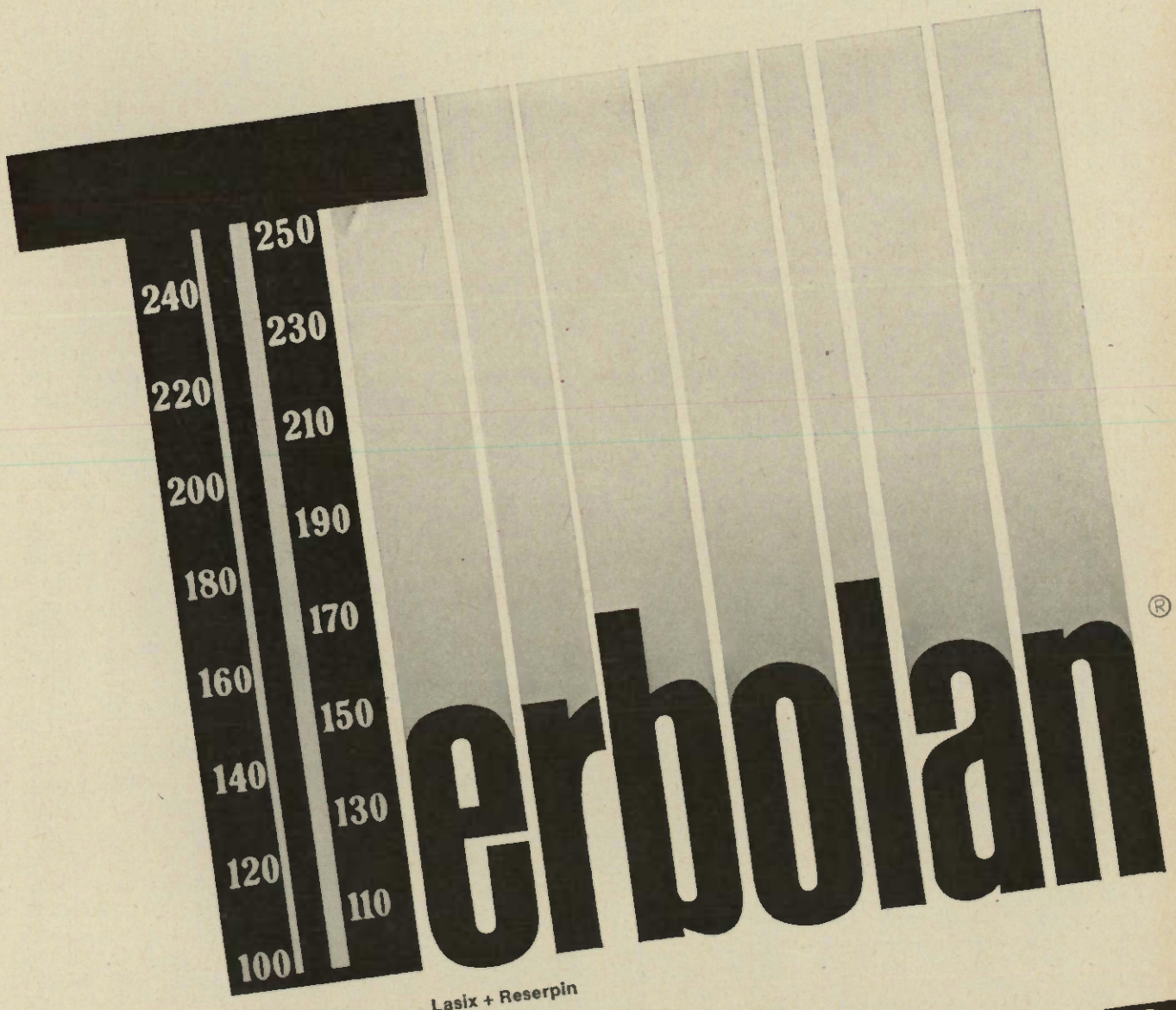
Sichere und schonende Blutdrucksenkung auf normale Bereiche

Wirksame Ausschwemmung von Natrium unter unübertroffener Schonung des Kalium-Haushaltes

Gefahrlosere Digitalisierung bei Herzinsuffizienz durch optimalen Na/K-Quotienten

Zusammensetzung: Tabletten mit 15 mg 4-Chlor-N-(2-furylmethyl)-5-sulfamoyl-anthranilsäure (Lasix®) und 0,1 mg Reserpin

Packungen: O.P. mit 20 und 50 Tabletten
Anstaltspackung mit 250 Stück



Lasix + Reserpin

Farbwerke Hoechst AG
Frankfurt (Main)-Hoechst

Ph 1179c

machen oder dieser selbst seine Kenntnisse unter Beweis stellen muß. Ohne alles zu wiederholen, was ich in Essen dazu ausführte, sei noch einmal betont, daß man das gewünschte Ziel auf beiden Wegen erreichen kann. Ich habe den Eindruck, daß in Kreisen der Kammerversammlungen unserer Landesärztekammern nach wie vor überwiegend die Auffassung vertreten wird, zwar die Weiterbildung zum Facharzt sehr eingehend zu regeln, jedoch keine Prüfung einzuführen. In Kreisen der wissenschaftlichen Fachgesellschaften wird — soweit ich es übersehe — der Standpunkt vertreten, daß man auf einen Kenntnisnachweis durch den Bewerber selbst, also eine Prüfung, nicht verzichten könne. Für die weitere Arbeit der Facharztkonferenz wäre es jedenfalls wesentlich, wenn heute zu dieser Frage eine Meinungsbildung erfolgen könnte.

Meine Damen und Herren Kollegen, ich glaube, damit meine Ausführungen, die der Erläuterung der Vorlage dienen sollten, abschließen zu können.

Ich möchte auch in diesem Jahr nicht schließen, ohne meinen Kollegen in der Ständigen Konferenz, insbesondere den Mitgliedern der Kleinen Arbeitsgruppe — es sind dies mit mir zusammen die Herren Kanzow, Rheindorf und Röken — meinen besonderen Dank für ihre nimmermüde Arbeit zum Ausdruck zu bringen. Danken möchte ich aber auch diesmal wieder den Vertretern der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbände, die uns so bereitwillig geholfen und mit uns beraten haben.

Ihnen, meine Damen und Herren Delegierten, darf ich abschließend noch einmal versichern, daß uns bei unseren Arbeiten und Überlegungen stets nur der Gedanke geleitet hat, einen Beitrag zur Fortentwicklung des ärztlichen Berufsrechtes zu leisten, als Voraussetzung für die Erhaltung eines ethisch und wissenschaftlich hochstehenden, leistungsfähigen, aber auch geschlossenen Berufsstandes in der Bundesrepublik Deutschland.

Vorschläge zur Änderung des Entwurfes der Facharztordnung

§ 24

Fach- und Teilgebietsbezeichnungen

(1) Eine Facharztbezeichnung darf nur führen, wer die entsprechende Facharztanerkennung der Ärztekammer besitzt.

(2) Fachärzte werden für folgende Fachgebiete anerkannt:

1. *Anästhesie*
2. *Augenkrankheiten*
3. *Chirurgie*
4. *Frauenkrankheiten und Geburtshilfe*
5. *Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten*
6. *Haut- und Geschlechtskrankheiten*
7. *Innere Krankheiten*
8. *Kinderheilkunde*
9. *Laboratoriumsdiagnostik*
10. *Lungenkrankheiten*
11. *Mund- und Kieferchirurgie*
12. *Neurochirurgie*
13. *a) Neurologie und Psychiatrie*
    b) Neurologie
    c) Psychiatrie
14. *Orthopädie*
15. *Pathologische Anatomie*
16. *Radiologie*
17. *Urologie*

(3) Wer die Facharztanerkennung besitzt, ist berechtigt, jeweils folgende Bezeichnung zu führen:

1. Anästhesist, Augenarzt, Chirurg, Frauenarzt, Hals-, Nasen-, Ohrenarzt, Hautarzt, Internist, Kinderarzt, Laborarzt, Mund- und Kieferchirurg, Neurochirurg, Nervenarzt, Neurologe, Psychiater, Orthopäde, Pathologe, Röntgenologe, Urologe.

2. „Arzt" oder „Facharzt" in Verbindung mit der Angabe des Fachgebietes.

(4) 1. Innerhalb des Fachgebietes der Chirurgie darf nach Anerkennung durch die Ärztekammer zusammen mit der Facharztbezeichnung nur eine der folgenden Teilgebietsbezeichnungen geführt werden:
a) Kinderchirurgie
b) Unfallchirurgie

2. Innerhalb des Fachgebietes der inneren Krankheiten darf nach Anerkennung durch die Ärztekammer zusammen mit der Facharztbezeichnung nur eine der folgenden Teilgebietsbezeichnungen geführt werden:
a) Gastroenterologie
b) Kardiologie
c) Lungen- und Bronchialerkrankungen

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

§ 25

Art, Inhalt, Dauer und zeitlicher Ablauf der Weiterbildung

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

(2) Dauer und Inhalt der Weiterbildung richten sich nach den Bestimmungen der Anlage zur Berufsordnung. Die angegebenen Weiterbildungszeiten sind Mindestzeiten.

§ 26

Ermächtigung zur Weiterbildung

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

(2) Die Ermächtigung zur Weiterbildung kann nur einem Facharzt erteilt werden, der umfassende Kenntnisse und Erfahrungen in seinem Fachgebiet (Teilgebiet) besitzt. Diese soll er in langjähriger Tätigkeit als Facharzt, möglichst in der Stellung eines Oberarztes oder 1. Assistenzarztes, erworben haben. Mit der Ermächtigung ist der Facharzt verpflichtet, die Weiterbildung persönlich zu leiten und entsprechend der Berufs- und Facharztordnung zu gestalten. Er hat ein Zeugnis auszustellen, das im einzelnen auf die in der Anlage zur Berufsordnung geforderten Weiterbildungsvoraussetzungen eingeht und auch zur Frage der Eignung ausführlich Stellung nimmt.

(3) Die Weiterbildungsstätten müssen personell sowie nach Krankengut und Einrichtungen für eine gründliche und umfassende Vermittlung wissenschaftlicher und praktischer Kenntnisse in dem erstrebten Fachgebiet (Teilgebiet) geeignet sein. Die Ärztekammer stellt eine Liste der zur Weiterbildung ermächtigten Leiter geeigneter Krankenanstalten oder von Fachabteilungen und freipraktizierenden Fachärzten auf, aus der hervorgeht, in welchem Umfang die bei diesen abgeleistete Tätigkeit auf die Weiterbildung zum Facharzt angerechnet werden kann.

§ 27
Sonderbestimmungen

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

(2) Innerhalb der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit muß mindestens ein Jahr unter Leitung eines Facharztes abgeleistet werden, der zur vollen Weiterbildung ermächtigt ist.

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

(4) Ärzte, die eine abgeschlossene Ausbildung für den Arztberuf im Ausland erworben haben und denen die Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes nach § 10 der Bundesärzteordnung im Geltungsbereich dieser Berufs- und Facharztordnung erteilt worden ist oder die eine Bestallung als Arzt nach § 3 Absatz 2 oder 3 erhalten haben, können nach den Bestimmungen dieser Facharztordnung (Weiterbildungsordnung) als Facharzt anerkannt werden.

(5) In Ausnahmefällen kann die Anerkennung als Facharzt sowie die Genehmigung zur Führung einer Teilgebietsbezeichnung auch abweichend von den Bestimmungen der §§ 25, 26 und 27 und den in der Anlage zur Berufsordnung enthaltenen Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung erteilt werden.

§ 28
Facharztanerkennung

(1) Die Anerkennung als Facharzt spricht die Ärztekammer aus. Die Anerkennung ist zu erteilen, wenn der Bewerber die Eignung zum Facharzt besitzt und den Bestimmmungen über die Weiterbildung genügt.

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

(3) Der Facharztbewerber kann nach Beendigung der vorgeschriebenen Weiterbildung bei der zuständigen Ärztekammer den Antrag auf Anerkennung als Facharzt stellen. Dem Antrag sind alle Nachweise über die Weiterbildung sowie die erteilten Zeugnisse beizufügen.

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

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

(6) Die Genehmigung zur Führung einer Teilgebietsbezeichnung gemäß § 24 Absatz 3 setzt die Anerkennung als Arzt für Chirurgie oder als Arzt für innere Krankheiten voraus. Für das Verfahren gelten die Bestimmungen in Absatz 3 bis 5 sinngemäß.

§ 29
Aberkennung der Facharzteigenschaft

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

a) durch Tatsachen erwiesen wird, daß der Arzt die Eignung für die fachärztliche Tätigkeit nicht mehr besitzt oder
b) die für die Facharztanerkennung erforderlichen Voraussetzungen nicht gegeben waren.

Vor der Entscheidung muß der Arzt gehört werden.

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

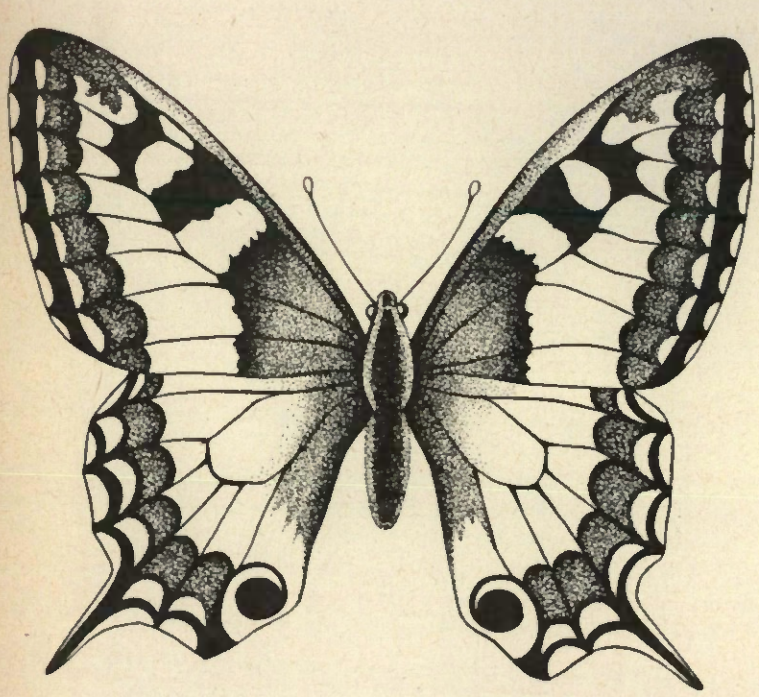
§ 30
Geltungsbereich der Facharztanerkennung

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

§ 31
Pflichten der Fachärzte

(1) Fachärzte müssen sich grundsätzlich auf das Fachgebiet beschränken, dessen Bezeichnung sie führen. Sie dürfen eine allgemeinärztliche oder allgemeinvertrauensärztliche Tätigkeit nicht ausüben. Ausnahme-

wo Schmetterlinge sind sind auch Wespen



Calcistin®-Salbe
Calcistin®-Gel

schnell wirkend, angenehm kühlend,
schmerz- und juckreizstillend
bei Insektenstichen, Sonnenbrand,
Kontaktdermatitis

OP 25 g Salbe	DM 3,05 m. U.
OP 20 g Gel	DM 2,55 m. U.
OP 50 g Gel	DM 4,95 m. U.
OP 20 Dragées	DM 3,25 m. U.
OP 3 Ampullen	DM 3,80 m. U.

mannheim boehringer

regelungen für ärztliche Notfallvertretung und ehrenamtliche Tätigkeit sind zulässig.

(2) Fachärzte, welche zusätzlich eine Teilgebietsbezeichnung führen, müssen sich im wesentlichen auf dieses Teilgebiet beschränken.

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

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

Anlage zur Facharztordnung*)

Hier werden lediglich die Weiterbildungszeiten und die Definitionen — soweit sie schon fertiggestellt sind — zum Abdruck gebracht. Die Beschreibungen des Inhalts der Weiterbiidung einschließlich der Operationskataloge sind noch in Beratung

Anästhesie

Weiterbildungszeit: 4 Jahre

Anrechnungsfähig ist bis zu 6 Monaten die Tätigkeit auf einem der folgenden Gebiete: Pharmakologie, Physiologie, innere Medizin, Lungenfunktionsdiagnostik oder Blutgruppen-Serologie.

Definition des Fachgebietes:

Das Fachgebiet umfaßt die allgemeine und lokale Anästhesie einschließlich der Vor- und Nachbehandlung; Überwachung, Aufrechterhaltung und Wiederberstellung der vitalen Funktionen; Intensivtheraple einschließlich Dauerbeatmung; respiratorische und zirkulatorische Wiederbelebung.

Augenkrankheiten

Weiterbildungszeit: 4 Jahre

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

Definition des Fachgebietes:

Die Ophthalmologie umfaßt die Gesamtheit der Kenntnisse, die für die Untersuchung, Diagnostik und Behandlung der anatomischen und funktionellen Veränderungen des Auges und seiner Annexe notwendig sind.

Chirurgie

Weiterbildungszeit: 6 Jahre

Davon müssen mindestens 5½ Jahre auf dem Gebiet der Chirurgie, hiervon 5 Jahre im Stationsdienst, abgeleistet werden.

Auf einem Teilgebiet der Chirurgie (§ 24 Abs. [3] A) dürfen nicht mehr als 2 Jahre der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit absolviert werden, davon mindestens 1½ Jahre im Stationsdienst.

Eine Tätigkeit von ½ Jahr auf einem der Gebiete der Anästhesie, Neurochirurgie, Orthopädie, Pathologische Anatomie oder Urologie kann angerechnet werden; die Anrechnungsfähigkeit entfällt, wenn innerhalb der Weiterbildungszeit 2 Jahre auf dem Gebiet der Kinderchirurgie oder der Unfallchirurgie abgeleistet werden.

Einem Arzt für Chirurgie, der auf einem dieser beiden Teilgebiete mindestens 2 Jahre tätig war, kann auf Antrag die Berechtigung zur Führung der entsprechenden Teilgebietsbezeichnung erteilt werden.

Definition des Fachgebietes:

Die Chirurgie umfaßt im wesentlichen die operative Behandiung der Mißbiidungen, Erkrankungen und Verletzungen mit den entsprechenden Voruntersuchungen, konservativen Behandlungsverfahren, Nachsorge und Begutachtung.

Frauenkrankheiten und Geburtshilfe

Weiterbildungszeit: 5 Jahre

5 Jahre Tätigkeit auf dem Gebiet der Frauenkrankheiten und Geburtshilfe, hiervon mindestens 1½ Jahre auf dem Gebiet der Gynäkologie und mindestens 2 Jahre auf dem Gebiet der Geburtshilfe.

Definition des Fachgebietes:

Das Fachgebiet der Frauenkrankheiten und Geburtshilfe umfaßt die Erkennung und Behandlung der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane sowie Maßnahmen zu ihrer Vorbeugung,

die gesundheitliche und psychologlsche Führung der Frauen in der Schwangerschaft und im Wochenbett,

die Erkennung von krankhaften Zuständen und Komplikationen in der Schwangerschaft und deren Behandlung und

die Leitung normaler und pathologischer Geburten, einschließlich der Vornahme geburtshilflicher Operationen.

Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten

Weiterbildungszeit: 4 Jahre

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

Definition des Fachgebietes:

Das Fachgebiet der Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde umfaßt die Diagnostik sowie die konservative und chirurgische Behandlung der Erkrankungen, Verletzungen, Frakturen und Mißbildungen des äußeren, mittleren und inneren Ohres sowie des inneren Gehörganges einschließlich der hierzu führenden und daraus folgenden Erkrankungen; der Erkrankungen, Verietzungen, Frakturen und Mißbildungen der inneren und äußeren Nase und des pneumatischen und stützenden Systems sowie der Weichteile des Gesichtsschädels (der Nasennebenhöhlen, ihrer knöchernen Wandungen und des Jochbeins) sowie der Schädelbasis; der Erkrankungen, Verletzungen, Frakturen und Mißbildungen des Epi-

*) Soll nach Beschluß des 70. Deutschen Ärztetages künftig „Weiterbildungsordnung" heißen.

und Mesopharynx einschließlich der Tonsillen, der Zunge und des Zungengrundes, des Mundbodens, der Glandula submandibularis und der Lippen; der Erkrankungen, Verletzungen, Frakturen und Mißbildungen des Hypopharynx und Larynx einschließlich der Halsabschnitte von Trachea und Ösophagus; der Erkrankungen des Lymphabflußgebietes des Kopfes und Halses und der Mißbildungen des Halses; der Erkrankungen und Verletzungen der Glandula parotis und des Nervus facialis innerhalb und außerhalb der Schädelbasis; der Erkrankungen der Hör- und Gleichgewichtsfunktionen und des Geruch- und Geschmacksinnes, einschließlich der Audiologie; die wiederherstellende und plastische Chirurgie des Hals-, Nasen-, Ohrenbereiches; die Endoskopie und endoskopische Therapie der tieferen Luft- und Speisewege und die Mediastinoskopie; die Phoniatrie und Logopaedie.

Haut- und Geschlechtskrankheiten

Weiterbildungszeit: 4 Jahre

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

Definition des *Fachgebietes:*

Das Fachgebiet der Haut- und Geschlechtskrankheiten umfaßt die Erkennung, Verhütung und Behandlung von Erkrankungen der Oberhaut, der Unterhaut, der Schleimhaut und der Hautanhangsgebilde sowie der Geschlechtskrankheiten und der nicht-venerischen Erkrankungen der Geschlechtsorgane im engeren Sinne. Weiterhin umfaßt das Fachgebiet der Haut- und Geschlechtskrankheiten die Beurteilung und Behandlung des varikösen und analen Symptomenkomplexes und die Andrologie.

Innere Medizin

Weiterbildungszeit: 6 Jahre

Davon müssen 5 Jahre Tätigkeit auf dem Gebiet der inneren Krankheiten, hiervon mindestens 4 Jahre im Stationsdienst, abgeleistet werden. 1 Jahr Tätigkeit auf dem Gebiet der internen Röntgendiagnostik.

Auf einem Teilgebiet der inneren Krankheiten (§ 24 Abs. [3] B) dürfen nicht mehr als 2 Jahre der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit absolviert werden, davon mindestens 1½ Jahre im Stationsdienst.

Eine Tätigkeit von ½ Jahr kann auf einem der Gebiete der Bakteriologie-Serologie, Biochemie, Kinderheilkunde, Nervenkrankheiten, Pharmakologie und Toxikologie, Pathologischer Anatomie oder Physiologie angerechnet werden; die Anrechnungsfähigkeit entfällt, wenn innerhalb der Weiterbildungszeit 2 Jahre auf dem Gebiet der Gastroenterologie, Kardiologie oder Lungen- und Bronchialerkrankungen abgeleistet werden.

Einem Arzt für innere Krankheiten, der auf einem der drei genannten Teilgebiete mindestens 2 Jahre tätig war, kann auf Antrag die Berechtigung zur Führung der entsprechenden Teilgebietsbezeichnung erteilt werden.

Definition und *Inhalt der Weiterbildung* sind noch nicht ausgearbeitet.

Kinderheilkunde

Weiterbildungszeit: 4 Jahre

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

Anrechenbar 6 Monate innere Krankheiten oder Lungenkrankheiten oder Nerven- und Gemütskrankheiten oder Dermatologie oder Chirurgie oder Orthopädie oder HNO oder Pathologie oder Anatomie oder Pharmakologie oder Physiologie oder physiologische Chemie oder Bakteriologie und Serologie.

Definition des *Fachgebietes:*

Das Fachgebiet der Kinderheilkunde umfaßt

a) die gesamte Diagnostik aller körperlichen und seelischen Erkrankungen des Kindes von der Geburt bis zum Ende der gesetzlichen Grundschulpflicht,

b) die medikamentöse, psychische, physikalische und medico-mechanische Therapie dieser Erkrankungen einschließlich kleiner Chirurgie und Orthopädie,

c) die gesamte vorbeugende Medizin und Fürsorge im Kindesalter.

Laboratoriumsdiagnostik

Die Beratungen über die Gestaltung dieses Fachgebietes sind noch im Gange.

Mund- und Kieferchirurgie

Vor Beginn der Weiterbildung ist auch die Bestallung als Zahnarzt erforderlich!

Weiterbildungszeit: 4 Jahre

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

Definition des *Fachgebietes:*

Das Fachgebiet der Mund- und Kieferchirurgie umfaßt die Diagnostik sowie die konservative und chirurgische Behandlung der vom Zahn und Zahnhalteapparat ausgehenden chirurgischen Erkrankungen sowie der von den Alveolarfortsätzen und vom harten Gaumen ausgehenden Erkrankungen; der Mißbildungen und Formveränderungen der beiden Kiefer einschließlich chirurgische Kieferorthopädie, des Gaumens und der Lippen; Frakturen des Oberkiefer- und des Jochbeines (Reposition und Fixation); der Erkrankungen, Verletzungen und Frakturen des Unterkiefers einschließlich des Kiefergelenkes; der Erkrankungen und Verletzungen der vorderen ⅔ der Zunge, der Mundhöhlenwandungen, der Glandula submandibularis sowie der Weichteile des Kauschädels; der Erkrankungen und Verletzungen der Glandula parotis; der Lymphknotenerkrankungen im Gefolge der vorgenannten Erkrankungen; die Korrekturen des Mundes und des Mundbodens und der Biß- und Kaufunktion; die Eingliederung von Resektionsprothesen und anderer prothetischer und orthopädischer Hilfsmittel der Kiefer; die wiederherstellende und plastische Chirurgie der vorstehend aufgeführten Bereiche.

Neurochirurgie

Weiterbildungszeit: 6 Jahre

Davon müssen mindestens 4½ Jahre Tätigkeit auf dem Gebiet der Neurochirurgie, hiervon mindestens 3½ Jahre im Stationsdienst, nachgewiesen werden.
Anrechenbar bis zu 1 Jahr Neurologie, Neuropathologie, Neurophysiologie, Orthopädie.

Definition des Fachgebietes:

Das Fachgebiet der Neurochirurgie umfaßt die Gehirnchirurgie, die Traumatologie des Hirnschädels und des zentralen und peripheren Nervensystems, die Rückenmarkchirurgie sowie die Chirurgie des peripheren und sympathischen Nervensystems.

Neurologie und Psychiatrie

A) Neurologie und Psychiatrie

Weiterbildungszeit: 5 Jahre

Davon können entweder 3 Jahre auf dem Gebiet der Neurologie und 2 Jahre auf dem Gebiet der Psychiatrie oder 3 Jahre auf dem Gebiet der Psychiatrie und 2 Jahre auf dem Gebiet der Neurologie verbracht werden.

Auf eine 3jährige Tätigkeit auf dem Gebiet der Neurologie kann die Tätigkeit in einem der folgenden Grenzgebiete bis zu 1 Jahr angerechnet werden: Neurochirurgie, Neuropathologie, Neurophysiologie, innere Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -neurologie.

Auf eine 3jährige Tätigkeit auf dem Gebiet der Psychiatrie kann die Tätigkeit in einem der folgenden Grenzgebiete bis zu 1 Jahr angerechnet werden: Psychotherapie und Kinderpsychiatrie bis zu 1 Jahr, bis zu 6 Monaten Neuropathologie und Neurophysiologie.

Wenigstens 6 Monate der psychiatrischen Weiterbildung sind in einem öffentlichen psychiatrischen Krankenhaus abzuleisten.

Definition des Fachgebietes:

Das Fachgebiet umfaßt alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen im Bereich der Neurologie und Psychiatrie.

B) Neurologie

Weiterbildungszeit: 4 Jahre

Davon 3 Jahre klinische Neurologie und 1 Jahr klinische Psychiatrie.

Auf die 3jährige Weiterbildung in Neurologie kann die Tätigkeit in einem der folgenden Grenzgebiete bis zu 1 Jahr angerechnet werden: Neurochirurgie, Neuropathologie, Neurophysiologie, innere Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -neurologie.

Definition des Fachgebietes:

Das Fachgebiet umfaßt alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen im Bereich der Neurologie.

C) Psychiatrie

Weiterbildungszeit: 4 Jahre

Davon 3 Jahre klinische Psychiatrie und 1 Jahr klinische Neurologie. Auf die 3jährige Weiterbildung in Psychiatrie kann die Tätigkeit in den folgenden Grenzgebieten bis zu 1 Jahr angerechnet werden: Psychotherapie und Kinderpsychiatrie bis zu 1 Jahr, Neuropathologie und Neurophysiologie bis zu 6 Monaten.

Wenigstens 6 Monate der psychiatrischen Weiterbildung sind in einem öffentlichen psychiatrischen Krankenhaus abzuleisten.

Definition des Fachgebietes:

Das Fachgebiet umfaßt alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen im Bereich der Psychiatrie.

Pathologische Anatomie

Weiterbildungszeit: 4 Jahre

Die weiteren Einzelheiten müssen noch beraten werden.

Orthopädie

Weiterbildungszeit: 5 Jahre

Von der Gesamtweiterbildungszeit müssen 2 Jahre auf dem Gebiete der allgemeinen Chirurgie nachgewiesen werden. Diese Zeit muß am Anfang der Weiterbildung liegen. 3 Jahre Tätigkeit auf dem Gebiet der Orthopädie, davon mindestens 2½ Jahre im Stationsdienst.

Definition des Fachgebietes:

Die Orthopädie umfaßt die Erkennung, Verhütung und Behandlung von Form- und Funktionsstörungen des Stütz- und Bewegungssystems.

Radiologie

Weiterbildungszeit: 5 Jahre

Über die Aufteilung der Weiterbildungszeit in Röntgendiagnostik, Strahlentherapie und Nuklearmedizin muß noch verhandelt werden.

Definition des Fachgebietes:

Die Radiologie umfaßt die Anwendung ionisierender Strahlen einschließlich derjenigen von radioaktiven Stoffen zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken.

Urologie

Weiterbildungszeit: 5 Jahre

Davon 2 Jahre Chirurgie und 3 Jahre Urologie oder 1 Jahr Chirurgie und 4 Jahre Urologie.

Die chirurgische Weiterbildung muß vor Beginn der urologischen Weiterbildung abgeschlossen sein.

Definition des Fachgebietes:

Wird noch beraten.

Preludinsüchtige Menschen

sollen gelegentlich versuchen, auf den nicht verschreibungspflichtigen Appetitzügler MIRAPRONT auszuweichen.

Die Kolleginnen und Kollegen werden um eine kurze Mitteilung an die Bayerische Landesärztekammer gebeten, wenn sie diesen Verdacht bestätigen können.

Aus der Öffentlichen Kundgebung des 70. Deutschen Ärztetages

Im vollbesetzten Saal des Kurtheaters von Garmisch-Partenkirchen konnte der Präsident der Bundesärztekammer bei der Öffentlichen Kundgebung des 70. Deutschen Ärztetages eine große Zahl von Ehrengästen begrüßen, so u. a. die Bundestagsabgeordneten Frau Dr. med. Elinor Hubert, Frau Biohm, Dr. med. Jungmann, Dr. med. Bardens, Dr. Dittrich, Dr. med. Meinecke, Prinz zu Sayn-Wittgenstein-Hohenstein sowie Herrn Schmidt. Die Bundesministerin für das Gesundheitswesen war durch den Staatssekretär Herrn Professor Dr. med. Ludwig von Manger-König, der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung durch Ministerialdirektor Professor Jantz vertreten. Für die Bundeswehr war der Inspekteur für das Sanitäts- und Gesundheitswesen, der vor wenigen Tagen zum Generaloberstabsarzt beförderte Koliege Dr. Hockemeyer, erschienen. Die Bayerische Staatsregierung vertrat der Staatsminister des Innern, Herr Dr. Merk; weiter waren anwesend der Bayerische Staatsminister für Arbeit und soziale Fürsorge, Herr Dr. Pirkl, und sein Staatssekretär Dr. Hillermayer. Vom Bayerischen Landtag waren Herr Dr. Soenning, vom Bayerischen Senat die Herren Senatoren Frhr. Poschinger von Frauenau, Rechtsanwalt Wirschinger, Kramer, Dr. Dr. Frhr. von Gugel und Dr. med. Kläß anwesend. Unter den ausländischen Gästen konnte der Präsident den Vorsitzenden des Vorstandes des Weltärztebundes, Dr. Gerald Dorman, sowie Vertreter der dänischen, britischen, finnischen, französischen, italienischen, norwegischen, schwedischen und Schweizer Ärzteschaft willkommen heißen.

Eröffnungsansprache von Frhr. Dr. Dr. von Gugel

Der Ehrenpräsident des 70. Deutschen Ärztetages, Senator Dr. Dr. Frhr. Wolfram von Gugel, betonte in seiner Eröffnungsansprache, daß der Deutsche Ärztetag bereits zum fünften Male nach dem Kriege in Bayern zusammentrete. In diesem Land bestehe zwischen Tradition und Fortschritt eine besonders fruchtbare Verbindung, die nach einem harmonischen Ausgleich der angewandten Naturwissenschaft und der Geisteswissenschaft in der Heilkunde strebe. Er forderte, daß bei der Auswahl der Lehrer an den Universitäten und Hochschulen nicht nur deren wissenschaftliche Leistung, sondern auch ihre Befähigung zur Lehre und Erziehung der Studenten berücksichtigt werden müßte. Dadurch könne man vielleicht dazu beitragen, auftretende Schwierigkeiten in der ärztlichen Berufsausübung zu verringern, die dann entstehen, wenn trotz guter ärztlicher Ausbildung die rein menschlichen Beziehungen zwischen Arzt und Patient den erstrebten Heilerfolg nicht entsprechend unterstützen.

Ansprachen der Gäste

Die Grüße des Bundestagspräsidenten und des Ausschusses für Gesundheitswesen des Bundestages überbrachte Frau Dr. med. Elinor Hubert. Sie deutete dabei an, daß die Kompetenz des Bundes auf dem Gebiet des Gesundheitswesens erweitert werden sollte.

Für die Bayerische Staatsregierung unterstrich der Staatsminister des Innern, Dr. Bruno Merk, die Auffassung, daß für seine Gesundheit zuerst einmal jeder selbst verantwortlich sei und daß die Öffentlichkeit und der Staat erst dann wirksam werden sollten, wenn die Möglichkeiten des einzelnen und der praktizierenden Ärzte und auch der gemeinnützigen Vereinigungen nicht mehr ausreichten.

Die Grüße der Bundesministerin für das Gesundheitswesen überbrachte Staatssekretär Professor Dr. med. Ludwig von Manger-König.

Für den Weltärztebund sprach dessen Vorstandsvorsitzender Dr. Gerald Dorman, zugleich auch für alle anwesenden ausländischen Ärzte.

Den Gruß der gastgebenden Gemeinde Garmisch-Partenkirchen überbrachte deren Bürgermeister Philipp Schumpp.

Im übrigen wird auf die eingehende Berichterstattung über den diesjährigen Deutschen Ärztetag im „Deutschen Ärzteblatt" verwiesen.

Paracelsus-Medaille für verdiente Ärzte

Die beim 55. Deutschen Ärztetag 1952 in Berlin gestiftete Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft wird seither jährlich vom Präsidium des Deutschen Ärztetages an Ärzte verliehen, die sich durch ihre vorbildliche ärztliche Haltung, durch besondere Verdienste um Stellung und Geltung des ärztlichen Standes oder durch außerordentliche wissenschaftliche Leistung hervorgetan haben.

Während der Öffentlichen Kundgebung des 70. Deutschen Ärztetages am 23. Mai 1967 in Garmisch-Partenkirchen wurden mit der Paracelsus-Medaille ausgezeichnet:

Professor Dr. med. Dr. med. h. c. Rudolf Nissen, Basel, ordentlicher Professor für Chirurgie an der Universität Basel

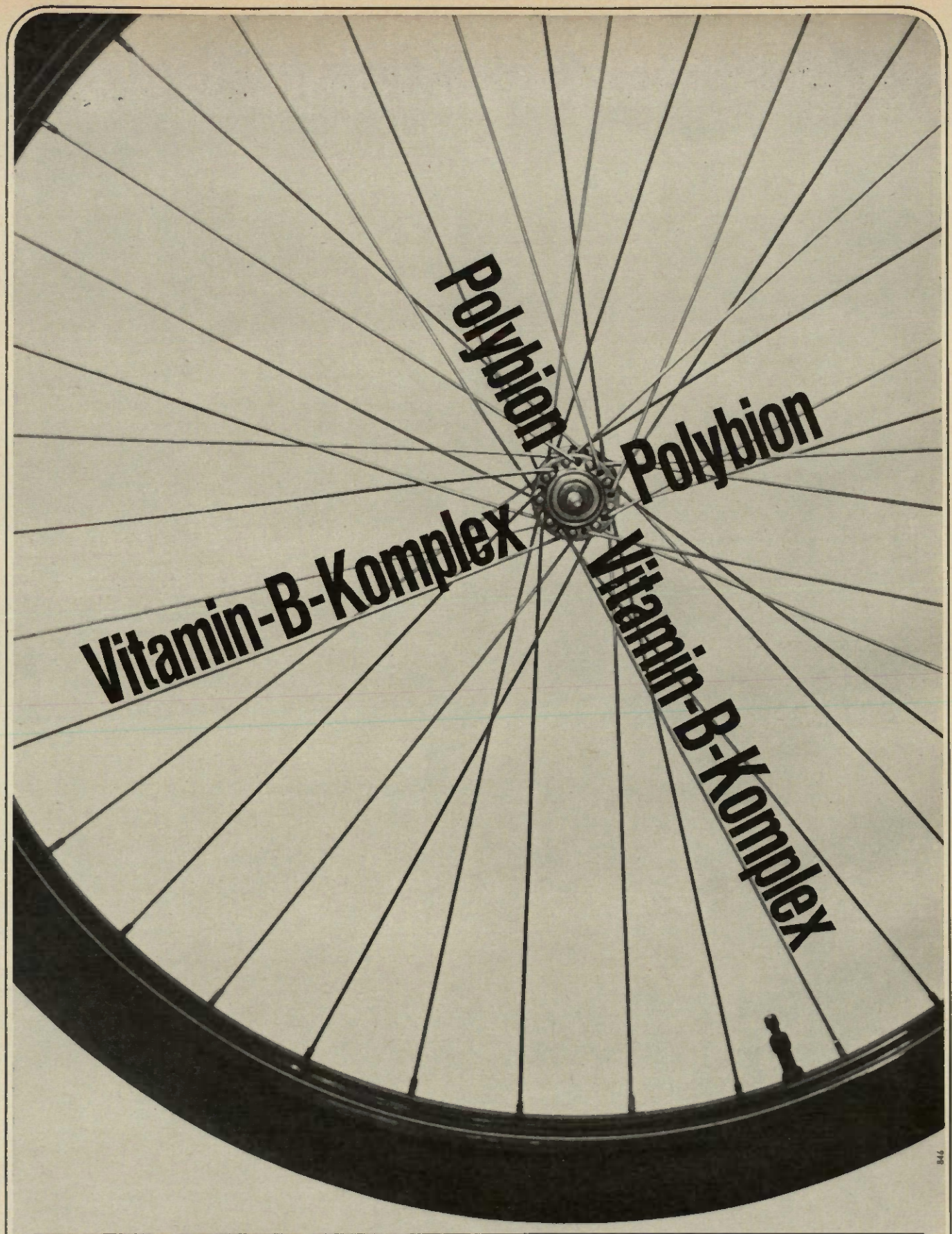
Dr. med. Bruno Hering, Praktischer Arzt in Bayreuth

Geheimer Sanitätsrat Dr. med. Max Obé, Praktischer Arzt in Saarbrücken

Der Text der Verleihungsurkunden:

Professor Dr. med. Dr. med. h. c. Rudolf Nissen, Basel

„Die deutschen Ärzte ehren in ihm einen hervorragenden Kliniker und Forscher, der sich besondere Verdienste um die Thorax-Chirurgie erworben hat. Aus einer Arzt- und Chirurgenfamilie stammend, hat sich Professor Nissen schon früh diesem Fachgebiet zugewandt und war als Sauerbruch-Schüler und Oberarzt maßgeblich an der Entwicklung der Lungenchirurgie beteiligt. Mehr als einer Generation von Studenten und Ärzten war und ist Professor Nissen durch ein hohes Maß an ärztlicher Ethik, seine überzeugende Persönlichkeit als Arzt und Wissenschaftler und seine hervorragende Darstellungsgabe in Wort und Schrift ein unvergessener Lehrer und Erzieher. Die Ergebnisse seiner wissenschaftlichen Arbeit sind in einer Vielzahl von Veröffentlichungen sowohl spezieller wie allgemeinchirurgischer Probleme niedergelegt. Durch seine voll-



E. Merck
DARMSTADT

Dragees
„forte"-Dragees
Tropfen
Ampullen

Appetitlosigkeit, Erschöpfungszustände
Nebenwirkungen der Antibiotikatherapie
Röntgenkater

endete Operationskunst brachte er — wo immer ihn das Schicksal hinführte — vielen Menschen in Deutschland, der Türkei, den Vereinigten Staaten und zuletzt der Schweiz, Heilung oder Hilfe. Fest begründet in hippokratischer Überlieferung und erfüllt vom Geist echter Humanität, blieb er der Ärzteschaft des ‚anderen Deutschland' stets verbunden."

Dr. med. Bruno Hering, Bayreuth

„Die deutschen Ärzte ehren in ihm einen Kollegen, der sich in mehr als vier Jahrzehnte währendem Wirken hohe Verdienste um seinen Berufsstand, vor allem in seinem Heimatbereich, erworben hat. Seit 1927 Vorsitzender des Ärztlich-wirtschaftlichen Vereins Bayreuth — der späteren Kassenärztlichen Vereinigung —, hat Dr. Bruno Hering ein Leben lang verantwortungsfreudig in täglicher stiller Kleinarbeit in Ärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung seiner oberfränkischen Heimat gewirkt. Immer einsatzbereit hat er an der Lösung kleiner wie großer gesundheits-, sozial- und berufspolitischer Fragen mitgewirkt, insbesondere als es unmittelbar nach dem Zusammenbruch 1945 galt, die Bezirksstelle Oberfranken und die Kassenärztliche Vereinigung Bayreuth neu aufzubauen. Durch seine Initiative wurde das Sozialwerk oberfränkischer Kassenärzte geschaffen. Als Delegierter zum Deutschen Ärztetag und zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat er sein aus reicher unmittelbarer Erfahrung gewonnenes Wissen um die Belange seines Berufsstandes auch überregional in den Dienst seiner Kollegen gestellt. Gewissenhaftigkeit und berufspolitische Erfahrung ließen ihn so maßgeblichen Einfluß auf die Geschicke des Ärztestandes seiner engeren und weiteren Heimat nehmen."

Geheimer Sanitätsrat Dr. med. Max Obé, Saarbrücken

„Die deutschen Ärzte ehren in ihm einen Kollegen, der sich in jahrzehntelanger Arbeit, vor allem aber in schwerer Zeit nach 1945, große Verdienste um den Wiederaufbau des Gesundheitswesens und um die Ärzteschaft seiner engeren und weiteren Heimat erworben hat. Bei der Heranbildung des ärztlichen Nachwuchses erwarb er sich als Lehrer für ärztliche Standeskunde und Sozialversicherung in den Jahren 1950 bis 1963 bleibende Verdienste. Auch nach seinem Ausscheiden aus der aktiven Leitung der ärztlichen Standesorganisation steht er der Ärzteschaft des Saarlandes und ihrer Standesorganisation trotz hohen Alters bis heute mit Rat und Tat zur Seite."

Neuer Vorstand der Bundesärztekammer

Nach Maßgabe des § 5 der Satzung der Bundesärztekammer in der vom 69. Deutschen Ärztetag beschlossenen Fassung wählte der 70. Deutsche Ärztetag durch geheime, schriftliche Abstimmung aufgrund von Vorschlägen aus der Versammlung und — für die Vertreter der angestellten Ärzte — eines Vorschlages des Verbandes der angestellten Ärzte

zum Präsidenten der Bundesärztekammer
Professor Dr. Ernst Fromm, Hamburg

zu Vizepräsidenten der Bundesärztekammer
Dr. Hans-Joachim Sewering, Dachau
Dr. Bernhard Degenhard, Kirchentellinsfurt

als Vertreter der angestellten Ärzte im Vorstand der Bundesärztekammer
Dr. Wolfgang Schmidt, Berlin
Dr. Erwin Odenbach, Köln

Beschlüsse des 70. Deutschen Ärztetages

Es wurden u. a. folgende Beschlüsse gefaßt:

Sensationelle Illustriertenberichte über angebliche Krebsheilerfolge

Der 70. Deutsche Ärztetag machte sich auf Vorschlag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern) die ihm vom Vorstand des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer zugeleitete nachstehende Entschließung zu eigen:

„In neuester Zeit wird in einem Teil der Illustrierten Presse in verantwortungsloser Weise wieder über angebliche Heilungen von Krebskranken berichtet. Es ist verständlich, daß Krebskranke und ihre Angehörigen sich an derartige Berichte klammern und ihre Hoffnung auf die geschilderten Behandlungsmöglichkeiten setzen. Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer nimmt zu diesen Berichten wie folgt Stellung:

1. Der Krebs ist kein deutsches, sondern ein weltweites Problem. In der ganzen Welt arbeiten z. Z. viele Tausende von Wissenschaftlern mit einem jährlichen Aufwand von Milliarden-Beträgen an der Erforschung des Krebsproblems einschließlich der Entwicklung und Erprobung neuer Heilmittel. In allen Kulturländern, auch in der Bundesrepublik Deutschland, bestehen Institute und Zentren, die sich ausschließlich mit der Krebsforschung beschäftigen.
2. Die Ärzteschaft wird über die Ergebnisse dieser Forschung durch spezielle monatliche Berichte, einschlägige Zeitschriften und Kongresse laufend unterrichtet. Kein Patient braucht deshalb zu befürchten, daß ein wirklicher Fortschritt in der Krebsheilung den Ärzten nicht rechtzeitig bekannt würde.
3. Durch bestimmte Diätformen, Bluttransfusionen, kräftigende Medikamente sowie andere allgemeine Maßnahmen kann der Zustand auch eines unheilbar Krebskranken zeitweilig gebessert und der schicksalhafte Ablauf der Erkrankung verzögert werden. Solche Maßnahmen sind den Ärzten durchaus bekannt und werden von ihnen täglich in Praxis und Klinik angewendet.
4. Es gibt keine Geheim- oder Wundermittel, durch die Krebsleiden geheilt werden können.
5. Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer bedauert, daß durch Artikelserien in Illustrierten über die Heilung des Krebsleidens bei vielen Kranken und ihren Angehörigen Hoffnungen erweckt werden, die nicht begründet sind. Der Wissenschaftliche Beirat sieht in solchen sensationellen, verantwortungslosen Berichten einen Mißbrauch der verfassungsrechtlich garantierten Pressefreiheit.
6. Die beste Chance einer Krebsheilung besteht nach wie vor in einer möglichst frühzeitigen Erkennung und Behandlung des Krebses mit bewährten Methoden, deren Erfolge in aller Welt wissenschaftlich und statistisch belegt sind. Der Wissenschaftliche Beirat begrüßt daher alle Veröffentlichungen, die in sachlich einwandfreier Form durch Aufklärung der Bevölkerung der Früherkennung und rechtzeitigen Behandlung des Krebses dienen."

Sicherheit unserer Arzneimittel

Der 70. Deutsche Ärztetag machte sich auf Vorschlag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern) die ihm von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft zugeleitete nachstehende Entschließung zu eigen:

„Bei ihren Bemühungen um die Sicherheit unserer Arzneimittel wendet die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft ihre besondere Aufmerksamkeit den Auswirkungen des seit 1961 geltenden Arzneimittelgesetzes zu. In diesem Zusammenhang hat sie sich auf ihrer Plenarsitzung am 29. 4. 1967 erneut mit den Bestimmungen dieses Gesetzes befaßt, welche die Registrierung und damit die Freigabe neuer Arzneimittel für ihr Inverkehrbringen regeln. Die Arzneimittelkommission stellte dabei fest, daß die Handhabung des Arzneimittelgesetzes die dem gegenwärtigen Stand der Wissenschaft entsprechende Sicherheit unserer Arzneimittel zur Zeit noch gewährleistet.

Die mit dem naturwissenschaftlich-medizinischen Fortschritt einhergehende Entwicklung neuer Arzneimittel macht nunmehr jedoch eine Überprüfung und Weiterentwicklung unserer Arzneimittelgesetzgebung erforderlich. Das betrifft vor allem diejenigen Bestimmungen, die vor dem Inverkehrbringen von Arzneimitteln zur Erhöhung der Sicherheit notwendig sind. Dabei dürfen aber auch künftig die Erforschung und Entwicklung neuer Arzneimittel nicht behindert werden.

Mit Genugtuung hat das Plenum der Arzneimittelkommission Kenntnis genommen von der erfolgreichen Tätigkeit des vor sechs Jahren von der Ärzteschaft in der Bundesrepublik eingerichteten und seither von ihr getragenen Arzneimittelwarndienstes der Arzneimittelkommission. Durch die Sammlung bisher unbekannter Arzneimittelnebenwirkungen und deren wissenschaftliche Auswertung wurde die Sicherheit unserer Arzneimitteltherapie wesentlich verbessert. Die Arzneimittelkommission begrüßt die von der Bundesregierung gewährte Unterstützung dieser von der Ärzteschaft im Interesse des Gesundheitswesens geschaffenen Einrichtung und empfiehlt ihren weiteren Ausbau."

Wahrung der ärztlichen Vertragsfreiheit

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern) und der Präsidenten der Landesärztekammern faßte der 70. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

„Die ambulante ärztliche Betreuung unserer Bevölkerung obliegt im wesentlichen freiberuflich tätigen Ärzten. Zu den Grundlagen freiberuflicher Tätigkeit gehört die Vertragsfreiheit. Das gilt im privaten Bereich für den Vertragsabschluß zwischen dem einzelnen Arzt und seinen Patienten ebenso wie im sozialen Bereich für Vertragsabschlüsse zwischen ärztlichen Organisationen und Kostenträgern bzw. Krankenkassen.

Der Deutsche Ärztetag muß mit Bedauern feststellen, daß es bis in die jüngste Zeit hinein an Versuchen nicht gefehlt hat, diese ärztliche Vertragsfreiheit auszuhöhlen oder zu beseitigen.

In Sorge um die künftige Entwicklung fühlt sich der Deutsche Ärztetag verpflichtet, davor zu warnen, die in freiheitlicher Berufsausübung begründete Rechtsstellung des Arztes anzutasten. Er stellt dazu ausdrücklich fest, daß eine unserer Gesellschaftsordnung entsprechende ambulante ärztliche Versorgung unlösbar mit der Erhaltung freiberuflicher Arbeits- und Existenzbedingungen für Ärzte verbunden ist."

Erhaltung und Förderung der Kapitalbildung bei freien Berufen

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern) und der Präsidenten der Landesärztekammern faßte der 70. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

„Der Deutsche Ärztetag ist beunruhigt durch Pläne, die steuerliche Sparförderung weiter einzuschränken. Um — angebliche — soziale Ungerechtigkeiten zu beseitigen, wird propagiert, Sonderausgaben und Kinderfreibeträge künftig nicht mehr vom Einkommen, sondern von der Steuerschuld abzusetzen. Steuergerechtigkeit aber kann zutreffend nicht losgelöst von der Steuerprogression beurteilt werden. Diese trifft die freien Berufe und unter ihnen die Ärzte deshalb besonders hart, weil sie erst nach langer Ausbildungszeit sehr spät in ihr Berufs- und Erwerbsleben eintreten. Sie sind darauf angewiesen, dann in sehr kurzem Zeitraum sowohl für ihre Familien und die Ausbildung ihrer Kinder zu sorgen als auch gleichzeitig für die Sicherung ihrer Existenz gegen die Wechselfälle des Lebens und für ihr Alter aus eigener Kraft Vorsorge zu treffen.

Der Deutsche Ärztetag warnt deshalb nachdrücklich vor Maßnahmen, die für die freien Berufe praktisch das Ende hinreichender steuerlicher Förderung für die notwendige Kapitalbildung bedeuten und hierdurch zu ungerechter und unserer Sozialordnung nicht entsprechender Nivellierung führen würden."

Gegen Meldepflicht für Behinderte

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern) und der Präsidenten der Landesärztekammern faßte der 70. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

„Erneute Diskussionen um die Einführung eines umfassenden Meldezwanges von Ärzten für alle körperlich und geistig Behinderten an Gesundheitsämter veranlassen den Deutschen Ärztetag, seine dagegen erhobenen Vorstellungen und Warnungen zu wiederholen.

Die Geschehnisse der letzten Jahre haben die Behauptung widerlegt, daß die Einführung eines Meldezwanges zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Betreuung und Rehabilitation der Behin-





PRAXITEN®

Oxazepam

zur Aufhebung von Angst und Spannung

PRAXITEN - der neue Tranquillizer für berufstätige Patienten

- **die sich nach Harmonie und Gelassenheit sehnen**
- **die mal wieder „schön" schlafen wollen**
- **die tagsüber aktiv sein müssen**

Indikationen:
Angst – Spannung – Beklemmung – erhöhte Reizbarkeit – Schlaflosigkeit – Niedergeschlagenheit – nervöse Erschöpfung — psychosomatische Erkrankungen

Handelsformen:
OP mit 20, 50 und 250 Tabletten zu 15 mg

Muster und Litaratur auf Wunsch

Wyeth®

WYETH-PHARMA GMBH · 44 MÜNSTER/WESTF. · SCHLEEBRÜGGENKAMP 15

derten über das Maß hinaus geführt haben würde, das aufgrund der geltenden Bestimmungen heute bereits möglich ist. Vielmehr lehrt die Erfahrung, daß auch für „amtlicherseits" erfaßte Schwerbehinderte bei weitem nicht das geschehen ist, was möglich und zu erwarten gewesen wäre.

Deshalb wird die Behauptung zurückgewiesen, die mangelnde Fürsorge für die Behinderten habe ihre wesentliche Ursache darin, daß nicht jeder einzelne Fall gemeldet, registriert und gezählt worden sei. Aufgabe der Ärzte kann nicht primär sein, jeden Behinderten zur amtlichen Erfassung zu melden. Den Ärzten obliegt in erster Linie, Leiden zu erkennen und zu behandeln und, sofern ihnen das im Einzelfall nicht selbst möglich ist, die Behinderten und ihre Sorgeberechtigten auf die Möglichkeiten der Sozialhilfe aufmerksam zu machen. Leider fehlen sogar heute noch in vielen Ländern die hierfür durch das Körperbehindertengesetz schon seit 1957 (!) vorgeschriebenen amtlichen Merkblätter.

Der Deutsche Ärztetag warnt davor, die Ärzte gesetzlich zu verpflichten, körperlich und geistig Behinderte gegen ihren oder ihrer Sorgeberechtigten Willen und trotz eigener Bemühungen zur Rehabilitation einer Behörde zu melden. Nicht Meldung und Zwang, sondern Aufklärung und Erziehung zu eigenverantwortlichem Verhalten gehören zu den Grundlagen einer demokratisch-freiheitlichen Gesellschaftsordnung. Eingriffe in diese Eigenverantwortlichkeit sollte der Staat unterlassen; seine praktische Hilfe und die ständige Aufklärung der Bevölkerung über die gebotenen Möglichkeiten der Sozialhilfe aber sollte er verstärken."

Auswahl leitender Krankenhausärzte

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern) und der Präsidenten der Landesärztekammern faßte der 70. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

„Im Zusammenhang mit Bemühungen, die Ausbildung der Medizinstudierenden zu intensivieren und praxisnäher zu gestalten, wird u. a. erwogen, geeignete Krankenhäuser als ‚Lehrkrankenhäuser' in stärkerem Maße als bisher in die ärztliche Ausbildung einzuschalten. Dazu wird aus Kreisen der medizinischen Fakultäten die Auffassung vertreten, daß Chefarztstellen an solchen ‚Lehrkrankenhäusern' nur noch mit habilitierten Ärzten zu besetzen seien. Darüber hinaus sollen nach diesen Vorstellungen auch diejenigen Krankenhäuser, an denen Famuli oder Medizinal- bzw. Pflichtassistenten tätig sind, in Zukunft von habilitierten Chefärzten geleitet werden. Man strebt also an, die Einschaltung von Krankenhäusern in die praktische ärztliche Ausbildung davon abhängig zu machen, daß sie von habilitierten Chefärzten geleitet werden.

Der Deutsche Ärztetag warnt nachdrücklich davor, solchen Vorstellungen zu folgen. In gleicher Weise wie der Vorstand der Bundesärztekammer vertritt der Deutsche Ärztetag die Auffassung, daß die Betrauung leitender Krankenhausärzte mit Aufgaben der ärztlichen Ausbildung nicht von einer etwaigen Habilitation abhängig gemacht werden sollte. Ebenso sieht der Deutsche Ärztetag auch keine Veranlassung dazu, Positionen leitender Ärzte an Krankenhäusern, die gleichzeitig Aufgaben in der praktischen ärztlichen Ausbildung erfüllen, nur mit habilitierten Ärzten zu besetzen, wie das z. Z. aus Kreisen der medizinischen Fakultäten vorgeschlagen wird.

Der Deutsche Ärztetag weist in diesem Zusammenhang darauf hin, daß in unserem Lande seit vielen Jahrzehnten ein großer Teil der leitenden Krankenhausärzte nichthabilitierte Ärzte sind, die ihre Qualifikation auch als medizinische Lehrer bei der Ausbildung von Famuli, Medizinalassistenten und der Weiterbildung ganzer Generationen hochqualifizierter Fachärzte bewiesen haben. Sie werden auch in Zukunft in der Lage sein, Aufgaben der praktischen ärztlichen Ausbildung sowohl in Lehrkrankenhäusern innerhalb des geplanten sogenannten Internatsjahres als auch weiterhin in der Ausbildung von Famuli, Medizinal- oder Pflichtassistenten und in der Weiterbildung von Fachärzten zu erfüllen.

Der Deutsche Ärztetag macht darauf aufmerksam, daß der Nachwuchs an Krankenhausärzten für die klinische Versorgung der Kranken empfindlich beeinträchtigt und dadurch das in diesen Krankenhäusern benötigte Potential an klinisch hochqualifizierten Ärzten durch unzureichende Aufstiegschancen nachhaltig gemindert würde, falls die Berufung leitender Krankenhausärzte vorwiegend von ihrer Habilitation abhängig gemacht würde."

Gemeinsame Ausübung der ärztlichen Praxis

Auf Antrag von Dr. JUNGMANN und Kollegen faßte der 70. Deutsche Ärztetag folgenden Beschluß:

„Der Deutsche Ärztetag beauftragt die Bundesärztekammer, dem 71. Deutschen Ärztetag eine eingehende Stellungnahme zu der Frage der gemeinsamen Ausübung der ärztlichen Praxis vorzulegen. Dabei sollen die Stellungnahmen der ärztlichen Organisationen dargelegt werden."

Turnen und Sport bei Kindern und Jugendlichen

Auf Antrag des Vorstandes und der Geschäftsführung der Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern) sowie der Präsidenten der Landesärztekammern faßte der 70. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

„Bei den Vorsorgeuntersuchungen zum Jugendarbeitsschutzgesetz werden in zunehmendem Maße bei Jugendlichen Haltungsschäden gefunden, die vermeidbar gewesen wären, wenn im früheren Kindesalter eine richtige Leibeserziehung stattgefunden hätte.

Der Deutsche Ärztetag fordert daher erneut alle staatlichen Stellen auf, für einen regelmäßigen und intensiven Turnunterricht in den Schulen zu sorgen. Soweit noch nicht vorhanden, müßten die dazu notwendigen Einrichtungen, wie Turnhallen, Sportplätze und Schwimmbäder, geschaffen, gleichzeitig aber auch die erforderlichen Lehrkräfte ausgebildet und eingestellt werden.

Darüber hinaus sollten Kinder und Jugendliche durch Schulen und Sportvereine zu regelmäßiger sportlicher Betätigung angehalten werden.

Alle diese Maßnahmen, die der sportlichen Leibeserziehung gelten, verbessern Gesundheit und Leistungsfähigkeit der jungen Generation."

Wahl des Finanzausschusses

Der 70. Deutsche Ärztetag faßte gemäß § 9 Abs. 5 der Satzung der Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern) folgenden Beschluß:

„Der Finanzausschuß der Bundesärztekammer, bestehend aus den Herren

Dr. Werner, Mannheim (Vorsitzender)
Dr. Hohmann, Krefeld
Dr. Aurnhammer, Neuburg/Donau

wird wiedergewählt."

Wahl der ordentlichen Mitglieder des „Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung"

Auf Vorschlag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern) und der Präsidenten der Landesärztekammern wählte der 70. Deutsche Ärztetag gemäß Ziffer 3 a) der Geschäftsordnung des „Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung" die Herren

Professor Dr. Carl-Erich Alken, Homburg/Saar
Professor Dr. Walter Kreienberg, Kaiserslautern
Dr. med. habil. Otto Lippross, Dortmund
Professor Dr. Albert Schretzenmayr, Augsburg
Dr. Hans-Joachim Sewering, Dachau
Dr. Heinz Stroh, Bischofsheim
Professor Dr. Wilhelm Theopold, Frankfurt/Main

als ordentliche Mitglieder des „Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung".

Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

37. Fortbildungskurs — Leitung: Professor Dr. D. Jahn

(Schluß)

Professor Dr. H. HIPPIUS, Berlin:

„Aktuelle Fragen der Nebenwirkungen der Psychopharmaka unter Berücksichtigung verkehrsmedizinischer Aspekte"

Alle Psychopharmaka haben neben therapeutisch erwünschten Wirkungen auch unerwünschte Nebenwirkungen. Oft ist es unklar, ob es tatsächlich „Neben"-wirkungen oder Wirkungsqualitäten der „Haupt"wirkung sind. Außerdem hängt es im einzelnen Krankheitsfall vom Therapieziel und vom jeweiligen Syndrom ab, ob ein bestimmter Medikamenteneffekt therapeutisch erwünscht oder unerwünscht ist. Diese Abwägung hat im Einzelfall vor Therapiebeginn zu erfolgen.

Die meisten Begleitwirkungen der Neuroleptika und Thymoleptika sind auf deren Stammhirnwirksamkeit zurückzuführen.

Extrapyramidal-motorische Symptome: besonders bei den hochwirksamen Neuroleptika.

Hyperkinetisch-dystone Syndrome bis exzitomotorische Symptome: dosisunabhängig, aber von der Steilheit des Therapiebeginns abhängig, meist in der ersten Behandlungswoche auftretend, durch i. v. Akineton sofort zu beheben.

Hypokinetische Begleitwirkungen: dosisabhängig, erst in der zweiten Behandlungswoche auftretend, durch Antiparkinsonmittel zu beherrschen.

Akathisie: quälende motorische Unruhe, durch Antiparkinsonmittel nicht zu beheben, Absetzen oder Wechsel des Mittels nötig!

Vegetative Nebenwirkungen: besonders bei den Thymoleptika, am stärksten bei Behandlungsbeginn, später durch Adaptation besser, meist sympathikotone Richtung (bei den schwächeren Neuroleptika eher parasympathikotone Richtung!).

Hypotensive Effekte (schwache Neuroleptika und Breitbandpräparate): bis zum Kreislaufkollaps; Fieber, Senkungsbeschleunigung, Leukozytose, Alpha-2-Globulin-Vermehrung, Eosinophilie (2. bis 4. Woche), Akkomodationsstörungen, Miosis, Mydriasis, Miktionsstörungen, allergische Symptome (2. bis 4. Woche), Agranulozytose (4. bis 10. Woche), Photosensibilisierung, allergische Gelbsucht, Thrombosen (1. Woche), Gewichtszunahme, Amenorrhoe.

Psychische Begleitwirkungen: schnelle Dosissteigerungen können zu akuten, deliranten Zuständen führen (besonders im Behandlungsbeginn, besonders bei Thymoleptika und Breitbandpräparaten), nach längerer Behandlung amentiell-amnestische Syndrome möglich (Disposition!).

Akute Überdosierung von Stimulantien: Schlaflosigkeit, Übelkeit, Tachykardie, Appetitmangel, Kreislaufkollaps.

Chronischer Mißbrauch: toxische Psychosen (delirant, schizophrenieartig), Tranquilizer.

In den ersten Tagen: Schläfrigkeit, Konzentrationsmangel, Ataxie, bulbäre Symptome (muskelrelaxierend!), *später:* zunehmende muskuläre Schwäche, Paradoxwirkung möglich: Agitation, Schlaflosigkeit.

Verkehrsmedizinische Aspekte: Genaue Richtlinien gibt es noch nicht. Zu beachten sind:

1. Akkommodationsstörungen (besonders bei Behandlungsbeginn)
2. extrapyramidal-motorische Effekte der Neuroleptika und polysynaptische Hemmung der Tranquilizer
3. Kreislaufwirkung
4. sedativ-hypnotische Wirkung mit Verlangsamung, Konzentrationsschwäche, mangelnder Aufmerksamkeit
5. Alkoholpotenzierung

Dr. phil. Margit von KEREKJARTO, Hamburg:

„Objektivierbarkeit und Wirkungsprofile bei Anwendung von Psychopharmaka"

Die moderne experimentelle Psychopharmakologie muß auch im Bereich der Psyche exakt gefaßte und vergleichbare Daten haben. Das bedeutet: „Seelisches" messen, Psychometrie anwenden. Die Notwendigkeit der Normierung seelischer Sachverhalte wird von den meisten Medizinern eingesehen, wenn auch bei vielen eine Abneigung dagegen besteht. Zur Datengewinnung verwendet man Tests als Reiz-Reaktionsprüfung. Sie bestehen aus Leistungstests, psychophysikalischen Prüfverfahren und Fragebögen. Sie geben ein Querschnittsbild von der Person, enthüllen aber nicht die dahinterliegenden dynamischen Zusammenhänge.

An etlichen Beispielen aus dem Arbeitsbereich der Verfasserin wird die Notwendigkeit und Brauchbarkeit exakt geplanter und nach statistischen Gesichtspunkten orientierter psychopharmakologischer Experimente aufgezeigt.

3. Hauptthema: Antihypertonika

Professor Dr. H. J. DENGLER, Heidelberg:

„Stand und Ausblick der Hochdruckforschung"

Man teilt die Hochdruckformen ein in primäre (essentiell = idiopathisch ca. 70%) und sekundäre (z. B. renal 20%, hormonell usw.). In den meisten Fällen ist der periphere Gefäßwiderstand erhöht. Der Arteriolentonus setzt sich zusammen aus einem muskulären Anteil und einem sympathisch-nervalen Anteil. Auch das Herzzeitvolumen ist sympathisch gesteuert; deshalb ist die genaue Kenntnis des sympathischen Systems von großer Wichtigkeit. In der Aktionsphase treten Noradrenalinmoleküle aus den sympathischen Nervenendigungen aus, führen über den Kontakt mit entsprechenden Rezeptoren des Erfolgsorgans zu einer Erregung und werden in der Erholungsphase größtenteils aktiv in die Nervenendigung zurückgepumpt, so daß man beim Hypertoniker nicht unbedingt eine erhöhte Ausscheidung von Noradrenalin erwarten kann. Bei Patienten mit Phäochromozytom ist der Noradrenalinvorrat in den sympathischen Nervenendigungen gesteigert gegenüber essentiellen Hypertonikern und Normotonikern, wie

man durch deutlicheren Blutdruckanstieg auf gleiche Tyraminzufuhr hin beweisen konnte. Der geringe, nicht aktiv zurückgepumpte Noradrenalinanteil unterliegt dem Abbau zu Vanillin-Mandelsäure. Auch bezüglich der Ausscheidungsmenge dieser Metaboliten ergibt sich beim essentiellen Hypertoniker gegenüber dem Normotoniker kein Unterschied, so daß praktisch eindeutige, schwerwiegende Veränderungen am Sympathikus, die die essentielle Hypertonie verständlich machen könnten, fehlen. Regeltheoretisch betrachtet, muß man den Defekt bei der essentiellen Hypertonie, was den Sympathikuseinfluß betrifft, an den peripheren Stellgliedern vermuten, da ein vermehrter sympathischer „Outflow" aus dem Zentralnervensystem nicht nachweisbar ist.

Neben der nervalen Genese der Hypertonie spielen auch humorale Faktoren eine Rolle. Hier sei das in der Niere gebildete Ferment Renin erwähnt, das aus dem im Plasma vorkommenden Angiotensinogen das pressorisch wirksame Angiotensin freisetzt. Angiotensin hat außer der unmittelbaren Blutdruckwirkung auch noch Einfluß auf den Natrium- und Wasserhaushalt, und zwar in Dosen, die auf den Blutdruck noch unwirksam sind. Dies geschieht über eine vermehrte Aldosteronproduktion, das zu Natrium- und Wasserretention führt. Es gilt als bewiesen, daß das Renin-Angiotensin-Aldosteron-System an der Entstehung des renovaskulären Hochdrucks beteiligt ist. Neuerdings sind in der Niere auch depressorische Stoffe charakterisiert worden, deren Rolle jedoch noch der Abklärung bedürfen.

Professor Dr. G. KRONEBERG, Wuppertal-Elberfeld:

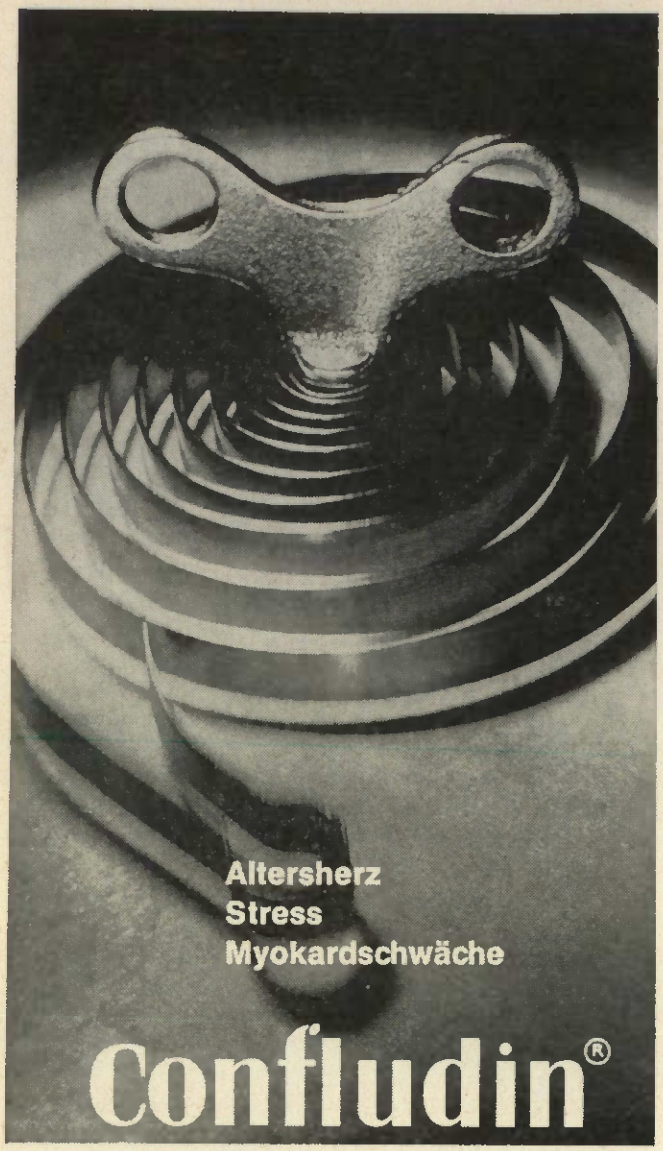
„Fortschritte in der Pharmakologie blutdrucksenkender Substanzen"

Grundlagen der Forschung auf diesem Gebiet bildeten die Entdeckung des Noradrenalins (1944—1947) und der antihypertensiven Wirkung der Rauwolfia serpentina (1947—1949). Die Blutdruckregulation ist ein klassisches Beispiel für einen biologischen Regelkreis. Die konstant zu haltende Regelgröße ist der arterielle Druck, Fühler sind die Pressorezeptoren im Karotissinus und Aorta, die jede Abweichung der Regelgröße vom Sollwert dem Kontrollzentrum melden, das seinerseits die Regelgröße (Blutdruck) durch Stellmechanismen einstellt. Die wichtigsten Stellmechanismen des Kreislaufes sind das Herz (Minutenvolumen) und der periphere Gefäßwiderstand. Die Blockierung nur eines der beiden Stellglieder hat das kompensatorische Eingreifen des anderen zur Folge, so daß die Ausgangssituation wiederhergestellt wird; z. B. greifen Mutterkornalkaloide nur an den Gefäßen an, wirken daher nicht blutdrucksenkend, da das Herzminutenvolumen kompensatorisch ansteigt. Somit ist die gleichzeitige Beeinflussung beider Stellglieder notwendig. Reserpin erfüllt diese Voraussetzungen, indem seine für den Blutdruck wesentliche Wirkung peripher in adrenergischen Nerven lokalisiert ist und somit Herz- und Gefäßfunktion unmittelbar betroffen werden. Außerdem besitzt Reserpin auch eine zentrale Wirkung. Reserpin setzt im adrenergischen Nerv die Bindungsfähigkeit des Noradrenalins herab, so daß der Nerv an Noradrenalin verarmt und die vom Zentrum kommenden und zum Herzen und zu den Gefäßwänden führenden Erregungen nicht mehr ausreichend übertragen werden können. Eine zentrale blutdrucksenkende Wirkung des Reserpins mit vermindertem Erregungsausfluß aus den sympathischen Zentren muß pharmakologisch verneint werden. Klinisch jedoch dürfte der zentral dämpfende Einfluß auf den Hochdruck eine gewisse Rolle spielen.

Rein peripher greift das Guanethidin (Ismelin) an, indem es selektiv die Abgabe von Noradrenalin aus den peripheren Nerven hemmt. Daneben hat es eine den Ganglienblockern ähnliche Wirkung auf die vorgeschaltete ganglionäre Erregung. Darüber hinaus vermag Guanethidin die Katecholamine aus ihren Bindungs- und Aufbewahrungsstellen in adrenergischen Nerven kompetetiv zu verdrängen, was dort zu einer Verarmung an Noradrenalin und zur substantiellen Anreicherung an Guanethidin führt. Seine besonders markante klinische Wirksamkeit ist auf diesen Dreiermechanismus zurückzuführen. Allerdings ist eine orthostatische Regulationsinsuffizienz häufig dabei in Kauf zu nehmen. Diese ist weniger ausgeprägt bei Substanzen mit geringer Ganglienwirksamkeit und geringerem Hemmeffekt auf die Noradrenalinabgabe, jedoch bei wirkungsvoller Noradrenalinverarmung der sympathischen Fasern. Hierbei vermag ein entsprechend stärkerer zentraler Reiz noch zu ausreichender Katecholaminabgabe führen, wodurch orthostatische Regulationsstörungen vermeidbar sind. Diese Eigenschaft der bevorzugten Wirkung auf den Noradrenalingehalt der Nervenendigung besitzt das Guanylderivat Cyclazenin (Leron).

1960 eröffnete das Methyldopa der Hochdruckmittelforschung neue Perspektiven. Bekannt und gesichert ist die Noradrenalinsynthese im sympathischen Gewebe, ausgehend vom Dopa (Dioxyphenylalanin) über Dopamin mit Hilfe der Dopa-Dekarboxyiase. Das angebotene Alpha-Methyl-Dopa wird durch die Dopa-Dekarboxylase selbst zu Alpha-Methyldopamin übergeführt, und es entsteht daraus im Endeffekt Alpha-Methylnoradrenalin (bekannt als Corbasil), ein Sympathikomimetikum, das viel schwächer als Noradrenalin wirksam ist. Somit wird den adrenergischen Nerven mit dem Alpha-Methyldopa eine Grundsubstanz angeboten, deren Endprodukt wesentlich geringer sympathikoton wirkt. Zusätzlich ist eine erschwerte Freisetzung des Alpha-Methylnoradrenalins aus den Nerven wahrscheinlich, woraus zusammen zwangsläufig eine Senkung der Tonuslage resultiert. Eine kompetetive Besetzung der Nervenendigungen durch Alpha-Methylnoradrenalin

Lymphozi
KLEINTABLETTEN
®
die Umstimmungsarznei
für Lymphatiker
bei ungenügender Infektabwehr
JULIUS REDEL CESRA-ARZNEIMITTELFABRIK
HAUENEBERSTEIN b/BADEN-BADEN



**kräftigt
das strapazierte Herz**

Steigerung der Koronardurchblutung.
Sauerstoffspeisung des Myokards.
Frequenz- und Rhythmusregulierung
des hypotonen und hypertonen Herzens.
Angenehme Sedierung.
Der kardiale Schmerz hört auf.

Für die Dauertherapie. Für digitalisüberempfindliche und digitalisrefraktäre Patienten.

Arznei Müller
Bielefeld

Tropfen OP 20 und 50 ml
Dragees OP 40 und 100 St.

scheint experimenteli bestätigt, die Nervenendigungen werden nicht blockiert, sondern in ihrer Funktion nur modifiziert.

Die pharmakologisch neue Wirkstoffgruppe der Thiazine (ähnlich den Imidazolinderivaten) könnte in der Hochdrucktherapie bedeutungsvoll werden. Neben analgetischer, hypnotischer, zentralrelaxierender und sekretionshemmender Wirkung wurde ein antihypertensiver Effekt beobachtet. Dieser geht ebenfalls über in eine sympathische Hemmung, die erstaunlicherweise reizfrequenzabhängig ist. Schließlich wird eine Hemmung der Azetylcholin-Abgabe aus den cholinergischen Nerven beobachtet, was dieser Wirkstoffgruppe insgesamt die Bezeichnung „adrenergisch-cholinergische Neuronenhemmstoffe" eingetragen hat. Das besondere daran ist, daß die für den Gefäßtonus wichtigen, niederfrequenten Erregungen in adrenergischen Nerven stärker unterdrückt werden als die höherfrequenten, so daß z. B. bei orthostatischer Belastung eine intensivere Innervation für die höherfrequenten Erregungen der Gefäßregulation noch effektiv ist. Die verschiedenen Stoffe und Stoffklassen unterschelden sich nur darin, daß sie die integrierende Funktion des Sympathikus über verschiedene Wege und Mechanismen beeinträchtigen.

Professor Dr. O. H. ARNOLD, Essen:

„Klinik und Praxis der Hochdrucktherapie"

In der Hochdrucktherapie kombiniert man vorteilhafterweise immer mit Saluretika, da sie einerseits die blutdrucksenkenden Präparate in ihrer Wirksamkeit verstärken, andererseits selbst eine schwache hypotensive Wirkung besitzen und außerdem eine effektabschwächende Wasserretention unter der Anwendung sympathikuswirksamer Stoffe verhindern.

Die Hemmung der Endorgane des Sympathikus führt zur Verminderung des peripheren arteriellen Widerstandes über die Erweiterung der arteriellen Endstrombahn. Das Herzzeitvolumen wird reduziert über eine Lähmung der Venomotorik, Erzeugung einer Bradykardie und Verminderung der Herzkontraktilität. Die gebräuchlichen Präparate müssen auf diese beiden Mechanismen einwirken, da bei einer Hemmung des einen Mechanismus das kompensatorische Eingreifen des anderen die Wirksamkeit aufheben würde. Die vorwiegend peripher angreifenden Präparate senken den Blutdruck im Liegen und Stehen etwa gleich stark, während Medikamente mit Wirkung auf die venöse Seite der Strombahn mehr zu orthostatischer Hypotension führen.

Ein sinnvoller Aufbau der Hochdrucktherapie ist Voraussetzung für den Erfolg: Je nach Ausgangssituation beginnt man bei leichten Fällen mit Reserpin (0,5 mg), eventuell in Kombination mit einem Saluretikum und Hydralazin (Adelphan-Esidrix), in mittelschweren Fällen bei stabiler Erhöhung der diastolischen Werte mit Alpha-Methyl-Dopa (500 mg — 2 g) oder DCAI (Catapresan 0,3—0,7 mg) + Saluretikum, wobei in schweren Fällen postganglionäre Sympathikushemmer (10—100 mg in langsam steigender Dosis) zusätzlich verabreicht werden müssen. Wegen der dabei auftretenden orthostatischen Nebenwirkungen ist die schwierige Einstellung unter klinischer Kontrolle zu empfehlen. Der idealen Blutdruckeinstellung kommt man oft näher durch Selbstmessung und -aufzeichnung des Patienten. Bei der Indikationsstellung zur Blutdrucktherapie spie-

len Alter, Geschlecht, Stoffwechselkrankheiten, Arteriosklerose und Nierenleistung eine Rolle. Eine Niereninsuffizienz schließt eine antihypertensive Therapie nicht aus, unter vorsichtiger Dosierung mit Überwachung der Nierenfunktion kann die Progression eines Nierenleidens verlangsamt werden. Eine Zerebralsklerose spricht nicht gegen eine Blutdrucksenkung auf die Altersnorm. Der Begriff des „Erfordernishochdrucks" sei nur dann gerechtfertigt, wenn eine hochgradige atheromatöse Stenose in einem großen Gefäß die Durchblutung eines wichtigen Organs drosselt. Bei der chronischen Hypertonie liegen die Gefäßveränderungen vorwiegend innerhalb der kleinen Arterien und Arteriolen. Zur Vermeidung allzu drastischer Blutdrucksenkung mit zerebraler Durchblutungsinsuffizienz ist von der Anwendung postganglionärer Sympathikushemmer bei ausgedehnter Gefäßsklerose abzuraten.

Professor Dr. E. BUCHBORN, Köln-Lindenthal:

„Der renovaskuläre Hochdruck in Diagnose und Therapie"

Die Pathogenese liegt in der Regulation des Renin-Angiotensin-Mechanismus zusammen mit einem Hyperaldosteronismus begründet, wobei die Ursache für die dauerhafte Aufrechterhaltung des Hypertonus im einzelnen noch nicht bekannt ist. Als Teilursache wird ein erhöhter myogener Grundtonus in den glatten Muskelzellen der Arteriolenwand als Folge vermehrter Natriumeinlagerung diskutiert. Diese wäre durch eine Steigerung der Aldosteronsekretion zu erklären, die man auf die Gabe pressorisch unwirksamer Renindosen hin nachgewiesen hat. Na-Mangel stimuliert die Renin-Angiotensin-Aldosteronaktivität ohne Blutdruckanstieg. Umgekehrt führt eine positive Na-Bilanz zu verstärkter pressorischer Wirkung zugeführten Angiotensins. Somit sind Renin-Konzentration und Angiotensinbildungsrate im Blut und in der Niere pathogenetisch nur in ihrer Relation zum Na-Haushalt bedeutsam. Ein dauerhaft fixierter Hypertonus ohne Abweichung von Renin-Angiotensin-Aldosteronaktivität mit ausgeglichenem Na-Haushalt läßt auch die Mitwirkung neuraler Faktoren vermuten, zumal Angiotensin die pressorische Wirkung von Tyramin zu verstärken vermag, das seinerseits Noradrenalin freisetzt. Außerdem kennt man den drucksenkenden Effekt sympathikusblockierender Pharmaka. In jedem Fall einer renalen Hypertonie ist die minderdurchblutete Niere von kausaler Bedeutung, wie die Möglichkeit einer Blutdrucksenkung durch Nephrektomie bei einseitigen Nierenerkrankungen beweist.

Bei der chronischen diffusen Glomerulonephritis findet man in 25% einen erhöhten Reninspiegel, regelmäßig und deutlich erhöht ist er bei den malignen Hypertonieformen im Zusammenhang mit Arteriolonekrose und vaskulärer Schrumpfniere. Es fehlt die unmittelbare Korrelation zwischen Renin-Angiotensin-Aldosteronaktivität und Blutdruckhöhe. Auffallend ist die strenge umgekehrte Proportionalität zwischen Reninaktivität und Na-Spiegel. Bei der chronischen Pyelonephritis tritt ein renaler Hypertonus erst relativ spät bei einer Durchblutungsminderung infolge narbiger Fibroslerungsprozesse zutage. Hypertonie ohne beginnende Niereninsuffizienz erweckt bei der chronischen Pyelonephritis immer den Verdacht der Überlagerung bei essentieller Hypertonie. Weiterhin werden ätiologisch für den renalen Hochdruck Zystennieren, Nieren-



räumt auf

Ossidal®-Tropfen · Ampullen
wirkt vorbeugend und gefahrlos,
steigert die Hämodynamik,
ist gut leberverträglich,
besonders indiziert während
Schwangerschaft und Stillzeit.

Ossidal®-Salbe Heparin-haltig
zur transkutanen Antiphlogese und Antithrombose
- Thrombose, Thrombophlebitis, postthrombotisches Syndrom.
- variköser Symptomenkomplex.
- Hämatom, Kontusion, Distorsion.
- extraartikulärer Rheumatismus.

Arznei Müller Bielefeld

Tropfen OP 20 und 50 ml
Amp. (i.m.) OP 5,10 und 25 St.
Salbe OP 20,40 und 100 g



Prof. Dr. Hippius
Berlin



Dr. M. v. Kerekjarto
Hamburg



Prof. Dr. H. J. Dengler
Heidelberg



Prof. Dr. G. Kroneberg
Wuppertal-Elberfeld



Prof. Dr. O. A. Arnold
Essen

hypopiasien, Nierenarterienstenosen verschiedener Genese, Hydronephrose, Nierendystopien, Nierentumoren usw. angeschuldigt.

Bei der Abklärung der Hypertonieursachen reichen Anamnese, körperliche Untersuchung und Laborbefunde nicht aus. Differenzierte Funktionsteste sind erforderlich, als deren wichtigster sich eine besondere Modifikation des i. v.-Pyelogramms erwiesen hat. Auf der Seite einer minderdurchbluteten Niere kommt es zu verzögerter, aber kontrastdichterer Anfärbung des Hohlsystems wegen der relativ vermehrten Wasserrückresorption. Zur Vermeidung von Fehlinterpretationen durch einseitige Pyelonephritis mit verminderter Wasserrückresorption und kontrastärmerer Anfärbung regt man durch reichliche Flüssigkeitszufuhr eine starke Diurese auf der gesunden Seite an, die zu rascher Auswaschung des Kontrastmittels aus dem Nierenhohlsystem der gesunden Niere führt. In Zweifelsfällen muß das Nierenarteriogramm herangezogen werden. Die Isotopendiagnostik hat nur wenig weitergeführt. Die genauesten Aufschlüsse bringt die Kreatinin-, Inulin- und PAH-Clearance bezüglich der Beurteilung der glomerulären Filtration und der Gesamtdurchblutungsgröße eventuell seitengetrennt nach beidseitiger Ureterenkatheterung. Schließlich bleibt noch die Nierenbiopsie unter besonderen Kautelen als diagnostisches Kriterium.

Einseitig funktionslose und hochgradig funktionsverminderte Nieren sollten chirurgisch entfernt werden, die Nephrektomie hat hier aber eine ungünstigere Prognose als etwa die operative Gefäßkorrektur bei Nierenarterienstenose (bis zu 60% RR-Normalisierung). Die Hypertonieheilungsquote nach Nephrektomie liegt bei etwa 25%, eine Besserung ist in weiteren 40% möglich. Bei der Niereninsuffizienz wird man mit Kochsalzentzug und Saluretika zurückhaltend sein, um eine weitere Einschränkung der Nierendurchblutung zu vermeiden. Die vertretbare therapeutische Blutdruckreduktion verringert sich mit zunehmender Niereninsuffizienz. Wegen der pathogenetischen Bedeutung des Renin-Anglotensin-Aldosteron-Mechanismus für die renale Hypertonie hat man auch schon Aldosteronantagonisten erfolgreich eingesetzt. Gleichermaßen bemüht man sich um Antiangiotensin und Antirenin. Im Tierversuch ist es bereits gelungen, durch Azetylierung des Reninmoleküls diesem Antigencharakter zu verleihen mit folgender Reninantikörperbildung. Diese Antikörper reagieren auch mit dem physiologisch vorhandenen Renin, und ein experimentell erzeugter renaler Hochdruck konnte beseitigt werden. Der Ausblick auf die Möglichkeit der aktiven Immunisierungsbehandlung bei renaler Hypertonie ist verlockend.

Professor Dr. G. HEBERER, Köln:

„Der heutige Stand der chirurgischen Möglichkeiten beim renovaskulären Hochdruck"

Die ersten Heilungsergebnisse des renalen Hochdrucks verzeichnete die Chirurgie durch Nephrektomie bei einseitigen Nierenerkrankungen. Die Indikation zur Nephrektomie stellt HEBERER bei jugendlichen Patienten, wenn die betroffene Niere weniger als 15—20% zur Gesamtfunktion beiträgt und ein konservativer chirurgischer Eingriff nicht erfolgversprechend scheint. Seitengetrennte Nierenfunktionsdiagnostik ist Voraussetzung. Bei Hochdruckkranken mit Nierenarterienstenose liegen primär die Verhältnisse günstiger, weil viel häufiger eine organerhaltende Operation durchgeführt werden kann. Als wichtigstes Diagnostikum wird bei der Nierenarterienstenose ein systolisches Geräusch etwas oberhalb des Nabels auf der entsprechenden Seite in etwa 50% wahrgenommen. Im Frühurogramm finden sich verzögerte Ausscheidung auf der betroffenen Seite, scheinbar spastische Engstellung der ableitenden Harnwege auf derselben Seite, größere Kontrastmitteldichte, mindestens 1,5 cm kleinerer Nierenschatten und länger anhaltender Kontrast in den Spätaufnahmen (Umkehreffekt). Die seitengetrennte Funktionsprüfung nach RAPOPORT mit Na- und Kreatininbestimmung in getrennt abgenommenen Urinportionen beider Nieren ohne Volumenbestimmung wird als sicherer Test erwähnt mit gewisser prognostischer Aussagekraft. Eigene Erfahrungen mit dem Angiotensininfusionstest, der sich noch in Erprobung befindet, bestätigen die Behauptung der Autoren CAPLAN und SILAK, daß Patienten mit einem renovaskulären Hochdruck (einschließlich Nierenarterienstenosen) oder einer malignen Hypertonie auf Angiotensininfusion sehr viel weniger mit einer Blutdrucksteigerung reagieren als Patienten mit einer anderen Hochdruckform. Eine zentrale Bedeutung in der Diagnosestellung und -planung einer etwaigen Operation kommt der Aortographie zu. Bei jedem Patienten unter 40 Jahren mit einer Hypertonie wird dringend zur Nierenarteriographie geraten, um nicht eine Heilungschance durch Operation ungenutzt zu lassen.

An Möglichkeiten zur Revaskularisierung stehen je nach Fall zahlreiche Methoden zur Wahl. Diese reichen von der End-zu-End-Anastomose nach Resektion des verengten Gefäßabschnitts bis zur Einpflanzung von 8-mm-Dacron-Prothesen als Bypass, die wegen des hohen Blutstroms in diesem Bereich nur wenig zur Thrombosierung neigen. Außerdem existieren Desobliterationsverfahren mit anschließender Erweiterung der Nierenarterie durch einen Dacron- oder Venenstreifen. Auch die Milzarterie kann als autologes Transplantat



Prof. Dr. E. Buchborn
Köln-Lindenthal



Prof. Dr. G. Heberer
Köln



Prof. Dr. F. Hartmann
Hannover



Priv.-Doz. Dr. W. Piper
Heidelberg

herangezogen werden. Insgesamt wurden 56 Patienten operiert (davon 15 primär nephrektomiert), die Letalität betrug 10%, gebessert wurden 30%, geheilt 50%. Die Operationsindikation wird wegen der größeren Gefahr im höheren Lebensalter sehr eingeengt, ein generalisiertes arteriosklerotisches Gefäßleiden, zerebraler Insult oder Herzinfarkt in der Anamnese dienen als Kontraindikation.

Professor Dr. F. HARTMANN, Hannover:

„Saluretika und ihre Nebenwirkungen in der Hochdrucktherapie"

Man kennt die Bedeutung des Kochsalzes für den Tonus der kleinen Gefäße und weiß von dem Zusammenhang zwischen Kochsalzverbrauch und Hypertoniehäufigkeit. 2 g NaCl halten den erwachsenen Menschen im Na-Gleichgewicht, ein Vielfaches ist die Regel. Der pathogenetische Faktor ist das Na-Ion. Natriumretention und Hochdruck sind vergesellschaftet. Der Renin-Angiotensin-Aldosteron-Mechanismus führt zur Blutdruckanhebung über Na- und Flüssigkeitsretention mit Tonisierung der arteriellen Strombahn und Auffüllung des Blutvolumens. Die Beteiligung des Na an der Engstellung der Gefäße ist noch unklar. Sicher ist hingegen der erhöhte Na- und Wassergehalt in Gefäßwänden bei Hypertonikern. Dabei ist im Blut der Na-Spiegel normal. Der Natriumgehalt der Wände kontraktiler Gefäße ändert wahrscheinlich die Ansprechbarkeit für gefäßverengernde Stoffe, wie Katecholamine, vielleicht auch Angiotensin. So rechtfertigt sich die Prüfung eines jeden neuen Saluretikums auf blutdrucksenkende Wirkung.

Drei Wirkungsmechanismen bezüglich gesteigerter Natriurese sind bekannt:

1. Hemmung der Na-Rückresorption im Nierentubulus (Hg-Salze, Thiazine, Chlortalidon, Fursemid und Etacrynsäure)
2. Behinderung des Austausches von Wasserstoff gegen Natrium im Nierentubulus (Karboanhydrasehemmer, K-Salze, Ammoniumchlortd)
3. Aldosteronantagonisten (Spironolaktone, Amphenon und Triamteren)

Für die Dauerbehandlung der essentiellen Hypertonie kommen in erster Linie Saluretika mit langer Wirkungszeit in Frage. Antihypertonika gibt der Vortragende zusätzlich nur dann, wenn die Basistherapie aus einem Sedativum und einem Diuretikum nicht ausreichend den systolischen und diastolischen Blutdruck senkt. Bei hypertonen Krisen werden neben Reserpin und Guanethidin sofortwirkende Saluretika (Fursemid, Etacrynsäure) eingesetzt, denen auch bei der dekompensierten Hypertonie mit Lungenödem Bedeutung zukommt.

Die Wirkungsweise der Karboanhydrasehemmer ist charakterisiert durch vermehrte Ausscheidung von Natrium und Kalium, unter Zurückhaltung von H-Ionen, was eine Azidose zur Folge hat, die man therapeutisch als Stimulans des Atemzentrums bei hypopnoischer, respiratorischer Insuffizienz begrüßt. Thiazine verursachen Na-, Cl- und K-Ausscheidung. Bei Chlortalidon und Fursemid ist der Bikarbonatverlust im Urin milder. Etacrynsäure macht eine Cl-Ausscheidung entsprechend der Summe von Na und K. Gleichzeitig werden H-Ionen ausgeschieden, was zu hypochlorämischer Alkalose führt. Aldosteronantagonisten forcieren Na- und Wasserausscheidung, erhalten jedoch das K.

Wegen der Anwendung nur langwirkender Saluretika in der antihypertonen Therapie wird nur auf die Nebenwirkung von Thiaziden und Chlortalidon eingegangen. Wichtig ist die Feststellung, daß unter Diuretika die Glomerulumfiltratmenge zurückgeht, wobei ursächlich eine Erweiterung des Vas efferens diskutiert wird. Bei Niereninsuffizienten, die einen großen Teil der Hypertoniker darstellen, führt dies zu einem Anstieg harnpflichtiger Substanzen im Serum. Eine Hyponatrlämie und hypochlorämisch-azidotische Tetanie ist nur bei fortgesetzter Überdosierung zu befürchten. Sehr wesentlich ist die Überwachung der Hypokaliämie und deren Folgeerscheinungen. Der entscheidende K-Abfall geschieht in den ersten 8 bis 14 Tagen, von da ab nur noch minimal (cave Digitalisüberempfindlichkeit!). Deckt man das K-Defizit durch K-Gaben vollkommen, steigt der RR wieder an. Tägliche Zufuhr von ca. 50 mval = 2 g K garantieren die antihypertensive Wirkung der Saluretika. Das ist im wesentlichen in der Nahrung enthalten. Begrenzte Hypokaliämie und Blutdrucksenkung gehören zusammen.

Beobachtung verdient die diabetogene Wirkung der Saluretika, die wahrscheinlich auf der Hemmung der peripheren Insulinwirkung beruht und nicht auf einer Hemmung der Insulinproduktion oder -sekretion. Den Erfahrungen des Vortragenden zufolge überrascht die Seltenheit des Auftretens oder der Verschlimmerung eines Diabetes unter saluretischer Langzeitbehandlung. Nach Absetzen stellt sich das alte Gleichgewicht wieder ein, andererseits läßt sich die verschlechterte Kohlenhydrattoleranz bei notwendiger saluretischer Weiterbehandlung mühelos durch Diät, Sulfonyl-Harnstoff bzw. Insulin kompensieren. Der häufige Anstieg des Harnsäurespiegels unter Diuretikabehandlung führte zu vermehrten Gichtanfällen zu Anfang der Therapie; deshalb sollte man bei Gichtkranken Salu-

retika nicht verwenden. Ursächlich werden wahrscheinlich tubuläre Mechanismen der Sekretion oder der Reabsorption von Harnsäure im Rahmen der Angriffspunkte der Saluretika beeinflußt.

Privatdozent Dr. W. PIPER, Heidelberg:

„Hochdrucktherapie und Lebenserwartung"

Die erhöhte Gefährdung des Hypertonikers geht aus einer Fülle versicherungsstatistischer, epidemiologischer und klinischer Untersuchungen hervor. Das erwartete Resultat ist, daß die Sterblichkeit, beginnend bei normalen Blutdruckwerten, kontinuierlich ansteigt mit zunehmender Hypertonie. Als zusätzlicher Faktor spielt das Alter eine Rolle. Hypertoniker vor dem 40. Lebensjahr sind mit einer schlechteren Prognose belastet, wobei die Sterblichkeit an zerebralen Gefäßläsionen fast dreimal so hoch liegt wie an kardialen Komplikationen. Weiterhin ging hervor, daß die hypertoniebedingte Übersterblichkeit der Männer speziell im Alter zwischen 40 und 49 Jahren wesentlich größer ist als bei Frauen. Die Prognose eines Bluthochdrucks läßt sich in etwa nach Augenhintergrundsveränderungen stellen, die in vier Schweregrade eingeteilt werden. Durchschnittlich 80% der unter Gruppe IV eingestuften Patienten starben unbehandelt innerhalb des ersten Jahres. Zugrunde lagen progrediente Niereninsuffizienz bzw. Arteriolonekrose. Die Überlebenschancen wurden durch konsequente antihypertensive Therapie entscheidend verbessert. Während unbehandelt von den der Gruppe III und IV zugeordneten Patienten nach 3 Jahren noch 6% leben, sind es unter adäquater Therapie 50%. Ausschlaggebend ist der Rückgang der tödlichen Nieren- und Herzinsuffizienz. Die zerebralen Todesfälle nehmen relativ sogar etwas zu. Eindeutig gesunken ist auch die 5-Jahres-Sterblichkeit der Hypertoniker mit Retinaveränderungen der Grade I und II unter entsprechender Blutdruckbehandlung, wobei mit dem Reserpin die besseren Erfahrungen gemacht wurden als mit Hydralazin und sympathischen Neuronenblockern. Eine abgebrochene Behandlung bedeutet soviel wie gar nicht behandelt.

Der Einfluß der blutdrucksenkenden Therapie auf Organmanifestationen der Hypertonie wurde ebenfalls untersucht. Dabei sah man mit vergleichenden Clearance-Untersuchungen, daß eine progressive Verschlechterung der Nierenfunktion in sehr schweren und malignen Fällen zum Stehen gebracht werden konnte. Bei Hochdruckfällen der Gruppen I und II läßt sich unter Antihypertonika der ohnehin sehr langsame Abfall der Clearance-Werte nicht signifikant verzögern. Am Augenhintergrund geht bei der malignen Hypertonie das Papillenödem zurück, Blutungen und Exsudate werden resorbiert. Wegen des Rückgangs der Urämietodesfälle nehmen zerebrale Komplikationen bei den malignen Hochdruckfällen relativ zu, bei den leichteren Formen scheint das Insultrisiko abzunehmen. Das Linksherzversagen ist zu einer seltenen Todesursache geworden, dagegen haben die tödlichen Herzinfarkte infolge der Verlängerung der Lebensdauer eine relative Zunahme erfahren.

Homburg-Preis des Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung zur Förderung der medizinischen Forschung

3. Ausschreibung

1. Aus Anlaß des 15jährigen Bestehens der Fortbildungskurse für Ärzte in Regensburg hat das Chemiewerk Homburg den „Homburg-Preis des Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung zur Förderung der medizinischen Forschung" gestiftet. Das Kollegium hat ihn am 23. Mai 1963 in seine Obhut übernommen. Mit ihm sollen in erster Linie Arbeiten des medizinischen Nachwuchses aus dem deutschen Sprachraum ausgezeichnet werden.

2. Der Preis wird alle zwei Jahre vergeben. Die Verleihung erfolgt anläßlich der Eröffnung im historischen Reichssaal in Regensburg.

3. Es werden drei Arbeiten aus dem Gebiet der Inneren Medizin oder einer Disziplin, die als Grundlagenforschung die Innere Medizin wesentlich zu fördern imstande ist, prämiiert.

4. Das Kollegium bewertet vorgelegte Arbeiten, die termingerecht eingesandt werden. Es benennt drei Arbeiten, denen die Preise mit einer Zuwendung von DM 5000, 3000 und 1000 zuerkannt werden. Die Entscheidung des Kollegiums ist endgültig und erfolgt unter Ausschluß des Rechtsweges.

5. Einsendeschlußtermin für die dritte Ausschreibung ist der **1. Oktober 1967.** Angenommen werden Arbeiten, die dem Rahmenthema entsprechen, im Manuskript vorgelegt werden, also noch n i c h t veröffentlicht sind. vertrauliche Bearbeitung wird zugesichert. Die Manuskripte werden in zweifacher Ausfertigung benötigt und sollen nicht namentlich gekennzeichnet sein.

6. Die Bewertung erfolgt durch einen jeweils wechselnden Ausschuß des Kollegiums, der von sich aus auch Nichtmitglieder zu einer Stellungnahme für die Beurteilung auffordern kann.

7. Die Einsendungen sind an das Sekretariat des Kollegiums in Regensburg, Altes Rathaus, zu richten. Die Annahme wird von dort bestätigt.

8. Die Preisverleihung 1968 erfolgt anläßlich des 40. Fortbildungskurses am 23. Mai 1968. Eingereichte Manuskripte werden nach der Preisverleihung unverzüglich zurückgegeben. Die Bekanntgabe der Preisträger erfolgt in allen einschlägigen Fachzeitschriften des deutschen Sprachraumes und in den Sonderdrucken des Kollegiums.

Die Vertreterzentrale der Bayerischen Landesärztekammer

sucht für Vertretungen in den Sommermonaten

Praktische Ärzte und Fachärzte aller Fachrichtungen

Meldungen erbeten an die Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85, Telefon 36 11 21

Die Einstweilige Verfügung in Sachen „CH 23"

Die Tageszeitungen berichteten kürzlich über eine Einstweilige Verfügung, die auf Antrag der Brüder CHRISTOFF vom Landgericht München I gegen die Bayerische Landesärztekammer erlassen worden war. Durch diese Presseveröffentlichungen ist ein falscher Eindruck über den Inhalt der Einstweiligen Verfügung entstanden. Zur Erläuterung sei noch darauf hingewiesen, daß in dem unter II. der Verfügung erwähnten Antrag vom 22. Mai 1967 unsere seinerzeitige Warnung schlechthin verboten werden sollte. Es wird nachstehend der Wortlaut dieser Einstweiligen Verfügung veröffentlicht:

Aktenzeichen: 18 Q 21/67 München, den 31. 5. 1967

Einstweilige Verfügung
des Landgerichts München I, 18. Zivilkammer
in Sachen

1. Dr. Christo Christoff, Wien 19, Vega-Gasse 8,
2. Prodan Christoff, Bad Reichenhall, Riedel-Straße 4,

— Antragsteller —

Proz.-Bev.: Rechtsanwalt Dr. Carl Meixner, München 2, Sophienstraße 3

gegen

Bayerische Landesärztekammer,
ges. vertr. durch ihren Vorstand in München 23, Königinstraße 85,

— Antragsgegnerin —
— nicht vertreten. —

I. Der Antragsgegnerin wird bei Meidung einer Geldstrafe in unbeschränkter Höhe oder Haftstrafe bis zu 6 Monaten verboten,

im Zusammenhang mit den auf die Antragsteller bezogenen Umständen, die die Grundlage der „Warnung", abgedruckt im Nachrichtendienst der Bayerischen Ärzteschaft vom 3. 5. 67, bilden, in bezug auf die Antragsteller die Formulierungen: nicht seriös, gewissenlos, leichtfertig und verantwortungslos zu verwenden sowie eine Parallele zum sog. Bamfolin-Rummel zu ziehen.

II. Im übrigen wird der Antrag auf Erlaß einer Einstweiligen Verfügung vom 22./29. 5. 67 abgelehnt.

III. Die Kosten des Einstweiligen-Verfügungs-Verfahrens haben die Parteien je zur Hälfte zu tragen.

IV. Der Wert des Streitgegenstandes wird auf 30 000,— DM festgesetzt.

Gründe:

Die Antragsgegnerin hat in einer Warnung, die im Nachrichtendienst der Pressestelle der Bayerischen Ärzteschaft vom 3. 5. 67 abgedruckt ist, sich gegen die in illustrierten Zeitschriften in letzter Zeit wieder einmal veröffentlichten Berichte über ein angebliches Krebsmittel gewendet, das „von den bulgarischen, z. Z. staatenlosen Brüdern Christoff (nämlich den Antragstellern) hergestellt wird".

Die Antragsteller beantragen den Erlaß einer Einstweiligen Verfügung mit folgendem Antrag:

I. Der Antragsgegnerin wird bei Meidung von Geldstrafe in unbeschränkter Höhe und Haftstrafe bis zu 6 Monaten für jeden Fall der Zuwiderhandlung, zu vollziehen an ihren Vorstandsmitgliedern, v e r b o t e n, zu behaupten

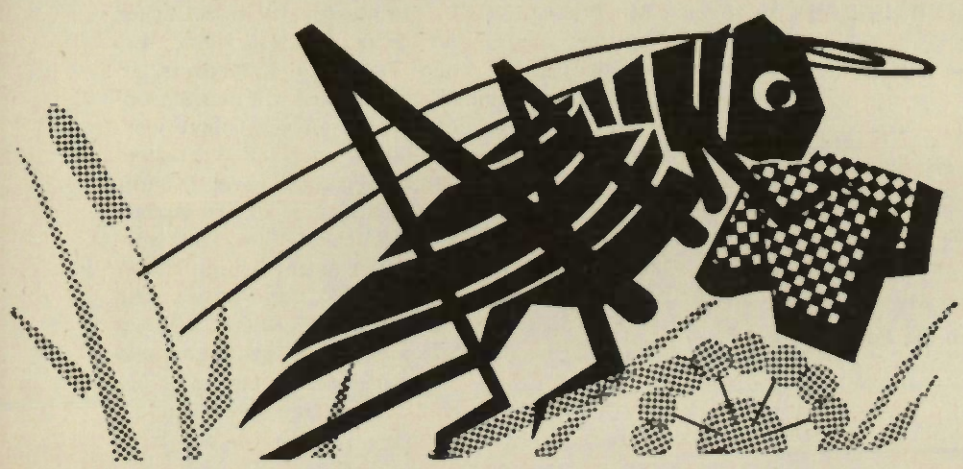
1. das Krebsheilmittel CH 23 wird in Deutschland „vertrieben", ohne zugelassen zu sein.
2. die Antragsteller haben offenbar aus wirtschaftlichen Gründen die Absicht, ihr Erzeugnis CH 23 als Geheimmittel interessant zu machen und deshalb die bei seriösen Arzneimittelherstellern selbstverständliche Anmeldung beim Bundesgesundheitsamt zu unterlassen.
3. die Antragsteller trachten danach, mit gutem finanziellen Erfolg durch die Maschen des deutschen Arzneimittelgesetzes zu schlüpfen mit der Behauptung, ihr Mittel befinde sich noch in der klinischen Erprobung und brauche daher noch nicht angemeldet zu werden.
4. die Antragsteller handelten gewissenlos, wenn sie die Überzeugung haben, mit ihrem Mittel krebskranken Menschen helfen zu können, jedoch die Anwendung des Mittels nicht allen Ärzten, Kliniken und Krankenhäusern ermöglichten.
5. die Antragsteller würden ihr Geheimmittel mit leichtfertigen und verantwortungslosen Versprechungen anpreisen.
6. die Berichterstattung in illustrierten Zeitungen über CH 23 unterscheide sich nicht von dem Bamfolin-Rummel, durch den früher in unverantwortlicher Weise ebenfalls trügerische Hoffnungen erweckt und unter der Behauptung, helfen zu können, Geschäfte mit der Angst und Hoffnung kranker Menschen gemacht wurden.

Dem Antrag konnte, soweit ihm nicht in der Einstweiligen Verfügung vom 31. 5. 1967 entsprochen ist, nicht stattgegeben werden. Die Antragsgegnerin kann sich durchaus hinsichtlich der obengenannten Warnung auf die Wahrung berechtigter Interessen, insbesondere der Öffentlichkeit, berufen. Die Antragsteller haben jedoch ausreichend glaubhaft gemacht, daß der Warnung eine entsprechende Prüfung der medizinischen Vorgänge in der von ihnen in Bad Reichenhall betriebenen Privatklinik nicht vorausgegangen ist; d e r z e i t (Sperrung durch die Redaktion) erscheinen die beanstandeten Formulierungen nicht gerechtfertigt, sie werden durch die in der Warnung aufgeführten, die Antragsteller betreffenden Umstände nicht gedeckt.

Darüber hinaus ist seitens der Antragsteller aber nach Überzeugung des Gerichts nicht ausreichend glaubhaft gemacht worden, daß ein Vertrieb und eine betonte wirtschaftliche Ausnützung des noch nicht zugelassenen Arzneimittels der Antragsteller nicht erfolgt. Die besonderen Umstände, unter denen das Mittel derzeit verwendet wird, legen vielmehr den Schluß nahe, daß die Grenze überschritten ist, innerhalb der ein Mittel nicht anmeldepflichtig wäre.

Kostenentscheidung: §§ 91, 92 ZPO.

gez. Dr. Jäger
Landgerichtsdirektor
gez. Rieder gez. Wendel
Landgerichtsräte



Bei Heuschnupfen
Prosplen
Biologisches Antiallergikum

O.-P. 25 Dragées
O.-P. 100 Dragées
O.-P. 10 ccm Tropfen

IFAH GMBH • HAMBURG

Tagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin e. V.

Die von der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin e. V. gemeinsam mit anderen wissenschaftlichen Gesellschaften vom 26.—29. 4. 1967 in Erlangen veranstaltete Tagung zum Thema **„Vorzeitiger Aufbrauch im Erwerbsleben"** hat mit einer Teilnehmerzahl von etwa 450 Personen eine beachtliche Resonanz gefunden. Unter den Teilnehmern befanden sich auch ausländische Kollegen, speziell aus den benachbarten EWG-Ländern.

Professor Dr. med. Helmut VALENTIN, Direktor des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin an der Universität Erlangen, wurde anstelle des zurückgetretenen Vorsitzenden, Professor Dr. med. Gunther LEHMANN, von der Mitgliederversammlung zum neuen Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin e. V. gewählt. Professor Lehmann wurde auf Beschluß der Mitgliederversammlung die Franz-Koelsch-Medaille in Würdigung seiner hervorragenden Verdienste auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin verliehen. Zu Ehrenmitgliedern der Gesellschaft wählte die Mitgliederversammlung Herrn Ministerialrat a. D. Dr. med. Kurt KOETZING und Herrn Dr. med. Rolf-Detlev BERENSMANN in Anerkennung ihrer besonderen Verdienste um die Entwicklung und Förderung der Arbeitsmedizin in der Bundesrepublik.

Professor Dr. E. W. BAADER, der erste und vor etwa 3½ Jahren verstorbene Präsident der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin e. V., hat der Gesellschaft einen Geldbetrag in Höhe von 209 000,— DM hinterlassen. Aus diesem Kapital hat die Gesellschaft — entsprechend dem Wunsche des Stifters — einen „E. W. Baader-Preis" ins Leben gerufen, mit dem hervorragende Arbeiten jüngerer Arbeitsmediziner alle 2 Jahre prämiiert werden sollen. Dr. Petry

Band 5 unserer Schriftenreihe mit den Vorträgen der 16. Wissenschaftlichen Ärztetagung Nürnberg

Therapie der unspezifischen Lungenerkrankungen

Therapie der Gelenkerkrankungen

Gewöhnung — Abusus — Sucht

steht unseren Kollegen **kostenlos** zur Verfügung. Die Kassenärzte Bayerns erhielten ihn bereits über die Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Die anderen Kollegen, die diesen Band ebenfalls zu erhalten wünschen, bitten wir um eine kurze Mitteilung; die Broschüre geht Ihnen dann durch die Post zu.

12. Mai – Tag der Krankenpflege

Am 12. Mai begingen in diesem Jahr auch die Krankenschwestern und Krankenpfleger der Bundesrepublik den „Tag der Krankenpflege". Sie hatten sich bewußt diesen Tag, den Geburtstag von Florence NIGHTINGALE, einem ihrer großen Vorbilder, gewählt. Schwestern, Pfleger, Krankenpflegeschulen und alle an diesem Beruf Beteiligten und Interessierten ehrten in kleinen Feiern, Ansprachen und Ausstellungen aber nicht nur ihre Vorkämpferin, die sich schon vor hundert Jahren für eine regelrechte Ausbildung in der Krankenpflegekunst, unabhängig von Konfession oder Ordenszugehörigkeit, einsetzte. Sie ehrten gleichzeitig langjährig im Beruf stehende verdiente Mitschwestern. Mit all diesen Bemühungen verfolgten die Krankenschwestern jedoch noch ein weiteres Ziel. Sie wollten die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit, vielleicht auch ihrer engsten Arbeitswelt und somit der Ärzteschaft auf ihr Tun lenken. Sie wollten über ihren Beruf aufklären und damit gleichzeitig für ihn werben. Ob sich wohl die Kolleginnen und Kollegen, die täglich und selbstverständlich auf die Mithilfe ihrer engsten Mitarbeiterin, der Schwester, rechnen, einmal über den Beruf der Krankenschwester und des Krankenpflegers Gedanken gemacht haben?

Tatsächlich hat sich im Berufsbild der Schwester eine große Wandlung vollzogen, die bis heute noch nicht abgeschlossen ist. Aus klösterlicher Abgeschiedenheit, verbunden mit Aufopferung bis zur völligen Aufgabe der Persönlichkeit, ist heute ein moderner Beruf mit starker sozialer Aufwertung, mit geregelten Arbeits-, Entgelts- und Urlaubsverhältnissen und der Möglichkeit voller Persönlichkeitsentfaltung geworden. Durch die Technisierung im Krankenhaus fühlt die Schwester in ihrer Tätigkeit ständig den Puls der Zeit, und hat somit Anteil am Fortschritt. Außerdem ist der Krankenpflegeberuf, so bedauerlich das für die Ausbilder sein mag, ein Beruf mit sehr guten Heiratschancen. Nach wie vor aber sind menschliche Hinwendung und Kommunikationsfähigkeit zum Nächsten Grundvoraussetzungen. So ist der Pflegeberuf modern — sozial — krisenfest und bringt dem, der ihn ausübt, tiefe Befriedigung.

Dr. Müller-Kamerhuis

PERSONALIA

Ehrenzeichen der Deutschen Ärzteschaft für Rechtsanwalt Paellinger

Franz M. POELLINGER, Rechtsanwalt in München und Justitiar der Bayerischen Landesärztekammer sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, ist vom Vorstand der Bundesärztekammer mit dem Ehrenzeichen der Deutschen Ärzteschaft ausgezeichnet worden. Die Auszeichnung ist ihm vor der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung während deren Sitzung anläßlich des 70. Deutschen Ärztetages in Garmisch-Partenkirchen überreicht worden. Damit wurden seine Verdienste gewürdigt, die er sich in seiner Tätigkeit bei der KV Bayern seit dem Jahre 1953 und der Übernahme der gleichen Tätigkeit in der Bayerischen Landesärztekammer im Jahre 1957 sowie seiner Mitarbeit in verschiedenen Gremien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer an hervorragender Stelle erworben hat.

Drei wirtschaftliche Präparate für die vollwirksame orale Penicillintherapie

Pencompren®

200.000 i.E. Penicillin-V-Kalium pro Comprette 20 Stück DM 7,20 m.U.

neu Pencompren®-Saft

200.000 i.E. Penicillin-V-Kalium pro Meßlöffel 50 ml DM 5,75 m.U.

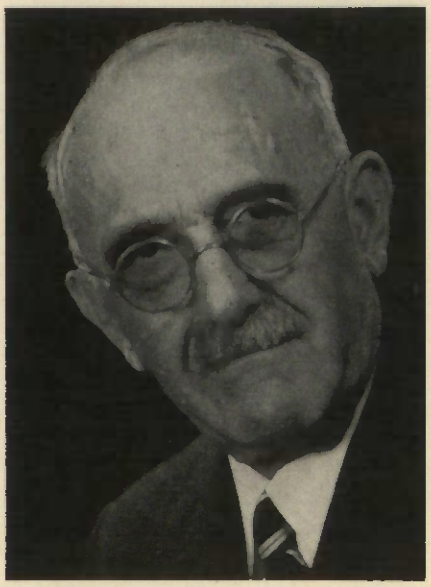
neu Pencompren®-Mio

1.000.000 i.E. Penicillin-V-Kalium pro Comprette 10 Stück DM 13,90 m.U.

MBK

Merck · Boehringer · Knoll

Dr. med. Walther Koerting 80 Jahre alt



Zwei Vergleichsmomente bieten sich an, will man über den Jubilar Walther KOERTING auch nur allzu Notwendiges berichten. Das erste betrifft die Schrift des 63jährigen Cicero über das Greisenalter. In den ersten Kapiteln wird beklagt, es halte von der Aktivität von Geschäften ab, die folgenden Ausführungen behandeln die physische Schwäche, die Kapitel 12—18 handeln von fehlender Lebensfreude, und schließlich betont der Schluß die mißliche Todesnähe.

Die Seltsamkeit einer heutigentags das Alter bannenden Vitalität, deren Ursachen hier nicht zu untersuchen sind, hat auch bei unserem Jubilar die Folge, daß keine der vier ciceronischen Lasten spürbar oder erkennbar geworden sind. Im Gegenteil: seine interessierte Aktivität am Leben hat eher zu- als abgenommen. Dem 50jährigen Goethe schenkte man ein besticktes Lautenband mit der Aufschrift: „Dem ehrwürdigen Greise". Er strafte durch das eigene Leben solche gutgemeinte Dedikation Lügen.

Der 80jährige Arzt Dr. Koerting durchwandert die deutsch-österreichischen Berge, als wolle er beweisen, daß seine hier zu schildernden Organisationsmaßnahmen der Hilfe und Rettung Frucht getragen haben.

Das zweite Moment betrifft die schöpferische Note literarischen Wirkens. Wie mißgelaunt war einst Albrecht von Haller, als er den begabten Schüler Johann Georg Zimmermann, später in Hannover als Leibarzt tätig, an die in die Breite wirkende „publicity" verlor, anstatt ihn habilitieren zu können. Aber das Buch „Über die Einsamkeit" wurde berühmter in den folgenden Generationen als ein Privatdozent Zimmermann.

Nicht nur die abträgliche Gestimmtheit Hallers, der selbst zum „Dichter der Alpen" wurde und somit dem Jubilar nahesteht, sondern auch im besonderen gilt der „homme de lettres", in Frankreich als zu lobende Selbstverständlichkeit, in unserem Klima akademischen Geistes eher als Schimpfwort denn als Laudatio. Man siedelt diese Tätigkeit jenem falschen Journalismus an, den der Jubilar nicht müde wird, zu bekämpfen, mag es sich um Ausführungen von Herrn Knaus in einer Illustrierten handeln oder um Sensationsartikel über Gröning, die den Laiengeist des Lesers vernebeln und schädigen.

Walther Koerting entstammt dem lieblichen böhmischen Saaz, dem Brauort einer der besten Biersorten der Welt. Dort wurde er am 19. Juni 1887 geboren, um später Matura und Studium in Prag erfolgreich durchzuführen. Die für uns mit so viel Tragik belastete Deutsche Universität Prags wurde seine geistige Heimat, bis er als Assistent SCHLOFFERs gynäkologischer Schüler des berühmten Meisters G. A. WAGNER wurde, der von 1917 bis 1928 als Ordinarius in Prag wirkte, um dann nach Berlin berufen zu werden. Koerting wurde bald Vorsitzender des wissenschaftlichen Vereins der Ärzte in Böhmen (Sitz in Prag). Er war Stellvertreter des Reichsvereins Deutscher Ärztevereine in der Tschechoslowakei bis zu deren Auflösung 1938, Schriftleiter der Ärztlichen Nachrichten des Verbandes.

Die politisch-kriegerischen Ereignisse schwemmten ihn nach München; hier hat er sich durch Taten eine neue Wahlheimat geschaffen. Er nahm sich der Vertriebenen seiner Heimat an. Die Presse war für ihn kein Selbstzweck, wohl aber ein Instrument, auf dem er bis zum heutigen Tag geschickt spielt. 1957 verlor er seine Frau, eine Professorentochter, die ihm zwei Söhne schenkte.

Koerting ist ein Mann der Aktualität, daher auch nach rückwärts mit der lebendigen Geschichtsvergangenheit seines Berufes verknüpft. Davon zeugen schon die ersten Publikationen als Gynäkologe. Eine Methode der Plazentaausspritzung, 1826 von Mojon ersonnen, dann in Vergessenheit geraten, wurde 1914 von Gabastou in Buenos Aires zu neuer Praxis erweckt. Koerting nahm sich dieser Hilfstechnik an, nannte bescheiden die Zwischenträger dieser praktischen Renaissance und stellte so die Kontinuität der Literaturkennt-


Dismenol
zur gezielten Therapie der Dysmenorrhoe
durch Spasmolyse im Genitaltrakt und zuverlässige Analgesie
(Parasulfamidobenzoesäure 0,05 g
Dimethylamino-phenyldimethylpyraz. 0,25 g)
AGpharm, Luzern
Hersteller in Deutschland:
Simons Chemische Fabrik, Gauting bei München

nis her. Er erneuert das Gedächtnis für einen aus Uffenheim stammenden Arzt Boer als Begründer der Wiener geburtshilflichen Schule; er hat uns eingehende Darstellungen der Geschichte der Universitäten Prag und Würzburg geliefert. Zahllos sind Essays über Einzelvertreter unseres Berufs, so etwa über Auenbrugger, ja über Albertus Magnus in Regensburg, über Schrebers 100. Todestag. Mit heraldischer Leidenschaft besorgte er die Darstellung Prager Diplome, klärte das Leben Hans Hartliebs im späten Mittelalter, kümmerte sich um die Insignien der Innsbrucker Universität, schrieb über den Chirurgen von Walther, berichtigte biographische Fehler im Leben des Ignaz Semmelweis; kurzum: der Schiffskatalog solcher wichtigen Mitteilungen grenzt an das Unendliche.

Aber der kleine, beweglich-grazile und jugendlich wirkende Mann trägt seinen Lodenmantel und Hut nicht als Salontiroler; ihn umweht das Parfum des echten Alpinisten. Er hat das Bergsteigen bis heute nicht aufgegeben, er hat es aber zugleich benutzt, um eine gesamte Pathologie dieses Sports auszubauen und um die Geschichte von Haller aufwärts bis zur Gründung der Alpenvereine zu schildern. Diese Publizistik verband er aber mit Reformen der Meldestellenorganisation, für die wir ihm alle Dank schulden. Er führte die sogenannten Arztmeldetafeln auf Hütten ein, gab eine Merkschrift schon 1932 heraus, zumal er selbst ein ausgezeichneter Bergführer im Glockner- und Venedigergebiet gewesen ist. Ebenso gut kannte er das Gebiet um Matrei und Defreggen.

Neben diesen Begabungen steht eine Leidenschaft für das standesärztliche Leben. Er trat für eine gerechte Vertellung der umzusiedelnden Landesgenossen ein, kümmerte sich um Fragen der bundesstaatlichen Gesundheitsfürsorge. In allen diesen Organisationsberatungen schützte er die Diskussion und Reform vor einem Dahinsinken in Bürokratismus oder Überorganisation; was ihn immer wieder belebte, war die Sorge um Erhaltung des Individuellen im ärztlichen Leben. Unter gerechter Verwünschung der Zeitrekordsucht, einer sensationellen Aufklärung, berief er sich auf Joseph Görres, dessen Haus in der Schönfeldstraße steht, und der sagte: „Rührt nicht an das Recht und habet Mut, Euch auf Fehlgriffe aufmerksam machen zu lassen." In diesem Satz wirken zwei Begriffe, die Koerting geformt haben: Recht und Mut! Fanatisch fast ist sein Rechtsdenken, vorbildlich ist sein Mut, jener Mut der Zivilcourage, die in unserem Land so selten ist. Für beides war er ein „Egrégoros", ein ständig Wacher, ja ein passionierter Wächter. So faßte er die Presse als Instrument auf. Der Schreiber dieser Zeilen hat diesen Koerting erlebt, der, mußte es sein, aus jedem Vortragspult eine Kampfbarrikade machte. Er verneint den Wohlfahrtsstaat, die Überfrachtung des Versicherungsdenkens zugunsten der Eigentat; er weigerte sich, amtliche ärztliche Prüfungskommissionen einführen zu lassen, deren Existenz allein den guten Ruf des tätigen Arztes gegenüber dem Laien untergraben.

Dieser aktive Kämpfergeist in ihm verdeckte indessen nicht eine zarte Verletzlichkeit, eine Formerhaltung josephinischer Höflichkeit, der gegenüber man sich oft selbst wie ein babarischer Bär vorkam, der verwunden konnte, ohne es zu bemerken. Ebenso verfeinert ist seine lächelnde Ironie, aus der ersichtlich wird, daß dieser hochbetagte Mann nicht mehr zu enttäuschen ist.

Und so bewegt er sich zwischen christlicher Gläubigkeit und jener Art des Philosophierens, die dem Praktiker zukommt, der seine Erfahrungen zusammenfügt; wir meinen den in allen Jahrhunderten immer wieder durchbrechenden Stoizismus etwa eines Seneca, der nicht zur Apathie führt, wohl aber zur Vertiefung verantwortlichen Handelns.

Daß dieses Handeln nicht erlöschen möge, ist unsere stille Hoffnung; denn wir brauchen heute nicht nur die Jugend, sondern auch das tätige Alter. In Walther Koertings Wesen erscheint es uns am schönsten bewahrt.

Professor Werner Leibbrand, München

IN MEMORIAM

Dr. Friedrich Thieding †

Dr. med. Friedrich THIEDING, Ehrenvorsitzender des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund), ist am 21. Mai 1967 in Hamburg verstorben.

— Nachruf folgt —



Professor Dr. Hanns Baur †



Am Abend des 16. Mai 1967 verstarb der langjährige städtische Chefarzt Professor Dr. Hanns BAUR im Alter von 69 Jahren an einem Herzinfarkt. Mit ihm ist eine weit über die Grenzen unseres Landes bekannte Persönlichkeit gestorben. Obwohl seit 4 Jahren im Ruhestand, wurde der bekannte Arzt mitten aus seiner unermüdlich fortgeführten Lebensaufgabe herausgerissen.

Am 4. 5. 1898 in Gmund am Tegernsee geboren, studierte Professor Hanns Baur in München und erzielte dabei hervorragende Ergebnisse. Unter seinem Lehrer, Geheimrat Friedrich von MÜLLER, war er im Krankenhaus links der Isar bis zum 1. 9. 1933 als Assistent und Oberarzt der II. Medizinischen Universitätsklinik tätig. Zu diesem Zeitpunkt wurde er von der Stadt zum Chefarzt der II. Medizinischen Abteilung des Krankenhauses Schwabing berufen und als Nachfolger Geheimrat KERSCHENSTEINERs am 1. 6. 1937 Direktor des Krankenhauses. Schon im Jahre 1929 Privatdozent, wurde er am 30. 8. 1935 zum a. o. Professor der Universität München ernannt. Von Juni 1950 bis Ende Mai 1963 leitete Professor Dr. Hanns Baur als Chefarzt die II. Medizinische Abteilung des Krankenhauses rechts der Isar. Neben seiner umfangreichen klinischen Tätigkeit hat er sich in der Fachliteratur durch zahlreiche Forschungsarbeiten und Veröffentlichungen einen festen Platz erworben. Unter anderem wurde sein Buch über das ärztliche Beobachten in mehrere Sprachen übersetzt.

Im In- und Ausland war der Verstorbene eine angesehene Kapazität auf den Gebieten der Stoffwechselkrankheiten, des Wasser-Elektrolythaushaltes, der Nierenpathologie und der klinischen Toxikologie. Professor Dr. Hanns Baur hat sich besondere Verdienste um die ärztliche Fortbildung erworben.

Als Forscher und zugleich glänzender Redner war er besonders beliebt. Seine Mitarbeit in wissenschaftlichen Organisationen, auch des Auslandes, war zu jeder Zeit hoch geschätzt. Das Vertrauen seiner Patienten gewann Professor Dr. Hanns Baur gleichermaßen durch sein hohes ärztliches Können wie durch sein liebenswürdiges Wesen und sein verständnisvolles Eingehen auf jeden einzelnen Kranken.

Dr. Bernhard Marlinger †



Am 7. Mai 1967 verstarb in Cham Herr Dr. MARLINGER im Alter von 83 Jahren. Mit ihm verliert die Chamer Ärzteschaft ihren profiliertesten Kollegen, die ärztliche Standesorganisation einen langjährigen Mitarbeiter und die Stadt Cham einen kunstverständigen Förderer.

Geboren am 8. Januar 1884 in Sierck/Luxemburg, ließ er sich nach Abschluß seines Studiums an Hochschulen und Kliniken in Straßburg und Berlin, 1913 in Cham als Praktischer Arzt nieder. In den ersten Jahrzehnten seiner Praxis, und vor allem in den beiden Weltkriegen, war bei den heute unvorstellbaren Wegeverhältnissen die Versorgung des weitläufigen Praxissprengels mit Pferdefuhrwerk oder Schlitten nicht nur eine körperliche Strapaze. Die Bevölkerung war ärmlich, litt sozlale und wirtschaftliche Not, die niederen Holzhäuser mit ihren kleinen Fenstern und dunklen Stuben unhygienisch, ohne elektrisches Licht, die Säuglingssterblichkeit erschreckend. So begann Dr. Marlinger als Arzt bei einer Bevölkerung, die sich und ihre Verhältnisse in den 45 Jahren seines Wirkens so grundlegend zu ihrem Vorteil wandelte, daß er oft mit Staunen auf die Vergangenheit zurückblickte.

Nach dem ersten Weltkrieg, anfangs der 20er Jahre, wurde Herr Dr. Marlinger zum 1. Vorsitzenden des damaligen Ärztlichen Bezirksvereins gewählt. 1933 wurde seinem Wirken in der Standesorganisation ein vorläufiges Ende gesetzt, 1945 nahm er bereitwillig seine Arbeit im neugegründeten Ärztlichen Kreisverband Oberpfalz-Ost als 1. Vorsitzender wieder auf. Die Kriegsfolgen brachten viele, nie dagewesene Probleme, die er mit Güte und Geschick zu meistern verstand. Mancher heimatvertriebene Kollege konnte mit Rat und Hilfe Dr. Marlingers eine neue Existenz finden.

Selbstverständlich betätigte sich Dr. Marlinger im Laufe der Jahre neben seiner Praxis auch im Roten Kreuz und leitete die Dienststelle längere Zeit mit Umsicht und Erfolg. Schließlich wurde er auch zum Delegierten der Bayerischen Landesärztekammer gewählt. 1958 zog er sich nach 45jähriger ärztlicher Tätigkeit aus der Praxis zurück. Die Geschäfte des Kreisverbandes führte er noch bis in sein achtzigstes Lebensjahr, Ende 1964.

Die Würdigung des Lebenswerkes von Dr. Marlinger wäre unvollständig und gäbe ein falsches Bild, würde man nicht der vielseitigen geistigen Interessen des Verstorbenen gedenken. Er hat jahrzehntelang das kulturelle und geistige Leben der Stadt Cham maßgeblich beeinflusst und gefördert. Als Kunstkenner, Bibliophile, Naturwissenschaftler und Heimatforscher stand er in hohem Ansehen. Seine Bibliothek, die größte im weiten Umkreis, umfaßte viele wertvolle und seltene Bücher und war als private Sammlung einmalig. Vielen Gästen hat er eine Freude dadurch gemacht, daß er ihnen Einblick in seine Schätze gewährte. Besonders stolz war er auf seine Bücher mit handschriftlicher Widmung der Autoren. Wohl einzigartig war auch seine Sammlung von Plakaten, Zeitungen und Sondermeldungen aus dem ersten Weltkrieg. Sie vermittelten nach 50 Jahren von den Verhältnissen



Eine schlanke Figur sollte weniger ein kosmetisches sondern mehr ein gesundheitliches Anliegen sein.

effox-spezial reduziert schonend Übergewicht

effox-spezial bewirkt Gewichtsabnahme wie sie sein soll: nachhaltig und schonend

- effox-spezial baut Fett direkt ab.
- effox-spezial reguliert den Appetit.
- effox-spezial wirkt leicht abführend und entwässernd.
- effox-spezial entlastet die Leber.
- effox-spezial verhindert Mangelerscheinungen durch Vitamine und Mineralstoffe.
- effox-spezial wirkt in 2 Phasen (Tages- und Nachtform).

effox-spezial gibt es in Kurpackungen zu 48 Dragées und in Originalpackungen zu 24 Dragées.

effox-spezial enthält einen Appetitzügler, der nicht stimulierend wirkt

Bei Behandlung der exogenen Fettsucht sind appetitzügelnde Substanzen kaum noch wegzudenken. – effox-spezial enthält neben anderen Stoffen einen gut wirksamen Appetitzügler, der im Tierversuch selbst in toxischen Dosen keine zentralerregende Wirkung zeigte.

Adipositas erschwert die Therapie vieler Krankheiten

Eine länger bestehende ausgeprägte Adipositas führt oft zu einer Reihe von Krankheiten. Daran zweifelt heute niemand mehr. Der Adipöse ist wesentlich anfälliger.

Häufig könnten Arteriosklerose, Herz- und Kreislauf-Erkrankungen, chronische Gallenleiden, degenerative Erkrankungen des Gelenk- und Stützapparates durch rechtzeitige Gewichtsreduzierung vermieden werden.

Musteranforderung

Stempel erbeten

effox spezial

Melusin Arzneimittel GmbH
4 Düsseldorf
Postfach 5634

melusin ARZNEIMITTEL

dieser Zeit einen so lebendigen Eindruck, wie ihn ein Geschichtsbuch nicht bieten kann.
Auch als Veranstalter von Ausstellungen trat Dr. Marlinger hervor. Er bestückte sie aus seinen reichen privaten Beständen und war mit eigenen Stiftungen nicht nur Begründer, sondern auch Vorstand des Chamer Stadtmuseums sowie der Ortsgruppe des Historischen Vereins. Seine Freude an den Schönen Künsten und der Literatur zeigte sich auch darin, daß er als Mitarbeiter des Volksbildungswerkes eine Reihe von naturwissenschaftlichen und kunsthistorischen Vorträgen hielt und von 1925 bis 1933 Vorstand der Chamer Theatergemeinde war. Auch bei Ausgrabungen, die Licht in die frühe Geschichte unserer Heimat bringen sollten, wurde er als Ratgeber beigezogen.

Längst war Cham für Dr. Marlinger eine zweite Heimat geworden. Er fahndete auf Ausstellungen, in Antiquariaten und Katalogen nach Bildern und Schriften, die die Stadt Cham und ihre Geschichte betrafen, und fand manch seltenes Stück. Sein achtzigster Geburtstag war daher für die Stadtväter ein willkommener Anlaß, ihm die Ehrenbürgerkunde zu überreichen, nachdem er bereits Träger des Bundesverdienstkreuzes 1. Klasse und des Bayerischen Verdienstordens war.

Dr. Lagally, Cham

AUS DER GESCHICHTE DER MEDIZIN

Die Deutsche Universität in Prag

Von Dr. med. Walther Koerting

(Fortsetzung)

Die im Zusammenwirken mit der Medizinischen Fakultät der Deutschen Universität in Prag verfaßten Aufsätze, erschienen in den „Ärztlichen Nachrichten" (1938), befaßten sich weiter mit der oto-rhinologischen Klinik und dem laryngo-rhinologischen Institut. Professor Dr. K. Amersbach schilderte die historische Entwicklung dieser Anstalten.
Nach einer selbstbiographischen Angabe des bekannten Ophthalmologen, Ferdinand Arlt, war Prag die erste österreichische Universität, an der ein besonderes Colleg über Otologie gehalten wurde. Arlt selbst hielt diese Vorlesung, und zwar zum ersten Male im Jahre 1843. Arlt ging indessen bereits 1847 zur Ophthalmologie über und gab die otologischen Vorlesungen in diesem Jahre wieder auf.
Ferdinand Arlt wurde am 18. April 1812 zu Obergraupen im Erzgebirge als Sohn eines Bergschmiedes geboren, besuchte das Gymnasium in Leitmeritz, bezog 1831 das Lyzeum und 1833 die Universität in Prag. Er war ursprünglich für den geistlichen Stand bestimmt, entschloß sich aber während des Studiums der Philosophie, Arzt zu werden. Er wurde am 30. November 1839 zum Doktor der Medizin ernannt. Er ging vorerst nach Wien, um sich bei Rokitansky und Skoda mit dem Geiste der neueren Richtung bekanntzumachen. Er besuchte in Wien die Augenkliniken von Rosas und Jäger. Dann wurde er 1840 Assistent bei J. N. Fischer in Prag. Im Jahre 1845 habilitierte er sich als Dozent für Ohrenheilkunde und 1847 als Dozent für die pathologische Anatomie des Auges. Schon 1846/1847 wurde er wegen Erkrankung Fischers mit der Supplierung der Lehrkanzel für Augenheilkunde betraut, um sie nach Fischers Tode 1849 zu übernehmen. (Im Jahre 1856 wurde er zum Nachfolger von Rosas in Wien ernannt. „So ist", wie Erna Lesky in ihrem Standardwerk ‚Die Wiener Medizinische Schule im 19. Jahrhundert' schreibt, „die Erneuerung der österreichischen Augenheilkunde von Prag ausgegangen.")

Zu den Schülern von Arlt zählte u. a. auch von Troeltsch, der nachmalige Würzburger Otologe und Freund Zaufals. 1852 und 1853 nahm Arlt vorübergehend die Vorlestung über Otologie als „publikum" wieder auf. Dann entfielen diese Vorlesungen vollständig. Erst 1864 kam es neuerdings zur Ankündigung einer otologischen Vorlesung, und zwar durch E. Seidl, Professor der Medizin. Die Vorlesung fand in Form eines 4wöchigen Kurses über theoretische und praktische Otologie statt. Über die Vorlesung E. Seidls ist nichts weiter erhalten geblieben. Im Jahre 1867 kam Emanuel Zaufal als k. und k. Oberarzt nach Prag. Ihm, seiner Energie, seinen außerordentlichen wissenschaftlichen und praktischen Leistungen war es vorbehalten, endlich in Prag auch eine otiatrische Klinik zu gründen, und erstmals die Ohrenheilkunde hier auf eine tragfähige Basis zu stellen. Die venia legendi erlangte er 1869 mit einer Habilitationsschrift: „Über das Vorkommen seriöser Flüssigkeit in der Paukenhöhle." 1873 wurde er zum unbesoldeten a. o. Professor für Ohrenheilkunde ernannt und zugleich mit der Bereitstellung der ersten Räumlichkeiten für eine provisorische Ohrenklinik im Rahmen der Augenklinik betraut. Zunächst konnten allerdings nur 2 Zimmer zur Verfügung gestellt werden. 1879 erhielt Professor Zaufal eine Besoldung, worauf er aus dem Militärdienst ausschied. In den 1879 folgenden Jahren und nach



langen, oft erfolglosen Verhandlungen wurden einige weitere Zimmer der Augenklinik abgetreten. Es waren das Räume, die noch 1938 Bestandteile der deutschen oto-rhinologischen Klinik darstellten, so daß dieses Provisorium über 60 Jahre dauerte! 1873 wurde ein besoldeter Assistent bewilligt. Ambulanz und Operationssaal waren in jener Zeit im gleichen Raume untergebracht! Die Jahresdotation betrug 150 Gulden. Schon bei der 1874 offiziell erfolgten Eröffnung der oto-rhinologischen Klinik waren die Räume in keiner Weise den herantretenden Anforderungen, dem Andrang der Patienten gewachsen. Im Jahre 1891 gelang es noch, von der tschechischen Gynäkologie 4 weitere Zimmer zugeteilt zu erhalten. Die Zahl der bebandelten Patienten, die im Jahre 1884 1253 ambulante und 155 stationäre Patienten aufwies, stieg bis zum Jahre 1897 auf 3531 ambulante und 390 stationäre Fälle. Die Vorlesung wurde damals semesterweise 5mal wöchentlich abgehalten. Daneben wurde ein 2stündiger Untersuchungskurs durchgeführt. Die Vorlesungen fanden ursprünglich im Garnisonsspital, später in der Ohrenklinik statt. Zaufal wird mit Fug und Recht unter die Gründer der Otologie und ihre hervorragendsten Förderer gerechnet. Seine wissenschaftlichen und praktischen Forschungen haben dem Fach grundlegende Fortschritte geschenkt, so u. a. die nach ihm auch benannte Radikalausräumung des Mittelohres, die operativen Eingriffe am thrombosierten Sinus und bei intracraniellen Komplikationen. In der Rhinochirurgie führte er zur Beseitigung der Nasenpolypen die kalte Drahtschlinge ein. Aus seiner Schule gingen hervor: J. E. Habermann, der 1886 in Prag habilitierte und nach seiner Berufung nach Graz dort als einer der anerkanntesten österreichischen Otologen wirkte. Georg Czarda, der sich 1884 nach längerer Ausbildung an der Zaufalschen Klinik an der tschechischen Universität habilitierte. Er war dort der erste Vertreter dieses Faches, starb aber frühzeitig. Dr. Emilian Kaufmann, habilitiert 1887, wurde im gleichen Jahre außerordentlicher Professor der Ohrenheilkunde an der tschechischen Universität, an der er 1892 eine Klinik eröffnen konnte. Endlich Otto Piffl, der 1908 Nachfolger Zaufals wurde. Unter Piffls Leitung trat keine irgendwie nennenswerte Veränderung in der Ausstattung der Klinik ein. 1927, 1½ Jahre nach dem Tode Otto Piffls, übernahm Karl Amersbach, der aus Freiburg im Breisgau, wo er 1919 habilitiert und 1921 zum a. o. Professor ernannt worden war, berufen wurde, die Klinik. Da ihm nach dem etwa 1 Jahr zuvor erfolgten Tode des mit der Leitung des laryngo-rhinologischen Institutes betrauten Professors Friedel Pick auch dieses Institut unterstellt wurde, konnte durch Umorganisierung eine gewisse Verbesserung des Betriebes erzielt werden. — Das laryngo-rhinologische Institut war im Jahre 1906 gegründet worden. Sein erster Vorstand war der Wiener Professor Harmer, der indessen bereits nach etwa einem Jahr die Leitung wieder niederlegte. Schließlich wurde der Internist und Medizinhistoriker Friedel Pick, der sich auch mit laryngologischen Fragen beschäftigt hatte, mit diesem Posten betraut. Unter seiner Leitung fand auch eine Angliederung einer phoniatrischen Abteilung statt, welche von dem späteren Professor Richard Imhofer erfolgreich geleitet wurde. — Die Untersteilung dieses Institutes, das in einem Privathause in der Gerstengasse (Jecná ul. 4) untergebracht war, ermöglichte es dem Vorstande der oto-rhinologischen Klinik, gewisse organisatorische Änderungen durchzuführen. Es wurde im laryngologischen Institut nur noch eine verminderte Ambulanz abgehalten, die Mehrzahl der Patienten auf die Ambulanz der Ohrenklinik verwiesen. Die Laboratorien wurden hierher verlegt und der Röntgenbetrieb hier konzentriert und der phoniatrischen Abteilung eine Erweiterung und größere Bewegungsfreiheit geschaffen. Dieses laryngo-rhinologische Institut setzte sich zusammen aus 5 bzw. 6 Räumen mit einigen kleinen Nebengelassen. Der sogenannte Hörsaal der Ohrenklinik, in dem Professor Piffl seinen Kurs über Otologie gelesen hatte, wurde für den Andrang der Studierenden viel zu klein, zumal er nur etwa 25 bis 30 qm Fläche aufwies. Nach endlosen Verhandlungen und immer neuen Rückschlägen konnte endlich hier ein einigermaßen moderner Operationssaal für aseptische Eingriffe eröffnet werden. Noch immer aber blieben dieser Operationssaal und die aus dem Laboratorium entstandenen Krankenzimmer durch einen offenen, jedem zugänglichen und täglich von Hunderten von Personen begangenen Hausflur getrennt. Auch hier bedurfte es wieder endloser Verhandlungen, um diesen Gang der Klinik einzuverleiben und dadurch den Operationssaal der eigentlichen Klinik anzuschließen. Allerdings konnte dieser Operationssaal von der übrigen Klinik aus auch jetzt noch nur durch das Vorstandszimmer hindurch direkt erreicht werden. Einen Hörsaal hat die Klinik eigentlich nie besessen, denn der genannte, zum Operationssaal umgewandelte Raum war natürlich kein Hörsaal, besaß hierfür auch keinerlei wie immer geartete Einrichtungen. So wurde seit dem Jahre 1927 die oto-rhino-laryngologische Vorlesung 5stündig im Hörsaal der deutschen Augenklinik abgehalten. So sehr die dort gewährte Gastfreundschaft dankend betont werden muß, so unhaltbar war dieser Zustand, der dazu zwang, daß der Vortragende ebenso wie die Assistenten und vor allem die Patienten bei jedem Wetter den Garten durchqueren mußten und jegliches Demonstrationsmaterial immer erneut transportiert werden mußte. Der 3stündige Spiegelkurs wurde in den Abendstunden in der Ambulanz der Ohrenklinik abgehalten. Diese hatte für die 150 bis 200 Hörer der klinischen Vorlesung keinen Platz, abge-

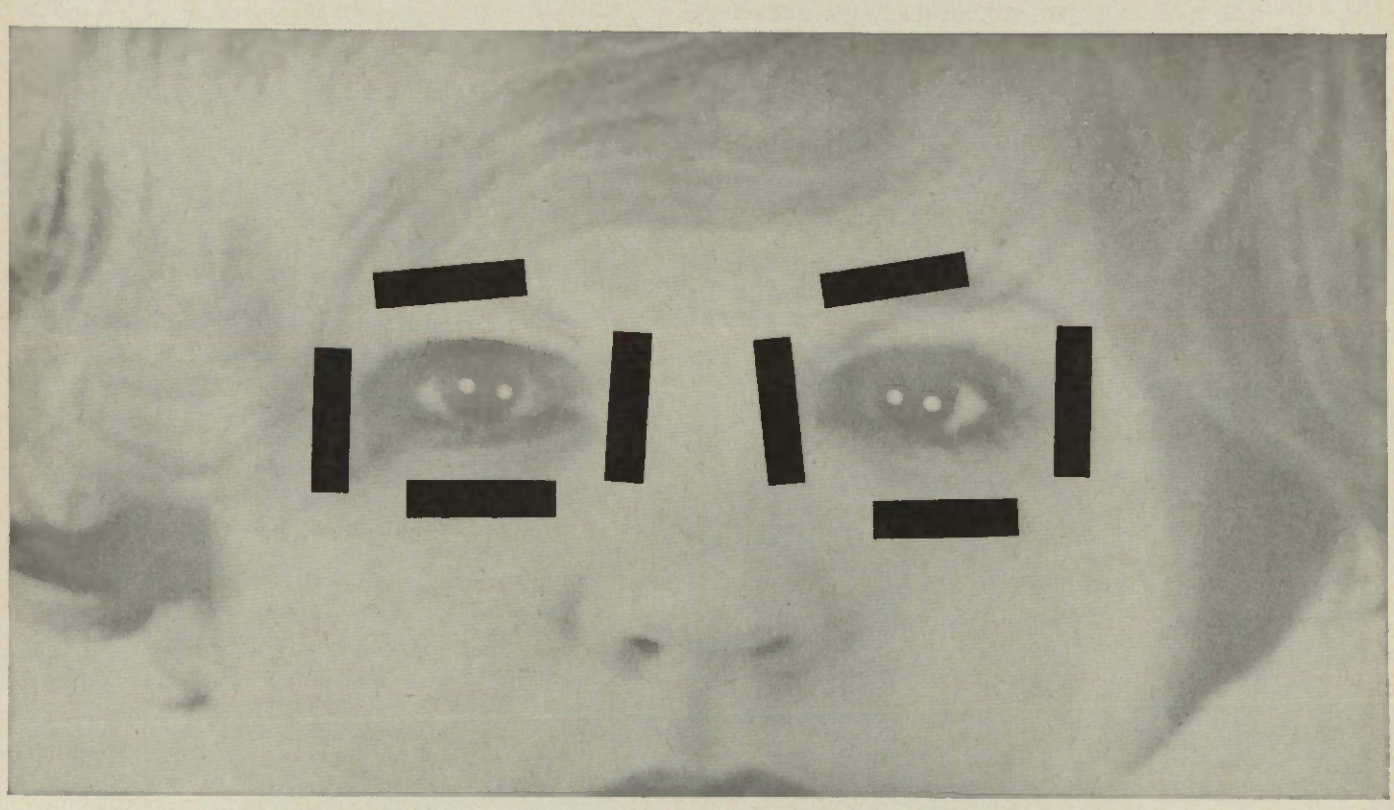


sehen davon, daß die Ambulanz in den Vormittagsstunden der Abfertigung des poliklinischen Betriebes dienen mußte. Auch nach Ausnützung jeglichen qm an Boden und Wandflächen der Ambulanz usw. ließ sich eine Erhöhung der Zahl der Arbeitsplätze in der Ambulanz der Klinik nicht ermöglichen. Die Abfertigung der Patienten verschleppte sich dadurch in einer außerordentlichen Weise. Es standen durchaus ausreichende Hilfskräfte an Assistenten und Externärzten zur Verfügung, doch konnte deren Leistung durch keinerlei organisatorische Maßnahmen in ausreichender Weise entfaltet werden. Von den Arbeitsplätzen lagen übrigens nur zwei in einem verdunkelten Raume, während an den drei übrigen die Untersuchung bei grellem Lichte durchgeführt werden mußte, so daß die Augen der Untersuchenden dabei unmäßig in Anspruch genommen wurden. Die Patienten warteten stundenlang zusammengepfercht in einem im Winter kalten, weil nur durch einen in der Ecke stehenden Ofen notdürftig erwärmten Raume, der im Sommer, ebenso wie auch die Ambulanz, infolge der Überfüllung oft unerträgliche Temperaturen und eine überaus verbrauchte Luft aufwies. Eine beachtenswerte Leistung war es, wenn trotzdem der Zustrom der Patienten dauernd zunahm und im Jahre 1937 die Zahl von 15 655 ambulanten und 1408 stationierten Patienten erreicht hatte. Das ist also bei den ambulanten Patienten mehr als 10mal soviel als im Jahre 1884. Unter den ambulanten Patienten befanden sich etwa 70—80% Tschechen. Die Schaffung des neuen Operationssaales ermöglichte es, wenigstens die Vornahme operativer Eingriffe in der Ambulanz und auf den Krankenzimmern, wo früher die Kinder in Gegenwart anderer, teils wartender, teils bereits operierter Kinder adenotomiert und tonsillektomiert werden mußten, einen Zustand, der an Ungeheuerlichkeit nichts zu wünschen übrig läßt, zu unterbinden. Die Zahl der Betten, die der Klinik zur Verfügung standen, betrug rund 40, fast dauernd aber waren die Räume mit 45 bis 48 Patienten besetzt, so daß die an sich schon viel zu engen Krankenräume noch durch die Aufstellung weiterer Betten und durch die Lagerung von Patienten in den Gängen ungebührlich eingeengt werden mußten. Die Bewegungsfreiheit des Pflegepersonals war dadurch ganz erheblich gestört. Es gelang weiter, die bei der Übernahme der Klinik vorhandenen diplomierten Schwestern von 2 auf 10 zu erhöhen, eine Maßnahme, die außergewöhnlich zur Förderung des Ablaufes des klinischen Betriebes beitrug. Der Zudrang an Ärzten ging weit über die Aufnahmemöglichkeit hinaus. Die Betten waren in fast allen Zimmern mit dem Kopfende gegen die Fenster gestellt, so daß die durch die Klappen zugeführte Erneuerungsluft besonders an kalten Tagen direkt auf die Patienten herabströmte. Von Isollerungsmöglichkeit war keine Rede! Jeder Infektionsfall zwang, die Abteilung tagelang zu sperren. Sterbende mußten auf dem Krankenzimmer, angesichts zahlreicher anderer, zum Teil Schwerkranker, ihr Leben beschließen. Kaum daß eine Verstellung des Bettes mit einer Schutzwand möglich war. Als Bad für sämtliche Patienten stand eine einzige, überaus mangelhafte Badewanne zur Verfügung. Diese Wanne stand in einem Raume, der auch noch alles mögliche Gerümpel enthielt. Ähnlich war es mit den Aborten, der Teeküche und anderen Nebenräumen. Sie waren in einem Zustand, für den die Bezeichnung „primitiv" noch euphemistisch ist. Ein Teil der Betten mußte mangels der erforderlichen Krankenzimmer in einem Raume aufgestellt werden, in dem tagsüber sich ein großer Teil der Ambulanz abspielte. Es lag auf der Hand, daß gerade in diesem Raume eine Reinhaltung sich als nahezu unmöglich erwies. Der Überbelag war nicht zu vermeiden, obwohl nur die dringlichsten Fälle aufgenommen und die Aufenthaltsdauer auf ein Maß beschränkt wurde, das sich fast nicht mehr mit der ärztlichen Verantwortung vereinbaren ließ. Das Vorstandszimmer war zugleich Kanzlei für die Sekretärin, Bibliothek usw. Kein noch so kleines Eckchen blieb unausgenützt; die Ausstattung war mehr als dürftig. Ein für eine Ohrenklinik unentbehrlicher Hörprüfungsraum fehlte vollständig! Auch die Durchführung einfachster Laboratoriumsuntersuchungen wie Harn-, Blutuntersuchungen usw. konnten infolge des Raummangels auf der Klinik nicht erledigt werden. Für jede derartige Maßnahme mußten fremde Kliniken herangezogen werden, weil die Laboratorien des laryngologischen Institutes außerhalb des Krankenhauses lagen. Die Herabsetzung der Dotation zwang, eine große Reihe von Zeitschriften abzuschaffen, so daß die Ergänzung der Bibliothek, die früher durchaus vollwertig war, 1938 mangelhaft war und als durchaus unzulänglich bezeichnet werden mußte. Der zur Verfügung gestellte Raum genügte trotz sorgfältigster Ausnützung auch des kleinsten Fleckchens in keiner Weise den an die Klinik gestellten ärztlichen Anforderungen, ja man machte sich keiner Übertreibung schuldig, wenn man erklärte, daß die Behandlungs- und Krankenräume kaum den Namen Klinik überhaupt verdienten. Die Räume wurden im Laufe der letzten 10 Jahre vor 1938 wiederholt von Beamten des Schulministeriums und zahlreichen Abgeordneten besucht, bzw. besichtigt. Stets wurde die Unmöglichkeit der Zustände unumwunden zugegeben. Fremde Gäste aus Europa, Japan, Amerika usw. konnten ihr Erstaunen über die Unterbringung einer „Klinik" in solchen Räumen nicht unterdrücken. Schon im Jahre 1927/28 hatte der neue Vorstand Pläne durch einen Architekten ausarbeiten lassen. Zahlreiche Sitzungen der Baukommission des Professorenkollegiums haben sich um einen Neubau bemüht. Immer wieder wurde bei den Behörden auf die Unaufschiebbarkeit eines Neubaues verwiesen und in Sitzungen die Einzelheiten erörtert. Für eine grundsätzliche Behebung der untragbaren Zustände war aber nicht das Geringste geschehen.

(Fortsetzung folgt)

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

Externe Kortikosteroid - Medikation in Augennähe?



Ja, auch in Schleimhautnähe – und gerade dort – können Sie mit

CORTI-FLEXIOLE®

risikolos ekzematöse und allergisch-dermatitische Affektionen therapieren.

CORTI-FLEXIOLE ist eine eehte Lösung von 0,4% (g/g) reinem, unverestertem Hydroeortison in einem völlig reizlosen öligen Medium. 0,2% (g/g) Chloramphenieol beugen einer Infektion entseheidend vor, 5.000 I. E. Vitamin A/g wirken epithelschützend, regenerieren das zerstörte Gewebe und erzeugen eine Korium-Hyperämie, welehe die Penetration von Hydroeortison fördert.

CORTI-FLEXIOLE ist aufgrund ihrer Zusammensetzung spezieil zur Behandlung ekzematöser und allergisch-dermatitiseher Affektionen an den Augenlidern, im Gesieht und an der Vulva hervorragend geeignet.

CORTI-FLEXIOLE bat sich außerdem bewährt bei der Behandlung subakuter Ekzeme, also in der 2. Phase der klassisehen Ekzemtberaple, zur Intervallbehandlung in der Teerphase sowie zur Naehbehandlung bei abheilenden Neurodermitiden, Ekzemen und Psoriasis.
CORTI-FLEXIOLE ist mit den meisten Salbengrundlagen gut misehbar und deshalb aueh zur Verwendung in der Rezeptur geeignet.

dr. mann · berlin

AUS DER LANDESPOLITIK

Mitglieder des Bayer. Landesgesundheitsrates für die sechste Legislaturperiode

I. Von den **Landtagsfraktionen** nominierte Mitglieder:

1. Dr. Walter Aurnhammer, Chefarzt des St.-Ellsabeth-Kinderkrankenhauses, Neuburg/Donau
2. Professor Dr. Heinrich Bergstermann, München 9, Sanatoriumsplatz 2
3. Dr. Friedrich Cremer, MdL, München 8, Max-Planck-Straße I
4. Dr. Gundolf Dehner, MdL, München 8, Max-Planck-Straße 1
5. Dr. Dr. Wolfram Frhr. von Gugel, Senator, Dürnhausen, Post Sindelsdorf
6. Dr. Bernhard Kläß, Senator, Fürth, Moststr. 29
7. Dr. German Lins, München 27, Ismaninger Str. 22, Krankenhaus r. d. Isar
8. Otto Mohrmann, MdL, München 8, Max-Planck-Straße 1
9. Dr. Georg Ludwig Oeckler, Wasserburg (Bodensee)
10. Franz von Prümmer, MdL, München 8, Max-Planck-Straße 1
11. Marielies Schleicher, MdL, München 8, Max-Planck-Straße 1
12. Professor Dr. Walter Seitz, München 15, Pettenkoferstraße 8 a
13. Dr. Rudolf Soenning, MdL, München 8, Max-Planck-Straße I
14. Martin Trettenbach, Pfaffenhofen a. d. Ilm, Lettnerstraße 12
15. Hedwig Westphal, MdL, München 8, Max-Planck-Straße 1

II. Als Vertreter von **Körperschaften und Verbänden** vorgeschlagene Mitglieder:

1. Karl Fauihaber, München 19, Nymphenburger Straße I85, vom Landesverband Bayerischer Drogisten
2. Oberbürgermeister August Fischer, Kempten (Allgäu), Rathaus, von der Bayerischen Krankenhausgeselischaft
3. Direktor Max Haas, Würzburg, Friedenstraße I4, von den Landesversicherungsanstalten
4. Direktor Dr. Hieber, München 15, Pettenkoferstraße 19, von den privaten Krankenkassen
5. Reglerungsmedizinaldirektor Dr. Herbert Kammermeier, Landshut, Regierungsplatz 540, vom Bayerischen Roten Kreuz
6. Adolf Kopp, Nammering (Bayer. Wald), Lkr. Passau, Haus Nr. 45½, vom Verband der Kriegsbeschädigten, Kriegshinterbliebenen und Sozialrentner, Landesverband Bayern
7. Senator Msgr. Adolf Mathes, München I5, Lessingstraße 1, von der Arbeitsgemeinschaft der Wohlfahrtsverbände
8. Präsident Walter Riemerschmied, München 27, Maria-Theresia-Straße 28, von der Bayerischen Landesapothekerkammer
9. Präsident Dr. Otto Roschmann, Augsburg, Zeugplatz 7/II, von der Bayerischen Landeszahnärztekammer
10. Direktor Max Schmeuser, München I5, Maistraße 43, von der Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Krankenkassenverbände
11. Senator Hermann Schramm, Grünwald, Gabriel-von-Seidl-Straße 60, vom Landesverband Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften
12. Präsident Dr. Hans Joachim Sewering, München 23, Königinstraße 85, von der Bayerischen Landesärztekammer
13. Berufsm. Stadtrat Dr. Max Thoma, Nürnberg, Rathaus, von der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände
14. Präsident Dr. Louis Vogt, München 22, Maximilianstraße 31, von der Bayerischen Landestierärztekammer
15. Professor Dr. Ernst Wollheim, Medizinische Klinik der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, von den Medizinischen Fakultäten

AMTLICHES

Entschließung des BStMdI vom 9. 5. 1967 — Nr. III 8 — 5370/10 — 2/67)

Mitglieder des gemeinsamen Gutachterausschusses für Heilpraktiker

Vollzug des Gesetzes über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz) vom 17. 2. 1939 (RGBl. I S. 251)

An Stelle des verstorbenen Dr. med. David Forchheimer wird

Dr. med. Karl Schwaabe, 8358 Vilshofen, Donaugasse 20

als ärztliches Mitglied in den gemeinsamen Gutachterausschuß für Heilpraktiker berufen. Die Berufung gilt für die restliche Amtsdauer des Ausschusses, d. i. bis zum 30. 9. 1968.

Die ME vom 24. 8. 1966 — Nr. III 8 — 5370/10 — 8/66 — (MABl. S. 431) wird insoweit geändert.

I. A. gez. Dr. Riedl
Ministerialdirektor

Jacosulfon *ist die heilende Hand des Arztes*

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat April 1967*)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Annähernd gleich häufig wie im Vormonat traten im April Scharlacherkrankungen auf; auf 100 000 Personen der Bevölkerung trafen im März 69, im April 71 (auf ein Jahr umgerechnet). Während im Berichtsmonat nur zwei Diphtherie- und keine Kinderlähmungsfälle gemeldet wurden, stieg die Häufigkeit von Erkrankungen an übertragbarer Hirnhautentzündung erneut etwas an. Typhus abdominalis, Paratyphus und Ruhr traten auch im April nur in einigen wenigen Fällen auf. Geringfügig abgenommen hat die Erkrankungshäufigkeit an Salmonellose (durch Salmonellen erregte Darmentzündung) und Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung). Die Hepatitis-Erkrankungsziffer sank von 44 im März auf 41 im Berichtsmonat, jeweils auf 100 000 Einwohner.

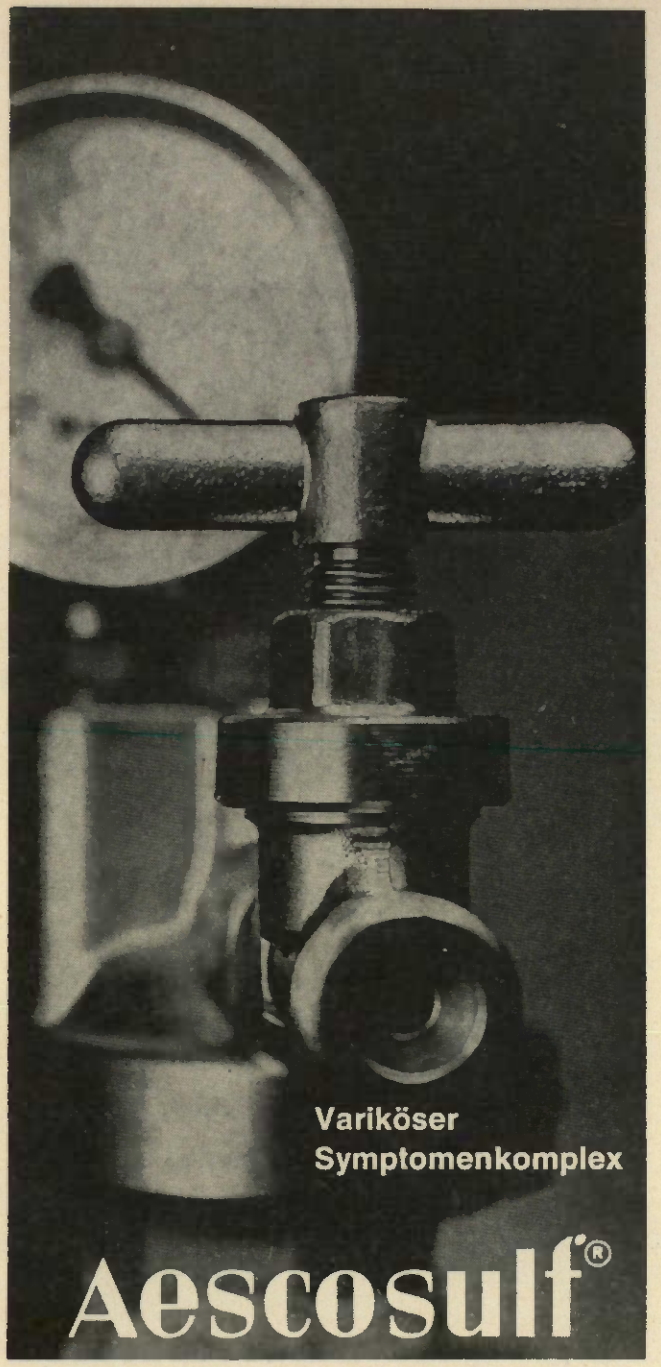
Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 2. bis 29. April 1967 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3			4		5		6		7		8		9		10		11	
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare Krankheiten: Kinderlähmung			Hirnhautentzündung: Meningokokken Meningitis		Hirnhautentzündung: Übrige Formen		Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa: Salmonellose		Enteritis infectiosa: Übrige Formen	
						der paral. Fälle																	
	E[1])	ST[2])	E	ST	E		ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	—	—	208	—	—	—	—	2	—	10	1	—	—	—	—	—	—	6	—	13	—	—	—
Niederbayern	—	—	49	—	—	—	—	3	1	3	—	—	—	1	—	2	—	1	—	4	—	—	—
Oberpfalz	1	—	29	—	—	—	—	6	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
Oberfranken	—	—	64	—	—	—	—	4	1	5	—	1	1	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—
Mittelfranken	1	—	81	—	—	—	—	6	—	1	—	—	—	1	—	2	—	—	—	2	—	—	—
Unterfranken	—	—	40	—	—	—	—	2	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
Schwaben	—	—	88	—	—	—	—	7	—	1	—	—	—	2	—	—	—	1	—	6	—	—	—
Bayern	2	—	559	—	—	—	—	30	2	35	1	1	1	4	—	5	—	10	—	29	—	—	—
München	—	—	101	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	1	—	8	—	—	—
Nürnberg	1	—	33	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Augsburg	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	3	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Würzburg	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23	
	Botulismus		Hepatitis infectiosa		Ornithose: Psittacose		Ornithose: Übrige Formen		Verdachtsfälle von Tollwut[3])		Tularämie		Bang'sche Krankheit		Kindbettfieber bei oder nach Fehlgeburt		Malaria-Rücklall		Q-Fieber		Toxoplasmose		Trachom	
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	—	—	85	2	—	—	—	—	13	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—
Niederbayern	—	—	70	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Oberpfalz	—	—	28	—	1	—	—	—	15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberfranken	—	—	15	1	—	—	1	—	20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Mittelfranken	—	—	37	—	—	—	1	—	8	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Unterfranken	—	—	63	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Schwaben	—	—	20	—	—	—	—	—	36	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Bayern	—	—	318	3	1	—	2	—	95	—	1	—	3	—	1	—	1	—	1	—	5	—	1	—
München	—	—	40	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Nürnberg	—	—	8	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

*) 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.



entstaut

Das Blut zirkuliert wieder normal,
Stauung und Ödem schwinden,
der Venenschmerz verklingt.

ArzneiMüller
Bielefeld

Dragees OP 40 und 100 St.
Tropfen OP 20 und 50 ml
Salbe OP 20 und 50 g

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

1. Symposion über Herderkrankungen

am 1. Juli 1967 in München

Der Berufsverband der Deutschen Hals-, Nasen-, Ohrenärzte e. V., die Vereinigung der Fachärzte für innere Medizin e. V. und die Vereinigung der Praktischen Ärzte e. V. veranstalten am Samstag, dem 1. 7. 1967, in München, um 9 Uhr c. t. im Hörsaal der Chirurgischen Universitätsklinik das „1. Symposion über Herderkrankungen".

Aus der Forschung:

Professor Eger, Leiter der Abteilung für Experimentelle Pathologie der Universitätsklinik Göttingen:

„Allgemeine und experimentelle Grundlagen des Herdgeschehens"

Aus der Praxis:

Professor Rausch, 1. Vorsitzender der D. A. H., Leiter der Internen Abteilung und Direktor des St.-Katharinen-Krankenhauses Frankfurt:

„Die Herderkrankung — ein integrierender Faktor medizinischer Betrachtungsweise"

Dr. Gaertner, Chefarzt der HNO-Privatklinik München:

„Neue diagnostische und therapeutische Gesichtspunkte"

Anschließend Diskussion

Auskunft: Dr. med. Gert B. Bienias, 8000 München 13, Moosacher Straße 23

Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins e. V.

am 7. und 8. Juli 1967 in Regensburg

Freitag, den 7. Juli 1967

9.30 Uhr:

Eröffnung durch den Landesvorsitzenden Regierungsmedizinaldirektor Dr. A. Böhm

Professor Dr. J. Gründel, Philosophisch-theologische Hochschule Freising:
„Der Beruf aus anthropologischer Sicht"

Oberregierungsmedizinalrat Dr. O. Kubin, Staatliches Gesundheitsamt Erlangen:
„Berufsreife, Berufsfähigkeit und Berufseignung aus der Sicht des Schularztes und unter Berücksichtigung des 9. Schuljahres"

Vorführung des Films „Das Werkjahr" (Amadeus-Film Dr. Herta Berger)

Diskussion

14.15 Uhr:

Verwaltungsdirektor M. Hofrichter, Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung:
„Grundsätze und Methoden der beruflichen Rehabilitation"

Medizinaloberrat Dr. H. J. Reichel, Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung:
„Berufliche Rehabilitation in ärztlicher Sicht"

Diskussion

15.30 Uhr:

Podiumsgespräch: **„Abwehr der Pocken (mit besonderer Berücksichtigung der beruflichen Exposition)"**

Gesprächsleiter: Ministerialrat Dr. E. Hein, Bayer. Staatsministerium des Innern

Gesprächsteilnehmer: Regierungsmedizinaldirektor Dr. A. Betz, Staatliches Gesundheitsamt Regensburg
Oberregierungsmedizinalrat Dr. H. Drausnick, Bayerisches Staatsministerium des Innern
Regierungsmedizinaldirektor Dr. H. Kammermeier, Landesarzt des Bayerischen Roten Kreuzes

Oberregierungsmedizinalrat Professor Dr. H. Stickl, Landesimpfarzt, Bayerische Landesimpfanstalt
Regierungsmedizinalrat Dr. W. Schopp, Bayerische Landesimpfanstalt
Diskussion

Samstag, den 8. Juli 1967
9.00 Uhr:
Mitgliederversammlung
(geschlossene Veranstaltung für Mitglieder)
Tagungsort: Die Veranstaltungen finden im Kolpinghaus St. Erhard, Regensburg, Kalmünzergasse 2, statt.
Auskunft: RegMedDir. Dr. A. Böhm, 8000 München 19, Bothmerstraße 6/I, Telefon 5 16 25 19

Klinische Fortbildung in Bayern 1967

Kurseinteilung:

1. INNERE KRANKHEITEN

23. bis 27. Oktober 1967
München, I. Med. Univ.-Klinik
Direktor: Prof. Dr. Schwiegk

30. Oktober bis 4. November 1967
München, Städt. Krankenhaus r. d. Isar
Chefarzt: Prof. Dr. Blömer

23. bis 28. Oktober 1967
München, Städt. Krankenhaus r. d. Isar
Chefarzt: Prof. Dr. H. Ley

6. bis 11. November 1967
Würzburg, Med. Univ.-Klinik
Direktor: Prof. Dr. Wollheim

2. KINDERKRANKHEITEN

23. bis 27. Oktober 1967
München, Städt. Krankenhaus Mü.-Schwabing
1. und 2. Kinderabteilung in Verbindung mit der kinderchirurgischen Abteilung
Chefärzte: Prof. Dr. Hilber, Dr. Schweier, Dr. Singer

3. CHIRURGIE

23. bis 27. Oktober 1967
München, Chirurg. Univ.-Klinik
Direktor: Prof. Dr. Zenker

23. bis 27. Oktober 1967
München, Städt. Krankenhaus r. d. Isar
Direktor: Prof. Dr. Maurer

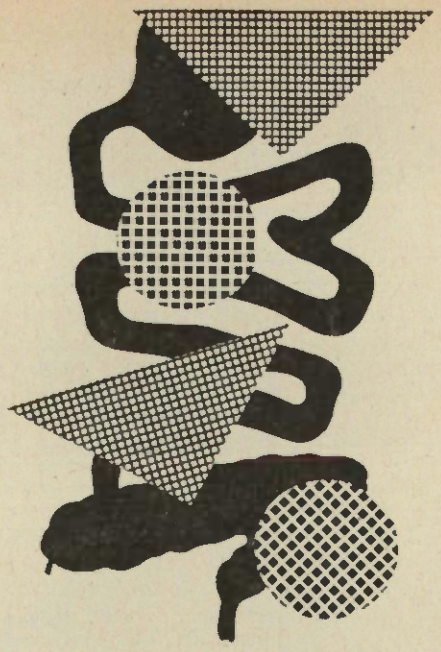
23. bis 27. Oktober 1967
Erlangen, Chirurg. Univ.-Klinik
Direktor: Prof. Dr. Hegemann

4. FRAUENKRANKHEITEN UND GEBURTSHILFE

23. bis 28. Oktober 1967
München, I. Univ.-Frauenklinik
Direktor: Prof. Dr. Bickenbach

23. bis 28. Oktober 1967
Würzburg, Univ.-Frauenklinik
Direktor: Prof. Dr. Schwalm
(Unterkunft und Verpflegung in der Klinik möglich)

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



SULF redox®
schafft Eubakterie ohne Diät

Wiederherstellung des Säure-Basen-Gleichgewichtes im Verdauungstrakt, dadurch gesunde Lebensbedingungen für die physiologische Darmflora. Basistherapeuticum der Osteoporose.

Indikationen:
Dysbakterie, Gärungs- und Fäulnisdyspepsien, Gastritis, Ulcus ventriculi et duodeni, Hepatopathien, Cholecystopathien, Pankreatopathien, chronisch habituelle Obstipationen, Colico mucosa, Osteoporose, Akne vulg., Stoffwechselstörungen.

K. P. mit 20 Dragées
O. P. mit 60 Dragées
Kurpackung 250 Dragées
Klinikpackungen.

Fordern Sie bitte Muster und Literatur (Sander, Biedermann, Walb) an.

Kurt Merz JOSSA ARZNEI 6497 Steinau

Ärztliche Fortbildung im Chiemgau

„Fortbildung vor der Tür des Praktischen Arztes"

Seminarabend am **12. Juli 1967**, 20.00 Uhr, Hotel „Kronprinz", Prien

Zum Thema **„Arteriosklerose"** spricht Professor Dr. med. G. Schimert, Institut für die Prophylaxe der Kreislaufkrankheiten bei der Universität München.

Anschließend ein Film der Rhein-Pharma: „Koronarerkrankung und Fettstoffwechsel" und Diskussion.

Auskunft: Sekretariat Ärztliche Fortbildung im Chiemgau, Dr. med. H. Matusezyk, 8210 Prien am Chiemsee, Rathausstraße 9, Telefon 482.

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.

Juni 1967:

16.—17. 6. in Heilbronn: 8. Tagung der Südwestdeutschen Gesellschaft für Urologie. Auskunft: Dr. Theo Henftling, 7100 Heilbronn, Oststraße 24.

19.—23. 6. in Neuberberg: Einführungskurs in den Strahlenschutz für Ärzte, Apotheker, Biologen. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.

19.—23. 6. in Wien: 3. Fortbildungskurs für Chirurgen. Auskunft: Wiener Medizinische Akademie für ärztliche Fortbildung, Alserstraße 4, A-1090 Wien IX.

19.—24. 6. in Norderney: Einführungskurs in die Chirotherapie der Wirbelsäule. Auskunft: Sekretariat der Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie (FAC), 4700 Hamm, Ostenallee 83.

18.—30. 6. in Berlin: Arbeitsmedizinische Sonderprobleme. Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin. 1000 Berlin 19, Soorstraße 83.

24.—25. 6. in Bad Bergzabern: EKG-Feindiagnostik und das elektrische Herz-Portrait (1. Teil). Auskunft: Dr. Dr. Kienle, Chefarzt der Herz-Klinik, 8748 Bad Bergzabern.

24.—25. 6. in Gießen: Ärztlicher Fortbildungskurs über Fragen der Geburtenregelung. Auskunft: Sekretariat ärztlicher Fortbildungskurse, 8300 Gießen, Rudolf-Buchheim-Straße 10.

26. 8.—1. 7. in Innsbruck: Einführung in die Hämatologie mit praktischen Übungen. Auskunft: Sekretariat der Medizinischen Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.

26. 8.—1. 7. in Wien: 5. Internationaler Kongreß für Chemotherapie. Auskunft: Doz. Dr. K. H. Spitzy, 1. Medizinische Universitätsklinik, Spitalgasse, A-1090 Wien IX.

30. 8.—1. 7. in Kassel: Fortbildungstagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. Auskunft: Dr. med. H. Grod, 5000 Köln-Mülheim, Elisabeth-Breuer-Straße 5.

Juli 1967:

1. 7. in München: 1. Symposion über Herderkrankungen. Auskunft: Dr. med. Gert B. Bienias, 8000 München 13, Moosacher Straße 23.

2.—8. 7. in Pörtschach/Wörthersee: Einführungskurs in die Chirotherapie der Wirbelsäule. Auskunft: Sekretariat der Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie (FAC), 4700 Hamm, Ostenallee 83.

2.—9. 7. in Zagreb: 6. Weltkongreß zur Verhütung von Berufsunfällen und -krankheiten. Auskunft: Mr. M. Logar, Radicev, Trg. 3, Zagreb.

3.—5. 7. in Wien: Europäisches Cancer Meeting (im Anschluß an den 5. Internationalen Kongreß für Chemotherapie). Auskunft: Wiener Medizinische Akademie für ärztliche Fortbildung, A-1090 Wien, Alserstraße 4.

3.—7. 7. in Neuberberg: Strahlenschutzkurs (2. Fortbildungskurs) für Ärzte, Apotheker, Biologen. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.

3.—8. 7. in Höhenried/Starnberger See: Seminar über „Präventive Kardiologie". Auskunft: Klinik Höhenried für Herz- und Kreislauferkrankungen, 8131 Bernried/Starnberger See.

4.—6. 7. in Paris: 21. Kongreß der Association des Pédiatres de Langue Française. Auskunft: Expansion Scientifique Française, 15, rue Saint-Benoit, 75-Paris-VIe.

7.—8. 7. in Regensburg: Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins e. V. Auskunft: Reg.-Med.-Dir. Dr. A. Böhm, 8000 München 19, Bothmerstraße 6/I.

8.—14. 7. in München: 14. Internationaler Kongreß für Urologie. Auskunft: Prof. Dr. F. May, 8000 München 15, Thalkirchner Straße 48.

10.—21. 7. in Neutrauchburg: Einführungslehrgang in die manuelle Wirbelsäulentherapie. Auskunft: Dr. K. Sell, 7972 Neutrauchburg.

15.—16. 7. in Starnberg: Tagung der Internationalen Kinderurologen. Auskunft: Prof. Dr. Bischoff, 2000 Hamburg 20, Heilwigstraße 28.

16.—22. 7. in Timmendorfer Strand: Einführungskurs in die Chirotherapie der Wirbelsäule. Auskunft: Sekretariat der Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie (FAC), 4700 Hamm, Ostenallee 83.

21.—22. 7. in München: 44. Tagung der Bayerischen Chirurgen-Vereinigung. Auskunft: Prof. Dr. med. W. Fick, 8000 München 19, Hubertusstraße 1.

25.—28. 7. in Amsterdam: Jahrestagung der Internationalen Gesellschaft für neurovegetative Forschung. Auskunft: Prof. Dr. A. Sturm, 5800 Wuppertal-Barmen, Heusnerstraße 40.

Wenn's um Geld geht
SPARKASSE
. . . auch beim prämienbegünstigten Sparen mit 20–30% Sparprämie

29.—30. 7. in Bad Bergzabern: EKG-Feindiagnostik und das elektrische Herz-Portrait (2. Teil). Auskunft: Dr. Dr. Kienle, Chefarzt der Herz-Klinik, 6748 Bad Bergzabern.

30. 7.—4. 8. in Stockholm: VI. Internationaler Diabetes-Kongreß. Auskunft: Dr. B. Andersson, Reso Congress Service, Fack, Stockholm 1.

31. 7.—5. 8. in München: 13. Internationaler Kongreß für Dermatologie. Auskunft: Prof. Dr. C. G. Schirren, 8000 München 15, Fraueniobstraße 8.

August 1967:

6.—9. 8. in München: Generalversammlung und Kongreß der International Union against Venereal Diseases and the Trepanomatoses. Auskunft: Prof. Dr. G. A. Canaperia, Via Salaria, 237, Roma, Italia.

7.—12. 8. in Juist: Einführungskurs in die Chirotherapie der Wirbelsäule. Auskunft: Sekretariat der Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie (FAC), 4700 Hamm, Ostenallee 83.

14.—18. 8. in Prag: Internationales Symposion über zerebrale Kinderlähmung. Auskunft: Tschechoslowakische Medizinische Gesellschaft J. E. Purkyne, Sokolská 31, Prag 2, CSSR.

18.—22. 8. in New York: III. Internationaler Kongreß für Histochemie und Zytochemie. Auskunft: Prof. Dr. H. Zimmermann, Pathologisches Institut des Städtischen Krankenhauses, 6230 Frankfurt/M.-Höchst, Gotenstraße 6—8.

19.—25. 8. in Tokio: 7. Internationaler Biochemie-Kongreß. Auskunft: Prof. F. Egami, Dept. of Biophysics and Biochemistry, Fac. of Sciences, Univ. of Tokyo, Hongo-Tokyo.

21.—24. 8. in Gent: I. Weltkongreß für Gerichtsmedizin. Auskunft: Mr. R. Dierkens, Apotheekstraat 5, Gent, Belgien.

21.—25. 8. in Karlsbad: IV. Konferenz europäischer vergleichender Endokrinologen. Auskunft: Tschechoslowakische Medizinische Gesellschaft J. E. Purkyne, Sokolská 31, Prag 2, CSSR.

21.—28. 8. in Wiesbaden: 7. Internationaler Kongreß über Psychotherapie. Auskunft: Prof. Dr. W. Th. Winkler, 4830 Gütersloh, Westfälisches Landeskrankenhaus.

21. 8.—1. 8. in Neutrauchburg: Einführungslehrgang in die manuelle Wirbelsäulentherapie. Auskunft: Dr. K. Seli, 7972 Neutrauchburg.

21. 8.—2. 9. in Meran: XV. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Thema: „Therapielenkung durch Funktionsprüfungen in Praxis und Klinik"). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

25. 8.—3. 9. in Krakau: 5. Wissenschaftliche Tagung der International Epidemiological Association. Auskunft: Prof. J. Kostrzewski, Dept. of Epidemiology, State Institute of Hygiene, Chocimska 24, Warsaw, Poland.

28. 8.—9. 8. in Madonna di Campiglio: VI. Bergsteigerlehrgang des Deutschen Sportärztebundes. Auskunft: OMR Dr. Friedrich, 8000 München 23, Wilhelmstraße 18.

30. 8.—2. 8. in Prag: 8. Internationaler Kongreß der Internationalen Gesellschaft der Medizinischen Fachpresse. Auskunft: Prof. Macek Zdenek, Capajevovo Namesti 8, Praha, CSSR.

September 1967:

1.—2. 8. in Wien: Symposion über „Klebestoffe in der Chirurgie." Auskunft: Wiener Medizinische Akademie, Kongreßbüro, A-1090 Wien, Alserstraße 4.

3.—9. 9. in Wien: 22. Kongreß der Société Internationale de Chirurgie. Auskunft: Wiener Medizinische Akademie, Kongreßbüro, A-1090 Wien, Alserstraße 4.

3.—9. 9. in Karlsruhe: 19. Deutsche Therapiewoche und 19. Deutsche Heilmittelausstellung. Auskunft: Dr. P. Hoffmann, 7500 Karlsruhe, Kaiserallee 30 (Wissenschaftliches Kongreßbüro).

4.—16. 8. in Pörtschach/Wörthersee: 16. Internationales Fortbildungseminar für die tägliche Praxis. Auskunft: Dr. G. Blume, 6530 Bingen/Rh., Mainzer Straße 3.

7.—9. 9. in Bad Salzungen: Jahrestagung der Gesellschaft für Allergie- und Immunitätsforschung. Auskunft: Prof. Dr. Kleinsorge, Med. Klinik des Bezirkskrankenhauses, X 27 Schwerin.

10.—17. 8. in Madrid: XXI. Generalversammlung des Weltärztebundes. Auskunft: General Secretariat of The World Medical Association, Inc., 10 Columbus Circle, New York, N. Y. 10 019.

10.—24. 9. in Velden/Wörthersee: Internationaler Herbstkongreß für Ganzheitsmedizin und Naturheilverfahren. Auskunft: Dr. G. Glowatzki, Bundesverband Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren e. V., 8000 München 2, Richard-Wagner-Straße 10.

11.—16. 9. in Barcelona: 6. Internationaler Kongreß über Angiologie. Auskunft: Dr. V. Salleras, Muntaner 418, Barcelona 6.

11.—18. 9. in Westerland/Sylt: 27. Ärztliches Seminar für Meeresheilkunde. Auskunft: Universitätsinstitut für Bioklimatologie und Meeresheilkunde, 2280 Westerland/Sylt.

13.—16. 9. in Bad Harzburg: Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie. Auskunft: Prof. Dr. K.-A. Bushe, 3400 Göttingen, Goßlerstraße 10.

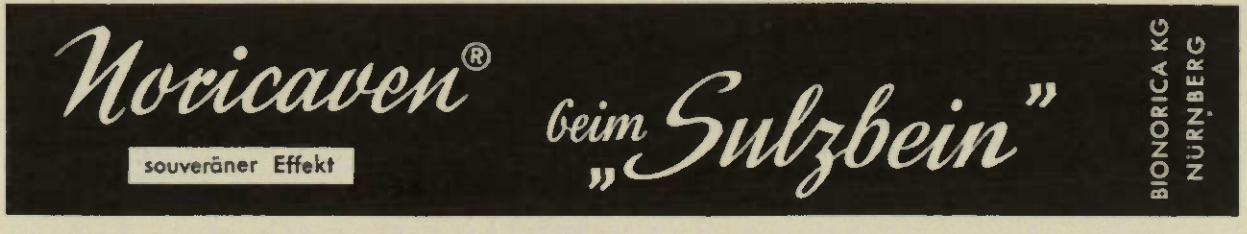
13.—18. 9. in Berlin: 5. Internistenkongreß der Sektion Innere Medizin in der Deutschen Gesellschaft für Klinische Medizin. Auskunft: Dr. H. Cobet, I. Medizinische Klinik der Humboldt-Universität, X 104 Berlin, Schumannstraße 20—21.

14.—17. 9. in Salzburg: 9. Internationaler Kongreß für Allgemeinmedizin. Auskunft: Dr. K. Engelmeier, 4740 Oelde, Lange Straße 21 a.

16.—23. 9. in Bad Brückenau: Ärztekurs für Homöopathie. Auskunft: Dr. M. Stübler, 8900 Augsburg, Singerstraße 1.

18.—22. 9. in Freudenstadt: Einführungskurs in die Chirotherapie der Wirbelsäule. Auskunft: Sekretariat der Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie (FAC), 4700 Hamm, Ostenallee 83.

21.—22. 8. in Travemünde: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Biophysik. Auskunft: Prof. Dr. H. A. Künkel, Strahlenbiologisches Institut der Universität, 2000 Hamburg 20, Martinistraße 52.



21.—23. 9. in Lausanne: V. Symposion der Gesellschaft für Nephrologie. Auskunft: Dozent Dr. D. Mertz, Medizinische Universitäts-Poliklinik, 7800 Freiburg/Breisgau, Hermann-Herder-Straße 6.

21.—23. 9. in Wien: Jahrestagung der Gesellschaft für Nuklearmedizin. Auskunft: Prof. Dr. G. Hoffmann, 7800 Freiburg/Br., Hugstetter Straße 55.

22.—23. 9. in Freiburg: 51. Versammlung der Vereinigung südwestdeutscher Hals-Nasen-Ohren-Ärzte. Auskunft: Prof. Dr. J. Matzker, Univ.-HNO-Klinik, 6500 Mainz, Langenbeckstraße 1.

22.—24. 9. in Bad Nauheim: 33. Fortbildungslehrgang der Vereinigung der Bad Nauheimer Ärzte. Auskunft: William G. Kerckhoff-Institut, 6350 Bad Nauheim.

22.—26. 9. in Gent: XII. Symposion der Gesellschaft für Histochemie. Auskunft: Prof. Dr. H. Zimmermann, Pathologisches Institut des Städtischen Krankenhauses, 6230 Frankfurt/M.-Höchst, Gotenstraße 6—8.

23.—24. 9. in Hamm: Einführungskurs in die Chirotherapie der Extremitätengelenke (Fortsetzungswochenenden: 21./22. 10., 18./19. 11., 16./17. 12.). Auskunft: Sekretariat der Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie (FAC), 4700 Hamm, Ostenallee 83.

23.—30. 9. in Sydney: V. Weltkongreß für Gynäkologie und Geburtshilfe. Auskunft: Prof. Dr. R. P. Shearman, Box 4139 G. P. O., Sydney.

25.—30. 9. in Hamburg: 9. Pädiatrischer Fortbildungskurs der Universitäts-Kinderklinik. Auskunft: Dozent Dr. E. W. Keck, Universitäts-Kinderklinik, 2000 Hamburg 20, Martinistraße 52.

25.—30. 9. in Karlsbad: XXIII. Internationaler medizinischer Fortbildungskurs. Auskunft: Tschechoslowakische Medizinische Gesellschaft J. E. Purkyne, Sokolská 3t, Prag 2, CSSR.

27. 9.—1. 9. in Chicago: XV. Internationaler Krankenhaus-Kongreß. Auskunft: Mr. Dr. G. Harington Hawes, International Hospital Federation, 24 Nutford Place, London W. 1.

28.—30. 9. in Hamburg: 24. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. Auskunft: Prof. Dr. H. Bartelheimer, 1. Med. Univ.-Klinik, 2000 Hamburg 20, Martinistraße 52.

29. 9.—1. 10. in Hamburg: 3. Internationales Symposion der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation. Auskunft: Dr. A. Cramer, 2000 Hamburg 52, Ohnhorststraße 64.

29. 9.—1. 10. in Augsburg: 40. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin. Auskunft: Kongreßbüro der Augsburger Fortbildungskongresse für praktische Medizin, 8900 Augsburg, Schaezlerstr. 19.

30. 9.—1. 10. in Frankfurt-Höchst: Gemeinsame Tagung der hessischen Gesellschaft für Medizinische Strahlenkunde und der südwestdeutschen Röntgengesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. R. Kraus, 6230 Frankfurt-Höchst, Gotenstraße 6.

Beilagenhinweis

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

„Bayerisches Ärzteblatt". Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 9 München 23, Königinstraße 95/III, Telefon 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, 9 München 15, Postfach, Sonnenstr. 29, Tel. 55 90 91, Fernschreiber: 05 23662, Telegrammadresse: atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrophotographie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

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

Bausparen ist Trumpf!



Wenn es um die Finanzierung Ihres Eigenheimes oder Ihrer Eigentumswohnung geht, ist Bausparen Trumpf. Fragen Sie Freunde und Bekonnte, die es schon geschafft haben und im „Eigenen" wohnen. Seit 1948 haben wir ollein in Bayern über 200.000 Wohnungen mitfinanziert. Wir helfen ouch Ihnen!

Nur Bausporen sichert Ihnen den Anspruch ouf ein günstiges Baudarlehen — ols 2. Hypothek — zu 5 % Zins: für den Bau oder Kouf eines Houses, den Erwerb von Bauland, für Instondsetzung oder Modernisierung, Erwerb einer Eigentumswohnung, Ablösung von Hypotheken usw.

Für jede Mark, die Sie sporen, werden Sie oußerdem noch belohnt: Sie erhalten wie bisher beochtliche Wohnungsbauprämien oder Steuervorteile.

Uberoll in Bayern können Sie sich informieren, welche Vorteile Sie durch Bousporen hoben: bei Ihrer Sparkosse, bei einer unserer zahlreichen Berotungsstellen oder bei unserem Bezirksleiter.

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

BAYERISCHE
LANDESBAUSPARKASSE
DIE BAUSPARKASSE DER SPARKASSEN

8 MUNCHEN 2, KAROLINENPLATZ 1, TEL. 21721

ORIENT-TEPPICHE
seit 1925

Nichts ist so sehr Sache des Vertrauens ols der Kauf eines Orient-Teppichs. Das seit Jahrzehnten bestehende Fachgeschäft mit seinen weltweiten günstigen Einkaufsverbindungen gewährleistet Ihnen bei Ankouf eines Orient-Teppichs mit Sicherheit den 100prozentigen Gegenwert Ihres Geldes.

Meine genau kalkulierten Verkaufspreise, welche ouf allen Teppich-Etiketten angegeben werden, sind Einfuhrleistungen ersten Ranges.

ÜBER 2000 PERSERTEPPICHE ALLER PROVENIENZEN
ORIENT-LÄUFER ALLER LÄNGEN UND BREITEN
BESONDERS GROSSE AUSWAHL IN ÜBERGRÖSSEN

MAX STEINHAUSEN
8 München 2, Brienner Straße 10, Telefon 22 61 61 — 29 70 23
genau gegenüber Café Luitpold