BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 11 | München, November 1967 | 22. Jahrgang

20. Bayerischer Ärztetag in München

vom 13. bis 15. Oktober 1967

Mit einer Festveranstaltung in der Staatlichen Hochschule für Musik wurde der 20. Bayerische Ärztetag am Freitag, 13. Oktober 1967, eröffnet.

Zusammen mit den Delegierten konnte der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Herr Dr. med. Hans J. SEWERING, eine große Zahl von Ehrengästen begrüßen, so den Präsidenten des Bayerischen Landtags, Herrn Rechtsanwalt HANAUER, von der Bayerischen Staatsregierung den Bayerischen Staatsminister des Innern, Herrn Dr. MERK, zugleich als Vertreter des an der Teilnahme leider verhinderten Herrn Ministerpräsidenten Dr. Alfons GOPPEL, den Bayerischen Staatsminister für Arbeit und soziale Fürsorge, Herrn Dr. PIRKL, Landtagsabgeordnete, unter ihnen Herrn Ministerpräsident Prof. Dr. HOEGNER, I. Vizepräsident des Bayerischen Landtags, den 2. Vizepräsidenten des Bayerischen Landtags, Herrn Abgeordneten Simon NÜSSEL, den Landesvorsitzenden Bayerns der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands, Herrn Volkmar GABERT, den Herrn Staatsminister a. D. Dipl.-Ing. Heinrich JUNKER, den Vorsitzenden des Sozialpolitischen Ausschusses, Herrn Staatssekretär a. D. Karl WEISHÄUPL, und Herrn Kollegen Dr. SOENNING, zugleich als den wiedergewählten Vorsitzenden des Bayerischen Landesgesundheitsrates, als Vertreter des Bayerischen Senats den 2. Vizepräsidenten, Herrn Altoberbürgermeister Dr. BORNKESSEL, die Herren Senatoren Dr. Dr. v. GUGEL, Dr. KLÄSS, Alfons KLEIN und Dr. MÜLLER-MEININGEN jr., Prälat Domkapitular JANDL als Vertreter Seiner Eminenz, des Herrn Kardinal Dr. DÖPFNER, Herrn Oberkirchenrat RIEDL als Vertreter des Herrn Landesbischof DITZFELBINGER, vom Bayerischen Staatsministerium des Innern Herrn Ministerialdirektor Dr. RIEDL, den Leiter der Gesundheitsabteilung, Herrn Ministerialdirigent Dr. HEIN und Herrn Ministerialrat Dr. STOLL, vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge Herrn Ministerialdirektor Dr. GILLITZER, Herrn Regierungsmedizinaldirektor Dr. SCHNEIDER, Herrn Ministerialrat Dr. Dr. GÜNTHER, vom Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus, Herrn Ministerialrat Dr. TREPPESCH, Herrn Ministerialdirektor HOPFNER, Seine Spektabilität Prof. Dr. HOLLE, Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität München, Seine Spektabilität Prof. Dr. WETTERER, Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg, Herrn Prof. Dr. WACHSMUTH als Vertreter des Dekans der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg, und den Direktor des Klinikums rechts der Isar der Medizinischen Fakultät der Technischen Hochschule München, Herrn Prof. Dr. MAURER, für die Regierung von Oberbayern Herrn Vizepräsidenten Dr. SCHMITT-LERMANN, den Vertreter des Herrn Oberbürgermeisters der Landeshauptstadt München, Herrn Prof. Dr. BERGSTERMANN, den Präsidenten des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofs, Herrn Prof. Dr. FENEBERG, den Präsidenten des Bayerischen Landessozialgerichts, Herrn Dr. HAENSEL, die Herren Vorsitzenden der Berufs- und Sozialgerichte, den Kommandeur der Akademie des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr, Herrn Generalarzt Dr. MERKLE, den Wehrbereichsarzt VI, Herrn Oberstarzt Dr. HEYNOLD, den Präsidenten der Bayerischen Landeszahnärztekammer, Herrn Dr. ROSCHMANN, den Präsidenten der Bayerischen Landestierärztekammer, Herrn Dr. VOGT, und den Vizepräsidenten, Herrn Dr. BLENDINGER, den Präsidenten der Bayerischen Landesapothekerkammer, Herrn Apotheker RIEMERSCHMID, und den Geschäftsführer, Herrn Prof. Dr. SCHLEMMER, den Präsidenten der Bayerischen Versicherungskammer, Herrn Staatssekretär a. D. Dr. WEHGARTNER, den Vizepräsidenten, Herrn Dr. MAYER, den Leiter der Bayerischen Ärzteversorgung, Herrn Oberregierungsdirektor Dr. HÖNIG, und seine Mitarbeiter, sowie Herrn Regierungsdirektor NEBEL, den Leiter der Versicherungsmathematischen Abteilung, für den Verband der freien Berufe in Bayern Herrn Prof. Dr. DITTRICH, die Vertreter der bayerischen Landesverbände der Orts-, Innungs-, Betriebs- und Landkrankenkassen, die Vertreter der pharmazeutischen Industrie, die bayerischen Träger der Paracelsus-Medaille, der höchsten Auszeichnung der deutschen Ärzteschaft, Herrn Dr. HERING, Herrn Dr. SONDERMANN und Herrn Dr. VÖLLINGER, die Mitglieder der in München zusammengetretenen Konsultativtagung der deutschsprachigen Länder, für die Österreichische Ärztekammer den Präsidenten, Herrn Kollegen Dr. MIKULA, und Herrn Vizepräsidenten Kollegen Dr. DAUME, die Herren Präsidenten und Vizepräsidenten der Ärztekammern der österreichischen Bundesländer und ihre Mitarbeiter, den Präsidenten der Verbindung Schweizer Ärzte, Herrn Kollegen Dr. KÖNIG, mit den übrigen Teilnehmern seines Landes, für die Ärzteschaft Luxemburgs, Herrn Dr. THIBEAU, für die Ärzte des Fürstentums Liechtenstein, Herrn Dr. BÜCHEL, den Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Herrn Prof. Dr. FROMM, den Herrn Vizepräsidenten Dr. DEGENHARD und die übrigen Mitglieder des Vorstands, die Herren Präsiden-

ten und Vizepräsidenten der Landesärztekammern der Bundesrepublik, den 1. Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Herrn Dr. VOGES, sowie den 2. Vorsitzenden, Herrn Kollegen Dr. KÖNIG und die übrigen Mitglieder des Vorstands, den Vorsitzenden des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund), Herrn Dr. JOUSSEN, den Vorsitzenden des Verbandes der angestellten Ärzte Deutschlands (Marburger Bund), Herrn Dr. ODENBACH, die Mitglieder der Geschäftsführung und Rechtsabteilung der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Hartmannbundes die Herren Dr. STOCKHAUSEN, Dr. SCHLÖGELL, Dr. REESE, Dr. HESS, den Vorsitzenden des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins, Herrn Oberregierungsmedizinaldirektor Dr. BÖHM, als Vertreter der örtlichen ärztlichen Berufsvertretung, Herrn Dr. v. BRENTANO-HOMMEYER als Vorsitzenden des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München, Delegierte und Vorstandsmitglieder der Bayerischen Landesärztekammer, alle anwesenden Kolleginnen und Kollegen, Ärztfrauen und last, not least: Presse, Rundfunk, Fernsehen, unter ihnen Schriftleiter, Mitarbeiter der medizinischen Fach- und Standespresse.

Als Vorsitzender des gastgebenden Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes richtete Herr Kollege Dr. v. BRENTANO-HOMMEYER ein Grußwort an die Versammlung, in dem er u. a. ausführte:

Grußwort des Kreis- und Bezirksverbandsvorsitzenden

„Es ist für die Münchener Ärzteschaft eine Auszeichnung, daß dieser Jubiläumsärztetag in München stattfindet, und ich betrachte dies als ein Symbol für die gute Zusammenarbeit zwischen der Bayerischen Landesärztekammer und dem Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband München, wie sie sich in den letzten Jahren entwickelt hat!

Die Delegierten und Gäste dieses Jubiläumsärztetages werden nun in den nächsten beiden Tagen ihre Probleme in sachlicher und fruchtbarer Auseinandersetzung diskutieren. Zugleich besteht Gelegenheit, menschliche Kontakte in harmonischen und frohen Stunden festlichen Beisammenseins zu pflegen und zu vertiefen.

Zu diesen bedeutsamen Aufgaben möchte ich Ihnen allen viel Glück wünschen und dem 20. Bayerischen Ärztetag einen vollen Erfolg."

Danach hielt der Präsident des Bayerischen Landtags, Herr Rechtsanwalt Rudolf HANAUER, die nachstehend wiedergegebene Ansprache:

Ansprache des Herrn Landtagspräsidenten

„Sie, Herr Präsident, haben die Freundlichkeit, eingedenk der Vaterschaft des Bayerischen Landtags bei der Schaffung der gesetzlichen Grundlagen für die ärztliche Berufsvertretung in Bayern im Jahre 1927 und des seit 1957 geltenden Kammergesetzes, mich als den Repräsentanten der Volksvertretung nicht nur zu diesem Festakt einzuladen, wie das bei vielen öffentlichen Anlässen eben — gewissermaßen als Dekoration — dazugehört, sondern mir auch Gelegenheit zu einem Grußwort zu geben.

Ich bedanke mich für beides sehr herzlich. Ich bin dieser Einladung um so lieber gefolgt, als ich mich gerne der angenehmen und in echt demokratischem Geist geführten Zusammenarbeit erinnere, die mich als Mitberichterstatter des Ausschusses für Verfassungs-, Rechts- und Kommunalfragen bei der Beratung des Kammergesetzes mit den zu lösenden Problemen Ihres Berufsstandes vertraut machte. In 12 Sitzungen dieses Ausschusses sowie in eingehenden Beratungen im Plenum haben wir damals versucht, den Kreis der Mitglieder weit zu ziehen und die Grenzen der Selbstverwaltung des Ärztestandes und anderer Heilberufe möglichst weit abzustecken und so ein modernes Gesetz über den Berufsstand der Ärzte zu schaffen.

Es kann nicht Aufgabe meines Grußwortes sein, die aus der damaligen Gesetzesarbeit gewonnene oder vertiefte Kenntnis um Ihre Probleme jetzt darzulegen und über Geschichte und Bedeutung der ärztlichen Berufsvertretung im Freistaat Bayern zu referieren.

Das muß der Festansprache Ihres Herrn Präsidenten vorbehalten bleiben, dem es zusteht, das Wesentliche herauszustellen und auch Kritisches anzumerken zu den vielseitigen Aufgaben, die da sind:

Wahrnehmung der beruflichen Belange

Überwachung der Erfüllung der ärztlichen Berufspflichten

Förderung der ärztlichen Fortbildung

Schaffung von Wohlfahrtseinrichtungen

Mitwirkung in der öffentlichen Gesundheitspflege und manches mehr.

Ihm, aber auch dem Herrn Innenminister als bayerischer Gesundheitsminister, obliegt es, zu prüfen und zu bestätigen, ob die ärztliche Berufsvertretung in Bayern die vom Gesetzgeber gestellten Aufgaben und von ihm gehegten Erwartungen erfüllt hat. Mir scheint dies in vollem Umfang der Fall zu sein.

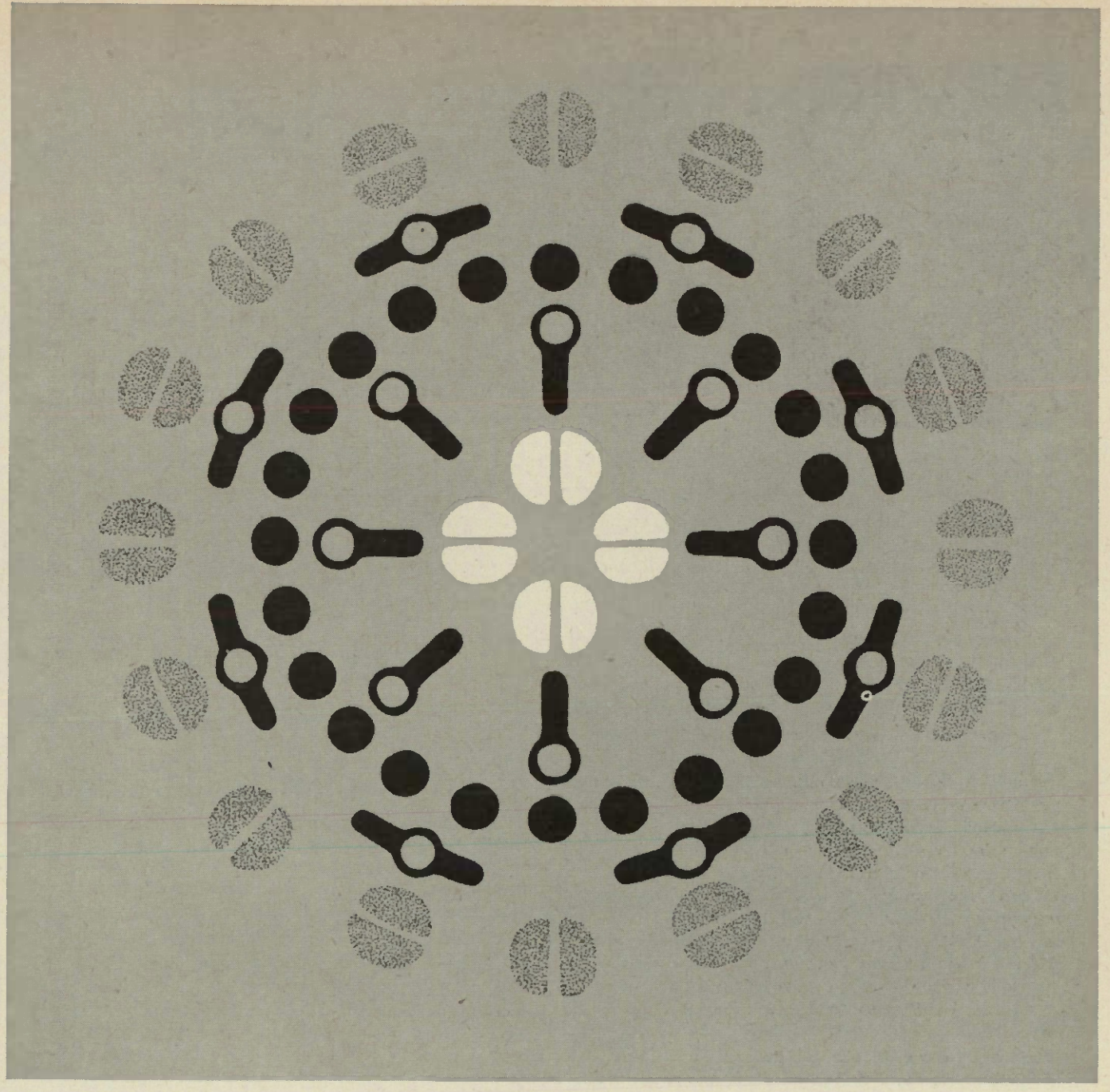
Bei der Erörterung berufsständischer Probleme können gerade in unserer Zeit auch materielle Fragen nicht ausgeklammert sein, wie sich dies schon aus den Unterlagen ergibt, die ich über die parlamentarischen Beratungen des Gesetzentwurfs über die ärztliche Berufsvertretung im Februar und März 1927 durchgeblättert habe. Der damals zuständige bayerische Innenminister, Staatsminister Stützel, erklärte in der 150. öffentlichen Sitzung der Tagung am 30. März 1927:

‚Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß der Ärztestand in seinem überwiegendsten Teile gesund und kräftig genug ist, um bei Gewährung der erbetenen staatlichen Zwangsrechte im Wege der Selbstverwaltung mit etwaigen Verfallserscheinungen fertigzuwerden und sich auf seiner bisherigen Höhe zu erhalten. Dies ist aber nicht nur im Interesse der Ärzteschaft, sondern im öffentlichen Interesse gelegen; denn es gibt unter den freien Berufsständen kaum einen anderen Stand, dessen Wirken so tief in das allgemeine Wohl eingreift, dessen Gedeihen und Sinken von so einschneidender Bedeutung für die ganze Bevölkerung ist als der Ärztestand.'

Die damals geäußerte staatliche Anerkennung kann auch heute vom Parlament vollinhaltlich unterschrieben werden und wird wohl auch, ohne in die Kompetenzen der Exekutive einzugreifen, von der Regierung bestätigt werden.

Bedauerlicherweise deckt sich diese Anerkennung — und diese Feststellung sei mir als Angehöriger der freien Berufe gestattet — nicht immer voll mit derjenigen der breiten Öffentlichkeit.

Ebenso wie der Klient beim Gewinn eines Prozesses davon überzeugt ist, daß nur sein gutes Auftreten vor Gericht und die Güte seiner Sache ihm zum Sieg verholfen haben, während er beim Verlust des Rechtsstreites seinem Anwalt die Schuld zuschiebt, so ist auch



Ph 1211

Viele Erreger — eine Therapie

®Hostacyclin 500

1 Dragee morgens — 1 Dragee abends
Oblong-Dragees zu 500 mg Tetracyclin-hydrochlorid

Die bekannten übrigen Zubereitungen von Hostacyclin und Hostacyclin „P" sind weiterhin erhältlich.
8 Dragees · Klinikpackungen: 50, 250 Dragees

Farbwerke Hoechst AG
6230 Frankfurt (Main) 80

Dr. Hans J. Sewering
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

Dr. v. Brentano-Hommeyer
Vorsitzender des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München

Rechtsanwalt Rudolf Hanauer
Präsident des Bayerischen Landtags

der Patient gar zu gerne genelgt, seine Gesundung weniger dem Arzt als seiner guten Konstitution und seinem Widerstandswillen zuzuschreiben, während er den ausbleibenden Erfolg zu bereitwillig seinem ‚Medizinmann' anlasten möchte.

Besonders bei Erhalt der Rechnung reagieren Klienten wie Patienten allzuoft in diesem Sinne. Bei solchem Verhalten solite man sich in der Ärzteschaft der alten Bantu-Welsheit erinnern:

‚Verachtest du den Arzt, so verachte auch die Krankheit!'

Ich möchte daher den schuldigen Dank und die erforderliche Anerkennung des Parlaments für die von den bayerischen Ärzten und deren Berufsvertretung geleistete Arbeit auch dadurch abstatten, daß ich im Rahmen der Volksvertretung die Bürger unseres Landes aufrufe, noch mehr als bisher Verständnis für die schwierigen Probleme des ärztlichen Berufs — darf ich an die Eröffnungsrede des diesjährigen Chirurgenkongresses in München erinnern? — und auch mehr Achtung gegenüber der nicht ausreichend gewürdigten physischen und psychischen Leistung der Ärzte zu zeigen.

Jedes Nachlassen in der Bereitschaft, dem leidenden Menschen Tag und Nacht zu Hilfe zu eilen, müßte — wie wir alle wissen — fatale Folgen haben.

Und wie oft ist heute der Arzt angesichts der wachsenden Interdependenz physischer und psychischer Erkrankungen angehalten, die seellschen Abwehrkräfte des Patienten zu mobilisieren.

Wem ist nicht der unentbehrliche und leider auch gegenüber früher immer mehr gehetzte Hausarzt vertraut, dessen Anblick nicht nur beruhigt, sondern der auch in seinem oft etwas grimmig erscheinenden Humor befreiend wirkt, wie schon Goethe im Prolog der Theatergedichte sagt:

‚Geist und Körper, innig sind sie ja verwandt.
Ist jener froh, gleich fühlt sich dieser frei und wohl
und manches Übel flüchtet vor der Heiterkeit.'

Und noch etwas liegt mir — dieses Mal als Politiker — im Verhältnis der öffentlichen Meinung, um es genauer zu sagen: der veröffentlichten Meinung, zur Tätigkeit des Arztes am Herzen.

Die Welle der Popularisierung der Medizin hat zu Auswüchsen, besonders in gewissen illustrierten Zeitschriften, geführt, gegen die im Interesse des gesamten Berufsstandes große Bedenken angemeldet werden müssen. Die ärztliche Kunst wird dabei mit einem ihr absolut abträglichen Fluidum des Sensationellen umgeben; es werden Hoffnungen geweckt, die für die breite Schicht der Heilung Suchenden zu bitteren Enttäuschungen führen müssen; damit wird Unruhe und Mißtrauen in die Beziehungen zwischen Patient und Arzt gebracht. Die stille, beharrliche Arbeit des einzelnen Arztes tritt dadurch im Bewußtsein der Öffentlichkeit genauso in den Hintergrund, wie wir Volksvertreter das in unserer täglichen Belastung mit tausend Routineangelegenheiten, die gegenüber der politischen Sensation unbeachtet bleiben, seit Jahren immer mehr erfahren müssen.

Hier sollten wir uns beide, Ärzte und Volksvertreter, mit einer der Maximen von Chamfort wappnen, die da lautet:

‚Folgende Gegensätze sollte man vereinen können:
Tugend mit Gleichgültigkeit gegen die öffentliche Meinung,
Arbeitsfreude mit Gleichgültigkeit gegen den Ruhm und die Sorge um die Gesundheit mit Gleichgültigkeit gegen das Leben.'

Sie, meine sehr verehrten Damen und Herren, mögen aus diesen kurzen Bemerkungen erkennen, wie groß das Interesse der bayerischen Volksvertretung, dem in Gemeinschaft mit der Staatsregierung die Gesundheit unserer Bürger eines der vornehmsten Anliegen im Rahmen seiner Möglichkeiten ist und sein muß, für die Ärzte und ihre Berufsvertretung ist.

Der langjährige Vorsitzende des Landesgesundheitsrats, unterstützt in dieser Legislaturperiode von einem weiteren Arzt als Mitglied meines Hauses, helfen uns aufopfernd, Ihre Sorgen zu beachten und nach Möglichkeit zu beheben.

Es könnten ruhig einige Ärzte mehr die kurulischen Sessel unseres Hauses einnehmen.

Als es vor einigen Jahren noch vier Ärzte waren, fehlte selten eine Stimme in dem Quartett, wenn es galt, Gesundheitsprobleme zu dikutieren.

Beim Studium der Debatten des Jahres 1927 habe ich mit Beschämung die diskriminierenden Äußerungen des Abgeordneten Streicher der Nationalsozialistischen Fraktion über Angehörige Ihres Berufsstandes gelesen,

deren staatsbürgerliche Rechte schon damals verletzt werden sollten.

Seinerzeit glaubte man, mit stillschweigender Duldung, ja sogar Heiterkeit, diesen Äußerungen begegnen zu müssen, und verkannte die darin liegende Gefahr.

Dies sollte uns als Warnung dienen.

Seien wir darum alle — denn auch der Arzt kann es sich bei aller Belastung nicht leisten, als unpolitisches Wesen durch die Welt zu wandern — besorgt, daß in unserem freiheitlichen Rechtsstaat solche Ideen nie wieder einen Nährboden finden können.

Mit dieser Mahnung möchte ich Ihnen noch einmal den Dank des bayerischen Parlaments für Ihr Wirken als Berufsstand, aber ebenso jedem einzelnen Ihrer Mitglieder für den Dienst am Bürger unseres Landes aussprechen und dem 20. Bayerischen Ärztetag einen Sie alle befriedigenden Verlauf wünschen."

Als nächster Redner sprach der Bayerische Staatsminister des Innern, Herr Dr. Bruno MERK:

Ansprache des Herrn Bayerischen Staatsministers des Innern

„Vor 20 Jahren wurde in Zeiten bitterster nationaler und individueller Not der 1. Bayerische Ärztetag abgehalten. Neben der Erleichterung ob der überstandenen Schrecken des Krieges waren es doch drückende Sorgen vor der Zukunft, die damals alle belasteten. Keiner konnte seinerzeit ahnen oder gar erwarten, daß die politische und wirtschaftliche Festigung unseres Landes sich in so steiler Aufwärtskurve vollziehen würde, wie es dann tatsächlich der Fall gewesen ist. Aber nicht nur in Politik und Wirtschaft haben sich in den vergangenen zwei Jahrzehnten einschneidende Veränderungen ergeben, auch Ihre eigene Wissenschaft, die Medizin, hat geradezu unvorstellbare Fortschritte gemacht. Es ist klar, daß eine solche Entwicklung nicht ohne tiefgreifende Auswirkungen auch auf das Gefüge der Ärzteschaft bleiben konnte.

Gestatten Sie mir einen kurzen Blick in die Geschichte der ärztlichen Berufsvertretung: In Bayern schlug die Geburtsstunde einer eigenständigen ärztlichen Standesorganisation am 10. 8. 1871. Durch die ‚Königliche Allerhöchste Verordnung, die Bildung von Ärztekammern und von ärztlichen Bezirksvereinen betreffend' wurde in jedem Regierungsbezirk eine Ärztekammer errichtet. Diese Kammern hatten das Recht, sich mit Eingaben direkt an das Staatsministerium des Innern zu wenden, waren also an keinen Dienstweg gebunden.

Sie sehen, meine sehr verehrten Damen und Herren, welche Bedeutung man schon damals der Ärzteschaft von Staats wegen beimaß. Die Mitgliedschaft in der Kammer war allerdings freiwillig, eine Berufsgerichtsbarkeit bestand nicht.

Die tiefgreifenden sozialen und politischen Veränderungen, die das Ende des ersten Weltkrieges mit sich brachte, aber auch die Tatsache, daß sich die Zahl der Ärzte in Bayern zwischen 1885 und 1924 um 130% erhöht hatte (gegenüber einer Bevölkerungszunahme von nur 32%), forderten dringend eine Neuordnung des Standesrechts. Darüber wird sicher Ihr Herr Präsident in seiner Festansprache ausführlicher berichten. Als Vertreter der Staatsregierung will ich nur noch ein paar Worte über die Entwicklung nach dem zweiten Weltkrieg sagen:

Bayern kann sich rühmen, daß bereits 1946, also außerordentlich kurz nach Kriegsende, ein brauchbares Ärztegesetz geschaffen wurde. Es war ein weiterer Beweis dafür, welche Bedeutung einer funktionsfähigen ärztlichen Standesorganisation und der Regelung der mit der Ausübung des Arztberufes zusammenhängenden Fragen beigemessen wurde.

Den vorläufigen Abschluß dieser Entwicklung brachte das Kammergesetz von 1957. Es hieße Eulen nach Athen tragen, wollte ich mich vor Ihnen über seinen Inhalt verbreiten. Dieses Gesetz würdigt die bisherigen Leistungen der Ärzteschaft dadurch, daß es ihr ein bisher nicht gekanntes Höchstmaß an Selbstverwaltung einräumt. Selbstverwaltung bringt aber nicht nur Rechte, sondern in erhöhtem Maße auch Pflichten und eine sehr erhebliche Verantwortung der Allgemeinheit gegenüber mit sich. So überwacht die Ärztekammer stellvertretend für den Staat die Erfüllung der dem ärztlichen Beruf innewohnenden öffentlichen Verpflichtungen. Denn der Arzt hat eine öffentliche Aufgabe, er dient der Gesundheit des einzelnen Menschen, aber auch der des gesamten Volkes. So gesehen ist die Ärztekammer nicht nur eine von vielen Berufsvertretungen, sondern als Aufsichtsorgan über die Ärzteschaft auch Mittler zwischen Arzt und Staat.

Man darf mit Recht behaupten, daß sich die durch das Gesetz geschaffene Organisation in den letzten 10 Jahren bewährt hat. Sicher sind nach den bisherigen Erfahrungen einige kleine Korrekturen angebracht. Sie haben aber keinen grundsätzlichen Charakter, weswegen darüber heute auch nicht zu reden ist. Das Vertrauen, das der Gesetzgeber der Ärzteschaft geschenkt hat, ist nicht enttäuscht worden. Ich freue mich, das heute ausdrücklich feststellen und mit dem Dank der Staatsregierung und ihrer die Kammer verantwortlichen Vertreter verbinden zu können.

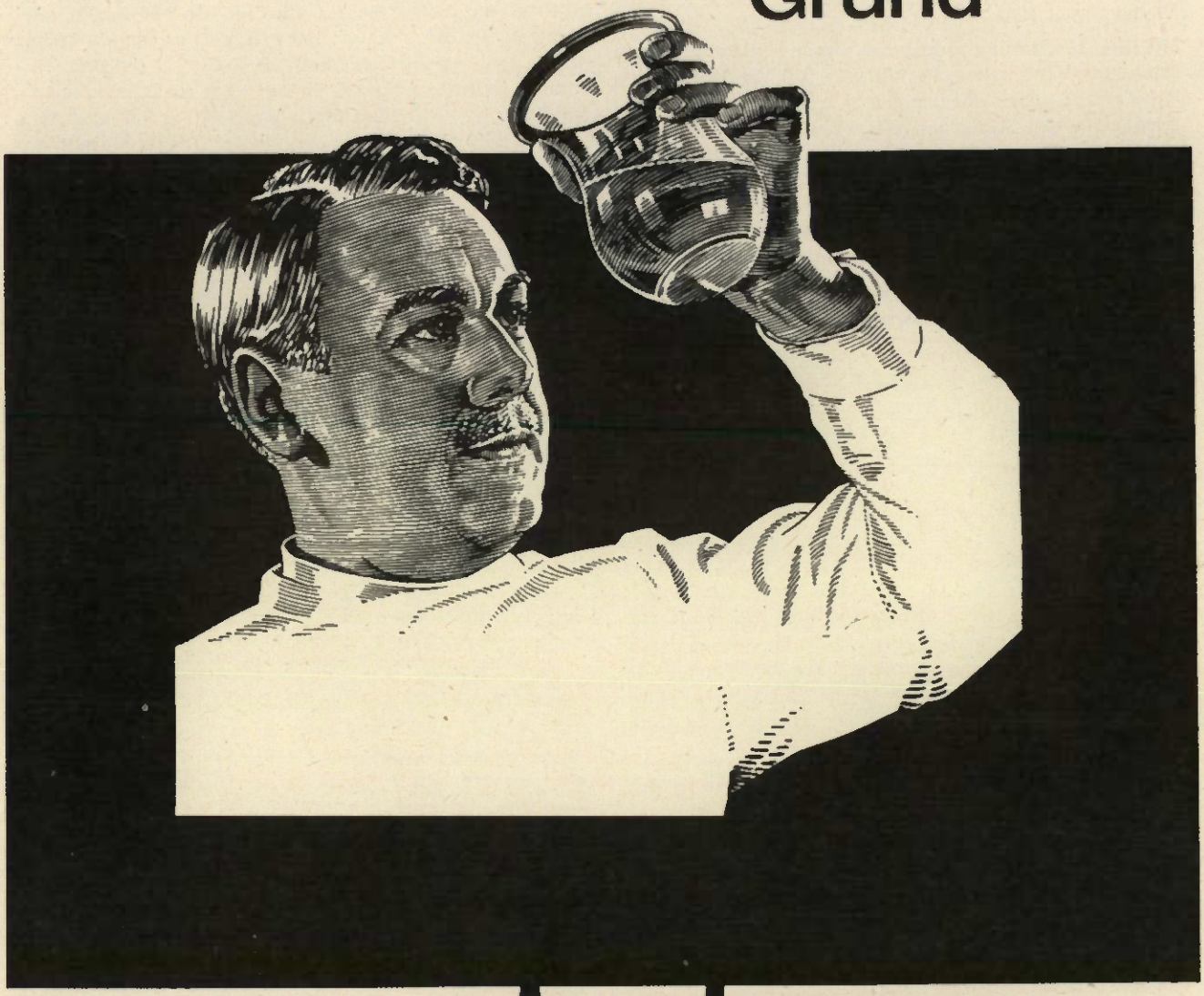
Ich möchte heute an diesem Festtag der Ärzteschaft nicht so sehr von der Aufsichtsfunktion der Ärztekammer als Körperschaft des öffentlichen Rechts sprechen, als vielmehr einige Worte zu den Aufgaben sagen, die der Ärztekammer als Standesvertretung in letzter Zeit ihren Mitgliedern gegenüber erwachsen sind.

Hier scheint mir vor allem die in der Berufsordnung festgelegte Fortbildungspflicht bemerkenswert. Neben den großen regelmäßigen Fortbildungsveranstaltungen — in Bayern etwa in Augsburg, Regensburg oder Nürnberg — finden allenthalben im Rahmen eines oder mehrerer Kreisverbände Fortbildungsvorträge, klinische Wochenendveranstaltungen an kleineren Krankenhäusern und ähnliches statt. Diese im Stillen und ohne große äußere Aufmachung geleistete Arbeit und die rege Teilnahme der Ärzteschaft daran zeigen besonders den Fortbildungswillen Ihres Standes. Und das ohne Druck, auf freiwilliger Basis!

Es besteht kein Zweifel, daß diese Arbeit fortgesetzt und noch intensiviert werden muß. Auf den Arzt kommen ständig neue Verpflichtungen zu: die Wandlung der Medizin, deren Schwerpunkt sich immer mehr zur Vorbeugung hin verschiebt, und die enormen technischen Bedürfnisse einzelner Fächer machen Fortbildung unumgänglich.

Es wird viel diskutiert, ob man nicht einen Teil der neuen Aufgaben nur unter stärkerer Beteiligung staatlicher oder kommunaler Stellen lösen könne. Ich glaube,

klar
bis auf
den
Grund



Arctuvan

Das schnellwirkende Harndesinficiens

KLINGE
München 23

Dr. B. Merk
Bayerischer Staatsminister des Innern

Dr. König
Präsident der Verbindung Schweizer Ärzte

Professor Dr. E. Fromm
Präsident der Bundesärztekammer

daß dem nicht so ist. Der Staat sollte nur dann selbst eingreifen, wenn und soweit die freie Ärzteschaft ihren Aufgaben nicht gerecht werden könnte. Hierfür gibt es aber keine Anzeichen. Und selbst wenn wirklich einmal hier oder dort Schwierigkeiten aufträten, der Ruf nach dem Gesetzgeber wäre auch dann noch nicht der einzige Ausweg. Die meisten Schwierigkeiten ließen sich zweifellos im Rahmen und mit Mitteln der bestehenden Organisation beheben. Ich vermag daher auch keine Notwendigkeit zu erkennen, die Kompetenzen des Bundes — wie dort angestrebt — auf dem Gesundheitssektor zu erweitern. Eine Kompetenzverlagerung nach oben bedingt für sich noch keine Verbesserung, sie garantiert noch lange keinen größeren Erfolg in den anstehenden Aufgaben! Wir haben keinen Grund zu falscher Bescheidenheit: Was in Bayern von Ärzteschaft, öffentlichem Gesundheitsdienst und von allen anderen auf dem Sektor der Gesundheitspflege arbeitenden Institutionen und Einzelpersonen seit Kriegsende geleistet worden ist und geleistet wird, könnte auch durch eine Übertragung größerer Rechte auf den Bund nicht übertroffen werden. Wozu also eine Änderung der Kompetenzen, die sicher weder zu eine Verbilligung der Aufgaben noch zu einer Vereinfachung der Verwaltungsgänge führen würde und wahrscheinlich nur den Spielraum einengen würde, den wir im Verhältnis der Länder untereinander brauchen, um nicht im Schema zu erstarren.

Daß der erstrebte Ausbau der gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung durch Prophylaxe und Rehabilitation ebenso wie die in der modernen Medizin unerläßlichen höheren personellen und materiellen Aufwendungen in Therapie und Diagnostik eine weitere Steigerung des Ärztebedarfs mit sich bringen werden, ist klar. Ohne Zweifel besteht auf diesem Gebiet, obwohl es in Bayern z. Z. über 15 000 berufstätige Ärzte gibt, ein gewisser Engpaß. Er ist allerdings weniger auf einen echten zahlenmäßigen Mangel als auf eine ungünstige überörtliche Verteilung der Ärzte zurückzuführen. Aber auch hier zeichnet sich eine Wende ab: Die Zahl der die Universitäten verlassenden Medizinalassistenten steigt beständig. Wurde 1966 544 Medizinalassistenten die Bestallung als Arzt überreicht, so haben in diesem Jahr bis Mitte September bereits 834 deutsche Medizinalassistenten die bayerischen Universitäten verlassen.

In den nächsten Jahren ist mit einem mindestens ebenso hohen, ja eher noch steigenden ‚Angebot' an jungen Ärzten zu rechnen. Wenn eine größere Zahl von Ärzten dann in die Krankenhäuser und wieder einige Jahre später auch in die Praxis strebt, wird sich mancher jetzt noch zu beobachtende Mißstand, insbesondere der Mangel an Assistenzärzten und an praktizierenden Ärzten auf dem flachen Lande, sicherlich ausgleichen.

Die dringend notwendige Modernisierung der ärztlichen Ausbildung — hier ist der Bund federführend — macht ebenfalls gute Fortschritte. Sie wird unter anderem auch bewirken, daß der Anschluß der deutschen Medizin an den internationalen Standard nicht verlorengeht. Da Ihr Präsident, Herr Dr. Sewering, der sogenannten Bestallungskommission angehört, ist gesichert, daß auch die Belange der Ärzteschaft hinreichend berücksichtigt werden.

Lassen Sie mich schließen: Ich weiß, daß ich ohne Ihre ständige Hilfe und Mitarbeit meine Aufgaben schwerlich so erfüllen könnte, wie es die Sache und das Wohl unserer Bürger verlangt. Bitte unterstützen Sie, wie bisher, vertrauensvoll und energisch unsere Arbeit für die Gesundheit unserer Bürger. Es ist mir ein Bedürfnis, Ihnen allen für Ihre unermüdliche Arbeit und für Ihre Initiative — ich denke nur an die Münchner Diabetes-Aktion — zu danken. Ich kenne Ihre Sorgen und Nöte und will Ihnen — wo immer möglich — helfen, Ihre Probleme zu lösen. Ich weiß, daß Sie ebenso nachhaltig die Arbeit der Gesundheitsverwaltung unterstützen.

So werden wir unser gemeinsames Ziel, die Bürger Bayerns so gut wie nur möglich in gesundheitlicher Hinsicht zu betreuen, trotz aller Mühen und Schwierigkeiten erreichen. Ich wünsche dem 20. Bayerischen Ärztetag vollen Erfolg und Ihnen allen persönlich alles Gute!"

In Vertretung des verhinderten Oberbürgermeisters überbrachte dessen Grüße Stadtrat Professor Dr. med. Heinrich BERGSTERMANN.

Für die ausländischen Kollegen, die als Gäste am Bayerischen Ärztetag teilnahmen, wünschte als deren Sprecher Herr Dr. KÖNIG, Präsident der Verbindung Schweizer Ärzte, der Veranstaltung einen erfolgreichen Verlauf.

Die Grüße des Vorstandes der Bundeskammer übermittelte deren Präsident, Herr Professor Dr. med. Ernst FROMM.

Die ärztliche Standesvertretung in Bayern in Vergangenheit und Gegenwart

Festvortrag anläßlich der Eröffnung des 20. Bayerischen Ärztetages

Von Dr. Hans J. Sewering, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

Der Festredner bei einer Jubiläumsveranstaltung steht immer vor einer schwierigen, eigentlich unlösbaren Aufgabe: Er soll über die Geschichte des jubilierenden Veranstalters sprechen und über dessen Aufgabe und Bedeutung. Tut er dies pflichtschuldigst, also unter Verwertung und mit ausführlicher Zitierung der geschichtlichen Quellen — soweit es sich um die Vergangenheit handelt —, mit juristischer Genauigkeit und angemessener Ausführlichkeit in der Darlegung von Aufgabe und Bedeutung in der Gegenwart, so zieht er sich den Groll der Festgäste zu, deren Geduld — was die Dauer des Festaktes anbelangt — überfordert würde. Behandelt der Redner aber nur einige wenige ihm wesentlich erscheinende Fakten, so muß er darauf gefaßt sein, nachträglich hart kritisiert zu werden, weil er gerade das Allerwichtigste nicht erwähnt, also offenbar selbst nicht gewußt habe.

Ich will versuchen, Ihre Geduld nicht allzusehr zu strapazieren und nehme dafür gerne die nachträgliche Kritik in Kauf.

Lassen Sie mich als erstes dem Herrn Landtagspräsidenten, dem Herrn Innenminister und dem Vertreter der Stadt München besonders danken für die Worte, welche sie an uns richteten. Die darin zum Ausdruck gebrachte Verbundenheit mit unserem Berufsstand und die Hochschätzung des Arztes erfüllen uns mit tiefem Dank. Wir Ärzte wissen, daß die Beurteilung, welche uns von unseren Mitmenschen im Alltagsleben zuteil wird, zwiefältig ist. Man sieht uns als Einzelperson gerne kommen, wenn die Galle zwickt oder gar das Herz sticht, aber man sieht uns erleichtert wieder gehen, wenn wir als Berufsstand sprechen und darauf pochen, daß unser heilendes und helfendes Wirken auch materielle Konsequenzen hat. Um so mehr freuen wir uns, wenn unserer Arbeit aus berufenem Munde solche Anerkennung gezollt wird.

Heute abend sind Sie, meine Damen und Herren, zu uns gekommen, ohne unserer Hilfe zu bedürfen, und wir Ärzte beabsichtigen nicht, Ihnen materielle Forderungen zu unterbreiten. So beherrscht diesen Festakt allein die freudige und ehrliche Bekundung der engen und herzlichen Verbundenheit der Bevölkerung unseres Landes und ihrer Ärzte.

Danken möchte ich auch sehr herzlich meinem verehrten Kollegen Dr. KÖNIG dem Präsidenten der Verbindung Schweizer Ärzte, für die Grüße und Wünsche der Kollegen unserer befreundeten Nachbarländer, und meinem Kollegen, Professor Dr. FROMM, dem Präsidenten der Bundesärztekammer, für seine Grußworte im Namen der Bundesärztekammer und der Ärztekammern der Bundesrepublik.

Geschichte der ärztlichen Berufsvertretung

Lassen Sie mich in dieser Feierstunde einige Sätze sagen über Geschichte und Bedeutung der ärztlichen Berufsvertretung in Bayern. Darin spiegelt sich zugleich die Aktivität ihrer Ärzte, aber nicht minder die Aufgeschlossenheit und das Verständnis der Gesetzgeber und Regierungen des Königreiches und des Freistaates Bayern.

Unser Festakt zum 20. Bayerischen Ärztetag nach dem Kriege ist zugleich die Feier des 40. Geburtstages der Bayerischen Landesärztekammer, und nur vier Jahre trennen uns noch vom 100. Geburtstag der ersten regionalen Ärztekammern in Bayern.

Darüber hinaus sind es heute fast auf den Tag genau 20 Jahre, daß sich die Arbeitsgemeinschaft westdeutscher Ärztekammern — später Bundesärztekammer genannt — in Bad Nauheim konstituierte.

Also fürwahr ein Grund für eine Feierstunde!

Am 10. August 1871 wurde eine königliche Allerhöchste Verordnung verkündet, in der es heißt:

> „Wir haben in der Absicht, den ärztlichen Kreisen des Landes für die Vertretung ihrer Interessen geeignete Organe zu gewähren, beschlossen und verordnen wie folgt: In jedem Regierungsbezirke soll eine Ärztekammer errichtet werden. Die Ärztekammer wird gebildet aus Delegierten der im Regierungsbezirk vorhandenen ärztlichen Bezirksvereine."

Es folgen Vorschriften über Zahl der Delegierten, die Versammlungen der Ärztekammern und ihre Geschäftsordnung. So wurde u. a. bestimmt:

> „Die Dauer der Versammlungen darf sich nicht über acht Tage erstrecken. Die Beratungen können aus erheblichen Gründen jederzeit von dem K. Regierungspräsidenten eingestellt werden."

Ein sehr vorsorglicher Paragraph!

Man wollte wohl, indem man die Dauer der Versammlungen auf höchstens acht Tage limitierte, eine Überbeanspruchung der Delegierten und eine zu lange Abwesenheit von der ärztlichen Praxis vermeiden. Die für den Regierungspräsidenten eingeräumte Möglichkeit, die Versammlung „aus erheblichen Gründen" jederzeit zu beenden, könnte noch daran erinnern, daß in den stürmischen Jahren um 1848 und danach die Ärzte eigentlich immer auf der Seite der Revolutionäre waren.

Die Bezirksvereine, deren Entstehung schon etwas weiter zurückgeht — die ersten entstanden schon 1840 bis 1842 —, wurden im Bereich der Bezirksämter, also der heutigen Landkreise, errichtet. Der Beitritt war jedem Arzt freigestellt, konnte ihm aber nur verweigert werden, wenn er die bürgerlichen Ehrenrechte verloren hatte oder sich im Konkurs befand.

Mit besonderem Interesse lesen wir heute, welche Aufgaben damals der ärztlichen Standesvertretung zugeordnet wurden:

Die Ärztekammer tritt — so heißt es — „in Beratung über Fragen und Angelegenheiten, welche entweder die ärztliche Wissenschaft als solche, oder das Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege betreffen, oder auf die Wahrung und Vertretung der Standesinteressen der Ärzte sich beziehen".

Und weiter: „Der Zweck der ärztlichen Bezirksvereine besteht in Förderung des wissenschaftlichen Strebens

bei den Mitgliedern durch regelmäßige Zusammenkünfte, Vorträge, Besprechungen, Einrichtung von Lesezirkeln, Bibliotheken usw., dann in Wahrung der Standesehre der Mitglieder und in Schlichtung von Streitigkeiten unter denselben durch ein Schiedsgericht."

Eine wahrhaft moderne Aufgabenstellung! Sie wurde bis zur Gegenwart nicht grundlegend geändert, sondern lediglich noch erweitert, fortentwickelt und moderner formuliert.

Das Schrifttum jener Zeit zeugt davon, daß der Aufbau einer ärztlichen Standesvertretung in Bayern ein sehr lebhaftes und positives Echo in den Kreisen der bayerischen Ärzte fand. Es entstanden viele neue Bezirksvereine und immer mehr Ärzte traten ihnen bei. Freilich nahm auch die Zahl der Ärzte laufend zu.

Während es im Jahre 1885 in Bayern 2262 Ärzte gab, sind es 1924 bereits 5249 gewesen. 1885 trafen auf einen Arzt 2395 Einwohner, 1924 waren es 1362. Schon damals war die Verhältniszahl in München 437 Einwohner auf einen Arzt.

Von Anfang an war es aber das besondere Bestreben der Ärzteschaft, ihre Berufsvertretung weiter auszubauen und außer den schon übernommenen Aufgaben auch eine alle Ärzte umfassende Berufsaufsicht und Berufsgerichtsbarkeit zu ermöglichen. 1898 legte die Bayerische Staatsregierung dem Landtag den Entwurf eines Gesetzes über eine ärztliche Standes- und Ehrengerichtsordnung vor. Die Strafbefugnis der Bezirksvereine und die Standesordnung seien aber — so wird berichtet — dann im zuständigen Landtagsausschuß derart abgeschwächt worden, daß die Ärzte selbst kein Interesse mehr an diesem Gesetz hatten. Es kam dann auch nicht mehr zu einer Erledigung im Plenum. Ein auf Betreiben der Ärzte im Jahre 1913 erneut vorgelegter Gesetzentwurf ging im Ausbruch des Krieges unter.

In die Zeit zwischen der Errichtung der ersten regionalen Ärztekammern in Bayern im Jahre 1871 und dem Beginn des ersten Weltkrieges fallen noch zwei Ereignisse, welche nicht unmittelbar zur bayerischen Standesgeschichte gehören, aber großes Echo bei den Ärzten Bayerns fanden: 1873 wurde der Deutsche Ärztevereinsbund gegründet, dem sich in der Folgezeit die ärztlichen Organisationen des ganzen Deutschen Reiches anschlossen. Er ist der Vorläufer unseres heutigen Zusammenschlusses in der Bundesärztekammer. Im Jahre 1900, als der Druck der Krankenkassengesetzgebung die Ärzte in eine immer schwierigere Lage brachte, gründete der Leipziger Arzt Hermann HARTMANN die Kampforganisation „Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen", zu Ehren seines Gründers später „Hartmannbund" genannt. Auch in diesem Verband haben sich bayerische Ärzte große Verdienste erworben.

Beide Verbände — der Ärztevereinsbund und der Hartmannbund — haben sich eng zusammengeschlossen. Ihre Leistungen für die deutsche Ärzteschaft sind Geschichte geworden.

Gründung der Bayerischen Landesärztekammer

Nach dem ersten Weltkrieg bauten die bayerischen Ärzte sofort ihre Berufsvertretung wieder neu auf. Die Zahl der Bezirksvereine — immer noch mit freiwilliger Mitgliedschaft — stieg auf 79 im Jahre 1926 an. Etwa vier Fünftel aller Ärzte waren Mitglieder. Die acht Ärztekammern in den Regierungsbezirken bildeten einen Landesausschuß für Bayern. Dem unablässigen Bemühen dieses Landesausschusses ist es wohl zu danken, daß das Bayerische Innenministerium am 9. März 1927 dem Landtag den Entwurf eines Gesetzes über die Berufsvertretung der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker vorlegte. Das Ministerium folgte damit zugleich den Wünschen der übrigen Heilberufe, die — ebenso wie die Ärzte — schon seit langer Zeit eine gesetzliche Regelung anstrebten. Der Bayerische Landtag hat diesen Gesetzentwurf sehr zügig beraten und schon am 31. März verabschiedet. Am 1. Juli 1927 trat das Gesetz in Kraft und wenige Monate später, am 27. November 1927, versammelten sich die nach dem neuen Gesetz gewählten Delegierten der Bayerischen Landesärztekammer zu ihrer ersten Voliversammlung in München.

Das Bayerische Ärztegesetz von 1927 bestimmte in Artikel I:

> „Die Berufsvertretung der Ärzte besteht aus den ärztlichen Bezirksvereinen und der Landesärztekammer."

Die Bezirksvereine waren wie schon vorher im Bereich der heutigen Landkreise zu errichten. Mitglieder waren aber nunmehr — kraft Gesetz — alle approblerten Ärzte, welche im Bereich des Bezirksvereins ihren Wohnsitz hatten. Die Bezirksvereine erhielten mit der Genehmigung ihrer Satzung die Eigenschaft einer Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Die Landesärztekammer wurde gebildet aus Abgeordneten der ärztlichen Bezirksvereine und der medizinischen Fakultäten der Landesuniversitäten.

Das Gesetz gab der ärztlichen Berufsvertretung einen umfassenden Auftrag:

> „Die Berufsvertretung hat die Aufgabe, im Rahmen der Gesetze die beruflichen Belange der Ärzte wahrzunehmen, die Erfüllung der ärztlichen Berufspflichten zu überwachen, die ärztliche Fortbildung zu fördern, Wohlfahrtseinrichtungen für Ärzte und deren Angehörige zu schaffen sowie in der öffentlichen Gesundheitspflege mitzuwirken."

Die Bayerische Landesärztekammer erhielt die Berechtigung, eine Berufs- und Facharztordnung zu erlassen, die für alle Ärzte verbindlich war.

Damit hatte die Ärzteschaft des Freistaates Bayern ein Fundament, auf dem sie aufbauen konnte. Mit Hingabe und Begeisterung ging man ans Werk, um dem Auftrag gerecht zu werden, den das Gesetz erteilte.

Stellvertretend für alle Kollegen, welche damals der ärztlichen Berufsvertretung und damit der Ärzteschaft Bayerns dienten, darf ich den Geheimen Sanitätsrat Dr. Alfons STAUDER nennen, welcher seit Anfang der zwanziger Jahre und bis zum Ende einer demokratisch gewählten ärztlichen Berufsvertretung im Jahre 1933 an der Spitze der bayerischen Ärzte stand. Er war zugleich Vorsitzender des Deutschen Ärztevereinsbundes und des Verbandes der Ärzte Deutschlands. Seine Verdienste um den Ärztestand eingehend zu würdigen, ist heute leider zeitlich nicht möglich. Seine große Persönlichkeit sollte uns aber in dieser Feierstunde gegenwärtig sein, wenn wir vom Aufbau der ärztlichen Berufsvertretung in Bayern bei diesem Jubiläumsärztetag sprechen.

Leider waren dem bayerischen Ärztegesetz von 1927 und der freigewählten Berufsvertretung der Ärzte nur

wenige Jahre beschieden. Sie endeten in den ersten Monaten des Jahres 1933.

Wiederaufbau der Standesorganisation

Sofort nach dem Zusammenbruch 1945 machten sich bayerische Ärzte wieder ans Werk, um neuerdings eine ärztliche Berufsvertretung, also ärztliche Bezirksvereine und eine Landesärztekammer, aufzubauen. Welch große Bedeutung die damalige Bayerische Staatsregierung unter ihrem Ministerpräsidenten Professor Dr. Wilhelm HOEGNER einer aktionsfähigen ärztlichen Berufsvertretung beimaß, zeigte sich darin, daß die Bayerische Staatsregierung schon am 25. Mai 1946 — also ein Jahr nach dem Zusammenbruch — ein Bayerisches Ärztegesetz erließ und damit eine neue Rechtsgrundlage für die ärztliche Berufsvertretung schuf. Dieses Gesetz löste für den Freistaat Bayern die Reichsärzteordnung von 1935 ab. Es regelte sowohl die Zulassung zum Beruf des Arztes als auch die Rechtsverhältnisse der ärztlichen Berufsvertretung. Diese wurde durch eine weitere Organisationsstufe auf der Ebene der Regierungsbezirke ergänzt. Sonst entsprach das Gesetz weitgehend dem Bayerischen Ärztegesetz von 1927. Abweichend von diesem hatte es aber nur Geltung für Ärzte und Zahnärzte.

Die erste Voliversammlung der Bayerischen Landesärztekammer fand bereits im Januar 1947 statt. Es folgten im gleichen Jahr noch zwei weitere im März und Oktober.

In diesen Jahren nach dem Kriege hatte die ärztliche Berufsvertretung in Bayern besonders schwierige Aufgaben zu erfüllen. Durch die Auflösung von Armeen in Bayern und den starken Zustrom von vertriebenen Ärzten stieg die Arztzahl sprunghaft an. 1947 waren es 11 000. Die Existenz vieler Ärzte und Arztfamilien war zerstört und bedroht. Wer seine Praxis ausübte, hatte meist weder Auto noch Benzin. Ja, selbst die Kohlen für das ärztliche Sprechzimmer waren kaum zu beschaffen. Auf allen Gebieten versuchten die Kollegen, welche sich für die Mitarbeit zur Verfügung gestellt hatten, zu helfen, so gut es ging. Was das unter den damaligen Umständen bedeutete, ist vielen von uns noch heute bewußt, den Jüngeren kaum mehr vorstellbar. Es gab ja kaum einen Raum mit Fenstern, in welchem man sich versammeln konnte. Mit Mühe und Not fanden auswärtige Kollegen, die zu Beratungen nach München kamen, Unterkunft in einem Bunkerhotel oder in der Notwohnung eines Münchner ärztlichen Freundes. Es wurde oft erzählt, daß die vom Lande kommenden Vertreter der Ärzte sich besonderen Dank erwarben, weil sie für die anderen Kollegen immer noch eine „Brotzeit" in der Mappe hatten und so zu deren Stärkung beitrugen.

Eine gefährliche Situation entstand für unsere Berufsvertretung im Jahre 1949, als die amerikanische Militärregierung am 22. Juni ihre Auflösung anordnete, weil man die Landesärztekammer für eine Einrichtung und damit ein Überbleibsel des Dritten Reiches hielt. Es ist das Verdienst meines Amtsvorgängers Dr. Karl WEILER, der in den schweren Jahren von 1947 bis 1955 an der Spitze der Bayerischen Landesärztekammer stand, und seiner tüchtigen, gut englisch sprechenden Mitarbeiterin Frau Gisela KLITSCHER, diese Auflösung verhindert zu haben. Die Aufbauarbeit von Jahrzehnten wäre sonst zerstört worden.

Schon ein Jahr später — 1950 — wurde eine neue Berufs- und Facharztordnung für die Ärzte Bayerns erlassen. Sie war das Ergebnis gemeinsamer Beratungen der Ärztekammern der einzelnen Länder, welche sich schon im Oktober 1947 in der Arbeitsgemeinschaft westdeutscher Ärztekammern zusammengefunden hatten.
Nach dem Inkrafttreten des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland wurde die Zulassung zum ärztlichen Beruf Bundesrecht und war damit durch ein Bundesgesetz zu regeln. Aus diesen Gründen, und um der weiteren Entwicklung Rechnung zu tragen, wurde im Jahre 1957 eine Neufassung des Bayerischen Ärztegesetzes von 1946 erforderlich. Es wurde ein Gesetz geschaffen, welches unter der Kurzbezeichnung „Kammergesetz" sowohl die Rechte und Pflichten der Berufsvertretungen der Heilberufe — Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker — als auch die Berufsgerichtsbarkeit regelt.
Die der Berufsvertretung gestellten Aufgaben blieben die gleichen wie vorher. Die Berufsgerichtsbarkeit wurde in vollem Einvernehmen der Heilberufe neu geordnet.
Es muß dankbar anerkannt werden, daß der Bayerischen Landesärztekammer — und ebenso den übrigen Kammern der Heilberufe — ausgiebig Gelegenheit gegeben wurde, die Auffassung der Standesvertretung während der parlamentarischen Beratungen vorzutragen. Das Kammergesetz vom 15. Juli 1957 kann damit als eine echte Gemeinschaftsleistung des Bayerischen Landtags, des Bayerischen Staatsministeriums des Innern und der Kammern der Heilberufe bezeichnet werden. Abgesehen von einigen kleinen formellen Änderungen, die seither vorgenommen wurden, ergab sich in der Folgezeit bis heute keine Notwendigkeit einer Neufassung.
Man darf zusammenfassend sagen, daß die Grundlagen für das gegenwärtige Recht der Heilberufe in Bayern mit dem Ärztegesetz des Jahres 1927 gelegt wurden. Der Gesetzgeber hat in den Jahren 1946 und 1957 zwar manches fortentwickelt, im wesentlichen aber das damals geschaffene Recht beibehalten. Das scheint ein besonders gutes Zeugnis für die Väter des Gesetzes von 1927 zu sein, denn es ist ja in diesen vierzig Jahren weiß Gott vieles in unserem Lande anders geworden und nur recht wenig aus der Vergangenheit erhalten geblieben.

Aufgaben der Standesvertretung

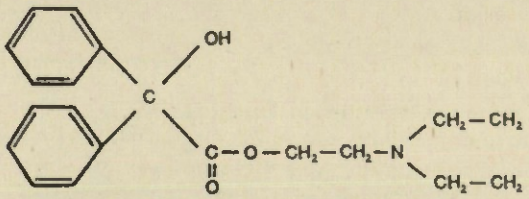
Nach diesem kurzen geschichtlichen Abriß stellt sich ganz von selbst die Frage, ob die ärztliche Berufsvertretung den ihr gestellten Aufgaben gerecht geworden ist. Diese Frage kann naturgemäß von zwei Richtungen her gestellt werden. Auf der einen Seite sind es die Ärzte unseres Landes, welche ein Recht haben zu fragen, ob ihre in die Berufsvertretung gesetzten Erwartungen erfüllt wurden; auf der anderen Seite können Gesetzgeber und Regierung den durch das Kammergesetz erteilten Gesamtauftrag und die geleistete Arbeit aus ihrer Sicht gegenüberstellen.
Wir haben im Rahmen der Gesetze die Belange der Ärzte wahrzunehmen. Insoweit sind wir also eine Interessenvertretung des Arztes gegenüber der Öffentlichkeit, dem Staat oder einzelnen Gruppen unserer Gesellschaft. Auf der anderen Seite haben wir die Erfüllung der ärztlichen Berufspflichten zu überwachen, sind also Aufsichtsorgan über den Arzt und insoweit Vertreter der Interessen der Bevölkerung gegenüber

Staurodorm® ist ein neuartiger Schlafmitteltyp, die Kombination eines Ataraktikums mit einem Basissomnifikum und einem Hypnosedativum.

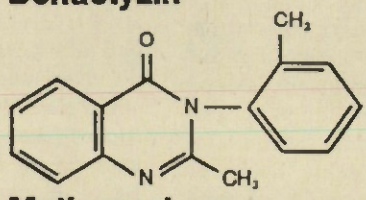
Staurodorm® vermeidet bewußt die tiefe Schlafnarkose mit all ihren Nachteilen wie: Initialerregung, Blockierung des intermediären Stoffwechsels, starke Blutdrucksenkung und postnarkotisches Syndrom.

Staurodorm® ist ein rasch und sicher wirkendes, barbituratfreies Ein- und Durchschlafmittel nach dem physiologischen Prinzip der Synthese von Schlafbahnung und Schlafsteuerung.

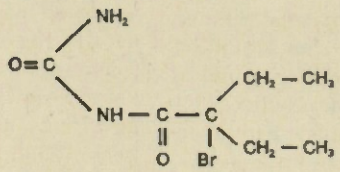
Staurodorm® ist frei von Gewöhnung und Suchtgefahr, gut verträglich und kennt infolge rascher Ausscheidung der Wirkstoffe keine Kumulationserscheinungen.



Benactyzin



Methaqualon



Carbromal

Staurodorm®

20 und 100 Tabl.
in der modernen Durchdrückpackung

barbituratfreie Schlaftabletten

dem Arzt. Es wurde manchmal befürchtet, daraus ergäbe sich eine Pflichtenkollision. Ich glaube, wir befinden uns hier in der gleichen Lage wie jede Familie und letztlich auch der Staat selbst. Sie alle haben die zweifache Aufgabe und Verantwortung, auf der einen Seite einzutreten für die Familien- oder Staatsangehörigen, und auf der anderen Seite dafür zu sorgen, daß diese ihre Pflicht erfüllen, Recht und Gesetz beachten. So sehen auch wir unsere Aufgabe.

Die ärztliche Berufsvertretung hat nie einen Zweifel daran gelassen, daß sie für die Belange ihrer Kollegen uneingeschränkt eintritt, wenn sie zu der Überzeugung gekommen ist, daß es berechtigte Belange sind. Sie hat dabei aber stets den Grundsatz beachtet, daß die übrigen Gruppen der Gesellschaft dadurch in ihren Rechten — auf welche sie den gleichen Anspruch haben wie wir — nicht beeinträchtigt werden dürfen.

Diese Verpflichtung zum ständigen Abwägen ist besonders kennzeichnend für eine gesetzliche Standesvertretung. Das gilt auch, wenn es darum geht, dem Arzt die ihm gebührende Stellung und Bewegungsfreiheit zur Ausübung seines Berufes zu schaffen und das angemessene Entgelt dafür zu erhalten.

Lassen Sie mich das an einem Beispiel, zugleich einem ständigen Streitobjekt, zeigen:

Das Ringen um eine dem Wert der ärztlichen Leistung angemessenen Gebührenordnung ist eine Aufgabe der Kammer im Rahmen der Wahrnehmung der Belange der Berufsangehörigen, denn das ist keine primär wirtschaftliche Frage. Bei aller Verpflichtung auf das ärztliche Ethos hieße es den Arzt überfordern, wenn man von ihm verlangt, daß er in einer Wohlstandsgesellschaft seinen Mitmenschen frei und nach besten Kräften beisteht, obwohl er selbst von materieller Sorge gedrückt wird. Völlig anders liegen die Dinge, wenn a l l e in Not leben. Daß die Ärzte das beachten, haben sie gerade in den Jahren nach dem Kriege überzeugend bewiesen.

Unsere Bevölkerung erwartet mit Recht eine immer bessere und umfassendere ärztliche Betreuung nicht nur in kranken, sondern immer mehr auch in gesunden oder vermeintlich gesunden Tagen. Gesundheitserhaltung und Vorbeugung vor Erkrankungen gewinnen neben der Behandlung bestehender Erkrankungen immer größere Bedeutung. Angesichts eines solchen umfassenden Betreuungsanspruches müssen sich aber unsere Mitmenschen darüber im klaren sein, daß er sich nicht vereinbaren läßt mit dem Wunsche, den Anteil des Arzthonorars am Sozialprodukt zu senken oder zumindest auf der bisherigen Höhe einzufrieren. Gesundheit erfordert die persönliche Bereitschaft des einzelnen, selbst in seiner Lebensführung zu ihrer Erhaltung beizutragen, aber darüber hinaus auch die Bereitschaft, entsprechende materielle Aufwendungen dafür zu erbringen. Die Ärztekammern handeln also hier unter Abwägung aller Umstände, wenn sie ihre Forderungen vortragen.

Wir anerkennen aber ebenso uneingeschränkt das Anrecht der Bevölkerung, von einer Ärzteschaft betreut zu werden, die in ihrer wissenschaftlichen Qualität und ethischen Haltung allen berechtigten Ansprüchen gerecht wird. Damit bekennen wir uns zu der Verpflichtung der ärztlichen Berufsvertretung, die von ihr übernommene Aufgabe der Berufsaufsicht in vollem Umfange zu erfüllen, auch wenn es manchmal unbequem ist. Ich weiß, daß uns vorgeworfen wird, wir würden diese Berufsaufsicht nicht immer streng genug handhaben. Das mag manchmal zutreffen. Wenn ich aber andererseits sehe, wie zögernd auch staatliche Organe — gerade wieder in der letzten Zeit — im Bereich des Gesundheitswesens vorgehen, wie sie das Für und Wider lange gegeneinander abwägen, dann dürfen wir sicher dafür Verständnis erwarten, wenn auch uns oft lange und eingehende Abwägung aller Umstände daran hindert, so schnell tätig zu werden, wie wir es unserem ärztlichen Gefühle nach manchmal möchten.

Der Berufs- und Facharztordnung haben wir unsere besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Gerade jetzt arbeiten wir in Ausschüssen der Bundesärztekammer an ihrer Neufassung. Die Zuständigkeit zum Erlaß der Berufs- und Facharztordnung liegt bei der Landesärztekammer. Bei voller Bejahung des föderalistischen Staatsaufbaues muß aber unser oberstes Ziel ihre völlige Einheitlichkeit in allen Ländern der Bundesrepublik sein. Ich bin sicher, daß wir auch in der Zukunft föderalistische Eigenständigkeit und das Erfordernis der Gemeinsamkeit miteinander in Einklang zu bringen wissen.

Was hat die ärztliche Berufsvertretung in den anderen Aufgabenbereichen getan?

Fortbildung

Wurde die ärztliche Fortbildung genügend gefördert? Es wird heute mit Recht immer wieder darauf hingewiesen, daß sich die medizinische Wissenschaft in einem ungeahnten Tempo fortentwickelt. In den letzten zwanzig bis dreißig Jahren wurde so viel Neues entdeckt und entwickelt, daß ein Arzt, welcher sein Staatsexamen vor langer Zeit gemacht hat, außer dem medizinischen Grundwissen von seinen diagnostischen und therapeutischen Kenntnissen der damaligen Zeit heute nur noch wenig gebrauchen kann. Der Arzt ist nur in der Lage, seiner Aufgabe jeweils gerecht zu werden, wenn er sich laufend fortbildet, also der medizinischen Entwicklung nachspürt und sich immer neue Kenntnisse der Diagnostik und Therapie aneignet. Es liegt im Wesen einer freiheitlichen Demokratie, daß keinem Arzt vorgeschrieben wird, wie er sich fortbildet. Der eine bevorzugt das Literaturstudium, ein anderer besucht lieber Kliniken oder Kongresse der wissenschaftlichen Gesellschaften. Die weitaus größte Zahl der Ärzte macht aber von den Fortbildungsmöglichkeiten Gebrauch, die von der ärztlichen Berufsvertretung angeboten werden.

Die Landesärztekammern der Bundesrepublik veranstalten gemeinsam im Rahmen der Bundesärztekammer Jahr für Jahr große ärztliche Fortbildungskongresse, die jährlich von Tausenden Ärzten besucht werden. Daß diese Veranstaltungen wirklich der Fortbildung dienen und nicht getarnter Urlaub sind, haben wir so oft bewiesen, daß es sich nicht lohnt, darüber nochmals zu reden. Aber auch in Bayern selbst ist reichlich Gelegenheit zur Fortbildung. Zu den großen Fortbildungskongressen in Augsburg, Nürnberg und Regensburg, aber auch bei vielen kleineren Fortbildungskursen und -abenden versammeln sich die Ärzte und machen sich mit dem neuesten Stand des medizinischen Wissens vertraut, um es für ihre Berufsarbeit zu nutzen.

Ich sagte schon, daß kein Zwang für eine bestimmte Art der Fortbildung ausgeübt wird. Daß sich ein Arzt überhaupt nicht fortbildet, ist schlecht vorstellbar. Er

wäre kaum in der Lage, seinen Beruf weiter auszuüben. Wir glauben deshalb, daß auf das freiheitliche Prinzip auch in der ärztlichen Fortbildung nicht verzichtet zu werden braucht.

Versorgungseinrichtungen

Lassen Sie mich noch ein Wort sagen über unseren Auftrag, Wohlfahrtseinrichtungen für Ärzte und deren Angehörige zu schaffen. Die ärztliche Berufsvertretung in Bayern kann stolz darauf sein, die älteste ärztliche Versorgungseinrichtung in Deutschland zu besitzen. Die Anfänge des ärztlichen Versorgungswesens in Bayern gehen sehr weit zurück. Bereits 1852 wurde nach langjährigen Bemühungen ein „Pensionsverein für Witwen und Waisen bayerischer Ärzte" geschaffen, der bei seiner Gründung sogar einen Staatszuschuß erhalten hat. Als ordentliches Mitglied wurde jeder verheiratete Arzt aufgenommen, zur Aufnahme als außerordentliches Mitglied — so hieß es in der Satzung — „ist jeder ledige Arzt oder Witwer ohne pensionsfähige Kinder geeignet". Der Junggeselle war demnach so eine Art Anwärter. Das hat sich später — wie ich noch zeigen werde — geändert.

Mit großem Vergnügen liest man die Tabelle über die Höhe der Eintrittskapitalien und Jahresbeiträge. Sie richteten sich nicht nur nach dem Alter des Mitgliedes, also des Mannes, sondern auch nach dem Alter der Frau. Wenn ein fünfzigjähriger Mann eine zwanzigjährige Frau heiratete, so mußte er 51 Gulden Beitrag bezahlen, während dieser Beitrag nur 35 Gulden betrug, wenn seine angetraute Gattin bereits das 40. Lebensjahr erreicht hatte. Eine Ehefrau, die jünger als zwanzig Jahre war, sah die Beitragstafel für den Fünfzigjährigen nicht mehr vor. 1865 wurde dann ein „Verein zur Unterstützungshilfe bedürftiger Ärzte in Bayern" errichtet und 1880 ein „Sterbekasseverein der Ärzte Bayerns".

Den entscheidenden Schritt hat die bayerische Ärzteschaft — zusammen mit Zahnärzten und Tierärzten — im Jahre 1923 getan durch die Gründung der Bayerischen Ärzteversorgung, der alle Ärzte in Bayern seither als Pflichtmitglieder angehören. Die Junggesellen, von denen ich gerade sprach, sind also seither Pflichtmitglieder und müssen die gleichen Beiträge zahlen wie Verheiratete. Das hat verschiedentlich zu heftigen Diskussionen geführt. In einer Ärzteversammlung in der Pfalz — damals noch Bayern links des Rheins, in der Ärzteversorgung aber auch heute noch mit uns verbunden — hat ein pfälzischer Kollege die Einwände der Junggesellen temperamentvoll zurückgewiesen, indem er erklärte:

> „Junggesellentum ist eine anomale Erscheinung, mögen die zu ihm führenden Motive noch so edel sein. Zudem ist es eine Krankheit, die erfahrungsgemäß noch oft im späten Mannesalter der Heilung zugänglich ist."

So blieb es denn bis zum heutigen Tage bei der Pflichtmitgliedschaft der Junggesellen mit gleichen Beiträgen. Auch bei den Beiträgen der verheirateten Mitglieder haben wir davon abgesehen — im Gegensatz zum vorigen Jahrhundert —, die junge Ehefrau höher zu besteuern als die ältere.

Wenn man die Leistungen der Bayerischen Ärzteversorgung in den ersten Jahrzehnten ihres Bestehens richtig würdigen will, so muß man darauf hinweisen, daß sie seinerzeit nicht als volle Versorgungsanstalt, sondern als Basisversorgung gedacht war. Die Bedeutung der Bayerischen Ärzteversorgung für die Ärzte unseres Landes zeigte sich wohl am eindrucksvollsten bei der Währungsreform 1948, als fast alle wirtschaftlichen Vorsorgemaßnahmen der Ärzte in sich zusammengebrochen waren und nur die eingezahlten Beiträge zur Ärzteversorgung und die laufenden Renten in voller Höhe in DM umgestellt wurden. Man kann mit Fug und Recht behaupten, daß für viele bayerischen Ärzte die Einzahlungen in die Bayerische Ärzteversorgung die einzigen Ersparnisse blieben, die sie nicht verloren haben.

Ärztliche, zahnärztliche und tierärztliche Berufsvertretungen in Bayern haben sich seither bemüht, ihre Versorgungseinrichtung in enger und vertrauensvoller Zusammenarbeit mit der Bayerischen Versicherungskammer, welche unsere Anstalt verwaltet, weiter auszubauen und ihre Leistungen zu erhöhen. Das ist uns in einem nicht erwarteten Umfang auch gelungen. Inzwischen sind in fast allen anderen Bundesländern ärztliche Versorgungseinrichtungen entstanden. Die Bayerische Ärzteversorgung kann wohl unbestritten für sich in Anspruch nehmen, dabei bahnbrechend und vorbildlich gewirkt zu haben.

Man hört in der letzten Zeit immer öfter von sozialpolitischen Plänen, alle Selbständigen — also auch die freien Berufe — in die staatliche Rentenversicherung einzubeziehen. Ich darf hier für die Berufsgruppe der Ärzte erklären, daß wir uns gegen solche bekanntgewordenen Pläne mit allem Nachdruck zur Wehr setzen werden. Wir haben bis zum heutigen Tage bewiesen, daß wir in voller Erkennung unserer Funktion und Stellung als freier Beruf unser Schicksal selbst gestalten wollen und wir haben dafür staatliche Hilfe weder gefordert noch erhalten. Der Staat sollte aber ein echtes Interesse daran haben, daß es noch Berufsgruppen gibt, die durch eigene Initiative und Kraft für sich selber sorgen, ohne dem Staat zur Last fallen zu wollen. Wir wollen unsere Beiträge nicht in einen

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.

Drei preisgünstige 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

anonymen Rentenversicherungstopf werfen, sondern auch weiterhin selbst für uns sorgen.

Ich möchte alle politisch Verantwortlichen bitten, für diese Einstellung der Ärzteschaft Verständnis zu zeigen und sie zu unterstützen.

Nachdem durch eine Ärzteversorgung, welche ja nach dem Leistungs- und Versicherungsprinzip aufgebaut sein muß, nicht allen Notfällen Rechnung getragen werden kann, haben Bayerische Landesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung Bayerns darüber hinaus noch im Rahmen von Sozialeinrichtungen fortlaufend Hilfe für alte oder kranke Ärzte und deren Familienangehörige geleistet. Allein im Jahre 1966 wurden DM 1684212.50 für freiwillige Unterstützungen aufgewendet.

Es liegt uns in keiner Weise daran, diese Leistungen an die große Glocke zu hängen. Nachdem aber immer wieder einmal behauptet wird, die Ärzteschaft kümmere sich nicht um ihre notleidenden Kollegen oder deren Familienangehörige, mußte ich etwas ausführlicher über Fürsorge und Versorgung der Ärzte in Bayern sprechen.

Kammer und öffentliche Gesundheitspflege

Als letztes bliebe noch ein Wort über die Mitwirkung der ärztlichen Berufsvertretung in der öffentlichen Gesundheitspflege zu sagen. Vorweg darf daran erinnert werden, daß der Kassenärztlichen Vereinigung — in welcher alle niedergelassenen, zur Kassenpraxis zugelassenen Ärzte zusammengeschlossen sind — der gesetzliche Auftrag zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung der Bevölkerung obliegt. Damit hat eine große Gruppe der Ärzteschaft schon seit Jahrzehnten in eigener Verantwortung im Zusammenwirken mit den Krankenkassen auf vertraglicher Grundlage eine Aufgabe übernommen, deren Bedeutung hier wohl keiner besonderen Unterstreichung bedarf.

Die Ärztekammern der Bundesrepublik haben gemeinsam wesentliche Beiträge geleistet in den Bereichen der Jugendgesundheitspflege, der Verkehrsmedizin, der Arbeitsmedizin und der Vorbereitung allgemeiner Vorsorgeuntersuchungen für unsere Bevölkerung.

Die Bayerische Landesärztekammer hat sich gerade im letzten Jahrzehnt gesundheitspolitischen Fragen ganz besonders zugewandt. So darf ich daran erinnern, daß eine umfassende Betreuung werdender Mütter in Bayern schon lange vor einer gesetzlichen Regelung durch eine Vereinbarung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern, der Bayerischen Krankenkassenverbände, der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und der Bayerischen Landesärztekammer auf der Grundlage der freien Arztwahl eingeführt wurde.

Die Bayerische Landesärztekammer hat in der Landeshauptstadt München in diesem Jahr eine allgemeine Diabetes-Früherfassung durchgeführt, bei der über 10 000 Verdachtsfälle ermittelt und darüber hinaus wesentliche Erkenntnisse über die Häufigkeit und Verbreitung der Zuckerkrankheit gewonnen wurden. Wir konnten viele Fragen beantworten und Vermutungen oder Schätzungen durch exakte Zahlen ersetzen. Im einzelnen wird darüber in Kürze noch berichtet werden. Das Bayerische Staatsministerium des Innern und die Bayerische Landesärztekammer haben jetzt gemeinsam zur Früherfassung der Zuckerkrankheit in ganz Bayern aufgerufen. Die kommunalen Verwaltungen und die Ärzte werden dabei eng zusammenwirken.

Lassen Sie mich zur Ausgangsfrage zurückkehren, ob die ärztliche Berufsvertretung in Bayern die ihr gestellten Aufgaben erfüllt hat. Ich glaube, durch meine Darlegungen gezeigt zu haben, daß diese Frage sowohl aus der Sicht des einzelnen Arztes und des ärztlichen Berufsstandes als auch des Staates und der Bevölkerung unseres Landes bejaht werden kann.

Wir sind aber auch zutiefst davon überzeugt, daß sie in der weiteren Zukunft ebenso wesentliche Aufgaben zu erfüllen hat wie in den vergangenen Jahrzehnten ihres Bestehens. Es bedarf dazu keines neuen Programms. Die ärztliche Standesvertretung wird — so wie bisher — ihren Auftrag erfüllen im Bewußtsein der Verantwortung, die sie gegenüber der Ärzteschaft und der Bevölkerung unseres Landes zu tragen hat.

Als sich der von uns hochverehrte Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Professor Dr. Hans NEUFFER, nach langjährigem Wirken von uns im Vorstand der Bundesärztekammer verabschiedete, da gab er uns für die weitere Arbeit ein Dichterwort mit auf den Weg, das für mich unvergeßlich sein wird. Ich möchte es deshalb an den Anfang eines neuen Jahrzehnts ärztlicher Standesarbeit in Bayern stellen:

„Gottes sind Wogen und Wind,
aber Segel und Steuer,
womit Ihr den Hafen gewinnt,
sind Euer!"

Aus der Arbeitstagung der Bayerischen Landesärztekammer

Nach Begrüßung der Delegierten und der anwesenden Gäste gedachte der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Herr Dr. Hans J. SEWERING, der seit dem letzten Ärztetag verstorbenen Kollegen Dr. David FORCHHEIMER aus Straubing und Dr. Gerhard HERRMANN aus Würzburg. Herr Kollege Forchheimer hätte heute einer der wenigen sein können, die vom ersten Ärztetag nach dem Kriege bis zu diesem ununterbrochen in der Standesorganisation gedient haben und an jedem Bayerischen Ärztetag teilnahmen. Auch Kollege Herrmann hat lange Jahre in der Standesorganisation mitgearbeitet und sich große Verdienste erworben.

Die Delegierten des Bayerischen Ärztetages hatten sich von den Plätzen erhoben und gedachten schweigend der verstorbenen Kollegen.

Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer beglückwünschte sodann das Mitglied der Vollversammlung Herrn Kollegen MÜHLEISEN zu seiner Wahl zum Vorsitzenden des Marburger Bundes in Bayern und gab der Hoffnung Ausdruck, daß die bisherige gute Zusammenarbeit zwischen der Kammer und dem Marburger Bund auch weiterhin fortgesetzt werden möge.

Anschließend erstattete Herr Dr. Sewering den Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer, der nachstehend in vollem Wortlaut wiedergegeben wird.

Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer

Von Dr. Hans J. Sewering, Präsident

Es ist immer so gewesen, daß wir unter der etwas bescheidenen Bezeichnung „Tätigkeitsbericht" eigentlich in breitester Weise die Probleme unseres Berufsstandes diskutieren konnten, ohne daß sie einzeln auf der Tagesordnung aufgeführt waren. Er gibt uns die Möglichkeit, alle Fragen zur Diskussion zu stellen, sowohl diejenigen, die wir vorzutragen haben — die also in meinem Bericht enthalten sind —, als auch jene, die von Ihnen noch in die Diskussion einbezogen werden.

Zusammenarbeit mit Legislative, Exekutive und Organisationen

Die Zusammenarbeit mit denjenigen, die mit uns zu tun haben, ist auch weiterhin, wie in den vergangenen Jahren, ausgezeichnet gewesen. An erster Stelle darf ich wiederum das Staatsministerium des Innern mit seiner Gesundheitsabteilung nennen. Die Leitung der Gesundheitsabteilung hat ab 1. November vergangenen Jahres unser Herr Kollege Dr. HEIN übernommen. Er wurde am 1. Oktober 1967 zum Ministerialdirigenten befördert. Ich darf ihm unsere herzlichen Glückwünsche aussprechen. Die Zusammenarbeit zwischen unseren beiden Häusern wird immer so gut sein, wie sie es in den vergangenen Jahren gewesen ist.

Mit dem Staatsministerium für Arbeit haben wir eine echte Arbeitsverbindung in den Bereichen des Jugendarbeitsschutzes, in der Weiterbildung der Werksärzte, also im Bereich der Arbeitsmedizin, aber auch in den Bereichen der Sozialmedizin, in denen allerdings noch eine Reihe von Fragen zu klären ist. Sie wissen, daß wir schon einige Kurse für Arbeitsmedizin gemeinsam hier in München durchgeführt haben. Es hat sich jetzt für die Bundesrepublik eingespielt, daß die Kollegen, welche die Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin" erwerben wollen — und die ja 3 Monate an solchen Kursen teilzunehmen haben —, im allgemeinen einen Kurs in Berlin mitmachen, einen in München und vielleicht einen in Bochum oder auch in München. Es besteht von seiten der Landesärztekammern der Bundesrepublik die Auffassung, daß es mehr Zentren für die Weiterbildung im Bereich der Arbeitsmedizin als diese drei auch für die Zukunft nicht zu geben braucht und nicht geben soll, so daß wir in Bayern damit eine wesentliche Aufgabe übernommen haben.

Mit Landtag und Senat haben wir ständig zu tun. Wir bedauern, daß im Bayerischen Landtag nur noch zwei Kollegen sitzen, nämlich Herr Kollege SOENNING, der altgediente, und als neuer Abgeordneter in der SPD-Fraktion Herr Kollege Dr. CREMER aus Unterfranken.

Im Senat sitzen schon seit Jahren zwei Kollegen, nämlich Dr. Dr. von GUGEL und als Vertreter des Bayerischen Roten Kreuzes unser Kollege Dr. KLÄSS.

Erfreulich ist es, daß bei den hinter uns liegenden Kommunalwahlen eine große Zahl von Ärztinnen und Ärzten in die Stadträte, Gemeinderäte und Kreistage eingezogen sind, so daß mindestens auf der kommunalen Ebene das ärztliche Gewicht verstärkt werden konnte. Aber im Bayerischen Landtag sind wir zweifellos viel zu schwach vertreten.

Der Bayerische Landesgesundheitsrat hat sich mit Beginn der neuen Legislaturperiode des Bayerischen Landtags wieder konstituiert und zu seinem Vorsitzenden unseren Kollegen Soenning wiedergewählt, der damit seit der Gründung des Landesgesundheitsrates an dessen Spitze steht. Die Zusammenarbeit mit der Kammer ist ungestört und, wie ich hoffe, auch in der Zukunft erfolgreich.

Wesentliche Arbeit hatten wir gemeinsam mit den freien Verbänden auf einem Gebiet zu leisten, über das ich noch sprechen werde, nämlich auf dem der Belegärzte. Die entsprechenden Referenten der Arbeitsgemeinschaft der fachärztlichen Berufsverbände, des Hartmannbundes und des NAV haben mit uns zusammen die in diesem Zusammenhang aufgetretenen Probleme laufend erörtert. Wir haben hier auch für die Zukunft noch sehr viel gemeinsame Arbeit zu leisten. Im übrigen pflegen wir aber auch sonst die Zusammenarbeit mit unseren freien Verbänden in allen Bereichen, in denen sich Berührungspunkte ergeben.

Ausschüsse der Kammer

Aus dem „Innenleben" der Kammer kann ich berichten, daß sich die Ausschüsse, die Sie gewählt haben, inzwischen konstituierten. Einen Ausschuß werden wir auf diesem Ärztetag noch zu wählen haben. Die Arbeit wurde aufgenommen. Vor allem unser Hilfsausschuß, und im Rahmen dieses Ausschusses der sog. kleine Hilfsausschuß, hat bereits fleißig gearbeitet.

Ärztliches Hilfspersonal

Aus dem Reich der Heranbildung von Hilfspersonal für unsere Ärzte darf ich kurz berichten, daß die Zahl der **Arzthelferinnen** erfreulicherweise laufend zunimmt. Während 1964 307 Arzthelferinnen geprüft wurden, waren es 1967 bereits 547. Die Zahl der Klassen an den Berufsschulen ist inzwischen auf 55 angestiegen. Es ist uns also gelungen, in ganz Bayern gute, wenn auch noch nicht überall völlig ausreichende, aber schon recht befriedigende Ausbildungsmöglichkeiten für Arzthelferinnen zu schaffen, um auf diese Weise den Kollegen in der freien Praxis das notwendige Hilfspersonal zur Verfügung zu stellen.

Unsere Weiterbildung der **Laborhelferinnen** und **Röntgenhelferinnen** ist natürlich ebenfalls betrieben worden. Wir haben einen Kurs für Laborhelferinnen und zwei Kurse für Röntgenhelferinnen durchgeführt. Hier handelt es sich ja nicht um Ausbildung, sondern um Weiterbildung, d. h. wir nehmen nur Labor- und Röntgenhelferinnen, die schon einige Jahre in einer ärztlichen Praxis tätig waren, um sie dann in diesen 14tägigen Kursen weiterzubilden, damit sie ihren Aufgaben besser gerecht werden können.

Nach wie vor ist ein immenser Engpaß bei den medizinisch-technischen Assistentinnen vorhanden. Die wenigen, welche ausgebildet werden, verschwinden praktisch in den größeren Kliniken und in den Großstädten, so daß die Ärzte draußen und auch die kleinen Krankenhäuser im wesentlichen auf Labor- und Röntgenhelferinnen angewiesen sind. Ich glaube, daß wir deshalb auch diese Arbeit fortsetzen soliten.

Zu Beginn dieser Woche haben wir einen neuen Schritt getan. Wir haben eine Schule für **zytologische Assistentinnen** eröffnet und damit auch für diesen Arbeitsbereich den Anfang gemacht, entsprechende Hilfskräfte heranzubilden. Dieses Thema wurde ja von uns auf einem früheren Ärztetag erörtert. Wir haben auch den Plan vorgetragen, diese Schule zu errichten und Ihre Zustimmung dazu gefunden. Ich kann hier nicht die ganze Problematik der Krebsfrühdiagnose erörtern. Ich möchte Ihnen nur noch einmal in Erinnerung rufen, daß es gerade beim Portio-Ca möglich ist, es fast auszurotten, wenn wir eine regelmäßige Untersuchung der Frauen propagieren und die Frauen daran dann auch teilnehmen können, und wenn im Rahmen dieser Untersuchungen entsprechende Zellabstriche gemacht werden. Wir können diese Untersuchungen aber nicht breit genug propagieren, weil wir nicht genügend Kollegen haben, die in ihrer Praxis oder in ihren Einrichtungen diese Abstriche auswerten könnten, und zwar vor allem deshalb, weil sie kein geeignetes, geschultes Hilfspersonal zur Verfügung haben.

Wir haben uns darüber informiert, ob man hier vielleicht mit einer modernen Methode, z. B. mit dem Computer, rationalisieren könnte. Ich habe sämtliche Informationen, die uns überhaupt zugänglich waren, in den Vereinigten Staaten eingeholt, in denen man auf diesem Arbeitsgebiet Millionen investierte mit dem Ziel, diese Zellauswertung zu programmieren, um wenigstens die einwandfrei negativen Fälle auszusondern. Aber die Versuche sind bis jetzt alle gescheitert, so daß man auf die Auswertung durch Personen angewiesen ist. Es laufen aber trotzdem noch solche Untersuchungen, auch hier in Deutschland. Es kann sein, daß es im Laufe der Zeit gelingt, doch noch ein Verfahren zu entwickeln, welches man programmieren kann. Aber auch wenn uns das gelingt, müßten die Verdachtsfälle noch entsprechend verfolgt werden, und dazu benötigen unsere Kollegen entsprechendes Hilfspersonal.

Die Schule hat also ihre Arbeit begonnen. Leider konnten wir nur 8 Schülerinnen annehmen. Das ist wie ein Tropfen auf einen heißen Stein. In 6 Monaten werden wir die nächsten 8 annehmen. Es hat sich eine ganz beachtliche Zahl junger Damen für die Schule gemeldet.

„Bayerisches Ärzteblatt" – Pressestelle

Die Auflage des „Bayerischen Ärzteblattes" beträgt derzeit 17 300 Exemplare.

Unter dem Stichwort „Pressestelle" muß ich hier ein Thema ansprechen, das uns außerordentlich belastet: Es ist schon angeklungen auf dem Deutschen Ärztetag in einer Resolution, die dort gegen die Veröffentlichungen in den Illustrierten gefaßt wurde. Durch die Tür Pressestelle sind auf uns ganz schwerwiegende Probleme zugekommen, die ich mit den Stichworten Wunderheller, angebliche Krebsgeheimmittel mit „tollen Erfolgen" kennzeichnen möchte.

Wir haben uns, als wir sahen, daß hier wieder einmal eine hohe Welle durch das Land läuft, natürlich eingeschaltet, mit dem Ergebnis, daß der für diesen Sektor verantwortliche Kollege REICHSTEIN im Augenblick in mehrere Prozesse verwickelt ist, sowohl von seiten der Herren CHRISTOPH in Reichenhall als auch von seiten des Herrn MESSEGUÉ, des sog. Wunderheilers von Paris. Wenn wir nach unserem Gefühl handeln dürften, würden wir natürlich hier wesentlich massiver vorgehen. Ich habe Herrn Kollegen Reichstein gebeten, Sie über dieses Thema genauer zu unterrichten. Daß wir hier nicht untätig sein können, daß wir es auf uns nehmen müssen, auch Prozesse zu führen, wenn es nicht anders geht, ist sicherlich auch Ihre Meinung.

Blick in den Sitzungssaal

Denken Sie nur an den großen Illustriertenbericht „Flug in die Hoffnung". Dort wurden Bilder gebracht, wie eine Frau mit dem Hubschrauber in eine solche Wunderklinik geflogen worden ist und dort nach wenigen Tagen schon „wie durch ein Wunder" erheblich gebessert aufstehen und in den Garten gehen konnte. Zu der Zeit, als diese Illustrierte verkauft wurde, war die arme Frau bereits nicht mehr am Leben.

Es ist Aufgabe der Kammer, hier zu warnen, auch auf die Gefahr hin, daß wir vor den Gerichten kämpfen müssen. Wir werden das zu überstehen wissen.

Bayerische Ärzteversorgung

Nun darf ich mich einer Reihe großer Themen zuwenden, die uns sehr stark berühren. Ich möchte als erstes Thema wieder die Ärzteversorgung anschneiden. Wie Sie sich erinnern, haben wir darüber ausführlich auf dem Ärztetag in Bayreuth gesprochen. Wir haben damals die gesamte Problematik berufsständischer Versorgungseinrichtungen und alle Sorgen, die wir haben, breit diskutiert. In der Zwischenzeit sind wir wieder ein Stück weiter gekommen. Wir haben uns überlegen müssen: Wie können wir die Leistungen verbessern, wie können wir mit der Gesamtentwicklung unserer Wirtschaft und der Entwicklung des Geldwerts mithalten? Es hat uns sehr viel Kopfzerbrechen bereitet, geeignete Wege zu finden, die auf der einen Seite den Wünschen unserer Kollegen und ihrer Familien gerecht werden und auf der anderen Seite verantwortbar sind — auch gegenüber der Zukunft.

Immer wieder muß man unterstreichen: Es nützt uns gar nichts, wenn wir in der Ärzteversorgung heute große Geschenke machen und dabei vergessen, daß diese Geschenke eines Tages von den Nächsten, die nach uns kommen, bezahlt werden müssen.

Nun ging es also um zwei Dinge, einmal um die Frage der weiteren Leistungsverbesserung, zum anderen um das Thema, über das ich Sie auch schon wiederholt unterrichtet habe, nämlich die Auswirkungen der Steuergesetzgebung hinsichtlich der Einbeziehung der Bayerischen Ärzteversorgung in die Körperschaftsteuer.

Bei den Leistungsverbesserungen darf ich Ihnen in Erinnerung rufen, daß wir in den Jahren seit 1955 den Schwerpunkt in den Verbesserungen der Leistungen einzig und allein in die Anhebung des Steigerungssatzes legten. Wir hatten 1955 einen Steigerungssatz von rund 14% und hatten ihn im Laufe der Jahre auf 20% angehoben. Wir haben dann weiter Versuche gemacht, über die 20%-Grenze hinauszukommen; wir wollten 21 oder 22% erreichen. Das ist nicht möglich gewesen, weil das bayerische Wirtschaftsministerium als Aufsichtsbehörde nicht mitgemacht hat.

Die Bayerische Ärzteversorgung entschloß sich dann — nicht aus Mißtrauen gegenüber den Herren der Versicherungskammer, die die Ärzteversorgung bearbeiten, sondern einfach deshalb, um einmal einen völlig Unbefangenen zu hören — zu einem großen Gutachten. Der weit über Deutschland hinaus bekannte Versicherungsmathematiker HEUBECK hat die Bayerische Ärzteversorgung eingehend durchleuchtet und uns ein sehr umfangreiches Gutachten erstattet.

Herr Heubeck kam zu dem Ergebnis, daß er uns eine weitere Anhebung des Steigerungssatzes nicht empfehlen kann, weil die Anhebung nach unseren gesetzlichen Bestimmungen, die nun einmal ein Faktum sind, immer mit einer starken Erhöhung der Deckungsrücklage verbunden ist. Das heißt, wenn wir den Steigerungssatz um 1% erhöhen, muß die Deckungsrücklage entsprechend erhöht werden, weil die Anhebung des Steigerungssatzes jeweils einen Rechtsanspruch auslöst und damit also in der Bilanz unserer Anstalt der Anspruch der Mitglieder auf lange Jahrzehnte hinaus gesichert sein muß. Wir haben uns deshalb nach sehr langer Beratung im Arbeitskreis und im Landesausschuß der Bayerischen Ärzteversorgung entschlossen, einen anderen Weg zu gehen, den auch Herr Heubeck empfohlen hat. Der Weg ist so, daß wir den Steigerungssatz nicht mehr weiter anhoben, damit also die Bilanz der Anstalt auf der gleichen Grundlage stehen ließen, aber den Zinsertrag unseres nun vorhandenen Vermögens aufteilten in einen Anteil, der benötigt wird, um die Bilanz auszugleichen, und in einen Anteil, der frei verfügbar ist. Wir wollen also die weiteren Leistungssteigerungen — damit haben wir am 1. Januar 1966 begonnen — auf dem Weg der sog. Überzinsverteilung durchführen. Das heißt, die Rentenberechnung des einzelnen Mitglieds erfolgt nach den Bestimmungen der Satzung mit einem Steigerungssatz von 20%, und dann erhält das Mitglied im Laufe des Rentenbezugs in den möglichen Grenzen Zuschläge zu dieser Rente aus dem Überzinsertrag und damit also eine Anhebung der Rente im Laufe der Jahre. Wir haben die erste Anhebung ab 1. Januar 1966 durchgeführt, eine zweite am 1. Januar 1967, und zwar haben wir seinerzeit eine Initialanhebung um 8% und dann im zweiten Jahr eine um 4% durchgeführt.

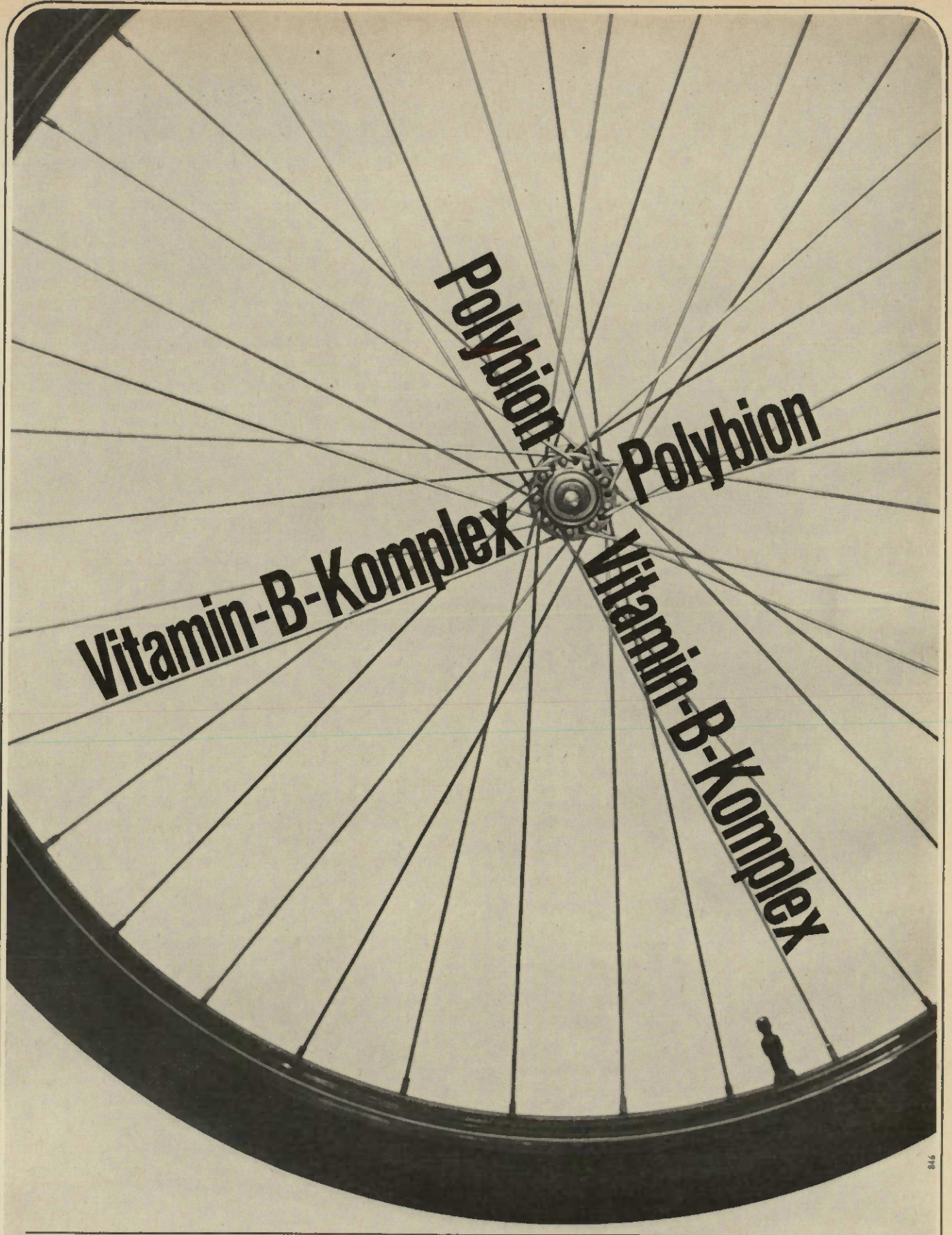
Wir waren uns aber darüber klar, daß man nun nicht einfach blindlings Jahr für Jahr sagen kann: „Was beschließen wir oder was beschließen wir nicht?", sondern daß auch hier ein Plan vorgelegt werden muß. Im staatlichen Jargon würde man sagen: Eine Mifrifi, also eine mittelfristige Finanzplanung, ist erforderlich. Wir haben uns bemüht, im Landesausschuß eine solche Mifrifi zu erarbeiten. Es wurde dann von uns ein Grundsatzbeschluß gefaßt, der folgenden Wortlaut hat:

„Vom Beginn des Rechnungsjahres 1968 an ist der verfügbare Überzins zur nachhaltigen Aufbesserung aller gegenwärtig laufenden und künftig zur Einweisung kommenden Versorgungsleistungen im Wege freiwilliger Zusatzleistungen gemäß § 22 der Satzung zu verwenden. Die Höhe dieser freiwilligen Zusatzleistungen ist so zu bemessen, daß der Zuschlag zum Ruhegeld für jedes einzelne Versorgungsverhältnis im Laufe von höchstens zehn Jahren seit Eintritt des Versorgungsfalles von 20 v. H. auf rund 24 v. H. angehoben werden kann. Zu diesem Zweck wird der Zuschlag der laufenden Versorgungsleistungen im Abstand von zwei Jahren fünfmal jeweils um 4 v. H. geometrisch erhöht. Die erste Erhöhung hat zu Beginn des ersten auf die Renteneinweisung folgenden Kalenderjahres zu erfolgen. Soweit Versorgungsempfänger bisher die Zusatzleistung von 8% in einem Jahr erhalten haben, wird ihnen diese nur in Höhe von 4% angerechnet."

Dazu wurde für das anstehende Rechnungsjahr ein Durchführungsbeschluß gefaßt, wonach alle für die Zeit bis zum 31. Dezember 1966 eingewiesenen Versorgungsleistungen im Jahre 1968 unverändert wie im Jahre 1967 bezahlt werden und alle mit Beginn des Kalenderjahres 1967 neu eingewiesenen Versorgungsleistungen im Jahre 1968 um 4 v. H. des um DM 1200,— verminderten jährlichen Ruhegeldes erhöht werden.

Damit ist sichergestellt, daß jeder Rentenempfänger im Laufe von zehn Jahren seines Rentenbezuges alle zwei Jahre eine Erhöhung um 4 v. H. erfährt, wobei die Grundrente von DM 1200,— abgesetzt wird. Bei den Witwen wird die Regelung in der gleichen Weise durchgeführt. Wenn der Versorgungsempfänger vor Ablauf dieser zehn Jahre stirbt oder überhaupt nicht mehr in den Genuß der Rente gekommen ist, wird zunächst die Rente fiktiv so errechnet, wie wenn sie der Versorgungsempfänger bezogen hätte — also mit den Zuschlägen —, und daraus errechnet sich dann die Witwenrente, so daß die Witwen also in der entsprechenden Relation der Witwenrente zur Versorgungsrente an diesen Erhöhungen teilnehmen.

Natürlich werden Sie fragen, was geschieht, wenn die zehn Jahre vorbei sind. Wir wissen zwar, daß die durchschnittliche Bezugsdauer der Versorgungsrente zehn Jahre beträgt, daß aber die durchschnittliche Bezugsdauer der Witwenrente weit über diese Zeit hinausgeht; sie liegt etwa bei 26 Jahren. — Und das ist das Problem. Wir sind nicht in der Lage, Ihnen heute zu sagen, ob es nach zehnjähriger Laufzeit der Renten möglich sein wird, noch weitere Zuschläge zu gewähren; denn über mehr als zehn Jahre hinweg läßt sich die Entwicklung des Überzinses nicht beurteilen. Wir müssen ganz klar den Unterschied sehen. Bisher war unsere Politik: Erhöhung des Steigerungssatzes — damit verbunden ein echter Rechtsanspruch des Mitgliedes; der Steigerungssatz steht in der Satzung und jeder kann sich seine Rente ausrechnen. Wenn die Rente ausbezahlt wird, ist sie gleichbleibend, so lange sie bezogen wird. Das ist der alte Modus gewesen, mit dem wir es von 14 auf 20% gebracht haben. Der neue Weg: Der Steigerungssatz bleibt bei 20% stehen; die daraus errechnete Rente bezieht das Mitglied mit Rechtsanspruch. Die weiteren Erhöhungen erfolgen durch Überzins, aber ohne Rechtsanspruch als freiwillige Mehrleistungen der Anstalt, die von Jahr zu Jahr vom Landesausschuß beschlossen werden müssen. Dieses System ist nicht für einen längeren Zeitraum als zehn Jahre übersehbar.



E. Merck
DARMSTADT

Dragees
„forte"-Dragees
Tropfen
Ampullen

Appetitlosigkeit, Erschöpfungszustände
Nebenwirkungen der Antibiotikatherapie
Röntgenkater

Wir hoffen, daß die wirtschaftliche Entwicklung es gestatten wird, eines Tages auch zu beschließen, daß diejenigen Renten, welche schon zehn Jahre gelaufen sind, auch weiterhin an Erhöhungen teilnehmen. — Ich muß aber ganz nüchtern sagen, daß das heute noch nicht voraussehbar ist. Jedenfalls weiß heute jedes Mitglied, daß mit Eintritt des Rentenfalles, also bei Übergang zum Ruhegeld, für zehn Jahre alle zwei Jahre diese Erhöhung eintreten wird. Das ist immerhin ein erheblicher Fortschritt. Nach dem Stand von heute haben wir damit unsere Möglichkeiten voll ausgeschöpft.

Weiter wurde noch ein Beschluß hinsichtlich der Verbesserung der Frühberufsunfähigkeitsrente gefaßt. Wir haben den Höchstbetrag in Anlehnung an andere Renteneinrichtungen auf DM 9600,— angehoben. Dabei ist die Berechnung des durchschnittlichen Berufseinkommens auf die letzten drei Jahre beschränkt.

Darin liegt ein Sinn in doppelter Hinsicht. Für jeden Berufsstand ist bekanntlich die Frühberufsunfähigkeit das Problem, mit dem man sich auseinandersetzen muß. Unser Plus gegenüber der Rentenversicherung war es immer, daß wir für die Frühberufsunfähigen, also diejenigen, die jung berufsunfähig geworden sind, und für die jungen Witwen mit kleinen Kindern, mehr getan haben als die Rentenversicherung. Das hat auch bei den angestellten Ärzten, beim ärztlichen Nachwuchs, überzeugt. Nach wie vor entscheiden sich über 95% unseres Nachwuchses für die Bayerische Ärzteversorgung. Dieses Verfahren hat insofern eine versicherungspolitische Bedeutung, als wir nach wie vor in echter Konkurrenz mit der Rentenversicherung stehen und dem Nachwuchs immer wieder beweisen müssen, daß wir uns bemühen, die Leistungen zu verbessern. Denn es könnte uns jederzeit passieren, daß sich der junge ärztliche Nachwuchs nicht mehr für die Ärzteversorgung entscheidet, sondern lieber in der Rentenversicherung bleibt. Wenn wir diese Konkurrenz nicht mehr bestehen, wäre die Basis unserer Versorgungsanstalt beseitigt. Sie wissen selbst, wie es dann weiterginge.

Im übrigen war ich etwas erschüttert, als ich erfuhr, daß immerhin bereits 101 Ruhegeldempfänger und 301 Witwen nach der Frühberufsunfähigkeitsregelung eine Versorgung erhalten — eine für mich erschreckend hohe Zahl!

Körperschaftsteuer und Beitragsbegrenzung:

Ich erinnere Sie an unsere Diskussion im Jahre 1965, als wir mit Wirkung vom 1. Januar 1965 durch das Steueränderungsgesetz vor die Wahl gestellt waren, entweder die Höchstbeiträge zur Bayerischen Ärzteversorgung auf die Höchstbeiträge der Rentenversicherung zu begrenzen — also höchster Pflichtbeitrag plus freiwilliger Beitrag in gleicher Höhe — oder Körperschaftsteuer zu zahlen. Auch dieses Problem hat uns sehr beschäftigt. Tage und Wochen haben wir darüber beraten und kamen zu dem Ergebnis, daß wir das Risiko einer Körperschaftsteuerpflicht nicht eingehen können, weil deren Höhe nicht zu übersehen war. Es gab keinen Experten, der in der Lage gewesen wäre, uns zu sagen, wie ein Steuerstreit hinausgehen würde, wenn wir körperschaftsteuerpflichtig würden. Um es an einem Beispiel zu zeigen: Es stand die Frage offen, ob alle Rentenerhöhungen, die wir in den letzten zehn Jahren durchgeführt haben und die immer auf der Grundlage einer negativen Bilanz durchgeführt wurden, dann vom Finanzamt als sog. verdeckte Gewinnausschüttungen behandelt werden könnten und damit unter die Körperschaftsteuerpflicht fielen. Dieses Risiko konnte nicht eingegangen werden, und wir haben uns dann schweren Herzens entschlossen, die Höchstbeiträge zur Bayerischen Ärzteversorgung zu limitieren auf die Höchstbeiträge zur Rentenversicherung. Das war seinerzeit ein harter Schlag; denn im Jahre 1965 war der Höchstbeitrag nur DM 4032,—. Wir haben sofort unsere Bemühungen anlaufen lassen, zu einer Änderung zu kommen, um für die berufsständischen Versorgungseinrichtungen eine Sonderregelung zu erreichen.

Ich habe Sie davon unterrichtet, daß es mir gelungen war, dem Bundestag einen Initiativantrag vorzulegen, der von Vertretern aller Parteien unterschrieben war, und der als Änderungsantrag zum Einkommensteuergesetz eingebracht werden sollte. Da ist plötzlich die Lebensversicherung auf den Plan getreten und hat verhindert, daß eine solche Sonderregelung für die berufsständischen Versorgungseinrichtungen im Bundestag beschlossen wurde. Wir sind seither um eine Sonderregelung und Sonderbehandlung bemüht. Ich werde dazu noch etwas sagen. Vorausschicken möchte ich aber, daß sich die Situation inzwischen erheblich entspannt hat. Schon im Jahre 1966 stieg die Freigrenze auf DM 4368,— an, im Jahre 1967 beträgt sie DM 4704,—. Im nächsten Jahre — 1968 — dürfte die Grenze zwischen DM 5400,— und DM 5600,— liegen.

Immerhin ist es jetzt so weit gekommen, daß jeder von uns einen Betrag einzahlen kann, der in seiner Höchstgrenze zu einer fühlbaren Ansammlung führt. Wir werden unsere Bemühungen trotzdem fortsetzen. Ich darf schon jetzt sagen, daß das nicht sehr einfach ist. Einige Lösungen sind in Diskussion, von denen wir einen Teil von vornherein ablehnen mußten, so den Gedanken, sich an der Höhe der Versorgungsleistungen zu orientieren. Das ist für uns unmöglich; denn diese lassen sich nicht voraussehen. Es wurde auch der Vorschlag gemacht, man wolle uns den eineinhalbfachen Satz zugestehen, wenn wir keinerlei freiwillige Beiträge mehr annehmen würden. Wir haben den freundlichen Vorschlägen sehr schnell entgegenhalten können, daß wir uns damit viel schlechter stellten als bei der heutigen Regelung, bei der wir die Möglichkeit haben, bis zur Höchstgrenze freiwillige Beiträge zu leisten. Im Augenblick wird der Gedanke erwogen, als obere Grenze das Eineinviertelfache des Höchstbeitrages zur Rentenversicherung festzusetzen, dann aber unser sonstiges System unberührt zu lassen.

Wenn wir bedenken, daß wir im nächsten Jahr auf rund DM 5500,— mit der obersten Grenze ansteigen, dann ist das immerhin ein akzeptabler Ausweg.

Auch sonst haben wir in der Ärzteversorgung nach wie vor eine Fülle von Fragen, mit denen wir uns zu beschäftigen haben. So wird vor allem immer wieder die Anregung an mich herangetragen, die 67-Jahres-Klausel endlich aufzuheben und die Rente automatisch mit 67 Jahren zu gewähren. Das ist ein Gedanke, für den ich volles Verständnis habe. Ich habe darüber noch einmal ausführlich mit den Mathematikern gesprochen. Ich muß aber heute wieder sagen: Würden wir zur automatischen Rentengewährung ab 67 Jahren übergehen, dann müßten wir als erstes den Steigerungssatz von 20% um mindestens 3,5%, also auf einen Höchstsatz von 16,5%, absenken. Ich glaube nicht, daß das in

unserem Sinne sein kann. Erinnern Sie sich wieder an die lange Laufzeit der Witwenrenten und daran, daß die Witwenrenten ja das Hauptkontingent bei uns sind. Es würden die Witwen mit dem Absinken des Steigerungssatzes auf 16 bis höchstens 16,5% im Durchschnitt bis 25 Jahre mit einer niedrigeren Witwenrente auskommen müssen, und zwar nur deshalb, weil wir als Mitglieder automatisch mit 67 Jahren die Renten bezogen hätten.

Ein Anliegen unserer Kolleginnen ist immer wieder die sog. „Witwerrente". Mit ihr müssen wir uns beschäftigen. Es ist eine außerordentlich schwierige Frage. Wir bemühen uns um eine Lösung, aber bis jetzt müssen wir sagen, daß wir keinen Weg gefunden haben, von der bisherigen Regelung abzuweichen.

Ein anderes Problem, das immer wieder an uns herangetragen wird, ist die Witwenrente für schuldlos geschiedene Arztfrauen. Es besteht die Situation, daß — wenn ein Arzt sich nach vielleicht 30jähriger Ehe scheiden läßt und eine junge Frau heiratet — im Falle seines Todes seine schuldlos geschiedene Frau keine Rente bekommt. Die Rente wird an die Witwe bezahlt, die zum Zeitpunkt des Todes mit dem Mitglied verheiratet war. Es wird uns immer wieder vorgetragen, daß das ein großes Unrecht sei. Wenn man den Einzelfall betrachtet, ist es — menschlich gesehen — eine Tragödie. Wir konnten uns aber nicht entschließen, von den derzeitigen Bestimmungen abzuweichen. Wir müßten nämlich eine Teilungsbestimmung für die Rente vorsehen. Dann aber würden die Witwenrenten wieder sehr klein, und es entstände wieder der Vorwurf der Mikrorenten.

Weiterhin berühren uns sehr die Bemühungen großer Kreise im Bundestag, die freien Berufe generell in die Rentenversicherung einzubeziehen und nach Möglichkeit berufsständische Versorgungswerke abzuwürgen. Die Rentenversicherung in Deutschland befindet sich in einer katastrophalen Situation. Im Grunde sind die Ansprüche der Mitglieder überhaupt nicht mehr gedeckt. Die Rentenversicherung lebt von der Hand in den Mund. Würde heute das große Kontingent der Freiberufler, vor allem der hochverdienenden, in die Rentenversicherung übernommen, wäre damit die Chance verbunden, zunächst einmal 15 Jahre lang hohe Beiträge zu kassieren, ohne daß eine nennenswerte Last damit verbunden wäre. Das heißt, wir — die wir ja hoch Bezahlende sind — würden praktisch zur Sanierung der Rentenversicherung herangezogen werden und müßten uns später mit dem begnügen, was aus dem allgemeinen Topf nach den Maßstäben einer Gesamtbevölkerung gezahlt wird.

Wir werden alle unsere Kräfte einsetzen müssen, um das zu verhindern. Ich kann Ihnen versichern, daß wir an allen Stellen kämpfen, die überhaupt in Frage kommen.

Hilfsfonds

Zu den Leistungen aus dem Sozialfonds brauche ich nicht viel zu sagen. Der Finanzbericht unterrichtet Sie darüber. Ich möchte nur feststellen, daß aus den Sozialfonds der Kammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zusammen im Jahre 1966 rund DM 1 684 000,— gezahlt worden sind. Man kann nicht behaupten, daß das ein Pappenstiel ist. Deshalb muß ich um so mehr meinem Bedauern Ausdruck geben, daß es mir im Kreise der Arztfrauen — des Vereins der Arztfrauen — bisher nicht gelungen ist, Verständnis dafür zu finden, daß wir zwar bereit sind, soviel wie möglich zu tun, daß wir uns aber leider nicht darauf einlassen können, Rechtsansprüche einzuräumen. Auch hier möchte ich wieder sagen, daß sich noch niemand von einem Rechtsanspruch hat ernähren können; ernähren kann man sich nur von dem, was einem der Berufsstand auf die Hand gibt. Dazu sind wir nach wie vor in jeder Weise bereit. Wir können aber nicht eine Versicherung daraus machen. Es muß ein Sozialfonds bleiben.

Den Kolleginnen und Kollegen im kleinen Hilfsausschuß und vor allem auch unserem Vizepräsidenten, Herrn Kollegen SONDERMANN, möchte ich herzlich danken. Sie bemühen sich außerordentlich um die Lösung dieser Probleme, und sie haben es gerade in diesem Bereich nicht sehr leicht, nicht nur, weil sie soviel Not lindern sollen, sondern weil sie auch immer wieder auf viel Unverständnis stoßen.

Berufsousbildung, Weiterbildung, Fortbildung

Zu einigen anderen Fragen im Bereich der ärztlichen Berufsausbildung und Berufsausübung ein paar wesentliche Bemerkungen: Ich spreche kurz an unsere Arbeiten zur Entwicklung einer neuen Bestallungsordnung, die Weiterbildungsordnung und die ärztliche Fortbildung.

Sie wissen, daß wir zur Zeit über eine neue **Bestallungsordnung** für Ärzte beraten. Zu diesem Zweck hat das Bundesgesundheitsministerium — Frau Ministerin SCHWARZHAUPT und Frau Minister STROBEL, ihre Nachfolgerin — eine kleine Kommission gebildet, die seither tagt und in ihren Arbeiten sehr gut vorankommt. Unser Ziel ist es, die ärztliche Ausbildung so zu regeln, daß sie einheitlich wird, daß theoretische und praktische Ausbildung miteinander verbunden werden, und daß die Zeit der Ausbildung kürzer wird, als sie zur Zeit ist. Im Augenblick rechnet man als Ausbildungszeit für den Arzt rund acht Jahre, davon sechs Jahre an der Universität, fünfeinhalb Jahre offizielles Studium — viele haben etwas mehr Zeit gebraucht — und rund ein halbes Jahr für das riesige Staatsexamen, und zwei Jahre als Medizinalassistent. Es dauert rund acht Jahre bis zur Approbation. Unser Ziel ist es, diese Zeit auf sechs Jahre zu reduzieren.

Die Einteilung des Medizinstudiums wird so sein, daß von diesen sechs Jahren zweieinhalb Jahre auf die vorklinischen Semester entfallen. Es bleibt bei einem Vorphysikum nach einem Jahr, beim Physikum nach weiteren eineinhalb Jahren. Wir wollen aber die starre Grenze, Vorphysikum nach zwei Semestern und nach weiteren drei Semestern Physikum, etwas auflockern: Vorphysikum nach zwei oder drei Semestern, trotzdem aber das Physikum nach fünf Semestern, also nach zweieinhalb Jahren. Für die Klinik werden dreieinhalb Jahre zur Verfügung stehen. Diese dreieinhalb Jahre werden in drei Abschnitte aufgeteilt werden. Erster Abschnitt: Ein halbes Jahr mit den großen, mehr propädeutischen Vorlesungen in innerer Medizin, Pathologie, Chirurgie, Grundlagenfächern. Nach eineinhalb Jahren folgt der erste Teil des Staatsexamens. Der Student legt bereits in einigen Fächern — Pharma-

DERMATOLOGICA Dr. Sasse

Prednisolon + Neomycin

Diese Kombination in der als besonders gut verträglich bekannten Sanatison-Salbengrundlage gewährleistet eine starke antiphlogistische und eine breite antibakterielle Wirkung.

Zur Behandlung von:
Pyodermien z. B. Impetigo contagiosa, Follikulitis und mikrobiellen Ekzemen.

Auf Wunsch stehen Muster und Literatur zur Verfügung.

Handelsformen: 5-g-Tuba DM 2,10 m. U.
20-g-Tuba DM 6,15 m. U.
50-g-Anstaltspackung

DR. FRIEDRICH SASSE
1 BERLIN 10 · POSTFACH 640

Blick in den Sitzungssaal

kologie, Toxikologie, Hygiene und Mikrobiologie — das Staatsexamen endgültig ab. Er schließt damit diese Fächer ab. Dann geht er in den zweiten Abschnitt des klinischen Studiums, der ein Jahr dauert und der die sog. Organfächer umfaßt, also Hals-Nasen-Ohren, Augen usw. Er macht nach diesem Jahr den zweiten Teil seines Staatsexamens in diesen Fächern. Er schließt sie ab. Dann geht er in den dritten Abschnitt, der wieder ein Jahr dauert. Dieser dritte Abschnitt wird rein praktische Ausbildung am Krankenbett sein. Für dieses Jahr werden die Studenten auf die Universitätskliniken und auf Krankenhäuser verteilt, deren Chefärzte sich um einen Lehrauftrag bewerben und die bereit sind, die damit verbundene hohe Verantwortung für die Ausbildung dieser Studenten zu übernehmen. Nach Abschluß dieses Jahres legt der Student dann den letzten Abschnitt des Staatsexamens ab in der inneren Medizin, in der Chirurgie, in der Pathologie. Wahlweise besteht die Möglichkeit, eines der Fächer Gynäkologie, Pädiatrie oder vielleicht die Psychiatrie im dritten Abschnitt oder bereits im zweiten Abschnitt zu prüfen.

Damit ist endgültig auch aus der Bestallungsordnung heraus die Einschaltung geeigneter Krankenhäuser in die ärztliche Ausbildung notwendig geworden und ist nicht mehr nur eine Ermessensfrage, wie es bisher war. Es geht gar nicht mehr anders, als daß die großen Krankenhäuser bzw. geeignete Krankenhäuser mit herangezogen werden. Wir haben darüber eingehend mit den Vertretern der Krankenhäuser gesprochen. Der Plan ist realisierbar. Der gute Wille ist vorhanden. Ich glaube also, daß wir eine Bestallungsordnung erarbeiten werden, die wirklich die Grundlage einer modernen Ausbildung des Medizinstudiums sein kann.

Erfreulicherweise wurden diese Grundsätze, die vom Wissenschaftsrat und von der Bundesärztekammer schon seit Jahren verfochten werden, auch vom Westdeutschen Medizinischen Fakultätentag einhellig akzeptiert. Damit wird auf einer wirklich breiten Grundlage an diesen neuen Plänen gearbeitet.

Im Zusammenhang mit der Neuordnung des Medizinstudiums darf ich auch darauf hinweisen, daß Mitte Oktober unsere vierte Medizinische Fakultät im Lande Bayern ihre Arbeit aufnehmen wird. Nach langen und mühevollen Vorarbeiten ist es gelungen, an der Technischen Hochschule in München eine Medizinische Fakultät zu errichten, die zunächst ihre Tätigkeit für den klinischen Abschnitt aufnehmen wird. Die Zahl der Studenten wurde auf 75 limitiert. Diese 75 Plätze sind auch bis auf den letzten vergeben. Es mußten bereits auch hier Studenten abgewiesen werden. Damit ist in Bayern die Möglichkeit gegeben, an jungen Fakultäten neue Modelle zu erproben, was schon der Deutsche Ärztetag in Lübeck gefordert hat.

Ich hoffe, daß sich zwischen unseren vier medizinischen Fakultäten eine gute Zusammenarbeit entwickelt und bin überzeugt, daß das in Bälde der Fall sein wird. Es ist uns allen klar, daß der Freistaat Bayern hinsichtlich seiner Aufgaben im Hochschulbereich insgesamt eine riesige Last zu tragen hat. Es ist ein großes Unterfangen, in München, in Würzburg, in Erlangen Neubauten in einem immensen Umfange errichten zu müssen, dazu eine neue Fakultät, außerdem eine neue Universität in Regensburg. Aber die Bedeutung der Kulturpolitik wird von den Parteien oft genug unterstrichen, und dann muß man auch bereit sein, die notwendigen Opfer dafür zu bringen.

Wie geht es nun nach der Neuregelung weiter? Der Student wird die Approbation nach Abschluß des dritten Abschnitts des Staatsexamens erhalten. Es wird keine sog. Medizinalassistentenzeit mehr geben. Es ist daran gedacht, dem jungen Arzt für ein Jahr vorzuschreiben, daß er an einer Klinik — also in nicht selbständiger Stellung — tätig sein muß, bevor er sich niederlassen kann. Wenn dieses Jahr herum ist, hat er die staatlichen Ausbildungsnormen erfüllt und kann sich niederlassen und allgemein-ärztliche Tätigkeit ausüben. Daran ist nicht zu rütteln, und daran wird sich auch in der Zukunft nichts ändern. Der Staat muß darauf bestehen, daß ein Arzt, den er nach seinen Normen ausbildet, dann auch das Recht hat, die ärztliche Tätigkeit frei auszuüben.

Die **Weiterbildung**, wie wir sie uns vorstellen — für den Facharzt seit Jahrzehnten, wie sie aber auch für den Allgemeinarzt gefordert wird —, kann also immer nur eine freiwillige sein. Sie kann niemals zur Vorschrift gemacht werden. Wenn sie nämlich zur Vorschrift gemacht würde, wäre sie Teil der Ausbildung und würde dann zwangsläufig in staatliche Regie übergehen müssen. Es wird also nach dem einen Jahr — nennen wir es ruhig hier einmal Pflichtjahr — die Möglichkeit bestehen, sich in Allgemeinpraxis niederzulassen. Diese Ebene der Niederlassung wird gleichzeitig die Ebene sein, auf der der freie Austausch der Ärzte innerhalb der EWG erfolgt. Denn in etwa ist das der gleiche Ausbildungsstand, wie er auch in den übrigen EWG-Ländern vorhanden ist. Wenn man nun in unserer Berufsordnung eine Weiterbildungsmöglichkeit für einen Allgemeinarzt einräumt — und das ist die breite Forderung, die Sie auch auf dem Deutschen Ärztetag in Garmisch wieder gehört haben —, werden wir in der Zukunft, und das muß in Kauf genommen werden, also einen Arzt haben, der sich nach dem Pflichtjahr niederläßt und Allgemeinpraxis ausübt, und wir werden einen weitergebildeten Allgemeinarzt haben. Hier liegt der Grund, warum wir mit zweierlei Bezeichnungen für diese Arztgruppen — mit einer geschützten und einer ungeschützten Bezeichnung — arbeiten müssen.

Das mag, wenn man es zum erstenmal hört, sehr unschön aussehen. Aber es gibt keine andere Regelung, wenn wir weiterkommen wollen. Ich darf klarstellen, daß wir größten Wert darauf legen, daß der Staat in seinen Vorschriften, in der Bundesärzteordnung und in

der Bestallungsordnung, für dieses eine Pflichtjahr keinen Inhalt festiegt, sondern nur vorschreibt, daß dieses Jahr abgeleistet werden muß. Für uns als Berufsorganisation, als gesetzliche Berufsvertretung, setzt nämlich dann am Tage nach der Approbation unsere Aufgabe zur Weiterbildung ein. Von diesem Tag ab müssen wir die Weiterbildung auf freiwilliger Basis für den Arzt ermöglichen. Der Deutsche Ärztetag in Garmisch hat beschlossen, daß in der Berufsordnung nicht mehr ein Abschnitt „Facharztordnung", sondern ein Abschnitt „Weiterbiidungsordnung" geschaffen werden soll, daß also eine Möglichkeit für die Weiterbildung zum Allgemeinarzt eingeräumt, in der Berufsordnung verankert und mit den Weiterbildungsbestimmungen der Fachärzte verbunden wird.

Ich habe dazu meine Vorstellungen wiederholt entwikkelt, und angeregt, daß man die bisher ungeschützte Bezeichnung „Praktischer Arzt" weiterbestehen lassen, und daß man für den weitergebildeten Arzt eine neue Bezeichnung finden soll. Ich glaube, daß „Arzt für Allgemeinmedizin" als geschützte Bezeichnung in Frage käme, aber darüber kann man sich unterhalten. Nur: Es müßte ganz klar gesehen werden, daß es ohne diese zweierlei Bezeichnungen nicht geht. Sonst läßt sich eine Weiterbildung für den Allgemeinarzt nicht verwirklichen. Auf der anderen Seite müssen wir aber sagen, daß sich heute — ich möchte fast sagen weltweit — die Überzeugung durchsetzt, daß es ohne eine Möglichkeit der Weiterbildung auch für den Arzt in der Allgemeinpraxis nicht mehr geht.

Auch in den Vereinigten Staaten, in denen man in der Vergangenheit diesen Gedanken sehr ablehnend gegenüberstand, hat man nunmehr analog der Facharztordnung eine Weiterbildungsordnung für den sog. Familienarzt — wie man ihn dort nennt — eingeführt, so daß man unsere Ideen, die wir seit Norderney diskutieren, in den Vereinigten Staaten, in denen man damals noch gar nicht davon redete, nun verwirklicht hat.

Auch in anderen Ländern steht man auf dem Standpunkt, daß man eine Weiterbildungsmöglichkeit auch für den Allgemeinarzt einräumen muß. Wogegen man sich, sicher mit Recht, in Norderney gewendet hat, war die damalige Vorstellung, daß automatisch jeder, der in die Allgemeinpraxis gehen will, sich weiterbilden muß. Das hätte zweifellos zu einer Verschlechterung der arbeitsrechtlichen Situation des angestellten Arztes geführt. Denn wenn der Krankenhausträger weiß, daß sich jeder Arzt weiterbilden muß, so verstärkt das natürlich seine Position in der arbeitsrechtlichen Auseinandersetzung. Die Regelung, wie sie sich nun anbietet, enthält diese Gefahr nicht. Denn wenn sich wirklich in den nächsten Jahren die Situation an den Krankenhäusern sehr verschlechtert, ist der Weg in die Praxis auf jeden Fali frei, und wir haben freie Hand, dann immer noch neue Regelungen zu beschließen.

Über die Weiterentwicklung der Facharztordnung habe ich auf zwei Deutschen Ärztetagen berichtet, in Essen im vergangenen Jahr, in Garmisch in diesem Jahr. Die Sonderdrucke meiner Referate wurden Ihnen zur Verfügung gestellt. Die Last, die man mir damit aufgeladen hat, ist alles andere als leicht. Aber ich hoffe doch, daß wir bis zum nächsten Jahr zu einer vernünftigen Regelung kommen. Die neue Facharztordnung wird sich ja grundlegend von den früheren unterscheiden. Bisher haben wir in der Facharztordnung praktisch nur die formellen Rahmenbestimmungen geregelt: Wir haben festgelegt, welche Zeit mindestens verbracht werden muß; wir haben vorgeschrieben, welche Fächer gegebenenfalls anrechenbar sind, aber wir haben nichts über den materiellen Inhalt ausgesagt. Als Anhängsel an diese Vorschriften wurde dann noch bestimmt, daß ein Arzt, der Fachärzte ausbilden will, dafür die Genehmigung der Ärztekammer braucht. In der neuen Facharztordnung werden wir natürlich auch Rahmenbestimmungen haben müssen. Wir müssen für jedes Fach eine Mindestzeit festlegen, die man in diesem Fach verbringen muß; wir müssen anrechenbare Fächer und all diese Probleme regeln. Aber das Schwergewicht der neuen Weiterbildungsordnung, wie sie nun heißt, liegt nicht mehr so sehr in den Rahmenbestimmungen, also in den Mindestzeiten, sondern in der Bestimmung des materiellen Inhalts der Weiterbildung. Die Berufs- und Facharztordnung wird einen sehr umfangreichen Anhang bekommen, in dem für jedes einzelne Fach ganz klar beschrieben ist, was eigentlich der Inhalt dieses Fachs sein soll. Also: Was muß der Ausbilder seinem Schüler vermitteln, was muß der Schüler lernen, erlernt haben, beherrschen, wenn er sich um die Anerkennung als Facharzt bewirbt? Es war eine ungeheuer umfangreiche Aufgabe, und anfangs sind eigentlich alle mit großer Skepsis an die Sache herangegangen. Ich muß heute sagen, daß sich mit sämtlichen wissenschaftlichen Gesellschaften und Berufsverbänden eine außerordentlich fruchtbare Zusammenarbeit entwickelte, so daß wir heute für eine große Zahl von Fächern bereits fertige Ausbildungskataloge besitzen. Wir sind also nach dem Stand von heute schon viel weiter gekommen als wir glauben und hoffen durften. In den nächsten Wochen werden wir weitere intensive Beratungen haben; wir werden noch eine Reihe von Problemen regeln müssen. Es stecken auch einige „heiße" Eisen darin, wie Radiologie und Nuklearmedizin usw. Aber ich bin überzeugt, daß wir auch damit fertig werden.

Auch Fragen, die leider Gottes an die Öffentlichkeit gekommen sind — wie etwa die Abgrenzung oder Überschneidung der Gebiete Chirurgie und Orthopädie —, müssen von uns geklärt werden. Eine Klä-

rung haben wir bereits erreicht und ein Friedensschluß ist uns bereits gelungen, nämlich der zwischen den Hals-Nasen-Ohrenärzten und den Mund- und Kieferchirurgen.

In den Rahmen Weiterbildungsbestimmungen werden also nun — und dazu habe ich der Akademie der Praktischen Ärzte Vorschläge unterbreitet, die sie auch schon akzeptiert hat — die Voraussetzungen für den Allgemeinarzt mit geschützter Bezeichnung eingearbeitet. Ich hoffe, daß wir im nächsten Jahr zu einem Abschluß gelangen.

Aber auch die sonstigen Bestimmungen der Berufsordnung bedürfen einer Überarbeitung. Die Berufsordnungskonferenz der Bundesärztekammer ist damit befaßt. Wir werden uns also auch auf diesem Gebiet an der Entwicklung orientieren müssen.

Ich möchte dieses Kapitel nicht abschließen, ohne auch ein Wort zu dem zu sagen, das eine Kiagemauer der Arztfamilien geworden ist, nämlich zur **Zulassung zum Medizinstudium.** In jedem Semester ist es eine große Zahl von Arztvätern, die sich an uns wenden und sagen: Mein Sohn, meine Tochter ist abgelehnt worden, ist an keiner Fakultät untergekommen; die Noten haben nicht gereicht; das muß doch anders werden, ein Arztkind muß bevorzugt werden, es muß doch irgendwie die Tradition der Familie fortgesetzt werden usw. Das sind Fragen, die wir schon oft besprochen haben. Ich muß auch heute leider wieder sagen, daß es für derartige Vorstellungen keine Rechtsgrundlage gibt. Eine Fakultät kann, so gern sie es vielleicht auch tun würde, nicht sagen: Das ist ein Arztkind, das hat zwar einen Notendurchschnitt in den fraglichen Fächern von 3,5 oder 4, aber wir nehmen es, weil es aus einer Arztfamilie kommt, und den anderen Bewerber, mit 1,5 oder 2, weisen wir ab, weil er nicht aus einer Arztfamilie kommt. Ein solcher Standpunkt würde einer verwaltungsgerichtlichen Nachprüfung nicht standhalten.

Das ist bereits an einem Musterfall — in München — durchexerziert worden. Das Verwaltungsgericht ließ sich auf die Klage eines abgewiesenen Abiturienten die gesamten Auswahlunterlagen dieses Jahrgangs vorlegen und hat Fall für Fall geprüft, ob auch nur in einem Fall eine Ausnahme gemacht worden ist. Hätte das Gericht festgestellt, daß eine Ausnahme gemacht worden war, wäre mit Sicherheit der Prozeß verloren und von dem Studenten gewonnen worden.

Wir sind uns alle darüber klar, daß dies ein schweres Problem ist und daß es auch außerordentlich problematisch, vielleicht sogar fragwürdig ist, Abiturzeugnisse zur Grundlage der Bewertung zu machen. Diese Meinung haben nicht nur wir in Deutschland. Ich hatte neulich Gelegenheit, mit dem Präsidenten der australischen Ärzteschaft über dieses Thema zu sprechen. Er erzählte mir, daß sie in Australien dasselbe Leid haben.

Auch sie sind der Meinung, daß das Abschlußzeugnis des Gymnasiums eigentlich eine unbefriedigende Grundlage für die Auswahl ist. Aber auch ihnen ist bis heute leider nichts Besseres eingefallen. Es gäbe einen Weg, nämlich den, daß man alle Bewerber für ein Semester zusammenfaßt und dann nach diesem Semester eine eigene Hochschulprüfung durchführt. Bei der Auswahl nach dieser Prüfung könnte einer, der das Abitur mit 1,3 gemacht hat, das Pech haben, bei dieser Prüfung zu versagen. Er würde dann sagen: Nun habe ich meine Gymnasialzeit so gut abgeschlossen, und nur weil ich das Pech hatte, in dieser Prüfung zu versagen, ist mir die Tür zur Medizinischen Fakultät verschiossen. Es würden also neue Ungerechtigkeiten entstehen.

Im übrigen muß uns eines klar sein: Ob der junge Mann oder das junge Mädchen ein guter Arzt werden wird oder nicht, läßt sich weder aus dem Abiturzeugnis noch aus einer solchen hochschuleigenen Prüfung ablesen. Denn diese könnte sich ja nur auf naturwissenschaftliche Kenntnisse beziehen, und die naturwissenschaftlichen Kenntnisse werden vielfach nicht als geeigneter Maßstab anerkannt. Es gibt aber immerhin schon einige Testuntersuchungen, die zeigen, daß eine recht konstante Linie vom guten Abitur über das gute Vorphysikum zum guten Physikum führt. Ich kann nur wiedergeben, daß die Ergebnisse bei Testversuchen so herausgekommen sind. Ob sie richtig oder falsch sind, ist eine ganz andere Frage. Ich wollte nur zum Ausdruck bringen: Der Wunsch, für Arztkinder eine Sonderregelung zu finden, ist verständlich, aber er ist leider nicht realisierbar. Auf der anderen Seite würde die Erfüllung der Forderung: „Macht die Tore weit auf und begrenzt überhaupt nicht mehr!" bedeuten, daß wir unsere eigene Politik um 180 Grad ändern müßten. Denn wir Ärzte sind die ersten gewesen, die eine Beschränkung des Zugangs zum Medizinstudium gefordert haben. Und Ich glaube, daß wir das mit Recht gefordert haben.

Bei hartnäckigem
Husten
hilft zuverlässig
Taecoforte®
Hustensirup
Täglich 3-5 Teelöffel beseitigen
den quälenden Hustenreiz und
erhalten die Arbeitsfähigkeit

TAESCHNER

Schnellste Wirkung durch moderne Wirkstoffkombination

Nun noch ein Wort zur **Fortbildung.** Das Thema Fortbildung spukt in der Öffentlichkeit immer herum. Ich brauche darüber in diesem Kreis nicht sehr viele Worte zu verlieren. Sie wissen, daß Augsburg seinen 40. Kurs durchgeführt hat, in Regensburg war es der 39. und in Nürnberg wird es der 18. sein. Die lokale Fortbildung wird ganz offensichtlich immer mehr gefördert. Der Vorstand war neulich der Auffassung, man sollte Zusammenschlüsse von Kreisverbänden zu Arbeitsgemeinschaften, die der Fortbildung dienen — etwa wie am Chiemsee — fördern. Ich möchte den Fortbildungsausschuß bitten, sich mit der Frage der Intensivierung der lokalen Fortbildung in der nächsten Zeit zu beschäftigen.

Im übrigen geben wir zu Fortbildungszwecken, weil viele Kollegen lieber lesen, unsere Schriftenreihe heraus. Wer darin liest, kann manches profitieren. Wir kaufen, soweit wir können, die „Monatshefte für ärztliche Fortbildung" mit Vorträgen von Fortbildungskursen aus Augsburg oder der Bundesärztekammer und schicken sie den Kollegen. Wir tun also das Unsere, aber wir können es nur anbieten. Die Kollegen müssen selbst kommen und hören, und sie müssen selbst lesen. Im übrigen läuft zur Zeit eine Umfrage der Bundesärztekammer über den Umfang und die Beteiligung an der ärztlichen Fortbildung, deren Ergebnis sicher sehr interessant sein wird.

Arztstatistik

Zum Thema „Entwicklung der Arztzahlen und der ärztlichen Versorgung im Bundesgebiet und in Bayern" nur einige Stichworte: Ich darf daran erinnern, daß im Bundesgebiet 1950 die Zahl der Ärzte rund 63 000 betrug, daß wir 1966 bereits auf 97 774 waren, und daß wir also in naher Zukunft das Fest des 100 000. Arztes in der Bundesrepublik feiern können. Das ist eine Entwicklung, die einem etwas bange macht.

Nun die Zahlen für Bayern: Im Jahre 1946 waren es rund 10 500 Ärzte, jetzt sind wir bei 17 000 Ärzten. Allerdings sind in dieser Zahl auch diejenigen Kollegen enthalten, die den Beruf nicht ausüben: für Bayern sind das rund 2000, im Bundesgebiet waren es 1966 9466 Ärzte. Die muß man von den mehr als 97 000 Ärzten abziehen. Aber immerhin: Die Arztzahl steigt rasant an, und wir werden sehen müssen, wie wir damit fertig werden. Bei den Kassenärzten in Bayern, deren Zahl Ende 1966 8056 betrug, ist eines erfreulich: daß die Verteilung auf die Gruppen der Praktischen Ärzte und der Fachärzte immer noch so ist, daß 60% Praktiker 40% Fachärzten gegenüberstehen.

Die Nachwuchswelle läßt sich auch schon an den Zahlen ablesen: Die Zahl der Bestallungen hatte 1957 in Bayern einen Tiefpunkt von 106; 1967 waren es bis zum 1. September 401, es werden also rund 550 werden. An den Bestallungen ist der Berg noch nicht als so groß zu erkennen; denn sie hinkt ja zwei Jahre nach.

Bei den Staatsexamina sieht es schon ganz anders aus. Während 1966 544 Bestallungen vom Herrn Kollegen Hein erteilt wurden, hat er im gleichen Jahr 1966 bereits 832 Deutschen die Bescheinigung über das bestandene Staatsexamen und die Genehmigung zum Beginn der Medizinalassistentenzeit ausgestellt. Für 1967 müssen wir damit rechnen, daß insgesamt 1100 (rund 1000 Deutsche) in Bayern das Staatsexamen ablegen werden. Hier zeigt sich also bereits deutlich, daß die Nachwuchswelle die Schwelle des Krankenhauses erreicht hat.

Wenn wir die Zeit nach dem Krieg überblicken, müssen wir sagen: Anfang der 50er Jahre hatten wir ein immenses Überangebot an Ärzten für die Krankenhäuser. Sie alle kennen die Probleme, die sich daraus ergaben. Anfang der 60er Jahre war zweifellos ein personeller Engpaß. Wir hatten einen echten Mangel an jungen Ärzten für die Krankenhäuser. Wir müssen uns leider darauf einstellen, daß wir Anfang der 70er Jahre wieder ein Überangebot haben werden, daß es also wieder zu echten Problemen für die Unterbringung von jungen Ärzten in Krankenanstalten kommen wird. Schon jetzt zeigen sich die ersten Schwierigkeiten bei der Unterbringung der Medizinalassistenten, da gerade in der Gynäkologie schon ein ganz schwerwiegender Engpaß besteht. Man kann sagen, daß heute jedes Krankenhaus — auch das weit entfernt liegende — laufend Anfragen von jungen Kollegen bekommt. Ich hoffe, daß diese bedauerliche Situation auf die Abiturienten reflektiert und daß man uns jetzt wenigstens glaubt, daß wir seinerzeit zu Recht vor dem Medizinstudium gewarnt haben.

Auf dem Land haben wir in der ärztlichen Versorgung einige Probleme: Es gibt eine Reihe von dringlich zu besetzenden Kassenarztsitzen, für die wir noch niemand gefunden haben. Das muß man für die Zukunft beachten.

Beim Zahlenverhältnis der Praktiker zu den Fachärzten sind wir uns alle darüber klar, daß eine genügende Zahl von Allgemeinärzten, und zwar eine Zahl, die weit größer ist als die der Fachärzte, als Grundlage der ärztlichen Versorgung unbedingt erforderlich ist. Das heutige System der freien Arztwahl in der Einzelpraxis steht und fällt mit einer genügenden Zahl von Praktischen bzw. Allgemeinärzten. Wenn wir das nicht erkennen, dann wird der Weg ins Ambulatorium, den wir nicht wollen, gegangen werden. Denn Fachärzte können nämlich nur gemeinsam den Praktiker ersetzen; damit ist schon die Grundlage des Ambulatoriums geschaffen.

In diesem Zusammenhang ganz kurz die Zahl der Facharztanerkennungen im Jahre 1966: sie betrug 276; 29% davon waren Ärztinnen. An der Spitze stand wie immer mit großem Abstand die innere Medizin mit 78 Anerkennungen. Es folgte die Chirurgie mit 41. In der Pädiatrie ist ein Gleichgewicht zwischen Männern und Frauen eingetreten: 13 Ärzte und 13 Ärztinnen haben die Anerkennung erhalten. Über die Zusatzbezeichnungen, wie Homöopathie, Naturheilverfahren usw., brauche ich nicht zu reden. Sie werden uns in der nächsten Zeit vom Grundsätzlichen her zu beschäftigen haben.

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Hinsichtlich der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung an den Wochenenden, an Feiertagen und immer häufiger — wenigstens in den Großstädten — auch an den Mittwochnachmittagen ist ein Grundsatzurteil des Bundesverwaltungsgerichts, also ein oberstgerichtliches Urteil, ergangen, durch welches die in Bayern vertretene Auffassung in vollem Umfang bestätigt wird und die Praxis in den übrigen Bundesländern als nicht vertretbar gekennzeichnet worden ist. Das Bundesverwaltungsgericht kam zu dem Ergebnis, daß man einen Facharzt für die allgemeine ärztliche Versorgung im Bereitschaftsdienst nur heranziehen kann, wenn er selbst sich für befähigt hält, einer solchen Aufgabe

Ganz gleich, ob man einen Hals besitzt...

so berühmt wie Caruso . . .

so schlank wie Nofretete . . .

so tragisch wie Maria Stuart . . .

oder so unersättlich wie Falstaff . .

wenn Racheninfekte und Halsschmerzen drohen oder gar schon plagen, dann schützen und heilen

Desber® **Halstabletten mit Vitamin C**

in der fortschrittlichen Durchdrückpackung mit 20 u. 100 Tabl.

WESTBURG Arzneimittel Bad Godesberg

noch gerecht zu werden. Ein Facharzt, der jahrelang nur in seinem Fachgebiet gearbeitet hat und der erklärt, daß er sich nicht mehr in der Lage sieht, plötzlich allgemeinärztlich tätig zu werden, kann nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts zum Bereitschaftsdienst nicht herangezogen werden. Wir haben diese Auffassung schon seit Jahren vertreten. Wir hatten Gespräche mit den Internisten und Chirurgen. Sie haben freiwillig erklärt, daß sie durchaus bereit sind und sich auch für befähigt halten, am ärztlichen Bereitschaftsdienst teilzunehmen. Aber die übrigen Fachärzte, die sogenannten Organfachärzte, werden mit Recht darauf hinweisen können, daß man von ihnen, wenn sie Jahre und Jahre hindurch auf ihrem Fachgebiet korrekt gearbeitet haben, nicht verlangen kann, daß sie am Samstag den Anforderungen der Allgemeinpraxis schlechthin gerecht werden. Wir dürfen es nicht so simplifizieren, daß wir sagen: Das kann der Röntgenologe ruhig machen, er braucht nur hinzufahren und die Frau oder den Mann ins Krankenhaus zu schicken. Da könnten wir die ärztliche Versorgung gleich durch Sanitäter sicherstellen. Das nenne ich nicht eine Sicherung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung. Und darauf hat die Bevölkerung ein echtes Anrecht.

Diese Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts mag manchem unbequem erscheinen. Sie ist sicher hieb- und stichfest und wir sollten sie auch beachten. Wie Sie wissen, liegt in Bayern die Regelung des Bereitschaftsdienstes völlig in der Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigung. Ich halte das auch für eine vernünftige Lösung.

Ausländische Ärzte

Ein Thema möchte ich auch in diesem Jahr, und zwar in diesem Jahr mit ganz besonderem Ernst, ansprechen, nämlich das der Tätigkeit ausländischer Ärzte an unseren Krankenhäusern. Ich habe in keinem Jahr versäumt, auf die Problematik, die damit verbunden ist, hinzuweisen. Wir haben zur Zeit in Bayern 486 ausländische Ärzte registriert, die mit einer Arbeitsgenehmigung an unseren Krankenhäusern tätig sind. Im Bundesgebiet sind es rund 4000. Ich möchte ganz klar bekennen, daß die Bundesrepublik Deutschland eine kulturelle Verpflichtung hat, junge Ärzte, vor allem aus den Entwicklungsländern, in den Kliniken in einem vertretbaren Umfang weiterzubilden, um sie zu befähigen, daß sie dann in ihrer Heimat als Allgemeinärzte oder Fachärzte tätig werden. Dieser kulturellen Aufgabe sollten wir uns nicht entziehen.

Mit größter Sorge beobachten wir aber, daß sich diese Kollegen nunmehr geradezu organisiert haben, und daß sie ihre Tätigkeit an unseren Krankenanstalten leider keineswegs als Vorbereitung für ihre ärztliche Tätigkeit im Heimatland betrachten, sondern als erste Stufe auf dem Weg zur Erlangung der deutschen Approbation, der deutschen Staatsbürgerschaft und der Niederlassung in Deutschland. Das ist eine Entwicklung, der wir uns mit aller Härte entgegensetzen müssen. Wir haben zur Zeit in Bayern 115 Kollegen aus Persien, 55 aus der Türkei und 43 aus Griechenland — um nur die stärksten Gruppen zu nennen. Gerade in diesen Arztkreisen — besonders bei den iranischen, türkischen und griechischen Ärzten — ist aber die Neigung, wieder nach Hause zurückzukehren, am allergeringsten, trotzdem in diesen Ländern die Not an Ärzten am allergrößten und die ärztliche Versorgung am allerschlechtesten ist! Wenn wir also ausländischen Kollegen die Möglichkeit geben, im Bundesgebiet zu bleiben, geben wir ihnen zwar die Chance, an unserem besseren Lebensstandard teilzunehmen, aber wir versündigen uns an der Bevölkerung dieser Länder. Dieser Grundsatz muß ganz klar herausgestellt werden. Auch wenn wir durchaus anerkennen, daß uns die Tätigkeit dieser Kollegen in den vergangenen Jahren geholfen hat, einen Engpaß zu überwinden, kann daraus kein Rechtsanspruch abgeleitet werden.

Bundestagsabgeordnete, die diesen Kollegen helfen wollten, haben kürzlich im Bundestag eine Anfrage eingebracht. Sie fragten, ob der Herr Innenminister nicht endlich bereit sei, für Ausländer, also für Männer, die eine deutsche Frau heiraten, die gleichen Rechte einzuräumen wie für Ausländerinnen, die einen Deutschen heiraten. Sie wissen: Wenn eine Ausländerin einen Deutschen heiratet, bekommt sie automatisch mit der Eheschließung das Anrecht auf die deutsche Staatsbürgerschaft.

Der Herr Innenminister hat eine klare Antwort gegeben. Er hat den Anfragern klargemacht, daß hier von einer Gleichbehandlung in diesem Sinne keine Rede sein könne, ja, daß sie geradezu widersinnig wäre. Ich möchte von unserer Sicht her sagen, daß zwar die Ehe eines ausländischen Arztes mit einem deutschen Mädchen ein aufhebbarer Akt ist, daß aber die einmal erteilte deutsche Approbation leider in diesem Zusammenhang nicht mehr zurückgenommen werden könnte.

Ich darf dankend anerkennen, daß das Bayerische Staatsministerium des Innern den von mir vorgetragenen Standpunkt voll teilt. Die Gesundheitsabteilung steht auf dem Standpunkt, daß wir zwar Weiterbildungsverpflichtungen haben, daß aber die Arbeitsgenehmigungen an einer deutschen Krankenanstalt ursächlich mit dem Zweck der Weiterbildung verbunden sind und nicht dem Ziele dienen dürfen, in Deutschland zu bleiben.

Gemeinschaftspraxis – Praxisgemeinschaft

In diesem Zusammenhang stehen schon die ersten Diskussionen zum Thema „Gruppenpraxis", Stichwort „Mayo-Klinik", Wiesbaden. Wir hatten im Vorstand geglaubt, dieses Thema auf die Tagesordnung des heutigen Bayerischen Ärztetages setzen zu sollen. Nachdem aber inzwischen der Vorstand der Bundesärztekammer beschlossen hat, dieses Thema im nächsten Jahr auf dem Deutschen Ärztetag breit zu erörtern, haben wir es für richtiger gehalten, es heute nicht vorzubehandeln. Deshalb möchte ich nur sagen, daß wir in Bayern bisher rund 150 Gemeinschaftspraxen haben.

Die Entwicklung zur begrenzten Gemeinschaftspraxis, z. B. zur gemeinsamen Berufsausübung zweier Ärzte, scheint mir in unserer Zeit zu liegen. Ich kann in ihr nichts Negatives erblicken. Wir sollten sie also nicht grundsätzlich ablehnen, sondern das Thema in Ruhe erörtern und sehen, wo man die Regulierung einsetzen lassen muß. Ich halte es nicht für richtig, zu sagen — wie es in manchen Teilen des Bundesgebietes geschieht —, es sei falsch, wenn zwei Ärzte miteinander die Praxis ausüben. Das ist um so mehr falsch, als wir die sog. Praxisgemeinschaft — also die Ausübung der ärztlichen Praxis, offiziell getrennt, aber in den gleichen Räumen — sowieso nicht verbieten können. Darum bin

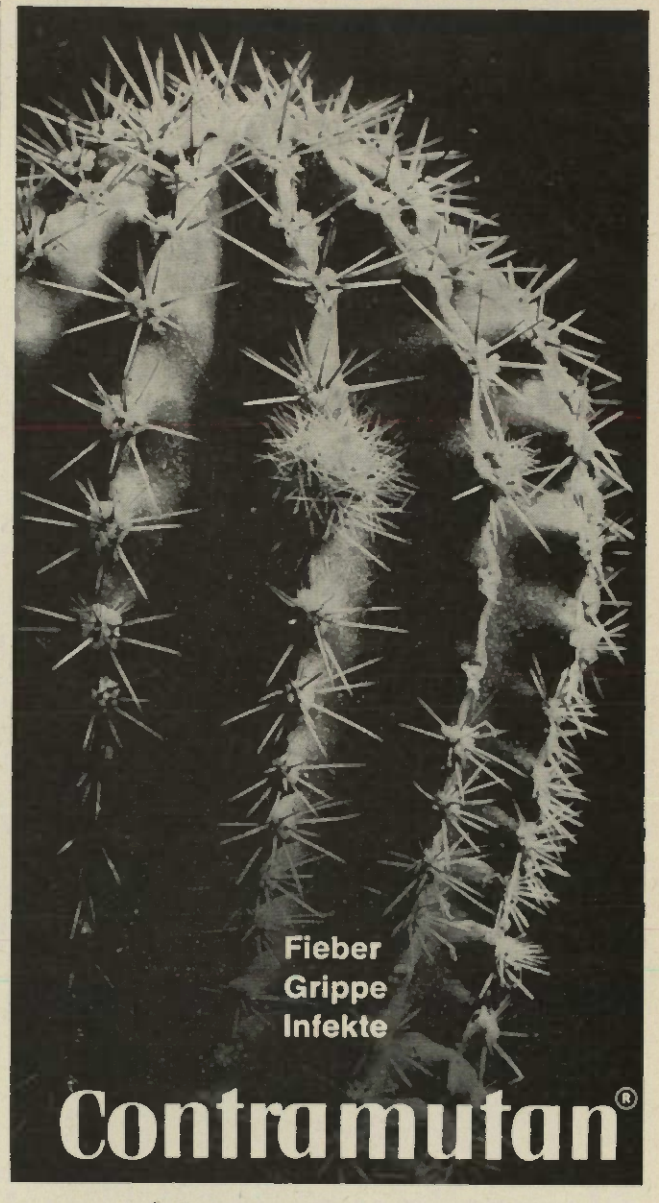
ich der Meinung, daß die richtige Gemeinschaftspraxis noch das klarere System ist.

Das Thema „Gruppenpraxis — Mayo-Klinik" will ich hier nicht anschneiden. Es soll in der Ärzteschaft allgemein weiter diskutiert werden. Gott sei Dank haben sich die Meinungen etwas abgeklärt. Manche, die so sehr begeistert in diesen Plan hineinsprangen, haben inzwischen erkannt, daß das nicht die letzte Lösung ist. Manchem ist aufgefallen, daß inzwischen weitere Mayo-Kliniken in den Vereinigten Staaten entstanden sein müßten, wenn das System der Mayo-Klinik, wie es in Rochester praktiziert wird, wirklich der Stein der Weisen bzw. der alleinige Weg des Fortschritts wäre. Sie ist aber noch immer ein Singulum geblieben.

Belegärzte – Chefärzte

Eine außerordentliche Sorge bereitet uns die Situation der Belegärzte und auch der hauptamtlichen Chefärzte. Wenn ich mit diesen beginne, so kann ich wohl ganz allgemein sagen, daß die Tendenz der Krankenhausträger immer mehr dahin geht, den hauptamtlichen Chefarzt in seinen Rechten einzuengen, seine Bewegungsfreiheit mehr und mehr zu begrenzen, seine Einnahmemöglichkeiten immer mehr der Krankenhauskasse zugänglich zu machen als ihm selbst. Es ist also die Tendenz, den Chefarzt in die Situation des normalen Beamten zu bringen mit der Begründung, daß eigentlich nicht einzusehen sei, warum er so viele Privilegien hat, wenn sie nicht auch anderen zustehen. Das ist eine sehr bedenkliche Entwicklung; denn sie verkennt die besondere Situation des Arztes am Krankenbett. Wir müssen uns hier sehr aufmerksam der Entwicklung widmen und dafür Sorge tragen, daß die Einbrüche, die leider zum Teil schon erfoigt sind, kein alizu großes Ausmaß annehmen.

Das gieiche gilt für die Situation der Belegärzte. Um deren Rechte und Pflichten an den Krankenanstalten Bayerns sind heiße Kämpfe entbrannt, die sich im wesentlichen um die Abgabenleistung der Belegärzte dreben. Sie wissen, daß wir die Honorierung des Belegarztes im kassenärztlichen Sektor in Gesamtverträgen geregelt haben. Dabei konnten nicht alle Wünsche der Belegärzte erfüllt werden, so z. B. nicht der Wunsch, daß alle Leistungen bezahit werden. Die Bezahlung der Einzelleistung beginnt ab DM 12.— nach oben. Der Belegarzt hat auch sonstige Verpflichtungen zu übernehmen. Die Kostenträger fordern aber nun, daß der Belegarzt von seinem Honorar Unkostenabgaben an das Krankenhaus leistet. Sie begründen es damit, daß die Sätze der GOÄ nicht nur das Honorar, sondern auch die Unkosten abgelten. Nachdem die Unkosten die Krankenhausträger haben, verlangen sie, daß die entsprechenden Sätze auch abgeführt werden müßten. Wir haben erklärt, daß die Frage, ob die Unkosten ausscheidbar enthalten sind oder nicht, gar nicht im Vordergrund stehe, sondern daß die Leistungen, die der Belegarzt im Krankenhaus erbringt — einmal durch seinen Honorarverzicht auf die Leistungen unter DM 12.— und dann durch die Erbringung von Konzilien —, durch die Behandlung und Unterrichtung von Krankenpflegepersonal so umfangreich sind, daß eine mögliche Unkostenforderung damit zumindest abgegolten ist. Das führte zu sehr harten Auseinandersetzungen. Die Krankenhausträger fordern unter dem Druck der Krankenkassen von ihren Belegärzten in zunehmendem Umfang



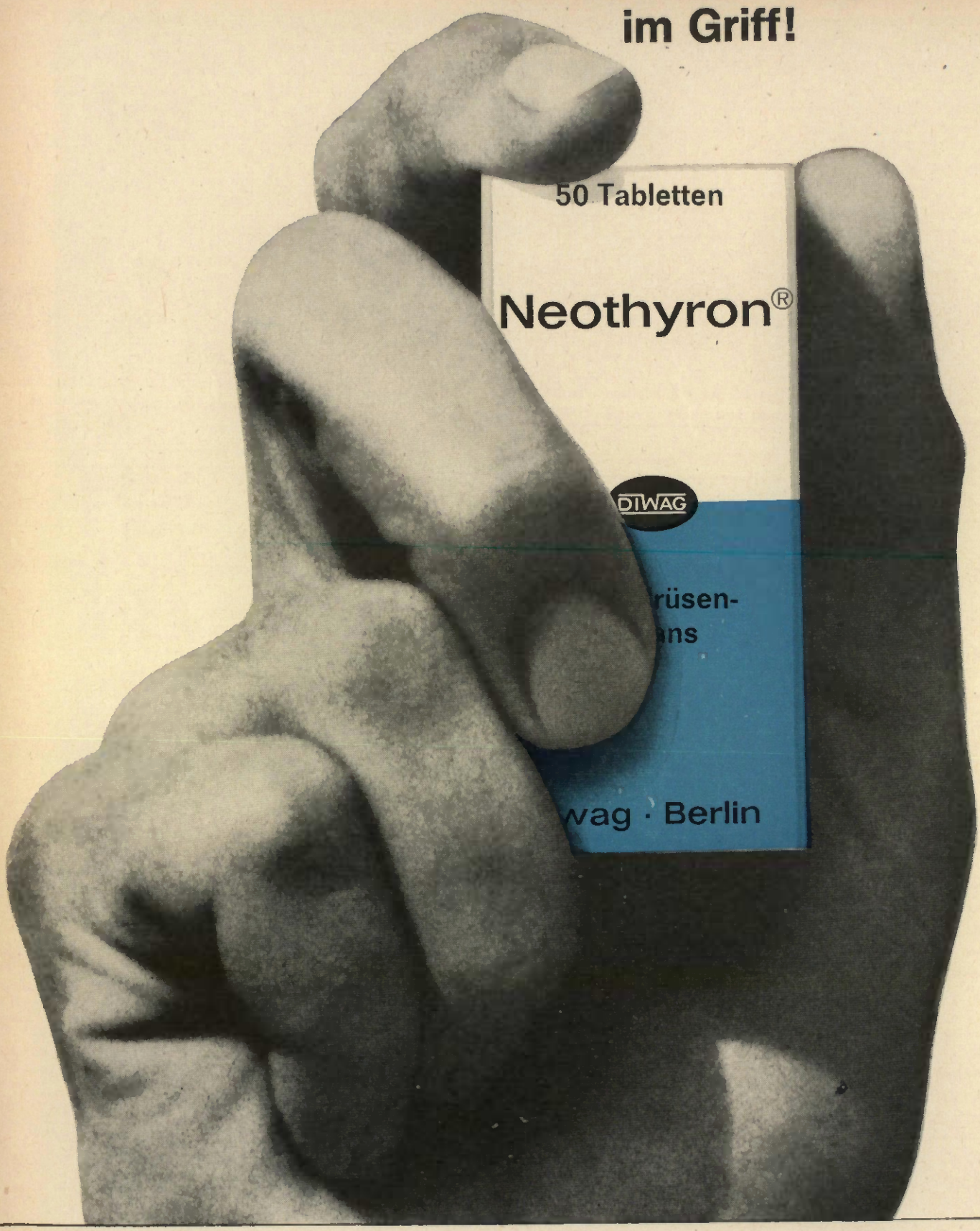
weckt
die körpereigene Abwehr

- aktiviert das RES
- stützt den Kreislauf
- verkürzt die Infektdauer
- kupiert zuverlässig
  die drohende Grippe

ArzneiMüller
Bielefeld

Tropfen OP 20 und 50 ml
Dragees OP 40 und 100 St.
Kinderzäpfchen OP 10 St.

Schilddrüsen-Regulation im Griff!



DM 782

Neothyron normalisiert die Schilddrüsentätigkeit von verschiedenen Seiten: Trijodthyronin bremst die Bildung und Ausschüttung von TSH. Reserpin dämpft störende Impulse des Zwischenhirns und vermindert auf diesem Wege die Produktion von TSH. Das Barbitursäure-Derivat hat einen sedierenden Einfluß auf das Großhirn, fängt psychische Noxen ab und vermindert die Impulse zu den hypothalamischen Zentren, der Bildungsstätte der Neurohormone.

Indikationen: Leichte bis mittelschwere Hyperthyreosen, euthyreote diffuse Kröpfe, Rezidivprophylaxe nach subtoteler Resektion, neurozirkulatorische Dystonien mit Schilddrüsenbeteiligung, ausgebrannte Hyperthyreosen, floride endokrine Ophtalmopathie.

Zusammensetzung: L-3,5,3'-Trijodthyroninhydrochlorid 0,01 mg, Reserpin 0,1 mg, Methylphenyl-äthyl-barbitursäure 60 mg/Tabl.

50 Tabletten DM 5,30 o.U. Diwag · Berlin

solche Abgaben. Die Frage wird im November auf Bundesebene diskutiert, und zwar in einem Kreis, der sich aus Vertretern der Krankenhausträger, der Bundesverbände der Krankenkassen und uns zusammensetzen wird. Ich hoffe, daß wir zu einer vernünftigen Lösung kommen werden.

Eines muß ich hier feststellen: Unsere Position gegenüber den Krankenhausträgern, ob als Belegarzt oder als hauptamtlicher Chefarzt, steht und fällt mit der Solidarität der Ärzte. In dem Augenblick, in dem Kollegen ihre Verträge unterschreiben, weil sie sagen: „Lieber einen schlechten Vertrag als gar keinen", werden wir auf einem zunehmend aussichtslosen Posten kämpfen. Das möchte ich abschließend betonen.

Ärzte im EWG-Bereich

Über die Entwicklung im EWG-Bereich möchte ich ganz allgemein sagen, daß der Zug langsam fährt. Die Schwierigkeiten, die wir zu überwinden haben, sind außerordentlich groß. Es zeigt sich jetzt, wo es um die Einzelheiten geht, daß die Unterschiede in der Entwicklung, aber auch in der Mentalität der zusammengeschlossenen Länder und Völker außerordentlich groß sind, und damit noch viele Schwierigkeiten überwunden werden müssen.

Geburtenregelung – Sterilisation – Feststellung des Todes

Lassen Sie mich noch einige Fragen ansprechen, die in der Tagesdiskussion nicht sehr in Erscheinung treten, die aber doch für die ärztliche Berufsausübung zunehmende Bedeutung gewinnen: Ich spreche die Aufgabe des Arztes im Bereich der Familienplanung und der Geburtenregelung an, dann das Problem der Sterilisation, und schließlich eine Frage, die mich sehr belastet, obwohl sie gar nicht so sehr tagesaktuell ist, nämlich die Frage der Feststellung des Todes.

Zur **Geburtenregelung** möchte ich sagen, daß wir den niedergelassenen Arzt gar nicht oft genug darauf aufmerksam machen können, daß er sich mit diesen Fragen vertraut machen muß, wenn er seine Rolle als Berater der Familie, also als Hausarzt, wirklich aufrechterhalten will. Die Familien kommen nun einmal mit diesen Fragen zu ihrem Arzt, und wenn er ihnen keine klare und vernünftige Antwort geben kann, dann werden die Frauen eben woanders hingehen und sich beraten lassen. Dann geht eine Aufgabe verloren, die am besten in der Hand des Arztes — des einzelnen Arztes — aufgehoben ist. Gerade hier ergibt sich für die Fortbildung ein breites Feld. Ich weiß, daß das schon längst erkannt wurde, und daß man sich mit diesen Problemen beschäftigt. Daß in diesem Zusammenhang schon sehr heikle Fragen auftreten können, möchte ich an dem Beispiel zeigen, das mit der Propagierung bzw. Einführung der intrauterinen Spirale aufgetaucht ist. Da stand plötzlich die Frage offen, ob das überhaupt noch Vorbeugung gegen eine Schwangerschaft ist oder bereits Zerstörung des Lebens, indem durch diese Spirale ein befruchtetes Ei so alteriert wird, daß es der Uterus abstößt. Diese Frage muß man ernst nehmen und diskutieren. Ich möchte sie deswegen hier ansprechen, um zu zeigen, daß der Arzt vor sehr verantwortungsvollen Fragen steht. Sie finden dieses Thema immer wieder in den Mittelpunkt der Betrachtungen gestellt.

In der Frage der **Sterilisation** müssen wir uns in der nächsten Zeit zu einem Standpunkt bekennen. Die Frage der Sterilisation ist durch den Fall DOHRN in das Licht der Öffentlichkeit gerückt. Sie erinnern sich, daß der Kollege Dohrn in Niedersachsen in großer Zahl Sterilisationen auch an sehr jungen Frauen durchgeführt hat. Er wurde angeklagt und zunächst verurteiit. Dann wurde er vom Bundesgerichtshof freigesprochen, der erklärte, es gebe in Deutschland keine Strafvorschrift mehr, die freiwillige Sterilisation mit Strafe bedroht. Diese Gesetzeslücke kann nur durch den Gesetzgeber geschlossen werden. Damit ist klargestellt, daß nicht nur in Bayern, wo es schon längstens Recht ist, daß das Erbgesundheitsgesetz nicht mehr gilt, sondern im ganzen Bundesgebiet, keine Rechtsvorschrift besteht, aufgrund deren man einen Arzt, der freiwillige Sterilisierungen vornimmt, bestrafen kann. Das ist eine Feststellung. Ich habe in diesem Jahre in Grado gesagt — das ist inzwischen auch durch die medizinische Presse gegangen —, daß im Grunde eigentlich nur noch nach der sittlichen Norm gemessen werden kann, also nach den Grundsätzen der ärztlichen Ethik, indem man fragt: Hat der Arzt verantwortlich gehandelt oder nicht? Aber auch dann muß man feststellen, daß es im Strafgesetzbuch eine Strafvorschrift für diesen Arzt nicht gibt.

Die für uns viel bedeutungsvollere Frage ist aber: Sollen wir Ärzte einer gesetzlichen Regelung das Wort sprechen? Sollen wir dafür plädieren, daß der Gesetzgeber ein Bundesgesetz erläßt, in dem festgelegt wird: Eine freiwillige Sterilisation darf nur vorgenommen werden, wenn diese und jene Indikation vorliegt. Das wäre in der Praxis schon fast eine analoge Regelung wie für die Schwangerschaftsunterbrechung. Das würde zur Folge haben, daß man auch bei den Kammern so wie bei der Interruption Gutachterausschüsse einrichten müßte, so daß praktisch jede Sterilisation im formellen Verfahren über einen Gutachterausschuß zu genehmigen wäre.

Ich habe die größten Bedenken dagegen, daß man durch eine gesetzliche Regelung eine Reglementierung schafft, einen neuen Strick um den Hals des Arztes legt, in einer Frage, für deren Beurteilung die ethischen Grundsätze ärztlicher Berufsausübung nach meiner Überzeugung voll ausreichen.

Wir sollten die Entscheidung darüber, ob eine Sterilisation gerechtfertigt ist oder nicht — wenn sie von der Frau her überhaupt gewünscht wird — allein in das Gewissen des Arztes stellen. Damit hat er die Möglichkeit, primär seine religiöse und weltanschauliche Auffassung zum Tragen zu bringen. Er kann sich auf den Standpunkt stellen: „Das tue ich überhaupt nicht." Oder, wenn er der Meinung ist, daß es gerechtfertigte Sterilisationen gibt, dann soll er im eigenen Ermessen entscheiden, ob er diesen Eingriff durchführen will oder nicht. Der Arzt hat so viele verantwortungsvolle Eingriffe durchzuführen und Entscheidungen zu treffen, daß diese Entscheidung über die Sterilisation durchaus in diesen Rahmen paßt.

In diesem Sinne habe ich mich auch bei den Beratungen auf Bundesebene geäußert. Ich wäre dankbar, wenn Sie sich darüber Gedanken machten und wir über dieses Thema auch weitere Diskussionen pflegten.

Zum letzten — und das ist noch gar nicht so sehr in den Rahmen der Diskussion gerückt — zur immer bedeutungsvoller werdenden Frage: **Wann ist der Mensch eigentlich tot?** Herr Professor WACHSMUTH hat zu der Frage: „Wann kann man zu diesem Ergebnis kommen?", in seiner Präsidentenrede auf dem Chirurgenkongreß sehr grundlegende Ausführungen gemacht. In der ganzen Welt steht heute die Frage in der Diskussion: Welche Feststellungen muß der Arzt treffen, bevor er sagen kann: Dieser Mensch ist tot! Ausgelöst wurde die Frage vor allem — das habe ich erst neulich in den Vereinigten Staaten feststellen können — dadurch, daß die Organtransplantation eine immer größere Bedeutung gewinnt. Man sagt: Wenn man einem Menschen ein Organ entnimmt, um es einem anderen einzupflanzen, muß man vorher mit absoluter Sicherheit sagen können: Er ist tot. Denn, wenn er nicht tot ist, und man entnimmt ihm das Organ, tötet man ihn unter Umständen. Ich glaube, daß man es nicht aus dieser Sicht allein sehen darf. Denn die ärztliche Entscheidung, zu sagen: „Es geht darum, ihm ein Organ zu entnehmen" oder „Es geht darum, ihn zu beerdigen", ist mit Sicherheit in ihren Folgen die gleiche. Insofern müssen wir uns darüber klar sein, daß damit eine außerordentlich verantwortungsvolle Aufgabe vor uns liegt. Es werden Forderungen erhoben, die sehr weit gehen, wenn man z. B. fordert, daß im Einzelfalle das EEG klar sagen muß: Es ist kein Strom mehr vorhanden.

Es wird aber schon gefordert, daß man darüber hinaus etwa die Biopsie als Beweismittel heranzieht. Es ist gerechtfertigt, über diese Dinge nachzudenken und zu diskutieren; denn keiner von uns möchte die Verantwortung dafür übernehmen und die Schuld dafür haben oder auch nur die Sorge in sich tragen, er hätte einmal eine Todesfeststellung getroffen, obwohl sie möglicherweise mit einem Schimmer von Wahrscheinlichkeit nicht zutreffend war. Auf der anderen Seite müssen wir uns aber darüber klar sein, daß wir diese Frage auch aus der Sicht der möglichen Überforderungen des Arztes sehen müssen, indem man eines Tages vielleicht zu dem Ergebnis kommen kann, daß der normale Arzt überhaupt nicht mehr in der Lage ist, einen Tod festzustellen, wenn die Normen für die Feststellung des Todes immer komplizierter werden. Das wiederum hat Konsequenzen, die gar nicht absehbar sind. Ich möchte diese Fragen deshalb in Ihren Blick bringen, weil sie noch in den Anfängen stecken, aber mit Sicherheit für die allernächste Zukunft sehr große Bedeutung gewinnen. Wir sollten uns an diesen Gesprächen beteiligen, damit die ärztliche Meinung breit zum Tragen kommt und damit nicht einige kleine Gremien allein dafür die Verantwortung zu tragen haben.

Gesundheitsvorsorge

Dann komme ich noch zu unserer Aufgabe der Mitwirkung in der Gesundheitsvorsorge. Zum Thema **Krebs** habe ich schon berichtet, daß wir die Schule für zytologische Assistentinnen eröffnet haben. Wir wollen damit einen kleinen Beitrag leisten.

Ich bitte Sie, den Kollegen draußen zu sagen, daß in den Bakteriologischen Untersuchungsanstalten Regensburg und München Untersuchungen auf die **Phenylketonurie** durchgeführt werden, eine Untersuchung beim Neugeborenen, die entscheidend sein kann für das weitere Lebensschicksal, wenngleich es sich zahlenmäßig natürlich um Relationen handelt, bei denen von einer Häufigkeit nicht mehr gesprochen werden kann. Aber es kommt hier auf das Einzelschicksal an.

Über die Entwicklung der **Mutterschutzuntersuchungen** kann ich Ihnen noch keine Zahlen nennen. Es liegen bisher zu wenig abgeschlossene Fälle vor. Diese Untersuchungen sind in die Regie der Kassenärztlichen Vereinigung übergegangen. Das umstrittene Sprechstundenblatt wird weiter entwickelt. Wir haben schon früher gesagt, daß es nicht ein ehernes Dokument, sondern eine erste Stufe ist. Ich hoffe, daß es noch den Erfahrungen angepaßt werden kann, aber nicht im Sinne einer Simplifizierung. Ich sage dieses Jahr wieder — wie im vergangenen —, daß es nicht dahin kommen darf, daß es zweierlei Schwangerenbetreuung gibt, nämlich eine gute, umfassende in der Klinik und eine einfache draußen beim Arzt. Das wäre eine böse Entwicklung für die Rolle des Arztes in der Gesundheitsvorsorge.

Über **Diabetes** werden wir gesondert sprechen.

Zu den **Jugendarbeitsschutzuntersuchungen** kann ich berichten, daß die Gesamtzahl der Untersuchungen im vergangenen Jahr rund 138 000 betrug. Das Mißverhältnis zwischen erster Untersuchung und Nachuntersuchung hat sich gebessert, ist aber immer noch vorhanden. Die gesetzlichen Bestimmungen werden in diesem Sektor nach wie vor ungenügend beachtet.

Im Zusammenhang mit den Jugendarbeitsschutzuntersuchungen kann ich eine Sorge nicht unterdrücken, die mir in der letzten Zeit immer deutlicher geworden ist. Die ärztliche Standesvertretung bemüht sich außerordentlich, die Entwicklung des werksärztlichen Dienstes zu fördern. Wir stehen auf dem Standpunkt, daß dieser werksärztliche Dienst außerordentliche Bedeutung für die arbeitenden Menschen hat, und daß deshalb immer mehr Werksärzte tätig werden sollen. Auf der anderen Seite beobachte ich aber, daß in den großen Betrieben, in denen bereits Werksärzte tätig sind, die Jugendarbeitsschutzuntersuchungen immer mehr in den Händen der Werksärzte bleiben und die freie Arztwahl für die Jugendlichen unterbunden wird. Das ist nicht — ich sage das ausdrücklich — die Schuld der Werksärzte. Sie bestellen die Jugendlichen nicht. Aber die Betriebe bringen den Eltern der Lehrlinge gegenüber zum Ausdruck, daß die Untersuchungen, wenn das Mädchen oder der Bub angenommen werden sollen, natürlich beim Werksarzt gemacht werden. Die Zahl der Fälle, in denen wir konkret sehen, daß hier tatsächlich die freie Arztwahl ausgeschaltet wird, nimmt leider ganz eindeutig zu. Ich bitte gerade unsere werksärztlichen Kollegen, die Frage einmal offen zu diskutieren; denn ich möchte nicht, daß das Verhältnis der Werksärzte zu den freipraktizierenden Ärzten durch diese einseitige Entwicklung belastet wird. Nachdem ein Repräsentant der Werksärzte in unserer Mitte ist, darf ich das in aller Offenheit sagen. Ich habe Herrn BERENSMANN bereits gebeten, diese Frage in dem Ausschuß der Bundesärztekammer einmal offen zu beraten. Je offener wir miteinander reden, desto eher finden wir eine saubere Lösung.

Letztlich darf ich noch darauf hinweisen, daß nun wieder die **Polio-Schluckimpfungen** anlaufen. Sie werden durch die Gesundheitsämter durchgeführt. Wir Ärzte sollten sie aber weitestens unterstützen. Wir sollten

allen unseren Familien, die wir betreuen, sagen, daß sie ihre Kinder unbedingt dieser Schluckimpfung zuführen müssen. Sie erinnern sich, daß die Polio-Schluckimpfung ein sensationeller Erfolg gewesen ist. Er wird gefährdet, wenn nun an die Stelle der Bereitschaft zur Teilnahme die Gleichgültigkeit tritt, weil man sagt, es gebe sowieso keine Poliomyelitis mehr und man brauche auch nicht mehr zur Schluckimpfung zu gehen. Wir müssen immer wieder in den Familien sagen, daß die Zahl der Poliomyelitisfälle sofort wieder zunehmen kann, wenn die Impflücken immer größer werden, wenn die breite Decke des Impfschutzes weiter durchlöchert wird. Also: Große Unterstützung der Bemühungen unserer Gesundheitsverwaltung gerade in diesem Bereich!

Ganz allgemein möchte ich sagen, daß wir die Bedeutung der Vorsorge im Rahmen der Arbeit des freipraktizierenden Arztes ganz klar erkennen müssen. Es wäre fahrlässig von uns, sie etwa als eine lästige Erscheinung dieser Zeit zu betrachten. Die Gesundheitsvorsorgeuntersuchung kann einmal zum entscheidenden Bestandteil ärztlicher Tätigkeit und ärztlichen Arbeitsvolumens werden.

Damit beende ich meinen Tätigkeitsbericht. Ich bitte, ihn als Anregung für die Diskussion zu betrachten, und wäre dankbar, wenn wir die Themen diskutieren könnten.

Dank für Mitarbeit

Ich schließe mit meinem Dank an meine Kollegen, an die Mitglieder des Vorstandes, an meine Mitarbeiter. Das, was die Kammer tut, ist nur möglich aufgrund der bereitwilligen und breiten Mitarbeit aller, die ein Amt übernommen haben. Wir wären sonst nicht in der Lage, die uns gestellten Aufgaben zu erfüllen.

arthrosenex®
hat

seine Schuldigkeit getan*
Der Patient kann wieder gehen

*
Arthrosenex beseitigt Spannungsschmerzen hemmt die Progredienz des Gelenkverschleißes durch Normalisierung des gestörten Stoffwechsels im arthrotischen Gelenkknorpel

B BRENNER
Georg A. Brenner Arzneimittel-Fabrik GmbH
Alpirsbach/Schwarzwald

Bericht über die Aktion der Bayerischen Landesärztekammer zur Früherkennung der Zuckerkrankheit

Von Dr. Hans J. Sewering

Der Diabetes als Einzelschicksal ist eine Erkrankung, welche in den Lebenslauf eines Menschen erheblich eingreift, denn es handelt sich nicht um eine heilbare, sondern um eine nur steuerbare, aber lebensbegleitende Krankheit. Ein an Diabetes erkrankter Mensch ist bei entsprechender ärztlicher Führung und Einhaltung der ihm auferlegten Lebensgrundsätze voll berufsfähig, seine Erlebenschancen unterscheiden sich kaum mehr von denen der übrigen Bevölkerung. Dennoch ist die Diabeteserkrankung im Laufe der vergangenen Jahre immer mehr zu einem gesundheitspolitischen Problem geworden. Untersuchungen — nicht nur in Deutschland — zeigen eindeutig eine beunruhigende Zunahme der Zahl der Diabeteskranken.

Darüber hinaus erweckten Beobachtungen, die in verschiedenen Ländern gemacht wurden, den begründeten Verdacht, daß noch eine große Zahl unbekannter Zuckerkranker unter uns leben, die lediglich deshalb noch nicht entdeckt wurden, weil die Krankheitssymptome bei ihnen nicht genügend ausgeprägt sind, um sie zu veranlassen, einen Arzt aufzusuchen. Nachdem aber schon seit langem bekannt ist, daß ein über Jahre bestehender Diabetes erhebliche organische Schäden verursachen kann, die zum Zeitpunkt der Feststellung der Erkrankung nicht mehr reparabel sind, wird die Forderung nach einer möglichst frühzeitigen Feststellung der Erkrankung immer dringlicher erhoben.

Der 19. Bayerische Ärztetag, der vom 7. bis 9. Oktober 1966 in Bad Wiessee tagte, vertrat deshalb in seinen gesundheitspolitischen Beratungen die Auffassung, daß Maßnahmen zur Früherkennung des Diabetes in Bayern unverzüglich in die Wege geleitet werden müssen. Um dafür die notwendigen Grundlagen zu schaffen und Erfahrungen zu sammeln, beauftragte der Bayerische Ärztetag die Bayerische Landesärztekammer, einen Modellversuch für Diabetes-Früherfassung in der Landeshauptstadt München durchzuführen.

Bitte diese Ecke abschneiden, wenn Sie selbst zuckerkrank sind

Bitte diese Ecke abschneiden, wenn Großeltern, Geschwister, Vater, Mutter, Kinder oder andere Blutsverwandte zuckerkrank sind

Bayerische Landesärztekammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Aktion zur Früherkennung der Zuckerkrankheit

(Auch bereits in Behandlung befindliche Diabetiker sollen sich daran beteiligen)

Liebe Münchnerinnen und Münchner!

Es geht um Ihre Gesundheit. Beteiligen Sie sich an dieser Früherfassungsaktion; sie ist für Sie **kostenlos.**

Die Zahl der Zuckerkranken steigt ständig an. Viele Menschen sind zuckerkrank, ohne es zu wissen. Die unbehandelte Zuckerkrankheit ist gefährlich und häufig die Ursache anderer Krankheiten. Sie verkürzt das Leben. Nur durch frühzeitige Erkennung und Behandlung kann geholfen werden.

Wir möchten nun allen Einwohnern Münchens die Möglichkeit geben, sich an dieser Aktion zur Früherkennung der Zuckerkrankheit zu beteiligen.

Diesem Brief liegt ein Teststreifen bei, mit dem festgestellt werden kann, ob bei Ihnen ein Verdacht auf Zuckerkrankheit besteht.

Bitte tun Sie folgendes:

1. Nehmen Sie ein Frühstück oder Abendessen zu sich, das drei bis vier Scheiben Brot oder ein bis zwei Semmeln – Aufstrich wie üblich – sowie mit Zucker gesüßte Getränke enthalten soll. (Für Personen, bei denen bereits eine Zuckerkrankheit festgestellt wurde, gilt dies nicht; sie sollen die in ihrem Diätplan verordnete Nahrungsmenge zu sich nehmen. Säuglinge und Kleinkinder erhalten ihre übliche Nahrung!)
2. Etwa 2 Stunden – nicht früher! – nach dem Frühstück oder Abendessen entnehmen Sie aus beiliegendem Rücksendefreiumschlag Teststreifen und Filterpapiertüte. Kurz vor der Verwendung die Schutzhülle aufziehen. Teststreifen am ungefärbten Ende entnehmen. Gefärbtes Ende des Teststreifens einige Sekunden in den Harnstrahl halten oder in den frisch gelassenen Urin tauchen. Das Gefäß, in dem Sie gegebenenfalls den Urin auffangen, muß sauber und vollkommen trocken sein.
3. Teststreifen sofort in die Filterpapiertüte legen, da sonst das Ergebnis verfälscht werden kann.
4. Hinweise an den Ecken dieses Briefes noch einmal gründlich durchlesen und die Ecke oder die Ecken abschneiden, die für Sie zutreffen.
5. Brief in jedem Fall zurückschicken, auch wenn Sie bereits von Ihrer Zuckerkrankheit wissen! Stecken Sie **diesen Brief und die Filterpapiertüte mit dem Teststreifen** in den Rücksendefreiumschlag und werfen ihn in den nächsten Briefkasten.

Wenn bei Ihnen Verdacht auf Zuckerkrankheit bestehen sollte, werden nur Sie davon in einem Brief unterrichtet, mit dem Sie dann einen Arzt nach Ihrer Wahl aufsuchen sollen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. H. Sewering
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

← Nur für Frauen!

Bitte diese Ecke abschneiden, wenn Sie ein mehr als 4,5 kg (9 Pfd.) schweres lebendes oder totes Kind geboren haben

Bitte diese Ecke abschneiden, wenn Sie nierenkrank sind

Vorbereitung

Nachdem sich die Häuser BOEHRINGER/Mannheim und Farbwerke HOECHST zur finanziellen Unterstützung und Mitwirkung bereit erklärt hatten, wurde in einer kleinen Arbeitsgruppe die Vorbereitung dieses Modellversuches in Angriff genommen. Es bestand sehr rasch darüber Klarheit, daß dieser Modellversuch seinen Zweck nur dann voll erfüllen kann, wenn er sich nicht darauf beschränkt, die unbekannten Diabetiker in der Landeshauptstadt München ausfindig zu machen. Es war notwendig, ihn so zu gestalten, daß auch klare Aussagen über die Epidemiologie des Diabetes gewonnen werden konnten. Dazu gehörte auch die genaue Erfassung der Zahl der bekannten Diabetiker.

Um diesen Forderungen gerecht zu werden, konnten wir uns auch nicht darauf beschränken, nur einen Teil der Bevölkerung in den Modellversuch einzubeziehen, obwohl wir uns darüber klar waren, daß die größte Zahl der unbekannten Diabetiker in den höheren Jahrgängen zu erwarten war. Dadurch bestimmte sich die Größenordnung des Versuches mit 1 169 014 zu testenden Personen. Daß bei dieser Größenordnung Blutzuckeruntersuchungen von vornherein ausscheiden mußten, bedarf wohl keiner besonderen Begründung. Es genügte aber auch nicht, Teststreifen für eine Urinuntersuchung zu versenden und die Angesprochenen aufzufordern, sich an einen Arzt zu wenden, wenn der Streifen sich verfärbt. Damit hätten wir zwar diejenigen Personen gefunden, bei denen der Verdacht auf eine Diabeteserkrankung bestand, es wäre aber nicht möglich gewesen, irgendwelche Aussagen epidemiologischer Art zu machen. Es mußten also nicht nur alle Einwohner Münchens angeschrieben werden, sondern auch die Rücksendung der Teststreifen zusammen mit einem Brief — in dem einige Fragen programmiert waren — vorbereitet werden. Unsere Hauptfragen waren die Beteiligung der Bevölkerung an einer solchen freiwillig durchgeführten Aktion, die Zahl der auf Diabetes verdächtigen Personen und die Zahl der bereits bekannten Diabetiker. Weiter interessierte uns die Geschlechter- und Altersverteilung sowie die familiäre Belastung und der Zusammenhang zwischen der Geburt übergewichtiger Kinder und einer Diabeteserkrankung bei Frauen.

Der Oberbürgermeister der Stadt München, Herr Dr. VOGEL, stellte uns in Erkenntnis der gesundheitspolitischen Bedeutung einer solchen Aktion die Einwohnermeldekartei als Adressenmaterial zur Verfügung. Damit waren wir in der Lage, jeden Münchener Bürger vom Neugeborenen bis zum Greis anzuschreiben.

In einem Brief an alle Münchener Bürger wurde unser Vorhaben erläutert und auf seine Bedeutung hingewiesen. Es wurde die Bitte ausgesprochen, sich an dieser Aktion zu beteiligen. Zugleich enthielt dieser Brief eine Gebrauchsanweisung für die Anwendung des Teststreifens. Wir mußten ja sicherstellen, daß der Test auch zu einem für die Erfassung der Diabeteserkrankung günstigen Zeitpunkt gemacht wurde. Deshalb gaben wir Empfehlungen für die Einnahme einer entsprechenden Mahlzeit, gewissermaßen als improvisierte Glukosebelastung, und baten, den Teststreifen zwei Stunden später zu benutzen. Die vorgenannten Fragestellungen — wie familiäre Belastung, Geburt übergewichtiger Kinder, bereits bekannter Diabetes und schließlich die Frage nach bestehenden Nierenerkran-

Zwei wohlschmeckende Spezifiko
für Kinder und Jugendliche:

NERV infant®

Sedotivum und Tonikum mit Vitomin B_1 und organischen Phosphorträgern. Brom- und barbitursäurefrei.

Sirup: Orig.-Fl. mit 100 ml
Kur-Flasche m. 500 ml
Suppositorien: 5 Stück
(siehe Rote Liste Seite 763)

B12-NERV infant®

Antianaemikum, Regulons bei Gedeih- und Wachstumshemmungen, Tonikum bei Schulmüdigkeit und nervösen Störungen.

Orig.-Flasche mit 100 ml
Kur-Flasche mit 500 ml
(siehe Rote Liste Seite 120)

JOSSA ARZNEI

APOTHEKER KURT MERZ 6497 STEINAU

kungen — wurden in die Ecken des Briefes gedruckt, so daß nur die entsprechende Ecke abgeschnitten werden mußte, wenn die Frage zu bejahen war.
Der Brief, der schließlich für die Verschickung vorbereitet wurde, enthielt somit das Anschreiben der Bayerischen Landesärztekammer, den Teststreifen mit einer Filtertüte und einen frankierten Briefumschlag für die Rücksendung.
Die bayerischen Ärzte waren schon durch den Bericht über den 19. Bayerischen Ärztetag in Bad Wiessee über die geplante Aktion informiert. In einem Brief in den „Münchner Ärztlichen Anzeigen" wurden dann die Münchener Kollegen noch besonders über den Ablauf der Aktion unterrichtet. Im Aprilheft des „Bayerischen Ärzteblattes" waren weitere Mitteilungen enthalten.
Nachdem wir eine möglichst hohe Beteiligung der Bevölkerung erreichen wollten, mußten wir uns darüber klar sein, daß eine breitangelegte Aufklärung erforderlich war. Wir nahmen deshalb die Verbindung mit Presse, Rundfunk und Fernsehen auf und bereiteten darüber hinaus Plakate vor, sowie Handzettel für die Münchener Schulen, welche in den Klassen verteilt werden sollten.

Durchführung

In Verhandlungen mit der Bundespost wurde die Versendung der rund 1,2 Millionen Briefe vorbereitet. Außerdem mußten wir aber auch entsprechende Vorsorge für den zu erwartenden Rücklauf und die Auswertung der Teststreifen treffen. Wir mieteten Räume im Münchener Messegelände und bauten dort eine Auswertestelle auf. Zur Mitarbeit bei der Auswertung konnten rund 40 Medizinstudenten gewonnen werden.
In einer großen Pressekonferenz am 6. April 1967 traten wir an die Öffentlichkeit und informierten ausführlich über unser Vorhaben. Das Echo und die Bereitschaft zur Information waren seitens aller Publikationsorgane — Presse, Rundfunk und Fernsehen — außerordentlich groß. Die gesundheitspolitische Bedeutung unserer Maßnahme fand uneingeschränkte Anerkennung.
Im Anschluß an die Pressekonferenz wurden die vorbereiteten Briefe zur Post gegeben und in München verteilt. Schon zwei bis drei Tage später setzte ein unerwartet großer Rückstrom der Antwortbriefe ein, so daß wir in unserer Auswertestelle alle Hände voll zu tun hatten. Die jungen Medizinstudentinnen und -studenten waren mit großem Eifer und viel Freude bei der Arbeit und bewältigten pro Tag bis zu 40 000 Antwortbriefe. Dabei hatten sie nicht nur die Teststreifen auf Farbumschlag zu prüfen, sondern auch die Briefe zu sortieren, je nach den abgeschnittenen Ecken mit den von mir bereits angegebenen Fragestellungen. Zur organisatorischen Leitung und Klärung von Zweifelsfällen standen Herren des Hauses Boehringer den ganzen Tag in der Auswertestelle zur Verfügung.

Ergebnisse

Die Beteiligung der Bevölkerung an unserem Modellversuch war unerwartet hoch. Sie betrug 72,03%. Von den 1 169 014 Briefen, die wir verschickten, waren rund 40 000 nicht zustellbar, 813 318 kamen zur Auswertung zurück. Diese Zahl zeigt zugleich den enormen Umfang der zu bewältigenden Arbeit. Man kann wohl sagen, daß eine so hohe Beteiligung an einer freiwilligen Aktion nicht erwartet werden konnte, um so mehr, wenn man bedenkt, daß der Kreis der Angesprochenen vom Neugeborenen bis zum hilflosen Greis reichte.
Für die Auswertung faßten wir jeweils fünf Jahrgänge in einer Altersgruppe zusammen. Es zeigte sich, daß die Frauen sich noch besser beteiligten als die Männer. Am höchsten lag die Beteiligung bei den Frauen zwischen 35 bis 40 Jahren mit 82,2%. Von den Männern der gleichen Altersgruppe beteiligten sich „nur" 74,3%. Die höchste Beteiligung bei der männlichen Bevölkerung lag bei den Knaben der Altersgruppe 5 bis 10 Jahre mit 76,3%, aber auch hier blieben die Mädchen mit 77,5% an der Spitze. Bei den Frauen zwischen 30 bis 70 Jahren sowie bei den Männern zwischen 35 bis 70 Jahren lag die Beteiligung in keiner Altersgruppe unter 71%, sie erreichte zum Teil 76%.
Von den ausgewerteten Teststreifen und Rückantworten waren 96,87% negativ, also unverdächtig. Wir fanden 10 517 Verdachtsfälle = 1,33% und 15 738 bekannte Diabetiker = 2%. Dabei waren die Männer mit 1,94%, die Frauen mit 2,04% beteiligt. Ein signifikantes Übergewicht zeigte sich bei den Frauen zwischen 70 und 80 Jahren. Von den Frauen zwischen 75 bis 80 Jahren gaben 9,19% an, einen Diabetes zu haben! In der gleichen Altersgruppe der Männer waren es 7,56%.
Wenn man die Gesamtzahl der bekannten Diabetiker, die wir erfassen konnten, auf die Gesamtbevölkerung hochrechnet, so kommt man auf eine Zahl von 22 000 bis 23 000 bekannter Diabetiker in München. Überraschende Unterschiede ergaben sich bei den Verdachtsfällen. Hier waren die Männer mit 1,89%, die Frauen mit nur 0,89% beteiligt. Der Überhang der Männer zeigte sich vom 20. Lebensjahr ab in allen Altersgruppen. Der höchste Anteil lag bei den Männern zwischen

Bessere Durchblutungsförderung
REGULTON®
O. P. 25 und 100 Dragées
Nikotinsäure - Vitamin B_1
IFAH GMBH · 2 HAMBURG 22

65 bis 70 Jahren mit 4,93%, bei den Frauen zwischen 75 bis 80 Jahren mit 2,21%. Rechnet man die Gesamtzahl der erfaßten Verdachtsfälle entsprechend der Gesamtbevölkerung hoch, so muß man mit 15 000 Verdachtsfällen innerhalb der Münchener Bevölkerung rechnen.

Wenn man bedenkt, daß wir die Aktion unter dem Motto begannen: „In München leben 12 000 bekannte Zuckerkranke und wir suchen 12 000 unbekannte!", so sind diese Ergebnisse vor allem hinsichtlich der Zahl der schon bekannten Diabetiker doch recht erschreckend, denn man muß aus den bisher vorliegenden Ergebnissen den Schluß ziehen, daß von unserer Bevölkerung insgesamt 3% an Diabetes erkrankt sind.

Von den sonstigen Fragestellungen seien nur einige hier erwähnt:

So zeigte sich aus den Angaben derjenigen Personen, die bereits von ihrer Zuckerkrankheit wußten, daß sie zu rund 23% auch zuckerkranke Angehörige hatten, während bei den negativen Fällen der Anteil der zuckerkranken Angehörigen nur mit 13% angegeben wurde. Die Verdachtsfälle liegen dazwischen. Bei den bekannten Diabetikern gaben 7% an, ein übergewichtiges Kind geboren zu haben, während bei den negativen Fällen diese Angabe nur in 2,5% gemacht wurde. Auch hier liegen die Verdächtigen mit 4% in der Mitte. Von Interesse war auch die Feststellung, daß bei den bekannten Diabetikern nur in ein Drittel der Fälle Urinzucker nachgewiesen wurde, während zwei Drittel negativ waren. Wenn man unterstellt, daß etwa ein Drittel der Diabetiker mit Insulin behandelt wird, so spricht das insgesamt für eine sehr gute Einstellung der Zuckerkranken.

Diejenigen Personen, deren Teststreifen verdächtig war, wurden durch einen Brief verständigt und aufgefordert, einen Arzt ihrer freien Wahl zu weiteren Klärung aufzusuchen. Zugleich wurden die Münchener Ärzte nochmals in einem persönlichen Brief über den Ablauf der Aktion unterrichtet und die Bitte ausgesprochen, der Kammer die Ergebnisse der Nachuntersuchung — ohne Namensnennung der betreffenden Person — bekanntzugeben. Lediglich die Altersgruppe und das Geschlecht waren auf der vorgesehenen Mitteilung enthalten. Schließlich machten wir Vorschläge über die Art und Weise der Nachuntersuchung, um auch eine gewisse Einheitlichkeit im Rahmen des Gesamtprogramms zu sichern.

Bis jetzt — also zum Zeitpunkt des 20. Bayerischen Ärztetages — liegen rund 4000 Mitteilungen über Nachuntersuchungen vor. Der größere Teil steht also noch aus. Von den 2000 zunächst als negativ bezeichneten Fällen kann allerdings nur ein Drittel als definitiv negativ bezeichnet werden, weil nur bei diesem Drittel auch eine Glukosebelastung als Ausschlußmethode zur Anwendung kam. Die übrigen zwei Drittel bedürfen noch weiterer Untersuchungen. Diese Annahme wird auch bestätigt durch die Ergebnisse bei einer voll durchuntersuchten Gruppe: Von 233 Fällen fand sich hier in 79% ein manifester oder latenter Diabetes, während nur 21% definitiv als negativ angesehen werden konnten. Es darf dabei zum Ausdruck gebracht werden, daß der latente Diabetes bei Testuntersuchungen natürlich immer ein Problem bleiben wird. Es wurde aber schon erwähnt, daß Blutzuckeruntersuchungen im großen Stil organisatorisch nicht zu bewältigen sind, so daß man den Urintest nach einer improvisierten Kohlehydratbelastung als ausreichenden Kompromiß ansehen muß.

Es kann erwartet werden, daß wir in den nächsten Wochen noch eine größere Zahl von ärztlichen Mitteilungen erhalten werden. Die Endauswertung dieser Mitteilungen und ihr Vergleich mit dem Ergebnis des Tests wird uns dann in die Lage versetzen, noch besser gesicherte Aussagen zu machen. Schon jetzt kann aber festgestellt werden, daß die Früherfassung des Diabetes eine Aufgabe von größter gesundheitspolitischer Bedeutung ist.

Das Bayerische Staatsministerium des Innern und die Bayerische Landesärztekammer werden deshalb nun in ganz Bayern die Bevölkerung auffordern, sich an solchen Testaktionen zu beteiligen. Dabei ist jedoch keine Rücksendung der Teststreifen erforderlich und vorgesehen. Wir werden die Bevölkerung darauf hinweisen, daß bei Beobachtung eines Farbumschlages des Teststreifens ein Arzt zur weiteren Untersuchung aufgesucht werden soll. Diese Beschränkung ist völlig ausreichend, weil wir ja die epidemiologischen Grundlagen für unser weiteres Handeln in unserem Münchener Modellversuche erarbeitet haben. Aufgrund der Ergebnisse dieses Modellversuches werden wir uns darauf beschränken, die erwachsene Bevölkerung vom 21. Lebensjahr ab in die Untersuchungsreihen einzubeziehen. Diese Beschränkung bietet sich auch deshalb an, weil in den Landkreisen die Wählerkartei als Adressenmaterial verwendet werden soli.

Der abschließende Bericht über den Münchener Modellversuch wird in der nächsten Zeit im Rahmen der Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer vorgelegt werden. Schon jetzt ist das Interesse an den Ergebnissen unserer Untersuchungen außerordentlich groß, wie Anfragen aus der ganzen Welt beweisen.

Ich möchte diesen Zwischenbericht nicht abschließen, ohne allen, die an unserem Großversuch mitgewirkt haben, meinen herzlichen Dank auszusprechen. Dieser Dank gilt den Häusern Boehringer/Mannheim und Farbwerke Hoechst für die großzügige finanzielle Unterstützung, dem Hause Boehringer zusätzlich für die umfangreichen organisatorischen Arbeiten. Ich habe zu danken der Stadtverwaltung München, an ihrer Spitze dem Herrn Oberbürgermeister Dr. Vogel, den Herren des Einwohnermeldeamtes sowie der Oberpostdirektion München. Besonders danken möchte ich auch den Damen und Herren von Presse, Rundfunk und

Liquirit®
MAGENTABLETTEN
zur souveränen Therapie bei Ulcus ventriculi und duodeni, akuter und chronischer Gastritis, Hyperocidität und nervösen Magenbeschwerden.
Dr. Graf & Co. Nchf. - Hamburg - seit 1889

Fernsehen für ihr großes Interesse und ihre entscheidende Unterstützung unserer Aktion. Schließlich gilt mein herzlicher Dank Herrn Kollegen Privatdozent Dr. MEHNERT, der als wissenschaftlicher Berater maßgeblich mitwirkte. Last, not least, danke ich im eigenen Hause Herrn Kollegen REICHSTEIN, der die Federführung bei der Vorbereitung und Durchführung der Diabetes-Früherfassungsaktion hatte und der zusammen mit weiteren Mitarbeitern der Kammer buchstäblich bis zur Erschöpfung gearbeitet hat.
Ich bin sicher, daß es uns gelungen ist, durch diesen Modellversuch einen wesentlichen gesundheitspolitischen Beitrag im Interesse unserer Bevölkerung zu leisten.

Beschlüsse des 20. Bayerischen Ärztetages

Speisen für Zuckerkranke in Gaststätten

Der 20. Bayerische Ärztetag bittet die Gaststättenbetriebe und Betriebskantinen in Bayern, auf die große Zahl von zuckerkranken Personen Rücksicht zu nehmen, die für diese erforderlichen Diätgerichte bereitzuhalten oder entsprechende Speisenzusammenstellungen auf Wunsch abzugeben.

Sensationelle Illustriertenberichte über angebliche Krebsheilerfolge

Der 20. Bayerische Ärztetag stellt mit großem Bedauern fest, daß trotz der Mahnung des letzten Deutschen Ärztetages gewisse Presseorgane auch weiterhin in verantwortungsloser Weise über angebliche Behandlungserfolge von sogenannten Krebsärzten und anderen „Wunderheilern" berichten.

Der Bayerische Ärztetag ersucht diese Presseorgane noch einmal nachdrücklich, derartige Veröffentlichungen endlich zu unterlassen.

Das angebliche Informationsbedürfnis und der Existenzkampf der illustrierten Zeitungen können es niemals rechtfertigen, mit derartigen Berichten trügerische Hoffnungen bei Kranken und deren Angehörigen zu erwecken, die von diesen dann mit bitteren Enttäuschungen und finanziellen Verlusten bezahlt werden.

Errichtung von Tumorkliniken

Der 20. Bayerische Ärztetag stellt fest, daß für Krebskranke die erforderlichen besonderen stationären Behandlungsmöglichkeiten zu den üblichen finanziellen Krankenhausbedingungen nicht ausreichen.

Er beauftragt daher die Bayerische Landesärztekammer, unverzüglich mit allen zuständigen Stellen über die Bereitstellung von Betten für Tumorkranke zu verhandeln.

Tätigkeit ausländischer Ärzte

Die deutschen Ärzte sollen die Ausbildung und auch die Weiterbildung ausländischer Kollegen zum Praktischen Arzt oder zum Facharzt übernehmen.

Es würde aber dem Sinn der dadurch den Heimatländern dieser Ärzte geleisteten Hilfe völlig widersprechen, wenn diese ausländischen Ärzte sich dann zu ihrer Berufsausübung in Deutschland niederlassen; denn gerade die Länder, aus denen die meisten dieser ausländischen Kollegen kommen, benötigen diese Ärzte am dringendsten.

Der Bayerische Ärztetag bittet daher die Bayerische Staatsregierung, bei der Erteilung einer Arbeitserlaubnis einen sehr strengen Maßstab unter Berücksichtigung der genannten Gesichtspunkte anzulegen.

Zulassung zum Medizinstudium

Die Bayerische Landesärztekammer wird gebeten, mit den vier Medizinischen Fakultäten in Bayern bessere und für Bayern einheitliche Bestimmungen für die Zulassung zum Medizinstudium zu erarbeiten. Dabei sollte nach Möglichkeiten gesucht werden, auch noch andere Gesichtspunkte als die Abiturnoten zur Bewertung heranzuziehen.

Ausweitung der gesetzlichen Rentenversicherung

Der 20. Bayerische Ärztetag bittet die Bayerische Staatsregierung, sich jeder Ausweitung der gesetzlichen Rentenversicherung zu widersetzen, durch die die berufsständischen Versorgungseinrichtungen gefährdet werden.

Die bayerische Ärzteschaft könnte kein Verständnis dafür haben, wenn Bundes- und Landesregierung den immer häufigeren Ruf nach Staatshilfe zwar bedauern, zu gleicher Zeit aber berufsständische Selbsthilfeeinrichtungen, die sich sehr bewährt haben, durch Ausweitung der gesetzlichen Rentenversicherung gefährden oder gar zerstören.

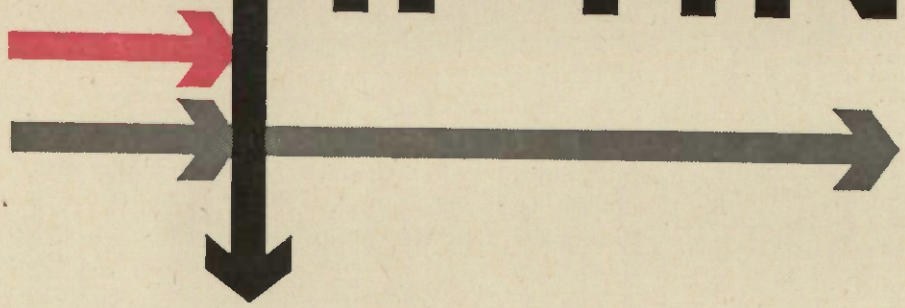
Freigabe von Isotopen an niedergelassene Ärzte

Die Bayerische Landesärztekammer wird ersucht, sich dafür einzusetzen, daß in Ergänzung des Arzneimittelgesetzes nicht nur radioaktives Jod^{131}, sondern auch andere, weit weniger Strahlenschutz erfordernde Isotopen an niedergelassene Ärzte abgegeben werden können.

Es besteht sonst die Gefahr, daß die rasch fortschreitende und viel aussagende diagnostische Nuklearmedizin nur von Ambulanzen der Krankenhäuser durchgeführt wird.

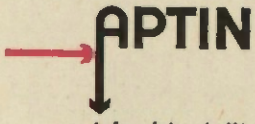
— Ende des Berichtes über den 20. Bayerischen Ärztetag —

APTIN

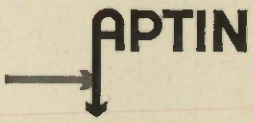


– schützt das Herz vor schädlichen Sympathikuswirkungen
– erhält den normalen Sympathikotonus des Herzens

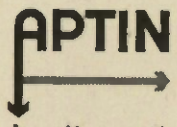
ein neuer β-Rezeptorenblocker mit leicht sympathikotoner Eigenwirkung



blockiert überschießende adrenerge Reize –
schützt dadurch das Herz vor schädlichen Sympathikuswirkungen –
ermöglicht dadurch dem Patienten ein aktiveres Leben.



blockiert auch den basalen Sympathikotonus
des Herzens aber . . .



besitzt selbst eine leicht stimulierende Eigenwirkung auf die β-Rezeptoren, die in ihrer Auswirkung etwa dem basalen Sympathikotonus des Herzens entspricht. –
Die Erhaltung des basalen kardialen Sympathikotonus ist ein Sicherheitsfaktor, der die Gefahr von Nebenwirkungen vermindert.

Indikationen

1. Angina pectoris
2. Herzneurosen (Psychovegetative symphathikotone Herz-Kreislauf-Syndrome)
3. Herzarrhythmien vom schnellen Typ

Tabletten zu 50 mg: Pck. zu 20, 50 und 250 Tabletten
Ampullen zu 10 mg: Pck. mit 5x10 ml und 25x10 ml Ampullen

PHARMA-STERN GMBH
2 WEDEL (HOLSTEIN) • INDUSTRIESTRASSE 25

TOCHTERGESELLSCHAFT
DER AB ASTRA/SCHWEDEN

Dringlich zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

Oberbayern

Freising: 1 Facharzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe

Langengeisling, Lkr. Erding: 1 Allgemeinpraktiker

Penzberg, Lkr. Weilheim: 1 Allgemeinpraktiker

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Oberbayern — 8000 München 23, Königinstraße 85/II, zu richten.

Oberfranken

Leupoldsgrün, Lkr. Hof: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Marktredwitz: 1 Allgemeinpraktiker

Naila: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

Plankenfels, Lkr. Ebermannstadt: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Rodach bei Coburg: 1 Allgemeinpraktiker

Sparneck, Lkr. Münchberg: 1 Allgemeinpraktiker

Untersiemau, Lkr. Coburg: 1 Allgemeinpraktiker (2. Arztsitz)

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Oberfranken — 8580 Bayreuth, Bürgerreuther Straße 7 a, zu richten.

Oberpfalz

Beratzhausen: 1 Allgemeinpraktiker

Falkenstein: 1 Allgemeinpraktiker

Hirschau-Schnaittenbach (Ortsteil Schnaittenbach): 1 Allgemeinpraktiker

Neumarkt: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

Roding: 1 Allgemeinpraktiker

Roßbach/Waid: 1 Allgemeinpraktiker

Suizbach-Rosenberg: 1 Allgemeinpraktiker

Vohenstrauß: 1 Allgemeinpraktiker

Waldershof: 1 Allgemeinpraktiker

Waldthurn: 1 Allgemeinpraktiker

Weiden: 1 Facharzt für Kinderkrankheiten

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Oberpfalz — 8400 Regensburg, Landshuter Straße 49, zu richten.

Niederbayern

Haidmühle, Lkr. Wolfstein (Bayer. Wald): 1 Allgemeinpraktiker

Hauzenberg, Lkr. Wegscheid: 1 Allgemeinpraktiker
Hauzenberg, nahe bei Passau gelegen, hat ca. 3100 Einwohner und ein Einzugsgebiet mit ca. 8750 Einwohnern. Die zu besetzende Kassenarztstelle wurde durch Tod des Praxisinhabers frei. Zwei weitere Praktische Ärzte sind am Ort niedergelassen. Der verstorbene Kollege rechnete rund 1000 Krankenscheine ab. Eine Wohnung wird von der Gemeinde zur Verfügung gestellt. Die Praxisräume, eventuell mit Einrichtung, des verstorbenen Kollegen können übernommen werden. Hauzenberg besitzt eine neue Realschule.

Kötzting: 1 Allgemeinpraktiker
Kötzting ist eine Stadt mit ca. 3400 Einwohnern und einem sehr großen Einzugsgebiet. Ein vor kurzem verstorbener Allgemeinpraktiker hatte eine sehr umfangreiche Kassenpraxis. Ein weiterer Kollege beabsichtigt, seine ebenfalls sehr große Praxis aus Altersgründen aufzugeben und sie einem Nachfolger zu übergeben.

Niederpöring, Lkr. Vilshofen: 1 Allgemeinpraktiker
Es handelt sich um einen alten Kassenarztsitz, der durch den Wegzug des bisherigen Kassenarztes frei geworden ist. Dem Bewerber steht ein schönes Einfamillenhaus mit Praxisräumen zu einem monatlichen Mietpreis von 150,— bis 200,— DM zur Verfügung.

Obernzell, Lkr. Wegscheid: 1 Allgemeinpraktiker
Es handelt sich um eine durch Tod des Praxisinhabers freigewordene Kassenarztstelle. Obernzell ist ein aufwärtsstrebender Fremdenverkehrsort an der Donau unterhalb Passaus (Entfernung 17 km), mit ca. 2100 Einwohnern und einem Einzugsgebiet mit ca. 3800 Einwohnern. Am Ort ist ein zweiter Praktiker niedergelassen. Obernzell hat ein Krankenhaus, das von einem

Pernionin®

Pernionin®-Teil-Bad
Periphere und lokale Durchblutungsstörungen,
Perniones, Arthropathien,
Rheumatische u. neuralgische Beschwerden.

Pernionin®-Voll-Bad
Rheuma, Neuralgien, Durchblutungsstörungen,
Erfrierungsschäden; vegetative Dystonien,
Erschöpfungszustände allgemeiner und nervöser Art.

KREWEL-WERKE · Eitorf b. Köln

Fachchirurgen geleitet wird. Praxisräume, eventuell mit Einrichtung, des verstorbenen Kollegen können übernommen werden. Eine Neubauwohnung steht zur Verfügung.

Stranbing: 1 Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten

Es handelt sich um eine seit über 20 Jahren bestehende Fachpraxis, die durch den Tod des Inbabers frei geworden ist. Straubing hat ca. 37 000 Einwohner und ein sehr großes Einzugsgebiet. Obwohl noch eine Fachärztin für Nerven- und Gemütskrankheiten am Ort niedergelassen ist, bietet diese Stelle eine sehr gute Existenz für einen Neurologen.

Wegscheid: 1 Allgemeinpraktiker
Wegscheid ist eine Marktgemeinde im unteren Bayerischen Wald mit einem ärztlichen Einzugsgebiet von rund 4000 Einwohnern. Am Ort ist ein Krankenhaus, das von einem Fachchirurgen geleitet wird. Der einzige Allgemeinpraktiker am Ort hat eine umfangreiche Kassenpraxis. Die Gemeinde Wegscheid besorgt Wohn- und Praxisräume.

Zwiesel, Lkr. Regen (Bayer. Wald): 1 Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten
Die Stelle wurde durch den Wegzug des bisherigen Praxisinhabers frei.

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Niederbayern — 8440 Straubing, Lilienstraße 5—7, zu richten.

Mittelfranken

Obernzenn, Lkr. Uffenheim: 1 Allgemeinpraktiker
Gesicherte Existenzmöglichkeit, da beide bisherigen Praxisinhaber durch Verzicht bzw. Tod ausgeschieden sind.

Tauberzell, Lkr. Ansbach: 1 Allgemeinpraktiker

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Mittelfranken — 8500 Nürnberg, Keßlerplatz 5, zu richten.

Schwaben

Höchstädt/Do.: 1 Allgemeinpraktiker

Der Praxisvorgänger ist am 18. März 1967 verstorben. Wohn- und Praxisräume stehen zur Verfügung. Es handelt sich um eine umfangreiche Kassenpraxis mit großem Einzugsgebiet. Am Ort sind mehrere Kassenärzte tätig. Der Sonntagsdienst ist geregelt. Für Kinder besteht eine sehr günstige Verkehrsverbindung nach Dillingen/Do. zum Besuch höherer Schulen.

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Schwaben —, 8900 Augsburg, Schaezlerstr. 19, zu richten.

Unterfranken

Bastheim, Lkr. Mellrichstadt: 1 Allgemeinpraktiker
Bergrbeinfeld, Lkr. Schweinfurt: 1 Allgemeinpraktiker
Hambach, Lkr. Schweinfurt: 1 Allgemeinpraktiker
Rottenberg, Lkr. Alzenau: 1 Allgemeinpraktiker
Urspringen, Lkr. Marktbeidenfeld: 1 Allgemeinpraktiker
Wildflecken/Rhön: 1 Allgemeinpraktiker

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Unterfranken — 8700 Würzburg, Hofstraße 5, zu richten.

Neuwahlen beim Hartmannbund

Auf ihrer ordentlichen Hauptversammlung am 19. und 20. Oktober 1967 in Baden-Baden wählte der Hartmannbund seinen neuen Vorstand. Es wurden gewählt:

Vorsitzender: Dr. med. Kurt Joussen
1. Stellvertreter: Dr. med. Gerhard Jungmann, MdB
2. Stellvertreter: Dr. jur. Dr. med. Wolfram von Gugel
1. Beisitzer: Dr. med. Karl-Hans Metzner
2. Beisitzer: Klaus Mulckau

Kurs für Röntgenhelferinnen in Erlangen

Am 27. Oktober 1967 wurde in Erlangen der achte von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Kurs für Röntgenhelferinnen mit der schriftlichen und mündlichen Prüfung der Teilnehmer abgeschlossen.

Der Kurs wurde von 24 Personen besucht. Alle Teilnehmerinnen haben die Prüfung bestanden.

Die Leitung des Kurses lag bei Herrn Dr. med. Hatto FUCHS, dem Leiter der Diagnostischen Röntgenabteilung der Medizinischen Universitätsklinik Erlangen. Die Bayerische Landesärztekammer dankt auch diesmal wieder allen Damen und Herren der Erlanger Klinik und des Hauses Siemens, die durch ihre Mitwirkung die Durchführung dieses Kurses ermöglicht haben.

Nächster Kurs

Der nächste Kurs für Röntgenhelferinnen in Erlangen wird im Frühjahr 1968 stattfinden. Der genaue Termin wird rechtzeitig im „Bayerischen Ärzteblatt" veröffentlicht werden.

Von-Langenbeck-Preis

Im Jahre 1968 wird der von der Deutschen Geselischaft für Cbirurgie gestiftete von-Langenbeck-Preis in Höbe von DM 2000,— vergeben. An dem Preisausschreiben können sich die in Oberarzt- oder Assistentenstellen befindlichen Mitglieder der Gesellschaft und der korporativ angeschlossenen wissenschaftlichen Vereinigungen mit Arbeiten aus dem Gebiete der klinischen und experimentellen Chirurgie der Kalenderjahre 1966 und 1967 beteiligen.

Die Bewerbung ist mit den Arbeiten in dreifacher Ausführung **bis zum 8. Januar 1968** an Professor Dr. med. Georg HEBERER, Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik, 5000 Köln-Lindenthal, einzureichen. Es können nur fertig abgeschlossene Arbeiten berücksichtigt werden.

Bei Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, Sportverletzungen, Durchblutungsstörungen **Rheumex®-SALBE**
LABOPHARMA chem.-pharm. Fabrik 1 Berlin 10

Dr. *Hans J. Sewering* eröffnet die *Schule für zytologische Assistentinnen*

Schule für zytologische Assistentinnen in München eröffnet

Die auf Initiative der Bayerischen Landesärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für angewandte Zytologie gegründete Schule für zytologische Assistentinnen in München wurde mit einem einführenden Vortrag des Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Herrn Dr. med. Hans J. SEWERING, am 9. Oktober 1967 eröffnet. Träger dieser Schule ist ein Verein zur Förderung der Ausbildung und Fortbildung von zytologischen Assistentinnen, der in der I. Universitäts-Frauenklinik Räume angemietet und für Unterrichtszwecke hergerichtet hat. Der Unterricht dauert ein Jahr, das in ein halbes Jahr Theorie und praktische Übung und ein halbes Jahr Praktikum unterteilt ist. Die Ausbildung schließt mit einer Prüfung ab, über die ein Zeugnis ausgestellt wird. Die staatliche Anerkennung der Schule, die die erste ihrer Art in Deutschland ist und vom Bayerischen Staatsministerium des Innern finanziell gefördert wird, wird noch beantragt werden.

Internationaler Wettbewerb auf dem Gebiet der Rheumatologie

Ausschreibung der „Gesellschaft der Thermen von Salsomaggiore" für eine wissenschaftliche Arbeit

Die Arbeiten können bisher unveröffentlicht oder innerhalb der letzten zwei Jahre vor Einsendeschluß veröffentlicht worden sein.

An dem Wettbewerb können alle italienischen und ausländischen Ärzte teilnehmen, die qualifizierten Forschungsinstituten oder Kliniken angehören.

Die Arbeiten sollen Studien oder Forschungen auf dem Gebiet der Ätiopathologie der degenerativen Gelenkserkrankungen oder der chronischen Formen des Weichteilrheumatismus betreffen.

Die Arbeiten sollen in zehnfacher Ausfertigung spätestens **am 31. März 1968** um 18.00 Uhr bei der Verwaltung der „Gesellschaft der Thermen von Salsomaggiore" (Terme die Salsomaggiore s. p. a. Amministrazione — Salsomaggiore terme, Via Roma 9) mit einem formlosen Teilnahmeantrag eingereicht werden.

Ferner müssen folgende Dokumente zum selben Zeitpunkt mit eingereicht werden: Bescheinigung des Doktortitels sowie Bescheinigung der Zugehörigkeit zu einem Universitätsinstitut oder einem anderen qualifizierten Institut.

Die Auswahl zwischen den eingereichten Arbeiten wird von einer Kommission getroffen, die aus sieben sachkundigen Professoren oder Fachärzten (vier Italiener und drei Ausländer), einem Vertreter der Verwaltung der „Gesellschaft der Thermen von Salsomaggiore" und dem Provinzialarzt besteht.

Die Preisverteilung erfolgt im Mai 1968 in feierlicher Form in Salsomaggiore, und zwar im Rahmen des jährlichen Kongresses der deutschsprachigen Sektion des „Europaeum Medicum Collegium".

Folgende Preise sind ausgeschrieben:

1. Preis: Lit. 700 000 (ca. 5000 DM) für die beste Arbeit
2. Preis: Lit. 300 000 (ca. 2000 DM) für die zweitbeste Arbeit, oder eine Arbeit, die besondere Anerkennung verdient.

Ehrenzeichen für Frau Gisela Klitscher

Frau Gisela KLITSCHER, München, Medizinischer Sprachendienst, wurde am 13. 10. 1967 vor versammelter Vorstandschaft der Bundesärztekammer durch ihren Präsidenten, Herrn Professor Dr. FROMM, das Ehrenzeichen der Deutschen Ärzteschaft verliehen.

Im Rahmen einer kurzen Feier verlas der Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages zunächst die Verleihungsurkunde. In einer kurzen Ansprache führte er sodann aus, daß Frau G. Klitscher diese Auszeichnung für Verdienste um die Ärzteschaft in schweren Zeiten erhalte. Sie habe, als die Auflösung der Kammern seitens der amerikanischen Besatzungsbehörde drohte, weit über ihre Kompetenzen als Mitarbeiterin des damaligen bayerischen Kammerpräsidenten hinaus durch ihren persönlichen Einsatz bei dem Befehlshaber der amerikanischen Besatzungszone das Fortbestehen der Kammern erreicht und gesichert.

Ihre jetzige Tätigkeit im Rahmen ihres Medizinischen Sprachendienstes diene ebenfalls mit Erfolg der deutschen und internationalen Ärzteschaft. Durch Eigenerfahrung im Rahmen seiner internationalen Tätigkeit habe er wiederholt die positiven Auswirkungen ihrer Arbeit, der sie ihr ganzes Berufsleben gewidmet habe, feststellen können.

Mit den besten Wünschen für eine weitere erfolgreiche Tätigkeit auf ihrem Arbeitsgebiet sprach der Präsident der Bundesärztekammer ihr seinen Dank und die Anerkennung der deutschen Ärzteschaft aus.

Anschließend betonte der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. SEWERING, in seiner Ansprache seine Freude, daß gerade an der Stätte ihres damaligen Wirkens, nämlich der Bayerischen Landesärztekammer, diese Ehrung und Würdigung ihrer Tätigkeit erfolgen könne. Er dankte Frau Klitscher ebenfalls im Namen der bayerischen Ärzteschaft.

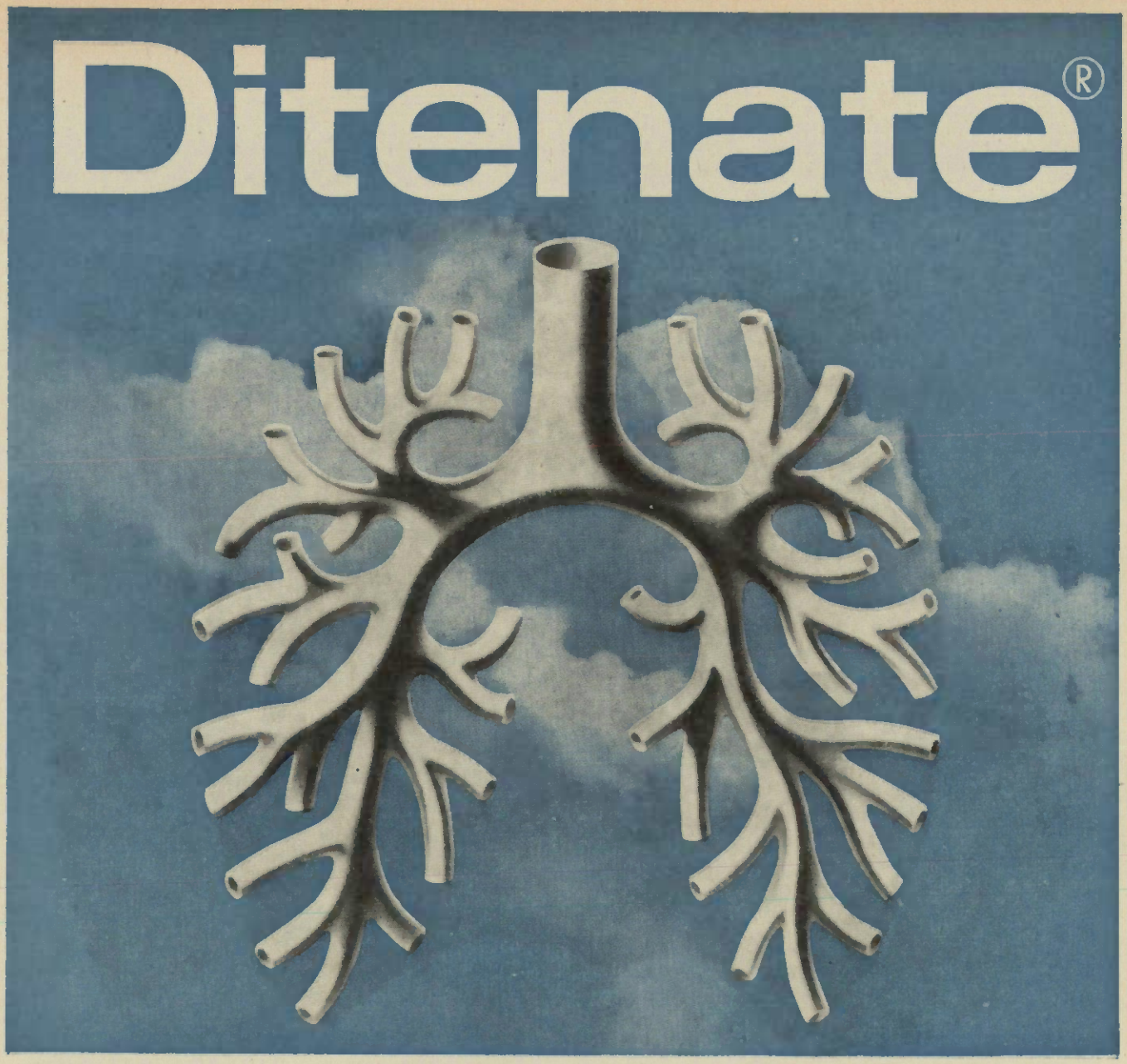
Fortbildungslehrgang in der Phonokardiographie

20. und 30. März 1968

München, Stiftsklinik Augustinum
Chefarzt Prof. Dr. Michel

Auskunft und Anmeldung: **Bayerische Landesärztekammer**
8000 München 23, Königinstraße 85
Telefon 36 11 21

Ditenate®



Bei Asthma bronchiale

chronischer Bronchitis

Lungenemphysem

Dreifache Bronchodilatation

minimale Nebenwirkungen

Ditenate®
Depot-Tabletten

Anhaltender Schutz vor Bronchialspasmen – bei Tag und bei Nacht

Ditenate®
Sirup

Prompte Kupierung leichterer Anfälle bei Kindern und Erwachsenen

Dreifache Bronchodilatation
Zuverlässige Schleimhautabschwellung
Milde Sedierung
Praktisch nebenwirkungslos
Kaum gastrische Störungen
Frei von Phenothiazinen und Barbituraten

G-DJA1-67/68

Merrell

Merrell
Pharmaceutische Gesellschaft mbH
608 Groß-Gerau

PERSONALIA

Professar Dr. Karl Tauber 60 Jahre alt

Am 20. 10. 1967 feierte Herr Professor Dr. Karl TAUBER, ärztlicher Direktor der Maria-Theresia-Klinik in München, seinen 60. Geburtstag. Herr Kollege Tauber entstammt einer Südtiroler Arztfamllie. Er studierte im Rom Medizin und kam anschließend nach München, um bei Professor Dr. BORST auf dem Gebiete der Pathologischen Anatomie zu arbeiten und zu promovieren. Frühzeltig wandte er sich der Chirurgie zu und war als Assistent und Oberarzt bei Professor Dr. Max LEBSCHE am poliklinischen Universitätsinstitut und an dessen Privatklinik tätig. 1946 wechselte Herr Professor Tauber in die akademische Laufbahn über und war als Oberarzt bei Professor Dr. E. K. FREY tätig. Im Jahre 1953 habilitierte er sich und übernahm nach dem Tode von Professor Dr. Lebsche im Jahre 1958 als ärztlicher Direktor die Maria-Theresia-Klinik. 1959 wurde Herr Kollege Tauber zum außerplanmäßigen Professor ernannt.

Bundesverdienstkreuz für Dr. Johannes Günther

Herrn Kollegen Dr. med. Johannes GÜNTHER, Praktischer Arzt in Schrobenhausen, wurde vom Bundespräsidenten das Bundesverdienstkreuz am Bande verliehen. Damit fanden seine großen Verdienste, die er sich während und nach dem Kriege erworben hat, allgemein Anerkennung. Herr Kollege Günther wirkte u. a. aktiv am politischen Leben und dem Wiederaufbau des Landkreises Schrobenhausen mit. Als Arzt beim Kreisbeauftragten für das Flüchtlingswesen im Landkreis Schrobenhausen sowie auch als Lagerarzt hat er zur Linderung der unmittelbaren Not der Heimatvertriebenen beigetragen.

FAKULTÄT

München

Professor Dr. Georg MAURER, Direktor des Klinikums rechts der Isar, wurde zum Dekan der Medizinischen Fakultät an der Technischen Hochschule gewählt.

Dr. Hans Friedrich FRICK, o. Professor an der Universität Frankfurt, wurde zum ordentlichen Professor für Makroskopische Anatomie ernannt.

Dr. Walter MARGET, Professor an der Unlversität Tübingen, wurde durch Umhabilitierung die Lehrbefugnis für „Kinderheilkunde" erteilt.

IN MEMORIAM

Dr. med. Gernat Rath

o. ö. Professor für Geschichte der Medizin der Universität München

*** 9. 12. 1919 † 28. 9. 1967**

Zwischen dem Satz aus der Antike: „Wen die Götter lieben, der stirbt jung" und jenem späteren Angstruf: „Bewahre uns, Gott, vor dem plötzlichen Tod", der dem Medizinhistoriker verständlich macht, warum Giovanni Maria Lancisi 1707 zwei Bücher „de subitaneis mortibus" in Rom und Lucca drucken ließ, verschwebt jenes seltsame wohl dem Orient in Asien entstammende Flügelwesen mit der umgedrehten Fackel, die dem Leib des Toten von diesem aufgesetzt ist. Lessing hat diese Abbildung mit den epischen Worten des Publius Papinius Statius überschrieben: „. . . nullique ea tristis imago!"

Gernot Otto Paul RATH erblickte die Welt in der Nachkriegszeit des ersten Weltkrieges, erhielt humanistische Gymnasialbildung und bestand das Abitur vor einem neuen Weltkrieg 1938, der ihn zum Soldatensein nötigte und bis zur Gefangenschaft führte, um ihn erst im Herbst 1945 zur Arbeit an mannigfachen Spitälern freizugeben. Nach bestandenem Staatsexamen erhielt er die Approbation 1947, erwarb 1948 mit einer historischen Arbeit über Avicenna den medizinischen Doktorgrad. Böse Zeiten brachten ihn, den Oldenburger Lehrerssohn, zur Welt, böse Zeiten erforderten eigene Beschlüsse. Er wählte ohne jede Rücksicht auf wirtschaftliches Fortkommen den Weg seines Ideals und

NERVO·OPT®
beruhigt die Nerven und bringt erquickenden Schlaf
OP zu 200 ccm
OP zu 50 Dragees
DR. BRAUN U. HERBERG BAD SCHWARTAU

trat in Bonn noch 1948 als „Verwalter einer wissenschaftlichen Assistentenstelle" in das medizinhistorische Institut seines Lehrers Johannes STEUDEL ein. Ein Jahr später wurde er etatisiert. Dieses Lebensminimum schreckte ihn nicht davon ab, eine treue Lebensgefährtin zu heiraten, die er heute in tiefem Schmerz hinterläßt; sie war bereit, alle Engpässe des wissenschaftlichen Lebens mit ihm treu zu teilen. Er fand Zeit zum Nebenstudium der Geschichte und Ethnologie.

Die Erfolgskurve trug diesen fleißigen Mann rasch in die Höhe. 1956 erwarb er die „venia legendi" durch eine Habilitationsschrift über die Geschichte der Neuralpathologie, erhielt 1958 eine Diätendozentur und wurde schon im Frühjahr 1959 Gastprofessor in Wisconsin, Chairman of the Department of History of medecine. 1961 im April wurde er ordentlicher Professor in Göttingen. Einen baldigen Ruf an die Universität Hamburg lehnte er der günstigen Göttinger Bibliotheksverhältnisse wegen ab. Ein neuer Ruf nach Madison wurde ausgeschlagen; er hielt aber weiterhin Vorlesungen in Harvard und California.

In den Jahren 1961—1964 war er Präsident der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaften und Technik. Der schroffe Aufstieg befreite ihn nicht vor der Mißgunst von Neidern und Feinden, die ihn bis nach den USA zu verfolgen glauben mußten. Auf dem Höhepunkt dieser ihn quälenden Mißhelligkeiten wurde er Dekan der Göttinger Fakultät als Ausdruck des ihm verbliebenen Vertrauens.

Der Schreiber dieser Zeilen hatte sich in diesen Jahren des Kampfes mit ihm angefreundet; er hatte seine lautere Menschenfreundlichkeit, seine zurückhaltende norddeutsche, fast etwas traurige Distanzierung kennengelernt und vermochte sie in die Wärme persönlicher Nähe zu wenden. Aus dieser Überzeugung heraus hielt er ihn beratend für seinen geeigneten Nachfolger. Nach noch nicht einem Jahr der Tätigkeit raffte ihn eine tückische, blitzartig ablaufende Krankheit dahin. Er starb am 28. 9. 1967, ohne das verlorene Bewußtsein wiederzuerlangen.

Gernot Rath hat eine große Zahl wichtiger Arbeiten unserer Disziplin hinteriassen; sonderlich neigte er dem Studium Vesals zu. Darüber hinaus besaß er die organisatorische und rhetorische Fähigkeit des Handelnden und des Lehrenden. Gerade die Tätigkeit in Amerika hatte ihn zu einem Pädagogen gemacht, der ohne Abstrich der Tiefe imstande war, komplizierte Vorgänge der Geschichte einfach an den Schüler heranzutragen. Dort in Wisconsin hatte er vorwegnehmen dürfen, was unsere Hochschulreform erst langsam lernt: den Arbeitsumgang im kleinen Arbeitskreis, das Vorgehen in Frage und Antwort. Ihn interessierte nicht minder die geistige Einführung des Studierenden in die Medizin. Diesen Aufgaben war er mit der Passion des Begeisterungsfähigen, mit der Fähigkeit des ausgezeichneten Redners hingegeben.

Gernot Rath hat die Wissenschaft unseres Faches, dem er fast noch als Pionier angehört hat, dankenswert bereichert, wie es Thukydides einst meinte. Diese Tat ist jenes weltliche Stück Ewigkeit, das sich der Mensch zu schaffen vermag. Wohl dem, dem es in so jungen Jahren bei aller Schmerzlichkeit gelang, den Tod zum Genius hinzuwenden. Lessing hat diese Verwandlung mit den Symbolen des Kranzes und Schmetterlings besonders hervorgehoben. Wir Lebenden haben aber die Pflicht, den alten etruskischen Inhalt neu zu beleben, den Tod in unser eigenes Leben hineinzuziehen, mit den Toten zu leben, wie jenes versunkene Volk es Jahrhunderte lang getan hat.

So wollen wir ihn nicht nur nicht vergessen, sondern weiterhin mit ihm leben.

Professor Dr. W. Leibbrand, München

AUS DER GESCHICHTE DER MEDIZIN

Die Deutsche Universität in Prag

Von Dr. med. Walther Koerting

(Fortsetzung)

Pathologische Anatomie

Bochdalek, Vincenz Alexander (o): siehe Anatomie.
Dlauhy, Johann (o): Prag Wien.
Dittrich, Franz: Prag — Erlangen.
Engel, Joseph (o): Wien — Zürich — Prag — Wien.
Wieligh, Arthur: Prag — Olmütz — Brünn.
Lambl, Wilhelm: Prag — Charkow.
Treitz, Wenzel (o): Prag — Krakau — Prag.
Tomsa, Wladimir: Prag — Wien — Kiew — Prag.
Klebs, Edwin (o): Königsberg — Berlin — Bern — Würzburg — Prag — Zürich — Chicago.
Eppinger, Hans: Prag — Graz.
Chiari, Hans (o): Wien — Prag — Straßburg.
Kretz, Richard (o): Wien — Prag — Würzburg — Wien.

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

Lucksch, Franz: Prag — Czernowitz — Prag.
Terplan, Kornel: Prag — Buffalo, USA.
Kraus, Erik Johannes: Prag — Peoria, USA.
Verocay, José: Prag — Montevideo.
Ghon, Anton (o): Wien — Prag.
Materna, Alois: Graz — Prag — Troppau.
Helly, Konrad: Wien — Prag — St. Gallen.
Mittelbach-Schmidt, Maria: Prag — Aussig a. d. Elbe — Ansbach.
Kudlich, Herbert: Wien — Prag — Karlsbad — Hof/Saale.
Hamperl, Herwig (o): Wien — Berlin — Prag — St. Pöiten — Salzburg — Marburg/Lahn — Bonn.
Meesen, Hubert (o): Freiburg i. Br. — Prag — Düsseldorf.

Die ersten Anfänge dieser Lehrkanzel stammten aus den 40er Jahren des 19. Jahrhunderts. Sektionen wurden von Studenten schon früher, allerdings unzureichend, ausgeführt. Die klinischen Professoren der medizinischen Fakultät baten die Regierung wiederholt um die Bestellung eines eigenen pathologischen Prosektors für das k. k. Allgemeine Krankenhaus in Prag, wie dies in Wien dank J. P. Frank seit 1796 bereits der Fall war (Lesky). Gegen den Vorschlag (1825) des damaligen k. k. medizinischen Studiendirektors und Gubernialrates, Protomedicus Dr. von Nadherny, den jeweiligen Assistenten der Chirurgie, unbeschadet seiner weiteren Dienstpflichten, als pathologischen Prosektor einzusetzen, wandten sich die klinischen Professoren einstimmig. Erst im Jahre 1836 wurde die Frage der pathologischen Prosektur wieder aufgenommen. Endlich wurde 1837 Dr. Vincenz Alexander Bochdalek die pathologische Prosektur „einstweilig" übertragen. Mit dem Protokoll über die erste in dieser Eigenschaft von Bochdalek ausgeführte Sektion am 17. Oktober 1837 begann die lange Reihe der bis zur Auflösung der Deutschen Universität im Pathologisch-Anatomischen Institut vollständig aufbewahrten Sektionsprotokolle.

Vincenz Alexander Bochdalek, über den schon im Kapitel „Anatomie" kurz berichtet wurde, promovierte 1833 in Prag. Nach der Ernennung von Hyrtl als Professor der Anatomie trat Bochdalek von der Anatomie zur pathologischen Anatomie über. 1838 wurde er zum wirklichen Prosektor derselben ernannt. 1841 wurde er ao. Professor dieses Faches. Nachdem Hyrtl die Berufung nach Wien angenommen hatte, kehrte Bochdalek zur Anatomie zurück, deren Lehrkanzel er nun übernahm. (Damit sei auch die Bemerkung im „Biographischen Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker", 1. Band, Seite 582, ergänzt, in dem es heißt, daß weitere Nachrichten trotz aller Bemühungen nicht zu erhalten waren.)

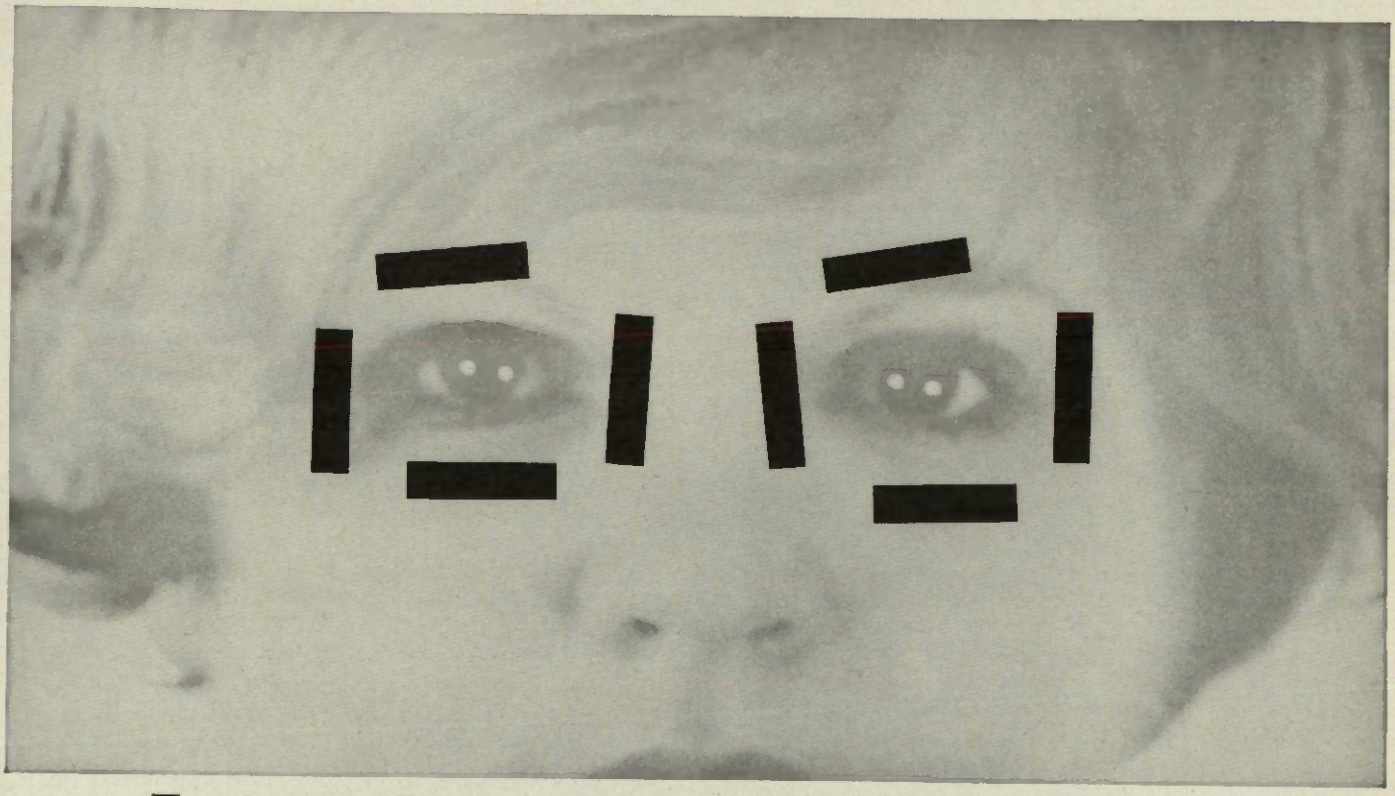
Johann Dlauhy (geb. 1808 in Pilsen, gest. 1880 in Wien) promovierte in Wien 1834. Von 1845 bis 1847 supplierte Dlauhy die Lehrkanzel für pathologische Anatomie. 1947 wurde er zum wirklichen pathologischen Prosektor und ao. Professor dieses Faches in Graz ernannt, doch schon 1848 kam er als o. Professor der gerichtlichen Medizin an die Wiener Universität. 1875 trat er in den Ruhestand. Mit seiner geringen Aktivität in Wien, erklärt durch seine einseitig pathologisch-anatomische Einstellung, setzt sich Lesky kritisch auseinander.

Franz Dittrich (geb. 16. 10. 1815 in Nixdorf, gest. 29. 5. 1859 in Erlangen) promovierte 1841 in Prag. Nach Dlauhys Weggang nach Wien supplierte er 1848/49 die pathologische Prosektur und die Lehrkanzel für die pathologische Anatomie. 1850 folgte er einem Rufe als o. Professor und Nachfolger des Internisten Cannstatt nach Erlangen. Franz von Dittrich, der „erfolgreiche und überall geschätzte Kliniker, der die glänzendsten Berufungen großer Universitäten, wie Zürich, Würzburg, Prag, Jena und Tübingen abgeschlagen hatte" (Alfred Heidacher „Geschichte der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen", 1960) — bei Diepgen „Unvollendete" wird er als der „rühmlichst bekannte Pathologe und Internist" bezeichnet —, hatte mit dem Chirurgen Heyfelder schwere Auseinandersetzungen. Dieser faßte den Plan, Dittrich „mit allen Mitteln aus Erlangen zu vertreiben". (Einzelheiten sind Heidachers Werk zu entnehmen.) Die Medizinstudierenden sandten eine Deputation an den Prorektor mit der Bitte, alles zu unternehmen, um Dittrich, den geschätzten Lehrer, der Universität zu erhalten, da zu befürchten stand, daß Dittrich einen Ruf nach Rostock annehmen werde. Auf Vorschlag des Senats wurden Prorektor und Prokanzler persönlich beim König vorstellig. Daraufhin wurde Heyfelder in den zeitlichen Ruhestand versetzt. Dittrich wurde 1854 die Direktion des Universitätskrankenhauses übertragen. (Otto Nitzsche widmete ihm eine Monographie „Franz von Dittrich 1815—1859, Pathologischer Anatom in Prag und Kliniken in Erlangen. Ein Ausschnitt aus der Geschichte der deutschen Medizin in der Mitte des 19. Jahrhunderts". München-Berlin 1937.)

Josef Engel (geb. 29. 1. 1816 in Wien, gest. 3. 4. 1899 in Wien) studierte in Wien und promovierte hier 1839 zum Dr. med. Er war von 1840 bis 1844 Assistent bei Rokitansky. Er hielt als erster Anfang der 40er Jahre vielbesuchte Kurse über pathologische Histologie (Lesky). 1844 kam er als Nachfolger von J. Henle nach Zürich, wo er vorerst topographische und seit 1847 auch über pathologische Anatomie las. 1849 kam er als Professor der pathologischen Anatomie nach Prag. 1854 war er dann bis zur Auflösung der medizinisch-chirurgischen Josephs-Akademie in Wien tätig. 1874 trat er in den Ruhestand. Engel befaßte sich auch mit Arbeiten auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin („Darstellungen der Leichenerscheinungen . . . vorzugsweise für Anatomen, Amts- und Gerichtsärzte" — Wien 1854 —, und „Spezielle pathologische Anatomie mit vorzüglicher Berücksichtigung der Bedürfnisse des Arztes und Gerichtsanatomen", Wien 1860).

Bewährt bei rheumatischen Erkrankungen
CAMPHOPIN® SALBE
40 g DM 1,45 o. U.
Richard Schöning · Berlin-Mariendorf

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 echte Lösung von 0,4% (g/g) reinem, unverestertem Hydrocortison in einem völlig reizlosen öligen Medium. 0,2% (g/g) Chloramphenicol beugen einer Infektion entscheidend vor. 5.000 I.E. Vitamin A/g wirken epithelschützend, regenerieren das zerstörte Gewebe und erzeugen eine Korium-Hyperämie, welche die Penetration von Hydrocortison fördert.

CORTI-FLEXIOLE ist aufgrund ihrer Zusammensetzung speziell zur Behandlung ekzematöser und allergisch-dermatitischer Affektionen an den Augenlidern, im Gesicht und an der Vulva hervorragend geeignet.

CORTI-FLEXIOLE hat sich außerdem bewährt bei der Behandlung subakuter Ekzeme, also in der 2. Phase der klassischen Ekzemtherapie, zur Intervallbehandlung in der Teerphase sowie zur Nachbehandlung bei abheilenden Neurodermitiden, Ekzemen und Psoriasis.
CORTI-FLEXIOLE ist mit den meisten Salbengrundlagen gut mischbar und deshalb auch zur Verwendung in der Rezeptur geeignet.

dr. mann · berlin

Arthur Willigh (geb. 1827 in Prag, Todesjahr?), ein Schüler Engels, promovierte 1850 in Prag zum Dr. med. Nach fünfjähriger Tätigkeit an der pathologischen Anatomie, wurde er Professor der deskriptiven und pathologischen Anatomie an der Chirurgenschule in Olmütz. Von 1879 an war er als Prosektor am Allgemeinen Krankenhaus in Brünn bis zu seiner Pensionierung im Jahre 1889 tätig.

Wilhelm Dusan Lambl (geb. 1824 in Letina bei Pilsen, gest. 12. 2. 1895 in Charkow [?]), der in Prag vermutlich 1851 promovierte, interessierte sich besonders für slawische Sprachen. Er suchte Kroatien, Serbien, Dalmatien und Montenegro auf und veröffentlichte seine hier gemachten sprachlichen, naturwissenschaftlichen und kulturhistorischen Studien. Er habilitierte sich im Wintersemester 1856/57 als Privatdozent für pathologische Anatomie. Er war in Prag der erste Privatdozent für dieses Fach. 1860 wurde er Prosektor in Loeschners Kinderspital. Im selben Jahre folgte er nach eingehender Beschäftigung mit der russischen Sprache einem Rufe als Professor der pathologischen Anatomie in Charkow.

Wenzel Treitz (geb. 1819 in Hostomitz in Böhmen, gest. 27. 8. 1872 in Prag) promovierte 1848 in Prag. Nach Ausbildung in der pathologischen Anatomie unter Hyrtl (Wien), später unter Dlauhy und Engel ging er als pathologischer Prosektor nach Krakau, wo er 1852 zum o. Professor für pathologische Anatomie ernannt wurde. Als Nachfolger Engels kam er 1855 an die Prager Universität. Er legte das größte Gewicht bei den pathologisch-anatomischen Demonstrationen auf die innigen Beziehungen zwischen dem klinischen und dem anatomischen Bilde der Krankheitszustände. Mit besonderem Eifer widmete er sich dem Bau eines eigenen Institutes für die pathologische Anatomie. Seine wichtigste Arbeit war die „Hernia retroperitonealis. Ein Beitrag zur Geschichte innerer Hernien" (Prag, 1857). Die Beschreibung dieser Hernie trägt noch heute seinen Namen. Treitz, ein tüchtiger pathologischer Anatom und beliebter Lehrer, verfiel durch die gegen Ende der 60er Jahre unter den Prager Studenten ausgebrochenen, selbst in den Vorlesungen sich bemerkbar machenden nationalen Gegensätze in eine mit Verfolgungswahn verbundene Melancholie. Er machte seinem Leben, erst 53 Jahre alt, durch Einnahme von Zyankali ein Ende.

Wladimir Bogumilowitsch Tomsa (geb. 1831 in Prag, gest. 4. 4. 1895 in Prag) wurde 1854 Dr. med., 1859 Dr. chirurg. Erst an der Anatomie tätig, trat er später zur pathologischen Anatomie über. 1859 diente er als Volontärarzt in der österreichischen Armee während des österreichisch-italienischen Krieges. Er wurde dann Assistent am Josephinum in Wien bei dem Physiologen Prof. Ludwig. 1865 folgte er einem Rufe als ao. Professor der Physiologie an die Wladimir-Universität in Kiew. 1867 erfolgte seine Ernennung zum o. Professor. Er wirkte hier bis zum Jahre 1884, als er als o. Professor der Physiologie an die Tschechische Universität in Prag ging. Zahlreiche in deutscher, tschechischer und russischer Sprache erschienene Arbeiten beweisen seine Kenntnis der einschlägigen Materie. Ein Lehrbuch der Physiologie in russischer Sprache erschien nicht mehr.

Edwin Klebs (geb. 6. 2. 1834 in Königsberg in Ostpreußen, gest. 23. 10. 1913 in Bern) promovierte 1857 in Berlin zum Dr. med., 1859 habilitierte er sich für allgemeine Pathologie an der Universität Königsberg, 1861 wurde er unter Virchow Prosektor am pathologisch-anatomischen Institut in Berlin. 1866 wurde er als ao. Professor der pathologischen Anatomie nach Bern berufen. 1867 wurde er o. Professor. Im Jahre 1871 schuf er in Bern das „Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte". 1872 folgte er einem Rufe als Professor der pathologischen Anatomie an die Universität Würzburg. Seine Erfahrungen in den Lazaretten 1870/71 entschieden über seine wissenschaftliche Richtung. Sie führten ihn zu dem Ergebnis, daß die „Pathologie der Schußwunden" auf Infektion mit „Mikrobien", dem „Microsporon septicum" beruhe.

1873 kam er durch den Einfluß des berühmten pathologischen Anatomen Carl Rokitansky (Wien) und auf Wunsch des bedeutenden Physiologen Ewald Hering nach Prag, „wo seiner ein vortrefflich eingerichtetes Institut wartete, in dem nun ein angeregtes Leben begann und wo er den Höhepunkt seiner wissenschaftlichen Geltung und Befriedigung erreichte." (Paul Ernst im Nachruf im „Centralblatt für Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie". Ergänz.-Heft zum 25. Band, 1914.) In diese Zeit fiel (1873) die Gründung des „Archivs für experimentelle Pathologie und Pharmakologie" im Verein mit Naunyn und Schmiedeberg.

„Es war ein Symbol der nun kommenden engen Arbeitsgemeinschaft der Physiologie, Pathologie und Kli-

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

schirmt übersteigerte vegetative Reize ab
Haloperidol

löst Spasmen im Verdauungstrakt und hemmt übermäßige Sekretion
Diisoprominhydrochlorid

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

bedeutet gleichzeitige Leberschutztherapie
Cholin orotat

nik", schreibt Paul Diepgen, „in der wissenschaftlichen Erforschung der Arzneimittel . . . Ohne die Pathologie und erst recht die pathologische Physiologie ging es nun einmal nicht, ebensowenig konnte man eine praktische Therapie ohne Mithilfe der klinischen Erprobung der wissenschaftlich durchgearbeiteten Medikamente betreiben."

Es folgte die Gründung der „Prager medizinischen Wochenschrift" (1876) und des „Zentralvereins deutscher Ärzte in Böhmen".

In Prag gab Klebs 1878 „Mitteilungen aus dem Pathologischen Institut in Prag" heraus. Unter seiner wesentlichen Mitwirkung wurde 1880 anstelle der „Vierteljahresschrift für praktische Heilkunde" (herausgegeben von der Medizinischen Fakultät der Prager Universität) und als Fortsetzung derselben die „Zeitschrift für Heilkunde" ins Leben gerufen. (Anm.: Weder in der Aufstellung von Arnold C. Klebs noch bei Hirsch erwähnt.)

„Wenn als Vorläufer Kochs die Namen Pasteur, Lister, Cohn genannt werden, so gehört Klebs auch zu ihnen." (Ernst im zitierten Nachruf.) Klebs sah den Typhusbazillen v o r Eberth, den Diphtheriebazilius v o r Löffler, studierte die Wundinfektionen v o r Koch. 1882 wurde er nach Zürich berufen, wo er bis 1893 tätig war. Konflikte mit seinen Hörern, mit der Fakultät und der Regierung veranlaßten ihn zum Rücktritt. Unstet irrte er herum, tauchte in Karlsruhe und Straßburg auf und gründete 1895 ein bakterio-therapeutisches Institut in Asheville (North-Carolina). Im Jahre 1896 wurde er Professor der Pathologie an dem Rush Medical College in Chicago. Doch kam er später wieder über Hannover und Berlin in sein geliebtes Bern. „A man of irascible precipitale disposition, a great pioneer", war seine Beurtellung durch Garrison.

Eine Dissertation von Dr. Otto Mario Röthlin, 1962 erschienen in den „Zürcher medizingeschichtlichen Abhandlungen", „Edwin Klebs (1834—1913). Ein früher Vorkämpfer der Bakteriologie und seine Irrfahrten" machte wegen der zahlreichen in ihr enthaltenen Irrtümer eine Entgegnung notwendig. Sie erschien im „Bayerischen Ärzteblatt" 1965 vom Verfasser als „Notwendige Richtigstellung einer Dissertation über E. Klebs". Dort wird besonders seine Würzburger und Prager Zeit eingehend behandelt.

Hans Eppinger sen. (geb. 17. 2. 1846[10]) in Prag-Karolinenthal, gest. 12. 8. 1916 in Graz) studierte in Prag und promovierte hier 1868. Er war ein Schüler von Treitz und Klebs. Nach dem Tode von Treitz supplierte er 1872/73 die Lehrkanzel für pathologische Anatomie, nachdem er 1872 sich habilitiert hatte. 1875 wurde er ao. Professor. Nach dem Abgang von Klebs nach Zürich supplierte er neuerlich (1882) die Lehrkanzel. 1882 kam er als Ordinarius für pathologische Anatomie nach Graz. Im Handbuch von Billroth-Lücke bearbeitete er (1886) die Anatomie der Erkrankungen der Scheide. Nachdem Kundrat in den siebziger Jahren die immer häufiger auftretenden Erkrankungen an Hadernkrankheit bei Lumpensortiererinnen in den steierischen und oberösterreichischen Papierfabriken als Milzbrandinfektion erkannt hatte (Lesky), gelang es Eppinger, den Infektionsweg, die Inhalation von Milzbrandsporen, zu klären. Seine Monographie „Die Hadernkrankheit" (1894) wie sein umfangreiches Werk über Pathogenese und Histologie der Aneurysmen und die Entdeckung und Beschreibung des embolisch-mykotischen Aneurysmas haben seinen Namen verewigt (Breitner).

Hans Chiari (geb. 4. 9. 1851 in Wien, gest. 6. 5. 1916 in Straßburg), Sohn des Geburtshelfers Prof. Johann Bapt. Chiari, studierte in Wien und promovierte 1875 zum Dr. med. Er war Assistent bei Rokitansky und Heschl. 1878 habilitierte er sich für pathologische Anatomie. 1879 wurde er Prosektor an der k. k. Krankenanstalt Rudolfsstiftung in Wien. Im Wintersemester 1881/82 supplierte er die Lehrkanzel für pathologische Anatomie in Wien. 1882 folgte er als ao. Professor einer Berufung auf die Lehrkanzel für pathologische Anatomie an der Deutschen Universität in Prag. 1883 erhielt er die Ernennung zum Ordinarius. 1884 supplierte er während der Erkrankung und nach dem Tode von Aeby die Lehrkanzel für Anatomie. Die Persönlichkeit Chiaris versammelte an seinem Institut „Schüler aus aller Herren Ländern" (Fischer). 1906 folgte Chiari einer Berufung an die Universität Straßburg. Chiari war anfangs der 90er Jahre maßgeblich an der Ausarbeitung der neuen Studienordnung beteiligt, die an einem Studiengang von 10 Semestern festhielt und schon in den „Vorwissenschaften" auf praktische Ausbildung großen Wert legte. Chiaris „Pathologisch-anatomische Sektionstechnik" blieb viele Jahre das maßgebliche Lehrbuch.

Richard Kretz (geb. 12. 5. 1865 in Bruck a. d. Mur, gest. 13. 5. 1920 in Zipf, Oberösterreich) promovierte 1888 in Wien zum Dr. med. Er kam als Assistent zu dem Pathologen H. Kundrat und übernahm, nach kurzer Tätigkeit bei Billroth, 1893 die Prosektur im Franz-Josef-Spital. Er wurde auch stellvertretender Vorstand des Serotherapeutischen Institutes. Damit begann seine intensive Beschäftigung mit bakteriologischen und serologischen Problemen. Kretz habilitierte sich 1897 für pathologische Anatomie und wurde 1901 ao. Professor. 1907 folgte er als Nachfolger Chiaris einem Ruf als Ordinarius und Vorstand des pathologisch-anatomischen Institutes an die Deutsche Universität in Prag. Als Professor Dr. Max Borst 1911 nach München berufen wurde, wurde sein Nachfolger in Würzburg Prof. Dr. Kretz, ein Zeichen seiner Wertung. Jedoch zwang ihn ein Herzleiden 1913, die anstrengende Lehrtätigkeit auf-

[10]) Nicht, wie im „Österr. Biographischen Lexikon", Band I, S. 257, angegeben, am 17. 12. 1848. Hier ist auch irrtümlich als Promotionsjahr 1869 angegeben.

Strophoperm zur perlingualen Herztherapie
Salistoperm zur percutanen Heilanaesthesie
PERMICUTAN-KG • DR. EULER • MUNCHEN 13

Spasmen · Diarrhoen · Tenesmen

UZARA

Ein Medikament von bleibendem Wert
therapiesicher - ohne Nebenwirkungen

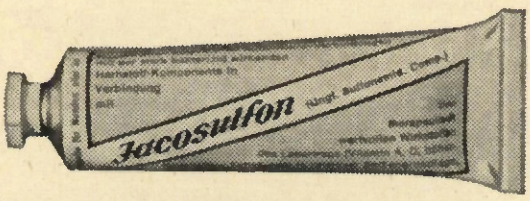
15, 30 u. 50 ccm Liquor — 25 Dragées

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

UZARA-WERK · MELSUNGEN

Die Sulfonomid-Harnstoff Kombinationstherapie mit

Jacosulfon



Jacosulfon
unguentum

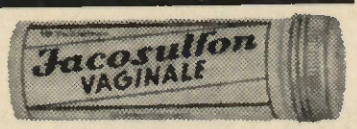
Jacosulfon
pulvis

Indikationen

Alle eitrigen Wunden und Verletzungen	Mundausschlag
Alle Pyodermien	Ulcus cruris
Impetigo contagiosa	Strophulus infantum
Ekzeme	Phlegmonen
Furunkel	Exantheme
Karbunkel	Abszesse
Infektionsprophylaxe bei Verletzungen	Balanitis errosiva
Brandwunden	Herpes
Fissuren und Rhagoden	Folliculitiden
Röntgenstrahlenschäden	Akne vulgaris, Akne necrotica
Pemphigus	Seborrhoisches Ekzem
Intertrigo	Neurodermitis
Wundsein der Säuglinge	Sykosis non parasitaria
Schweißdrüsenabszesse	Congelationen
Mastoiditis	Scheiden-Dammrisse
Mamillenrhagoden	Portioerosionen
Operationswunden	Unspez. Fluor (Vaginaltamponade)

Pilzerkrankungen der Haut
(Unguentum u. Pulvis im Wechsel)

Jacopharm
Hamburg-Schenefeld



Jacosulfon

Unspez. Fluor *vaginale* diff. Kolpitis
Portioerosionen Vaginitis

sowie alle anderen entzündlichen und infektiösen Erkrankungen der Vaginalschleimhaut

zugeben. Er kehrte „nach Wien zurück, wo er als Prosektor des Rudolfinerkrankenhauses ein von den Anstrengungen eines ausgedehnten Lehr- und Unterrichtsbetriebes unbelastetes Arbeits- und Forschungsfeld erhoffte". (Hermann Chiari im Nachruf, „Verhandlungen der Deutschen Pathologischen Gesellschaft" 1937.) Das Arbeitsgebiet von Kretz bezog sich auf die Patbologie der Leber (Kretzsche Granula bei der Leberzirrhose), galt aber auch seiner ausgedebnten bakteriologischen und serologischen Tätigkeit, die er im Verein mit chemischem Wissen als unentbehrlich für einen modernen Pathologen bezeichnete. Im Kampf um die Klärung der Ätiologie der Appendicitis trat er entscheidend auf. Bekannt wurden auch seine Arbeiten über Thombrose und Embolie und über die Entstehung der Gallensteine. Kretz war ein vorzüglicher Lehrer und wirkungsvoller Redner auf wissenschaftlichen Tagungen (Breitner). Durch seinen fesselnden Vortrag, seine betonte Einfachheit, Bescheidenheit und Gutmütigkeit war er ein von den Studierenden sebr geschätzter Lehrer. Breitner bezeichnet ihn als den Typus eines österreichischen Gelehrten, gekennzeichnet durch universelles Wissen, Großzügigkeit und Charakterstärke.

Konrad Helly (geb. 11. 8. 1875 in Wien) studierte und promovierte (1899) in Wien. Er war in Prag bei Kretz Assistent und habilitierte sich hier 1907 für pathologische Anatomie. Mit Kretz ging er 1911 nach Würzburg und wurde 1912 ao. Professor. Von 1918 wirkte er als Prosektor am Kantonsspital in St. Gallen. Die zahlreichen Arbeiten beweisen sein großes Wissen, so in der „Speziellen Pathologie und Therapie" („Die hämapoetischen Organe in ihrer Beziehung zur Pathologie des Blutes, im Handbuch der Zahnheilkunde („Bakterienflora der Mundhöhle") und „Die Störungen der Leber- und Pankreassekretion" (1913) und „Leukämien" im „Handbuch der speziellen Pathologie und Histologie" (1927). Helly gab auch eine Fixierungsflüssigkeit an, die seinen Namen trägt.

Franz Lucksch (geb. 18. 2. 1872 in Libolitz in Böhmen, gest. 7. 4. 1952 in Prag) studierte und promovierte (1895) an der Deutschen Universität in Prag. Nach Tätigkeit im Hygienischen Institut bei Hueppe, in der Chirurgie unter Bayer, Prag, Nicoladoni, Graz, und Hacker, Innsbruck, wandte er sich der pathologischen Anatomie zu, für die er sich 1904 in Prag habilitierte. Er wurde 1898 Assistent am Gerichtlich-medizinischen Institut in Innsbruck, 1899 Assistent am Pathologisch-anatomischen Institut der Deutschen Universität in Prag unter Chiarl. Als Prosektor kam er nach Czernowitz in der Bukowina. An der dortigen Universität habilitierte er sich 1906 zusätzlich an der Philosophischen Fakultät für Bakteriologie. 1909 kehrte er wieder nach Prag zurück und wurde 1914 ao. Professor. Nach dem Tode Ghons leitete er als stellvertretender Direktor das Institut. 1938 wurde er entpflichtet. Von seinen zahlreichen Arbeiten sind seine Untersuchungen über die Encephalitis post vaccinationem die bekanntesten (H. W. Sachs im Nachruf in den „Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Pathologie", 1953). Sein Name wird in Zusammenhang mit dieser Erkrankung genannt. Eine Monographie galt dem Thema „Die Virusformen". Die Pellagra, die Mißbildungen, filtrierbare Formen der Tuberkelbazillen, Einschlüsse bei Lymphogranulomatose sind weitere Arbeiten gewidmet. Viele Jahre war Lucksch Leiter des Kurses für Sportlehrer.

Kornel Ludwig Terplan (geb. 19. 10. 1894 in Aranyosmarat) studierte an der Deutschen Universität in Prag. 1927 habilitierte er sich für Pathologische Anatomie an der Deutschen Universität in Prag. Er ging 1930 nach den USA, wurde im selben Jahre Professor an der Universität Buffalo/USA, 1934 o. Prof. Er war Präsident der Pathologischen Gesellschaft in Buffalo. Mit Prof. Ghon veröffentlichte er wissenschaftliche Arbeiten aus dem Pathologisch-anatomischen Institut in Prag.

Erik Johannes Kraus (geb. 12. 3. 1887 in Kolin in Böhmen, gest. 17. 1. 1955 in Peoria, USA) studierte an der Deutschen Universität in Prag, wo er 1911 zum Dr. med. promoviert wurde. Von 1912 bis 1927 war Kraus am Pathologischen Institut als Assistent tätig. Er habilitierte sich 1919 für pathologische Anatomie und wurde 1927 ao. Professor. Seine Arbeiten befaßten sich vorwiegend mit der Pathologie der endokrinen Organen. Er galt hier als anerkannter Fachmann. Von ihm stammen u. a. „Die Hypophyse" im „Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie" (1926), „Die pathologisch-anatomischen Veränderungen des Pankreas" (1929 im gleichen Werk), „Die Entwicklungsstörungen der Hypopbyse" (in Schwalbes Morphologie der Mißbildungen, 1929). 1938 emigrierte er nach den USA. An der Columbia-Universität in New York war er Visiting-Professor für Pathologie. Am St.-Francis-Hospital war er viele Jahre Pathologe und Direktor der Laboratorien. Er wirkte auch am Pekin-Public-Hospital und an dem Städtischen Tuberkulose-Sanatorium in Peoria (Nach JAMA, 1955).

José Verocay (geb. 1878 in Uruguay, gest. 26. 12. 1927 in Montevideo) studierte an der Deutschen Universität in Prag. Er war schon als Student am Histologischen Institut unter Kohn und als Demonstrator am Pathologischen Institut bei Chiari tätig. 1910 habilitierte er sich für pathologische Anatomie an der Deutschen Universität in Prag. 1919 ging er in seine Heimat zurück und wurde in Montevideo Ordinarius für pathologische Anatomie. Von seinen Arbeiten sind vor allem die über die Neurofibromatose zu nennen, in der er den Begriff „Neurinom" aufstellte.

Anton Ghon (geb. 1. 1. 1866 in Villach, gest. 23. 4. 1938 in Prag) studierte an der Universität Graz und promo-

Pepsaldra®
Magen-Fermentpräparat
gegen Subacidität, Achylie und deren Folgezustände
Original-Packungen mit 45 und 125 Dragees
Pepsaldra compositum
Multivalentes Verdauungsenzympräparat gegen Störungen im Magen-Pankreas-Galle-Dünndarmsystem
Original-Packungen mit 40 und 100 Dragees
Fabrik pharm. Präparate Karl Engelhard Frankfurt a. M. gegr. 1872

vierte hier 1890 zum Dr. med. Nach kurzer Tätigkeit an der Internen Klinik Prof. Neussers und kurzer Beschäftigung als praktischer Arzt kam er an das Pathologisch-anatomische Institut unter Prof. Weichselbaum in Wien. Hier wurde er 1893 Assistent, 1899 Privatdozent und 1902 ao. Professor an der Universität Wien. Schließlich folgte er dem Rufe an die Deutsche Universität in Prag im Jahre 1910 als Ordinarius. Von der Österreichischen Akademie der Wissenschaften wurde Ghon 1897, zusammen mit Heinrich Albrecht und (dem späteren Anthropologen) Rudolf Pöch (1870—1921), zum Studium der Pest nach Bombay entsandt. „An dem Material, das sie mitbrachten, und in einem vom Pathologisch-anatomischen Institut (in Wien) abgesonderten ‚Pestzimmer' bearbeiteten, infizierte sich der Laboratoriumsdiener Franz Barisch. Da zunächst die Diagnose noch nicht feststand, wurde er in einem Zimmer der Nothnagelschen Klinik isoliert, in dem er am 19. Oktober 1890 einer Pestpneumonie erlag. Am 23. Oktober starb auch Hermann Franz Müller, ein hochbegabter Schüler Nothnagels, und die Wärterin Pecha am 30. Oktober. Beide hatten Barisch betreut und waren nach dessen Tode in dem eben fertiggewordenen Infektionspavillon des Kaiser-Franz-Josephs-Spital isoliert worden" (Lesky). Ghon und Albrecht haben das von Bombay mitgebrachte Materlal ausgewertet. „Ob eine Immunisierung gegen Pest möglich sei, das war die Frage, die die verschiedenen internationalen Pestkommissionen damals zu lösen versuchten. Albrecht und Ghon konnten zeigen, daß sowohl Ratten wie Meerschweinchen durch wiederholte Vorbehandlung mit schwachvirulenten Peststämmen immunisierbar waren. Darüber hinaus haben sie eine Fülle von anatomischen, histologischen tierexperimentellen Erfahrungen in ihrem Bericht ‚Über die Beulenpest in Bombay im Jahre 1897' niedergelegt. Er ist mit jenem des so opfervoll verstorbenen Nothnagel-Assistenten Hermann Müller das Standardwerk der Zeit über die Pest geworden" (Lesky). Ghon hat auch mit Friedrich Schlagenhaufer (1866—1930) und Ernest Finger (1856—1939) die Biologie des Gonococcus erforscht. Ghon hat die Grundlagen der Anaerobenforschung erarbeitet. Ghon hat grundlegende Arbeiten über die Infektionswege der Tuberkulose im 20. Jahrhundert geschaffen. In Prag setzte Ghon mit seinen Schülern Roman, Pototschnig, Terplan und Kudlich seine Arbeiten über die Tuberkulose fort. Er konnte nachweisen, daß in der weitaus größten Mehrzahl der Fälle der Primärherd in der Lunge sitzt, d. h. also, daß die Infektion der Lunge des Menschen mit Tuberkulose und damit des Organismus überhaupt auf aerogenem Wege entsteht. Die Ergebnisse der Untersuchungen wurden in dem Artikel „Über die Eintrittspforten der Infektion" im „Handbuch der Kindertuberkulose" von Engel und Pirquet (1930) zusammengefaßt. „Es war nur", wie Franz Lucksch im Nachruf schrieb, „selbstverständlich, daß Ghon sich der Frage nach der tuberkulösen Reinfektion zuwenden mußte. In seinen Arbeiten mit Kudlich und Schmiedl und mit Kreider und Kudlich konnte er zeigen, daß in einer überwiegenden Anzahl von Fällen (84 %) eine Infektion der Lymphknoten der Venenwinkel besteht. Diese Ergebnisse sind von der größten Bedeutung für die Erklärung der miliaren Aussaat. Ghons besonderes Interesse galt auch den eitrigen Meningitiden. Es ist eine besondere Tragik, daß Ghon gerade an jener Krankheit starb, der viele seiner Arbeiten galten, an der Tuberkulose. (Anm. Es wird mir immer unvergeßlich bleiben, daß ich zufällig mit Ghon auf der Fahrt — ich von Osttirol kommend — in Spittal von Kärnten nach Prag zusammentraf. Das Gespräch mit ihm war so faszinierend, daß wir beide, auf unsere Sitzplätze verzichtend, die ganze Fahrt hindurch auf dem Gange standen und dabei die Entwicklung der Medizin, des Unterrichts, die Mentalität der Studierenden und sonstige allgemeine Themen besprachen.)

Der Vorsitzende des „Vereines deutscher Ärzte in Prag", Professor Dr. Rudolf Schmidt, würdigte in der Trauersitzung die Verdienste des Verstorbenen.

„Der Name Anton Ghon ist bekannt und hochgeschätzt weit über die Grenzen unseres Staates hinaus. Er war ein hervorragender Forscher. Nachdem seine Meisterhand Tausende von Sektionen im Interesse unserer Wissenschaft vorgenommen hatte, äußerte er vor seinem Tode den strikten Wunsch, daß auch sein Leichnam seziert werde. Ich sehe darin eine tiefe Symbolik: einerseits hat er damit einen scharfen Trennungsstrich gezogen zwischen Körper und Geist, zwischen Instrument und Künstler, andererseits ist er über seinen persönlichen Tod hinaus treu geblieben den hohen Prinzipien der Forschung und der Erkenntnis. Aber der Wertbereich seiner Persönlichkeit reicht weit hinaus über den Intellekt des Forschers. Intellekt ist etwas Kaltes, vergleichbar einem scharf geschliffenen Skalpell. Der Charme seiner Persönlichkeit lag in dieser wunderbaren Mischung von Ernst und liebenswürdigem, sonnigem Wesen, von Strenge gegen sich selbst

„Krewel" ARTWIG
KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln
Mallebrin®
Gurgeln, Spülungen, Wundbehandlung
A-Mallebrinetten®
Adstringo-antiseptische Rachentabletten

und Nachsicht gegen andere. Der hohe Wert seines Lebenswerkes war gegeben durch die restlose Hingabe nicht nur an seine beruflichen Pflichten, sondern auch an mannigfache gemeinnützige Arbeit, und all dies unter Hintansetzung jedes persönlichen Vorteiles, leider auch unter Hintansetzung seiner Gesundheit. Anton Ghon war ein Edelmann im eigentlichen und im besten Sinne des Wortes."

Alois Materna (geb. 8. 8. 1876 in Mixnitz, Steiermark) promovierte 1903 in Graz zum Dr. med. In Prag habilitierte er sich 1910 für pathologische Anatomie, 1933 wurde er ao. Professor. Er war in Troppau als Prosektor tätig.

Maria Mitteibach, verh. Schmidt (geb. 31. 1. 1900 in Leitmeritz) studierte an der Deutschen Universität in Prag. Hier promovierte sie am 8. 5. 1926 zum Dr. med. Sie war an der Forschungsanstalt für Psychiatrie und Neurologie in München unter Prof. Spielmeyer und Prof. Spatz tätig. Am Pathologisch-anatomischen Institut arbeitete sie bei Prof. Ghon und habilitierte sich 1936 hier für pathologische Anatomie. Sie war städtische Medizinalrätin in Aussig a. d. Elbe und Prosektorin am Krankenhaus. Nach der Umsiedlung wirkte sie in Ansbach. Ihre Arbeiten beschäftigten sich mit der Lymphogranulomatose, Hirntumor und Myokarditis.

Herbert Kudlich (geb. 15. 5. 1897 in Troppau) promovierte 1922 an der Universität Wien zum Dr. med. und 1923 an der Deutschen Universität Prag. Er war am Pathologisch-anatomischen Institut der Deutschen Universität in Prag unter Ghon tätig, mit dem er mehrere wissenschaftliche Arbeiten veröffentlichte. 1934 habilitierte er sich in Prag für Pathologie. 1935 war Kudlich als Prosektor am Krankenhaus in Karisbad, nach der Aussiedlung in gleicher Eigenschaft am Stadtkrankenhaus in Hof/Saale tätig. Zahlreiche Arbeiten des Fachgebietes stammen aus seiner Feder.

Herwig Hamperl (geb. 12. 9. 1899 in Wien) studierte an der Universität Wien und promovierte hier 1923 zum Dr. med. Er habilitierte sich 1931 in Wien, nachdem er bei Josef Schaffer (Wien) histologisch gearbeitet hatte. Weiterhin war er unter Prof. Rudolf Maresch bis 1928 am Pathologisch-anatomischen Institut der Wiener Universität als Assistent tätig. Ein Semester widmete er Studien am Pathologischen Institut unter Geheimrat Aschoff in Freiburg i. Br. 1929 wurde er von der Notgemeinschaft Deutscher Wissenschaften an die Deutsch-russische Forschungsstelle in Moskau entsandt. 1930 kehrte er wieder auf die Assistentenstelle am Wiener Pathologischen Institut zurück und habilitierte sich hier 1931. 1935 wurde Hamperl als ao. Professor an das Pathologische Institut der Berliner Universität berufen. 1939 folgte seine Berufung als Ordinarius an die Deutsche Universität in Prag. Nach Schließung der Universität kam Hamperl kurze Zeit in Kriegsgefangenschaft. Er wurde nach Österreich entlassen, wo er bis September 1945 Dolmetscherdienste bei der russischen Kommandatur in Grein, O. Ö., versah. Vom September 1945 bis Januar 1946 Prosektor am Allgemeinen Krankenhaus in St. Pölten, anschließend bis Ende Oktober 1949 Prosektor am Landeskrankenhaus und Leiter der Bakteriologisch-serologischen Untersuchungsstelle in Salzburg. Im Herbst 1948 durch ein Semester Vertretung des Direktors des Pathologischen Institutes in Uppsala (Schweden). Am 1. 11. 1949 als Direktor des Pathologisch-anatomischen Institutes der Universität in Marburg/Lahn berufen. Seit 1. 4. 1954 in gleicher Eigenschaft an der Universität Bonn. Im Sommersemester 1957 als Carl-Schurz-Professor an der Universität Madison, Wisconsin, USA. Hamperl gab ein „Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und der speziellen pathologischen Anatomie" sowie ein Buch „Pathologisch-histologische Kurs" heraus. Überaus zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten beweisen die Vielfalt seiner Kenntnisse. Die internationale Anerkennung wird durch die Ernennungen in zahlreichen ausländischen wissenschaftlichen Geselischaften dokumentiert.

Hubert Meesen (geb. 10. 9. 1909 in Würselen) habilitierte sich 1938 in Freiburg i. Br. für pathologische Anatomie. Als ao. Professor kam er 1943 an die Deutsche Universität in Prag, mit der Vertretung der Professur für pathologische Anatomie betraut. Nach der Auflösung der Universität wurde Meesen Ordinarius und Direktor des Pathologisch-anatomischen Institutes der Medizinischen Akademie (jetzt Universität) in Düsseldorf. Seine Arbeiten beschäftigten sich mit der Herz- und Kreislaufpathologie und Neuropathologie.

(Fortsetzung folgt)

AMTLICHES

Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat den nachstehend wiedergegebenen Brief an den Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer gerichtet, der hiermit allen Ärzten in Bayern zur Kenntnis gebracht wird.

Nachtermine für die öffentliche Schutzimpfung gegen Kinderlähmung mit trivalenter Lebendvakzine

„In diesem Jahr beginnt am 23. November der erste Impfgang der Schluckimpfung gegen die übertragbare Kinderlähmung.

Der Erfolg der bisherigen Schluckimpfungen ist in der Bevölkerung offenbar so sehr zur Selbstverständlichkeit geworden, daß im Jahre 1968 ein wohl durch Sorglosigkeit begründetes Nachlassen der Beteiligung an den Terminen zu bemerken war. Die Durchimpfung der älteren Kinder bis zum Geburtsjahrgang 1962 liegt über 70% und reicht aus, um bei ihnen eine seuchenhafte Ausbreitung der Kinderlähmung zu verhüten. Unter den besonders gefährdeten Kleinkindern und

RECORSAN® - LIQUID. c. Rutin
Rein phytologisches Cardiotonicum
für die kleine Herztherapie
Crataegus-Kombinationstherapie des Altersherzens
30 ml DM 3,10 m. U.
Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

Säuglingen ist dagegen eine ausreichende Durchimpfung noch nicht erreicht. Von den Angehörigen des Geburtsjahres 1966 sind bisher nur etwa 15%, von den Zweijährigen knapp über 40% geschützt. Bleiben diese Jahrgänge unzureichend geimpft, kann es zu einem Neueinbruch und Ausbreitung von Wildviren und damit auch zu Erkrankungen kommen.

Die Impfung soll daher intensiviert werden. Alle bisher nicht oder nur unvollständig Geimpften, besonders die nachgeborenen Kinder, sind zur Impfung aufgefordert. Die Eltern der während des letzten Jahres geborenen Kinder werden unter Mitwirkung der Gemeinden durch eine Postkarte auf die Impfung hingewiesen. Auch in einem über die Kinder der ersten drei Volksschulklassen an die Eltern gerichteten Aufruf soll auf die Bedeutung und Notwendigkeit der Impfung hingewiesen werden.

Nur wenn es gelingt, Impflücken zu schließen und die nachgeborenen Kinder besser zu erfassen, kann die Poliomyelitis zum Verschwinden gebracht werden."

(Entschließung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 13. Oktober 1967 — III 3 — 5395/47 — 3/67)

Durchführung der Ersten Strahlenschutzverordnung

Nachweis der Fachkunde im medizinischen Bereich

Die Ministerialentschließung vom 16. 9. 1966 — III 3 — 5395/47 — 1/66 —, veröffentlicht in „Bayerisches Ärzteblatt", 10/1966, Seite 836/838, wird dahingehend ergänzt:

In die Gruppe „Röntgenologie und Strahlenheilkunde", Spalte „Hochvolttherapie" ist

Juliusspital, Würzburg, Dr. Vliegen

aufzunehmen.

Bekanntmachung über Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz

Im Nachgang zu unserer Bekanntmachung in „Bayerisches Ärzteblatt", 9/1967, S. 698, teilen wir mit:

Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge hat mit Entschließung vom 25. 10. 1967 bekanntgegeben, daß Kostenforderungen für Untersuchungen aus dem **Jahre 1964** noch bis zum Ablauf des Jahres 1967 bezahlt werden können.

Wir bitten um Einreichung solcher Forderungen bis zum 1. Dezember 1967.

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

BUCHBESPRECHUNG

„Weiß-Blau und Heiter" — Das große Buch vom bairischen Humor.

Herausgegeben von Ludwig Hollweck. 304 S. mit 52 Zeichnungen im Text, Leinen, mit farbigem Schutzumschlag, DM 25,—. Gräfe und Unzer Verlag, München.

Rauh und saftig, manchmal hintergründig, immer herzlich ist der Humor im bairischen Land — und fröhlich wie der der weiß-blaue Himmel über ihm. Das Beste aus der unerschöpflichen Fülle von lustigen Geschichten und Anekdoten, Schwänken und Gedichten, Schnaderhüpfln und Sprichwörtern, Hausinschriften und Marterltexten, für die Altbayern so berühmt geworden ist, wurde in diesem Band zusammengefaßt.

Die Klassiker der bayerischen Dichtung, wie Ludwig Thoma, Georg Queri, Lena Christ, Max Dingler, Oskar Maria Graf und Eugen Roth, sind mit ihren Glanzstücken darin ebenso vertreten, wie bisher noch wenig Bekanntes oder zu Unrecht Vergessenes. Zwischen den teils hochdeutschen, teils mundartlichen Texten, unter denen der Kenner manche Erstveröffentlichung finden wird, stehen viele witzige Zeichnungen von Karl Arnold, Franziska Bilek, J. B. Engl, Olaf Gulbransson, Ernst Hürlimann, Julius Kreis, Alfred Kubin, Paul Neu, Bruno Paul, Eduard Thöny, Rudolf Wilke und anderen. Am Schluß ist für die „Zuagroasten" ein originelles, ausführliches „Wörterbuch" angefügt, das sprachliche Schwierigkeiten löst.

Der Herausgeber Ludwig Hollweck — Leiter der Monacensia-Sammlung der Münchener Stadtbibliothek — hat die Quintessenz des Humors, den Altbayern hervorbrachte, den seine Dichter gestalteten, in dieser großen Sammlung mit Sachkenntnis dokumentiert und damit seiner altbayerischen Heimat ein gewichtiges Denkmal gesetzt.

„Das bronchitische Syndrom" von Chefarzt Otto-Peter Schmidt und den Oberärzten Walther Günthner und Hans Bottke, Klinisches Sanatorium Trausnitz der Landesversicherungsanstalt Niederbayern/Oberpfalz, Bad Reichenhall. X, 334 S., mit 383 teils farbigen Abbildungen und Tabellen, Leinen, DM 28,—. J. F. Lehmann's Verlag, München.

Das bronchitische Syndrom ist eines der großen, zu wenig beachteten ärztlichen Themen unserer Zeit. Das Werk ist das Ergebnis der Erfahrungen an der Reichenhaller Spezialklinik für Atemwegserkrankungen.

Die Anregung zu diesem Buch erhielten die Verfasser durch zahlreiche Diskussionen mit Praktischen Ärzten, die den Wunsch äußerten, sich ohne langwieriges und mühsames Literaturstudium möglichst umfassend über das bronchitische Syndrom informieren zu können. Diese Wünsche der Praktiker sind daher in weitgehendem Maße berücksichtigt. In einer kurzen und didaktisch klaren Form wird ein umfassender Überblick über das bronchitische Syndrom gegeben, vor allem wurden neuere

Sanhelios
Pharmaz. Fabriken · 1 Berlin 62 · Ruf 711588

PREDNISON
und PREDNISOLON 'Sanhelios' 5 mg

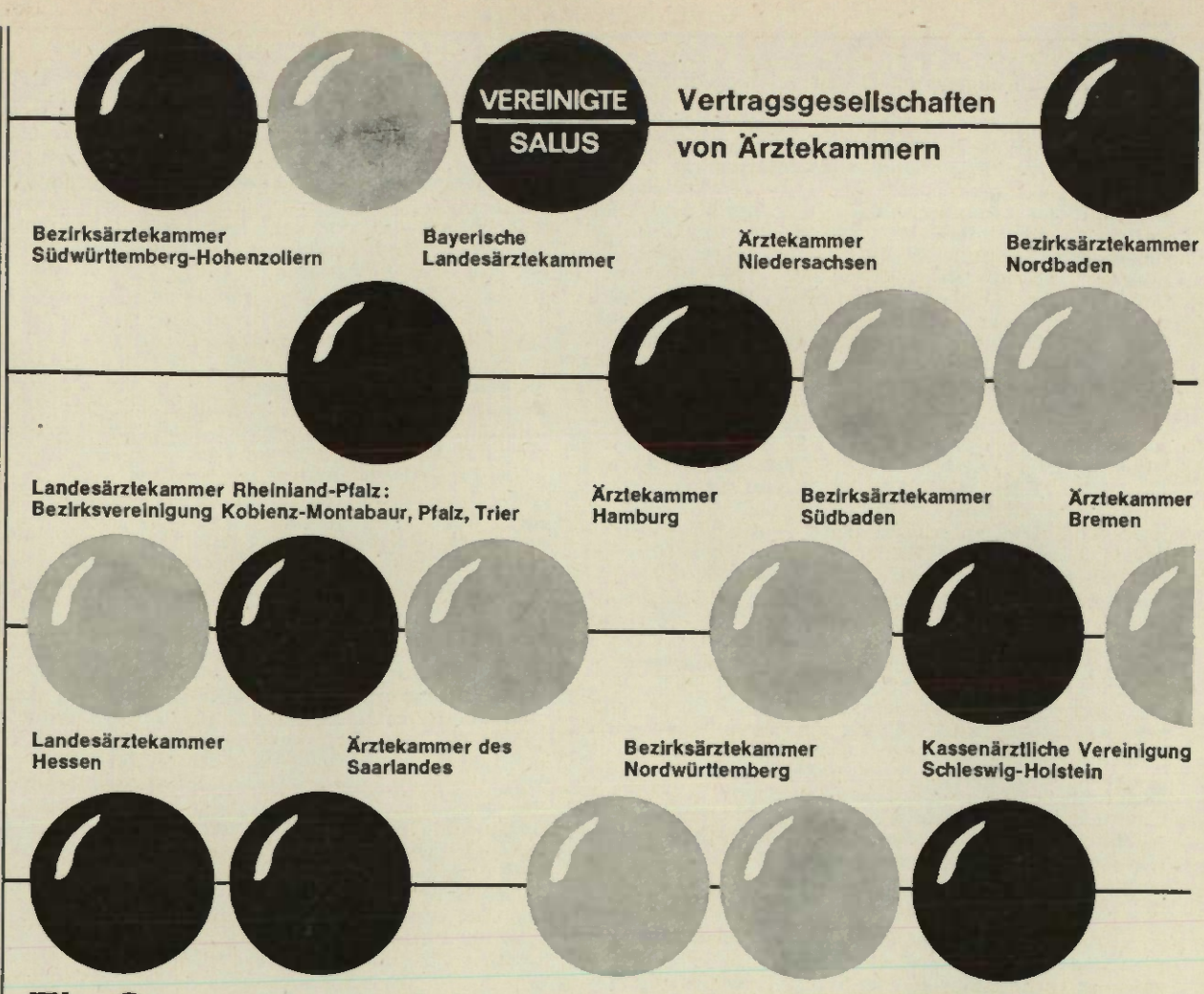
Zusammensetzung
Jede Tablette mit Doppelbruchrille enthält 5 mg Prednisan bzw. Prednisolan USP XVI, BP 58.

Indikation
Rheumatische Erkrankungen und Affektionen an Knochen, Gelenken und Bändern; Asthma bronchiale und allergische Rhinitis; Heufieber; Blutkrankheiten; Leber-, Herz- und Nierenkrankheiten.

Preise gem. A. T. o. U.

20 Tabletten nur DM 4,90

50 Tabletten DM 11,25 · 100 Tabletten DM 21,45 · Klinikpackung zu 500 Tabletten.



Ein Gruppenversicherungsvertrag mit der Vereinigten:

Der Vorteil läßt sich leicht errechnen

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

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

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

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

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

VEREINIGTE

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

Gesichtspunkte eingehend dargestellt, dazu gehört die Definition des bronchitischen Syndroms. Auf die moderne Lungenfunktionsdiagnostik wurde deshalb ausführlich eingegangen, weil ihr entscheidende Fortschritte in der Erkennung, Behandlung und Begutachtung bronchopulmonaler Erkrankungen zu verdanken sind. Das Literaturverzeichnis ist umfangreich gestaltet, um dem interessierten Leser die Möglichkeit zu geben, sich bei speziellen Fragen über die einschlägige Literatur informieren zu können.
Der Praktische Arzt erhält aus diesem Werk eine Fülle von Informationen und Anregungen, die ihm bei seiner täglichen Arbeit von Nutzen sind, dazu dienen u. a. die Hinweise auf Medikamente, psychotherapeutische Maßnahmen und Inhalationsgeräte.

„Herz — Ratschläge zur Gesunderhaltung und Leistungssteigerung", von Prof. Dr. M. Hochrein und Dozentin Dr. I. Schleicher, 1966, 152 S., 2 Tab., 17 Zeichn. Kart., DM 6,80. W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart — Berlin — Köln — Mainz.
Herz- und Kreislauferkrankungen sind heute die häufigsten Ursachen der Frühinvalidität. Über 50% der Männer sind direkt durch Herzinfarkt bedroht.
Die Belastungseinflüsse des Alltages haben zugenommen und werden weiter zunehmen. Jeder, der sich diesen Einflüssen gewachsen zeigen will, kann sich mit Vorbeugungsproblemen nicht erst befassen, wenn er fühlbare Gesundheitseinbußen erkennt.
Das Buch ist kein Medizinleitfaden und kein Gesundheitspraktikum. Es ist vielmehr eine Verhaltensempfehlung zur Höflichkeit gegen sich selbst. Es gibt kein „zu spät" — es gibt in gesundheitlichen Belangen aber auch kein „zu früh". Durch entsprechende Lebensweise kann den Gefahren erfolgreich begegnet werden. In anschaulicher Weise werden dem Leser Hinweise zur richtigen Ernährung, zum heilsamen Fasten, Bewegungsübungen, Körpertraining, Lockerungs- und Atmungsübungen gegeben.

A. v. Reitzenstein, **„Die alte bairische Stadt"** (in den Modellen des Drechslermeisters Jakob Sandtner, gefertigt in den Jahren 1568 bis 1574 im Auftrag Herzog Albrechts V. von Bayern), Leinen, Format 20,5 mal 21,5 cm. 22 alte Karten, Kupferstiche und Holzschnitte sowie 242 S., 168 Abb., DM 28,—. Verlag Georg D. W. Callwey, München, 1967.
Unter dem anspruchslosen — und doch gehaltvollen — Titel „Die alte bairische Stadt" birgt sich ein Kleinod, das nicht nur den geschichtlich Interessierten, sondern wohl jeden, dessen Liebe den bayerischen Städten München, Landshut, Ingolstadt, Straubing und Burghausen gilt, in seinen Bann schlagen wird. Es war ein origineller Gedanke von Alexander Freiherrn von Reitzenstein, die aus Lindenholz geschnitzten Modelle des Straubinger Drechslermeisters Jakob Sandtner, mit kunstfertiger Hand im Auftrage von Herzog Albrecht V. von Bayern geschaffen, nach 400 Jahren zu neuem und wirklichem Leben geweckt zu haben. 22 alte Karten, Kupferstiche und Holzschnitte sowie 168 Abbildungen, geben ein so eindrucksvolles, fesselndes Bild, daß man das Werk, einmal in die Hand genommen, immer wieder durchblättert, ergriffen von der Schönheit der damaligen Städte, und Vergleiche mit der nüchternen Gegenwart ansteliend. Das durch Beifügung der Geschichte der genannten Städte und durch zahlreiche wissenschaftliche Anmerkungen auch höheren Ansprüchen entsprechende Buch ist ein Werk, das, soeben erschienen, keineswegs „nur" als Weihnachtsgeschenk gedacht sein sollte, sondern als ein ausgezeichnet ausgestatteter Band, der in keiner Bücherei fehlen solite. Dem Verfasser, dem Historiker Alexander von Reitzenstein, muß für den Inhalt und die Anordnung gleichermaßen wie dem Verlag Georg D. W. Callwey, München, für die Ausstattung fast überschwänglich gedankt sein. Nicht minder aber dem Freundeskreis des Bayerischen Nationalmuseums, der als Herausgeber zeichnet, wie der vorzüglichen, ein besonderes Einfühlungsvermögen beweisenden Fotografin des Bayerischen Nationalmuseums, Frau Marianne Stöckmann. W. Koertlng

„Helfer für die Mehrwertsteuer", von Reg.-Dir. Rillng und Steuerrat Seeger. DIN A 4, 56 S., DM 9,80. M. Fauser Verlag, Reutlingen.
Nachdem die Durchführungsbestimmungen für die neue Umsatzsteuer nun endlich bekannt sind, scheiden sich die Mehrwertsteuergeplagten in zwei Gruppen: in a) Theoretiker und in b) Praktiker.
Auch dieser Helfer, der innerhalb der bewährten Helferreihe des Fauser Verlages erscheint, ist wieder ganz auf die Praxis abgestimmt. Die Erläuterungen sind klar und verständlich. An erklärenden Beispielen wurde nicht gespart. Es wird auf jede in der Praxis vorkommende Frage eingegangen.
Die Autoren waren sich dabei im klaren darüber, daß es von jetzt ab in punkto Mehrwertsteuer für jeden neue Fragen gibt: Skonti, Rabatte, Vorsteuerabzug bei Spesen, Inventur, Übergangsbestimmungen, Investitionssteuer, Preisfestsetzung, Buchungsvorgänge usw. Selbst das, was man schon begriffen zu haben glaubt, stellt sich plötzlich wieder ganz anders dar.
Nicht zu empfehlen ist dieser Helfer dem Theoretiker, der die allerletzten Winkel der neuen Umsatzsteuer ausleuchten möchte. Im ganzen Zuschnitt wendet sich diese Broschüre von vornherein klar an den Praktiker, der zupacken muß und schnell handeln soll, weil es allerhöchste Zeit ist.
Der Helfer enthält auch das neue Umsatzsteuergesetz und die Durchführungsverordnung, die für die praktische Arbeit unbedingt erforderlich sind.

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Ärztlicher Fortbildungsabend
am 29. November 1967 in München

Die CIBA Aktiengesellschaft, Wehr/Baden, veranstaltet unter der Schirmherrschaft der Bayerischen Landesärztekammer am 29. November 1967, 19.00 Uhr, in München, Messehallen Theresienhöhe, ein Rundgespräch mit Demonstrationen. Die mobile Eidophor-Farbfernsehanlage der Firma CIBA wird eingesetzt werden.

Zum Thema **„Hypertonie — praxisnah"** diskutieren und demonstrieren:

Prof. Dr. G. K. Döring, München (Gynäkologie)
Dr. H.-H. Edel, München (Innere Medizin)
Prof. Dr. A. Georgii, München (Pathologie)
Prof. Dr. F. Gross, Basel (Pharmakologie)
Prof. Dr. M. J. Halhuber, Bernried (Innere Medizin)
Prof. Dr. H. Remky, München (Ophthalmologie)
Prof. Dr. G. Riecker, München (Innere Medizin)
Prof. Dr. A. Schretzenmayr, Augsburg (Innere Medizin)

(Fortsetzung Seite 942)

Passiorin
Rein pflanzliches Dauersedativum
(Passifl. inc., Salix alb., Crataeg. oxyac.)
Ohne Gewöhnungsgefahr
Ohne Nebenwirkungen

Unschädliche Kur- und Dauermedikation
zur Stabilisierung des Nervensystems

SIMONS CHEMISCHE FABRIK GAUTING BEI MÜNCHEN

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

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Nachdem im August die Erkrankungshäufigkeit an Scharlach verhältnismäßig niedrig war — 38 Fälle je 100 000 Einwohner —, stieg sie im September wieder auf 66 Erkrankungen je 100 000 Einwohner (jeweils auf ein Jahr umgerechnet) an. Immer noch relativ häufig, wenn auch nicht mehr in dem Maße wie im Vormonat, traten Erkrankungen an übertragbarer Hirnhautentzündung auf.

Im September ging die Zahl der Fälle von Paratyphus weiter zurück. Ruhrerkrankungen wurden im Berichtsmonat dagegen häufiger als im Vormonat gemeldet, und zwar aufgrund von Gruppenerkrankungen in der Stadt Kempten (Allgäu). Höher als im Vormonat war im September auch die Erkrankungshäufigkeit an Salmonellose (durch Salmonellen erregte Darmentzündung) und an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung).

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 3. bis 30. Sept. 1967 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3			4		5		6		7		8		9		10		11	
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare Kinderlähmung			Hirnhautentzündung						Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa			
								Meningokokken-Meningitis		übrige Formen		Gehirnentzündung								Salmonellose		übrige Formen	
	E[1])	ST[2])	E	ST	E		ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	2	—	179	—	—	—	—	6	1	61	—	2	—	5	—	—	—	18	—	138	—	2	—
Niederbayern	—	—	27	—	—	—	—	2	—	8	—	1	—	2	1	2	—	—	—	25	—	—	—
Oberpfalz	—	—	42	—	—	—	—	2	—	10	—	2	—	3	—	3	—	—	—	33	—	—	—
Oberfranken	2	—	44	—	—	—	—	10	—	12	—	—	—	—	—	1	—	—	—	23	1	3	—
Mittelfranken	1	—	108	—	—	—	—	15	—	36	1	1	—	4	—	2	—	—	—	12	—	—	—
Unterfranken	—	—	48	—	—	—	—	1	—	30	—	—	—	1	—	1	—	1	—	15	—	—	—
Schwaben	—	—	73	—	—	—	—	2	—	33	—	—	—	4	—	3	—	141	—	161	—	1	—
Bayern	5	—	521	—	—	—	—	38	1	190	1	6	—	19	1	12	—	160	—	407	1	6	—
München	—	—	84	—	—	—	—	1	1	23	—	—	—	1	—	—	—	14	—	63	—	—	—
Nürnberg	—	—	39	—	—	—	—	3	—	7	—	1	—	3	—	1	—	—	—	3	—	—	—
Augsburg	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	8	—	—	—
Regensburg	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	3	—	—	—
Würzburg	—	—	4	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21	
	Botulismus		Hepatitis infectiosa		Ornithose (übrige Formen)		Amöbenruhr		Verdachtsfälle von Tollwut[3])		Kindbettfieber bei oder nach Fehlgeburt		Weil'sche Krankheit		Malaria-Erstererkrankung		Toxoplasmose		Wundstarrkrampf	
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	—	—	83	—	2	—	1	—	26	—	2	—	2	—	2	—	2	—	2	1
Niederbayern	—	—	79	1	—	—	—	—	5	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1
Oberpfalz	—	—	39	—	—	—	—	—	64	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberfranken	—	—	16	—	3	—	—	—	17	—	—	—	—	—	—		—	—	—	—
Mittelfranken	—	—	26	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Unterfranken	—	—	55	3	—	—	—	—	8	—	—	—	—		—	—	2	—	2	—
Schwaben	—	—	24	—	—	—	—	—	36	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—
Bayern	—	—	322	4	5	—	1	—	159	—	2	—	4	—	2	—	4	—	7	3
München	—	—	37	—	2	—	1	—		—	—		1	—	2	—	1	—	1	1
Nürnberg	—	—	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—		1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—

*) 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.

18. Wissenschaftliche Ärztetagung Nürnberg

Wissenschaftlicher Leiter: Prof. Dr. R. Schubert — Tagungsort: Meistersingerhalle Nürnberg vom 8. bis 10. Dezember 1967 — Veranstaltet von der Bayerischen Landesärztekammer

Freitag, den 8. Dezember 1967

Tagesthema:
HEUTIGER STAND DER THERAPIE DER MAGEN- UND DARMKRANKHEITEN

9.00—9.40 Uhr:
Eröffnung, Begrüßung und Einleitung zu den Hauptthemen

9.40—10.20 Uhr:
Prof. Dr. L. Demling, Direktor der Medizinischen Universitätskiinik Erlangen:
„Therapie des peptischen Ulkus und der Gastritis"

10.20—10.50 Uhr:
Prof. Dr. K. Hohenner, Chefarzt der Medizinischen Klinik des Stadtkrankenhauses Fürth:
„Therapie der Dünndarmerkrankungen einschließiich der exsudativen Enteropathie"

10.50—11.20 Uhr:
Pause zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie-Ausstellung

11.20—11.50 Uhr:
Prof. Dr. K. Heinkel, Chefarzt der Medizinischen Klinik des Städtischen Krankenhauses Stuttgart-Bad Cannstatt:
„Therapie der akuten und chronischen Pankreatitis"

11.50—12.20 Uhr:
Prof. Dr. R. Schubert, Vorstand der 2. Medizinischen Kiinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg:
„Therapie bei verschiedenen Formen der Kolitis"

Mittagspause, Restaurant im Hause

14.10—14.50 Uhr:
Filmvorführung (Farbenfabriken Bayer, Leverkusen):
„Die akute Pankreatitis"
Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Dr. E. K. Frey, München

15.00—15.40 Uhr:
Prof. Dr. E. Holder, Vorstand der 1. Chirurgischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg:
„Operative Therapieerfolge bei maiignen Tumoren des Magen- und Darmtraktes"

15.40—16.10 Uhr:
Prof. Dr. F. O. Höring, Chefarzt am Rudolf-Virchow-Krankenhaus (Infektionsabteilung) Berlin:
„Die beute verbreiteten Darminfektionen und ihre Therapie"

16.10—16.40 Uhr:
Prof. Dr. W. Mohr, Chefarzt der klinischen Abteilung des Bernhard-Nocht-Institutes für Tropenkrankheiten Hamburg:
„Therapie der parasitären Darmerkrankungen unter Berücksichtigung moderner Anthelmintica"

16.40—17.10 Uhr:
Pause zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie-Ausstellung

17.10—17.40 Uhr:
Prof. Dr. K. Schreier, Vorstand der Kinderklinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg:
„Therapie der Maldigestions- und Malabsorptionssyndrome im Kindesalter"

17.40—18.10 Uhr:
Prof. Dr. F. Stelzner, leitender Oberarzt der Chirurgischen Universitätsklinik und Poliklinik Hamburg:
„Der gegenwärtige Stand der anorektalen Chirurgie"

18.10 Uhr:
Diskussion

Samstag, den 9. Dezember 1967

Tagesthema:
HEUTIGER STAND DER THERAPIE DER HERZ- UND KREISLAUFKRANKHEITEN

9.30—10.00 Uhr:
Prof. Dr. F. Heim, Direktor des Pharmakologischen Institutes der Universität Erlangen-Nürnberg:
„Zur Pharmakologie des Herzens und der Herzkranzgefäße"

10.00—10.40 Uhr:
Prof. Dr. E. Wollheim, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg:
„Therapie der myogenen Herzinsuffizienz"

10.40—11.10 Uhr:
Pause zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie-Ausstellung

11.10—11.50 Uhr:
Prof. Dr. W. H. Hauß, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik und Poliklinik Münster i. W.:
„Neuzeitliche Therapie des Myokardinfarkts und der Myokardnekrose"

11.50—12.30 Uhr:
Prof. Dr. G. Hegemann, Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen:
„Therapieerfolge in der Herzchirurgie"

Mittagspause, Restaurant im Hause

14.10—14.50 Uhr:
Filmvorführung (Byk-Gulden, Konstanz):
„Koronarinsuffizienz und Myokardinfarkt — Therapie und Prophylaxe"
Wissenschaftliche Autoren: Prof. Dr. P. Schölmerich, Mainz; Prof. Dr. G. Liebegott, Wuppertal

15.00—15.30 Uhr:
Prof. Dr. H. Dennig, Chefarzt der Inneren Abteilung des Karl-Olga-Krankenhauses Stuttgart:
„Die Karditis und ihre heutige Therapie"

15.30—16.10 Uhr:
Prof. Dr. F. Hoff, ehem. Direktor der I. Medizinischen Universitätklinik Frankfurt:
„Vegetative Syndrome, Prophylaxe und Therapie"

16.10—16.40 Uhr:
Prof. Dr. H. Reindell, Leiter des Institutes für Kreislaufforschung und Leistungsmedizin an der Medizinischen Universitätsklinik Freiburg:
„Propbylaxe und Behandiung von Herzerkrankungen durch Training"

16.40—17.10 Uhr:
Pause zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie-Ausstellung

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

17.10—17.40 Uhr:
Prof. Dr. K. Spang, Chefarzt der Medizinischen Klinik des Katharinenhospitals Stuttgart:
„Therapie der Rhythmusstörungen unter besonderer Berücksichtigung der Elektrotherapie, Schrittmacher u. a."

17.40—18.10 Uhr:
Prof. Dr. A. J. Beuren, Leiter der Kardiologischen Abteilung der Universitätskinderklinik Göttingen:
„Prä- und postoperative Beurteilung kongenitaler Herzfehler"

18.10 Uhr:
Diskussion

Sonntag, den 10. Dezember 1967

Tagesthema:
PROBLEME DER MEDIKAMENTÖSEN GEBURTENREGELUNG

9.30—10.10 Uhr:
Prof. Dr. R. Fikentscher, Direktor der II. Universitätsfrauenklinik München:
„Ärztliche Probleme der medikamentösen Geburtenregelung"

10.10—10.50 Uhr:
Prof. Dr. K. G. Specht, Direktor des Institutes für Freie Berufe an der Universität Erlangen-Nürnberg:
„Gesellschaftspolitische Aspekte der Geburtenregelung"

10.50—11.20 Uhr:
Pause zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie-Ausstellung

11.20—12.00 Uhr:
Prof. D. Dr. Dr. W. Trillhaas, Direktor des Seminars für systematische Theologie der Universität Göttingen:
„Die medikamentöse Geburtenregelung im Urteil der evangelischen Ethik"

12.00—12.40 Uhr:
Prof. Dr. F. Böckle, Direktor des Moraltheologischen Seminars der Universität Bonn:
„Das Problem der Empfängnisregelung aus katholisch-theologischer Sicht"

12.40 Uhr:
Diskussion

Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85, Tel. 36 11 21

Wissenschaftliche Tagung des Bayerischen Sportärzte-Verbandes

vom 15. bis 17. Dezember in der Sportschule Grünwald bei München

Schirmherr: Rudolf Sedlmayer, Präsident des Bayerischen Landes-Sportverbandes

Freitag, den 15. Dezember 1967:

18.30—19.30 Uhr:
Schwimmen in der Halle (praktische Übungen)

20.00 Uhr c. t.:
„Abend der Begegnung" im Gesellschaftshaus mit einem Referat von Monsg. Josef Thalhammer, Domkapitular, **„Ethik im Sport"**

Samstag, den 16. Dezember 1967:

8.15—8.45 Uhr:
Gymnastik in der Halle (praktische Übungen)

9.00 Uhr c. t.:
Begrüßung und Eröffnung durch den 1. Landesvorsitzenden Chefarzt Dr. E. Goßner

9.30—10.15 Uhr:
Prof. Dr. med. W. Müller-Limmroth, München:
„Neuere Erkenntnisse aus der Physiologie und ihre Bedeutung für die Sportmedizin"

10.15—11.00 Uhr:
Prof. Dr. med. Th. Hellbrügge, München:
„Sport im Kindesalter"

macht den Bronchus frei

- verflüssigt das Sekret
- erleichtert die Expektoration
- löst den Spasmus

Monapax® ist ohne Nebenwirkungen, gut verträglich, angenehm im Geschmack, frei von Kodein und Antibiotika.

ArzneiMüller
Bielefeld

Dragees OP 40 u. 100 St.
Tropfen OP 20 u. 50 ml
Kinderzäpfchen OP 10 St.

11.15—12.00 Uhr:

Prof. Dr. med. M. J. Halhuber, Klinik Höhenried der LVA Oberbayern:
„Aktuelle Probleme der präventiven Kardiologie"

14.15—15.00 Uhr:

Dr. Dr. med. habil. E. Fischbach, München:
„Probleme des Dopings"

15.15—16.00 Uhr:

Prof. Dr. G. K. Dörlng, München:
„Gynäkologische Probleme im Sport"

16.15—17.00 Uhr:

Chefarzt Doz. Dr. K. Giullani, Augsburg:
„Sport und Orthopädie"

17.30—18.30 Uhr:

Schwimmen in der Halle (praktische Übungen)

Sonntag, den 17. Dezember 1967:

8.15—8.45 Uhr:

Gymnastik in der Halle (praktische Übungen)

9.15—10.00 Uhr:

Prof. Dr. J. Schmidt, Erlangen:
„Diagnostik diskreter Herzkreislauferkrankungen"

10.00—10.20 Uhr:

Dr. E. A. Struck, Bayreuth:
„Über einen neuen Kreislaufbelastungstest"

10.30—11.15 Uhr:

Prof. Dr. M. Pöschl, München:
„Sportschäden am Bewegungsapparat im Röntgenbild"

11.15—12.00 Uhr:

Dr. H. Galll, München:
„Diagnose und Therapie von Sportverletzungen der unteren Extremitäten"

Zu der Tagung sind alle Mitglieder des Bayerischen Sportärzte-Verbandes wie auch sonstige Ärzte und Ehefrauen herzlich eingeladen.

Die Teilnahme wird zum Erwerb des Deutschen Sportarztdiploms angerechnet.

Anmeldungen werden baldmöglichst an die Geschäftsstelle des Bayerischen Sportärzte-Verbandes, 8000 München 2, Brienner Straße 50, „Haus des Sports", erbeten.

Die Teilnehmergebühr beträgt 25 DM (für Mitglieder 15 DM).

Quartier und Verpflegung sollten möglichst in der Sportschule Grünwald bei München genommen werden. Hierfür ist eine gesonderte Anmeldung, ebenfalls über die obengenannte Geschäftsstelle, notwendig (letzter Termin 10. 12. 1967).

Die Vorträge finden im großen Hörsaal der Sportschule statt.

Nach jedem Vortrag ist eine Diskussion vorgesehen. Diskussionsbeiträge dürfen höchstens 5 Min. dauern. Möglichkeit zur Demonstration von Diapositiven ist gegeben.

Der Abend des 16. 12. 1967 wurde für eventuelle Theaterbesuche freigehalten (frühzeitige Kartenbestellungen sind über die genannte Geschäftsstelle möglich).

Für die praktischen Übungen ist Sportkleidung (Trainingsanzug und Schwimmkleidung) mitzubringen.

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.

Dezember 1967:

1.—2. t2. **in Hamburg: Tagung der Nordwestdeutschen Chirurgen.** Auskunft: Prof. Dr. Lichtenauer, 2000 Hamburg-Harburg, Allgemeines Krankenhaus.

2.—3. t2. **in München: Einführungskurs in die Chirotherapie der Extremitätengelenke.** Auskunft: Sekretariat der Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie, 4700 Hamm, Ostenallee 83.

3. t2. **in Hamm: Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Westfalen-Lippe (Thema: „Neurologie der Praxis").** Auskunft: Ärztekammer Westfalen-Lippe, 4400 Münster, Kaiser-Wilhelm-Ring 4/6.

8.—10. t2. **in Nürnberg: 18. Wissenschafttiche Ärztetagung.** Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85.

8. 12. **in Fribourg/Schweiz: 6. Jahresversammtung der Schweizerischen Gesetischaft für Angiologie.** Auskunft: Prof. Dr. Laazt, Angiokardiologisches Forschungsinstitut, CH-t700 Fribourg.

15.—17. t2. **in München-Grünwald: Wissenschaftliche Tagung des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e. V.:** Auskunft: Geschäftsstelle des Bayerischen Sportärzte-Verbandes, 8000 München 2, Brienner Straße 50, „Haus des Sports".

18.—t7. t2 **in Hamm: Einführnngskurs in die Chirotherapie der Extremitätengetenke.** Auskunft: Sekretariat der Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie, 4700 Hamm, Ostenallee 83.

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigefügt:
Dr. Reiss, Berlin
Asche & Co. AG, Hamburg
Winterthur-Versicherung, München
Ferner ist einer Teilauflage ein Prospekt der Fa. Weiss & Co KG, München, beigefügt.
Anfragen sind zu richten an: Herrn Rechtsanwalt Dr. Meinhard Fisch, 8 München 8, Perfallstr. 4.

„Bayerisches Ärzteblatt". Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 65/III, Tel. 36 1t 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. „Bayerischea Ärzteblatt"). Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG., früher Verlag u. Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8 München 15, Postfach, Sonnenstr. 29, Tel. 55 80 8t, Fernschreiber: 05 23662, Telegrammadresse: atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München. Druck Richard Pflaum Verlag, München. Alte 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 dea 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 besondera zum Ausdruck gebracht werden.

KAMAVER®
Chloramphenicol
Fabrik pharm. Präparate Karl Engelhard · Frankfurt a. M. gegr. 1872
zur preisgünstigen Verordnungsweise
SUPPOSITORIEN 100 mg
250 mg
DRAGEES 250 mg
KAPSELN 250 mg
mit Vitamin-B-Komplex
neu KAPSELN 500 mg
mit Vitamin-B-Komplex
H-SALBE mit Prednison