

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 11

November 1968

23. Jahrgang

21. Bayerischer Ärztetag in Bad Kissingen

vom 11. bis 13. Oktober 1968

Der 21. Bayerische Ärztetag wurde am 11. Oktober 1968 im großen Saal des Regentenbaues in Bad Kissingen mit einer Festveranstaltung eröffnet.

Zu Beginn spielte das Staatliche Kurorchester Bad Kissingen den 2. Satz aus der Symphonie Nr. 94 in G-Dur (mit dem Paukenschlag) von Joseph Haydn.

Der 1. Vorsitzende des Ärztlichen Kreisverbandes Bad Kissingen, Herr Kollege Dr. med. Max PLATZER, richtete folgende Begrüßungsworte an die Anwesenden:

"Im Namen der Arzteschaft Unterfrankens und besonders Bad Kissingens heiße ich Ihre Damen und Sie in unserer Badestadt auf das herzlichste willkommen. Wir danken den Delegierten für den Beschluß, den diesjährigen Bayerischen Ärztetag im bayerischen Staatsbad Bad Kissingen abzuhalten. Wir freuen uns, Ärzte aus allen Gegenden Bayerns mit ihrem Präsidenten, Professor Dr. med. Hans SEWERING, und Ärzte der Bundesärztekammer mit ihrem Präsidenten, Professor Dr. med. Ernst FROMM, in einer so großen Zahl hier begrüßen zu können. Ich wünsche dem Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer und Ihren Delegierten für die kommenden zwei Tage eine fruchtbare Arbeit an den auf der Tagesordnung stehenden standespolitischen Themen, besonders der neuen Weiterbildungs- und Berufsordnung und ein für alle Teile der Ärzteschaft befriedigendes Ergebnis des Kissinger Ärztetages. Ich hoffe, daß darüber hinaus Sie und Ihre Damen Gelegenheit haben, unsere Kurstadt näher kennenzulernen, und daß dadurch in Ihnen der Wunsch geweckt wird, wieder einmal zu einem Arztetag oder vieileicht sogar als Kurgast nach Bad Kissingen zu kommen."

Danach eröffnete der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. med. Hans SEWERING, den 21. Bayerischen Ärztetag. Er konnte eine große Zahl von Ehrengästen begrüßen, die als Vertreter staatlicher, behördlicher und kirchlicher Stellen erschienen waren, so u. a. als Vertreter der Bayerischen Staatsregierung und des an der Teilnahme verhinderten Herrn Ministerpräsidenten Dr. Alfons GOPPEL, den Bayerlschen Staatsminister des Innern, Herrn Dr. MERK, als Vertreter des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und soziale Fürsorge und des Herrn Staats-

ministers Dr. PIRKL, Herrn Staatssekretär Dr. HIL-LERMAIER, als Vertreter des Bayerischen Senats, den Vizepräsidenten des Bayerischen Senats, Herrn Dr. LISTL, Herrn Dr. JUNGMANN, MdB, zugleich als Bundesvorsitzender des Hartmannbundes, die Mitglieder des Bayerischen Landtags und Senats, die Landtagsabgeordneten Herrn Dr. CREMER und Herrn Dr. SOENNING, zugleich in seiner Eigenschaft als Vorsitzender des Bayerischen Landesgesundheitsrates und die Senatoren Herrn Dr. Dr. v. GUGEL, zugleich als Vorsitzender des Landesverbandes Bayern des Hartmannbundes, Herrn Dr. KLASS, zugleich als Vizepräsident des Bayerischen Roten Kreuzes, vom Bayerischen Staatsministerium des Innern den Leiter der Gesundheitsabteilung, Herrn Ministerialdirigent Dr. HEIN, und Herrn Ministerialrat Dr. WILHELM, vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge, Herrn Ministerialrat Dr. Dr. GÜNTHER, für die Regierung von Unterfranken. Herrn Regierungspräsident Dr. MEIXNER, den Oberbürgermeister der Stadt Bad Kissingen, Herrn Landtagsabgeordneten Dr. WEISS, und die Mitglieder des Stadtrates, den Direktor der Staatlichen Bäderverwaltung, Herrn Dr. RUPPERT, von der Staatlichen Kurverwaltung, Herrn Kurdirektor Dr. GÖ-BIG, den Direktor des Kurvereins Bad Kissingen, Herrn BECKER, als Vertreter des Bezirkstages von Unterfranken, Herrn Bezlrksrat DÜRBECK, Seine Magnifizenz Professor Dr. HABSCHEID, Rektor der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Seine Spektabilität Professor Dr. MARGUTH, Dekan der Medizinlschen Fakultät der Universität München, als Vertreter des Dekans der Medizinischen Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg, Herrn Professor Dr. VALENTIN, als Vertreter des Dekans der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg, den Prodekan, Herrn Professor Dr. RUTT, als Vertreter des Dekans der Fakultät für Medizin der Technischen Hochschule München, Herrn Professor Dr. BORELLI, den Präsidenten der Bayerischen Landesapothekerkammer, Herrn Apotheker RIEMERSCHMID, als Vertreter des Präsidenten der Bayerischen Landestierärztekammer, Herrn Oberregierungsveterinärrat Dr. SCHMITT, als Vertreter des Präsidenten der Bayerischen Landeszahnärztekammer, Herrn Zahnarzt Dr. ALBERT, den Präsidenten des Bayerischen Verwaltungsgerichts München, Herrn Dr. SCHÖNDORF, den Präsidenten der Bayerlschen Ver-

sicherungskammer, Herrn Staatssekretär a. D. Dr. WEH-GARTNER, den Leiter der Bayerischen Ärzteversorgung, Herrn Oberregierungsdirektor Dr. HÖNIG, für den Verband der freien Berufe in Bayern, Herrn Professor DITTRICH, als Vertreter des Kommandeurs der 12. Panzerdivision, Herrn Oberstarzt Dr. REBENTISCH, als Vertreter des Landesverbandes der Ortskrankenkassen und der Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Krankenkassen, Herrn Verwaltungsdirektor SITZMANN, die bayerischen Träger der Paracelsus-Medaille, der höchsten Auszeichnung der Deutschen Arzteschaft, Herrn Dr. DIEM, Herrn Dr. HERING, Herrn Dr. SONDER-MANN und Herrn Dr. VÖLLINGER, den Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Herrn Professor Dr. FROMM, den Vizepräsidenten, Herrn Dr. DEGENHARD, den Hauptgeschäftsführer, Herrn Dr. STOCKHAUSEN, und die übrigen Mitglieder des Vorstands.

Im Anschluß daran hielt der Bayerische Staatsminister des Innern, Herr Dr. Bruno MERK, die nachstehend wiedergegebene Ansprache:



Professor Dr. med. Hans Sewering Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

Ansprache des Bayerischen Staatsministers des Innern

"Es ist schon gute Tradition geworden, daß der Gesundheitsminister alljährlich die Eröffnungsfeier des Bayerischen Ärztetages dazu benützt, zu diesem höchst sachverständigen Gremium einige Sätze über gesundheitspolitische Probleme aus seiner Sicht zu sprechen.

Die präventive Medizin, die ja das Thema der Ansprache Ihres Präsidenten, Herrn Professor Dr. SEWE-RING, sein wird, die Verhütung und Früherkennung von Krankheiten und Gesundheitsschäden, wird in ihrer großen Bedeutung immer mehr erkannt und anerkannt. Ihr gehört die Zukunft in der ärztlichen Praxis. Das Sprichwort , Vorbeugen ist besser als Heilen' gilt nicht nur für übertragbare Krankheiten, sondern für Erkrankungen aller Art. Ich habe wiederholt bei vielen Gelegenheiten darauf hingewiesen, daß hier dem öffentlichen Gesundheitsdienst neue Aufgaben zukommen, daß gerade aber auch dem öffentlichen Gesundheitsdienst - ich betone das Wort öffentlichen - Grenzen gesetzt sind. Die Verhütung und Früherkennung anderer als übertragbarer Krankheiten dient ja nicht der Abwehr gesundheitlicher Gefahren für die Allgemeinheit, hier geht es vielmehr um die Gesundheit und Gesunderhaltung jedes einzelnen.

Daß auch daran ein öffentliches, ein allgemeines, ja, ein volkswirtschaftliches Interesse besteht, lst kiar. Präventive und kurative, vorsorgende und heilende Medizin bilden aber eine natürliche Einheit. Als Schlußfolgerung aus dieser Erkenntnis ergibt sich zwingend: Auch die vorbeugende Gesundheitspflege gehört grundsätzlich in die Hand der niedergelassenen Ärzte und in den Lelstungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Bisher sind leider nur die Vorsorgeuntersuchungen werdender Mütter in diesen Katalog aufgenommen. Erst wenn die vorbeugende Gesundheitspflege ganz allgemein zur Pflichtleistung der herkömmlichen sozialen Leistungsträger erklärt ist, kann für mehr als 90% unserer Bevölkerung die seit langem erhobene und auch gerechtfertigte Forderung verwirklicht werden, allgemeine Vorsorgeuntersuchungen durchzuführen, insbesondere bei Neugeborenen, im Kleinkindesalter, zur Früherkennung des Krebses und anderer gefährlicher Ziviiisationserkrankungen, und zwar im Rahmen der freien Arztwahl. Alle Bemühungen um eine
Intensivierung der Gesundheitsvorsorge müssen Stückwerk bleiben, solange nicht über die gesetzliche Krankenversicherung eine tragfähige und dauerhafte Grundlage für die Finanzierung der nötigen Vorsorgeuntersuchungen durch die niedergelassenen Ärzte geschaffen ist.

Die Kompetenz für die dazu erforderlichen Gesetzesänderungen hat der Bund bereits jetzt. Es leuchtet daher nicht ein, warum sich der Bund so intensiv um eine besondere Gesetzgebungszuständigkeit für, wie es im Gesetzentwurf formuliert ist, "Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten" bemüht.

Der öffentliche Gesundheitsdienst kann und will den sozialen Leistungsträgern und den niedergelassenen Ärzten ihre Aufgabe nicht abnehmen. Das bedeutet natürlich nicht, daß er sich aus dem Bereich der allgemeinen Gesundheitsvorsorge völlig zurückziehen soll. Er ist aufklärend, beratend und unterstützend tätig. Mein Haus hat bisher die drängenden Fragen in der Gesundheitsvorsorge in bewährter und fruchtbarer Zusammenarbeit mit der Bayerischen Ärztekammer und unter sachverständiger Beratung durch den Landesgesundheitsrat immer frühzeitig aufgegriffen und durch zielgerichtete Einzelaktionen auf die Bedeutung der Gesundheitsvorsorge einschließlich der Früherkennung von Krankheiten aufmerksam gemacht. Ich darf dazu nur einige in der letzten Zelt durchgeführte Aktionen erwähnen:

Mit der Bayerischen Landesärztekammer hat mein Haus schon 1964 Vorsorgeuntersuchungen für werdende Mütter begonnen und gemeinsam mit den Krankenkassen finanziell getragen, bevor sie 1966 in die Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen wurden. Im August 1967 hat es eine Aktion zur Früherkennung der Zuckerkrankheit eingeleitet, die über 6 Millionen Volljährige in Bayern erfaßt hat. Hauptzweck dieser Aktion war und ist, die Bevölkerung über diese Krankheit aufzuklären, sie mit den Möglichkeiten ihrer Früherkennung vertraut zu machen und bei Verdacht auf Erkrankung auf die Notwendigkeit der Behandlung hinzuweisen.

Es stellt seine staatlichen bakteriologischen Untersuchungsanstalten für die kostenlose Durchführung von Blutuntersuchungen bei Säuglingen zur Verfügung, um die zwar seltene, aber unbehandelt zum Schwachsinn führende Phenylketonurie zu erkennen und durch Behandlung den Schwachsinn verhindern zu können.

Eine moderne Gesundheitsvorsorge muß besonders diejenigen Krankheiten beachten, deren frühzeitige Erkennung und Behandlung einen Gewinn an Lebensjahren erwarten läßt. Der Kampf gegen den Krebs ist daher eine lhrer wichtigsten Aufgaben. Ob es möglich sein wird, dieser Geisel der Menschheit Einhalt zu gebieten, hängt davon ab, daß die Untersuchungsmethoden zur Früherkennung verbessert und vereinfacht werden. Unabhängig davon sucht die Wissenschaft die Ursachen dieses Leidens zu erforschen. Der bedeutendste Fortschritt der letzten Jahrzehnte in der Früherkennung des Krebses ist die Zelldiagnostik, mit deren Hilfe vor allem der Unterleibskrebs der Frau sehr früh erkannt und dann erfolgreich behandelt werden kann. Die dazu notwendige Untersuchungstechnik spricht für die unbedingte Einbeziehung dieser Untersuchungen in die frele Praxis, wie sie in Bayern immer gehandhabt wurde. Auch in anderen Bundesländern, die dafür Untersuchungsstellen als Modelle eingerichtet hatten, haben sich diese Untersuchungen für Frauen in die Fach- und in die allgemeinen ärztlichen Praxen verlagert. Jede Praxis eine Krebsberatungsstelle! - das sollte erreicht werden.

Die Verwirklichung dieses Zieles — und das kann nicht genug hervorgehoben werden — hängt aber weltgehend davon ab, ob und inwieweit der Forderung nach einer Einbeziehung der vorbeugenden Gesundheitspflege und damlt in erster Linie selbstverständlich die Krebsberatung und Vorsorgeuntersuchungen auf Krebs in die Pflichtlelstungen der gesetzlichen Krankenkassen entsprochen wird.

Sorge bereitet uns außerdem der Mangel an Hilfskräften für die Zelldiagnostik. Mein Ministerium hat daher die Bayerische Landesärztekammer bei der Einrichtung einer Schule für zytologische Assistentinnen unterstützt und dazu organisatorische und koordinierende Hilfe sowie erhebliche Zuschüsse geleistet. Diese Schule ist die erste und bisher einzige im Bundesgebiet. Sie hat die ersten zytologischen Assistentinnen nach Abschluß der Ausbildung schon entlassen. Der zweite Lehrgang läuft. Genügend Bewerberinnen sind interessiert.

In meinen kurzen Grußworten muß ich schon zum zweitenmal ein "ceterum censeo" bringen, ein "ceterum censeo" In bezug auf die Expansionsgelüste des Bundesminlsters für Gesundheltswesen. Ich habe mich gegen neue Bundeskompetenzen auf dem Gebiet der Gesundheitsvorsorge gewandt, dabei begrüße ich es besonders, daß auch die ärztlichen Standesorganisationen hier ein klares Nein gesprochen haben.

Ich muß auch die Vorstellungen des Bundes über die Krankenhausflnanzierung ablehnen. Sie lau-



Dr. Bruno Merk Bayerischer Staatsminister des Innern

fen mehr oder weniger auf eine gesetzliche Verpflichtung der Länder, erhebliche Investitions- und Betriebszuschüsse zu leisten und damit auf eine Entlastung der gesetzlichen Krankenkassen hinaus. Bayern hat, wie die übrigen Länder, seit langem durch Gewährung von beachtlichen staatlichen Beihilfen zum Aufbau eines leistungsfähigen modernen Krankenhauswesens belgetragen. In den letzten Jahren hat es trotz finanzieller Schwierigkeiten die staatlichen Mittel für den Bau und die Einrichtung von Krankenhäusern erheblich erhöht. Selbst wenn wir — wie es unsere Absicht ist — die staatliche Investitionsforderung noch weiter verstärken und ausbauen, kann, so wie die Dinge liegen, das Problem der Krankenhausfinanzierung allein damit nicht auf die Dauer gelöst werden. Die Investitionskosten machen bekanntlich nur elnen Bruchteil der Gesamtaufwendungen für die Krankenhäuser aus. Die größere Sorge bereitet den Krankenhäusern der laufende Betrieb. Den Krankenhausträgern müssen daher Pflegesätze zugestanden werden, mit denen die Selbstkosten eines sparsam und wirtschaftlich verwalteten Krankenhauses gedeckt werden können. Für eine Änderung der Pflegesatzverordnung ist der Bund - und zwar bereits jetzt - zuständig. Es ist Aufgabe des Bundes, nicht der Länder, nötigenfalls die Krankenkassen finanziell entsprechend zu unterstützen. Es wäre aber der Sache nicht dienlich, wenn der Bund selbst unmittelbar in der Krankenhausförderung und damit schließlich auch in der Krankenhausplanung im einzelnen mitzureden hätte.

Das Hauptthema Ihrer diesjährigen Tagung ist der Entwurf einer neuen Weiterbildungsordnung. Ich bin mit Ihnen der Meinung, daß die Weiterbildung zum Facharzt und, implicite, auch die Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizln vordringlich behandelt werden sollte, nachdem die bestehenden Regelungen nicht mehr befriedigen. Ein anderes wohl noch vordringlicheres Problem ist die Neufassung der Bundesärzteordnung, die die Voraussetzung einer neuen Bestallungsordnung für Arzte 1st. Diese ist aber unerläßlich, soll die deutsche Medizin nicht den Anschluß an die internationale Entwicklung endgültig verpassen. Die Neufassung der Bundesärzteordnung ist, wenn sie auch in einigen Punkten den Wünschen der Länder nicht entspricht, soweit gediehen, daß sie noch in dieser Legislaturperiode verabschiedet werden könnte.

Dagegen wird die Modernislerung der antiquierten Bestallungsordnung wohl noch einige Zeit in Anspruch nehmen. Die zu ihrer Vorbereitung in der sogenannten Bestallungskommission geleistete Arbeit hat eine klare Konzeption geschaffen, die es nun im Detail zu verwirklichen gilt. Die gemeinsamen Bemühungen Ihres Herrn Präsidenten und des Leiters der Gesundheitsabteilung meines Hauses in dieser Kommission können gleichzeitig als Beispiel für die traditionell gute Zusammenarbeit zwischen Innenministerium und Ärztekammer dienen.

Viel Staub schließlich hat in den letzten Monaten das Medizinalassistentenproblem aufgewirbelt. Es deutet aber vieles darauf hin, daß die Schwierigkeiten noch nicht so groß sind, wie es zunächst schlen. Jedenfalls sind wirklich ernsthafte, un verschuldete Verzögerungen des Abschlusses der Ausbildung meinem Haus nur ganz selten bekanntgeworden. Sie konnten und können im Rahmen der geltenden Vorschriften bereinigt werden. Auch die Untersuchungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zeigen in diese Richtung. Daß wir natürlich trotzdem bestrebt sind, die Zahl der Medizinalassistentenstellen zu vermehren, wo immer es vertretbar ist, bedarf kaum der Erwähnung. So sind wlr auch dankbar für die Bereitschaft jedes praktizierenden Arztes, der es auf sich nimmt, Medizinalassistenten auszubilden, zumal die Kapazität der Krankenhäuser ziemlich erschöpft lst.

Die erheblichen Zahlen von den Universitäten kommender Mediziner und die steigende Zahl erteilter Bestallungen (dieses Jahr bereits rund 550) lassen erwarten, daß sich in absehbarer Zeit auch der hle und da noch bestehende Assistenzarztmangel ausgleichen wird. Wahrschelnlich wird sich sogar ein gewisses Überangebot einstellen. Damit werden - und auch auf dem Medizinalassistenten-Sektor merkt man es bereits deutlich - aber die Chancen ausländischer Arzte, einen Arbeitsplatz zu finden oder zu behalten, zunehmend geringer. Wir können deshalb nur hoffen, daß sich möglichst viele von ihnen entschließen, in Ihre in der Regel unter katastrophalem Ärztemangel leldenden Helmatländer zurückzukehren, um dadurch das Ihre zu deren wirtschaftlicher und zivilsatorischer Weiterentwicklung beizutragen.

Ich will Ihre Zeit nicht über Gebühr in Anspruch nehmen. Ungeachtet der Tatsache, daß es noch viel Interessantes zu sagen gäbe, gebe ich das Rednerpult frei mit dem Wunsch, die Atmosphäre von Bad Kisslngen wolle das ihre zum Gelingen und zum harmonischen Verlauf des Bayerischen Ärztetages 1968 tun."

Als nächster Redner sprach Herr Dr. med. G. JUNG-MANN, MdB, stellvertretender Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheltswesen des deutschen Bundestages. Er äußerte sich in seinem Grußwort sehr anerkennend über die in Bayern betriebene Gesundheitspolitik, die auf manchen Gebieten der Entwicklung in anderen Bundesländern überaus fortschrittlich gewesen



Professor Dr. med. Ernst Fromm überreicht Ministerialrat Walther Weissauer das Ehrenzeichen der Deutschen Ärzteschaft

sei. Er unterstrich die Notwendigkeit, die geltende Bestallungsordnung bald durch eine in wichtigen Bestimmungen bessere und zeitgemäßere zu ersetzen, und erwähnte dabei auch die Möglichkeit einer verstärkten Initiative des Parlaments, wenn die Regierung sich nicht in absehbarer Zeit zur Vorlage eines neuen Entwurfes entscheiden könne.

Nach einem Grußwort der gastgebenden Stadt durch deren Oberbürgermeister, Herrn Dr. WEISS, MdL, überbrachte Herr Kollege Professor Dr. med. Ernst FROMM, Präsident der Bundesärztekammer, die Grüße des Vorstandes der Bundesärztekammer. Er betonte dabei, daß der Vorstand der Bundesärztekammer den neuen Entwurf der Weiterbildungsordnung am gleichen Tage verabschiedet habe und nun den einzelnen Landesärztekammern mit der Bitte um Beschlußfassung zugeleitet werde. Die Bayerische Landesärztekammer, deren Präsident als Vorsitzender der Ständigen Facharztkonferenz der Bundesärztekammer großen Antell an dem neuen Entwurf habe, sei nun die erste Kammer, die über die Annahme dieses Entwurfs entscheiden müsse. Im übrigen freue er sich, daß er nicht mit leeren Händen nach Bayern gekommen sei. Er habe die angenehme Aufgabe, Herrn Ministerialrat Walther WEIS-SAUER das Ehrenzeichen der Deutschen Arzteschaft überreichen zu können, das ihm der Vorstand der Bundesärztekammer in Anerkennung seiner großen Verdienste um den Ärztestand verliehen habe.

Nach der Festrede des Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, die im Wortlaut wiedergegeben wird, wurde der Festakt mit dem Andante C-Dur (KV 315) für Flöten-Solo und Orchester von Wolfgang Amadeus Mozart abgeschlossen.

Ärztekammer und Gesundheitsvorsorge

Fest-Vortrag anläßlich der Eröffnung des 21. Bayerischen Ärztetages

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

Lassen Sie mich zunächst herzlich Dank sagen für die Worte der Begrüßung, welche der Herr Staatsminister, der Herr Oberbürgermeister und Herr Kollege FROMM als Päsident der Bundesärztekammer an uns gerlchtet haben. Wenn es auch zwangsläufig nur kurze Grußworte seln konnten, so zeigten sie doch wieder elnmal die enge Verbundenheit der Arzteschaft und der Bevölkerung unseres Landes, aber auch der Legislative und Exekutive mit der Berufsvertretung der Arzte.

Gestatten Sie mir noch ein kurzes Wort zu Aufgaben und Problemen, die uns derzeit besonders beschäftigen. Auf der Tagesordnung unseres diesjährigen Ärztetages stehen zwel wichtige Punkte: Beratungen über eine neue Weiterblldungsordnung der Arzte und über eine Anderung der Berufsordnung. Beides mag zunächst als eine interne Angelegenheit der Arzteschaft erschelnen. Eine Weiterbildungsordnung schafft die Voraussetzungen für die Heranbildung eines fachlich hochqualifizierten ärztlichen Nachwuchses und eine Berufsordnung beinhaltet die Grundsätze, weiche der Erhaltung eines moraiisch und ethisch hochstehenden Arztestandes dienen. Bel unseren Beratungen geht es also im eigentlichen Sinne doch nicht um uns allein, sondern um den Patlenten, den hiifesuchenden Menschen. Für ihn soll ja der wissenschaftlich und ethlsch hochstehende Arzt da sein. Er steht, so wie in unserer gesamten Berufsausübung, auch hier im Mittelpunkt unserer Überlegungen.

Die Tagesordnung eines auf ein Wochenende beschränkten Arztetages kann aber zwangsläufig immer nur Teile der Arbeit widerspiegeln, welche die ärztliche Berufsvertretung zu ieisten hat. So fehlt in diesem Jahr die präventive Medizln als eigener Tagesordnungspunkt. Gerade dieses Thema beschäftigt uns aber in zunehmendem Maße, und Ich darf deshalb dazu einige kurze Ausführungen machen.

Die Medizln der letzten Jahrzehnte hat zweifellos ungeahnte Fortschritte gemacht. Die Heilungschancen kranker Menschen sind unvergleichlich besser als in früheren Jahren. Krankheiten, die noch vor einigen Jahrzehnten zum Tode führten, können heute gehellt werden. Vieie Infektlonskrankheiten, weiche in vergangenen Zeiten der Schrecken der Menschheit waren, spielen heute keine Rolle mehr oder konnten auf eln Minimum reduziert werden. Auf der anderen Seite beobachten wir mit größter Sorge die stelle Zunahme der Todesfälle an Herz- und Kreislaufkrankheiten. Wir stehen immer noch vor dem unbewäitigten Problem Krebs, und wir machen uns nach wie vor Sorge über die für unser Land noch zu hohe Mütter- und Säuglingssterblichkeit. Die Zuckerkrankheit — in den Kriegs- und Nachkrlegsjahren kaum ein ärztliches Problem - greift immer mehr um sich.

Wir müssen also erkennen, daß es heute nicht mehr genügt, sich um die Hellung manifester Krankheiten zu bemühen. Wir müssen den Ursachen der Volkskrankheiten unserer Zeit nachgehen und versuchen, sie auszuschalten, und wir müssen Methoden der Früherkennung für diejenigen Krankheiten erarbeiten, deren Ursachen wir nach unserem derzeitigen Wissensstand noch nicht beseitigen können.

Wir sind uns heute alle darüber einlg, daß Herz- und Kreislaufkrankheiten, Krebs oder Diabetes vieles von ihrem Schrecken verlieren, wenn wir sie im frühestmöglichen Stadium erkennen und einer Behandlung zuführen. Die präventive Medizin, zu der die Erkennung der Ursachen, die Verhütung und die Frühdiagnose beginnender Erkrankungen gehören, ist damit zu einer der bedeutungsvollsten Aufgaben der Ärzteschaft geworden, zugleich einer Aufgabe, die nur gemeinsam von Gesundheits- und Soziaipolitikern und Ärzten gelöst werden kann.

Manches wird auf diesem Gebiet heute schon durchgeführt, anderes ist in Planung. So hat der Deutsche Bundestag schon vor mehreren Jahren durch das Jugendarbeitsschutzgesetz bestlmmt, daß jeder Jugendliche vor Eintritt In das Berufsleben einer aligemeinen ärztlichen Untersuchung unterzogen werden muß, um seine gesundheitliche Eignung zu prüfen, und daß der gleiche Jugendliche nach einem Jahr nochmals untersucht werden muß, um festzustellen, ob die inzwischen begonnene Berufstätigkeit Schäden gesetzt hat. Die Ärzteschaft hat sich der damit gestellten Aufgabe freudig unterzogen. Allein im Freistaat Bayern wurden in den Jahren 1962 bls 1968 741 884 Untersuchungen durchgeführt.

Wahrscheinlich mit Beginn des nächsten Jahres können wir schon einen weiteren Schritt tun. Die Untersuchungsbefunde soilen einer statistischen Auswertung zugeführt werden, um den unbedingt notwendigen Überblick über die gesundheitliche Situation unserer Jugend zu bekommen und daraus — wenn nötig — gesundheitspolitische Konsequenzen zu ziehen.

Seit 1. 1. 1966 ist die vorsorgliche ärztliche Betreuung werdender Mütter Pflichtaufgabe der gesetzlichen Krankenkassen. Die Durchführung der Betreuung ist geregelt durch Verträge, die zwischen den Kassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen geschiossen wurden. In Bayern haben wir bereits rund eineinhalb Jahre vorher auf freiwilliger Basis mit diesen Untersuchungen beginnen können.

Im Jahre 1967 wurden bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns 121 731 Betreuungsfälle registriert. Die Zahl der Geburten im gleichen Jahr betrug 178 262. Es haben also immerhin 56 531 Frauen von der segensreichen Möglichkeit, sich während ihrer Schwangerschaft ärztlich betreuen zu lassen, keinen Gebrauch gemacht. Das ist eine Lücke, die wir unbedingt schließen müssen.

Die ärztlichen Untersuchungen sind eine unumgängliche Voraussetzung, um die Müttersterblichkeit auf ein unvermeidbares Minimum zu senken. Nachdem das Problem aber in der Mütter- und Säuglingssterblichkeit liegt, ist es unbedingt notwendig, so schneil wie möglich auch die Neugeborenen- und Kleinkinderuntersuchungen einzuführen. Der 71. Deutsche Ärzte-

tag hat in diesem Jahre ein umfassendes Programm für Vorsorgeuntersuchungen bei Säuglingen und Kieinkindern beschlossen. Wir hoffen sehr, daß sobald wie möglich auch darüber mit den gesetzlichen Krankenkassen eine Vereinbarung zustande kommen wird, die es dann dem Arzt ermöglicht, auch in diesem Bereich wirksam tätig zu werden.

Ich wles schon darauf hin, daß auch die Zuckerkrankheit durch ihre zunehmende Ausdehnung zu einer echten gesundheitspolitischen Sorge geworden ist. Nachdem die Bundesärztekammer in einem großen Versuch die Brauchbarkeit der Urinuntersuchung mit Teststreifen als Methode zur Erkennung unbekannter Diabetesfälle aufzeigen konnte, hat die Bayerische Landesärztekammer in einer umfassenden Untersuchung der Bevölkerung unserer Landeshauptstadt München die epidemlologische Bedeutung des Diabetes als Volkskrankheit bewiesen. Bei einer unerwartet hohen Beteiligung der gesamten Einwohner von 73% konnten wir zeigen, daß nahezu 3% der Gesamtbevölkerung mit einer Zuckerkrankheit leben. Der Diabetes muß also heute in die Gruppe der Volkskrankheiten eingeordnet werden.

Die Scheinwerfer der öffentlichen Meinung waren in diesem Jahr ganz besonders auf die Krebsfrüherkennung gerichtet. Die breite Diskussion in der allgemeinen Presse, in Rundfunk und Fernsehen wurde ausgelöst durch eine eigentlich rein vertragsrechtliche Auseinandersetzung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und der Allgemeinen Ortskrankenkasse Lindau. Ich brauche hier nicht auf die Einzelheiten einzugehen, darf aber doch — fast möchte ich sagen, abschließend zu diesem Fall — noch einmal betonen, daß es bel dieser Kontroverse niemals um die Frage ging, ob Vorsorgeuntersuchungen überhaupt durchgeführt werden sollen oder nicht, sondern ailein um die Art und Weise ihrer Durchführung.

Die Krankheit Krebs stellt uns nicht nur in der Behandlung, sondern ebenso in ihrer Früherkennung vor schwierigste Probleme. Bei der vielfältigen Lokalisasation dieser Krankheit ist es nur ausnahmsweise möglich, eine planmäßige Früherkennung zu betreiben. Eine soiche Ausnahme stellt der Krebs am Muttermund der Frau dar. Durch regelmäßige Untersuchungen der Frauen, möglichst ab dem 30. Lebensjahr, kann diese Krebsform in einem Stadium erkannt werden, wo sie mit Sicherheit heilbar ist, ja man kann sagen, wo sie noch keinen echten Krankheitswert besitzt. Aber auch der Brustkrebs der Frau ist durch regelmäßige Untersuchungen in Frühstadien erkennbar und damit zu heilen. Wenn man bedenkt, daß rund ein Drittel aller Krebstodesfäile bei Frauen auf den Genital- und Brustkrebs entfallen, bedarf es keiner Begründung mehr, daß regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen gerade hier von ganz besonderer Bedeutung sind.

Auf der anderen Seite stehen wir damit aber vor einer Aufgabe von ungeheurem Umfang. 3,2 Millionen Frauen in Bayern sind äiter als dreißig Jahre. Selbst wenn die Beteiligung nur 50% betrüge, müssen pro Jahr von rund 4800 Praktischen Ärzten und knapp 500 Gynäkologen über eineinhaib Milionen Frauen untersucht werden. Wir werden uns aber auch durch diese Größenordnungen nicht abschrecken lassen, sondern diese Aufgabe mit aller Kraft in Angriff nehmen.

Verhandlungen zwischen den Landesverbänden, der gesetzlichen Krankenkassen in Bayern und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns dürften voraussichtlich noch in diesem Jahr zu einem erfolgreichen Abschluß gebracht werden. In diesen Verhandlungen zeigten die Vertreter der Kassenverbände eine Aufgeschlossenheit für die neuen Aufgaben und eine Bereitschaft zur Übernahme der zwangsläufig mit ihrer Erfüllung verbundenen Lasten, welche ich rückhaltlos und dankbar anerkennen und hervorheben möchte. Ich bin sicher, daß es uns gemeinsam gelingen wird, die Voraussetzungen für regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen unserer Frauen zu schaffen und damit in unseren Bemühungen auf dem Gebiete der Gesundheitsvorsorge ein gutes Stück voranzukommen.

Ich möchte den zeitlichen Rahmen dieses Abends nicht sprengen und es bei diesen Beispielen von präventivmedizinischen Maßnahmen bewenden lassen. Einige unserer bisherigen Erfahrungen und der Folgerungen, die wir daraus ziehen können, darf ich zum Schluß zusammenfassen:

Jede Maßnahme im Bereich der präventiven Medizin muß auf die freiwillige Mitwirkung unserer Mitmenschen abgestellt werden. Wir müssen unsere Bürger überzeugen und gewinnen. Unnötige Reglementierungen mit gesetzlichem Zwang erzeugen widerwilligen Untertanengeist und verhindern die Entwicklung jeder Selbstverantwortung.

Die Einheit von Prävention, Behandlung und Rehabilitation muß Richtschnur aller gesundheitspolitischen Maßnahmen sein. Der den gesetzlichen Krankenkassen und den Kassenärzten zugewiesene Bereich ist deshalb auf die Präventivmedizin auszudehnen. Damit kommen alle Bevölkerungsgruppen, welche eines Schutzes bedürfen, in den Genuß dieser Maßnahmen.

Die freie Arztwahl muß auch in der Gesundheitsvorsorge für jeden Bürger gewährleistet sein. Wir fordern diese freie Arztwahl nicht wegen des angeblichen "Geschäftes", sondern deshalb, weil sie ein integrierender Bestandteil unserer freiheitlichen und demokratischen Geselischaftsordnung ist.

Vorsorgeuntersuchungen müssen nach festgelegten Programmen durchgeführt werden, wobei die Schwerpunkte entsprechend den gesundheitspolitischen und epidemiologischen Erfordernissen zu setzen sind. Wir müssen dabei versuchen, mit den einfachsten Methoden auszukommen, weil sonst die Kosten nicht zu bewältigen sind. Die Vorschaltung einfacher Testmethoden, wie sie sich bei der Suche nach unbekannten Diabetesfällen bestens bewährt hat, kann eine wertvolle Hilfe sein. Das Ziel der Vorsorgeuntersuchungen muß es nicht in allen Fällen sein, eine fertige Diagnose zu stellen. Wenn die Untersuchung einen Verdacht ergibt, kann die weitere Diagnostik in der schon bisher üblichen Weise erfolgen.

Die statistische Auswertung der Vorsorgeuntersuchungen im notwendigen Umfang muß angestrebt werden, um neue Erkenntnisse zu gewinnen. Jeder mitwirkende Arzt trägt dazu bei, indem er seine Untersuchungsergebnisse unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht zur Verfügung steilt.

Die bisher durchgeführten und gepianten gezielten Vorsorgeuntersuchungen haben zwar erheblichen gesundheitspolitischen, wissenschaftlichen und praktischen Nutzen. Sie können aber nur eine Vorstufe sein für die Einführung von Vorsorgeuntersuchungen, die den ganzen Menschen erfassen und nicht nur einzelne Organe oder Krankheiten.

Zuletzt — aber nicht als letztes — möchte ich betonen, daß es nicht genügt, Vorsorgeuntersuchungen durchzuführen und dann gegebenenfalls Vorsorgekuren zu gewähren. Wer seine Gesundheit jahraus, jahrein mit Füßen tritt, kann nicht erwarten, daß er durch Untersuchungen oder vierwöchige Kuren vor gesundheitlichen Schäden bewahrt wird. Die Erziehung unserer Mitmenschen zu verantwortungsbewußtem Leben und Handeln gegen sich selbst und die Umwelt ist deshalb

eine der vordringlichsten Aufgaben einer sinnvollen und zielstrebigen Gesundheitspolitik. Wir sind uns alle bewußt, daß es zugleich der schwerste Teil der vor uns liegenden Aufgabe ist. Wir sollten uns dabei ganz besonders an die Jugend wenden.

Es konnte nicht die Aufgabe dieser Ausführungen sein, das Thema "Gesundheitsvorsorge" ausführlich zu behandeln oder zu umreißen. Ich wollte nur in Stichworten und an einigen Beispielen zeigen, wo einer der bedeutendsten Schwerpunkte unserer Gesundheits- und Sozialpolitik und eine der Zukunftsaufgaben des Arztes liegt. Es geht um eine Zukunft, die bereits begonnen hat.

Aus der Arbeitstagung des Bayerischen Ärztetages

Zu Beginn der Arbeitstagung gedachte der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer der seit dem letzten Ärztetag verstorbenen Delegierten, Herrn Dr. med. Max KLIER, Praktischer Arzt in Regensburg, verstorben am 24. Dezember 1967, und Dr. med. Anton ZEHET-BAUER, Praktischer Arzt in München, verstorben am 11. April 1968. Beide Herren haben als Delegierte der Bayerischen Landesärztekammer und im Rahmen ihrer Kreisverbände für ihre Kollegen gewirkt. Wir werden

den Verstorbenen stets ein ehrendes Andenken be-

Sodann begrüßte der Vorsitzende als nachgerückte Delegierte Herrn Kollegen Dr. STEINMETZ, Regensburg, Herrn Kollegen Dr. SARTORI, München, und anstelle des Herrn Kollegen Dr. GROBE, der auf sein Mandat verzichtet hat, Herrn Kollegen Dr. BAIER, Nürnberg. Im Anschluß daran erstattete der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer den Tätigkeitsbericht.

Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer

Wir haben schon seit vielen Jahren dem Tätigkeitsbericht und seiner Diskussion besondere Aufmerksamkeit gewidmet, weil im Rahmen dieses Tagungsordnungspunktes die Möglichkeit besteht, wirklich in aller Breite die Probleme zu erörtern, die uns bewegen und mit denen wir uns beschäftigen. Es muß aber nun nicht so sein, daß dieser Tätigkeitsbericht jedes Jahr das gleich große Volumen hat. Ich möchte mich deshalb bemühen, in diesem Jahr nur einige wichtige Punkte anzusprechen, was aber keineswegs bedeutet, daß nicht von Ihnen aus jede Frage zur Diskussion gestellt werden kann, die Ihnen am Herzen liegt und die zu stellen Sie sich vorgenommen haben.

Ich darf zunächst an den gestrigen Eröffnungsabend anknüpfen. Diejenigen, die dabeisein konnten, werden wohl auch den Eindruck gewonnen haben, daß es sich nicht um unverbindliche Grußworte gehandelt hat, sondern daß wir im Rahmen unserer Ansprachen das merkten Sie beim Herrn Staatsminister, bei Herrn Kollegen Jungmann und auch aus meinen Ausführungen - sehr klare gesundheitspolitische Aussagen gemacht haben, nicht etwa, weil wir glaubten, man sollte darüber einmal reden, sondern deshalb, weil wir gemeinsam der Überzeugung sind, daß die gesundheitspolitischen Fragen, die angesprochen wurden, zur Zeit höchste Aktualität besitzen und tatsächlich im Mittelpunkt unserer Überlegungen stehen. Wir müssen uns darüber klarsein, daß die Ärzteschaft in Ihrer Entwicklung und in ihrer Geschichte wahrscheinlich in eine sehr ernste Phase eingetreten ist, in eine Phase, die sich von den vergangenen zehn Jahren, in denen wir doch sehr viele Erfolge buchen konnten, dadurch unterscheiden wird, daß wir vermutlich sehr harte Auseinandersetzungen werden bestehen müssen. Denn die Bemühungen und die Kräfte, die dahin gerichtet sind, die Situation der Ärzteschaft etwas einzuengen, ihre Bewegungsfreiheit zu beschränken und ihr so manches zu nehmen, von dem man glaubt, daß es ihr zu Unrecht zugewachsen sei, sind ganz klar erkennbar.

Wir sollten uns also ganz nüchtern darauf einstellen, daß einige wahrscheinlich harte Jahre vor uns liegen: Das gilt sowohl ganz allgemein als gesundheitspolitisch. Kennzeichen ist der Versuch einer Grundgesetzänderung mit dem Ziel, Bereiche der Medizin, der ärztlichen Betreuung, in die staatliche Hand zu bekommen und sie damit aus der direkten Auftragserteilung der Ärzteschaft wegzunehmen. Das gilt aber auch für den sozialpolitischen Bereich, hier speziell im Kassenarztrecht, wo wir uns ebenso darüber klarsein müssen, daß die Wünsche nach einer Reform des Krankenversicherungsrechts nicht etwa beinhalten, daß man auch die Position des Arztes im Sinn des Arztes zu reformieren gedenkt, sondern wo hinter alien Reformwünschen ganz klar der Wille und der Wunsch steht, den Arzt zu beschränken, das heißt die Krankenversicherung zu reformieren mit dem gleichzeitigen Ziel, die Einnahmen der Kassenärzte, von denen man glaubt, daß sie viel zu hoch geworden seien, nun endlich zu beschrän-

Ich meine, wir sollten dieser Zukunft keineswegs pessimistisch entgegensehen, denn wenn wir zurückblicken, dann müssen wir sagen, daß wir schon viel härtere Zeiten gut überstanden haben. Wenn Ich Sie erinnere an die Jahre vor 1955, vor dem Erlaß des Kassenarztgesetzes, dann muß man wohl sagen, daß damals unsere Situation zweifellos auch keine rosige war und damals

noch dadurch erschwert war, daß die materiellen Verhältnisse der Ärzte wirklich äußerst dürftig gewesen sind, während wir jetzt doch auf einem festeren Boden stehen. Wenn wir gemeinsam unsere Interessen wahren und unsere Belange kennen, dann bin ich sicher, daß wir auch die kommenden Jahre überstehen werden.

Für uns ist dabei — und damit möchte ich noch einmal zurücklenken auf den gestrigen Abend — doch sehr beruhigend, zu sehen, daß zumindest in unserem Land, im Freistaat Bayern, die Gesundheitspolitik mit den Vorstellungen der Ärzteschaft übereinstimmt, und das wird uns auch in der Zukunft manches erleichtern. Es legt uns allerdings auch die Verpflichtung auf, bei allen unseren eigenen gesundheitspolitischen Überlegungen niemals einen rein subjektiv ärztlichen Standpunkt einzunehmen, sondern immer abzuwägen und die gegenseitigen Belange sowohl der Ärzte als auch der von uns Betreuten gegeneinander zu stellen und einen Weg zu suchen, der allen gerecht wird; denn nur auf diese Weise kann man konstruktive Gesundheitspolitik betreiben.

Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz

Zum Jugendarbeitsschutzgesetz möchte ich nur einige Anmerkungen machen. Sie haben ja davon Kenntnis genommen, daß der Honorarbetrag von DM 34.- etwas gekürzt wurde. Er wurde gekürzt um den Betrag der darin enthaltenen Umsatzsteuer, die rein rechtlich von uns nicht mehr bezahlt werden muß. Sie haben vielleicht auch im "Bayerischen Arztebiatt" meinen Brief an den Herrn Arbeitsminister gelesen. Ich möchte heute nur sagen, daß wir uns keineswegs mit dem, was jetzt rechtens ist, zufriedengeben werden, daß aber rein formell die Entscheidung der Arbeitsminister nicht anfechtbar war und wir eben andere Wege finden müssen, um wieder voranzukommen. Die mir von einer Seite gegebene dringende Empfehlung, nun den Ärzten zu sagen: Schmeißt die Sache hin und macht keine Untersuchung mehr! greife ich heute weniger denn je auf - ich habe schon anfangs vor einer solchen Politik gewarnt -; denn die Jugendarbeitsschutzuntersuchungen müssen in der Hand der freipraktizierenden Ärzte bleiben, soweit es überhaupt möglich ist, und wir dürfen nicht wegen solcher Honorardifferenzen den Grundsatz übersehen, der in dieser Sache steckt. Vergessen wir nie, daß es sehr erhebliche Tendenzen gibt, gerade diese Untersuchungen aus der Hand der freipraktizierenden Ärzte zu nehmen. So hatte sich die Ärztekammer Hamburg in der letzten Zeit sehr ernsthaft mit ihrem Senat auseinanderzusetzen, weil dieser von seinem Rechnungshof die dringende, wahrscheinlich auch gar nicht unerwünschte Empfehlung bekam, diese Untersuchungen durch hauptamtliche Ärzte durchführen zu lassen, weil man auf diese Weise Geld sparen könnte. In Bayern können wir von einer gelenkten Einschränkung der freien Arztwahl sicher nicht sprechen, wenngleich ich den Eindruck habe, daß an der einen oder anderen Stelle manchmal solche Einschränkungen auf irgendeine Weise erfolgen. Ich möchte Sie bitten, diesen Dingen große Aufmerksamkeit zuzuwenden. Versuchen Sie, möglichst lokal mit derartigen Dingen fertig zu werden! Wenn es nicht geht, dann teilen Sie uns das mit, damit wir uns einschalten können.

Von seiten der Gesundheitsabteilung des Bayerischen Innenministeriums wird immer wieder darauf hingewiesen, daß es nicht erwünscht ist, wenn irgendwie versucht wird, von beamteten Ärzten aus oder in sonstiger Weise die freie Arztwahl einzuschränken.

Etwas Neues wird ab Januar auf uns zukommen. Der Untersuchungsbogen wurde überarbeitet. Er wurde gleichzeitig auch auf die Auswertbarkeit umgestellt. Es sollen also ab Januar Zweitschriften der Untersuchungsbögen ohne Angabe der Personalien des Untersuchten mit der Rechnung eingereicht werden, damit sie über das Statistische Landesamt ausgewertet werden können. Denn — das ist nun einmal nicht bestreitbar — der Wert dieser Jugendarbeitsschutzuntersuchungen geht zu einem guten Teil verloren, wenn sie nicht statistisch ausgewertet und damit gesundheitspolitische Erkenntnisse gewonnen werden. Ich bitte also schon heute, daß die Kollegen bei dieser Sache mittun und uns die sorgfältig ausgefüllten Untersuchungsbögen zur Verfügung steilen. Diese statistische Auswertung soll zunächst in den Ländern Bayern, Nordrhein-Westfalen und Schieswig-Holstein erfolgen, damit man Erfahrungen sammein kann. Sollten sich dabei schon repräsentative Ergebnisse zeigen, so wird man vielleicht sogar darauf verzichten können, im ganzen Bundesgebiet auszuwerten, weil Ergebnisse, die auf einer so breiten Grundlage gewonnen werden, dann wohl auch auf andere Bereiche übertragbar sind. Seit 1962 wurden in Bayern rund 742 000 Jugendarbeitsschutzuntersuchungen abgerechnet.

Schwangeren- und Neugeborenenbetreuung

Zur Mütteruntersuchung, also zur ärztlichen Betreuung von Schwangeren, darf ich ausführen: Im Jahr 1967 waren es 121 731 Betreuungsfälle, im gieichen Jahr 178 262 Geburten. Rund zwei Drittel der Frauen haben also von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, sich ärztlich betreuen zu lassen. Das scheint mir schon ein recht gutes Ergebnis zu sein, wenn man bedenkt, daß es sich um eine neue Sache handelt, mit der sich ja die Frauen auch erst psychologisch zurechtfinden müssen. Trotzdem werden wir uns bemühen, auch das letzte Drittel der Frauen noch aufzuklären, um so eine möglichst lückeniose Betreuung sicherzustellen. Aber auch hier kommt es nicht allein auf die Frauen an. Es kommt auch darauf an, daß jeder von unseren Kollegen, der Mütteruntersuchungen und -betreuungen durchführt, das mit aller Sorgfalt tut; denn nur so können wir die Müttersterblichkeit senken und damit das gesundheitspolitische Anliegen erfüllen.

Inzwischen wurden die Sprechstundenblätter überarbeitet und auf einen sog. Mütterpaß umgesteilt. Ich persönlich muß nach wie vor sagen, daß ich nicht sehr glücklich darüber bin, wenn ärztliche Befunde von der Frau verwahrt werden und nicht vom Arzt, aber es ist nun einmal so versucht worden, und wir werden sehen, wie sich die Dinge bewähren.

Die Liste der Ärzte, weiche Biutgruppen bestimmen, ist jetzt wieder überprüft und fertiggestellt worden. Die Richtlinien sind erlassen. Wir können nur immer wieder unsere dringende Bitte wiederholen, daß tatsächlich nur diejenigen Ärzte solche Blutgruppenuntersuchungen im Rahmen der Mütteruntersuchungen machen sollen, die technisch und erfahrungsmäßig in jeder Weise darauf vorbereitet sind.

Die Untersuchung der Neugeborenen und Kleinkinder wurde, wie Sie wissen, vom 71. Deutschen Ärztetag gefordert, und ich hoffe, daß wir bald vorankommen. Ein Gutteil gerade der Erstuntersuchungen der Neugeborenen wird wohl in den Kliniken erfolgen, da die Entbindungsrate in den Krankenanstalten bereits bei etwa 90 Prozent liegt.

Krebsvorsorge

Ein für uns sehr ernstes Thema In diesem Jahr war die öffentliche Auseinandersetzung um die Krebsvorsorgeuntersuchung. Sie haben sicherlich alle die Zeitungsartikel gelesen, und ich kann Ihnen, nachdem slch die ganze Auseinandersetzung weitgehend auf meinem Haupte entladen hat, sagen, daß wir bei dieser Diskussion, die ein immenses öffentliches Interesse hervorrief, sehr viele Erfahrungen sammeln konnten, dabei aber vor allem, daß sowohl im publizistischen wie auch Im politischen Bereich die Bereitschaft, auf die Argumente und Überlegungen der ärztlichen Seite einzugehen, anfangs sehr gering war. Wir hatten uns mit so viel Unfreundlichkeit und so viel negativen Kommentaren auseinanderzusetzen, daß man darüber manchmal doch recht erschüttert war. Gott sei Dank ist es durch die sehr vernünftige Haltung des Landesverbandes der Ortskrankenkassen in Bayern gelungen, in einem Gespräch diese Lindauer Affäre doch wieder auszuräumen und sie In den Bereich ruhiger Gespräche und Überlegungen zurückzuführen. Daraus wurde dann und das ist das Positive - gleich eine sehr eingehende Beratung, wie man In der Zukunft diese Vorsorgeuntersuchungen auf Gebärmutterhalskrebs und Brustkrebs in Bayern durchführen könnte, auf der Grundlage des Kassenarztrechts, auf der Grundlage von Verträgen, die zwischen den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung geschlossen werden sollen. Die Verhandlungen sind sehr weit gediehen. Ich hoffe, daß wir noch in diesem Jahr zu einem Abschluß kommen, so daß dann ab Januar die einzelnen Krankenkassen aufgrund dieses Mustervertrags mit den Bezirksstellen der KVB entsprechende Verträge schließen können.

Ein wesentlicher Punkt bei unseren Beratungen ist die Frage: Was soll Inhalt dieser Vorsorgeuntersuchung sein? Es besteht kein Zweifel darüber, daß eine kurze Anamnese und die Spiegelelnstellung der Portio dazu gehört, die sorgfältige Entnahme eines Abstrichs für die Zytologie, eine eingehende bimanuelle Untersuchung und elne Palpation der Mamma. Aber eine Frage hat uns sehr beschäftigt, und das war die, ob die Kolposkopie regelmäßig Bestandteil dieser Vorsorgeuntersuchungen sein muß. Gerade in Lindau wurde dieser Standpunkt sehr hart vertreten. Der Leiter der AOK Lindau hat sich von gynäkologischer Seite beraten lassen, und zwar dahin gehend, daß eine Vorsorgeuntersuchung ohne Kolposkopie überhaupt keine ausreichende Vorsorgeuntersuchung sei. Das war dann auch das Programm der dort vorgenommenen Untersuchungen. Das ging so weit, daß ein Gynäkologe In diesem Kassenbereich, der selbst keine Kolposkoplen durchführt, an diesen Untersuchungen nicht beteillgt wurde. Ich war genötigt, mich über die Frage der Kolposkople elngehend zu informieren. Ich habe dazu Gespräche mit den führenden gynäkologischen Experten geführt, und Ich muß sehr dankbar anerkennen, daß mir diese Kollegen in jeder Weise zur Verfügung standen. Professor

BICKENBACH, Professor RIESS und Privatdozent SOOST nahmen auch an einer Pressekonferenz teil, die wir in München veranstalteten und die wesentlich dazu beitrug, die Atmosphäre zu bereinigen. Das Ergebnis unserer Besprechung war folgendes:

Die Kolposkopie ist im Rahmen der gynäkologischen Tätigkeit eine Untersuchungsmaßnahme, deren Anwendung jedem Gynäkologen überlassen bleiben muß, wenn er sich von ihr zusätzliche diagnostische Erkenntnisse erwartet. Es muß aber festgehalten werden, daß es nicht wenige führende Gynäkologen gibt, die heute bereits auf dem Standpunkt stehen, daß man als Gynäkologe auf die Kolposkopie nicht unbedingt angewiesen ist. Für dle Vorsorgeuntersuchung bei Cervi CA können wir uns aber unbedenklich auf die Zytologie beschränken; denn es kann nach allgemelner Erfahrung nicht erwartet werden, daß über die 90 bis 95 Prozent Treffer der Zytologie hinaus unter den dann möglicherwelse noch verbleibenden Fällen durch die Kolposkopie zusätzlich noch ein Fall gefunden würde. Dazu — das ist dle Meinung der Spltzenvertreter der Gynäkologle — müßte man ein Artlst der Kolposkople seln, und das ist nicht der Normalfall. Wir sind uns deshalb darüber einig geworden, daß die Kolposkopie als Bestandteil der gynäkologischen Tätigkeit vollkommen unangetastet bleiben muß, daß sle aber ln den Rahmen der planmäßigen Vorsorgeuntersuchungen nicht einbezogen wird. Das ist aber auch die einzige Möglichkeit, um rein gesundheltspolitisch mit diesem Problem überhaupt fertigzuwerden. Denn 3,2 Millionen Frauen in Bayern sind älter als 30 Jahre. Ich rechne zunächst einmal mit einer Betelligung von 50 Prozent; denn die ganz hohen Jahrgänge werden nicht mehr kommen und die jungen werden auch nicht so regelmäßig dasein.

Aber selbst wenn wir diese 1,5 bis 1,6 Millionen Frauen pro Jahr untersuchen wollen, dann können wir nicht erwarten, daß diese hohe Zahl von allen daran teilnehmenden Ärzten sowohl zytologisch als auch kolposkopisch untersucht wird. Und die Gynäkologen allein können es von vornherein nicht; denn es sind in ganz Bayern kelne 500 Gynäkologen da, und jeder von uns weiß, daß unsere Gynäkologen wirklich heute schon in ihrer Kapazität, in ihrer Arbeitskraft so ausgelastet sind, daß es jedem schwerfällt, zusätzlich noch etwas zu übernehmen.

Hier steht also eine Aufgabe an, die nur lösbar ist, wenn wir möglichst jeden Praktischen Arzt dazu gewinnen, und die zytologische Untersuchung, d. h. die Entnahme des zytologischen Abstriches, ist etwas, was jeder sorgfältig tun kann. Unsere Sorge liegt hler darin: Wo kriegen wir die Zytologen her, die uns alle diese Präparate auswerten? Wir werden uns noch gewaltig anstrengen müssen, um dieses Problem zu lösen. Es hat zwar die Kapazität sehr zugenommen. Wir können durchaus sagen, daß sie von Jahr zu Jahr steil gestiegen ist. Aber sie wird natürlich den Anforderungen, dle hier auf uns zukommen, noch keineswegs gerecht. Ich bin aber fast slcher, daß die Kapazität dieser Vorsorgeuntersuchungen nicht senkrecht anstelgen wird, sondern daß sie so ansteigen wird, daß wir auch mit der Zytologie einigermaßen nachkommen. Wir haben uns in den Vereinigten Staaten informiert, wo man einige Milllonen Dollar in ein Forschungsprogramm investierte mit dem Ziel, die Auswertung der zytologischen Präparate unter Einsatz des Computers zu automatisieren. Nach jahrelangen Versuchen mußte man diese Versuche einstellen mit dem Ergebnis, daß es keinen Weg gibt, hier eine Automatisierung durch Einsatz des Computers zu ermöglichen. Es fehlt an den notwendigen Vergleichswerten, die man dem Computer eingeben könnte. Es bleibt also dabei, daß die Präparate durch Menschen einzeln ausgewertet werden müssen.

Einer unserer Beiträge dazu ist, daß wir zunächst einmal versuchen, die Hilfskräfte heranzubilden. Denn was nützt uns der beste Zytologe, wenn er nicht einige gute Hilfskräfte hat, die ihn in seiner Arbelt unterstützen? Die von uns gegründete Schule ist zwar zahlenmäßig klein, ich hoffe aber, daß wir ihre Kapazität ausweiten oder einen Parallellehrgang dazu einrichten können. Junge Mädchen, die sich für diesen Zweig der medizinischen Hilfsberufe interessieren, gibt es zu meiner Überraschung sehr viele. Ich war ursprünglich etwas pessimistlsch, ob wir da überhaupt Interessentinnen finden. Jedenfalls sind wir auch hier intensiv an der Arbelt, und ich hoffe, daß wir dabei vorankommen werden.

Zur allgemeinen gesundheitspolitischen Lage habe ich mich schon geäußert. Ich brauche dazu nicht noch einmal etwas sagen. Ich möchte zu diesem Thema abschließend nur noch einmal unterstreichen: Wir werden die Auseinandersetzung - die ja eine Auseinandersetzung fast auf einer weltanschaulichen Basis ist zwischen einer verplanten Medizin einerseits und der freien Arztwahl andererseits nur dann gewinnen, wenn wir uns als ärztliche Standesvertretung mit aller Kraft einsetzen und hier eine ganz klare Politik betreiben. Aber damit alleln würden wir nur einen Scheinerfolg erzielen. Wirklich gewinnen können wir die präventive Medizin für den niedergelassenen Arzt nur dann, wenn sich jeder einzelne der großen Verantwortung bewußt ist, die wir damit auf uns nehmen, und durch intensive Mitarbeit dazu beiträgt, daß die Aufgabe auch so erfüllt wird, daß wir jeder Kritik standhalten können.

Spezialklinik Bad Trißi

Im Zusammenhang mit diesen Fragen darf ich noch kurz erwähnen, daß die auf unsere Initiative entstandene Spezialklinik Bad Trißl trotz vieler sehr unerfreulicher Randerscheinungen und Schwierigkeiten, die unvermeidbar waren, sehr gut angelaufen ist und die Zahl der Anmeldungen weit über den Aufnahmemöglichkeiten liegt. Wir werden auch diese Aufgabe weiter verfolgen.

Arztliche Situation

Die Zahl der Ärzte in Bayern betrug am 1. Januar 1968 17 208 gegenüber 17 050 im Jahr vorher, die Zahl der Medizinalassistenten am 1. Januar dieses Jahres 1205 gegenüber 743 im Jahr vorher. Die Gesamtzahl der Ärzte und Medizinalassistenten hat also innerhalb dieses Jahres um rund 700 zugenommen, und wir werden auch in den kommenden Jahren mit einem Ansteigen dieser Zahlen rechnen müssen; denn die Nachwuchswelle ist jetzt richtig auf uns zugekommen. Das zeigt sich auch an dem Problem, Ausbildungsstellen für Medizinalassistenten bereitzustellen. Ich hoffe, daß wir in der Lage sein werden, den nachrückenden jungen

Kollegen solche Ausbildungsplätze zu verschaffen, wenn wir dabei auch letztlich immer wieder darauf hinwelsen müssen, daß man Ausbildungsplätze nicht nur in den Zentren suchen darf, sondern daß es auch in der Perlpherle sehr gute Ärzte und sehr gute Ausbildungsstellen gibt. Wenn alle Stellen ausgenutzt werden und wenn die Bereitschaft anhält, weitere Stellen zu schaffen, dann müßte es möglich sein, auch für die Zukunft Ausbildungsplätze In genügender Zahl bereitzuhalten. Damit Ist allerdings das Problem noch nicht gelöst. Denn wenn die jungen Kollegen ihre Approbation erhalten haben und auf eine Assistenzarztstelle angewiesen sind, wird es neuerdings auf uns zukommen; und wie es sich dann regeln wird, ist noch eine offene Frage. Allerdings gibt es noch eine ganze Anzahl von Assistenzarztstellen, die von ausländischen Kollegen besetzt sind. Ich bin sehr dankbar, daß der Herr Staatsminister gestern abend in selner Ansprache unsere Auffassung geteilt hat, wonach es den ausländischen Ärzten durchaus zugemutet werden kann, nach Abschluß einer guten Krankenhausweiterbildung in unserem Land wieder in ihre Heimat zurückzukehren; denn der Ärztebedarf in Persien, in der Türkei und in Griechenland ist so groß, daß die Bevölkerung dieser Länder über jeden Arzt, der wieder in seine Heimat zurückkehrt, sehr froh ist.

Die Vermittlung von Medizinalassistentenstellen oder gar Assistentenstellen ist der Bayerischen Landesärztekammer durch das Gesetz über die Arbeitsvermittlung untersagt. Was wir tun können, ist also nur Weitergabe von Informationen, die wir erhalten.

Es kann uns aber niemand verbieten, daß wir, wenn wir von einer freien Stelle hören und ein anderer uns danach fragt, ihm diesen Tip geben. Aber eine Vermittlungstätigkeit bleibt den Arbeitsämtern vorbehalten. Für den Sektor der Medizinalassistenten wurde in Frankfurt eine Zentralstelle eingerichtet. Ich persönlich glaube, daß man besser zu Rande gekommen wäre, wenn man diese Aufgabe gemeinsam mit den Landesärztekammern gelöst hätte, die viel näher an den Stellen sind und die in der Lage wären, viel schneller eine Vermittlung zu betreiben. Aber das ist nun einmal ein Monopol, und es ist sehr schwer, irgend etwas daran zu ändern.

Bundesärzteordnung

Die geplante Bundesärzteordnung ist eine Konsequenz der neuen Bestallungsordnung, die die Ausbildung der Medizinstudenten und des ärztlichen Nachwuchses auf eine ganz neue Grundlage stellen wird. Ich brauche auf Einzelheiten nicht einzugehen. Die Linie entspricht voll den von uns entwickelten Vorstellungen. Die Ausbildung zum Arzt wird also in Zukunft sechs Jahre dauern und nach sechsjähriger Ausbildung wird die Approbation erteilt werden.

Belegärzte

Zum Thema Belegarzt kann ich heute mit einer gewissen Freude davon berichten, daß es uns im Rahmen der Kassenärztlichen Vereinigung gelungen ist, mit den Verbänden der Krankenkassen in der Frage der Abgaben eine Regelung herbeizuführen, die unseren Vorstellungen gerecht wird. Die Krankenkassen haben die Erklärung abgegeben, daß sie den Krankenhausträgern gegenüber keine Forderungen auf Abgaben der Belegärzte aus ihrem kassenärztlichen Honorar erheben werden. Damit ist das Argument der Krankenhausträger, sie würden von den Krankenkassen gedrängt, solche Abgaben zu verlangen, nunmehr nicht weiter aufrechtzuerhalten. Die Bayerische Krankenhausgesellschaft hat das inzwischen auch Ihren Mitgliedern bekanntgegeben, allerdings mit dem Hinweis, daß das die Rechte des Krankenhausträgers an sich natürlich nicht beschränkt. Aber das ist eine Frage für sich. Natürlich können diese Rechte nicht beschränkt werden. Es wird notwendig sein, Immer aufmerksam darauf zu achten, daß Krankenhausträger nicht aus irgendwelchen anderen Erwägungen heraus von ihren Belegärzten Abgaben verlangen, für die es eigentlich keine guten Gründe gibt. Man muß ailerdings sagen, daß ich an unsere Kollegen, die selbst Klinikbesitzer sind, die Bitte richten muß, in dieser Frage mit gutem Beispiel voranzugehen.

Chefärzte

Die Situation unserer Chefärzte ist zweifelios schwieriger geworden. Die Krankenhausträger sind immer mehr bestrebt, die Situation des Chefarztes oder seine Bewegungsfreiheit einzuengen. Immer mehr soll zur Dienstaufgabe gemacht werden. Das Liquidationsrecht wird eingeschränkt. Auch hier haben wir weitere Schwierigkeiten zu überwinden. Aber wir sind uns natürlich darüber klar, daß die Stellung des Krankenhausträgers in diesen Fragen dann sehr stark ist, wenn sich unter den Bewerbern für eine Chefarztstelle doch immer wieder auch solche finden, die bereit sind, noch so ungünstige Bedingungen zu akzeptieren, um überhaupt eine Stellung zu erhalten. Auch dieser Frage werden wir weiterhin unsere Aufmerksamkeit widmen müssen.

Gemeinschaftspraxis

Über die Gemeinschaftspraxis werden wir im Rahmen des Tagesordnungspunktes "Berufsordnung" zu sprechen haben. Der Deutsche Ärztetag faßte einen Beschluß, welcher eine erhebliche Liberallsierung der Auffassung der Ärztekammern zur Frage der Gemeinschaftspraxis beinhaltet. Ich möchte darauf aber jetzt nicht eingehen, weil wir sowleso über die Berufsordnung eingehend sprechen werden.

Facharztanerkennungen

Schließlich darf ich Ihnen noch die Zahl der Facharztanerkennungen bekanntgeben. Im Jahre 1967 wurden 323 Facharztanerkennungen ausgesprochen, im Jahre 1966 waren es 276. Die Innere Medizin steht mit 99 weit an der Spitze. Die Zusatzbezeichnung "Arbeitsmedizin" wurde 42mal gegeben.

Arztliche Fortbildung

Im Rahmen unserer Bemühungen um die ärztliche Fortbildung darf ich darauf hinweisen, daß unsere schriftliche Fortbildung im Rahmen der sog. Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer weitergeführt wird. Bisher sind sieben Bände erschienen; weitere sechs sind in Vorbereitung. Davon werden einige noch in diesem Jahr erschelnen. Diese Bände sollen wirklich nur ein Beitrag für den Arzt sein, sich nach eigenem Ermessen und im Rahmen seiner elgenen zeitlichen Vorstellungen welter fortzubilden. Wir selbst



Blick auf die Vollversammlung

können dabei nur das Angebot machen und sagen: So wle der Patient von den Möglichkeiten der Präventivmedizin selber Gebrauch machen muß, so muß unser Kollege auch von diesen Angeboten der Fortbildung selbst Gebrauch machen. Im übrigen wurden die großen internationalen Fortbildungskongresse der Bundesärztekammer weitergeführt und ausgebaut. Es ist ein neuer Kurs, ein Seminarkongreß in Grado, hinzugekommen. Nächstes Jahr wird ein weiterer in Meran erstmals stattfinden. Ich glaube, gerade wir in Bayern dürfen sehr stolz darüber sein, daß der Mentor und Motor dieser ärztlichen Fortbildungskongresse, Herr Kollege SCHRETZENMAYR, Mitglied unserer Delegiertenvoliversammlung und des Vorstands der Bayerischen Landesärztekammer lst. Ich möchte ihm besonders danken, daß er sich so ungemein in dieser Arbeit, man kann wirklich sagen, verbraucht, und daß er mit einer solchen Begeisterung an diese Aufgaben herangeht und immer wieder neue Ideen entwickelt.

Die großen bayerischen Kurse sind immer gut besucht. Aber es hat sich vor allem auch im letzten Jahr die örtliche Fortbildung noch mehr vertieft, und die Teilnehmerzahlen sind größer geworden. Der Zusammenschluß mehrerer Kreisverbände hat sich sehr bewährt. Ich möchte also glauben, daß wir gerade dieser Form der kontinuierlichen Fortbildungsveranstaltungen, über das Jahr verteilt, unsere besondere Aufmerksamkeit widmen sollten.

Pressearbeit

Zur Pressearbeit habe ich schon einleitend im Zusammenhang mit dem Lindauer Streit gesagt, daß sie außerordentlich schwierig ist. Die Publizistik steht uns Arzten skeptisch bis negativ gegenüber, und das zeigt sich bei jeder passenden und unpassenden Gelegenheit. Eines der trübsten Kapitel auf diesem Gebiet sind die Illustriertenpublikationen, die uns die größten Sorgen bereiten, die aber rein rechtlich tatsächlich kaum oder praktisch überhaupt nicht zu verhlndern sind. Ich war kürzlich eingeladen, einen Vortrag vor der sog. Illustrierten-Selbstkontrolle zu halten, einem Gremium, dem alle Verlage angehören, die illustrierte Zeitschriften herausgeben. Es waren auch sehr viele dieser Herren bel der Veranstaltung anwesend, und Ich habe ihnen in der offensten Art und Weise gesagt, was Ich persönlich und wir Ärzte von den Publikationen halten, die etwa im Zusammenhang mit CH 23 oder Resochin

und ähnlichen Dingen zu lesen sind. Das Ergebnis meiner harten Kritik war, daß man mlch gebeten hat, doch auch in Zukunft zu ihnen zu kommen; denn sie würden gern hören, was wir Ärzte über sie denken. Ich werde mich dieser Aufgabe und dieser Diskussion nicht entzlehen, aber ich bin nicht so optimistisch, zu glauben, daß dieses Gremium nun wirklich so viel Einfluß gewinnt, daß man in Zukunft unseriöse, unsinnige und etwas haibseidene Dinge verhindern kann. Aber zumindest sollten wir uns darum bemühen.

Im übrigen ist natürlich auch die Pressestelle diejenige Stelle, die die Prozesse an den Hals gehängt bekommt, sei es wegen Beleidigung, sei es wegen übler Nachrede. Herr Kollege REICHSTEIN und in gewissen Fällen auch ich selbst sind laufend angeklagt, und gelegentlich werden wir dann zum Ermittlungsrichter vorgeladen: Im Zimmer links von uns sitzt ein kleiner Autodieb, im Zimmer rechts von uns einer, der seine Frau geschlagen hat, dazwischen wir beide, und sollen einvernommen werden wegen Beleidigung und übler Nachrede gegen den Herrn Christoff von Reichenhall. Wir haben die Aussage verweigert. Inzwischen geht das Verfahren aber noch weiter. Aber das sind Randerscheinungen, mit denen man fertig werden muß und auch fertig wird.

Immerhin kann ich sagen, daß z.B. Herr Messegué doch wahrscheinlich seine erfolgreiche Tätigkeit in Deutschland dank den Bemühungen unserer Pressestelle und unseres Leiters inzwischen weitgehend eingestellt hat, und daß seine Wunderheilungen ins rechte Licht gerückt wurden.

"Bayerisches Ärzteblatt"

Zum "Bayerischen Ärzteblatt" kann ich nur sagen, daß die Auflage genauso steigen muß wie die Zahl der Ärzte in Bayern. Es ist manchmal nicht ganz einfach, die Finanzierung durchzuführen, weil die Bereitschaft der pharmazeutischen Industrie, Inserate aufzugeben, schwankend ist. Sie war einige Zeit sehr schlecht. Jetzt ist es wieder ein wenig leichter geworden.

Arztliches Hilfspersonal

Nun zum ärztlichen Hilfspersonal. Es war eine der dankenswerten Aufgaben der Kammer, daß wir uns auch der Ausbildung ärztlichen Hilfspersonals zuwandten, und ich kann sagen, daß gerade vor zehn Jahren auf dem Bayerischen Ärztetag 1958 der Beschluß gefaßt wurde, die Ausbildung von Arzthelferinnen in Angriff zu nehmen. Das war sicherlich einer der weitblickendsten Beschlüsse, die wir gefaßt haben; denn nur auf diese Weise Ist es uns gelungen, die Quellen zu erschließen und Hilfskräfte für die Ärzte heranzubilden. Alleln im Jahre 1968 wurden wieder 624 Mädchen geprüft. 42 hat die Prüfungskommission unter dem strengen, aber gerechten Vorsitz von Herrn Kollegen SLUKA durchfallen lassen. Die anderen haben bestanden und können also jetzt als erfolgreiche Arzthelferinnen bel ihren Chefs wirken. Im Jahre 1967 waren es 547, im Jahre 1966 470. Die Zahl der Arzthelferlnnen nimmt also laufend zu, und das halte ich für eine sehr erfreuliche Entwicklung.

Noch ein weiteres Jubiläum. Wir veranstalten gerade den 10. Kurs für Röntgenhelferinnen. Auch das ist eine Einrichtung der Bayerischen Landesärztekammer, die regelmäßig Fortbildungskurse für Röntgenhelferinnen und für Laborhelferinnen veranstaltet. Das ist also keine Ausbildung zur Röntgenhelferin, sondern das ist eine Fortbildung für Damen, die als ungeprüfte Helferinnen auf dem Röntgen- und Laborgebiet arbeiten, und denen wir im Rahmen eines Fortbildungskurses neue Kenntnisse und Fertigkeiten zu vermitteln versuchen. Diese Kurse werden immer sehr stark frequentiert.

Ich möchte nicht versäumen, allen, die bei der Ausbildung der Arzthelferinnen, der Röntgen- und der Laborhelferinnen, mitwirken, herzlich zu danken. Es ist doch zum Teil eine recht mühsame Aufgabe.

Wir glauben, daß noch etwas in die Hand zu nehmen sein wird, nämlich die Ausbildung von Orthoptistinnen. Wir wurden von ophthalmologischer Seite darauf aufmerksam gemacht, daß die Zahl der Schielkinder außerordentlich hoch sei und daß, wenn man eine genügende Zahl von Orthoptistinnen als Gehilfinnen der Augenärzte ausbilden könnte, hier sehr viel Segensreiches geleistet werden könnte. Wir haben die Aufgabe bis jetzt einfach mangels freier Arbeitskapazitäten nicht in Angriff nehmen können, wollen aber jetzt mit den Ophthalmologen das Thema einmal grundlegend besprechen und sehen, ob es hier Wege gibt.

Hinsichtlich der medizlnisch-technischen Assistentinnen brauche ich nur darauf hinzuweisen, daß das MTA-Gesetz zur Zeit geändert wird. Man will nunmehr abgehen von der Ausbildung der MTA, die sowohl für Röntgen als auch für Labor ausgebildet und geprüft wird, und man trennt die Ausbildungslehrgänge. Es wird also eine MTA für Labor und eine MTA für Röntgen ausgebildet werden. Das wird auch die Ausbildung selbst erleichtern, weil es damit nicht so schwierig ist, Ausbildungsstellen zu errichten. Ich hoffe, daß das auch eln Beitrag sein wird. Denn MTA's sind nach wie vor Mangelberuf und sie haben vor allem eine sehr kurze Berufsdauer, so daß man sagen kann, es gibt kaum einen Beruf, wo ein so starkes Mißverhältnis zwischen der Dauer der Ausbildung und der Berufszeit besteht, die etwa bei 5 Jahren Im Durchschnitt liegt.

Arzteversorgung

Über Ärzteversorgungsfragen habe ich im vergangenen Jahr ausführlich gesprochen. Inzwischen haben Sie sicher Im "Bayerischen Ärzteblatt" die neuen Satzungsänderungen gelesen. Wir haben eines der Probleme zu lösen versucht, das uns schon seit Jahren beschäftigt, nämlich die Frage: Wie kann man der schuldlos geschiedenen Arztfrau helfen, wenn sich ihr früherer Ehemann wieder verheiratet und dann eines Tages stirbt? Nach dem bisher geltenden Recht erhielt dann die Ehefrau die Witwenrente, die zur Zeit des Todes im Ehestand lebte, und die schuldlos geschiedene Witwe ging, selbst wenn sie Versorgungsansprüche zu Lebzeiten des Mannes hatte, leer aus. Nach sehr eingehender Diskussion kam der Landesausschuß der Bayerischen Ärzteversorgung zu dem Ergebnis, daß man diesen Zustand nicht mehr belassen kann. Es wurde beschlossen, daß in diesen Fällen auch die schuldlos geschledene Frau an der Witwenrente partizipiert, und zwar wurde das Divisionsprinzip nach Ehejahren in die Satzung aufgenommen.

Wenn eines der Mitglieder unserer Versorgungseinrichtung nach 30 Ehejahren sich scheiden läßt, neu heiratet und nach weiteren 3 Jahren stirbt, dann bekommt die zweite Frau anteilmäßig die Witwenrente für drei Jahre und die schuldlos geschiedene Frau für 30 Jahre. Wir glauben, daß das der Gerechtigkeit am nächsten kommt.

Noch nicht gelöst ist die Frage der sog. Witwerrente. Aber ich glaube, daß wir auch hier einer Lösung sehr nahe sind. Jedenfalls kann ich versichern, daß der Landesausschuß grundsätzlich bereit ist, eine Lösung zu finden, wenn sle sich rechtlich so verankern läßt, daß sie den Rechtsgrundsätzen der Versorgungseinrichtung entspricht. Ich hoffe, im nächsten Jahr über die Satzungsänderung in dieser Hinsicht berichten zu können.

Das Körperschaftsteuergesetz ist noch nicht geändert. Es liegt aber bereits ein Änderungsentwurf im Bundestag vor. Dieser Änderungsentwurf sieht vor, daß die Freigrenze für berufständische Versorgungseinrichtungen auf 125% festgelegt wird, damit also um ein Viertel über den Höchstbeträgen zur Angestelltenversicherung, wobei unter Höchstbeträge zur Angestelltenversicherung der höchste Pflichtbeitrag pius höchster freiwilliger Beitrag gemeint ist. Davon sollten also 125% frei werden. Die ganze Frage hat sich in den letzten Jahren allerdings doch sehr entspannt, weil die Freigrenze durch das Ansteigen der Bemessungsgrundlagen bei der Rentenversicherung sehr hoch geworden ist. Für dieses Jahr ist der Höchstbeitrag DM 5760 .-- Er wird im Jahre 1969 voraussichtlich bei etwa DM 6500.- liegen. Wenn wir die 1250/o-Grenze wirklich erreichen, glaube ich, können wir tatsächlich unseren Vorstellungen entsprechende Beiträge in die Bayerische Ärzteversorgung ein-

Man muß aber immer wieder darauf hinweisen, daß man mit der Ausnützung der Höchstgrenze nicht warten darf, bis man die ersten Beschwerden bekommt, die an das Alter erinnern. Man muß auch schon in den Jahren hohe Beiträge zahlen, in denen man weder an Berufsunfähigkeit noch an Alter denkt; denn nur, wenn man über lange Jahre hohe Beiträge zahlt, kann man später auch eine hohe Rente erwarten. Aber ich möchte allgemein sagen, daß die Beitragsfreudigkeit der bayerischen Kollegen von Jahr zu Jahr zugenommen hat und die Beitragseingänge deshalb laufend steigen. Das zeigt vor allem aber auch, daß sich unsere Kollegen der Bedeutung und der Leistungsfähigkeit ihrer Standesversorgung bewußt sind, daß sie wissen, was sie an ihrer Ärzteversorgung haben, und dementsprechend auch hohe Beiträge einzahlen.

Die Versuche, die berufständische Versorgung langsam auf kaltem Wege zu erledigen und sie, wie man sagt, in eine allgemeine Rentenversicherung überzuführen, wurden nach unserer massiven Gegenwehr unter Ankündigung äußersten Widerstandes inzwischen eingestellt. Das sagt natürlich noch nicht, daß auch in den Winkeln der Überlegungen gewisser Soziaipolitiker dieser Lieblingsgedanke nun schon völlig ausgelöscht wäre. Aber ich glaube, daß zur Zeit jedenfalls keine konkreten Anhaltspunkte vorhanden sind, daß irgend etwas versucht wird, oder daß irgendwelche Pläne erwogen werden. Man hat doch wohl zunächst einmal eingesehen, daß man sich hier an das falsche Objekt heranwagte, und daß es besser ist, die berufsständischen Versorgungseinrichtungen unangetastet zu lassen.

Die Schwierigkeit bei diesem Problem liegt darin, daß es zu der Frage der Versorgung keinen einheitlichen Standpunkt der freien Berufe geben kann, weil die Interessenlage der verschiedenen freien Berufe außerordentlich unterschiedlich ist. Wir als Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte sind ein klar abgrenzbarer Berufsstand; wir wissen, wer zu uns gehört, wir kennen unsere Situation. Wir sind also in der Lage, uns selbst zu tragen. Es gibt aber innerhalb der freien Berufe auch Berufsgruppen, die dazu nicht in der Lage wären und die dann den Ruf nach einer staatlichen Versorgung immer wieder einmal ertönen lassen. Das hat uns die Vertretung unseres Standpunktes natürlich nicht erleichtert, weil man uns immer wieder einmal sagte: Es gibt doch sehr viele Angehörige der freien Berufe, die sehr gern hätten, daß es eine Rentenversicherung gäbe. Bis jetzt konnten aber alle Versuche, uns hier entweder überzuführen oder den Nachwuchs abzuschneiden, vereitelt werden, und ich hoffe, daß wir uns auch in der Zukunft erfolgreich werden durchsetzen

Ärztehaus Bayern

Als letztes möchte ich noch kurz berichten, daß aufgrund der vom 20. Bayerischen Ärztetag und dann von der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung gefaßten Beschlüsse die Planung des Bayerischen Ärztehauses in München zügig vorangegangen ist. Die Pläne liegen jetzt bei der Lokalbaukommission in München. Mit Winterende wird also der eigentliche Bau beginnen. Wir hoffen, dann im Herbst 1970 das neue Verwaltungsgebäude, in dem Kammer, Kassenärztliche Vereinigung und freie Verbände gemeinsam wohnen werden, beziehen zu können.

Dank für Mitarbeit

Damit möchte ich meinen Bericht schließen. Ich möchte es nicht tun, ohne Dankesworte zu sagen. Es ist mir ein echtes Bedürfnis, zuerst unseren Koliegen zu danken, die als Abgeordnete im Bayerischen Landtag oder als Senatoren im Bayerischen Senat tätig sind und uns dort immer in der bestmöglichen Weise helfen und die ärztlichen Belange vertreten. Ich darf hier besonders noch einmal hervorheben Herrn Kollegen SOENNING als Vorsitzenden des Bayerischen Landesgesundheitsrates. Er hat es in all den Jahren verstanden, im Bayerischen Landesgesundheitsrat immer die Stimme des Arztes zum Tragen zu bringen, und konnte damit mit unserer Hilfe verhindern, daß diese an sich sehr segensreiche Einrichtung etwa zum Instrument einer Politik wurde, die sich gegen den Arzt und gegen eine vernünftige Gesundheitspolitik wendet. Wir werden auch weiterhin in diesem Gremium, wie ich hoffe, eng zusammenarbeiten, und ich bin sicher, es wird erfolgreich sein. Mein Dank gilt dem Herrn Staatsminister des Innern, der Gesundheitspolitik so sieht, wie sie in einem freiheitlichen Staat, in einer modernen demokratischen Geselischaftsordnung gesehen werden muß. Ich darf noch einmal versichern, daß es mir persönlich ein ganz besonderes Anliegen sein wird, diese enge Zusammenarbeit mit der Bayerischen Staatsregierung zu pflegen und zu vertiefen, aber immer unter dem Grundsatz, daß das Gemeinwohl im Vordergrund stehen muß, und daß ärztliche Interessen gegebenenfalls auch einmal zurückstehen müssen, wenn es das allgemeine Wohl erfordern

würde. Nur so sind wir glaubhaft; wenn wir Interessenpolitiker werden, die die andere Seite nicht sehen wollen, dann sind wir unglaubhaft und dann würde auch zwangsläufig die Situation der Staatsreglerung eine andere sein müssen.

Mein Dank gilt nicht minder dem Leiter der Gesundheitsabteilung, unserem Kollegen Dr. HEIN, der auch heute wieder in unserer Mitte lst.

Ich möchte sagen, daß es für die Kammer immer elne Freude ist, diese sehr freundschaftliche und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit der Gesundheitsabteilung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern zu pflegen.

Ich darf bei dieser Gelegenheit auch den Herrn Ministerialrat Dr. WILHELM noch begrüßen. Er ist der Jurist der Gesundheitsabteilung und steht uns immer mlt seinem erfahrenen Rat zur Verfügung.

Einen Dank habe ich auch zu sagen dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit, mit dem wir auf Gebleten wie Jugendarbeitsschutz und Arbeitsmedizin sehr eng zusammenarbeiten. Der leitende Arzt in diesem Hause ist unser Kollege Ministerialrat Dr. Dr. GÜNTHER.

Meinen persönlichen Dank darf Ich zum Ausdruck bringen den ärztlichen Verbänden und Organisationen, mit denen uns alie eine sehr vertrauensvolie und enge Zusammenarbeit verbindet, immer mit der Zielrichtung einer einheitlichen, starken gemeinsamen Wahrung der ärztlichen Belange.

Innerhalb der Kammer möchte ich nicht versäumen, meinen Dank auszusprechen den Mitgliedern des Vorstands und Ihnen, meine Damen und Herren Deiegierten. Durch Ihre Beschlüsse und Ihr Vertrauen wird ja unsere Arbeit erst ermöglicht.

Ich habe mich persönlich zu bedanken bei meinem Kollegen SONDERMANN, der mich als Vizepräsident unserer Kammer immer mit Rat und Tat unterstützt, und dessen reife Erfahrung für mich stets wieder eine wertvolle Queile der Erkenntnis in menschlich schwierigen Situationen gewesen ist.

Ich möchte heute auch unterstreichen die weit über das übliche Maß hinausgehende Arbeitsleistung meiner beiden ärztlichen Mitarbeiter, der Herren Kollegen REICH-STEIN und SLUKA.

Die Last, die diese beiden Kollegen zu tragen haben, läßt sich nicht mehr unter dem Begriff der Dienstpflichterfüllung einordnen, sondern das ist wirklich echte Aufopferung im Dienste der Ärztekammer und der Kollegen. Das möchte ich hier hervorheben.

Wie immer gilt aber mein sehr herzlicher Dank unseren juristisehen Beratern. Ich habe, als unser Herr Justitiar POELLINGER das Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft erhielt, zum Ausdruck gebracht: Als er vor I5 Jahren zu uns stieß, da lautete unsere Frage oder die Frage in den Gremien, die darüber zu beschließen haben: Ja, brauchen wir denn überhaupt einen Juristen? Die Fragestellung hat sich im Laufe dieser Jahre sehr gewandelt. Man müßte heute schon bald fragen: Braucht man eigentiich außer den Juristen noch irgend jemand anderen? Denn es ist immer schwieriger geworden; es wird alles immer mehr zur Rechtsfrage und man muß bei allen Dingen, die man tut, immer daran denken: Wie sieht es aus aus der Sicht des Verwaltungsrichters, des Sozialrichters, des Ziviirichters? Welche Konsequenzen kann eine Entscheidung haben? Man muß also

wirklich langsam zum Privatjuristen oder zum juristisch Mitdenkenden werden, um der Situation noch gerecht werden zu können.

Mit Herrn POELLINGER, der hauptamtlich in unserem Haus tätig ist, darf ich sehr herzlich danken dem Herrn Ministerialrat WEISSAUER und ihn hier im Rahmen der Delegierten beglückwünschen zur Verleihung des Goldenen Ehrenzeichens der deutschen Ärzteschaft durch den Herrn Präsidenten der Bundesärztekammer.

Wir werden außerdem, wie selt Jahren, unterstützt durch zwei weitere Juristen namens BRAUN. Der eine unterstützt uns in den vieien Fragen des allgemeinen Wirtschafts- und Steuerrechts und in allgemeinen Grundsatzfragen, der andere, beim Marburger Bund, ist uns ein wertvoller Berater in den Problemen der angestellten Ärzte und in den Fragen der Ärzteversorgung. Ihnen ailen mein herzlicher Dank.

Vergessen möchte ich nicht zu sagen, daß wir auch sehr Dank schulden den Kollegen, die uns im Rahmen der Überprüfung der Facharztanträge unterstützen. Das ist eine sehr große Zahl von Koliegen; denn für jedes Fachgebiet müssen wir eigene Berater haben. Sie alle sind sehr eifrig, nehmen ihre Aufgabe sehr genau, und nur durch ihre Mitwlrkung ist es uns überhaupt möglich, die vielen Facharztanerkennungen sorgfältig zu überprüfen und dadurch zu vermeiden, daß hier etwa Streitfälle entstehen, in denen wir dann mangels einer sachkundigen Entscheidung unterliegen würden. Bis jetzt, muß ich sagen, haben wir unsere Entscheidungen auch vor Gerichten immer klar vertreten können.

Schließlich giit mein Dank — zuletzt, aber nicht mein letzter Dank — allen meinen Mitarbeitern in der Kammer, die auch im abgelaufenen Jahr so fleißig mit uns zusammen die Arbeit geleistet haben.

An den Tätigkeitsbericht schloß sich eine mehrstündige Aussprache an.

Anschließend beriet die Versammlung nach einem kurzen Referat des Kammerpräsidenten den vom Vorstand der Bundesärztekammer vorgelegten Entwurf elner Weiterbildungsordnung. Die Versammlung stimmte dem Entwurf sodann ohne Änderung zu. Der Bayerische Ärztetag, dessen Präsident in seiner Eigenschaft als Vorsitzender der Ständigen Facharztkonferenz der Bundesärztekammer sehr großen Anteil an dem Entwurf hatte, ist damit das erste Gremium, das die neue Weiterbildungsordnung beschlossen hat.

Der Entwurf einer Neufassung der Berufsordnung für die Ärzte Deutschlands wurde vom Justitiar der Bayerischen Landesärztekammer, Herrn Rechtsanwalt Franz M. POELLINGER, eingehend erläutert. Die Beratung soll auf dem nächsten Ärztetag erfoigen.

Am Schiuß der Sitzung teilte Herr Kollege Dr. med. Heinz BREIDENBACH, München, mit, daß er aus Gesundheitsgründen sein Mandat als Delegierter zur Bayerischen Landesärztekammer niederlege. Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer dankte ihm für seine bisherige Mitarbeit und wünschte Herrn Kollegen Breidenbach, daß sich sein Gesundheitszustand wieder bessere, und daß er noch viele Jahre erfoigreichen beruflichen Wirkens vor sich habe.





Jedem
der Pünktlichkeit
und Ordnung schätzt
- um sich und in sich garantiert Dulcolax
pünktliche Darmfunktion

Dulcolax*
Kontakt-Laxativum
in Dragées
in Suppositorien

THOMAE

Beschlüsse des 21. Bayerischen Ärztetages

Ausbildung der Arzthelferinnen

Der 21. Bayerische Ärztetag bittet die Berufsschulen, bei der Aufstellung der Lehrpläne zur Ausbildung der Arzthelferinnen in angemessener Weise auch moderne Laborverfahren zu berücksichtigen.

Weiterbildungsordnung

Der 21. Bayerische Ärztetag stimmt der Vorlage zu und ermächtigt den Vorstand zu redaktionellen Änderungen und zur Änderung der Paragraphenfolge beim Einbau in die Berufsordnung für die Ärzte Bayerns.

Die Weiterbildungsordnung soll am 1. Juli 1969 in Kraft treten.

Lehrstühle für Allgemeinmedizin

Der 21. Bayerische Ärztetag hält es für dringend erforderlich, daß möglichst an allen Medizinischen Fakultäten Lehrstühle oder Lehraufträge für Allgemeinmedizin geschaffen werden.

Zulassung zum Medizinstudium

Der 21. Bayerische Ärztetag wünscht, daß Überlegungen angestellt werden, wie Kinder von Kollegen wegen der

beruflichen und anderer aus der ärztlichen Familie erwachsenen Voraussetzungen bevorzugt zum Medizinstudium zugelassen werden können, um damit nicht zuletzt auch den Nachwuchs für die Allgemeinpraxis zu garantieren.

Benennung des Stellvertreters des nichtrichterlichen Belsitzers des Landesberufsgerichtes für die Heilberufe beim Bayerlschen Obersten Landesgericht

Der 21. Bayerische Ärztetag benennt als Nachfolger für den verstorbenen Augenarzt Dr. Hermann Bickel, Augsburg, als Stellvertreter des nichtrichterlichen Beisitzers des Landesberufsgerichtes für die Heilberufe beim Bayerischen Obersten Landesgericht Dr. med. Wilhelm Hillenbrand, Facharzt für Röntgenologie und Strahlenheilkunde, 8900 Augsburg, Mozartstraße 3.

Wahl des Tagungsortes des 22. Bayerlschen Ärztetages 1969

Der 21. Bayerische Ärztetag bestimmt als Tagungsort für den 22. Bayerischen Ärztetag 1969 Ambergin der Oberpfalz.

Ende des Berichtes über den 21. Bayerischen Arztetag

(Aus der I. Frauenklinik der Universität München [Direktor: Professor Dr. W. Bickenbach])

Schule für Zytologie-Assistentinnen in München

Erfahrungsbericht nach einjährigem Bestehen der Schule

Von Privatdozent Dr. H.-J. Soost, Leiter der Schule

Im Oktober 1987 konnte die erste deutsche "Schule für Zytologie-Assistentinnen" in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer an der I. Universitätsfrauenklinik München eröffnet werden. Es handelt sich um eine Ergänzungsschule gemäß dem Gesetz über das Erziehungs- und Unterrichtswesen vom 9. 3. 1960. Träger der Schule ist der "Verein zur Förderung der Ausbildung und Fortbildung von Zytologie-Assistentinnen", der eigens zu diesem Zweck von der Bayerischen Landesärztekammer gegründet wurde. Die Geschäftsführung liegt bei der Bayerischen Landesärztekammer. Das lebhafte Interesse, das unserer Schule seit Ihrem Bestehen entgegengebracht wurde, sowie zahlreiche Anfragen aus ärztlichen und nichtärztlichen Kreisen, veranlaßten uns zu dem folgenden Bericht.

Es ist der Zweck der Schule, Assistentinnen und Assistenten in der zytologischen Dlagnostik auszubiiden, um den Mangel an Fachkräften auf diesem Gebiet möglichst bald zu beheben. Die Aufgabe dieser Assistentinnen bzw. Assistenten soll sein, nicht nur technische Arbeiten, wie das Färben und Registrieren der Präparate zu erledigen, sondern dem Arzt auch durch Vormustern der Zeilabstriche am Mikroskop zu helfen. Bisher wurde diese Tätigkeit fast ausschließlich

von medizinisch-technischen Assistentinnen wahrgenommen, die für diese spezielle Aufgabe jedoch während ihrer praktischen Arbeit in einem Laboratorium ebenfalls erst ausgebildet werden mußten. Jeder Laborchef war also gezwungen, seine Kräfte selbst auszubilden. Dabei war die Mühe manchmal vergebens, weil die Assistentin, kaum daß sie die Zytodiagnostik erlernt hatte, die Stelle wechselte oder aufhörte zu arbeiten.

Voraussetzungen für die Aufnahme in die Schule für Zytologie-Assistentinnen sind:

- die Erreichung des 18. Lebensjahres, in Ausnahmefällen, bei entsprechender Eignung, des 17. Lebensjahres,
- abgeschlossene Realschulbildung oder eine dieser entsprechenden Schulbildung und bestandene Prüfung als Arzthelferin oder MTA.

Die Ausbildungsdauer beträgt 1 Jahr. Davon werden 6 Monate als Unterricht in der Schuie, 6 Monate als Praktikum in einem zytologischen Laboratorium abgeleistet.

Die Kosten des Unterriehts betragen während des 1. Halbjahres (Schulunterricht) DM 150.—monatiich. Während des 2. Halbjahres (Praktikum) er-

12 Stunden

halten die Schülerinnen einen Unterhaltszuschuß, der vom Träger des Ausbildungslaboratoriums gezahlt wird und z. Z. DM 250 .- monatlich beträgt. Es sind jedoch Verhandlungen mit der Landesarbeitsverwaltung im Gange, den Schüierinnen auch während des Unterrichts im 1. Halbjahr einen Unterhaltszuschuß zu gewähren. Im Einzelfalle wird dies von der Erfüllung bestimmter Voraussetzungen hinsichtlich der beruflichen Vorbildung abhängen.

Der Unterrichtsstoff erstreckt sich auf das ganze Gebiet der Zytodiagnostik. Im Vordergrund steht wegen ihrer überragenden praktischen Bedeutung die gynäkologische Zytologie, die mehr als zwei Drittel der Unterrichtszeit in der Schule ausfüllt. Vermutlich werden weitaus die meisten Schülerinnen später auf diesem Gebiet tätig sein. Wir legen jedoch Wert darauf, daß die Schülerinnen zumindest die theoretischen Grundiagen auch der nicht gynäkologischen Zytologie während der Ausbildung erlernen, damit siesich im Bedarfsfalle später auch auf anderen Fachgebieten leicht einarbeiten können.

Unterrichtsplan der "Schule für Zytologie-Assistentinnen" in München

Allgemeine Einführung:

Einführung in die Zytodiagnostik	3	Stunden
Zelien- und Gewebelehre, allgemeine		
Geschwuistlehre	10	Stunden
Technik der Mikroskopie, einschließ-		
lich Mikrofotografie	11	Stunden

Anatomie, Physiologie, Klinik der Gynākologie und Geburtshilfe:

Anatomie, Histologie und		
Physiologie des welblichen Genitale	9	Stunden
Gynäkoiogische Endokrlnologie	9	Stunden
Schwangerschaft und ihre Störungen	3	Stunden
Bösartige Geschwülste des welblichen		
Genitale und ihre Vorstadien, ein-		
schließlich Histologie	22	Stunden
Kolposkopie und Portioveränderungen	4	Stunden
Andere gynäkologische Krankheits-		
bilder	10	Stunden

15 Stunden

18 Stunden

30 Stunden

5 Stunden

6 Stunden

3 Stunden

8 Stunden

11 Stunden

30 Stunden

6 Stunden

13 Stunden

Stunden

Stunden

Gynäkologische Zytologie:

Entnahme, technische Bearbeitung und
Färbung zytologischer Präparate, ein-
schließlich praktischer Übungen
Normale Zytologie in verschiedenen
Lebensaltern und bei verschledener
Hormonlage
Entzündliche und andere gutartige
Veränderungen
Schwangerschaft und ihre Störungen
Zytologische Krebsfrühdiagnostik
Sexchromatindiagnostik und Chromo-
somendarstellung
Phasenkontrast- und Fluoreszenz-
mikroskopie
Organisation
zytologischer Laboratorien
Praktikum in gynäkologischer Ambu-
lanz (Entnahmetechnik, Phasenkon-
trastmikroskopie, Kolposkopie)
and the same of th

Nicht gynäkologische Zytologie:

Anatomie, Histologie und Pathologie
des Respirationstraktes
Zytologie des Respirationstraktes, ein-
schließlich Materialgewinnung
Anatomie, Histologie und Pathologie
des Magen-Darm-Kanals
Zytologie des Magen-Darm-Kanals,
einschließlich Materlalgewinnung

Anatomie, Histologie und Pathologie		
des Urogenitaltraktes	4	Stunden
Zytologie des Urogenitaltraktes	4	Stunden
Anatomie, Histologie und Pathologie		
der Mamma	5	Stunden
Zytologie der Mamma	6	Stunden
unktionszytologie		

Hämatologie

(Aszites,	Exsudate,	Organpunktate)	10	Stunden

Demonstrationen am Mikroskop und

M	likroskor	piert	ibun	gen	jeweil	ls in	An-			
	passung	an	die	im	theoreti	schen	Un-			
	terricht	dur	chge	spre	chenen	Them	en	300	Stunden	

50 Stunden Literaturstudium

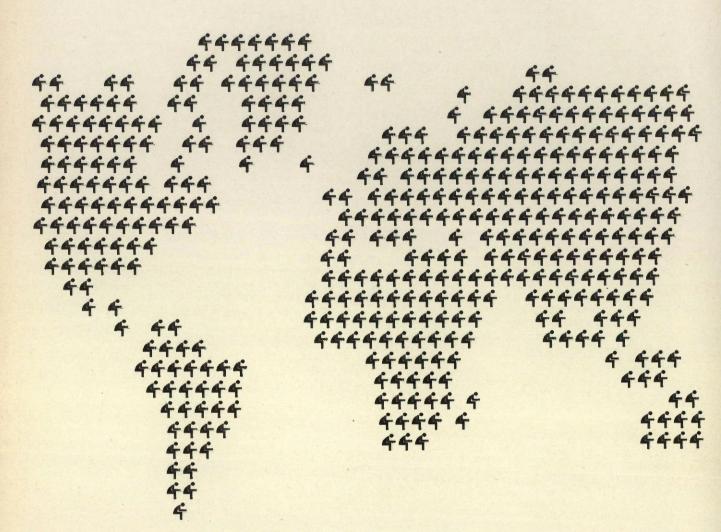
Zwischenprüfungen (theoretisch und	
praktisch) — einschließlich Bespre-	
chung der Ergebnisse	70 Stunde

Die Verteilung der Unterrichtsstunden Im einzelnen geht aus dem abgedruckten Unterrichtsplan hervor, der aufgrund der in den beiden ersten Halbjahreskursen gesammelten Erfahrungen zusammengestellt wurde. Für jedes Gebiet der Zytologie wird neben der speziellen Zytodiagnostik ein Grundlagenunterricht erteilt. Dies erscheint für das Verstehen klinlscher Probleme und die richtige Deutung der Zellabstrichbefunde unerläßlich. So gehört zur gynäkologischen Zytologie ein Unterricht über Anatomie, Histologie und Physiologie des weiblichen Genitale, über gynäkologische Endokrinologie, über die Schwangerschaft und ihre Störungen, über Pathologie und Klinik der bösartigen Geschwülste des weiblichen Genitale und deren Vorstadien, über die kolposkopische Beurteilung von Portioveränderungen sowie über einige gynäkologische Krankheitsbilder, welche das vaginaie Zellbild beeinflussen. In der nicht gynäkologischen Zytologie nimmt dle Zytodiagnostik des Respirationstraktes den größten Raum ein. Weiterhin wird die Zytodiagnostik des Magen-Darm-Kanals, des Urogenitaltraktes und der Mamma abgehandelt. Auch hier werden neben der Zytologie jewells die Grundlagen der Anatomie, der Histologie und Pathologie unterrichtet. In der Punktionszytologie beschränkt sich der Unterricht auf die Diagnostik von Aszites- und Pleurapunktaten, sowie eine Orientierung über die zytologische Beurteilung von Organpunktaten. Einige Unterrichtsstunden sind den Grundlagen der Hämatologie gewidmet.

Im Unterrichtsprogramm sind selbstverständlich auf jedem Gebiet der Zytologie Unterweisungen in den Methoden der Materialgewinnung und Präparateherstellung sowie den sich daraus ergebenden Fehlerquellen für die Beurteilung der Abstriche eingeschlossen. Die Schülerinnen finden in der gynäkologischen Ambulanz Gelegenheit, den Untersuchungsgang, die Durchführung von Abstrichentnahmen sowie die Kolposkopie kennenzulernen und sich in der Phasenkontrastmikroskopie zu

Die Durchführung des Unterrichts an der Schule erfoigt ganztägig, d. h. von 9.00 bis 16.30 Uhr, mit einer Stunde Mittagspause. Im allgemeinen haben die Schülerinnen täglich 3 Stunden theoretischen Unterricht, von denen mlndestens 2 Arztunterrichtsstunden sind. Die übrige Zeit ist Präparatedemonstrationen am Mikroskop und täglichen Mikroskopierübungen vor-

Geigy



Irgapyrin[®]

seit über 15 Jahren

Antirheumatikum Antiphlogistikum Analgetikum Antipyretikum

überall

bei rheumatischen Erkrankungen

bewährt.

behalten. Dabei werden den Schülerinnen jeweils typische Präparate zu dem im theoretischen Unterricht durchgenommenen Stoff vorgelegt. Die praktische Ausbildung am Mikroskop nimmt also bereits während des 1. Halbjahres des Unterrichts in der Schule einen sehr breiten Raum ein. Aus diesem Grunde hat auch jede Schülerin ihren eigenen Arbeitsplatz mit einem Mikroskop, für dessen Pflege sie verantwortlich ist. Ferner stehen für Unterrichtszwecke zwei Doppelmikroskope und ein Projektionsmikroskop zur Verfügung.

Während des 1. Halbjahres des Unterrichts in der Schule werden wöchentlich einmal theoretische und praktische Zwischenprüfungen durchgeführt, um die Schülerinnen zu regelmäßigem Arbeiten anzuregen, aber auch dem Lehrpersonal Gelegenheit zu geben, sich über den Erfolg des Unterrichts laufend zu orientieren.

Die erfolgreiche Durchführung des Unterrichts an einer Zytologieschule ist, wie unsere bisherigen Erfahrungen gezeigt haben, nur möglich, wenn ein Team qualifizierter Lehrkräfte vorhanden ist und die Schule an ein größeres zytologisches Laboratorium angeschlossen ist, aus dem das notwendige Unterrichtsmaterial für die Unterweisungen am Mikroskop zur Verfügung gestellt werden kann. Der theoretische Unterricht wird bei uns fast ausschließlich von Ärzten abgehalten, und zwar von dem Schulleiter in Zusammenarbeit mit 6 bis 8 weiteren Ärzten, wobei Anatomen und Pathologen ebenso mitwirken wie ältere Assistenten der Universitätsfrauenklinik, die jeweils ihre Spezialgebiete, wie Histologie, Endokrinologie usw., vertreten. Zum Unterrichtsstab gehört ferner eine hauptamtliche Lehrassistentin, die langjährige Erfahrungen in der Zytodiagnostik besitzen muß. Ihr obliegt es, über die Technik der Präparateherstellung zu unterrichten, die täglichen Wiederholungsstunden abzuhalten und die Mikroskopierübungen zu beaufsichtigen. Eine weitere, sehr zeitraubende Aufgabe der Lehrassistentin ist es schließlich, die Präparate für die Übungen am Mikroskop herauszusuchen. In der Anfangszeit wird sie dies nur unter zeitweiliger Mitwirkung einer weiteren Asslstentin schaffen. Die Sekretärin der Schule kann neben den anfallenden schriftlichen und organisatorischen Arbeiten ebenfalls bei der Registrierung von Lehrpräparaten und Unterrichtsmaterial helfen.

Das Praktikum im 2. Halbjahr der Ausbildung leisten die Schülerinnen an einem größeren zytologischen Laboratorium ab. Sie sollen in dieser Zeit unter Aufsicht bereits alles erledigen, was sie in ihrem späteren Beruf zu tun haben. Sie sollen bei den im Laboratorium anfallenden technischen und organisatorischen Arbeiten mitwirken, vor allem aber sollen sie Erfahrung und Sicherheit im Vormustern der Zellabstriche gewinnen. Die Auswahl der Laboratorien, welche für die praktische Ausbildung in Frage kommen, erfolgt im Einvernehmen mit dem Schulleiter. Es muß die Gewähr gegeben sein, daß in dem Laboratorium ausreichendes Unterrichtsmaterial anfällt und die SchülerInnen weiterhin theoretisch unterwiesen werden. Gewisse Schwierigkeiten ergeben sich bei der praktischen Ausbildung in der nicht gynäkologischen Zytodiagnostik, da nur wenige Laboratorien dafür bestehen. Soweit Interesse vorhanden, wollen wir den Praktikantinnen in Zukunft Gelegenheit geben, auch auf Gebieten der nicht gynäkologischen Zytologie zu arbeiten; dies wird aber jeweils nur für wenige Wochen möglich sein.

Die Ausbildung wird nach 1 Jahr mit einem staatlich genehmigten Examen*) — die staatliche Anerkennung wurde beantragt — abgeschlossen. Prüfungsfächer sind:

- a) Im theoretischen Abschnitt:
- Anatomie, Physiologie, Klinik der Gynäkologie und Geburtshilfe
- 2. Gynäkologische Zytologie
- 3. Zytologie des Respirationstraktes
- Zytologie des Magen-Darm-Kanals, des Urogenitaltraktes und der Mamma
- 5. Punktionszytologie
- 6. Hämatologie
- b) Im praktischen Abschnitt:

Die Beurteilung von 30 zytologischen Präparaten, deren Befunde schriftlich niederzulegen sind. Dabei müssen sich 20—25 Präparate auf das Gebiet der gynäkologischen Zytologie, die übrigen auf das Gebiet der nicht gynäkologischen Zytologie beziehen.

Die theoretische Prüfung erfolgt schriftlich und mündlich. Bei der abschließenden Bewertung der Noten liegt das Gewicht auf dem praktischen Abschnitt der Prüfung. Nach bestandenem Examen haben die Schülerinnen bzw. die Schüler das Recht, die Berufsbezeichnung "Zytologie-Assistentin" bzw. "Zytologie-Assistent" zu führen.

Damit die bereits seit langer Zeit in der Zytodiagnostik tätigen medizinisch-technischen Assistentinnen nicht gegenüber den Zytologie-Assistentinnen vom neuen Ausbildungstyp benachteiligt werden, sollte man ihnen Gelegenheit geben, zu gegebener Zeit einmal das Abschlußexamen an einer Zytologie-Schule zur Bestätigung ihrer speziellen Kenntnisse mitzumachen. Diese Ansicht wird auch seitens der Deutschen Gesellschaft für Zytologie vertreten.

Nach unseren bisherigen Erfahrungen kann die Zytologie-Assistentin nach einjähriger Ausbildung bereits wertvolle Hilfe bei der Vormusterung von Zellabstrichen leisten. Sie ist jedoch noch nicht so weit, daß sie ohne ständige Kontrolle von erfahrener ärztlicher Seite tätlg sein kann. Die Sicherheit in der Diagnostik, die man letztlich fordern muß, wird sich erst — wie nicht anders zu erwarten — nach ein- bls zweijähriger weiterer Erfahrung im Beruf einstellen.

Mit der Ausbildung zur Zytologie-Assistentin ist ein neues Berufsbild geschaffen worden, ähnlich dem der Logistin, der Orthoptistin usw. Die Ausbildung ist kurz, erlaubt aber dennoch eine verantwortungsvolle Tätigkeit. Sie kann von verheirateten Frauen später auch halbtägig ausgeübt werden, eventuell sogar in Heimarbeit. Zu bedenken ist allerdings bei der Berufswahl, daß die Ausbildung — wie soll dies in einem Jahr anders möglich sein — nur auf ein eng begrenztes Ziel ausgerichtet ist. Wer auf eine breite Berufsgrundlage und vielseitigere Entwicklungsmöglichkeiten Wert legt, muß sich daher überlegen, ob er nicht zuerst die MTA-Ausbildung machen und die Ausbildung zur Zytologie-Assistentin anschließen will.

Im Zuge der Neuordnung des MTA-Gesetzes läge es natürlich nahe, parallel zur Labor- und Röntgen-MTA

^{*)} Ausbildungs- und Prüfungsordnung kann angefordert werden.

als dritte Laufbahn die einer MTA mit morphologischer Ausbildung zu schaffen. Wir haben diese Möglichkeit bei Planung unserer Schule diskutiert. Dem wurde jedoch entgegengehalten, u. a. vom Bundesgesundheitsminlsterium, daß damit die Ausbildung zu lang und der ohnehin schon bestehende Mangel an medizinisch-technischen Assistentinnen noch größer würde. Die Einführung eines Sonderzweiges der medizinisch-technischen Assistentin mit spezieller zytologischer Ausbildung hätte außerdem langwierige gesetzgeberische Maßnahmen vorausgesetzt. Wir brauchten aber eine Soforthilfe. So haben wir uns für die einjährige sehr spezielle Ausbildung entschieden, die übrigens weitgehend dem amerikanischen System entspricht.

Bei der Berufsbezeichnung "Zytologie-Assistentin", abgekürzt "Zyto-Assistentin", gingen wir von der Überlegung aus, daß die Bezeichnung "zytologischtechnische Assistentin" möglicherweise auf Ablehnung bei den Berufsverbänden der medizinisch-technischen Assistentinnen stoßen könnte. Die amerikanische Bezeichnung "Zytotechnikerin", die diesem verkürzten Ausbildungsgang entspricht, erschien uns aber nicht gut, da sie der Tätigkeit der Zytologie-Assistentin nicht gerecht wird, deren Aufgabe ja nicht nur darin besteht, technische Arbeiten zu verrichten.

Elne tarlfreehtliche Einstufung der Zytologie-Assistentin ist leider noch nicht erfolgt. Nach Ansicht des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Zytologie sollte die Zytologie-Assistentin wegen der großen Verantwortung beim Vormustern der Präparate der medizinisch-technischen Assistentin möglichst gieichgestellt werden. Die Zytologie-Assistentin solite zumindest nach 11/2jähriger beruflicher Tätigkeit — also von einem Zeitpunkt ab, in dem sie auch als MTA die Ausbiidung abgeschlossen hätte — die gleichen Gehaltsansprüche wie eine MTA haben. In der Zwischenzeit. könnte die Einstufung eine Gruppe niedriger liegen. Im Interesse einer qualifizierten Nachwuchsbildung erscheint es ratsam, die definitive Einstufung dann von einer mindestens einjährigen erfolgreichen Tätigkeit in einem für Ausbildungszwecke anerkannten zytologischen Laboratorium abhängig zu machen.

In den USA gibt es heute mehr als 80 Schulen für Zytotechnikerinnen, die pathologischen Instituten oder Frauenkliniken der Universitäten angeschiossen sind. In Europa existieren einige Schulen dieser Art in England und Schweden. Die Schulen sind alle klein. Sie nehmen pro Kurs nicht mehr als 4—12 Schülerinnen auf. Im Interesse einer intensiven Ausbildung am Mi-

kroskop haben auch wir uns daher entschlossen, in unsere Schule für Zytologie-Assistentinnen nur 8 Schülerinnen aufzunehmen. Bei Lehrgangsbeginn im April und Oktober eines jeden Jahres bilden wir also jährlich 16 Schülerinnen aus. Es sind jedoch in zahlreichen anderen Bundesländern Vorbereitungen für die Errichtung weiterer Zytologie-Schulen im Gange, so daß dann hoffentlich nicht mehr so vielen Berwerberinnen abgesagt werden muß wie bisher.

Die Berufsaussichten für Zytologie-Assistentinnen sind wegen des großen Mangels an Fachkräften auf diesem Gebiet sehr gut und werden es voraussichtlich auch bleiben. Dies wird verständlich, wenn man bedenkt, welche Aufgaben durch zytologische Vorsorgeuntersuchungen an breiten Bevölkerungsschichten noch auf uns zukommen werden. Wir haben im Bundesgebiet allein 18 Millionen Frauen im Aiter von 30 Jahren und mehr. Wenn sich nur ein Drittel dieser Frauen entschließen würde, sich regelmäßig einmal im Jahr vorsorglich gynäkologisch untersuchen zu lassen und in 20% der Fälle eine Wiederholungsuntersuchung notwendig wäre, so kämen wir auf 7,2 Millionen zytologischer Untersuchungen pro Jahr. Geht man einmal davon aus, daß in einem zytologischen Laboratorium, das mit einem Arzt und 4-5 Assistentinnen sowie 1 oder 2 Bürokräften besetzt ist, im Jahr 36 000 zytologische Untersuchungen durchgeführt werden können, so ergibt sich, daß wir aliein dafür 200 Laboratorien in der genannten Größe benötigen würden. Damit sind jedoch nur die Aufgaben der Zytodiagnostik auf dem gynäkologischen Sektor umrissen. Will man die Zytodiagnostik auch noch zur Früherkennung des Lungenkarzinoms, bei Magen-Darm-Erkrankungen usw. heranziehen, so sind die Aufgaben kaum noch zu übersehen.

Selbst wenn es in absehbarer Zeit möglich wäre, zytologisches Untersuchungsmaterial für die Krebsfährtensuche automatisch vorzumustern, könnten dadurch höchstens 70—80% der Zeliabstriche als unverdächtig ausgelassen werden. Der Rest müßte ohnehin, wie bisher, von erfahrenen Zytologen und Zytologie-Assistentinnen durchgesehen werden. Da mit dem Vorhandensein einer solchen automatischen Vormusterungseinrichtung der Anfall an zytologischem Untersuchungsmaterial aber wahrscheinlich lawinenartig anschwellen würde, wäre gerade dadurch der Bedarf an erfahrenen Fachkräften um so größer.

Anschr. d. Verf.: Privatdozent Dr. med. H.-J. Soost, 8000 München 15, Maistraße 11

Band 10 unserer Schriftenreihe mit den Vorträgen der 1B. Wissenschaftlichen Ärztetagung Nürnberg

Therapie der Magen- und Darmkrankheiten Therapie der Herz- und Kreislaufkrankheiten Probleme der medikamentösen Geburtenregelung

steht unseren Kollegen kastenlas zur Verfügung.

Die Kossenärzte Bayerns erhalten ihn in den nöchsten Wochen über die Bezirksstellen der Kossenärztlichen Vereinigung Bayerns. Die onderen Kollegen, die diesen Band ebenfolls zu erhalten wünschen, bitten wir um eine kurze Mitteilung; die Broschüre geht ihnen dann durch die Post zu.

Ausbildungsmöglichkeiten für Medizinalassistenten in der Landpraxis

Von Robert Paschke

In einem interessanten Erfahrungsbericht (DA Nr. 33 vom 17. 8. 1968, S. 1797) setzt sich Koliege STURM sehr warm für eine Beschäftigung von Medizinalassistenten in der freien Praxis ein. Zweifeijos könnte eine solche bei unseren jungen Kollegen Verständnis und auch Freude an einer Allgemeinpraxis oder sogar Landpraxis erwecken, wenn sie durch diese Tätigkeit mit ärztiichen Problemen konfrontiert werden, von denen sie weder auf der Universität noch bei ihrer Tätigkeit in den Krankenhäusern etwas gehört und gesehen haben. Es würde zudem auch einem späteren Universitätsprofessor nichts schaden, wenn er einmal, wenn auch kurze Zeit, unter den schwierigen Verhältnissen einer Landpraxis tätig gewesen wäre. Sein späteres Kolleg, gleich welchen Faches, würde dadurch sicherlich nur gewinnen und seinen Hörern nützlich sein, denn die Universität soli ja wohl in erster Linie Ärzte ausbilden und erst in zweiter Linie Mediziner.

Die Anstellung eines Medlzinalassistenten in einer Landpraxis wirft aber Probleme auf, die ernsthaft durchdacht und einer für beide Teile tragbaren Lösung zugeführt werden müssen, wenn diese Ausbiidungsmöglichkeit für Medizinalassistenten voli ausgenützt werden und es nicht bei schönen Worten bleiben soli.

Wie sieht es nun mit der "bezahlten" Beschäftigung der Medizinalassistenten aus? Nach einer mir auf Anfrage zugegangenen Mitteilung der Bayerischen Landesärztekammer bekommt:

im 1. Jahr ein unverheirateter MA DM 630,—, ein verheirateter MA DM 690,—

im 2. Jahr ein unverheirateter MA DM 784,—, ein verheirateter MA DM 849.—.

Dazu kommen Kinderzuschläge und der Arbeitgeberanteil an die Bayerische Ärzteversorgung, das sind derzeit 7 %. Es werden außerdem noch dazu kommen die Krankenkasse und die Haftpflichtversicherung, so daß ein Medizinaiassistent auf gut DM 1000,— im Monat zu stehen kommt. Das ist für eine kieine und mittlere Landpraxis viel Geid. Für diese Summe bekommt der Landarzt eine eingearbeitete und versierte Sprechstundenhiife, die ihm eine fühlbare Entlastung in der Sprechstunde und eine völlige Entiastung von dem iästigen Schreibkram ist.

Kollege Sturm meint in seinem obigen Artikel: "Außerdem soli und muß die bezahlte Beschäftigung eines Medizinalassistenten für den Allgemeinarzt eine fühlbare Entlastung bringen." Wie sieht es damit in einer Landpraxis aus?

Zweifellos wird dies für die Sprechstunde nach einer gewissen Anlernzeit der Faii sein. Ob sich ein Medizlnalassistent allerdings in der Sprechstunde spürbarer bemerkbar machen wird als eine versierte Sprechstundenhilfe, sei dahingesteilt.

Für den Landarzt machen die Hausbesuche trotz fortschreitender Motorisierung immer noch einen wesentlichen Teil seiner ärztlichen Tätigkeit aus, denn mit

dem Auto fahren die Familienmitglieder zur Arbeit, das Fahrzeug ist also untertags nicht greifbar und regeimäßige Omnibusiinien gibt es auf dem Lande kaum, mit denen gehbehinderte und alte Kranke die oft bis zu 10 km weiten Entfernungen zum Hausarzt überwinden können. Sicherlich könnte man einem einigermaßen geschickten Medizinalassistenten "nach einiger Zeit Kontroll- und Wiederholungsbesuche allein überlassen", wie Kollege Sturm vorschlägt, wenn nicht das bürokratische Denken der Krankenkassen dem hindernd im Wege stehen würde. Denn schon melden sich die Kassenärztiichen Vereinigungen mit dem Hinweis, daß "ein Medizinaiassistent rechtlich noch nicht als Arzt giit, deshalb nur unter Anleitung eines Arztes tätig sein und in der Kassenpraxis keine Unterschriften auf Rezepten, Arbeitsunfähigkeits- und sonstigen Kassenbescheinigungen leisten darf". Wenn nun ein Medizinalassistent mit staatiichem Examen nicht einmal für die Kassen einen schon einmal von mir verordneten Hustensaft, den jeder Apotheker ohne ärztliches Rezept hergeben darf, rezeptieren darf, dann ist für einen Landarzt die Besuchstätigkeit desseiben wertlos. Soii ein Medizinalassistent in einer landärztiichen Besuchspraxis eine fühibare Entlastung bedeuten, dann müßte es ihm gestattet sein, zumindest in Wiederholungsfällen alles rezeptieren zu dürfen, ausgenommen natürlich Betäubungsmittel. Dies müßte und könnte auch erlaubt werden, denn dieses Verbot ist um so weniger einzusehen, wenn man hört, daß in dem Entwurf des Gesundheitsministeriums zu einer neuen "Approbationsordnung" die Medizinalassistentenzeit ganz wegfallen und die Approbation nach dem bestandenen Staatsexamen verliehen werden soll. Die Unfähigkeit der Medizinalassistenten, für Kassen zu rezeptieren, ist m. E. ein wesentlicher Hinderungsgrund für deren Anstelliung in einer Landpraxis.

Ich habe nur einige wenige Probleme der Ausbildungsmöglichkeiten für Medizinaiassistenten in einer Landpraxis berührt, trotzdem würde ich glauben, daß dieser Frage auch der Landarzt positiv gegenüberstehen könnte, wenn er dazu die Unterstützung seiner Standesorganisationen finden würde. Eine echte und sofortige Chance sehe ich bei gutem Willen alier Koilegen in einer Beschäftigung von Medizinalassistenten in entiegenen und nur einmal besetzten, überlasteten Landpraxen, in solchen mit beschwerlichen Wegeverhältnissen, oder in denen der Inhaber überaitert ist und keinen jungen Nachfolger findet. In soichen Fällen soliten die Medizinalassistenten ganz oder teilweise von den Kassenärztlichen Vereinigungen dann bezahlt werden, wenn die Landpraxis einen Medizinalassistenten nicht trägt und es im öffentischen Interesse liegt, daß die Praxis funktionstüchtig erhalten bleibt. Mancher aite Landarzt würde unter solchen Umständen seine Praxis noch länger weiterführen und mancher junge Arzt würde sich eher bereit finden, aufs Land zu gehen, wenn er weiß, daß er später einmal gegebenenfalis eine, wenn auch schwache Hilfe in seiner Einsamkeit bekommen könnte.

Ich kenne aus meiner langjährigen Tätlgkeit in der Kassenärztlichen Vereinigung sehr wohl die bürokratischen Schwierigkeiten, die sich allein meinen Vorschlägen entgegenstellen, aber wenn wir lesen (Medical Tribune Nr. 33 vom 16. 8. 1968), daß z. B. in Rußland die jungen Ärzte "zur Arbeit in abgelegenen Gegenden durch bessere Bezahlung usw. veranlaßt werden", so sollten sich für meinen Vorschlag auch Mittel und

Wege finden, noch dazu, da nicht nur die Landärzte in entlegenen Gebieten und die Medizinalassistenten, sondern auch die Bevölkerung dieser Landstriche einen Nutzen haben. Dies wäre dann ein kleiner Beitrag, der nicht nur in Westdeutschland immer mehr um sich greifenden Landflucht der Ärzte zu steuern.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Robert Paschke, 8535 Emskirchen, Joseph-Haydn-Straße 3

Das Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

40. Fortbildungskurs — Leitung: Professor Dr. Dietrich Jahn, Nürnberg

1. Hauptthema: "Fortschritte in der Kardiologie"

Professor Dr. M. HOLZMANN, Zürich

"Aktuelle Probleme der Kardiologie in der Praxis"

Die Entfaltung der Kardiologie hat infolge hochspezlalisierter diagnostischer Hilfsmittel und ebenso differenzierter therapeutlscher Möglichkeiten bis hin zur gewagten Herzoperation eine Breite und Vertiefung erfahren, die der praktizierende Arzt nur noch in enger Verbindung mit einem kardiologischen Facharzt oder Zentrum ausschöpfen kann. Entscheidend bleiben allerdings Anamnese, Befunderhebung und Indikatlonsstellung für solche diagnostischen Weiterungen. Die exakte Vorgeschichte kann - richtig erfragt differenzlerte Einblicke und funktionelle Zusammenhänge herausarbeiten sowie extrakardiale Faktoren abgrenzen. Vollständige Situationserhebungen sind dem unmittelbar betreuenden Praktiker besser zugänglich, andererseits zeitraubend und nicht immer leicht zu beurteilen, aber für die Berücksichtigung kausaler Faktoren unentbehrlich. Mit der Überweisung unklarer, vor allem jugendlicher Fälle an Zentren mlt optimaler diagnostischer Möglichkeit wird die Verantwortung halbiert und die therapeutlsche Potenz verstärkt. Teamgeist und Teamwork sind nicht nur Voraussetzung solcher Arbeit, sondern der einzige Weg einer ergiebigen Diagnostik und auf Dauer erfolgreichen Behandlung. Folgende Indikationen sind der Betreuung eines kardiologischen Spezialisten zuzuführen:

- schwere Dekompensationszustände, die in häuslicher Behandlung nicht besserungsfähig sind
- schwere akute Entzündungsprozesse an den Herzklappen, dem Perikard und Myokard
- Herzinfarkte mit der Gefahr von Rhythmusstörungen und eines kardiogenen Schockzustandes
- 4. bestimmte Rhythmusstörungen, die einer Elektrotherapie bedürfen

Insbesondere wenn gleichzeitig hämodynamische Insuffizienzzeichen erkennbar werden, muß die Indikation für Kardioversion oder Schrittmacherimplantation überprüft werden. Deshalb hat die funktionelle und medikamentös-symptomatische Therapie des Praktikers nicht an Bedeutung verloren, im Gegenteil, der Medikamentenschatz ist angewachsen und bedarf gezielter und erfahrener Indikation. Die Digitallstherapie ist ergänzbar durch Saluretika und insbesondere Aldosteron-Antagonisten, wobei in jedem Fall dem Kaliumstoffwechsel besondere Aufmerksamkeit gebührt. Die

koronarwirksamen Pharmaka haben ebenfalls eine erhebliche Bereicherung erfahren, wobei zwel Wirkungsmechanlsmen klargestellt werden müssen:

- Herabsetzung der Herzarbeit durch akute Entlastung des Druckes im großen Kreislauf, eine Forderung, der Nitroglyzerin auch heute noch in optimaler Weise entgegenkommt;
- Koronargefäßerweiterung, Insbesondere als Langzeitmedikation im Sinne eines Koronartrainings. —
 Die sogenannten β-Rezeptorenblocker, wie Propanolo
 (Doelton) oder Isoptin, müssen sehr vorsichtig dosiert werden und bedürfen strenger Überwachung wegen der Möglichkeit einer dadurch induzierten Herzinsuffizienz.

Wichtlg ist für den Praktiker auch das Verhalten beim frischen Herzinfarkt. Die hohe Mortalität in den ersten 24 Stunden hat heute die Kliniküberweisung auf entsprechende Wachstationen empfehlenswert gemacht, um durch Fibrinolyse, Antikoagulantien und elektrotherapeutische Maßnahmen allen akuten Komplikationen gegenüber gerüstet zu sein. Chirurgisch bleten sich zwei Überlegungen im Rahmen des Myokardinfarktes an. Die Einpflanzung einer Arteria mamaria interna kann nach röntgenologischem Nachweis einer erheblichen Koronarstenose durch Koronarographie eln nützlicher Ausweg sein. Die Resektion eines Herzwandaneurysmas ist bei sonst nicht behebbarer myokardialer Insuffizienz zu diskutieren.

Professor Dr. K. WETZLER, Frankfurt a. M.

"Neue Erkenntnisse über die Autoregulation des Herzens"

Der Begriff "Autoregulation" stammt aus der Gefäßphysiologie, die das Phänomen der Konstanterhaltung einer Organdurchblutung trotz Veränderung des arteriellen Durchströmungsdruckes zu erklären suchte. Dabei lassen sich zwei wesentliche Eigenschaften darstellen:

- ein überwiegend druckpassives Verhalten der Gefäße im Sinne einer Querschnittszunahme der Strombahn bei steigendem Druck
- ein autoregulatives Verhalten der Gefäße, bei dem die aktive Tonusänderung der Muscularis die druckpassive Querschnittsänderung völlig kompensiert oder überkompensiert

Dem Wesen nach gleich oder ähnlich läßt sich die Autoregulation des Herzens verfolgen. Ein kontraktiler diastolischer Tonus stellt den fundamentalen Mechanismus der Autoregulation des Herzens dar, was primär experimenteil belegt werden konnte und nunmehr auch in der Klinik zunehmend Verständnis und Deutung findet. Soichen Überlegungen standen bisher die "klassischen Herzgesetze" einer rein druckpassiven Füliung des Herzens gegen nur passive, elastische Dehnungswiderstände des Myokards entgegen. Es zeigte sich jedoch, daß der Verlauf der sogenannten "wahren Ruhe-Dehnungskurve" des schlagenden Herzens durch die In Stärke und Richtung variable Mitwirkung einer aktiven Komponente des Gesamtdehnungswiderstandes sehr stark variieren kann.

Schon lange war bekannt, daß die Erschlaffung in der frühen Diastole rascher, in der späten Diastole zunehmend langsamer erfolgt, was auf zwei verschiedene Haupttypen des Relaxationsverlaufes schließen ließ. Dieser Mechanismus ist experimenteli durch eine varlable, in der zweiten Phase einsetzende kontraktile Komponente des Gesamtwiderstandes — oder auch durch einen kontraktilen diastolischen Basaltonus — erklärbar und darf nicht mit dem bekannten "systolischen Kontraktlonsrückstand" bei noch fortschreitender Relaxation verwechselt werden.

Ein indirekter Beweis hierfür ergibt sich durch Stoffwechseluntersuchungen, weiche zeigen, daß durch toxische Einflüsse am Myokard oder Sauerstoffmangel eine reversible Änderung des diastolischen Tonus zu beobachten ist. Von großer praktisch-therapeutischer Bedeutung ist außerdem der experimentelle Nachweis einer starken, dosisabhängigen Erhöhung des kontraktilen diastolischen Tonus durch Strophanthin. Durch Giykoside scheint es zu einer optimalen Wiederherstellung der enddiastolischen Füllung für einen günstigen Arbeitsbereich zu kommen. Die Verwirrung in der physiologischen Definition über die Anpassung des Myokards an verschiedene Druck- und Volumenbelastungen war offensichtlich nicht zuietzt dadurch entstanden, daß ein insuffizientes Herz tatsächlich weitgehend ein druckpassives Verhalten zeigt, wle es im Starling-Straubschen Herzmechanismus beschrieben wurde. Das suffiziente Herz in situ hingegen vermag sich durch einen aktiven diastolischen Tonus den Erfordernissen anzupassen. Man hat deshalb vorgeschlagen, das Starlingsche Gesetz durch ein alternatives Gesetz zu ersetzen, nachdem wenigstens fünf Faktoren den Auswurf des Herzens in situ bestimmen:

- 1. der effektive Füllungsdruck
- 2. die Dehnbarkeit der relaxierten Kammer
- 3. die Kontraktilität des Myokards
- 4. der arterielle Systemdruck
- die Herzfrequenz; während die Anwendbarkeit des Starlingschen Gesetzes auf das Isolierte, durch experimentelle Bedingungen kontrollierte Herz beschränkt werden sollte

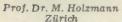
Die Erkenntnis einer Autoregulation des Herzens, basierend auf variablen, aktiv tonischen, kontraktilen Teilwiderständen des Myokards in der Diastoie, vermag eine Anzahl von Phänomenen des physiologischen Experlmentes und des kranken Herzens in der Klinik zu deuten und Widersprüche zu beseitigen, insbesondere bezüglich der relativ starren, alten Lehre der Physiologie.

Privatdozent Dr. P. SCHOLLMEYER, Tübingen

"Herzstoffwechsel und Koronarinsuffizienz als therapeutisches Problem"

Der arterielle koronare Blutstrom versorgt den Herzmuskel mit Nährstoffen und Sauerstoff. Die durch den Substratabbau frei werdende chemische Energie wird in Form energiereicher Phosphatverbindungen eingefangen, die die Koppelung zwischen chemischen Reaktionen und mechanischer Muskelkontraktion vermitteln. Als Nährstoffe finden einerseits Kohlehydrate -Glukose, Milchsäure, Brenz-Traubensäure -, andererseits freie Fettsäuren und Ketone - Azet-Essigsäure und β-hydroxy-Buttersäure - Verwendung. Über verschiedene oxydative Abbauwege besteht eine weitgehende Austauschbarkeit der Substrataufnahme, was eine günstige Anpassungsfähigkeit auch an extreme körperliche Belastungen - z.B. unter Verwendung der Milchsäure - verständlich macht, solange der Sauerstoffbedarf gedeckt wird. Bel Absinken der aeroben Energieproduktion, was bei Herzgesunden selbst unter maximaier körperiicher Arbelt nicht beobachtet wird, kommt es zu einer Art Stoffwechselumkehr mit steigender Laktatabgabe an das koronarvenöse Blut. Eine Unterbrechung der Sauerstoffzufuhr führt bereits nach 3-4 Minuten zu irreversiblen Schädigungen der Herzmuskelzelle. Limitierender Faktor jeder Herzleistung ist also das Sauerstoffangebot der Koronardurchblutung, dagegen praktisch nie ein Substratmangei. Nach BRETSCHNEIDER wird dle Durchströmung der Koronargefäße von myokardialen und vasalen Faktoren beeinflußt. Da die Sauerstoffausschöpfung des Herzmuskels schon in Ruhe sehr hoch ist, muß eine entsprechende koronare Anpassung an gesteigerte myokardiaie Leistung relativ rasch und ausreichend erfolgen. Der myokardiale Koronarwiderstand steigt mit Eintreten jeglicher myogener Herzinsuffizienz, womit ein Circulus vitlosus eingeleitet wird. Der vasale Koronarwiderstand wird durch biochemische und vegetative Einflüsse reguliert. So löst das Absinken des Sauerstoffgehaltes im venösen Koronarblut eine maximale Vasodilatation aus. Eine zusätzliche medikamentöse Weitstellung ist in diesen Situationen also nicht denkbar. Während körperlicher Ruhe sind in verglelchenden Untersuchungen bei Patienten mit und ohne Koronarinsuffizienz keine Unterschiede in der Koronardurchblutung, den hämodynamischen Parametern und der Nährstoffversorgung des Herzmuskels feststelibar. Entsprechende diagnostische Aufschlüsse sind daher nur unter Belastungsversuchen zu erwarten. Bei Ergometertestung läßt sich erkennen, daß bei bestehender Koronarinsuffizienz der sogenannte Effektivitätsindex Herzarbeit bezogen auf Sauerstoffverbrauch - absinkt. Stoffwechselmäßig legen vergleichende Untersuchungen im Tierexperiment und am menschiichen Herzen die Vermutung nahe, daß ausgeprägte ST-Senkung im EKG unter Belastung ein Anzeichen für anaerobe Glykolyse mit Laktatabgabe ist. Therapeutlsch muß man also so rasch wie möglich entweder den Sauerstoffbedarf des Herzens verringern oder die Sauerstoffversorgung verbessern. Nitroglyzerin und β-Rezeptoren-Blocker vermögen zwar vorübergehend den myokardialen Sauerstoffbedarf zu senken, jedoch auf verschiedene Art und unter verschiedenen Risiken. Nitroglyzerin reduziert den peripheren Widerstand und mittieren Aortendruck und somit die Leistungsanfor-







Prof. Dr. K. Wezler Frankfurt a. M.



Priv.-Doz. Dr. W. Gebhardt Freiburg i. Br.



Prof. Dr. H. Reindell Freiburg i. Br.



Priv.-Doz. Dr. H. Hochrein Würzburg

derung an den linken Ventrikel. Die myokardiaie Komponente des Koronarwiderstandes nimmt ab. Propanolol (β-Rezeptoren-Blocker) senkt zwar die Herzfrequenz, gleichzeitig aber auch die Kontraktilität und erhöht sogar den peripheren Widerstand bei konstantem arteriellen Mitteldruck. Mit steigendem myokardialen Koronarwiderstand, herabgesetzter Förderleistung und angehobenem peripheren Widerstand verschlechtert sich die Herzsituation. Ausgesprochen gefäßerweiternde Medikamente sind bei akuter Hypoxie und metabolischer Azidose nicht mehr sinnvoli und haben höchstens unter den Gesichtspunkten einer Langzeittherapie als "Koronartralning" eine gewisse Bedeutung. Der gleichen Überlegung dient aber auch eine abgestufte körperliche Belastung.

Privatdozent Dr. W. GEBHARDT, Freiburg i. Br.

"Theoretische Fortschritte als Grundlage der Therapie (Hāmodynamik)"

In den letzten 10 Jahren wurden neue Aspekte der Autoregulation des Herzens den sogenannten "klassischen Herzgesetzen" von Starling entgegengesetzt und durch theoretisch-physiologische Arbeiten sowle klinische Befunde - REINDELL und Mitarbeiter - gesichert. Gegenüber einem früher angenommenen, rein passiven, enddiastolischen Dehnungszustand mit Volumen- und Größenabhängigkeit des Herzens vom venösen Füllungsdruck wird in diesen Arbeiten ein druckunabhängiger, aktiver, diastolischer Tonus des Myokards hervorgehoben, welcher sich variabel einer erforderlichen Leistung anpaßt. Gerade die entscheidende Beeinflussung des Tonus und der Kontraktilität von der arteriellen Kreislaufseite her, versetzt den Herzmuskei in die Lage, seinen Funktionen für die Kreislaufperipherie von einem Schlag auf den anderen nachzukommen bis übergeordnete Steuerungen oder Regelungen in gleicher Richtung wirksam werden. Im Stadium der Suffizienz des Herzens besteht offensichtlich ein optimales Verhältnis zwlschen systolischer Kontraktijität und diastolischem Tonus des Myokards. Eine Herzlnsuffizienz 1st dann durch eine Störung dieser Relation charakterisiert, wobel Kontraktilität oder Tonus oder beide gleichzeitig von den Ursachen der kardialen Insuffizienz betroffen sein können. Klinisch bedeutet dies, daß eine Herzinsuffizlenz nicht erst durch eine Stauungsbelastung im großen und kleinen Kreislauf deutlich und erkennbar wird, sondern durch ein Mißverhältnis zwischen Herzgröße und Schlagvolumen unter Belastungsbedingungen bewiesen werden kann. Die Herzgröße wird röntgenologisch gemessen und das Schlagvolumen mit der peripheren Sauer-

stoffutilisation als Produkt der Sauerstoffaufnahme pro Puls errechnet, eine Größe, die leicht und unblutig gemessen werden kann. Unter dosierbaren ergometrischen Belastungstesten läßt sich die Glykosidbedürftigkeit festlegen. Ein anderes neues therapeutisches Prinzip ist im Hinblick auf die geänderten Vorstellungen einer optimalen Herzdynamik die mögliche Therapie mit β-Rezeptorenblockern. Offenbar gibt es Zustände, in denen der Organismus durch vegetative Entgleisung in eine adrenergische Überstlmulation gerät, was bezogen auf die Herz-Kreislaufverhältnisse an einem relativ kleinen Herzvolumen, hypertonen Blutdruckverhältnissen und eingeschränkter Belastungsfähigkeit des Herzens ablesbar wird. Die medikamentöse Blockade der β-Rezeptoren .vermag eine solche vegetative Fehlsteuerung zu durchbrechen. Die Herzvolumina nehmen zu, ohne daß der Venendruck steigt, und die Blutdruckverhältnisse beruhigen sich, nicht als Ausdruck einer myogenen Insuffizienz, sondern gewissermaßen zu deren Entlastung. Ergometrisch wird die Belastungssuffizienz wiederhergestellt. Besonders interessant erscheint in diesem Zusammenhang die Kombination mit Giykosiden, weil dadurch die Austreibungszeit nicht verlängert wird, also optimal eingestellt bleibt, obwohl die isometrische Druckanstiegszeit verzögert ist, was einer diastolischen Tonusverminderung des Myokards entspricht.

Professor Dr. H. REINDELL, Dr. K. KÖNIG, Dr. H. ROSSKAMP und Dr. H. KIEFER, Freiburg l. Br.

"Zur Funktionsdiagnostik des Herzens in Klinik und Praxis (Möglichkeiten und Grenzen)"

Die kardiologische Diagnostik bedarf des Vergieiches zwischen Förderleistung des Herzens in Ruhe und unter Belastungsbedingungen, um möglichst frühzeitig Insuffizienzzeichen, gleich welcher Ursache, erfassen zu können, was die therapeutischen Möglichkeiten einer vollen Wiederherstellung begreiflicherweise erheblich verbessert. Die Belastungslnsuffizienz geht den klassischen Symptomen der Herzinsuffizienz - Atemnot, Stauungen, Pulsbeschleunigung usw. - voraus. Entscheidend ist elne aussagekräftige Methode, um in der Praxis diese Symptomatik bereits herauszuarbeiten. Von den vielfältigen, angewandten Belastungstesten -Kniebeugen, Stufentest, Laufbahn und Fahrradergometer - ist die Ergometerarbeit slcher die günstigste und am exaktesten dosierbare. Durch eingehende klinische und experimentelle Untersuchungen konnte bei gesunden Menschen eine Abhängigkeit des maximalen Schlagvolumens während Ergometerbelastung von der Herzgröße erwiesen werden. Um individuelle Varianten bel der Beurteilung eines solchen Faktors mit zu berückslichtigen, muß eine Relation zwischen maximalem 02-Puls und Herzgröße zugrunde gelegt werden. Die Herzvolumenbestimmung erfolgt röntgenologisch im Liegen an Hand einer Seit- und einer Frontalaufnahme bel einer Film-Fokus-Distanz von 2 Metern. Durch Multiplikation der Längs-Seiten- und Tiefendurchmesser mit einem konstanten Faktor (0,4) wird das Herzvolumen nach der Formel von ROHRER-KARLSTORF berechnet. Die Belastung erfolgt am Fahrradergometer über verschiedene Belastungsstufen bei gleichzeitiger Registrierung von Sauerstoffaufnahme, Herzfrequenz, Blutdruck und Elektrokardlogramm. Der auf der höchsten Belastungsstufe registrierte maximale Sauerstoffpuls gilt als das Maß der Leistung. Der maximale Sauerstoffpuls errechnet sich durch Division der Sauerstoffaufnahme auf dieser Belastungsstufe durch Pulsfrequenz. Abgesehen von Hochleistungssportiern wird die unterschiedliche Größe des Sauerstoffpulses in erster Linie durch die Größe des Schlagvolumens und damit durch die Herzgröße bestimmt. Besteht also infolge einer Kontraktionsschwäche des Herzmuskels eine eingeschränkte Förderleistung des Herzens, so ist unter Belastung auf niederer Stufe eine Kompensation durch schnelleren Anstieg der arterlovenösen Differenz möglich. Divldiert man das Herzvolumen durch den maximalen Sauerstoffpuls, so resultlert ein "Herzvolumenleistungsquotient" als kllnisch brauchbare Größe. Bei Störung dieser Relation liegt eine Einschränkung der kardialen Leistungsreserve vor, wobei der Grad der Abweichung einen quantitativen Hinweis gibt. Wenn die übrigen klinlschen Kriterien eine kausale Diagnostik ermöglichen und damit einen therapeutischen Weg aufzeigen, so gestattet die aufgezeigte ergometrlsche Methode elne Kontrolle des Therapieeffektes, Andererseits sind behandlungsbedürftige Belastungsinsuffizienzen des Herzens erkennbar, die mit allen anderen klinischen Methoden noch nicht nachweisbar wären. Auch hier iäßt sich durch Therapie - z. B. Digitalisierung - eln indirekter Beweis der diagnostischen Auffassung

Die Erkennung einer latenten Koronarinsuffizienz, bel der während bzw. nach körperlicher Belastung die Blutversorgung des Herzmuskels unzureichend wird, geschleht durch das ergometrische Belastungs-EKG. Diese Methode ist durch experlmentelle und klinische Untersuchungen sowle pathologisch-anatomische Erhebungen gut gesichert. Unter dosierter Belastung sind im EKG die Koronarinsuffizienzzeichen — Ischämische ST-Senkung — registrierbar. Offenbar sind es die deszendierenden, horizontal oder muldenförmigen ST-Streckensenkungen, welche eine Koronarmortalität und -morbidität anzeigen.

Privatdozent Dr. H. HOCHREIN, Würzburg

"Neue Gesichtspunkte in der Therapie der Herzinsuffizienz unter Berücksichtigung des Elektrolytstoffwechsels"

Die Digitalismedikation steht nach wie vor Im Mittelpunkt der therapeutischen Möglichkeiten bei Herz"insuffizienz. Diese kann sich mitunter erst im Beiastungstest manifestieren, wie dies REINDELL und
selne Mitarbeiter gezelgt haben, andererseits wäre es
sinnlos, ein kompensiertes Myokard aus anderen vagen
Erwägungen zu digitalisieren. Bei glykosidrefraktären



Patienten ist zu überlegen, welche Kausalfaktoren einer verminderten Herzlelstung gesucht und angegangen werden können. In diesem Sinn lst die Drucksenkung beim dekompensierten Hypertoniker, die Klappensprengung oder der Klappenersatz bei Herzvitien, die Verbesserung der Lungenfunktion und die Beseitigung einer Anämie sowle mannigfache exogene toxische und endogen metabolische Einflüsse zu verstehen. Ein eindrucksvolles Beisplel ist die Kobaltvergiftung kanadischer und nordamerikanischer Biertrinker durch schaumstabilisierende Kobaltzusätze. Pathogenetisch lst eine kompetitive Kalzlumverdrängung mlt nachfolgender Utilisationsinsuffizienz nach FLEK-KENSTEIN zu diskutieren. Die grundlegende Bedeutung der Kalziumionen für die Kontraktionskraft ist experimentell belegt, ebenso die für Digitalis sensibiilsierende Eigenschaft des Kalziums. Jede Verminderung der extrazellulären Kalziumkonzentration, nachweisbar am Serum-Kalziumwert, sollte bel entsprechender Symptomatik in dieser Richtung überdacht werden. Eine epidemiologische Studie aus England wies auf signifikant häufigere degenerative Myokardschäden in Gegenden mit relativ weichem, also kalziumarmen Wasser hin, wogegen Im Großstadtbereich von London mit extrem hartem Trinkwasser kalzium- und magnesiumrelch - günstigere Verhältnisse vorliegen. Experimentelle Untersuchungen von SELJE heben eine Elektrolyt-Sterold-Kardiomyopathie hervor, welche auf einem Mißverhältnis von zu hohen Natriumspiegeln gegenüber reduzierten Kaliumund Magnesiumwerten beruhen soll. Ahnliche Konsteltationen sind ja auch bel hormonellen, renalen, medikamentösen und toxisch-alimentären Einflüssen vorzufinden und zu beachten. Eine subtile Elektrolytanalyse im Serum, vergleichend mit typischen EKG-Veränderungen, kann wichtige therapeutische Wege weisen. Das klinische Bild muß ergänzt werden durch die Bestimmung der Säurebasenverhältnisse. Deutliche extrazelluläre Kaliumverschiebungen sind eigentlich immer mit einem intrazellulären Kaliumverlust vergesellschaftet, was zu Rhythmusstörungen disponiert und energetisch-dynamische Insuffizienzen einleitet. Intrazellulär mündet es praktisch immer in Zunahme des Natrlumgehaltes bei Kaliumverlust. Offensichtlich sind solche Elektrolytverschiebungen auch dazu angetan, die Hypoxietoleranz des Myokards drastisch herabzusetzen. Anders ausgedrückt, vermag man durch

ausgewählte Elektrolytinfuslonen die Nekrosebereitschaft bel Hypoxie zu verringern. So ist das hohe, kurze Erstlekungs-T nicht nur Ausdruck der sich entwickelnden Hyperkallämie, sondern sicher auch die Folge des gleichzeitig einsetzenden myokardialen Kallumverlustes und der hypoxischen Gefährdung. In der therapeutischen Konsequenz hat Kalium zusammen mit Magnesium eine desenslblllslerende, polarisierende, antihypoxische und antinekrotislerende Eigenschaft am Myokard. In der Kombination als Kalium-Magnesium-Aspartat hat es sich als Prophylaktikum hypoxisch degenerativer Myokardschädigungen bewährt. Klinisch interessant scheint auch dle Kombination mit Glukose und Insulin. 500 ml 5 %lge Glukose zusammen mit 1,2 g Kaliumchlorid und 16 E Alt-Insulin kann man ln diesem Sinne nutzvoll einsetzen. Der Effekt 1st nicht auf Dauer, weshalb die Hypoxle rasch überwunden werden muß. Mit Hilfe des Insulins wird Glukose in die Zelle aufgenommen, vermag den glykolytischen Block während der hypoxischen Situation zu durchbrechen und repolarisierend den Kaliumpol wlederaufzubauen. Schließlich 1st auch diätetisch eine Berücksichtigung der erwähnten Geslchtspunkte vertretbar. Eine Kost mit möglichst wenig Natrium, viel Kalium und Kohlehydraten bei einem intakten Inselapparat kann als polarisierende Diät angesehen werden. Dieser praktizierte Gesichtspunkt, der z.B. in Form von Obstsaft, Obst-Rels-Tagen bereits breiteste Anwendung findet, ist ein wesentlicher Bestandteil einer Elektrolyttherapie der Herzinsuffizienz.

Privatdozent Dr. N. SCHAD, Zürich

"Fortschritte in der Röntgendiagnostik des Herzens"

In der modernen Röntgendiagnostik des Herzens unterscheidet man einfache Herzfernaufnahmen (Leerbilder) und das Angiokardiogramm (Füllungsbilder des Herzens).

Eine differenzierte Analyse der Größe der einzelnen Herzkammern ist durch die einfache Fernaufnahme im a. p.-Strahlengang nicht erreichbar. Die aufschlußreichere Durchleuchtung ist strahlenbelastend und ohne Vergleichsdokumentation, weshalb man Schrägaufnahmen in Boxer- und Fechterstellung ergänzen sollte. In der Auswertung der Beurteilung der einzelnen Kammern sind Druck- und Volumenbelastungen zu differenzieren. Bei vorwlegender Druckbelastung



kommt es zur Hypertrophie, bei überwiegender Volumenbelastung zur Diiatation und bei pathologisch verminderter Belastung zur Atrophie. Somit hat jeder Herzfehler sein typisches diagnostisches Muster. Für eine aufschlußrelche Vitiumanalyse empfiehlt es sich, Leer- und Füllungsbiider zu vergieichen, um zu erkennen:

- wie die Herzkammern normalerwelse Innerhalb des Herzschattens liegen und in welchen Projektionen sie gut beurteilbar sind;
- wie sie sich bei Hypertrophie und Dilatation umformen und in welchen Richtungen sie sich ausdehnen und
- wie die belasteten und nlchtbelasteten Herzkammern ihre Lage dabei ändern.

Die Umformung unter Druckbelastung bedeutet zunächst eine konzentrische Hypertrophie bzw. Wandverdickung. Größe und Form ändern sich in der Längsdimension durch Verlängerung der Ein- und Ausflußbahn. Erst wenn sekundäre myogene Dilatation hinzukommt, entsteht elne exzentrische Hypertrophie, d.h., der iinke Ventrlkel dehnt sich dann vor allem nach links oben aus, der rechte Ventrikel nach links. Bel der Volumenbelastung kommt es sofort zu einer allseitigen Erweiterung, die sich an Längs- und Querdimensionen ablesen läßt. Die Ventrikel können bei voller Kompensation sehr groß werden und sich gegenseitlg verdrängen bzw. die Herzachse drehen. Im Gegensatz dazu vermag die Vorhofwand nur begrenzt zu hypertrophieren. Die Dilatation geht beim linken Vorhof nach dorsal bis zur Wirbelsäule, außerdem vor allem nach rechts. Kommt es durch Hypertrophie oder Dilatation zur Rotation des Herzens, so folgt diese gewissen Gesetzmäßigkelten. Ein vergrößerter rechter Ventrikel verdrängt den linken nach dorsal, d.h., es kommt zur Linksrotation. Der ilnke Ventrikel verdrängt erst bei stärkerer Vergrößerung den rechten, und es kommt zur Rechtsrotation. Auch an der Herzbucht und an der Lage der Aortenschlinge Ist eine solche Rotation erkennbar, was sich anatomisch leicht deuten läßt. Die Angiokardiographie wurde durch Einführung des Bildverstärkers sowie durch die bipiane und multiplane Kineangiokardiographie erheblich verfeinert. Der übischen kontinuierlichen Kontrastmittelinjektion ln das Herz haften aber noch verschiedene Nachteile an:

- 1. zu große Kontrastmitteimengen
- Störung der Hämodynamik, da auch in der Entleerungsphase injiziert wird
- 3. Gefahren der Fehlinjektion in dle Herzwand

Die Erarbeitung einer herzphasengesteuerten intermittierenden Kontrastmittelinjektion kann diese Risiken vermeiden, wie dies an eigenen Untersuchungen und durch eindrucksvoiie Beispiele belegt wurde. Privatdozent Dr. H. GUTHEIL, Eriangen

"Frühdiagnostik angeborener Herz- und Gefäßanomalien im Kindesalter"

Kiinisch kann man die kindlichen Herz- und Gefäßanomalien in zyanotische und nichtzyanotische Formen einteilen. In der ersten Gruppe - FALLOTsche Tetralogie, Transposition der großen Gefäße, Trikuspidalstenose und Atresie - kommt es pathogenetisch durch Rechts-Links-Shunt zu einer Mischungszyanose. Die Erfassung der zweiten Gruppe - Vorhof- und Ventrikelseptumdefekt, offener Ductus Botaili, isolierte Puimonalstenose sowle Aortenstenose - lst schwieriger. Allgemeine Gedeihstörungen, häufige Pneumonien und Bronchitiden müssen eine gründliche Herzdiagnostik veraniassen. Frühzeitige Palliativoperation und spätere Korrekturoperationen vermögen die akuten Bedrohungen häufig zu beheben und müssen deshalb mit ailen modernen differentialdiagnostischen Methoden herausgearbeitet werden. Im frühen Säuglingsalter weichen die Befunde von den sonst typischen Symptomen der Herzfehler häufig ab, weshalb nur eine speziallsierte pädiatrische Untersuchung genügend Aufschluß verspricht. Der Wandel der Normalbefunde in den Röntgen- und EKG-Untersuchungen im Kindesalter verlangt ein erfahrungsreiches Abwägen von Pathologika. Eine solche Vorentscheldung indiziert dann die Herzkatheterisierung in Verbindung mit einer selektiven Angiokardiographie, um elne anatomisch exakte Diagnose für den Herzchirurgen zu treffen. Zur Angiokardiographie erfolgt die Injektion des Kontrastmittels einmal in den rechten Vorhof und zum zweiten In den linken Ventrikel. An vielen eindrucksvollen Beisplelen ist zu beiegen, wie bedeutsam dle frühzeltige Erfassung der Herzfehler im Säuglingsund Kielnkindesalter lst. In der Bundesrepublik kommen jährlich etwa 9000 Kinder mlt angeborenen Herzfehiern zur Welt. Früher überlebten 85 % derselben das erste Lebensjahr nicht, heute ist dieser Prozentsatz auf 35 % abgesunken.

Professor Dr. R. ZENKER und Dr. A. SCHAUDIG, München

"Fortschritte in der internationaien Herzchirurgie — Möglichkeiten, Indikationen und Ergebnisse"

Neben der noch schwlerigen Beurteilung von Herztransplantationen gibt es Fortschritte in der Herzchirurgie, die ihre Bewährungsprobe schon bestanden haben. Die Herz-Lungen-Maschine, als technische Voraussetzung größerer Operationen am offenen Herzen, mußte in den letzten Jahren vieifältige Probleme bewältigen, um rasch einsetzbar, wenig Fremdblut benötigend und den extrakorporaien Kreislauf in jeder Beziehung schonend zu arbeiten. Man darf hoffen, daß nach der Anfangszeit der Bewährung und nach einem Jahrzehnt der Vervollkommnung die extrakorporale Zirkulation in



Volle Wirksamkeit auf therap. Breite

bei Ulcus ventriculi u. duodeni, Gastritis, ; Hyperacidität, nervösen Magenbeschwerden

KP 30/0P. 60 Tabl.



Priv.-Doz. Dr. N. Schad



Prof. Dr. R. Zenker München



Priv.-Doz. Dr. K. Bühlmeyer München



Priv.-Doz. Dr. W. Rudolph München

ihrer dritten Epoche die Langzeitperfusion bei temporärem Herzversagen verwirklichen wird.

Zu den Herzoperationen ohne extrakorporalem Kreislauf gehören heute vor allem die Mitralstenose und die valvuläre Pulmonalstenose. Die in den Ergebnissen unsichere digitale Sprengung der Klappe wurde durch eln Dehnungsinstrument, das über die linke Herzspitze eingeführt wird, ersetzt und verbessert. Die Kommissurotomie durch den Dijatator hat sich in den letzten Jahren bestens bewährt und schafft meistens eine Klappenöffnungsfläche von mehr als 3 qcm. Neuerdings gelang es auch, die isolierte Pulmonalstenose durch kurzzeitige Abklemmung der beiden Hohlvenen (1—2 Minuten dürfen nicht überschritten werden) nach einer Längsinzision unter Sicht zu sprengen.

Die Herzoperationen mit extrakorporalem Kreislauf bedurften der pathophysiologisch-biochemischen Vorarbeit bezüglich einer optimalen Kardioplegie. Sie wird heute entweder durch Abklemmung der Aorta oder durch elektrische Fibrillation des Herzens durchgeführt. Die spezifischen Schwierigkeiten der Operationstechnik bei FALLOTscher Tetralogie, bel Transposition der gro-Ben Gefäße und bei größeren Septumdefekten werden erörtert. Die erworbenen Herzfehler - Mitralinsuffizienz vom Dilatationstyp oder vom Schrumpftyp, die Aortenklappenstenose und -insuffizienz u.a. - stellen einerseits plastische Eingriffe, andererseits die Frage der Klappenprothese zur Diskussion. Allgemein darf man sagen, daß der Herzklappenersatz als Palliativeingriff anzusehen ist. Der weitere Verlauf der Erkrankung wird von der Funktionstüchtigkeit des Myokards bestimmt, mitunter auch von den Komplikationsmöglichkeiten an der Kunstklappe. In der Säuglingschirurgie des Herzens unterscheidet man Palliativeingriffe, die den Neugeborenen und Säugling über bedrohliche Krisen von Herzlnsuffizienz und Blausucht hinweghelfen sollen, um die Korrektur des Herzfehlers in einem günstigeren Alter durchführen zu können. Korrigierende Eingriffe sind frühzeitig bereits belm offenen Ductus Botalli und bei der Aortenisthmusstenose möglich. Eine solche Frühoperation ist prognostisch sehr günstig und jenseits des 1. bis 2. Lebensjahres ln jedem Fall baldigst durchzuführen.

Die Chirurgie der Koronargefäße steht noch am Anfang. Die ersten Erfahrungen sind nicht ermutigend. Hingegen scheinen die Versuche einer Revaskularisierung des Myokards bessere Erfolge zu bringen. Nach Freipräparation werden die rechte und linke Arteria mamaria interna in ein Tunnel im rechten und linken Myokard in einer Ausdehnung von mehreren Zentimetern eingepflanzt. Angiographisch erweist sich, daß

im Myokard sich neue Gefäße bilden, welche mit den implantierten Arterien Verbindung aufnehmen. Die Mortalität liegt unter 10 %. Die Implantation künstlicher Schrittmacher bei schweren Überleitungsstörungen des Herzens hat sich als äußerst segensreich erwiesen. In München bevorzugt man die transvenösintrakardiale Stimulation über die rechte Vena jugularis. An Impulsgebern stehen neben solchen mit starrer Frequenz ausgereifte Geräte mit Vorhof-, teilweise auch mlt Kammersteuerung zur Verfügung. Bei letzteren tritt der künstliche Schrittmacher nur bei Herzfrequenzen unter 68/Mln. in Aktion.

Privatdozent Dr. K. BÜHLMEYER, München

"Das Schicksal Herzoperierter mit angeborenen Herzfehlern"

Von 6000-8000 Kindern pro Jahr mit angeborenen Herzfehlern könnten durch dle Methoden der modernen Herzchirurgie etwa zwel Drittel erfolgreich operiert werden. Der offene Ductus Botalli und die Aortenisthmusstenose sind praktlsch vollständig korrigierbar Anomalien, solange es am Herzen zu keinen Sekundärschäden gekommen ist. Der Einsatz elner Herz-Lungen-Maschine ist nicht erforderlich. Auch Defektbildungen, wie der Vorhofseptumdefekt und Ventrikelseptumdefekt, sind durch Operation vollkommen zu korrigieren. Nach Durchführung eines extrakorporalen Kreislaufes 1st im Vorhofbereich meist elne direkte Naht des Defektes möglich, beim Ventrikelseptumdefekt, dem häufigsten aller angeborenen Herzfehler, durch Ventrikulotomie eine günstige plastische Operation durchführbar. Ungünstiger ist die Situation bei den angeborenen Klappenfehlern, insbesondere bezüglich der Wiederherstellung normaler Kreislauffunktlonen. Für Pulmonal- und Aortenklappenstenose ergibt sich das Risiko einer postoperatly auftretenden Insuffizienz, weshalb auch späterhin eine körperliche Schonung empfohlen werden muß. Bei der FALLOTschen Tetralogie besteht präoperativ fast Immer elne erhebliche Leistungsminderung mit Zyanose. Postoperativ kommt es nicht nur schlagartig zum Wegfall der Zyanose, sondern nach einem Erholungsintervall zur Besserung der Krelslaufsituation. Da alle Operationen mit der Herz-Lungen-Maschine im Säuglingsaiter mit einer höheren Mortalität belastet sind, wird es heute als zweckmäßig erachtet, den Zwischenschritt einer Palliativoperation in der Säuglingszeit einzulegen. Bel der FALLOTschen Tetralogie kommt die Einpflanzung der Subklavla in die Pulmonalarterie zur Verbesserung der Lungendurchblutung in Frage, um hypoxischen Anfällen vorzubeugen. Bei ausgeprägtem Ventrikelseptumdefekt wird paliiativ eine künstliche Pulmonalstenose durch Pulmonalisbandage geschaffen, was den massiven Links-Rechts-Shunt drosselt.

Privatdozent Dr. W. RUDOLPH, Dr. E. BRAND und Dr. P. MÜLLER-SEIDLITZ, München

"Das Schicksal operierter erworbener Herzfehler"

Die postoperative Beurteilung von Patlenten mit erworbenen Herzfehlern konzentriert sich auf foigende zwei Gesichtspunkte:

- Sind die subjektiven Beschwerden der Kranken durch den chirurgischen Eingriff vermindert worden?
- 2. Hat die Herzoperation die Langzeitprognose der Erkrankung günstig beeinflußt?

Bei statistischer Einteilung der Mitralstenose in verschiedene Schweregrade (I-IV) ergibt sich, daß zumindest die Patienten des Schweregrades III und IV durch die Operation eine wesentliche Verlängerung ihres Lebens und eine entscheidende Besserung ihrer Beschwerden erfahren. Bei der Mitralinsuffizienz ist mit und ohne Operation kein wesentlicher Unterschied der Lebenserwartung zu erkennen. Die postoperative Komplikationsrate liegt relativ hoch, Insbesondere nach künstlichem Kiappenersatz infoige rezidivierender Embolien. Der Vergielch zwischen konservativer und operativer Theraple hlnkt, weil ein unterschiedlich schweres Krankengut vorliegt. Die Ergebnisse der Aortenstenose schwanken je nach Ausmaß der Sekundärkompiikationen. Subjektiv fühlten sich die meisten Patienten jedoch gebessert, 68% haben die Arbeit wieder aufgenommen. Bei Aorteninsuffizienz dürften unter konservativer Therapie etwa 50 % vom Schweregrad III Innerhalb von 6 Jahren verstorben sein. Durch Operation mittels elner Kunststoffklappe konnte der Schweregrad meistens zurückgedrängt werden, 56 % arbeiteten wleder.

Zusammenfassend läßt sich also sagen, daß bei Schweregrad III—IV durch die Operation erworbener Herzfehler eine wesentliche Besserung der Prognose erreichbar ist. (Fortsetzung folgt)

Prominente Gäste in der Tumorklinik Bad Trißi

Am 17. Oktober 1968 besichtigte der Leiter der Gesundheitsabteilung im Bayerischen Staatsministerium des Innern, Herr Ministerialdirigent Dr. med. E. HEIN, in Begleitung des Krankenhausreferenten, Herrn Ministerialrat Dr. STEGMANN, und des Leiters der Rechtsabteilung, Herrn Ministerialrat Dr. WILHELM, die auf Initiative der Bayerischen Landesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern errichtete Tumorklinik in Bad Trißl.

Am 23. Oktober 1968 besuchte Herr Dr. med. G. JUNG-MANN, MdB, stellvertretender Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheitswesen des deutschen Bundestages, die Kiinik.

Am 25. Oktober 1968 erfolgte ein Besuch der Krankenhausfürsorgerinnen von München.

Alle Besucher, die von Herrn Dr. med. W. REICH-STEIN durch das vollbelegte Haus geführt wurden, zeigten sich von der Einrichtung und der in der Tumorklinik geleisteten Arbeit sehr beeindruckt.

Kurs für Röntgenhelferinnen in Erlangen

Am 31. Oktober 1968 wurde in Erlangen der zehnte von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Kurs für Röntgenhelferinnen mit der schriftlichen und mündlichen Prüfung der Teilnehmer abgeschiossen.

Der Kurs wurde von 33 Personen besucht. Alle Teilnehmer 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 dieses Mal wieder alien 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 Eriangen wird im Frühjahr 1969 stattfinden. Der genaue Termin wird rechtzeitig im "Bayerischen Ärzteblatt" veröffentiicht werden.

Spezialklinik zur Vor-, Weiter- und Nachbehandlung von Tumorkranken in Bad Trißl, Gemeinde Oberaudorf, für Kassen- und Privatpatienten

— In Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern —

Chefarzt: Dr. med. A. Leonhardt, Facharzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe

Anmeldung von Patienten auf vorgedrucktem ärztiichen Befundbericht **ausschließlich** über dle Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung, 8000 München 23, Königinstraße 85/IV, zu Händen des Geschäftsführenden Arztes.

Nach entsprechender Benachrichtigung durch die Arbeitsgemeinschaft Einweisung In die Klinik mit dem üblichen Krankenhaus-Einwelsungsschein bzw. einfachem Arztbrief bel Verlegung aus einer anderen Kiinik.

Die Formulare für den Befundbericht sind bei der Arbeitsgemeinschaft und bei den Formularausgabestellen der Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns erhäitlich.

Pegasus und Aesculap

In der Zelt vom 10.-13. 10. 1968 hatten sich rund 70 Kollegen und Kolleginnen aus dreizehn Ländern auf Einladung der Schweizerischen Schriftstellerärztevereinigung in Luzern am reizvollen Vierwaldstätter See zu ihrem 12. Internationalen Kongreß zusammengefunden. Die Schweizer Vereinigung wurde 1956 in Bern gegründet. Ihr Präsident ist Dr. med. Jean Michel JUNOD aus Lausanne. Sie schioß sich 1957 der in Evian gegründeten Internationalen Vereinigung an, der FISEM (Fédération Internationale des Sociétés des Ecrivains Medecins), die heute in nahezu 40 Ländern der Welt vertreten ist. Der Ehrenpräsident der Tagung, Dr. med. Curt Emmerich, nun zu Hause in Zollikon unzähligen vertraut als Peter Bamm - erwies sich als geistreicher und humorvoller Redner und Plauderer bei den Empfängen, der Pressekonferenz und den Banketten, die, wie der Folkloreabend auf Schioß Gütsch, Musterbeispiele ausgezeichneter Schweizer Gastiichkeit gaben.

In einer reichen Foige von Vorträgen zu den Themen "Der engagierte Schriftsteller" und "Die Entfremdung der modernen Dichtung vom Publikum" — zu mehr als zwei Dritteln in französischer Sprache gehalten — kamen Schriftstellerärzte aus den verschiedensten Ländern zu Wort, von den Teiinehmern aus Deutschland Dr. med. Jürgen P. Stössel (Ober-Ramstadt). Dem Kreise schon länger nahestehend, sprach Dr. med. Otto Bolte (Hamburg) über "Der Arzt und die Kunst" und Dr. med. Karl Döhmann (Berlin) über "Platon und die Psychoanalyse". Erstmals eingeiaden, las Dr. med. Heinz Schauwecker (Berching) eine satirische Kurzgeschichte und Gedichte.

Beim Symposion über Lyrik sprachen aus Deutschland eigene Gedichte die medlzinischen Doktoren Edith Engelke (Kiel), Wally Friedenberg (Berlin), Hellmut Jebens (Hamburg), Heinz Schauwecker (Berching) und Jürgen P. Stössel (Ober-Ramstadt).

Am 12. 10. 1968 wurde die bisherige Dachorganisation FISEM durch Gründung einer Weltunion (Union Mondiale) abgeiöst, um mitarbeiten zu können im Rahmen von UNO und UNESCO. Als deutsches Komiteemitglied wurde provisorisch bis zur Gründung der bisher fehlenden deutschen Gruppenorganisation Dr. Otto Bolte (Hamburg) bestimmt, der bisher der französischen Vereinigung assoziiert war. Da er aus familiären Gründen bereits hatte abreisen müssen, sprach an sei-

ner Stelle Dr. Heinz Schauwecker den Dank der deutschen Teilnehmer für die giänzende Organisation und die liebenswürdige Aufgeschlossenheit und Gastfreundschaft in Luzern aus mit der Hoffnung, daß im nächsten Jahr — es wurde Nizza als Tagungsort und der Monat Mai als Termin bestimmt - auch eine deutsche Gruppe der Organisation angehören werde. Die schreibenden Ärzte sollen mit der Kunst der Feder die menschlichen Probleme behandeln, die Ihnen aus ihrem Beruf besonders aufgetan sind, vertraut mit den Forderungen der modernen Medizin, aber ebenso besorgt um die Notwendigkeiten menschlichen Verstehens in einem Bereich, der durch Technik und Computer nicht erschiossen werden kann, als Vertreter - wie es die "Luzerner Neuesten Nachrichten" ausdrückten — einer im tieferen Sinn humanen Medizin.

Es ist an sich verwunderlich, daß wir in Deutschland im Zusammenschluß der Schriftsteller-Ärzte zurückstehen, nachdem dieser selbst in südamerikanischen Ländern bereits erfolgt ist.

Die Landesärztekammer Hamburg hat nun mit der Bestellung eines Kulturausschusses und einer für 9. 11. 1968 festgesetzten Veranstaltung einen Anfang gemacht. Er wäre erfreulich, wenn auch im Bereich unserer Bayerischen Landesärztekammer dahin gehende Bestrebungen unterstützt und gefördert würden. Es würde der künstierischen Tradition unseres Landes wie seiner Hauptstadt entsprechen und könnte helfen, die Medizin vor Übertechnisierung und Mechanisierung zu behüten, das menschliche Verstehen und Vertrauen zu pflegen und zu bewahren.

Dr. Heinz Schauwecker, Berching

Franz-Koelsch-Preis

Der vom Arbeitsring der Arbeitgeberverbände der Deutschen Chemischen Industrie e. V. gestiftete Franz-Koelsch-Preis in Höhe bis zu DM 6000,— für eine wissenschaftliche Arbeit oder Leistung auf den Gebieten der Arbeitsmodizin und des Arbeitsschutzes wurde zum zweitenmal ausgeschrieben. Die Federführung liegt in den Händen der Deutschen Geselischaft für Arbeitsschutz e. V., über die auch dle Geldmittel zur Verteilung kommen. Die Preisvergabe erfolgt anläßlich des Kongresses für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin am 13. November 1969 in Düsseldorf.



von-Langenbeck-Preis 1969

Im Jahre 1969 wird der von der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie gestiftete von-Langenbeck-Preis in Höhe von DM 5000,— vergeben. An dem Preisausschreiben können sich Mitglieder der Gesellschaft und der korporativ angeschlossenen wissenschaftlichen Vereinigungen in Oberarzt- oder Assistentenstelien mlt Arbeiten aus dem Gebiet der klinischen und experimentellen Chirurgie der Kalenderjahre 1967 und 1968 beteiligten. Die Bewerbung ist mit den Arbeiten in dreifacher Ausführung bis zum 8. Januar 1969 an Professor Dr. med. O. LINDENSCHMIDT, Chefarzt der II. Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Barmbek, Rübenkamp 148, 2000 Hamburg 33, einzureichen.

Es können nur fertig abgeschlossene Arbeiten berücksichtigt werden. Die für die Verleihung des Preises gültigen Bestimmungen sind bei der Geschäftsstelle der Geseilschaft (Kurfürstendamm 179, 1000 Berlin 15) erhältlich.

Vorschläge für die Einstufung von Polizeiärzten

Für die Einstufung der Polizeiärzte bei Bund und Ländern beschlossen die 32. Hauptversammlung des Marburger Bundes in Wiesbaden und die Mitgliederversammlung des Bundesverbandes der Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Saarbrücken die folgenden, von der Gemeinsamen Kommission zwischen Marburger Bund und Bund der Deutschen Medizinalbeamten erarbeiteten Vorschläge:

A 14: Obermedizinalrat

Polizeiarzt — Polizeizahnarzt ohne zusätzliche Sonderaufgaben

A 15: Medizinaldirektor

- Polizeiabteilungsarzt Polizeiabteilungszahnarzt
- 2. Sachgebietsleiter beim Leitenden Polizeiarzt
- A 16: Obermedizinaldirektor bzw. Leitender Medizinaldirektor

Leiter einer Polizeiklinik, einer Polizeizahnklinik oder einer polizeiärztlichen Untersuchungsstelle

- B 3: Leitender Polizeiarzt der Länder Kommandoarzt beim Bundesgrenzschutz
- B 6: Leltender Arzt beim Bundesgrenzschutz

Aktion "Entrümpelung der Hausapotheke"

Die Bayerische Landesapothekerkammer führt zur Zeit in Bayern eine Aktion zur Entrümpelung der Hausapotheken durch. Der Präsident der Bayerischen Landesapothekerkammer, Herr Apotheker W. RIEMERSCHMID, erläuterte in einer Pressekonferenz den Zweck und die Bedeutung dieser Aktion.

Für die Bayerische Landesärztekammer betonte Herr Dr. med. W. REICHSTEIN das große Interesse der Ärzteschaft an dieser Maßnahme.

Alle Apotheken des Frelstaates Bayern führen während des Monats November 1968 die Aktion "Entrümpelung der Hausapotheke" kostenlos für die Bevölkerung durch.

Frau Bundesgesundheitsminister Käte STROBEL hat anläßlich des "Deutschen Apothekertages 1968" die Wichtigkeit einer Überprüfung der Hausapotheken durch die dazu berufenen Fachleute, die Apotheker, herausgestellt und es außerordentlich begrüßt, daß die Apothekerkammern aus eigener Initiative diese Aktion vorbereiten.

Die Aktion "Entrümpelung der Hausapotheke" wird gleichzeitig in den meisten anderen Bundesländern durchgeführt.

Die Bevölkerung wird gebeten, den Inhalt ihrer Hausapotheken einem Apotheker zu zeigen, der überalterte und schlechte Arzneimittel ausscheiden und die Arzneimittel besonders kennzeichnen wird, deren Anwendung ohne ärztliche Kontrolle nicht ratsam ist.

Leberspeziaiklinik für Kassenpatienten

Wie die Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Krankenkassenverbände mitteilte, können ab 1. Oktober 1968 auch sozialversicherte Patienten in die Spezialklinik für Leberkrankheiten in Bad Kissingen — Chefarzt: Professor Dr. med. H. Kalk — aufgenommen werden.

Ehrung für Dr. Stephan Euler

In einer Feierstunde in Dornbirn wurde dem 1. Vorsitzenden des Ärztlichen Kreisverbandes Lindau, Herrn Dr. med. Stephan EULER, von der Gesellschaft der Ärzte in Vorariberg die Ehrenmitgliedschaft dieser Vereinigung durch Überreichung einer Urkunde verliehen. Damit wurden die Verdienste dieses Kollegen gewürdigt, die er sich um die Förderung der wissenschaftlichen, beruflichen und kollegialen Verbindungen der Ärzte des Landes Vorarlberg mit den Kollegen des Ärztlichen Kreisverbandes Lindau erworben hat.



Ernst-von-Bergmann-Plakette für Professor Dr. W. Hirsch



Am 19. Oktober 1968 wurde auf dem 50. Seminar der "Ärztlichen Fortbildung im Chiemgau" in Bad Reichenhall ein Kollege geehrt, der versuchte, für die ärztliche Fortbildung neue Wege zu gehen.

Es war — ich giaube, wir dürfen ihn so bezeichnen — unser Kollege Wolfgang HIRSCH.

Wolfgang Hirsch wurde am 18. September 1919 in Leipzig geboren. Er studierte Medizin an den Universitäten Leipzig und Berlin. Seine Lehrer waren u. a. die Professoren v. Bergmann, Bürger, Baensch, Rössle, Hueck, Bredt und Sauerbruch.

Während des 2. Weltkrieges war er im Sanitätsdienst eingesetzt und arbeltete bis Ende Juni 1945 in einem Traunsteiner Lazarett als Stationsarzt.

Am 1. Juli 1945 trat er als wissenschaftlicher Assistenzarzt in die Universitätskliniken Leipzig ein. Zwel Jahre später wurde er Oberarzt an der Medizinischen Universitätsklinik (Leiter Prof. Dr. Dr. Dr. Max BÜRGER). Er erwarb den Titel eines Facharztes für Innere Erkrankungen, für Röntgenologie und Strahlenheilkunde.

Nach Ableistung eines ordentiichen Habilitationsverfahrens wurde er am 20. Juni 1952 zum Privatdozenten ernannt und erhielt am 1. Dezember 1956 eine Professur mit Lehrauftrag für das Fachgeblet der Inneren Medizin.

Die medizinische Abteilung und die Poliklinik des Diakonissenkrankenhauses Leipzig übernahm er am 1. Januar 1954 und lernte in verantwortlicher Stellung den klinischen Betrieb eines großen Krankenhauses kennen. Sein besonderes Interesse galt der ärztlichen Fortbildung und der prophylaktischen Medizin.

Seit 1959 arbeitet Wolfgang Hlrsch wieder in Traunstein als Chefarzt der medizinischen Abteilung der Städtischen Krankenhäuser.

Als er an seinem neuen Tätigkeitsort in Traunstein das Problem der ärztlichen Fortbildung aufgriff, begannen sich die Ärztlichen Kreisverbände in und um Traunstein herum dafür zu interessieren. Mit ihrer Unterstützung, insbesondere mit der Unterstützung ihrer Vorsitzenden, den Herren Kollegen SCHLOSSER, GRUBER, SPRINGER, WERTSCH, MÜNCH, konnte die von alien Kollegen so beliebte und erfolgreiche "Ärztliche Fortbildung vor der Haustüre des praktisch täti-

gen Arztes" aufgebaut werden. Einstimmig und einmütlg wurde Wolfgang Hirsch zu ihrem Leiter gewählt.

Er widmete sich seit 1960 mit großem Eifer der Aufgabe, in 10 bis 12 Seminaren pro Jahr ein Programm aufzustellen, das die in der Praxis tätigen Kolleginnen und Kollegen mit den neuesten Ergebnissen der klinischen und experimentellen Medizin bekannt macht.

W. Hirsch legte auch Wert darauf, in Kenntnis der unterschiedlichen Reaktionsweisen des Organlsmus die Wirkung von neuen Medikamenten Im Für und Wider zur Diskussion zu bringen.

Immer wieder ist es ihm eln Anliegen, darauf hinzuweisen, daß wir Ärzte näher an das Bett unserer Kranken heranzutreten haben, und daß es auch heute noch — trotz laufender Vervollkommnung der notwendigen "technischen" Medlzln — möglich ist, mit einfachen Hilfsmitteln zu einer Dlagnose zu kommen. Er möchte immer wieder die Synthese unterstrelchen zwischen den wertvollen Neuerungen unserer Zeit und dem aiten anerkannten Rüstzeug des Arztes in der Allgemeinpraxis.

So schrleb W. Hirsch mit dem Kollegen Rust elnerseits das Buch "Praktische Diagnostik ohne klinlsche Hiifsmittel", andererseits verfaßte er 149 wissenschaftliche Publikationen, 13 Monographien und zahlreiche Vorträge.

Ich seibst, der ihm in den Jahren des Aufbaues der "Ärztlichen Fortbildung im Chiemgau" organisatorisch helfen durfte, möchte nochmals auch an dieser Stelle im Namen aller unserer Kollegen herzlich danken für seine uneigennützige Arbeit an unserer immerwährenden Weiterbildung.

Mit Genugtuung und Freude erfülit es uns daher auch, daß W. Hirsch als Zeichen der Anerkennung und des Dankes für seine Bemühungen um unsere "Ärztliche Fortbildung im Chiemgau" vom Vizepräsidenten der Bundesärztekammer und Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. H.-J. SEWERING, die Ernst-von-BERGMANN-Plakette verliehen wurde.

Dr. med. Herbert Matusczyk, Prien/Chiemsee

Erziehungsbeihilfen für Arztheiferin-Lehrlinge

Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer hat in seiner Sitzung vom 6.7.1968 die bisher von ihm empfohienen Erziehungsbeihilfen für Arztheiferin-Lehrlinge in Anlehnung an die Regeiung in anderen Heilberufen auf folgende Sätze angehoben. Sie sollen vom 1. September 1968 an Wirkung haben (vgl. Veröffentlichung im "Bayerischen Ärzteblatt", Heft 7, 1968, S. 491).

- 1. Halbjahr DM 85.—
- 2. Halbjahr DM 100.-
- 3. Halbjahr DM 115.—
- 4. Halbjahr DM 130.-
- 5. Halbjahr DM 145.—
- 6. Halbjahr DM 160.-

Diese Sätze sollen nicht nur für neu angestellte Lehrlinge geiten, sondern auch auf bereits bestehende Lehrverhältnisse Anwendung finden. Der Vorstand legt den Lehrherrn daher nahe, diesen Lehrlingen die entsprechenden erhöhten Beihilfen zu bezahlen.

Dringlich zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

Oberbayern

Erding: 1 Allgemeinpraktiker

Gaimersheim, Lkr. Ingolstadt: 1 Aiigemeinpraktiker Langengeisling, Lkr. Erding: 1 Allgemeinpraktiker Tittmoning, Lkr. Laufen: 1 Allgemeinpraktiker Töging, Lkr. Aitötting: 1 Aiigemeinpraktiker

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

Oberfranken

Bad Steben, Lkr. Naila: 1 Allgemeinpraktiker

Coburg: 1 Facharzt für Kinderkrankheiten

Enchenreuth, Lkr. Stadtsteinach: 1 Allgemeinpraktiker (Aileinarzt)

Hiltpoitstein, Lkr. Forchbeim: 1 Aligemeinpraktiker (Alieinarzt)

Hohenberg a. d. Eger, Lkr. Wunsiedel: i Aiigemeinpraktiker (Alleinarzt)

Kirchenlamitz, Lkr. Wunsiedel: 1 Aligemeinpraktiker

Kulmbach: 1 Aligemeinpraktiker

Leupoldsgrün, Lkr. Hof: 1 Allgemeinpraktiker (Aiieinarzt)

Marktredwitz: 1 Allgemeinpraktiker

Schönwaid, Lkr. Rehau: 1 Allgemeinpraktiker

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

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

Oberpfaiz

Amberg: 1 Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten

Erbendorf: 1 Aligemeinpraktiker Hahnbach: 1 Aligemeinpraktiker Mitterteich: 1 Ailgemeinpraktiker

Neumarkt: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

Pressath: 1 Aligemeinpraktiker

Regensburg: 1 Facharzt für Kinderkrankheiten

Roding: 1 Allgemeinpraktiker

Schwandorf: 1 Facharzt für Augenkrankheiten Sulzbach-Rosenberg: 1 Ailgemeinpraktiker

Vohenstrauß: 1 Ailgemeinpraktiker Waldershof: 1 Aligemeinpraktiker Waldtburn: 1 Aligemeinpraktiker

Weiden: 1 Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten

Bewerbungen sind an den Zuiassungsausschuß für Arzte - Oberpfaiz -, 8400 Regensburg, Landshuter

Straße 49, zu richten.

Mittelfranken

Dürrwangen: 1 Allgemeinpraktiker

Emskirchen: 1 Allgemeinpraktiker

Es handeit sich um die Errichtung einer zusätzlichen dritten Kassenarztsteile für einen Praktischen Arzt. Einer der bisher in Emskirchen tätigen Ärzte ist derzeit für längere Zeit aus Gesundheitsgründen an der Ausübung seiner Kassenpraxis verhindert und wird auch nach Wiederherstellung der Gesundheit seine große Kassenpraxis nicht mehr im seitherigen Umfang weiterführen können. Der noch in Emskirchen tätige zweite Praktische Arzt ist ailein durch seine eigene große Kassenpraxis schon überiastet.

Hersbruck: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

Es handeit sich um einen aiten Kassenarztsitz, der durch Verzicht des bisherigen Augenarztes frei geworden ist. Am Kreiskrankenhaus Hersbruck besteht die Möglichkeit, Beiegbetten zu erhalten.

Markt Eribach, Lkr. Neustadt/Alsch: 1 Aligemeinprak-

Tauberzell, Lkr. Rotbenburg o. d. T.: 1 Aiigemeinpraktiker

Es handeit sich um einen aiten Kassenarztsitz, der durch den Wegzug des bisherigen Kassenarztes frei geworden ist. Dem Bewerber steht ein großes Einfamilienhaus mit Praxisräumen zur Verfügung.

Weidenbach-Triesdorf, Lkr. Feuchtwangen: 1 Allgemeinpraktiker

Es handeit sich um einen Kassenarztsitz, der seit einigen Jahren nur noch mit einem Arzt mit sehr großer Praxis besetzt ist.

Wendelstein, Lkr. Schwabach: 1 Aiigemeinpraktiker Es handeit sich um einen Kassenarztsitz, der nur mit zwei Arzten mit übergroßen Praxen besetzt ist.

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Arzte — Mitteifranken —, 8500 Nürnberg, Keßierpiatz 5, zu richten.

Nlederbayern

Mengkofen, Lkr. Dingolfing: 1 Allgemeinpraktiker

Mengkofen hat ein Einzugsgebiet von ea. 4000 Einwohnern. Durch den Tod von 2 Aligemeinpraktikern ist der Ort derzeit ohne Kassenarzt. Das Haus des im Juii 1968 verstorbenen Koilegen kann gemietet oder eventueil käuflich erworben werden.

Magen-Fermentpräparat

gegen Subacidität, Achylie und Dyspepsie

Original-Packungen mit 45 und 125 Dragees

Pepsaldra compositum

Multivalentes Verdauungsenzympräparat gegen Störungen im Magen-Pankreas-Galle-Dünndarmsystem

Original-Packungen mit 40 und 100 Oragees



Zwiesel, Lkr. Regen (Bayer. Waid): 1 Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten

Die Stelle wurde durch den Wegzug des bisherigen Praxisinhabers frei.

In den Krankenhäusern Regen und Zwiesel besteht die Möglichkeit, Belegbetten zu erhalten.

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

Schwaben

Asbach-Bäumenbeim, Lkr. Donauwörth: 1 Allgemeinpraktiker

Praxisaufgabe steht bevor.

Augsburg: 1 Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten

Der Praxisvorgänger ist am 26. 4. 1968 verstorben.

Günzburg: 1 Facharzt für Augenkrankhelten Wohn- und Praxisräume sind vorhanden.

Markt Wald, Lkr. Mindeibeim: 1 Allgemeinpraktiker Praxisaufgabe steht bevor.

Mering, Lkr. Friedberg: 1 Allgemeinpraktiker Praxisvorgänger ist verstorben.

Wallerstein, Lkr. Nördlingen: 1 Allgemeinpraktiker Der Praxisvorgänger ist am 23. 9. 1968 verstorben. Praxisräume stehen zur Verfügung.

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Schwaben —, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2, zu richten.

Unterfranken

Aidhausen, Lkr. Hofheim: 1 Allgemeinpraktiker Praxisaufgabe steht bevor.

Bastbeim, Lkr. Melirichstadt: 1 Allgemeinpraktiker Hambach, Lkr. Schweinfurt: 1 Allgemeinpraktiker Heigenbrücken, Lkr. Aschaffenburg: 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um eine große Kassenpraxis, die seit I. 10. 1968 wegen Todesfall unbesetzt ist. Rottenberg, Lkr. Alzenau: 1 Allgemeinpraktiker Wildflecken/Rhön: 1 Allgemeinpraktiker

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

Zuschrift eines Kollegen:

Unbezahlte Arztbesuche

Zweifellos ist es ein Fortschritt, daß unsere Zeit von leeren Formalitäten weitgehend abgerückt ist. Es gibt aber Umgangsformen, die sachlich begründet sind und die Beziehungen zwischen den Menschen erleichtern. Dazu gehört die alte Sitte der Besuchsrunde. Früher waren dazu der Zylinderhut und die Visitenkarte notwendig, heute sind beide entbehrlich. Ich halte es für einen schlechten Stil, wenn Arzte, die eine Praxis eröffnen oder übernehmen, ihre am Ort niedergelassenen Kollegen ignorieren. In kleineren Gemeinden ist es ohne weiteres zumutbar, sich bei allen ansässigen Ärzten mit der Ehefrau vorzustellen. Damit wird der Wunsch nach guter Zusammenarbeit bekundet und die Peinlichkeit vermieden, daß man sich später — womöglich im Hause eines Patienten - begegnet, ohne sich zu kennen. In den Städten sollte ein kurzer Besuch am Sonntagvormittag wenigstens lm nächsten Umkreis der Wohngegend ausgeführt werden. Die Zeit der Sprechstunde ist für dieses erste Gespräch nicht geeignet. Da die meisten Arztfrauen in irgendeiner Form in der Praxis des Mannes mitwirken, erscheint ihre Teilnahme am Kollegenbesuch selbstverständlich. Ich sehe nicht ein, warum diese Verpflichtung zum Antrittsbesuch nicht auch für Krankenhausärzte und Apotheker, da und dort sogar für Zahnärzte, gelten sollte, wenn die örtlichen Verhältnisse eine engere Zusammenarbeit erwarten lassen.

Wenn schon wir Arzte das Gespür für Takt und menschliche Beziehung verlieren, wer bewahrt dann in dieser erwerbsgierigen Zeit das wertvolle gesellschaftliche Brauchtum?

Dr. med. Kurt Weidner, 8026 Ebenhausen/Isartal

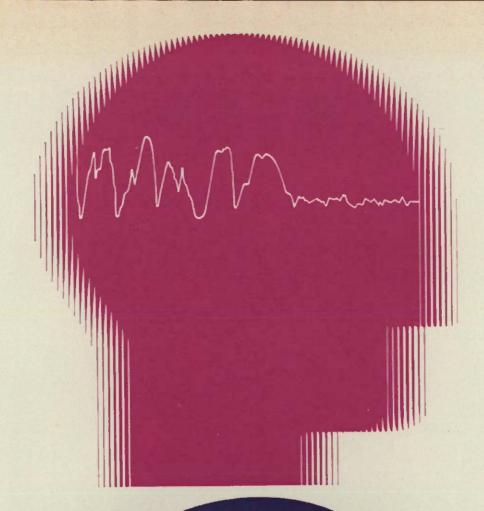
Die 19. Wissenschaftliche Ärztetagung Nürnberg der Bayerischen Landesärztekammer

findet vom 6. bis 8. Dezember 1968 unter der wissenschaftlichen Leitung von Professor Dr. med. René Schubert statt.

Themen:

- "Heutiger Stand der Therapie endokriner Erkrankungen"
- "Fehldiagnosen und ihre therapeutischen Konsequenzen"
- "Beratung und Behandlung bei sexuellen Störungen"

Das Programm ist auf Seite 850 abgedruckt



Resozialisierung
des Epileptikers?

K. Hagen und U. Richter in Nervenarzt 35,
312-314 (1964): «... bei 7 von 10 Fällen
eine signifikante Besserung im Sinne zunehmender Frische, psychischer Ausge-glichenheit, Zunahme der geistigen Regsamkeit sowie einer deutlich ver-besserten Merkfähigkeit. Die völlige soziale Rehabilitation bei zwei hochgradig wesensveränderten jugendlichen Patienten, die vor der Behandlung in der Schule nicht mehr tragbar waren und bereits einen Persönlichkeitsabbau im Sinne der Demenz erkennen ließen, ist auf einen in der Epilepsiebehandlung bisher nicht bekannten psychotropen Effekt

des legretal zurückzuführen.»

J.R. Geigy A.G., Basel Pharma-Herstellung und Vertrieb für Deutschland: Dr. Karl Thomae GmbH 795 Biberach an der Riss

PERSONALIA

Professor Dr. med. Willi Fick 70 Jahre



Publicity und jegliche Effekthascherel sind ihm völlig fremd. Äußerliche Ehrungen sucht und liebt er nicht. Ich glaube, diese Feststellung muß einer Laudatlo über Professor FICK vorangestellt werden, denn sie ist bestimmend für seinen Charakter und sein ganzes Wesen. Seinen Freunden und Schülern wird er aber eine kurze Würdigung seiner Person aus Anlaß selnes 70. Geburtstages verzeihen.

Professor Fick wurde am 11. 9. 1898 In Leipzig als Sohn des Anatomen Rudolf Fick und Enkel des berühmten Physlologen Adolf Fick geboren. Seinen Wohnsitz wechselte er infolge der Berufung des Vaters nach Prag und Innsbruck, wo er die Schule besuchte und 1916 das Abitur am humanistischen Gymnasium ablegte. Ich glaube, daß von dieser Innsbrucker Zeit seine große Liebe zur Natur und zu den Bergen herrührt, dle ihn noch heute befähigt, die Große Zinne in den Dolomiten zu bestelgen.

Im Anschluß an das Abitur wurde er sofort zum Militär eingezogen, nahm am ersten Weltkrieg teil und wurde in Frankreich schwer verwundet. Nach dem Kriege studierte er ln Innsbruck und Berlin und promovierte im Jahre 1923.

Der Entschluß, Chirurg zu werden, führte Professor Fick zuerst an die Klinik von Hofrat Haberer In Innsbruck. Von 1924 bis 1937 war er Schüler von Sauerbruch In München und Berlin. Diese schönen, aber sicher auch harten Jahre dürften sein Bild als Chirurg und seinen Charakter als Mensch geprägt haben. Wer die Schule Sauerbruchs auch nur vom Hörensagen kennt, weiß, welche Anforderungen und persönlichen Opfer von jedem seiner Schüler verlangt wurden.

1932 habilitierte er sich bel Sauerbruch über das Thema "Kreislaufwirkungen arterio-venöser Aneurysmen", einer Arbelt, deren Bedeutung auch heute noch im Zeitalter der Gefäßchlrurgie als wichtig anerkannt und gewürdigt wird.

1937 erfolgte seine Ernennung zum a. o. Universitätsprofessor und die Übernahme der Chlrurgischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin
als Chefarzt. Dazu kam 1939 bei Kriegsbeginn noch die
Leitung einer Abteilung im Hindenburg-Lazarett. Ab
Mai 1942 war Professor Fick beratender Chirurg bei der
6. Armee in Rußland und entging der Einkesselung in
Stalingrad nur durch eine schwere Hepatitis.

1945 nach Beendigung des Krieges stand er — wie viele andere Kollegen — vor dem Nichts, wurde jedoch schon bald als Chefarzt der bekannten Krecke-Klinik in München berufen. Gleichzeitig erfolgte seine Umhabilitierung an die Universität München, wo er bis heute Vorlesungen über Narkose und Anästhesie hält, ein Gebiet, das ihm im Rahmen der Chirurgie immer besondere Freude machte.

Zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der Thoraxchirurgie, der Narkose und Anästhesie, die hier nicht genannt werden können, sind aus seiner Feder erschienen, darunter die Neubearbeitung des Kapitels "Allgemeine Operationslehre" im Handbuch von Bier, Braun und Kümmel zusammen mit Nissen.

1958 wurde Professor Fick durch das Vertrauen der bayerlschen Chirurgen zum Präsidenten ihrer Vereinigung gewählt und sein glänzender Kongreß ist allen Teilnehmern noch in bester Erlnnerung.

1961, nach dem Tod von Professor Hoffmeister, wurde er Schriftführer der Bayerischen Chlrurgenvereinigung, ein Amt, das viel Arbeit und Mühe mit sich bringt, für das Ihm aber alle Chirurgen, ganz besonders die jeweiligen Präsidenten, dankbar sind. Seit mehreren Jahren arbeitet Professor Fick im Facharztausschuß für Chirurgie der Bayerischen Landesärztekammer und die Gewissenhaftigkeit, mit der er jeden Antrag prüft, ist allen seinen Mitarbeitern bekannt.

Professor Fick ist aber nicht nur ein Mann von vorbildlicher Hilfsbereltschaft, vornehmer Gesinnung, ein guter Wissenschaftler und Chirurg, sondern auch ein ebenso llebenswerter Mensch.



Seine Vitalität, seine Liebe zur Musik und Natur, sein Sinn für ein schönes Heim runden das Bild eines Menschen ab, der in seinem ganzen Leben viel gearbeitet und geleistet hat, der allen seinen Kranken ein treuer Helfer und gewissenhafter Arzt war.

Seine Bescheidenheit und das Fluidum, das von ihm ausstrahlt, sichern ihm die Freundschaft eines jeden, der ihn näher kennt.

Medizinaldirektor Dr. med. E. Oettle, Krumbach

IN MEMORIAM

Professor Dr. med. Hellmut Haubold †



Der seit Kriegsende in München lebende und wirkende Professor Dr. med. Hellmut HAUBOLD wurde am 2. 10. 1905 geboren und besuchte die Volksschule und das Reform-Realgymnasium in Chemnitz mit Abitur 1925. Zunächst Architekturstudium an der TH in Dresden. Ab 1927 Medizinstudium in Heidelberg, Düsseldorf, Leipzig, Paris und Freiburg. Staatsexamen und Approbation in Freiburg 1932. Von 1932-1934 Hausassistent an der Medizinischen Poliklinik (Professor Ziegler) in Freiburg. Zwei gleichzeitige histologische Arbeiten bei Geheimrat Aschoff und Ausbildung in Strahlenheilkunde (Professor Risse), 1934 Absolvierung der Dozentenakademie Kiel, 1935 Berufung in das Reichsgesundheltsamt, 1936 Erscheinen des fundamentalen Werkes "Krebs und Krebsbekämpfung in Frankreich" (Barth-Verlag). Von 1930-1939 erschienen 32 wissenschaftliche Arbeiten von Hauboid zum Probiem der Krebsforschung und Krebsbekämpfung. Professor Schröder (Universitäts-Frauenkiinik Leipzig) bezeichnete Haubold 1947 als "Krebsstatistiker von geradezu führendem Rang". Gleichzeitig wurde sein Werk über Johann Peter Frank weit über die Grenzen Deutschlands bekannt. Von 1936—1939 war Haubold Delegierter im Internationalen Gesundheitsrat. 1943 Verleihung des Professorentitels an der Universität Berlin, Habilitationsschrift "Vom Collegium Sanitas zum Reichsgesundheitsamt" (Professor Diepgen, Berlin). Ab Januar 1948 Mitarbeiter auf der Internen Abteilung bei Professor Kämmerer, Krankenhaus München-Nymphenburg. 1950 Vervollkommnung bei Professor Hansen, Lübeck, in Diagnostik und Therapie hyperalgetischer Krankheitssymptome. Beginn wissenschaftlicher Erarbeitung der Zusammenhänge zwischen Vitaminmangelerscheinungen und endokrinen Erkrankungen.

Ab 1. 10. 1950 Niederlassung in München für die Arbeitsgebiete Endokrinologie, Mangelerkrankungen und kindliche Entwicklungshemmungen. Übernahme der Forschungsstelle für Mangeikrankhelten der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsbiologie. Seit 1950—1966 79 Arbeiten und 116 Vorträge und Referate. 19 grundlegende Veröffentlichungen zur Frage des Mongolismus. 1956 Veröffentlichung eines Berichtes über 10-jährige Beobachtungen über den "Kropf als Mangelkrankheit unter Einheimischen und Flüchtiingen im bayerischen Voralpenland".

Seit 1956 Mitglied des Hauptausschusses der "Deutschen Gesellschaft für Ästhetische Medizin und Grenzgebiete". 4 Hauptreferate zum Tbema "Nachreifungsbehandlung entwicklungsgehemmter Kinder und ihre ästhetische Komponente, insbesondere bei mongoloiden Kindern".

Professor Hellmut Haubold hat sich in den Nachkriegsjahren im In- und Ausland einen Namen als Wissenschaftler und Arzt bei der Erforschung und Behandlung des Mongolismus und anderer Entwickiungshemmungen sowohl bei Kindern wie auch In der Mütterprophylaxe erarbeitet. Wie bis Krlegsende in der Krebsforschung, so wird sein Name in Gegenwart und Zukunft auf dem Gebiet der Endokrinologie, Mangeierkrankungen und kindlichen Entwicklungshemmungen unvergessen bleiben. Wir verlieren in ihm einen immer hilfsbereiten Kollegen und Berater, darüber hinaus einen wahren und aufrichtigen Freund, dessen Andenken in unserem Kollegenkreise, unter seinen Mitarbeitern, und vor allem seinen unzähigen dankbaren Patienten weiterleben wird.

Dr. med. E. H. Wegener, München



Wärme allein tut's nicht. Tee gehört dazu.

Bei Katarrhen der Luftwege,
Bronchitis, Reizhusten,



AUS DER BUNDESPOLITIK

Zur Gefährdung des Straßenverkehrs durch Alkoholeinfluß

Bundesregierung legt Anderungsgesetz zum Straßenverkehrsgesetz vor

Verkehrsunfälle hängen von vielen Faktoren, wie Witterungs- und Straßenverhältnissen, technischen Mängeln an Fahrzeugen oder im Verkehrsraum sowie menschlichen Fehlleistungen in vielfältigen Erscheinungsformen ab. Die amtliche Straßenverkehrsunfallstatistik und andere spezielle Untersuchungen zeigen allerdings, daß die weitaus überwiegende Mehrzahl aller Unfallursachen auf menschliches Verhalten zurückzuführen ist. Von 100 Ursachen entfielen z. B. 1965 88 auf die Verkehrsteilnehmer, davon 78 auf Fahrzeugführer und 10 auf Fußgänger. Nur 8 der Unfallursachen waren auf Straßenverhältnise, 2 auf Fahrzeugmängel und der Rest (2) auf Witterungseinflüsse, Hindernisse usw. zurückzuführen.

Unter den Fehlern, die Fahrzeugführern zugeschrieben werden, wird zwar die Unfallursache "Alkoholeinfluß" nicht an erster Stelle genannt; sie gehört gleichwohl zu den häufigsten Unfallursachen. Außerdem kommt ihr deshalb ganz besondere Bedeutung zu, weil sie seit Jahren — von geringen Schwankungen abgesehen — eine ständig steigende Tendenz hat, besonders gefährlich und vor allem vermeidbar ist.

In den Jahren 1958 bis 1964 beispielswelse war im Bundesgebiet bei Unfällen mit Verletzten eine Zunahme derjenigen Unfälle von 12 auf 15,7% zu verzeichnen, bei denen einer der Unfallbeteiligten unter Alkoholeinwirkung stand. Bei Unfällen mit Getöteten ist die entsprechende Verhältniszahl im gleichen Zeitraum von 23,4 auf 30,3 gestiegen. Lediglich im Jahre 1965, als sich offensichtlich die durch das Zweite Gesetz zur Sicherung des Straßenverkehrs vom 26. 11. 1964 eingeführte verschärfte Vorschrift gegen Alkohol am Steuer auswirkte (§ 316 StGB), konnte ein leichter Rückgang der entsprechenden Verhältniszahlen auf 14,7% (bei Verletzten) bzw. auf 27% (bei Getöteten) ermittelt werden. Bei Unfällen mit Getöteten hat sich diese Verhältniszahl indessen im Jahre 1966 auf 28,6% wieder erhöht. Da die Zahl der bei Alkoholunfällen Getöteten erfahrungsgemäß größer ist als die Zahl der Unfälle selbst, und da außerdem eine nicht unbeachtliche Dunkelziffer nicht festgestellter Alkoholbeteiligung hinzukommt, kann man davon ausgehen, daß jährlich etwa 4000 Menschen in der Bundesrepublik bei Straßenverkehrsunfällen getötet werden, die allein durch unter Alkoholeinfluß stehende Fahrzeugführer verursacht werden; das sind annähernd 10 Menschen täglich. Etwa jeder vierte Verkehrstote ist somit das Opfer alkoholbeeinflußter Fahrzeugführer.

Für die Urteilsbildung ist ferner die besondere Gefährlichkeit alkoholbedingter Unfälle von erheblicher Bedeutung. Bei Unfällen, die nicht auf Alkoholursachen zurückzuführen sind, belief sich nach den Unterlagen der Bundesregierung die Zahl der Getöteten auf 3,6%, die der Schwerverletzten auf 32% und die der Leichtverletzten auf 64,4%; die entsprechenden Verhältniszahlen bei Alkoholunfällen sind 8,2% Getötete und 43,9% Schwerverletzte. Daraus ergibt sich, daß bei al-

koholbedingten Unfällen mehr als doppelt so viele Menschen getötet und wesentlich mehr schwerverletzt werden als bei Nichtalkoholunfällen.

Um die Gefährdung des Straßenverkehrs durch alkoholbeeinflußte Fahrzeugführer so weit wie nur möglich einzuschränken, hat die Bundesregierung den gesetzgebenden Körperschaften — Bundesrat und Bundestag - nunmehr den Entwurf eines Gesetzes zur Anderung des Straßenverkehrsgesetzes zugeleitet. Durch den Gesetzentwurf wird ein neuer Bußgeldtatbestand in das Straßenverkehrsgesetz eingefügt. Er gilt nur für Kraftfahrer, nicht auch für andere Straßenverkehrsteilnehmer. Die Beschränkung auf Kraftfahrer ist vor allem deswegen geboten, weil die naturwissenschaftlichen Erfahrungen über die Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit nach Alkoholgenuß vornehmlich bei Kraftfahrern gewonnen worden sind und für andere Teilnehmer am Straßenverkehr kein vergleichbares Material vorliegt. Auch sind die Gefahren, die von letzteren ausgehen, verhältnismäßig gering, sowohl der Anzahl wie dem Umfang nach. Deshalb sind auch ernste Störungen der Verkehrssicherheit durch nichtmotorisierte Verkehrsteilnehmer unter Alkoholeinfluß ungleich viel seltener. Als Unrechtsfolgen sieht der Entwurf die Festsetzung einer Geldbuße und die Anordnung eines Fahrverbots vor. Die Geldbuße kann bei vorsätzlichem Handeln bis zu DM 1000.- und bei fahrlässigem Handeln bis zu DM 500.— angeordnet werden. Als Nebenfolge ist das Fahrverbot vorgesehen. Dieses kann bei Vorliegen des 0,8-Promille-Tatbestandes angeordnet werden, ohne daß es eines weiteren Nachweises der Pflichtverletzung des Kraftfahrzeugführers bedarf, weil dieser Tatbestand in der Regel als grobe Pflichtverletzung anzusehen lst. Ob das Fahrverbot auch als alleinige Sanktion ohne Verhängung einer Geldbuße in Betracht kommt, überläßt die Bundesregierung der Prüfung im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens.

Der Gesetzentwurf sieht ferner vor, daß rechtskräftige Entscheidungen wegen einer Ordnungswidrigkeit nach dem neuen Bußgeldtatbestand im Verkehrszentralregister des Kraftfahrt-Bundesamtes registriert werden.

In selnem medizinischen Gutachten zur Frage "Alkohol bei Verkehrsstraftaten" gelangt das Bundesgesundheitsamt bei der Untersuchung der Frage der Zuverlässigkeit der Blutalkoholbestimmungsmethoden zu dem Ergebnis, daß das in der Bundesrepublik Deutschland und in mehreren anderen europäischen Ländern übliche Verfahren eine für forensische Zwecke völlig ausreichende Spezifität aufweist. Ein weiteres Teilgutachten kommt zu dem Ergebnis, daß die derzeitige auf Gesetz und Rechtsprechung beruhende Behandlung des Alkoholdelikts im Verkehrsstrafrecht den sehr verwickelten Zusammenhängen zwischen Alkoholwirkung und Verkehrssicherheit nicht mehr gerecht wird, und daß eine Blutalkoholkonzentration (BAK) von 0,6 bis 0,7 Promille die durchschnittliche Gefährlichkeit der Kraftfahrer für andere Verkehrsteilnehmer stark erhöht. Aus diesem Grunde wird für die Neuregelung des Alkoholdeliktes empfohlen, das Führen elnes Kraftfahrzeugs bei einem Gefahrengrenzwert von 0,8 Promille und darüber unter Strafe zu stellen, ohne daß im Einzelfalle eine Fahrunsicherheit nachgewiesen zu werden braucht. Nicht zu verwechseln mit dem Gefahrengrenzwert ist der absolute Grenzwert, der sich nach naturwissenschaftlichen Erkenntnissen richtet. Hierzu hat das Bundesgesundheltsamt in einem weiteren Teilgutachten Empfehlungen auf der Grundlage des geltenden Rechts gegeben und sich in erster Linie an die Rechtsprechung gewandt, der es empfiehlt, den Grenzwert der absoluten Fahruntüchtigkeit für Kraftfahrer künftig bei 1,2 Promille anzusetzen.

Nach wissenschaftlichen Untersuchungen im Rahmen der OECD sind Kraftfahrer bei 0,8 Promille BAK als fahruntüchtig anzusehen. Wenn man berücksichtigt, daß unter den heutigen Verkehrsverhältnissen häufig schon nüchterne Kraftfahrer, besonders im Großstadtverkehr als überfordert anzusehen sind, dann gilt dies um so mehr bei unter Alkoholelnfluß stehenden Kraftfahrern. Hier kommt es nicht so sehr auf die mangelnde Fahrtüchtigkeit als viel entscheidender jedoch auf die gesteigerte Verkehrsgefährdung an. In jedem Falle ist

die Fahrleistung mit 0,8 Promilie BAK schlechter als die im Normalzustand. Der Gefahrengrenzwert von 0,8 Promille BAK berücksichtigt bereits einen Streubereich nach oben oder unten, mit dem bei Analysenwerten Immer gerechnet werden muß. Nach den vom Bundesgesundheitsamt aufgestellten Richtlinien und den von den Ländern bundeseinheitlich vereinbarten Verwaltungsvorschriften 1st für etwaige Fehler bei der Blutalkoholbestimmung nur noch ein Wert von 0,15 Promille zu berücksichtigen, so daß der festgesetzte Grenzwert von 0,8 Promille BAK bereits den Sicherheitszuschlag einbezieht.

In diesem Zusammenhang ist noch auf die entsprechenden Regelungen Im Ausland hinzuweisen. In Schweden und Norwegen ist das Führen von Kraftfahrzeugen bei einem Blutalkoholgehalt von 0,5 Promille und mehr verboten. In Österreich und England ist die 0,8-Promillegrenze geltendes Recht.

In der Schweiz wird in der Rechtsprechung ein Grenzwert von 0,8 Promille BAK zugrunde gelegt. Schließlich hat der Minlsterrat der Europäischen Konferenz der Verkehrsmlnister (CEMT) am 14. 6. 1967 empfohlen, in Europa einen einheitlichen Alkoholgrenzwert von 0,8 Promille einzuführen.

P. Mandt, Bonn

AUS DER LANDESPOLITIK

Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin in München gegründet

Am 15. Oktober 1968 fand im großen Sitzungssaal des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und soziale Fürsorge die Konstituierende Sitzung des Kuratoriums der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin statt.

Der Bayerische Staatsminister für Arbeit und soziale Fürsorge, Dr. Fritz PIRKL, überreichte die Ernennungsurkunden an die von den Verbänden und Institutionen benannten Kuratoriumsmitglieder. Die Berufung zum Mitglied des Kuratoriums auf vier Jahre erhielten:

Regierungsmedizinaldirektor Dr. Walter BACHMANN, Bayerisches Staatsministerium des Innern, München

Dr. Rolf-Detlev BERENSMANN, Vorsitzender des Ausschusses "Arbeitsmedizin" der Bundesärztekammer, Stuttgart-Degerloch

Rudolf BLAB, Landesverband Bayern der Gewerblichen Berufsgenossenschaften, München

Privatdozentin Dr. Maria BLOHMKE, Generalsekretär der Deutschen Geseilschaft für Sozialmedizin, Heidelberg

Professor Dr. Dr. Siegfried BORELLI, Direktor der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Technischen Hochschule München

Wenzi BREDL, Deutscher Gewerkschaftsbund, Landesbezirk Bayern, München

Horst M. DAMKÖHLER, Deutsche Angesteilten-Gewerkschaft, Landesverband Bayern, München

Professor Dr. Dr. Hermann EYER, Direktor des Maxvon-Pettenkofer-Instituts, München Dr. Hans-Joachim FLORIAN, Landesverband Südbayern des Verbandes Deutscher Werksärzte e. V., München

Dr. Günther FUCHS, Geschäftsführendes Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin, München

Direktor Helmut GERBER, Landesversicherungsanstalt Niederbayern/Oberpfalz, Arbeitsgemeinschaft der bayerischen Landesversicherungsanstalten, Landshut

Direktor Dr. Hans-Albrecht von GRONAU, Agfa-Gevaert AG Camera-Werk, München

Professor Dr. Theodor HELLBRÜGGE, Forschungsstelle für soziale Pädiatrie und Jugendmedizin an der Universität München

Professor Dr. Karl Graf HOYOS, Ordinarius für Psychologie der Universität Regensburg

Dr. Bernhard KLÄSS, MdS, Vizepräsident des Bayerischen Roten Kreuzes, Fürth

Privatdozent Dr. Gerhard LEHNERT, Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Erlangen-Nürnberg

Assessorin EVA LUDWIG, Arbeitsgemeinschaft der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege in Bayern, München

Professor Dr. Wolf MÜLLER-LIMMROTH, Arbeitsphysiologisches Institut der Technischen Hochschule München

Dr. Willy REICHSTEIN, Geschäftsführender Arzt der Bayerischen Landesärztekammer, München

Bei gestörter Verdauungsleistung

Esberizym®

Zur Substitution und Therapie

das neue Mehrstufen-Fermentpräparat mit polypeptischem Effekt

1 Dragee Esberizym enthält:

magenwirksam

= im Drageemantel

Bromelin 50 mg

5 Kunitz-Einheiten

Pankreatin-Hydrolysat 150 mg

darmwirksam

= im Drageckern

Pankreatin 5x NF XII 300 mg

Trypsin . . . 100 I.E.

Chymotrypsin 150 I.E.

Lipase . . . 250 I.E.

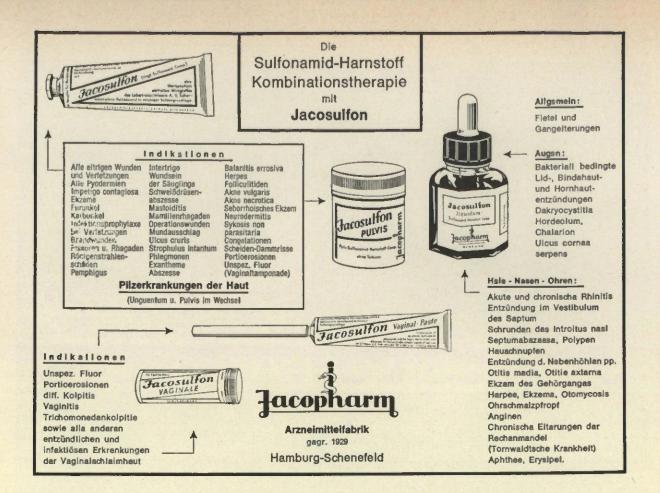
Amylase . . 12000 I.E.

Fel Tauri 60 mg

Dimethylpolysiloxan 40 mg

Schaper & Brümmer Salzgitter-Ringelheim







Die Deutsche Universität in Prag Die letzten 100 Jahre ihrer medizinlschen Fakultät

von Dr. Walther Koerting

— erschienen im "Bayerischen Arzteblatt" — wird gebunden in der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe, ergänzt mit Namens-, Orts- und Sachverzeichnis, veröffentlicht werden.

Bestellungen können bereits jetzt an die Schriftleitung des "Bayerischen Ärzteblattes", 8000 München 23, Königinstraße 85, gerichtet werden.

Direktor Dr. Heinrich REISINGER, Bayerische Landeszahnärztekammer, München

Rechtsanwait Dr. Fritz SCHENK, Vereinigung der Arbeitgeberverbände in Bayern, München

Hans Martin SCHMIDRAMSL, MdL, Stelivertretender Landesvorsitzender des VdK, Landesverband Bayern, Eichstätt

Professor Dr. Heinz SEELIGER, Direktor des Instituts für Hygiene und Mikrobiologie der Universität Würzburg

Direktor Hans SITZMANN, Geschäftsführer des Landesverbandes der Ortskrankenkassen in Bayern, München

Regierungsdirektorin Dr. Mathilde WEICHNER, Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, München

Nach der Überreichung der Berufungsurkunden wählte das Kuratorium in geheimer Abstimmung zum Vorsitzenden Professor Dr. Dr. Hermann EYER, zu stellvertretenden Vorsitzenden Privatdozentin Dr. Maria BLOHMKE und Dr. Günther FUCHS.

Das Kuratorium nahm zur Kenntnis, daß folgende Herren als **Mitglieder des Präsidiums** vorgeschlagen worden sind, deren Ernennung der Bayerische Staatsminister für Arbeit und soziale Fürsorge beabsichtigt:

Professor Dr. Hans Joachim SEWERING, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, München

Professor Dr. Helmut VALENTIN, Ordinarius für Arbeitsmedizin an der Universität Eriangen-Nürnberg

Erwin ESSL, MdL, Bezirksstellenleiter und Vorsitzender der IG Metall, München

Dr. Werner DRÄGER, Direktor bei der Siemens AG, München

Dr. Dr. Otto GÜNTHER, Ministeriairat im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge, München

Am 4. November 1968 wurde mit einem Festakt in der Bayerischen Akademie der Wissenschaften die Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin eröffnet. Der Bayerische Staatsminister für Arbeit und soziale Fürsorge, Dr. Fritz PIRKL, überreichte am Schluß seiner Eröffnungsansprache den Präsidialmitgliedern der neuen Akademie die Berufungsurkunden.

Ein Bericht über die Eröffnung wird in Heft 12/1968 veröffentlicht werden.

INTERESSANTES AUS ALLER WELT

Entwicklung der Privat- und Sozialversicherung

Die Wirtschaftsabteilung der Schweizerischen Rückversicherungsgesellschaft in Zürich hat vor kurzem eine vergleichende wissenschaftliche Untersuchung über den Umfang der Sozial- und der Privatversicherung und ihre Entwicklung in 20 Ländern der Welt veröffentlicht. In der Einleitung wird zwar auf die Problematik derartiger Untersuchungen und Vergieiche hingewiesen. Aber nichtsdestoweniger weist die Darstellung eine Reihe bemerkenswerter Feststellungen auf, die eine Hervorhebung verdienen.

Die Untersuchung zeigt im Gesamtbild, daß die staatliche Sozlalversicherung gegenüber den privaten Versicherungen fast überall eine unverhältnismäßig stärkere Stellung einnimmt. Die Zunahme des Gesamtaufwandes in absoluten Beträgen übertrifft den der Privatversicherung in der Regel um ein Mehrfaches. Ungeachtet dessen verzeichnen aber die Privatversicherungen fast allgemein ebenfalls eine günstige Entwicklung, die ziemlich eindeutig beweist, daß über die staatischen Veranstaltungen der sozialen Sicherung hinaus, namentlich in den Ländern mit höherem Lebensstandard, ein beachtliches Bedürfnis für zusätzliche Sicherungen besteht. In der Hälfte ailer Länder hat der relative Anteil der Privatversicherungen zugenommen. Auch in der Richtung ist eine Tendenz zu erkennen. Bestimmte Zweige der Privatversicherung, wie die Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung, weisen bereits heute bestimmte Merkmale sozialer Versicherungen auf, ohne dazu zu gehören. Zudem sind die Kfz-Versicherungen in vielen Ländern praktisch obiigatorisch. In hochentwickelten Volkswirtschaften werden rund 2/s der Prämieneinnahmen der Privatversicherung für die Deckung der wirtschaftlichen Folgen von Tod, Alter, Unfali, Krankheit und Invalidität verwendet. Am meisten stoßen die speziellen Interessen zwischen Sozial- und Privatversicherung bei den sich ständig ausdehnenden staatlichen Rentenversicherungssystemen zusammen. In der Bundesrepublik Deutschland, in Italien und Österreich steht die Altersvorsorge durch die soziale Rentenversicherung weit im Vordergrund. Dagegen fällt bei Ländern mit großen Beständen der Privatversicherung die verhältnismäßig geringere Bedeutung der Aufwendungen für die soziale Sicherheit auf, wie beisplelsweise in den Ländern Australien, Kanada, den USA und Großbritannien.

Die Anstiegsraten der privaten Lebensversicherungen lagen in den Ländern Dänemark, den Niederlanden, Schweden, Norwegen und Spanien in den letzten Jahren unter denen des Volkseinkommens. Dagegen stlegen in diesen Ländern die Aufwendungen für die staatlichen Volksversicherungen überdurchschnittlich. Eine absoiute Stagnation der privaten Lebensversicherung ist aber trotzdem in diesen Ländern nicht eingetreten. Damit ist deutlich geworden, daß die Fortentwicklung der privaten Lebensvorsorge, in den Ländern, in denen sie möglich ist, nicht allein von dem zunehmenden Ausbau des Sozialversicherungswesens abhängig lst. Das allgemeine Einkommensniveau spielt jedenfalls dabei eine wesentiiche Rolle. Ferner bleiben die von Land zu Land verschieden hohen steuerlichen Vergünstigungen für die private Lebensvorsorge nicht ohne Wirkung, die im Interesse einer für die Voikswirtschaft notwendigen Kapitalbildung gewährt werden.

Kehre zurück, Praktischer Arzt!

Uberfüllung der Emergency Rooms in amerikanischen Krankenhäusern läßt den Ruf nach dem schwindenden Praktischen Arzt immer lauter werden

Von W. Schweisheimer

Die "Krisis" des Praktischen Arztes, die seit Jahren besteht, hat sich jetzt so verschärft, daß laut nach Abhilfe gerufen wird. Der Ruf nach Rückkehr des Praktischen Arztes wird immer lauter. Wird er eine positive Antwort finden?

Verschärft wurde die Lage durch die rasch zunehmende Überfüllung der Emergency Rooms in den Krankenhäusern mit Ihrer schweren finanziellen Belastung. Der Emergency Room war ursprünglich ein kleiner Raum, in dem Unfallkranken erste Hilfe geleistet wurde.

Emergeney Room löst den Praktischen Arzt ab

Heute ist dieser Raum das Mädchen für alles geworden. Seine Beanspruchung hat in den letzten Jahren um 500% (!) zugenommen. Dabei ist die Zahl der behandelten Unfallkranken im gleichen Zeitraum ungefähr dieselbe geblieben. Das "American College of Surgeons" stellte fest, daß weniger als 45% der in Emergency Rooms behandelten Fälle wirklich Notfälle sind. Das amerikanische Publikum verwandelt allmählich, aber unaufhaltsam, den Emergeney Room des Hospitals in eine Poliklinik für alle nur vorkommenden Leiden.

"Wir sind der Ersatz für den Praktischen Arzt geworden", klagt Dr. T. Scudder Winslow, Direktor des Emergency Dienstes am New Yorker Roosevelt Hospital. Und Dr. R. H. Kennedy, der das Problem im Auftrag des American College of Surgeons untersuchte, definiert den Ausdruck "emergency" heute folgendermaßen: "Alles, was einem Patienten Beschwerden bereitet, wenn er seinen regulären Doktor nicht erreichen kann."

Häufig kein Praktischer Arzt zur Verfügung

Ein Patient kann heute oft einen Praktischen Arzt, seinen Hausarzt, nicht erreichen, einfach weil zu wenig Praktische Ärzte zur Verfügung stehen und ihre Zahl stetig abnimmt. Anfangs der 30er Jahre war der Hausarzt, der General Practitioner (G. P.) der Kern der Ärzteschaft. Es gab damals 112000 G. P.'s gegenüber 22000 Spezialisten. Vor 15 Jahren gab es bereits nur noch 96000 G. P.'s.

Heute gibt es nur noch 68 300, obwohl die Gesamtzahl der Ärzte inzwischen auf 210 000 stieg. Weitere Abnahme ist sicher zu erwarten, denn nur etwa 20% der Medizinstudenten wollen sich später in allgemeiner Praxis betätigen. Die Mehrzahl will ein Spezialfach ergreifen.

Ein Hauptgrund für diese Entwicklung ist in den großen Fortschritten der Medizin in den letzten Jahrzehnten zu suchen. Es ist heute für einen gewissenhaften Arzt schwerer und zeitraubender, auch nur die Hauptgebiete der Medizin in kompetenter Weise zu behandeln. Andererseits besteht die Notwendigkeit, einen Arzt zu haben, der die Mitglieder einer Familie seit Jahren kennt und mit den persönlichen und häuslichen Verhältnissen vertraut ist.

Das menschliche Moment spielt eine Rolle

Die menschlichen Beziehungen zwischen Arzt und Patient sind nicht in jedem Fall für den Erfolg ausschlaggebend. Der Mann, bei dem eine Ohrinfektion eine Gehirnhautentzündung herbeizuführen droht — das Kind, dessen angeborene Herzmißbildung einer operativen Korrektur bedarf —, sie brauchen einen Spezialisten zur erfolgreichen Behandlung. Es nützt sie nichts, wie lange der Arzt sie kennt und ob er menschlich gesinnt ist oder ein Menschenfelnd.

Aber solche Fälle sind nicht die Regel. Die meisten Krankheiten erfordern keinen Spezialisten, sondern einen Praktischen Arzt mit menschlichem Einfühlungsvermögen. Der Patient will zunächst selnen Arzt konsultieren, ob es sich nun um eine Hauterkrankung handelt, eine Blasenstörung oder ein Gemütsleiden. Sein Arzt wird ihn, wenn nötig, zum Spezialisten überweisen.



Für viele Magen-, Darmund Galle-Patienten Kaffee mit kofrosta Garantie

Senkung der Kaffee-Intoleranz durch weitgehende Entfernung der Röstreizstoffe

Geringste Reizwirkung auf Säurebildung und Alkali-Testzeit

Geringerer motilitätssteigernder Effekt
Mit oder ohne Coffein
Literatur auf Wunsch

Eilies-Kaffee 8 München 2 Residenzstr. 13

Auch finanzielle Fragen sind damlt verbunden. Wenn ein Arzt eine Patlentin wegen ihrer Akne zu einem Dermatologen schickt, wegen einer gynäkologischen Routineuntersuchung zum Frauenarzt und wegen ihrer Angstzustände zum Psychiater, so erregt das häufig Unwillen, denn eine solche Therapie ist zeitraubend und kostspielig. Man erwartet, daß zunächst der Hausarzt selbst versucht, diese Störungen zu behandeln.

Die Art der Praxisausübung hat sich seit dem zweiten Weltkrieg verändert. Es werden heute weit wenlger Hausbesuche gemacht. Überlastung der Ärzte hat mit dazu geführt, daß ein bestimmter Arzt nicht Immer außerhalb seiner Sprechstundenzeit erreichbar ist. Ehe die Patienten sich an einen anderen wenden, gehen sie lieber in den Emergency Room des Krankenhauses. Manche Ärzte, dle Schwierigkeiten haben, Vertreter zu finden, weisen sogar auf diese Möglichkeit hin. Während ihrer Abwesenheit bringen sie eine Notiz an ihrer Praxls an, die Patienten sollten den nächsten Emergency Room aufsuchen.

Arztliche Gebübren

Der Wechsel der Patienten vom Praktischen Arzt zum Krankenhaus bedeutet finanziellen Schaden für den Arzt, aber auch für das Krankenhaus. Viele Patienten glauben, sie kämen billig weg, wenn sie den Emergency Room aufsuchen, weil sie dort, im Gegensatz zum Besuch beim G. P., nichts zu bezahlen hätten.

Diese Annahme trifft nicht zu. Für eine Konsultation oder Behandlung im üblichen Rahmen Im Emergency Room werden jedesmal 5–-10 Dollar berechnet. Viele Patienten zahlen die Rechnung nicht, teils weil sie es nicht können, teils weil sie glauben, die Behandlung sei frei. Das New Yorker Roosevelt Hospital berichtet, daß nur 30% der Besucher seines Emergency Rooms die gestellten Rechnungen bezahlen. So ist es verständich, daß die Emergency Rooms von 79 New Yorker Krankenhäusern Im Vorjahr mit einem Defizit von fast 3 Miliionen Dollar gearbeitet haben.

G. P.'s als Angestelite der Emergency Rooms

Zahlreiche Krankenhäuser verlangen heute, daß Ärzte, die zu Ihrem Stab gehören — also frei praktizierende Ärzte, die ihre Kranken in das Krankenhaus legen, zu dem sie zugelassen sind — sich in regelmäßigem

Turnus am Dienst im Emergency Room beteiligen. Wenn sie das nicht tun, verlieren sie das Privileg, am Krankenhaus überhaupt tätig zu sein.

Manche G.P.'s machen aus dieser Not eine Tugend. Sie widmen sich ganz der Arbeit im Emergency Room unter Aufgabe ihrer Privatpraxis. Charles M. Goff, der Verwaltungsdirektor eines 304bettigen Hospitals in Alexandria, Virginia, berichtete vor kurzem über die Verhältnisse in seinem Haus.

Danach haben 4 G.P.'s ihre einträgliche Privatpraxis aufgegeben und zusammen als Haupttätigkeit den Dienst im Emergency Room übernommen. Sie garantleren, daß stets einer von ihnen zur Verfügung steht. Sie sind keine Krankenhausangestellten, sondern selbständige "contractors". Ihre Bezahlung erhalten sie teils durch die Beträge, die das Hospital von den Wohlfahrtsämtern der Stadt erhält, und teils von den Rechnungen — soweit diese bezahlt werden —, die den Patienten vom Emergency Room ausgestellt werden.

Dr. Goff ist mit dieser Regelung sehr zufrieden. Er sagt, daß die betreffenden Ärzte mehr verdienen als vorher in eigener Praxis. "Wir haben jetzt einen mindestens ebenso guten wenn nicht besseren Dienst Im Emergency Room, verglichen mit der Zeit, da wir selbst diesen Dienst versahen", ist seine Meinung.

Erzlehung des Medizinstudenten führt zur Lösung des Problems

Die Folgen, die sich aus der Abnahme der G.P.'s ergeben, sind von der Ärzteschaft klar erkannt worden. Das "Journal of the American Medical Association" hat vor kurzem eine Betrachtung von Dr. G. R. Foster jr. veröffentlicht, der zu dem Schluß kommt, das Problem sel nur durch Aufklärung der Medizinstudenten zu lösen.

Er schlägt die Einrichtung von Abteilungen für Allgemeinpraxis in jeder Medizinischen Fakultät vor. Dem Studenten muß gezeigt werden, daß auch heute noch die Tätigkeit als G. P. in jeder Hinsicht erfolgversprechend ist, und es müssen ihm die Möglichkeiten geboten werden, schon beim Studium sich systematisch für diesen ärztlichen Zweig auszubilden und vorzubereiten.

Anschr. d. Verf.: Dr. W. Schweisheimer, 66 Milton Road, Rye, New York/USA

Neurovegetalin®

VERLA-PHARM TUTZING/OBB.

das klassische Sedativum

25 Dragées 50 Dragées

25 50 100 Dragées

verstärkt mit psychotroper Komponente

Neurovegetalin®forte

AMTLICHES

(Entschließung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 26. 8. 1968 — Nr. III 8 — 5370/10 — 3/68)

Mitglieder des gemeinsamen Gutachterausschusses für Heilpraktiker

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

Gemäß § 4 der Ersten Durchführungsverordnung zum Heilpraktikergesetz vom 18. 2. 1939 (RGBl. I S. 259) werden mit Wirkung vom 1. 10. 1968 für die Dauer von zwel Jahren als Mitglieder des für alle Reglerungsbezirke gebildeten gemeinsamen Gutachterausschusses für Helipraktiker berufen:

Vorsitzender:

Lothar Staab, Verwaltungsgerichtsdirektor a.D., 8000 München 80, Hofoldinger Straße 3

Stellvertreter:

Rudolf Interschick, Verwaitungsgerichtsdirektor a.D., 8000 München 13, Hiltenspergerstraße 53/III

Arztliche Mitglieder:

- Dr. med. Kari Schwabe, Praktischer Arzt, 8358 Vilshofen, Donaugasse 20
- Dr. med. Hans Krieger, Praktischer Arzt, 8000 München 22, Galeriestraße 30/I

Stellvertreter:

- Dr. med. Eugen Ludwig Dietl, Praktischer Arzt, 8254 Isen/Obb., Nr. 100
- Dr. med. Josef Seidi, Praktischer Arzt, 8069 Scheyern, Hochstraße 2

Heilpraktiker:

- Ferdinand Linder, Heilpraktiker, 8000 München 25, Kidlerstraße 10
- Gerhard Glas, Heilpraktiker,
 8900 Augsburg, Kleiststraße 12

Stellivertreter:

- Rosa Mayerhofer-Leykam, Heilpraktikerin, 8000 München 90, Meicheibeckstraße 8
- Eduard Aitmann, Heilpraktlker, 8000 München 60, Offenbachstraße 45

Die Entschließung vom 24. 8. 1966 — Nr. III 8 — 5370/10 — 8/66 — (MABl. S. 431), geändert durch Entschiießung vom 9. 5. 1967 — Nr. III 8 — 5370/10 — 2/67 — (MABi. S. 309), trltt am 30. 9. 1968 außer Kraft. I. A. gez. Dr. Mayer, Ministerlaldirigent

Warnung vor Hermann Mittelberger

Hermann MITTELBERGER, A-4820 Bad Ischl, betätigt sich, wie wir aus einem konkreten Fail im Bereich des Ärztlichen Kreisverbandes Aschaffenburg erfahren haben, in der Bundesrepublik Deutschland als Vertreter Praktischer Ärzte und fiel dort wegen selnes Verhaltens sowohl gegenüber den Patienten als auch gegenüber dem Hilfspersonal der Praxis und wegen selnes Aikoholgenusses auf.

Nachforschungen bei der Österrelchischen Ärztekammer haben ergeben, daß der frühere Praktische Arzt Hermann Mitteiberger Infoige elner rechtskräftigen Verurteilung durch das Kreisgerlicht St. Pöiten am 14. 7. 1964 und die damit ex iege verbundenen Rechts-

foigen das Doktorat der gesamten Heilkunde verioren hat. Infolge dieses Veriustes war er selt Rechtskraft des Urteils nicht mehr berechtigt, in Österrelch den ärztiichen Beruf auszuüben, und er wurde auch mit Bescheid der Österreichlschen Ärztekammer vom 7. 10. 1964 aus der Ärzteliste gestrichen.

Die Österreichlsche Ärztekammer teilt uns dazu noch foigendes mit:

"Nach den Bestlmmungen des Ärztegesetzes kann der frühere Arzt sich erneut um die Wiederaufnahme in die Ärzteiiste bewerben, sobaid er die Erfordernisse gemäß § 2 des Ärztegesetzes, d.h. u.a. das Doktorat der gesamten Helikunde, neueriich nachzuweisen in der Lage ist.

Der Gnadenakt des Herrn Bundespräsidenten vom 10. 7. 1968, mit dem die mit der Verurteilung verbundenen Rechtsfolgen nachgesehen werden, soweit sie in der Unfähigkeit der Erlangung bzw. Wiedererlangung bestimmter Rechte, Stellungen und Befugnlsse bestehen, bewirkt nicht automatisch den Wiederbesitz des Doktorates. Hierüber hat die akademische Behörde der Universität Innsbruck zu entschelden.

Herr Mittelberger ist bisher noch nicht an die Österreichlsche Ärztekammer herangetreten, um unter Voriage des wiedererlangten Doktorates die Eintragung in die Ärzteiiste zu begehren. Daher ist er nach wie vor in Österreich nicht zur Ausübung des ärztiichen Berufs berechtigt."

Herr Mittelberger ist danach ebenfaiis nicht berechtigt, in der Bundesrepublik Deutschiand den Beruf eines Arztes auszuüben.

Beschäftigung von Medizinalassistenten in Gesundheitsämtern

Zu den Kiagen über den Mangel an Ausbildungspiätzen für Medizinalassistenten weist das Bayerlsche Staatsministerlum des Innern darauf hin, daß bis zu drel Monate der zweijährigen Medizinalassistentenzeit auch bei einem Gesundheitsamt abgeleistet werden können (§ 64 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 2 der Bestallungsordnung für Ärzte vom 15. 9. 1953, BGBl. I S. 1334). Während der Tätigkeit im Gesundheitsamt erhalten die Medizinalassistenten, wie in den Universitätsklinken, eine Unterhaltsbeihilfe in Höhe des Unterhaltszuschusses für Beamtenanwärter des höheren Dienstes (Referendare).

Im Gesundheitsamt können die Medizinaiasslstenten die vieiseitigen ärztiichen Aufgaben des öffentiichen Gesundheitsdlenstes kenneniernen.

Medlzinalassistenten, die von dieser Möglichkeit Gebrauch machen wollen, werden gebeten, sich an das Medlzinalreferat einer der nachgenannten Regierungen zu wenden: Regierung von Oberbayern in München, Regierung von Niederbayern in Landshut, Reglerung der Oberpfalz in Regensburg, Regierung von Oberfranken in Bayreuth, Regierung von Mitteifranken in Ansbach, Regierung von Unterfranken in Würzburg, Reglerung von Schwaben in Augsburg.

STEUERFRAGEN

Inflation als Alternative

Die ungeklärte Zukunft der deutschen Rentenversicherung — Was kommt, wenn das ganze Volk zwangsweise in das koliektive Vorsorgesystem elnbezogen ist?

Von Bernd Baehring

Die deutschen Lebensversicherer erwarten zum dritten (und wie es aussieht, letzten) Male ein erhebliches "Befreiungsgeschäft", das Ist der Abschluß von Versicherungsverträgen zwecks Befreiung vom Zwang, in die gesetzliche Kollektlyversicherung eintreten zu müssen. In den Jahren 1957 und 1965 hatte diese Möglichkeit angesichts von Erhöhungen der Versicherungspflichtgrenzen bestanden, nunmehr bestand sie bis Ende Juni 1968, weii für Angestellte bis zum Generaidirektor ohne Rücksicht auf die Einkommenshöhe die Sozialversicherungspflicht beschiossen worden ist. Die Lebensversicherer, denen bel dieser Gelegenheit In mancher Hinsicht vom Staat übei mitgespielt worden ist (damit möglichst wenlg Entscheldungen zugunsten der eigenverantwortlichen Vorsorge fallen sollten) verlangen zum mindesten, daß die Befreiungsmöglichkelten nicht wieder nur einmalig sein sollen. Sie plädieren dafür, künftig jedem Angesteilten, der ein bestimmtes Monatseinkommen erreicht, das Recht der Entscheidung zwischen gesetzlicher Rentenversicherung und privater Lebensversicherung zu geben.

Im Jahre 1957 hatten 64 700 von 625 000 in Frage kommenden Angesteliten eine Befreiungsversicherung abgeschlossen; die Versicherungssumme betrug Insgesamt DM 1,5 Milliarden. In 1965 waren es 81 600 von 400 000; die Versicherungssumme erreichte DM 3,2 Mrd. Der Anteil der Angesteliten, die die private Vorsorge vorzogen, verdoppelte sich damit auf gut 20 %; die Versicherungssumme stieg auf mehr als das Doppeite bei einer Zunahme der Zahl der Abschlüsse um ein Viertel. Gegenwärtig haben gut 58 000 von 350 000 betroffenen Angesteliten Befreiungsversicherungen abgeschlossen, und zwar über DM 2,7 Mrd. Summe. Da die Aktion noch über ein Vlerteljahr läuft, kann erwartet werden, daß die Zahlen von 1965 fühlbar übertroffen werden.

Anrufung des Verfassungsgerichtes

Unabhängig davon finden sich die Lebensversicherer mit der Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze, also mit der totalen Sozialversicherungspflicht für alle Angestellten nicht ab. Sie werden gegen diese Regeiung des Finanzänderungsgesetzes 1968 Verfassungsbeschwerde einlegen, wie jetzt mitgetellt wird. Außerdem wollen sie von den Sozialgerichten prüfen lassen, ob die vom Bundesarbeitsminlster erklärte Unmöglichkeit für einen Befreiungsversicherten, notfalls in die soziale Rentenversicherung zurückzukehren, Rechtens ist. Schließlich soll gerichtlich geklärt werden, ob z. B. Vorstandsmitglieder von Aktiengesellschaften "Angestellte" im Sinne des Gesetzes sind; es geht grundsätzich um die seit langem fäilige Definition des Angestelltenbegriffs.

Die wachsende Neigung, bei privaten Gesellschaften Befreiungsversicherungen abzuschließen, ist sicher darauf zurückzuführen, daß die Lebensversicherer Ihre Im Vergleich zur gesetzlichen Rentenversicherung besondere Leistungsfähigkeit eindrucksvoll nachzuwelsen vermögen. Es ist offenkundig, daß eln System, welches aufgrund der Ansammlung von verdienten Zinsen Versicherungsleistungen erbringt, in fast allen denkbaren Fällen mehr zu lelsten imstande ist als ein System, das darauf basiert, daß jeweils die im aktiven Arbeitsleben Stehenden die Rentner mit Unterhaltsmittein versorgen.

Harte Alternativen

Wenn der Aitersaufbau der Bevölkerung ungünstig Ist - die Zahl der Rentner nimmt schneiler zu als die der im aktiven Arbeitsleben stehenden Beitragszahler - und wenn zugleich die Rentenhöhe laufend nach oben an die steigenden Lohnelnkommen angeglichen wird, dann ergeben sich auf längere Sicht die folgenden Alternativen: Entweder die Beitragssätze stelgen weiter, nachdem sie in den letzten Jahren bereits angehoben worden sind (dann ergibt sich eine immer schwerer erträgliche Belastung der Löhne durch Versicherungsbeiträge, dle denjenigen, die sie aufbringen, gar nicht zugute kommen), oder man häit das Wachstum der Beitragsbelastung durch steigende Staatszuschüsse bzw. dadurch in Grenzen, daß der Anstieg der Rentenleistungen abgebremst oder zeitweilig gestoppt wird. Höhere Staatszuschüsse sind praktlsch utopisch, wenn bedacht wird, daß das Finanzänderungsgesetz aus zwingender Haushaltsnot einen Teil des bisherigen Staatszuschusses auf die Wirtschaft verlagert hat. Stagnierende Rentenleistungen würden politisch eine harte Nuß sein, nachdem man der Bevöikerung seit über zehn Jahren erklärt, die 1957 ge-



Er weiss, wie man's macht

Zum Beispiel haben wir ihm den 312-Mark-Tip gegeben. Seit langem legt er jeden Monat 26 Mark »vermögenswirksam« auf seinen Sparvertrag an. Dafür zahit er weder Steuern noch Sozialverslcherung. Auch für Sie haben wir einige Tips. Beispielsweise, wie Sie zu 20—30% Sparprämle kommen, zu Steuernachlässen oder — überhaupt, wie Sie mehr aus Ihrem Geld machen. Fragen Sie uns, denn »Geid machen« lst einfacher, als Sie denken.



fundene Rentenformel bedeute die laufende (an der Stelgerung der Lohneinkommen orientierte) Zunahme der Rentenzahlungen pro Person. Das Mittei, wie dieser circulus vitiosus durchbrochen werden könnte, lst noch nicht gefunden worden. Man welß nur so vlel, daß eine Lösung gefunden werden muß, wenn nicht der Ausweg über die Entwertung des Geldes erfolgen soll, womit den Rentnern (und dem ganzen Volk und selner Wirtschaft) dann am allerwenigsten gedient wäre.

Die "Reichen" schröpfen?

Nun bot sich im Bestreben, die Probleme vor sich herzuschieben, der Weg zur Vergrößerung der Masse der Beitragszahler an. Das ist der Grund dafür, daß nun bis hin zum Generaldirektor alie "Angestellten" in die Sozialversicherung müssen. Solange diese Personen, die durchwegs in die höchsten Beitragsgruppen eingestuft werden, noch nicht selber in großer Zahl Ins Rentenalter hineingewachsen slnd, gibt es in der Tat ein wenlg Luft. Aber binnen weniger Jahre wird die Luft wieder ausgegangen sein. Dann stellt sich für die Sozialpolitik die Frage, ob man es sich werde "leisten" können, die Beiträge der gut verdienenden Angesteliten mehr zu erhöhen als ihren künftigen Rentenanspruch. Deutlicher gesagt: Es ist denkbar (und auch schon "laut gedacht" worden), daß der Weg zu einer Einkommensumverteilung zu Lasten derjenigen geht, die aufgrund lhrer materiellen Verhältnisse an sich alles andere als Objekte der Sozialversicherung sind und dle man jetzt zwangsweise in diesen Bereich einbezieht. Es würde aber überkommenen Auffassungen entsprechen, nicht die Sozialversicherung, sondern die Steuergesetzgebung als Vehikel der Einkommensumverteilung zu benutzen.

25% Einkommensbeiastung in Sicht

Je deutlicher solche Aspekte werden, um so weniger überrascht, daß im Bundesarbeitsministerium nach Mitteln gesucht wird, die letzte sozialversicherungsfreie Gruppe, das sind die freien Berufe und die Gruppe von Selbständigen, an die koliektive Rentenversicherung heranzuführen, wobei man sich auf gelegentliche Voten aus den betroffenen Kreisen berufen kann.

Die Lebensversicherer hoffen, daß sich die Auffassung durchsetzt, es sei besser, die Klärung der offenen finanziellen Fragen abzuwarten, bevor man darangeht, auch diesen letzten Teil der Bevölkerung in die Rentenversicherung einzubezlehen. Das würde nur in der Absicht geschehen, den finanzielien Problemen noch eln paar weitere Jahre lang ausweichen zu können und im Wlssen, daß sich die Probleme damit Immer mehr türmen werden. Denn auch die Selbständigen werden elnes Tages Renten haben wolien, die die dann aktly Arbeitenden aufzubringen haben werden. Schon jetzt lst elne Belastung ailer Lohn- und Gehaltseinkommen in Höhe von 24 bis 25% abzusehen; 20% Lohnanteil und 4% Staatszuschuß, der auf dem Wege über die Steuer die Einkommen ebenfalls bejastet.

Die gesamte Rentenleistung ist erarbeitetes Einkommen, ganz gleich, ob als Finanzier der Arbeitnehmer, der Arbeitgeber oder der Staat auftritt: Der Arbeitgeberanteil ist längst faktisch Lohnbestandteil, d. h., die Lohnpoiitik nimmt Rücksicht auf die Lohnnebenkosten wle Versicherungsbeiträge. Was für die Erfüllung der Rentenzusagen notwendlg 1st, wird den Lohn- und Gehaltsbeziehern aus der Tasche genommen, direkt oder mittelbar. Wenn man sich entschlossen hat, dieses Umlagesystem an die Stelle des Kapitalansammlungssystems treten zu lassen, das bis 1957 in der Sozialversicherung gegolten hat, und das die Privatversicherer seit je haben, steht man unter dem Zwang, es so zu handhaben, daß die Lasten den Aktiven erträglich bieiben, ohne daß die Rentenzahlungen an die Alten und Invaliden unter einem bestlmmten Niveau liegen, und ohne daß Zuflucht bei der Entwertung des Geldes gesucht wird.

Das Umlagesystem kann also nur in einer reifen Demokratie (oder in einer Diktatur) funktionieren, ohne
schwere Schäden anzurichten. Die nächste Generation
wird zu halten haben, was die heutige Generation verspricht. Sie wird das nur können, wenn die Wirtschaft
durch steigende Produktivität expandiert. Das hat stabile Währungsverhältnisse und einen wachsenden Kapitaleinsatz zur Voraussetzung. Schon deshalb melden
sich ernste Bedenken gegen die Tendenz, ein Kapitalsammelbecken wie die Lebensversicherung zugunsten
einer Vorsorgeeinrichtung, die kein Kapital bildet, über
Gebühr zu benachteiligen.

In der gesetzlichen Rentenversicherung findet sogar ein beträchtlicher Kapitalverzehr statt. Sie beeinträchtigt durch das Anstelgen der Beitragssätze die Sparfählgkeit bei Arbeitnehmern und Unternehmungen fast von Jahr zu Jahr mehr, und dennoch wird sich ihr Defizit bis 1980 auf über DM 80 Mrd. summieren, wenn die bisherigen Wachstumsraten von Lohneinkommen und Rentenzusagen bei unverändert gekürztem Staatszu-



Zur gezielten Therapie der Dysmenorrhoe durch Spasmolyse im Genitaltrakt und zuverlässige Analgesie

Dismenol

(Peresulfamidobenzoesāure 0,05 g, Dimethylamino-phenyldimethyl-pyrazolon 0,25 g)

AGPHARM LUZERN — Hersteller für Deutschland SIMONS CHEMISCHE FABRIX, Gauting bei München

schuß bleiben, und der bls 1972 zu erreichende Beitragssatz von 17% zugrunde gelegt wird. Das 1st die Rechnung der Versicherungsmathematiker, die — im Gegensatz zum Bundesarbeitsministerium — schon 1957 vorhersagten, was wirklich kommt und zum Teil berelts eingetreten ist.

Anschr. d. Verf.: Bernd Baehring, 8035 Gauting bei München, Sultanshöhe 18

Reisekosten eines Sportjournalisten als Betriebsausgaben

Die Aufwendungen eines freiberuflich tätigen Sportjournalisten für eine Reise zu den Olympischen Sommerspielen nach Toklo zum Zwecke der Berichterstattung sind als Betriebsausgaben zu berücksichtigen.

(EStG § 18, § 4 Abs. 4 — Urteil des FG des Saarlandes vom 19. 6. 1967)

Vater Staat in Spenderlaune

In nicht zu ferner Zeit wird es für angestellte Ärzte Weihnachtsgratifikationen geben, und das wird Anlaß sein, sich der Möglichkeiten des sogenannten 312-Mark-Gesetzes zu erinnern. Der Staat gewährt Arbeitnehmern alljährlich erhebliche Vergünstigungen, wenn sie aus ihrem Einkommen DM 312,- vermögenswirksam anlegen. Der Betrag ist steuerfrei. Wird also die Weihnachtsgratifikation im Sinne des Gesetzes durch Abschluß eines Kontensparvertrages, durch Wohnbauoder Wertpapiersparen usw. angelegt, so sind darauf weder Lohnsteuern noch Sozialversicherungsabgaben usw. zu zahlen, was schon beim niedrigsten Lohnsteuersatz von 19% eine Vergünstigung von DM 104,ist. Anders ausgedrückt: Wer das Gesetz ausnutzt, bekommt die vollen DM 312,-, wer es nicht ausnutzt, müßte DM 104,— Abgaben zahlen und hätte nur DM 208,- bar auf der Hand.

Die DM 312,— können prämienbegünstigt angelegt werden, wobei die Sparprämie je nach Familienstand zwischen 20 und 30 % liegt. Werden 22 % Sparprämie zugrunde gelegt, so beträgt das Geschenk des Staates DM 69,—. Außerdem werden für die erforderliche Festiegungsfrist von fünf Jahren auf den ursprünglichen Sparbetrag Zins und Zinseszins gezahlt und auch die Sparprämie wird verzinst. Das dürfte beim Sparkonto zusammen DM 100,— Gutschrift ergeben, für den Fall, daß Wertpapiere erworben werden, kann es noch mehr sein. Prämien- und Zinseinnahmen lassen also den ursprünglichen Betrag von DM 312,— auf DM 480,— ansteigen.

Man kann diese Summe dem Betrag gegenübersteilen, der ohne Inanspruchnahme des Gesetzes lediglich ausgezahlt worden wäre, das sind, wie erwähnt, DM 208,—. Das gesamte "Geschäft" also wird sich binnen fünf Jahren mit gut DM 270,— rentieren. Auf das einzelne Jahr umgerechnet ist das ein Nutzen von DM 54,— oder mehr als 25% von DM 208.—. Auf die angelegten DM 312.— gerechnet, ergibt sich ein Plus von knapp DM 170,—. Das ist eine jährliche Einnahme von DM 34,—, was eine durchschnittliche Verzinsung pro Jahr von gut 10% bedeutet — gegenüber einem Kapitalzins von zur Zeit gut 5% und einer Spareinlagenverzinsung von gut 4%. Bg.



Prüfungstätigkeit und ermäßigter Steuersatz

Wird ein Hochschuliehrer in Bayern zum Mitglied eines Ausschusses für ärztiiche Prüfungen bestellt, so steht ihm für seine Einnahmen aus der Prüfungstätlgkeit grundsätzlich der ermäßigte Steuersatz nach § 34 Abs. 4 EStG zu. Während das Finanzamt und das Finanzgericht die Prüfungstätigkeit des Hochschullehrers als eine mlt dessen Stellung als Professor unmittelbar zusammenhängende Tätigkeit ansahen, nahm der BFH an, daß der Hochschullehrer hinsichtlich der Prüfungstätigkeit in keinem Dienstverhältnis steht.

(§ 34 EStG - BFH-Urteil vom 19. 1. 1968 - VI R 83/66)

Private Verwendung eines überwiegend beruflich genutzten Pkw durch einen Arzt als steuerpflichtiger Eigenverbrauch

In der unten zitierten Verfügung hat die OFD Saarbrücken folgenden Sachverhalt behandelt:

Ein Arzt verwendet einen für die heilberufliche Tätigkeit (z. B. Hausbesuche bei Patienten, Beförderung von Patienten ins Krankenhaus) angeschafften Pkw für private Fahrten im Iniand. Die bei der Anschaffung des Pkw angefallene Vorsteuer ist nach § 15 Abs. 2 Nr. 1 UStG 1967 vom Abzug ausgeschlossen, weil die Tätigkeit als Arzt nicht der Mehrwertsteuer unterliegt (§ 4 Nr. 14 UStG 1967). Dieser Sachverhalt ist wie folgt steuerlich zu beurteilen: Der Eigenverbrauch der Angehörigen der Heilberufe ist steuerfrei, wenn er — würde die Leistung von einem Dritten erbracht — auch unter die Steuerbefreiung fiele (z. B. der Arzt bestrahlt ein Familienmitglied).

In den übrigen Fälien (z. B. private Verwendung eines sonst überwiegend freiberuflich genutzten Pkw im Inland) ist der Eigenverbrauch dem ailgemeinen Steuersatz von 10 v. H. (ab 1. 7. 1968 von 11 v. H.) zu unterwerfen, denn der Wortlaut des § 4 Nr. 14 UStG 1967 "aus der Tätigkeit als..." schließt andere Leistungen der genannten Heilberufe, würden sie einem Dritten erbracht, von der Steuerfreihelt aus. Die heilberuflich Tätigen werden jedoch mit ihren steuerpflichtigen Umsätzen regeimäßig unter § 19 UStG 1967 fallen. Unter Berücksichtigung des Freibetrages von DM 12 000.— (§ 19 Abs. 2 UStG 1967) wird in der Mehrzahl der Fälle für die private Verwendung des beruflich genutzten Pkw eine Steuer nicht anfallen.

(§ 4 Nr. 14, § 1 Abs. 1 Nr. 2 b UStG 1967 — OFD Saarbrücken S 7170 — 2)

Wie erhalte ich Sparprämien?

Der Bundesminister der Finanzen hat unter Berücksichtigung der Steueränderungsgesetze die Neufassung des Spar-Prämiengesetzes vom 21. 2. 1968 im Bundesgesetzbiatt (BGBl. I, S. 133, 1968) bekanntgegeben.

Nach den näheren Bestimmungen des Spar-Prämiengesetzes können unbeschränkt einkommensteuerpflichtige Personen für Sparbeiträge, die sie auf 6 Jahre festlegen, eine Prämie erhalten; soweit die Festlegung nicht bereits nach dem Wohnungsbau-Prämiengesetz begünstigt ist. Als prämienbegünstigt und als Sparbeitrag in diesem Sinne gelten:

- a) Beiträge aufgrund allgemeiner, mit einem Kreditinstitut abgeschlossenen Sparverträge;
- b) Beiträge aufgrund mit einem Kreditinstitut abgeschlossener Sparverträge mit festgelegten Sparraten;
- c) Aufwendungen für den Erwerb bestimmter Wertpapiere oder von Anteilscheinen an einem Sondervermögen:
- d) Grundbeträge des Anspruchs auf Hauptentschädigung des Lastenausgleichs, soweit Schuldbuchforderungen oder Schuldverschreibungen erworben werden.

Eine Sparprämie wird dabei nur gewährt, wenn

- a) die aufgrund eines Vertrages geleisteten Sparbeiträge mindestens DM 60,— betragen, wobei bei Sparverträgen mit festgelegten Sparraten die vertragsgemäß während eines Kalenderjahres entrichtete Einzahlungssumme maßgebend ist;
- b) die Sparbeiträge nicht im Zusammenhang mit der Aufnahme eines Kredites stehen;
- c) vor Ablauf der Festlegungsfrist die Sparbeiträge nicht zurückgezahlt und Ansprüche aus dem Vertrag weder abgetreten noch beliehen werden;
- d) für dasselbe Kaienderjahr, in dem die Sparbeiträge gelelstet werden, keine Prämien nach dem Wohnungsbau-Prämiengesetz beantragt werden und auch nicht beantragt wird, daß Beiträge an Bausparkassen als Sonderausgaben berücksichtigt werden.

Eine vorzeitige Rückzahlung, Abtretung oder Beleihung ist dann für die Gewährung der Sparprämie unschädlich, wenn der Prämiensparer nach dem Vertragsabschluß stirbt oder völlig erwerbsunfähig wird. Bei Helrat eines Prämiensparers nach Vertragsabschluß ist eine Rückzahlung, Abtretung oder Beleihung zwei Jahre nach Ablauf seit Beginn der Festlegungsfrist ebenfalls unschädlich.

Die Sparprämie beträgt 20 v. H. der im Kalenderjahr geleisteten Sparbeiträge und erhöht sich bei

ein oder zwei Klndern auf 22 v. H. drel bis fünf Kindern auf 25 v. H. mehr als fünf Kindern auf 30 v. H.

(Fortsetzung Seite 844)

Sinnatet & Gei Sinnsitiden Sinnsitiden

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat September 1968*)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Nachdem die Erkrankungshäufigkeit an Scharlach im August ziemlich niedrig war, nahm sie im September - wie auch im vorigen Jahr zu dieser Jahreszeit wieder zu, und zwar auf 40 Fälle je 100 000 der Bevölkerung (umgerechnet auf ein Jahr). Leicht rückläufig war dagegen die Morbidität an übertragbarer Hirnhautentzündung.

Typhus, Paratyphus und Ruhr traten im September

nur in einigen wenigen Fällen auf, Typhus etwas mehr als im Vormonat. Ruhr deutlich weniger. Geringfügig nahm auch die Erkrankungshäufigkeit an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) ab. Erkrankungen an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) wurden im Berichtsmonat dagegen häufiger als im August gemeldet, nämlich 39 Fälle je 100 000 Einwohner.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 1. bis 28. September 1968 (Vorläufiges Ergebnis)

	1		2		3			4 5		1 6		7		8		9		10		11			
						Uhartregbore																	
Gebiet						Kinderlöhmun		ng Hirnhauter			entzDadung				nee	Poro-		Bakteri- eile Ruhr		Enteritis inf		fectiosa	
		therie	Scharlach		dur. paral, Fälle			kok	Moningo- kokken- Meningitis		Obrige Formed		Gehirn- entzündung		Typhus ab- dominails		typhus A und B		(ahne Amë- benruhr)		Salma- nellase		ge nea
		STP)	E	ST		E	ST	E	ST	E	ST	E	\$1	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	\$1
Oberbayern	-	-	119	_	1	1	_	3		11	1	3	2	4	-	_	-	5	_	87	-	1	-
Niederbayern	1	-	17	_	_	_	_	1	_	5	_	_	_	-	-	1	-	-		15	-	2	-
Oberpfalz	-	-	12	_	_	_	_	3	_	7	_	_	_	_	-	_	-	1	_	9	-	-	-
Oberfranken		_	43	_	_	_	_	1	_	14	1	_	_	1	_	_	_	-	_	32	-	1	-
Mittelfranken	1	_	60	_	_	_	_	2	_	7	1	1	_	3	_	-	_	2	_	11	-	-	-
Unterfranken	_		24	_	_	_	_	1	_	8	_	_	_	1	_	-	-	1	_	12	-	6	-
Schwaben	_	-	39		-	_	_	2	1	8	1	_	-	2	_	-	-	8	_	14	_	1	-
Bayern	2	_	314	_	1	1	_	13	1	60	4	4	2	11	_	1	-	17	-	180	-	11	-
München	_	_	78	_	1	1	_	1	_	2		_	_	3	_	-	-	5	-	41	_	-	-
Nürnberg	_	_	16	_	_	_	_	_	_	1	_	_	-	_	_	-	-	_	-	-	-	-	-
Augsburg	_	_	4	_	_	_	_	1	1		_	_	_	_	_	-	-	2	-	4	-	-	-
Regensburg	_	_	2	_	_	_	_	_	_	-	_	_	_	_		_	_	1		1	_	-	-
Würzburg		-	2	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	-	_	_	_	3	_	-	-

	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21	
Gebiet	Bat lisn	_	Hopatitis Infections		Aussatz		Ornithose (Ubrige Formen)		Verdachts- fälle van Tallwut ³)		Bang'sche Krankheit		Q- Flobor		Taxa- plas- moso		Tracham		Wund- sterr- krompf	
	E	t St	E	ST	E	\$1	E	\$1	E	ST	E	12	E	ST	E	\$1	E	ST	E	\$1
Oberbayern	1	_	80	2	-	_	-	_	23	-	-	-	_	-	2	-	-	-	1	-
Niederbayern	-	-	41	-	_	_	_		3		-		-	-	2	-	-	-	-	-
Oberpfalz	-	_	38	_	_	_	-	_	14	-	-	_	-	-		-	-	-	-	-
Oberfranken	-	_	26	_	_	_	1	_	8	-	-	-	-	_	1	_	_	-	1	
Mittelfranken	-	_	34	_	1	_		_	2	-	-	_	1	_	-	-	-	-	-	-
Unterfranken	_		45	_	_	_		_	13	-	1	-	-	_	2	-	-	-	2	-
Schwaben	-	_	43	_	-	-		_	43	-	-	-	-	_	_	-	1	-	1	-
Bayern	1	_	307	2	1	-	1	-	106	_	1	-	1	_	7	-	1	-	5	-
München	-	_	31	1	-	_	_	_	-	-	-	-	-	-	1		-	_	-	-
Nürnberg	-	_	17	_	_	-	_	_	-	-	-	-	-	_	-	-	_	-	_	-
Augsburg	-	-	6	-	_	-	-	_	-	-	_	-	-		_	-	1	-	_	-
Regensburg	-	_	1	_	_	-	_	_	-	-	-	-	_	-	_	-	-	_	-	-
Würzburg	-	_	5	_	-	-	_	_	-	_	1	-	_	_	_	-	-	_	-	-

^{*)} Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

1) "E" = Erkrankungen (einschl. der erst beim Tade bekanntgewardenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle.

2) "ST" = Sterbetälle.

3) Verletzungen durch ein tallwutkrankes oder tallwutverdächtiges Tier sawie Berührungen eines salchen Tieres ader Tierkärpers.

Als Höchstbetrag für die Prämie wurden DM 120,— für einen Aifeinstehenden, sowie DM 240,— für Ehepaare, festgesetzt. Diese Höchstbeträge erhöhen sich bei

ein oder zwei Kindern um DM 60, drei bis fünf Kindern um DM 160, mehr als fünf Kindern um DM 240,—

Die Prämie wird auf Antrag nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem der Sparbeitrag geleistet worden ist, gewährt. Der Antrag ist bis spätestens zu dem Zeitpunkt, an dem die Frist für die Abgabe der Einkommensteuererklärung für das betreffende Kalenderjahr endet, an das Kreditinstitut, an das die Sparbeiträge geleistet wurden, zu stellen. Über den Antrag entscheidet dann das zuständige Finanzamt, welches dem Kreditinstitut die Höhe der Prämie mitteilt. Von dort aus erfolgt dann die Gutschrift für den Prämiensparer. Bis zur Auszahiung der Prämie nach Ablauf der Festiegungsfrist verzinst das Kreditinstitut die gutgeschriebene Sparprämie.

—alpe—

MITTEILUNGEN

Schluckimpfung gegen Kinderlähmung

Im Jahre 1967 hatte in Bayern die Beteilung an der Schluckimpfung gegen die Kinderlähmung wieder zugenommen. Sie betrug 1967 31,7 v. H. gegenüber 15,6 v. H. im Jahre 1966. Trotzdem war die Beteilung noch zu gering. Es besteht die Sorge, daß eines Tages die Seuche auch in Bayern, so wie heuer im Westen der Bundesrepublik, wieder aufflackern kann.

Wie erst jetzt bekannt wird, gab es in diesem Jahr in Polen eine regelrechte Epidemie. Vor allem in den Bezirken Posen und Grünberg erkrankten seit der zweiten Junihälfte dieses Jahres 380 Personen an Kinderlähmung. Acht Kinder sind gestorben. Wie die Untersuchungen ergeben haben, war Typ III des Erregers der Krankheit die Ursache der Epidemie.

Am 25. November 1968 beginnen in Bayern wieder die Schluckimpfungen.

Hospitalschiff "Helgoland"

Zur Teilnahme am Vietnam-Einsatz des Hospitalschiffes "Helgoland" sucht das DRK zum 1. Januar 1969

- 1 Facharzt für Innere Krankheiten
- 1 vielseitig und möglichst auch tropenmedizinisch ausgebildeten Arzt mit mehrjähriger Berufsausbildung.

Bedingungen sind Tropentauglichkeit und Verpflichtung für 6 Monate. Französische und englische Sprachkenntnisse erwünscht, aber nicht Bedingung.

Vergütung nach Gruppe Ib bzw. IIa der DRK-Arbeitsbedingungen, Ausiandszulage und freie Station an Bord, erweiterte gesetzliche Unfallversicherung.

Bewerbungen sind an das Deutsche Rote Kreuz, Generalsekretariat, 5300 Bonn, Friedrich-Ebert-Allee 71 zu richten.

BUCHBESPRECHUNGEN

R. BRÜCKNER: "Augenfibel — Der Augenkranke in der Allgemeinpraxis"

1966, 266 S., 71 Abb. in 208 Einzeldarstellungen, Balacron geb., DM 29.70. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Dieses Buch ist ganz unkonventionell angelegt und geschrieben. Die Anordnung des Stoffes erfolgte nicht nach der üblichen Lehrbuchsystematik der Anatomie des Sehorgans folgend, sondern in der Weise, wie dem Praktischen Arzt die Veränderungen gegenübertreten. Dies erleichtert den Gebrauch der Augenfibel ganz außerordentlich. Der Stil sowie Umfang und Art der vielen Hinweise machen das kleine Werk ebenfalls zu einem wirklich nützlichen Helfer für die Praxis. Ein Vademecum für die Technik von Untersuchung und Behandlung ergänzt das Ganze in mustergültiger Weise. Schließlich findet sich sogar noch ein Kapitel "Augenkranke Tiere" — in der Praxis gar nicht so selten gefragt.

Das Buch ist verständlich und sachlich geschrieben, es enthält nicht zu viel und nicht zu wenig für den Allgemeinpraktiker, zu dessen Nutz und Frommen — und nicht zuletzt Erhaltung — es geschrieben ist. Für diesen Zweck gibt es nichts Besseres. Den Autor muß man zu dem gelungenen Werk beglückwünschen, die Kollegen auch. Diese Augenfibel kann nur wärmstens empfohlen werden. Jeder Arzt sollte sie besitzen.

Professor Dr. H.-J. Merté, München

WIECK, Hans H.: "Lehrbuch der Psychiatrie"

1967, XVI, 414 S., 46 Abb., 40 Tab., 72 kasuistische Beispiele, Balacuir, DM 44.—. Verlag F. K. Schattauer, Stuttgart.

Mit dem neuen Lehrbuch erscheint ein weiterer Grundriß der Psychiatrie aus der jetzigen Psychiatergeneration, der als Lehrbuch für Studenten der Medizin sehr gut geeignet ist. Wieck lehnt sich an die klassische Psychiatrie an und bringt eine Fülle eigener Erfahrungut geeignet ist. WIECK lehnt sich an die klassische Lehrbücher behält er die Haupteinteilung bei in körperlich begründbare Psychosen, endogene Psychosen und abnorme Varianten seelisch-geistigen Seins.

Der erste Teil ist besonders umfangreich, da in ihm auch viele eigene klinische Forschungsergebnisse dargelegt sind. Das erste Kapitei widmet sich dem reversiblen durch zerebrale Funktionsstörungen hervorgerufenen Syndromen, wobei der vom Autor inaugurierte Begriff des Durchgangssyndroms dargelegt wird. Dem werden im nächsten Kapitel die irreversiblen Syndrome, also organische Defektsyndrome, gegenübergestellt. Nach zwei Kapiteln über Krankheitsbeschreibung, Differentialdiagnose und Therapie der exogenen Störungen der Hirnfunktion schließt sich noch ein Kapitel mit Theorie zur Syndromgenese an.

Unter den endogenen Psychosen faßt Wieck in bewährter Weise im zweiten Lehrbuchteil die Zyklothymie und Schizophrenie zusammen, die recht anschaulich dargesteilt werden. Die Therapie der endogenen Psy-



LIQUID. c. Rutin

Rein phytologisches Cardiotonicum für die kleine Herztherapie Crataegus-Kombinationstherapie des Altersherzens

O.P. Tropfflasche zu 30 ml

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

DIE VEREINIGTE KRANKEN-VERSICHERUNG IST VERTRAGSGESELLSCHAFT DER

Bayerischen Landesärztekammer

Arztekammer Bremen

Arzlekammer Hamburg

Landesärztekammer Hessen

Arztekammer Niedersachsen

Xrztekammer des Saarlandes

Landesärztekammer Rheinland-Ptaiz:
Bezirksvereinigungen
Koblenz-Monlabaur, Pfalz, Trier

Bezirksärztekammer Nordbaden

Bezirksärztekammer Nordwürttemberg

Bezirksärztekammer Südbaden

Bezirksärztekammer Südwürttemberg-Hohenzollern

Arztekammer und Kassenärztlichen Vereinlgung Schleswig-Holstein

Der Gruppenversicherungsvertrag Ihrer Ärztekammer mit der Vereinigten und ihrer Tochtergesellschaft Salus - ein Vertrag zu Ihrem Nutzen: Beitrag bis zu 25 º/o niedriger als in der Einzel-Wartezeiten entfallen. versicherung. Vorerkrankungen werden mitversichert. Versicherungsleistungen auch bei Kuraufenthalt, Erkrankungen im Ausland, Berufs- und Sportunfällen. Für jedes Kalenderjahr, in dem kein Tagegeld beansprucht wird, erfolgt eine beachtliche Beitragsrückerstattung. Der Vertrag umfaßt: Krankentagegeld, abgestimmt auf den individuellen Bedarf des niedergelassenen und des angestellten Arztes. Krankenhaustagegeld, Krankenhaus-



kostenersatz für die Familienangehörigen des Arztes.

Vereinigte Krankenversicherung A.G. 8000 München 23 · Leopoldstraße 24

Vegetative Fehl-reaktionen!

funktionelle
Beschwerden
im Herz-, Kreislaufund Verdauungssystem,
Hyperhidrosis,
prämenstruelle-,
klimakterische- und
postoperative
neurozirkulatorische
Störungen

Cesradyston



JULIUS REDEL
CESRA-Arzneimittelfabrik
Haueneberstein bei Baden-Baden
Pharma-Herstellung und Vertrieb der

IION Freiburg im Breisgau

chosen wird bis zum neuesten Stand der Psychopharmaka kurz abgehandelt. Vorher wird eine kurze, aber auch für den Studenten gut faßbare Differentialdiagnose geboten.

Im dritten Hauptteil werden die abnormen Varianten in herkömmlicher Art scharf gegen psychische Krankheiten abgegrenzt. Die Problematik der seelisch-geistigen Abnormitäten wird am Aufbau des Individuums entwickelt. Dabei werden die drei Seinsbereiche: körperlich, seelisch, geistig, genannt und es wird auf die Beziehungen zwischen diesen kurz eingegangen. In Einzelabschnitten über das situative Erleben und die Erinnerung entwickelt der Autor auch seine eigenen, von ihm schon früher veröffentlichten Überlegungen zum Thema.

Im letzten Kapitel werden die ärztlichen Aufgaben bei den abnormen Varianten abgehandelt. In der Darstellung der Psychopathen folgt der Verfasser dankenswerterweise genau der Einteilung von Kurt Schneider.

Das Buch lst in seiner Gesamtform übersichtlich gestaltet und die sprachliche Formulierung des Textes macht seine Lektüre auch für den Studenten anregend. Eine Einleitung zu jedem Kapitel und die Zusammenfassung am Schluß unterstreichen dieses in didaktisch günstiger Weise.

Wieck bringt nicht nur eine Reihe von Fotografien zur Erläuterung des Textes, sondern er bedient sich auch vieler Schemata, wie sie sonst gern in der experimentellen Psychologie verwendet werden. Er bezieht die klinische Psychologie auch von der Testseite her reichlich in seine Untersuchungen ein. Durch viele gut gewählte kasuistische Beispiele gewinnt der Stoff an Anschaulichkeit. Das nach Kapiteln geordnete Literaturverzeichnis mit durchlaufender Numerierung der Titel ermöglicht dem Leser das rasche Nachschlagen.

Die Ausstattung des Buches durch den Verlag mit Glanzdruck und gut lesbaren Typen ist hervorragend, das Format nach Größe und Volumen sehr handlich. Das Lehrbuch von Wieck empfiehlt sich nicht nur für

Das Lehrbuch von Wieck empfiehlt sich nicht nur für den Studenten der Medizin, sondern auch für Ärzte der Allgemeinpraxis und anderer Disziplinen. Auch der angehende Psychiater wird aus der Lektüre Nutzen ziehen. Für die der Psychiatrie nahestehenden Wissenszweige, wie Psychologie, Pädagogik, Anthropologie, ist das Buch ebenfalls als Grundriß beachtenswert.

Dr. W. Frinken, München

LEO KRUTOFF: "Nie zu alt, um jung zu sein"

(erschienen in der Reihe "Consultationen"). Neuauflage, 190 S., laminiert, DM 15.—. Econ-Verlag, Düsseldorf/Wien.

Zur Zeit leben auf der Erde 175 Millionen Menschen, die älter sind als 65 Jahre. Das entspricht der Gesamtbevölkerung Europas im 18. Jahrhundert. Auf die sich daraus ergebenden Probleme hat sich die Medizin, deren Forschungen und Entwicklungen die erhöhte Lebenserwartung in der Hauptsache zu verdanken ist, vorbereitet. Zwei völlig neue Zweige der Wissenschaft sind begründet worden und befinden sich in stetiger Entwicklung: die Gerontologie und die Geriatrie. Die Arbeiten und Erkenntnisse dieser beiden Zweige sind ebenso revolutionär wie die Entwicklung, durch die sie ausgelöst wurden.

Wohin wird der Lebensweg des Menschen führen? Wie können die Probleme des Alters und des alternden Menschen gelöst werden? Welche Vorbereitungen müssen — körperlich, geistig, finanziell — getroffen werden? Welche Möglichkeiten der Verjüngung und der Lebensverlängerung gibt es heute? Auf alle diese uns beschäftigenden Fragen erhält der Leser sachlich fundierte, überzeugende Antworten.

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

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

vom 22. bis 24. November 1968 in München

Freitag, 22. November 1968

Mitgliedervollversammlung der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e. V. lm Konferenzraum der Kleinen Kongreßhalle des Ausstellungspar-

Tagesordnung:

- 1. Tätigkeitsbericht des 1. Vorsitzenden über das verflossene Jahr
- 2. Kassenbericht
- 3. Entlastung des Vorstandes

4. Sonstiges

Im Anschluß daran findet um 20.00 Uhr im Haupt-Restaurant des Ausstellungsparkes (neben der Kongreßhalle) der Begrüßungsabend statt. Alle Kongreßteilnehmer sind zu einem "Bayerischen Schmankerlabend" eingeladen.

Samstag, 23. November 1968

Beginn 9.00 Uhr s. t.

Vorsltz

Prof. Dr. Dr. G. Bodechtel, Direktor der II. Medizinischen Universitätsklinik München

9.00-9.10 Uhr:

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

9.10-9.25 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. G. Fruhmann, München

"Atiologie, Pathogenese und Therapie der chronischen Bronchitis"

9.25-9.45 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. H. Borchers, München

"Die theraplerefraktären Anämien"

(Differentialdiagnose und Therapie)

9.45-9.50 Uhr: Diskussion

9.50-10.00 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. F. Mittelbach, München

"Die Behandlung der Myasthenia gravis Pseudoparalytica"

10.00-10.15 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. W. Rudolph, München

"Neue Gesichtspunkte zur Diagnostik und Therapie der koronaren Herzerkrankung unter besonderer Berücksichtigung der Indikationsstellung für koronarchirurgische Eingriffe"

10.15-10.20 Uhr:

Diskussion

10.50-11.05 Uhr:

Dr. P. Dieterie, München

"Das Syndrom Diabetes bei verschiedenen Erkrankungen"

11.05—11.25 Uhr: Prof. Dr. P. Eymer und Dr. P. Kiefhaber, München

"Zur Klinik und Diagnostik anikterischer Lebererkrankungen"

11.25-11.30 Uhr:

Diskussion

11.30-11.50 Uhr:

Prof. Dr. M. M. Forell, München "Funktionsprüfungen der Verdauungsorgane und Ihr Wert für Diagnostik und Therapie"

11.50-12.05 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. P. Scriba, München "Zur Patbopbysiologie und Therapie der

Nebennierenrindeninsuffizienz"

12.05-12.10 Uhr:

Diskussion



Beginn 15.00 Uhr s. t.

Vorsltz:

Prof. Dr. W. Seltz, Direktor der Medizinischen Universitäts-Poliklinik München

15.00—15.25 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. H. Mathies, München "Differentialdiagnostische Probleme bei der chronischen Polyarthritis"

15.25-15.40 Uhr:

Dr. M. Schattenkirchner, München

"Differentialdiagnostische Probleme bei der Spondylitis ankylopoetica"

15.40-15.45 Uhr: Diskussion

15.45-16.00 Uhr:

Dr. H. Frost, München "Das Raynaud-Syndrom"

16.00-16.25 Uhr:

Prof. Dr. H. Hess, München

"Differentiaitherapie akuter arterieller Verschlüsse"

16.25-16.35 Uhr: Diskussion

17.05-17.20 Uhr:

Dr. S. Elhardt, München

"Dlfferentialtherapie einer Herzneurose"

17.20-17.30 Uhr:

Dr. P. U. Heuckenkamp, München "Zur Behandlung der chronischen Hepatitis"

Dr. G. Wolfram, München

"Medikamentöse Behandlung der Hypercholesterinämie"

17.40-17.50 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. H. Lydtin, München "Zur Bebandlung der Angina pectoris mit

adrenergeu β-Rezeptorenblockern"

17.50-18.00 Uhr: Diskussion

Sonntag, 24. November 1968

Beginn 9.00 Uhr s. t.

Vorsitz

Prof. Dr. H. Schwiegk, Direktor der I. Medizinischen Universitätsklinik München

9.00-9.15 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. H. Jahrmärker, München "Cor pulmonale chronieum bei jungen Menschen"

-9.30 Uhr:

Dr. H. Avenhaus, München

"Gegenwärtiger Stand der Anwendung von Schrittmachern"

9.30-9.35 Uhr: Diskussion 9.35-9.50 Uhr:

Prof. Dr. W. Lang, München

"Hepatitis als bedeutungsvoliste Infektionskrankheit in Deutschiand"

9.50-10.05 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. J. Eisenburg, München

"Probleme der Steroidtherapie bei Hepatopathien"

10.05-10.10 Uhr:

Diskussion

10.40-10.55 Uhr:

Prof. Dr. R. Marx, München

"Zur Theraple der Blutungen bei Hepatopathien"

10.55-11.10 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. R. Burkhardt, München "Altersknochenmark und Osteoporose"

11.10-11.15 Uhr:

Diskussion

Priv.-Doz. Dr. H. J. Karl, München

"Primärer und sekundärer Hyperparathyreoidismus"

11.30-11.45 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. H. Edel, München "Probleme der Nierentransplantation"

11.45-11.55 Uhr:

Diskussion

Auskunft: Sekretariat der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayern e. V., 8036 Herrsching, Summerstraße 3, Telefon 08152/200 oder 264

Röntgenologie im Kindesalter

am 23./24. November 1968 in Erlangen

Die Kinderklinik und Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. A. Windorfer) veranstaltet am 23/24. 11. 1968 das 3. Erlanger Symposion über "Röntgenologie im Kindesalter" im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft für pädiatrische Radiologie.

Themen:

"Akutes Abdomen"

"Chronisch-entzündliche Dünndarmerkrankungen"

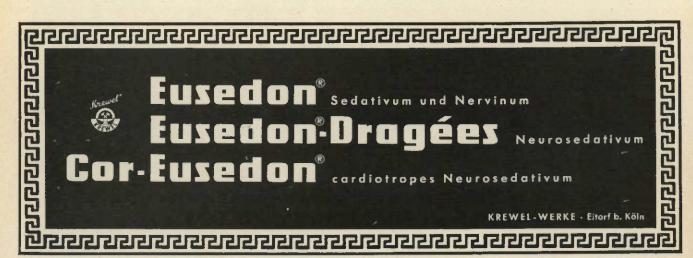
"Tumoren"

"Cbronisch-rezldivierende Lungenerkrankungen"

"Technische Fragen"

"Neuroradiologisches Rundtischgespräch"

Anmeldung und Auskunft: Dr. W. Schuster, Universitäts-Klnderklinik, Röntgenabteilung, 8520 Erlangen, Loschgestraße 15





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

eln neuer β -Rezeptorenblocker mit leicht sympathikotoner Eigenwirkung

APTIN

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

APTIN

blockiert auch den basalen Sympathikotonus des Herzens aber...

APTIN

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.

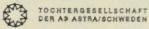
Indikationen

- 1. Angina pectoris
- 2. Herzneurosen (Psychovegetative sympathikotone 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 mi und 25x10 mi Ampullen

PHARMA-STERN GMBH

2 WEDEL (HOLSTEIN) . INDUSTRIESTRASSE 25



19. Wissenschaftliche Ärztetagung Nürnberg

Vom 6, bis 8. Dezember 1968 -- Veranstaltet von der Bayerischen Landesärztekammer Wissenschaftliche Leitung: Professor Dr. R. Schubert - Tagungsort: Meistersingerhalle Nürnberg

Freitag, den 6. Dezember 1968

Tagesthema:

HEUTIGER STAND DER THERAPIE ENDOKRINER **ERKRANKUNGEN**

9.00-9.40 Uhr:

Eröffnung, Begrüßung und Einleitung zu den Hauptthemen

9.40-10.20 Uhr:

Prof. Dr. E. Pfeiffer, Vorsitzender des Zentrums für Innere Medizin der Universität Uim:

"Neuzeitliche Diagnostik und Therapie der Erkrankungen der Hypophyse"

10.20-11.00 Uhr:

Prof. Dr. H.-W. Bansi, Direktor der 1. Inneren Abteilung des St.-Georg-Krankenhauses Hamburg:

"Therapie der Schilddrüsenerkrankungen einschließlich Thyreoiditis"

11.00-11.30 Uhr:

Pause zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie-Ausstellung

Prof. Dr. H. Nowakowski, Leitender Oberarzt der II. Medizinischen Universitätsklinik Hamburg-Eppen-

"Fortschritte in der Behandlung der Erkrankungen von Nebennierenrinde und -mark"

12.10—12.40 Uhr:

Prof. Dr. W. Nikolowski, Direktor der Hautklinik der Städtischen Krankenanstalten Augsburg: "Therapeutische Möglichkeiten im Klimakterlum virile"

Mittagspause (Restaurant im Hause)

14.20-14.50 Uhr:

Filmvorführung (Boehringer GmbH Mannheim) "Leberdiagnostik"

Prof. Dr. G. W. Parade, Chefarzt des Frankensanatoriums Bad Neustadt/Saale:

"Die Nebenschilddrüsen und ihre Beziehungen zur Tetanie"

15.40-16.20 Uhr:

Prof. Dr. V. Probst, Frauenklinik der Universität Tübingen:

"Pathophysiologie und Therapie des klimakterischen Syndroms"

16.20-16.50 Uhr:

Prof. Dr. G. Stark, Direktor der Frauenklinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg:

"Hormonelle Einflüsse durch Ovulationshemmer"

16.50-17.20 Uhr:

Pause zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie-Ausstellung

17.20-17.50 Uhr:

Prof. Dr. H. Kleinfelder, Direktor der 3. Medizinischen Kiinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg:

"Hormontherapie des metastaslerenden Mammakarzinoms"

17.50-18.20 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. H. Sachse, Direktor der Urologischen Kiinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg:

"Hormontherapie bei Prostatatumoren"

18.20 Uhr:

Diskussion

Samstag, den 7. Dezember 1968

Tagesthema:

FEHLDIAGNOSEN UND IHRE THERAPEUTISCHEN KONSEQUENZEN

9.30-10.10 Uhr:

Prof. Dr. E. Wollheim, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg:

"Fehldiagnosen bei Herz- und Kreislaufstörungen"

10.10-10.50 Uhr:

Prof. Dr. G. Hegemann, Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen-Nürnberg:

"Differentialdiagnose und Therapielndikation bei akutem Bauch"

10.50-11.20 Uhr:

Pause zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie-Ausstellung

11.20-12.00 Uhr:

Prof. Dr. J. Frey, Direktor der II. Medizinischen Universitätsklinik Frankfurt:

"Fehlbeurteilungen von Nierenerkrankungen"

12.00-12.30 Uhr:

Prof. Dr. R. Schubert, Direktor der 2. Medizinischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg: "Fehldiagnosen auf dem Gebiet der akuten und chronischen Lungenerkrankungen"

Mittagspause (Restaurant im Hause)

14.15-14.50 Uhr:

Filmvorführung (Farbenfabriken Bayer, Leverkusen)

"Die chronische rezidivierende Pyelonephritis"

15.00-15.30 Uhr:

Prof. Dr. G. Kortlng, Direktor der Universitätshautklinik Mainz:

"Bedeutsame Fehldiagnosen in der Dermatologie"

15.30—16.10 Uhr: Prof. Dr. H. Kalk, Leberklinik Bad Kissingen:

"Fehldiagnosen auf dem Gebiet der Erkrankungen der Leber und der Gallenwege"

16.10-16.40 Uhr:

Pause zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie-Ausstellung



Rein pflanzliches Dauersedativum

Passiff, inc., Salix alb., Crataeg. axy

Ohne Gewöhnungsgefahr

Ohne Nebenwirkungen

Unschädliche Kur- und Dauermedikation zur Stabilisierung des Nervensystems

SIMONS CHEMISCHE FABRIK GAUTING BEI MÜNCHEN





ERMICUTAN-KG . DR. EULER . MUNCHEN

16.40-17.20 Uhr:

Prof. Dr. H. Sattes, Leitender Oberarzt der Universitätsnervenklinik Würzburg:

"Fehldiagnosen bei organischen und psychogenen Dämmerzuständen"

17.20-17.50 Uhr:

Prof. Dr. G. Datzauer, Direktor des Institutes für Gerichtliche Medizin der Universität Köln:

"Fehldiagnose Trunkenhelt"

17.50-18.20 Uhr:

Dr. H. L. Staudacher, Oberarzt der 2. Medizinischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg: "Fehldlagnosen auf dem Geblet der Vergiftungen"

18.20 Uhr:

Diskussion

Sonntag, den 8. Dezember 1968

Tagesthema:

BERATUNG UND BEHANDLUNG BEI SEXUELLEN STÖRUNGEN

9.30-10.10 Uhr:

Prof. Dr. Dr. H. Giese, Direktor des Institutes für Sexualforschung der Universität Hamburg-Eppendorf "Die Sexualität in der ärztlichen Sprechstunde"

10.10-10.50 Uhr

Prof. Dr. F. Flügel, ehem. Direktor der Nervenkllnik der Universität Erlangen-Nürnberg: "Sexuelle Probleme bei älteren Menschen"

Pause zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie-Ausstellung

Prof. Dr. H. Harbauer, Direktor der Klinik für Klnder- und Jugendpsychlatrie der Universität Frank-

"Sexuelle Fragen lm Kindes- und Jugendalter"

12.00—12.40 Uhr:

Dr. V. Sigusch, Institut für Sexualforschung der Universität Hamburg-Eppendorf:

"Physiologie der sexuellen Reaktion"

12.40 Uhr: Diskussion Teilnehmerkarten sind gegen Zahlung der Tagungsgebühr von DM 25,- (für einen Tag DM 10,-) am Informationsschalter in der Meistersingerhalle erhältlich.

2. Wissenschaftliche Tagung des Bayerischen Sportärzte-Verbandes

vom 13. bis 15. 12. 1968 in München-Grünwald

Der Bayerische Sportärzte-Verband e. V. veranstaltet in der Zeit vom 13. bis 15. 12. 1968 in der Sportschule München-Grünwald seine 2. Wissenschaftliche Tagung.

Die Teilnahme wird zum Erwerb des Deutschen Sportarztdiploms angerechnet.

Anmeldungen und Auskunft: Geschäftsstelle des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e. V., 8000 München 2, Brienner Straße 50, "Haus des Sports".

Beilagenhlnweis

ser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen belgefügt: Labopharma, 1 Berlin Comboni-Missionare Missionshaus Mellatz, 8991 Opfenbach Winterthur-Versicherung, 8 München Dleser

"Bayerisches Ärztebiatt". Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85/111, Telefon 36 11 21, Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis vierteljähriich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 5,5% = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Postscheckkonto Nr. 5252, Amt Mün-



Mitgliedsbeitrag enthalten. Postscheckkonto Nr. 52 52, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. "Bayerisches Ärzteblatt"). Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8000 München 15, Postfach, Sonnenstraße 29, Tel. 55 80 81, Fernschreiber: 05 23662, Telegrammadresse: atlas-press. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München.

Druck: Richard Pflaum Verlag München. Alle Rechte, ins-besondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrophotographie sowie das Recht der Übersetzung in Fremd-sprachen für alle veröffentlichten Belträge vorbehalten.

sprachen für alle veröffentlichten Belträge vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rücksendung nichtverlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto belliegt. Bel Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

PREDNISON und PREDNISOLON'Sanhelios' 5 mg

Zusammensetzung

Jede Tablette mit Doppelbruchrille enthölt 5 mg Prednison bzw. Prednisolon USP XVI, BP 58.

Indikation

Rheumotische Erkrankungen und Affektionen on Knochen, Gelenken und Bändern; Asthma bronchiole und ollergische Rhinitis; Heufieber; Blutkronkheiten; Leber-, Herz- und Nierenkronkheiten.

Preise gem. A. T. m. U.

[abletten nur DM 5,25

50 Tabletten DM 12,10 · 100 Tabletten DM 23,- · Klinikpockung zu 500 Tabletten

8erlin 62 - Ruf 711588

Zolghadar



München Maximilianstr.33 Ulm Neue Str. 46 Ingolstadt Theresienstr. 28

Eine richtige Sauna im eigenen Heim



in dar man sitzen, liegen, eufracht gahen, lasen und sich entspennen kann. Die besta Kur, dia es sait eltersher gibt: Schwitzen. Zur beugung gegen Witterungsfolgen als überaus wohltuend bakannl und dar Figur zuträglich. Gesundes Schwilzen, da stetig geheizte Frisch-luft raine Atemluit bringt. Die einziga Voraussetzung:Irgendein freier Platz in Ihrer Wohnung. Standardgrößen z.B.: 1x1m DM 990.-, 1,3x2m DM 1590.-, 1,8 x 2 m DM 1990.-. Sotort betriebs-bereit liefarbar fral Haus, keina Montagekosten. Auch Maßanfertigung für Ihra Raumverhältnisse. Prospekt und Informationsmateriel bei der alt-

Gugelwerke S 280

78 Freiburg I. Br. Tel, 0701/35001

Sanatorium St. Blasien

südlicher Schworzwald · 800 m über dem Meer Deutschlands höchstgelegene

PRIVATE FACHKLINIK für alle Erkrankungen der Atmungsgragne

Alle neuzeitlichen Bahandlungsmethoden Saziale Kastenträger und private Kronkenkassen Chefarzt: Obermedizinalrat Dr. Fritz B R E C K E, Telefon 07672/331

DR. SCHEDE'S Kindersanatorium



7891 Uhlingen Südschwarzwald, 700 m. Moderner Neubau in son-alger Lage, 23 Kd. 0-13 J. Tgl. Gymnostik-Veterricht Ständige ärzti. Betreuung

Ltg.: Frau Dr. med. E. Ries-Schede

Enuresis nocturna

hat sich HICOTON als Spezifikum seit Jahrzehntan bestans bewährt! In allen Apothekan erhältlich. Prospekt und Muster kastenlas durch den Alleinherstallar: "M E D I K A" Phorm. Präparata, 8 München 21

Kurart in Oberbayern

bietet in bester Stadtlege baureifes Grundstück (1000 qm) Hierzu kann Sanatoriumieitung merzu kann Sanatorumietung übernommen werden. Erforder-liches Kepital DM 90 000,—. Zuschriften erbeten unter Nr. 331/300 an die Anzeigenverwal-tung BAYER. ÄRZTEBLATT, 8000 München 15, Sonnenstr. 29

Flügel · Cembali · Spinette

neu und gespielt, alle Preislagen, alle Größen

Klaviere

a. Wunsch bis 40 Monatsraten Lieferung frei Haus Kundendienst

Claviere

Ein Besuch lahnt sich in Deutschlands größtem Klavier-Fachgeschäft

Piano-Lang

München, Kaufingerstraße 28/1 Augsburg, Bahnhafstraße 15/1 Regensburg, Kassiansplatz 3 Frankfurt/Main, Stiftstraße 32

Eigentumswohnungen im Hochhaus

In München-Bogenhausen **Arabellapark**

Englschalkinger Str.

in hervorregender Lage Münchens bieten wir hochkomforteble Wohnungen mit 1 bis 4 Zimmern en. Strahlungsheizung, eutomatische Be- und Entlüftung, raumhohe Terrassenfenster aus Leichtmetali. kompiette Einbauküchen, Spannteppiche usw. gehören zur Ausstattung Jeder Wohnung.

Sonnenterresse mit Kinderschwimmbecken und Duschen auf dem Dach des 17geschossigen Hauses stehen den Eigentümern zur Verfügung.

Noch einige bezugsfertige Wohnungen im Haus!

Haus II Ende 1968 zu beziehen

Günstige Finenzierungsmöglichkeiten (I. Hypothek zu 61/2 % Zins und 1 % Tilgung, Auszehlung 97 %).

Informieren Sie sich in unserer

Musterwohnung

Samstag von 10-12 und 14-17 Uhr, Sonntag von 10-12 oder durch Anforderung unseres kosteniosen Prospektes.



Gesellscheft für EWD Eigenheim- und

8 München 5, Kienzestraße 99 Telefon 267061

