

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 11

München, November 1969

24. Jahrgang

22. Bayerischer Ärztetag in Amberg

vom 17. bis 19. Oktober 1969

Der 22. Bayerische Ärztetag wurde am 17. Oktober 1969 im großen Saal des Rathauses in Amberg mit einem Festakt eröffnet.

Der feierliche Festakt im blumengeschmückten gotischen Saal wurde von Darbietungen der Regensburger Domspatzen unter der Leitung von Domkapellmeister RATZINGER umrahmt. Das Programm reichte vom mittelalterlichen Madrigal bis zur Romantik des deutschen Volksliedes.

Obermedizinalrat Dr. med. Hermann MÜHLEISEN, 1. Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Amberg, sowie Oberbürgermeister Dr. Wolf STEININGER richteten an die 176 Delegierten der 19 000 bayerischen Ärzte und die zahlreich erschienenen Ehrengäste Grußworte.

Professor Dr. med. Hans J. SEWERING, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, konnte eine große Zahl von Ehrengästen begrüßen, die als Vertreter staatlicher, behördlicher und kirchlicher Stellen erschienen waren: als Vertreter der Bayerischen Staatsregierung und des an der Teilnahme leider verhinderten Herrn Ministerpräsidenten Dr. Alfons GOPPEL, den Bayerischen Staatsminister des Innern, Herrn Dr. Bruno MERK, als Vertreter des Bayerischen Senats den Herrn Präsidenten des Bayerischen Senats, Freiherrn POSCHINGER VON FRAUENAU, den Bayerischen Staatsminister für Arbeit und soziale Fürsorge, Herrn Dr. Fritz PIRKL, Staatssekretär SACKMANN, MdL, das Mitglied des Bundestages Herrn Dr. AIGNER, die Mitglieder des Bayerischen Landtags, unter ihnen Herrn Kollegen Dr. med. Rudolf SOENNING, zugleich in seiner Eigenschaft als Vorsitzender des Bayerischen Landesgesundheitsrates, ferner die Landtagsabgeordneten Herrn SCHALLER, Herrn SICHLER, die Mitglieder des Bayerischen Senats, Frau DOSTLER, Herrn Kollegen Dr. Dr. v. GUGEL, zugleich als Vorsitzender des Landesverbandes Bayern des Hartmannbundes, Herrn Kollegen Stadtmedizinaldirektor Dr. KLÄSS, zugleich als Vizepräsident des Bayerischen Roten Kreuzes, vom Bayerischen Staatsministerium des Innern den Leiter der Gesundheitsabteilung, Herrn Kollegen Ministerialdirigent Dr. HEIN, und Herrn Ministerialrat Dr. WILHELM, Seine Spektakelität Herrn Professor Dr. VALENTIN, Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg, den Regierungspräsidenten der Oberpfalz,

Herrn Dr. EMMERIG, den Oberbürgermeister der Stadt Amberg, Herrn Dr. STEININGER, mit Herrn Bürgermeister PRECHTL und den Mitgliedern des Stadtrates, den Bürgermeister von Sulzbach-Rosenberg, Herrn GÖTH, Herrn Bürgermeister BÖSL anstelle des erkrankten Landrates Herrn Dr. RASS, als Vertreter der Katholischen Kirche den Herrn Geistlichen Rat Stadtdekan DIMPFL, für die Evangelische Kirche als Vertreter des Herrn Dekans den Herrn Stadtpfarrer STEINBAUER, den Präsidenten des Bayerischen Obersten Landesgerichts, Herrn Oberlandesgerichtspräsidenten SCHÄFER, den Präsidenten des Bayerischen Landessozialgerichts, Herrn Landessozialgerichtspräsidenten BERGHOFER, mit weiteren Herren der bayerischen Sozialgerichtsbarkeit, den Kommandeur der Panzerbrigade 12, Herrn Brigadegeneral JACOBI, den Kommandeur der Grenzschutzgruppe 1 Schwandorf, Herrn Oberst Dr. ETTINGER, den Wehrbereichsarzt VI, Herrn Oberstarzt Dr. KOHLER, den Chefarzt des Bundeswehrlazarets, Herrn Oberstarzt Dozent Dr. Dr. WÜNSCHE, den Präsidenten der Bayerischen Versicherungskammer, Herrn Staatssekretär a. D. Dr. WEHGARTNER, den Leiter der Bayerischen Ärzteversorgung, Herrn Oberregierungsdirktor Dr. HÖNIG, mit den Herren Regierungsdirktor Dr. NEBEL und Oberregierungsrat JERKE, für die Bayerische Landesapothekerkammer Herrn Professor Dr. SCHLEMMER, den Vizepräsidenten der Bayerischen Landestierärztekammer, Herrn Dr. BLENDINGER, als Vertreter des Landesverbandes Bayern der Ortskrankenkassen und der Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Krankenkassen Herrn Verwaltungsdirektor SITZMANN, als Vertreter des Landesverbandes der Innungskrankenkassen in Bayern Frau Verwaltungsdirektorin SCHMID, die Vertreter der örtlichen Krankenkassen, die Vertreter von Behörden, unter ihnen Herrn Landgerichtspräsidenten WILHELM, Körperschaften und Schulen, unter ihnen den Direktor der Berufsschule und Berufsaufbauschule der Stadt Amberg, Herrn MÜHLBAUER, und der Gewerkschaften, die Herren Repräsentanten angesehener Häuser der pharmazeutischen Industrie und der Apotheker- und Ärztebank.

Besonders herzlich wurden begrüßt die bayerischen Träger der Paracelsus-Medaille, der höchsten Auszeichnung der deutschen Ärzteschaft, Herr Dr. HERING, Herr Dr. SONDERMANN und Herr Dr. VÖLLINGER, der

Präsident des Deutschen Ärztetages und der Bundesärztekammer, Herr Professor Dr. FROMM, der Vizepräsident Herr Dr. DEGENHARD, die übrigen Mitglieder des Vorstandes der Bundesärztekammer, Präsidenten und Vizepräsidenten der übrigen Landesärztekammern, unter ihnen der Bundesvorsitzende des Marburger Bundes, Herr Kollege Dr. ODENBACH, der 2. Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Herr Dr. SCHMITZ-FORMES, die Mitglieder der Geschäftsführung und Rechtsabteilung der Bundesärztekammer, stellvertretend für alle, Herr Kollege Dr. STOCKHAUSEN und Herr Dr. HESS, der Vorsitzende des Bayerischen Medizinbeamtenvereins, Herr Regierungsmedizinaldirektor Dr. BÖHM, der Vorsitzende des Landesverbandes Bayern des Marburger Bundes, Herr Obermedizinalrat Dr. MÜHLEISEN, zugleich in seiner Eigenschaft als 1. Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Amberg, die Delegierten und Mitglieder des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer, die Mitglieder des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, alle übrigen Kolleginnen und Kollegen, einige wissenschaftliche Leiter von Fortbildungsveranstaltungen, alle anwesenden Damen, besonders die Arztehefrauen, Presse und Rundfunk, unter ihnen Schriftleiter und Mitarbeiter der Ständepresse.

Professor Dr. SEWERING skizzierte in seiner Eröffnungsansprache die Hauptthemen der Arbeitstagung des diesjährigen Bayerischen Ärztetages: Beratungen im weiten Feld der Gesundheits- und Sozialpolitik, zweite Lesung einer Neufassung der Berufsordnung, Fragen der ärztlichen Berufsausübung in all ihren Formen, dabei im Vordergrund stehend die Erhaltung der Freiheit der ärztlichen Berufsausübung, aber auch die wirtschaftliche Sicherung der Ärzte — von den jungen bis zu den alten Kollegen.

Ein besonderes Merkmal dieses Ärztetages sei die Verabschiedung des bisherigen Vizepräsidenten Dr. SONDERMANN. Trotz der Schwierigkeiten nach dem zweiten Weltkrieg sei er sofort zur Mitarbeit beim Aufbau der ärztlichen Berufsvertretung bereit gewesen. Nach über zwanzig Jahren aktiver Tätigkeit — davon fünfzehn als Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer — verlasse er jetzt die Bühne der Arztpolitik und ziehe sich aus der aktiven Standesarbeit zurück. In seinen wohlverdienten Ruhestand begleite ihn der Dank der ganzen Ärzteschaft. Der 22. Bayerische Ärztetag stehe damit im Zeichen Gustav Sondermanns.

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

Ansprache des Bayerischen Staatsministers des Innern

„Meine sehr verehrten Damen und Herren!

Amberg liegt zwar nicht in unmittelbarer Nähe von München. Ich habe es mir aber trotzdem nicht nehmen lassen, zu Ihrem Ärztetag hierher zu kommen. Für den Innenminister ist es nicht bloß eine ressortmäßige Pflichtübung, wenn er zu Ihnen kommt; er tut es gerne, weil er sich mit den Ärzten in besonderer Weise verbunden fühlt.

Ich glaube, dieses Jahr ist in der Geschichte der ärztlichen Selbstverwaltung in Bayern von besonderer Bedeutung. Nach mehrjährigen Vorarbeiten ist am 1. Juli die neue Weiterbildungsordnung für die Ärzte in Bayern in Kraft getreten.

Mit ihr wurde das ärztliche Berufsrecht konsequent weiterentwickelt und zugleich an den derzeitigen Stand der Medizin angepaßt. So wurden sogenannte Teilgebietsbezeichnungen innerhalb der Inneren Medizin und Chirurgie eingeführt, neue Facharztbezeichnungen geschaffen, wie Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pathologie und Pharmakologie, nicht zuletzt aber auch die Möglichkeit eröffnet, sich zum ‚Arzt für Allgemeinmedizin‘ weiterzubilden. Neue Akzente setzt auch die am 1. Januar 1970 in Kraft tretende Neufassung der Bundesärzteordnung. Beides, die Weiterbildungsordnung und die Novellierung der Bundesärzteordnung, sind Wegweiser auf dem Weg in die Zukunft. Wir wollen damit die Weichen für ein neues Selbstverständnis des Arztes stellen, auf den in unserer technischen, plurallistischen Welt ganz neue Aufgaben zukommen. Es ist Sache des Staates, für eine gute Ausbildung der Ärzte zu sorgen. Was sind nun die Aufgaben des Staates bei der Ausbildung der Ärzte? Wie muß man sich ein gedeihliches Zusammenwirken von Staat und

ärztlicher Selbstverwaltung vorstellen? Die neue Approbationsordnung definiert als Ziel der Ausbildung zum Arzt:

„Ziel der ärztlichen Ausbildung ist die wissenschaftliche Heranbildung zu einem Arzt, der mit den Grundlagen und Methoden des ärztlichen Denkens, Wissens und Handelns soweit vertraut ist, daß er zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufs im Dienste der Gesellschaft befähigt ist.“

Es fragt sich: Umschreibt diese Definition wirklich alles, was unter ärztlicher Ausbildung zu verstehen ist? Oder anders ausgedrückt: Worin besteht die Aufgabe des Staates? Genügt es, daß er Ärzte heranbildet, die in der Lage sind, vollverantwortlich die Heilkunde auszuüben? Wie Sie wissen, stehen diese Fragen zur Zeit sehr im Feuer.

Nach der Erteilung der Approbation endet die ärztliche Ausbildung. Sie gibt das Recht zur vollen und uneingeschränkten ärztlichen Berufsausübung. Der junge Arzt befindet sich in Zukunft nach Ablegung der ärztlichen Prüfung nicht mehr — wie bisher — in Ausbildung. Seine Arbeit im Krankenhaus ist volle ärztliche Berufsausübung, obwohl sie unbestritten zugleich der Vorbereitung auf das endgültige Berufsziel dient. Dieser Abschnitt der ärztlichen Tätigkeit wird deshalb von der Ärzteschaft selbst als Weiterbildung bezeichnet — ein Begriff, der nach längeren Auseinandersetzungen nunmehr erstmals auch in einem Gesetz, nämlich der Novelle zur Bundesärzteordnung, verankert ist.

In der Praxis ist nun die Frage umstritten, wer für die Regelung der Weiterbildung zuständig ist — der Bund oder die Länder? Wir sind der Auffassung, daß

Festakt anlässlich des 22. Bayerischen Ärztetages in Amberg



*Professor Dr. Hans J. Sewering
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer
dahinter: Domkapellmeister Ratzinger*



*Dr. Bruno Merk
Bayerischer Staatsminister des Innern*



*Dr. Wolf Steininger
Oberbürgermeister der Stadt Amberg*



*Professor Dr. E. Fromm
Präsident der Bundesärztekammer*



*Obermedizinalrat Dr. H. Mühleisen
1. Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Amberg*



*Von links nach rechts (1. Reihe):
Staatsminister Dr. Merk, Professor Dr. Fromm,
Landtagsvizepräsident Nüssel*



Von rechts nach links (1. Reihe):
Staatsminister Dr. Pirkl, Staatssekretär Sackmann, MdL,
Stadtrat Dr. Aigner, MdB, Regierungspräsident Dr. Em-
merig, Oberst Dr. Ettinger, General Jacobi, Professor
Dr. Valentin



Von rechts nach links (1. Reihe):
Obermedizinalrat Dr. Mühleisen, Vizepräsident Dr.
Sondermann, Präsident Frhr. Poschinger v. Frauenau,
Landtagsvizepräsident Nüssel



Blick auf den vollbesetzten Rathausaal



Die Regensburger Domspatzen



Das Musikkorps des Bundesgrenzschutz-Kommandos Süd verabschiedet den ausscheidenden
Vizepräsidenten Dr. G. Sondermann



Blick auf die Besucher des Gesellschaftsabends
im Kolpingsaal



Tanzdarbietung während des Gesellschaftsabends

der Erlaß von Richtlinien über die Weiterbildung von Ärzten Landesrecht ist. Wir waren von jeher der Ansicht, daß es sich hierbei um eine Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung handelt. Diese uns sinnvoll und zweckmäßig scheinende Ordnung stößt allerdings mancherorts auf Widerspruch. So wurde vor einigen Jahren bei der Erarbeitung der — rechtlich gleichgelagerten — Bundestierärzteordnung der Versuch gemacht, die Bestimmungen über Fachtierärzte in die bundesrechtliche Regelung einzubeziehen. Wäre der Versuch seinerzeit gelungen, so hätten sich fast zwangsläufig entsprechende Folgerungen auch für die Ärzte ergeben. Ganz ähnliche Auswirkungen hätte die auch schon diskutierte Einführung eines „Diplompharmazeuten“ auf das Berufsbild des Apothekers.

Dieser Entwicklung haben wir uns entgegengesetzt. Wir haben stets darauf geachtet, daß die klare Trennung zwischen Ausbildung und Zulassung zum Beruf einerseits und Weiterbildung nach der Approbation andererseits nicht verwischt wird. Der Bayerischen Staatsregierung ging es dabei nicht etwa nur um die starre Erhaltung föderalistischer Rechte um ihrer selbst willen, wie es uns oft vorgeworfen wird, sondern um die Bewahrung der überkommenen Grundsätze des Berufsrechts der Heilberufe.

Leider haben sich die Vorstellungen der Landesärztekammern und der Bundesländer in dieser Frage bisher nicht unter einen Hut bringen lassen. Das hat dazu geführt, daß wir im augenblicklichen Zeitpunkt eine unerfreuliche Situation im ärztlichen Berufsrecht haben, die sich u. U. zur Krise entwickeln könnte: Die vom Deutschen Ärztetag in Wiesbaden 1968 verabschiedete und den Landesärztekammern zur Annahme empfohlene Weiterbildungsordnung wurde bei uns in Bayern nicht nur vom Bayerischen Ärztetag beschlossen, sondern auch von meinem Hause, das ja die Rechtsaufsicht über die Kammer ausübt, genehmigt. In den übrigen Bundesländern dagegen haben, soweit die Ärztekammern die Weiterbildungsordnung überhaupt schon verabschiedet haben — was aber offenbar noch nicht überall der Fall ist —, die Landesregierungen ihre Zustimmung vorerst zurückgestellt.

Vor allem zwei Gründe dürften für das unterschiedliche Verhalten in den anderen Bundesländern maßgeblich sein:

Einmal läuft beim Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe ein Verfahren, dessen Kernfrage die Zuständigkeit für den Erlaß einer Facharztordnung ist. Dabei geht es als erstes um die Zuordnung zum Bundes- oder Landesrecht, also um die Frage, ob die Facharztanerkennung eine Regelung der Berufsausübung oder eine Zulassung zu einem eigenen Beruf ist. Sollten sich die Hohen Richter in Karlsruhe für die Zulässigkeit der landesrechtlichen Zuständigkeit entscheiden, so ergibt sich die weitere Frage, ob die Regelung der Weiterbildung eine Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung ist oder ob der Landesgesetzgeber selbst auf diesem Gebiet tätig werden muß. Ich glaube, vor allem die Tatsache, daß solche Vorschriften seit der ersten Facharztordnung von 1924 immer von der ärztlichen Selbstverwaltung ausgearbeitet, beschlossen und durchgeführt wurden, spricht doch sehr dafür, daß das Hohe Gericht in Karlsruhe die bisherige Regelung als rechtens anerkennen wird.

Sodann scheinen die anderen Bundesländer Bedenken gegen die Einführung einer Weiterbildung in Allgemeinmedizin und damit die Schaffung der analog zur Facharztbezeichnung geschützten Bezeichnung „Allgemeinarzt“ zu haben. Hier wird vor allem das Argument ins Feld geführt, die vorgesehene freiwillige Weiterbildung zum Allgemeinarzt komme in ihrer Auswirkung einer allgemeinverbindlichen Ausbildung zum Beruf fast gleich. Das aber überschreite die Zuständigkeit der Ärztekammern, weil es sich in den Auswirkungen de facto um eine Zulassung zum Beruf handele. Dazu ist zu sagen: Würde der Bundesgesetzgeber ein Analogon zu der bei uns bereits beschlossenen Weiterbildung zum Allgemeinarzt schaffen, so könnte das Ergebnis in der Sache kaum anders ausfallen, als es in der gerade genehmigten Regelung vorgesehen ist. Freilich würde dadurch die Einheitlichkeit des Berufsbildes „Arzt“ endgültig in Frage gestellt. Ich möchte an dieser Stelle betonen — eigentlich ist es eine Selbstverständlichkeit —, daß auch mein Haus die von der Bayerischen Landesärztekammer vorgelegte Weiterbildungsordnung in rechtlicher Hinsicht eingehend geprüft und die Problematik durchaus erkannt hat. Unsere Genehmigung ist also weder ein Zeichen allzu wohlwollender Handhabung unserer Aufsichtspflicht noch eine Art juristisch anfechtbarer Freundschaftsakt. Ich kann nur hoffen und wünschen, daß das zu erwartende Karlsruher Urteil und die anstehenden Entscheidungen der Länderregierungen mit unserer, wie ich glaube richtigen, Auffassung übereinstimmen.

Die freiheitliche parlamentarische Demokratie ist zweifellos die Staatsform, welche der Würde des Menschen am meisten entspricht. Auch die Freiheit des Arztberufes kann sich nur in einer solchen freiheitlichen Ordnung ganz entfalten. Einer der Pfeiler demokratischer Staatsführung ist der Grundsatz der Subsidiarität. Das bedeutet, daß der Staat nach Möglichkeit nur dort tätig wird, wo die private Initiative der Gesellschaft oder einer bestimmten Gruppe der Gesellschaft nicht ausreicht, lebenswichtige Probleme zu lösen. Und hier spielt vor allem das Recht der Selbstverwaltung, die Freiheit also, eigene Angelegenheiten in eigener Zuständigkeit zu regeln, eine entscheidende Rolle. Dies gibt mir Anlaß, kurz auf die zur Beratung anstehende Neufassung des allgemeinen Teils der Berufsordnung für die deutschen Ärzte einzugehen.

Die Bedeutung dieser Materie hat sich nicht zuletzt bei den umfangreichen Debatten auf dem letzten Deutschen Ärztetag gezeigt. Es geht bei einer neuen Berufsordnung nicht so sehr darum, das Bild des Arztes in ein starres Schema zu pressen, sondern das Tor für die Zukunft aufzustoßen und damit der Ärzteschaft alle Möglichkeiten offen zu halten, damit sie bei der raschen Weiterentwicklung ihren Auftrag erfüllen kann. Denn darüber kann kein Zweifel bestehen, die modernen Naturwissenschaften und die Technik haben auch die Vorstellung vom Beruf des Arztes in einem Maße umgeformt, wie es vor noch nicht allzu langer Zeit nicht einmal hätte erahnt werden können. Der gute alte Hausarzt von ehemals wird bald der Legende angehören. Eine moderne Berufsordnung wird, entsprechend unserem ganzen Lebensstil, pragmatisch ausgerichtet sein. Sie muß sich vor allem an den wohlverstandenen Interessen der Bürger orientieren, muß deren Bedürfnissen in vollem Umfang Rechnung tragen. Es darf

auch nicht so aussehen, als sei sie nur eine Art ‚Zunftordnung‘ der Ärzte zur gegenseitigen Befriedigung eigener Interessen. Schon die Entstehung eines solchen Eindruckes wäre fatal, das Ansehen der Ärzteschaft würde sehr darunter leiden. Wie schwer es ist, solche Vorstellungen abzuwehren, brauche ich nicht besonders zu betonen.

Hauptanliegen des Staates ist es, daß seine Bürger ausreichend ärztlich versorgt werden. Wie schwierig das sein kann, zeigt sich zur Zeit auf dem flachen Lande. Ferner muß ein reibungslos funktionierender Notfall- und Bereitschaftsdienst auch an den Tagen, an denen sich die übrige Bevölkerung der Freizeit und Erholung widmet, zur Verfügung stehen. Beldes sicherzustellen, halte ich für eine vordringliche Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung. Die neue Berufsordnung könnte hier einen entscheidenden Fortschritt bringen. Vor allem müssen noch bestehende Schranken abgebaut werden. Eine Berufsordnung, auch wenn sie in erster Linie an den Verhältnissen der freipraktizierenden Ärzte ausgerichtet ist, sollte weiterhin darauf bedacht sein, das Zusammengehörigkeitsgefühl aller Ärzte zu stärken. Sie darf keine Ärztegruppe isolieren. Eine solche Gefahr besteht schon allein infolge der zunehmenden Differenzierung der ärztlichen Berufsausübung. Auch hier gilt es, die Einheit des Berufes zu wahren.

Die ärztlichen Berufsorganisationen haben nicht nur die Chance, sondern auch die Verpflichtung, selbst zu befriedigenden Lösungen zu kommen. Der Auftrag im Interesse der gesamten Bevölkerung sollte nicht zu gering erachtet werden. Wenn die anstehenden Probleme nicht rasch und befriedigend gelöst werden, wird mit Sicherheit als erstes der Ruf nach dem Staat laut. Das gilt es zu vermeiden. Es liegt daher im ureigensten Interesse der Ärzteschaft selbst, gute überzeugende Lösungen auszuarbeiten. Sonst diskreditieren sie sich selbst und setzen sich unliebsamen, vielleicht sogar aufgezwungenen Lösungen aus. Diese Gefahr muß gesehen und darf nicht bagatellisiert werden. Das Argument, es sei ja bisher immer alles gut gegangen, sticht, wie viele Beispiele zeigen, hier ebensowenig wie auf anderen Lebensgebieten. Die Ärzteschaft muß sich — und ich glaube, hier ist auch ein Hinweis auf die sich im Bund abzeichnende politische Entwicklung durchaus am Platz — mehr denn je darüber klar sein, welche Konsequenzen der Ruf nach dem Staat mit sich bringt.

Als Gesundheitsminister bitte ich alle Ärzte, sich der Mitarbeit an einer zeitgemäßen und in die Zukunft

weisenden Berufsordnung nicht zu versagen, damit die anstehenden Probleme, von denen ich die vordringlichsten angesprochen habe, ohne Eingreifen des Staates rasch, zuverlässig und zu aller Zufriedenheit gelöst werden können. Aufgrund der bisherigen guten Zusammenarbeit zwischen Ihnen und meinem Hause erwarte ich mir von Ihren Beratungen, die im parlamentarischen Sprachgebrauch einer Art zweiter Lesung gleichkommen, einen guten Erfolg. Er wird nicht ausbleiben, wenn die berechtigten Interessen unserer Bürger Ausgangs- und Mittelpunkt aller Ihrer Überlegungen sind.

Dies waren einige Gedanken aus der Sicht und Sorge des Ressortministers. Lassen Sie mich damit überleiten zu einem Manne, der es ganz besonders verdient, daß wir ihn heute feiern. Der Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, Herr Dr. Gustav SONDERMANN, konnte vor wenigen Tagen seinen 75. Geburtstag feiern. An dieser Stelle möchte auch ich Ihnen, Herr Dr. Sondermann, wenn auch verspätet, doch nicht minder herzlich, meine Glück- und Segenswünsche aussprechen.

Ich wünsche Ihnen im Kreise Ihrer Lieben noch einen langen, schönen Lebensabend. Wenn Sie sich nun aus dem berufspolitischen Leben zurückziehen, so können Sie das mit einer tiefen, inneren Befriedigung tun. Wie selten ein Arzt, standen Sie immer in vorderster Reihe, sei es als Sanitätsoffizier oder als Praktischer Arzt. Durch hohe menschliche Qualitäten, verbunden mit einem profunden und umfassenden Fachwissen, und durch Ihr angeborenes politisches Gespür fanden Sie die Anerkennung Ihrer Kollegen. Sie betrauten Sie mit dem verantwortungsvollen Amt des Vizepräsidenten der Landesärztekammer, das Sie fast 15 Jahre mit Ihrer ganzen Person ausfüllten. In vielen Bereichen der Berufspolitik haben Sie, Herr Dr. Sondermann, Ihre vielseitigen und reichen Lebenserfahrungen an die Jüngeren weitergegeben. Ihre Verdienste wurden in hohen Auszeichnungen anerkannt. Im Namen des Freistaates Bayern danke ich Ihnen für all das, was Sie in väterlicher Fürsorge den Kranken, Ihren Kollegen und deren Angehörigen gegeben haben.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, es ist hier der richtige Ort, um allen bayerischen Ärzten und ihren Mitarbeitern für die im vergangenen Jahre geleistete segensreiche Arbeit zu danken. Besondere Anerkennung möchte ich den Landarztfamilien aussprechen, die oft in selbstloser Aufopferung ihre Tätigkeit ausüben. — Der Staat weiß, was er an den Ärzten hat.“

Band 15 unserer Schriftenreihe mit den Vorträgen der 19. Wissenschaftlichen Ärztetagung Nürnberg

Therapie endokriner Erkrankungen Fehldiagnosen und ihre therapeutischen Konsequenzen Beratung und Behandlung bei sexuellen Störungen

steht unseren Kollegen **kostenlos** zur Verfügung.

Die Kassenärzte Bayerns erhalten ihn über die Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Die anderen Kollegen, die diesen Band ebenfalls zu erhalten wünschen, bitten wir um eine kurze Mitteilung; die Broschüre geht ihnen dann durch die Post zu.

Verleihung des Ehrenzeichens der deutschen Ärzteschaft an den Bayerischen Staatsminister des Innern

Der Präsident des Deutschen Ärztetages und der Bundesärztekammer, Herr Professor Dr. med. Ernst FROMM, ehrte den bayerischen Innenminister Dr. Bruno MERK durch die Verleihung des Ehrenzeichens der deutschen Ärzteschaft. Er führte in seiner Laudatio aus:

„Mit der Überreichung dieser Auszeichnung ehrt die deutsche Ärzteschaft einen Politiker, der sich stets tatkräftig für die Erhaltung und Stärkung des freien Arztiums eingesetzt hat. Als zuständiger Ressortminister des Landes Bayern für Belange der Gesundheit



Professor Dr. Fromm überreicht Staatsminister Dr. Merk das Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft

des Volkes hat er sich für die Anliegen der Ärzte stets sehr aufgeschlossen gezeigt. Sein besonderes Interesse gilt dabei der frühzeitigen Erkennung und Behandlung von Krankheiten, wobei er die Verwirklichung dieser Vorsorgemaßnahmen in der Hand des freipraktizierenden Arztes — wie sie von der Bayerischen Landesärztekammer eingeleitet und inzwischen auch teilweise mit Erfolg durchgeführt werden konnte — nachhaltig gefördert hat.

Als Mitglied des Gesundheitsausschusses des Bundesrates hat er großen Anteil bei der Abwehr von Versuchen, die Eigenständigkeit der Länder auch auf dem Gebiet des Gesundheitswesens und der ärztlichen Belange durch eine Erweiterung der Kompetenz des Bundes einzuengen.

Besonderen Dank verdient sein Verständnis für die Bestrebungen der deutschen Ärzteschaft, die Weiterbildung des Allgemeinarztes und des Facharztes der medizinischen Wissenschaft anzupassen. Es ist sein Verdienst, daß Bayern als erstes Bundesland die vom 72. Deutschen Ärztetag beschlossene Weiterbildungsordnung genehmigt hat.“

Im Anschluß an den Festakt verabschiedete das Musikkorps des Bundesgrenzschutz-Kommandos Süd den ausscheidenden Vizepräsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Herrn Dr. med. Gustav SONDERMANN, Oberstarzt a. D., auf dem mit Fackeln erleuchteten Marktplatz mit einer militärischen Serenade. Diese Ehrung galt einem besonders verdienten Mann, der nach 20jähriger Mitarbeit in der ärztlichen Selbstverwaltung die Bühne der aktiven Berufspolitik verläßt und sich in den verdienten Ruhestand zurückzieht. Den Abschluß des Abends bildete ein Empfang, den die Stadt Amberg den Gästen, den Delegierten und ihren Damen im Zivilkasino gab.

Aus der Arbeitstagung des 22. Bayerischen Ärztetages

Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Herr Dr. med. Hans J. SEWERING, eröffnete die Arbeitstagung:

Meine sehr verehrten Damen und Herren!

Ich eröffne die Arbeitssitzung des 22. Bayerischen Ärztetages und begrüße Sie herzlich.

Bevor wir in die Tagesordnung eintreten, bitte ich Sie, mit mir der toten Kollegen zu gedenken. Seit dem letzten Bayerischen Ärztetag sind aus unserer Mitte durch Tod zwei Delegierte abberufen worden. Es sind dies Herr Kollege Dr. BERLING, Praktischer Arzt in München, und Herr Kollege Dr. N. HENKEL, Radiologe in Garmisch-Partenkirchen. Die beiden Herren haben als Delegierte der Bayerischen Landesärztekammer und auch im Rahmen ihrer Kreisverbände viele Jahre in unserer ärztlichen Selbstverwaltung mitgewirkt. Im vergangenen

Jahre ist auch einer der Senioren unserer ärztlichen Berufsvertretung verstorben, Herr Kollege Dr. Ferdinand von VELASCO, Regensburg. Herr von Velasco war über Jahrzehnte Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Regensburg und des Ärztlichen Bezirksverbandes Oberpfalz, Mitglied des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer und Ehrenpräsident des Deutschen Ärztetages 1964 in Augsburg. Er gehörte mit zu den markantesten Persönlichkeiten der ärztlichen Berufsvertretung in Bayern.

Wir alle haben Grund, diesen verstorbenen Kollegen und mit ihnen allen denen, die im vergangenen Jahre aus unserem Kreise gerissen wurden, ein ehrendes und dankbares Angedenken zu bewahren.

Meine Damen und Herren! Sie haben sich zu Ehren der Verstorbenen von Ihren Plätzen erhoben. Ich danke Ihnen!

Ich freue mich, daß unser Herr Vizepräsident Dr. SONDERMANN an meiner Seite sitzt.

Er wird zum letzten Mal zu Punkt 1 der Tagesordnung unserer Vollversammlung den Vorsitz führen.

Eine Reihe neuer Delegierter ist in unseren Kreis eingetreten. Es sind dies der Herr Kollege Dr. BÄCKER aus München anstelle des verstorbenen Kollegen Dr. Berling, Herr Kollege Dr. BRUCKMAYER, München, anstelle des verstorbenen Privatdozenten Dr. Heiss, München, Herr Kollege Dr. Fritz GEIGER, Garmisch-Partenkirchen, anstelle des verstorbenen Kollegen Dr. N. Henkel, Herr Kollege Dr. Alexander WALLNÖFER, München, anstelle des Kollegen Dr. Breidenbach, der vor einem Jahr sein Amt niedergelegt hat, und Herr Kollege WOLLMANN, Fischen, anstelle des Kollegen Dr. G. Henkel, der aus gesundheitlichen Gründen auf sein Amt verzichtet hat.

Die Medizinischen Fakultäten sind vertreten: Erlangen durch Herrn Professor VALENTIN, Würzburg durch Herrn Professor SCHWALM und München II durch Herrn Professor LIEBERMEISTER.

Entschuldigen muß ich leider unseren Kollegen und Mitarbeiter Herrn Dr. REICHSTEIN, der akut erkrankt ist und sich in klinische Behandlung begeben mußte.

Vorstellen darf ich Ihnen als neuen Mitarbeiter Herrn Kollegen STORDEUR, der seit 1. April in der Geschäftsführung der Bayerischen Landesärztekammer tätig ist.

Die Einladungen und die Tagesordnung sind Ihnen rechtzeitig zugegangen. Ich frage Sie, ob Sie Anmerkungen zur Tagesordnung haben. — Das ist nicht der Fall. Die Tagesordnung wird in der vorgesehenen Weise abgehandelt. Als erstes rufe ich auf Punkt 1 der Tagesordnung:

Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer

von Präsident Professor Dr. Hans J. Sewering

Ich bitte Herrn Kollegen Sondermann, für diesen Punkt den Vorsitz zu übernehmen.

Wie jedes Jahr, möchte ich auch diesmal versuchen, Ihnen einen Überblick über die Arbeit seit unserem letzten Ärztetag und über die Probleme zu geben, mit denen wir uns vorwiegend oder schwerpunktmäßig zu beschäftigen hatten. Ich sage nichts Neues, wenn ich darauf hinweise, daß ein solcher Tätigkeitsbericht nicht vollständig sein kann, sondern, daß ich mich auf bestimmte Punkte beschränken muß, daß in der Diskussion aber durchaus die Möglichkeit besteht, jeden anderen Punkt, der in diesen Bereich gehört, anzusprechen. Wir werden versuchen, Ihre Fragen zu beantworten.

Weiterbildung

Lassen Sie mich in diesem Jahre mit der Frage der Weiterbildung beginnen, die auch in unserem Festakt im Mittelpunkt unserer Gedanken stand. Der Herr Innenminister hat auch in seiner Ansprache das Inkrafttreten der Weiterbildungsordnung in Bayern ganz besonders hervorgehoben. Er hat vor allem hervorgehoben, welche rechtlichen und politischen Fragen damit angesprochen und zum Teil im Augenblick noch nicht beantwortet sind. In Bayern ist als einzigem Bundesland die Weiterbildungsordnung am 1. Juli in Kraft getreten. In den meisten anderen Kammern ist sie zwar angenommen worden, aber deren Aufsichtsbehörden haben die Genehmigung noch nicht erteilt.

Die wesentliche Neuschöpfung dieser Weiterbildungsordnung ist, daß wir die Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin eingeführt haben. Was wollen wir damit bezwecken? Wir wollen damit dem Patienten zeigen, daß der als Allgemeinarzt tätige Kollege sich in der gleichen Weise auf seine Berufsausübung vorbereitet hat wie der Facharzt. Wir haben durch umfangreiche Ermittlungen festgestellt, daß die durchschnittliche Weiterbildungszeit im Krankenhaus der allgemeinärztlich tätigen Kollegen in etwa der entspricht, wie sie auch vom Facharzt abgeleistet wird. Bisher ist das aber in der Bezeichnung des Allgemeinarztes, des Praktischen Arztes, nicht zum Ausdruck gekommen. Dem berechtigten Wunsche auch dieser Kollegen, das zum Ausdruck zu bringen durch eine bestimmte Bezeich-

nung, dem berechtigten Wunsche auch des Nachwuchses, sich einer solchen qualifizierten Bezeichnung bedienen zu können, wollten wir Rechnung tragen, indem wir die Bezeichnung „Allgemeinarzt“ einführt. Es ist ein Beitrag zur Förderung der allgemeinärztlichen Tätigkeit, wobei wir uns darüber klar sind, daß es nicht der einzige Beitrag sein kann. Wir wissen sehr wohl, daß die Gründe für den Rückgang der Zahl der Allgemeinärzte vielfältig sind und nicht nur aus dieser einen Sicht gesehen werden können. Das Interesse an der neuen Bezeichnung ist aber außerordentlich groß. Es sind bisher bei der Kammer etwa 3300 Anträge von Praktischen Ärzten eingegangen, welche nach den Übergangsbestimmungen die neue Bezeichnung erwerben wollen.

Auch die Einführung der neuen Bezeichnungen für Fachärzte, wie Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pharmakologie, Pathologie usw., findet großen Anklang, ebenso die Einführung der Teilgebietsbezeichnungen innerhalb der Inneren Medizin und der Chirurgie.

Einige wenige Einwendungen von Facharztgruppen stehen noch im Raume. Zum Teil konnte man sie berücksichtigen, zum Teil sind wir noch im Gespräch. So haben wir die Wünsche der Urologen hinsichtlich einer anderen Formulierung der Definition inzwischen geklärt und werden darüber im nächsten Jahre auch zu beschließen haben. Wir sind im Gespräch mit den Laborärzten, und ich hoffe, daß auch die Spannungen zwischen Internisten und Radiologen in weiteren Gesprächen beseitigt werden können.

Hinsichtlich der Zusammensetzung der Weiterbildungszeit sind einige begründete Wünsche laut geworden. Wir werden uns deshalb sicher damit noch einmal zu beschäftigen haben, ob man im Rahmen der Weiterbildung zum Allgemeinarzt die Zeiten für Chirurgie und Gynäkologie anders zusammensetzt und andere Vorschriften und Richtlinien beschließt, als im Augenblick gelten. Das alles sind Fragen, die im Laufe der Entwicklung geregelt werden können. Die Weiterbildungsordnung kann — wie die frühere Facharztordnung — nie statisch oder zementiert sein. Man kann, wenn man die Geschichte der Facharzt- bzw. Weiterbildungsordnung kennt, sagen, daß immer in dem Augenblick, in



Von rechts nach links: Ministerialdirigent Dr. E. Hein, Professor Dr. H. Valentin, Professor Dr. H. Schwalm, Rechtsanwalt F. M. Poellinger



Blick auf die Delegierten

dem eine neue Ordnung oder Novelle in Kraft trat, bereits mit der Arbeit an der nächsten begonnen wurde. Sehr wesentlich ist, daß wir in der Lage sind, die Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung als eine Art offiziellen Kommentar zur Anwendung der Weiterbildungsordnung zu veröffentlichen, so daß jeder, der sich auf eine spezielle Tätigkeit vorbereitet, aber auch jeder weiterbildende Arzt genau weiß, welche Anforderungen für das Einzelfach verlangt werden, damit eine umfassende und gründliche Weiterbildung erfolgt.

Es ist eine Neuerung, die wir im Rahmen der Weiterbildung der Ärzte einführen, wenn wir den Versuch gemacht haben, den Inhalt der Weiterbildungsjahre zu kodifizieren, um damit jedem, der sich auf einen solchen Weg begibt, auch etwas in die Hand zu geben, woran er sich orientieren kann. Es kommt uns dabei auch darauf an, daß keinerlei Rechtsunsicherheit oder schlechte Orientierung bestehen bleibt.

Ich möchte bei dieser Gelegenheit besonders hervorheben, daß in all den vergangenen Jahren die Zusammenarbeit mit den wissenschaftlichen Gesellschaften und den Berufsverbänden denkbar gut war. Ich habe selbst in den vergangenen Jahren unzählige Gespräche und Verhandlungen geführt und habe viele Stunden und Tage mit diesem Thema verbracht. Die Zusammenarbeit mit den Fachvertretern war durchweg, mit ganz vereinzelten Ausnahmen, immer sehr erfreulich.

Meinen Dank an das Bayerische Staatsministerium des Innern, an den Herrn Staatsminister Dr. MERK, und an unsere Kollegen, Herrn Ministerialdirigent Dr. HEIN, den Leiter der Gesundheitsabteilung, und dessen Mitarbeiter und Juristen, habe ich in der Eröffnungsveranstaltung bereits zum Ausdruck gebracht. Ihnen ist es letztlich zu danken, daß wir in Bayern den Durchbruch erzielt haben. Hätte Bayern die Weiterbildung nicht genehmigt, wäre sie wohl nirgends in Kraft getreten. Ich hoffe, daß die anderen Bundesländer letztlich doch nachziehen. Die bayerischen Vertreter haben in dieser Richtung sehr erfolgreiche Arbeit geleistet.

Eine große Sorge bleibt allerdings bestehen: Es ist die Sorge um die Erhaltung der ärztlichen Selbstverwaltung schlechthin. Es handelt sich um den Karlsruher Prozeß, der immer noch nicht entschieden ist. Die beiden wesentlichen Fragestellungen, um die es geht, sind: Ist die Regelung der Facharztweiterbildung eine Rege-

lung der Berufsausübung? Handelt es sich nicht um Zulassung zu einem Beruf? Das hätte die Konsequenz, daß es einen einheitlichen Arztberuf dann nicht mehr gäbe. Das wäre außerordentlich schwerwiegend und letztlich auch für diejenigen unerfreulich und bedenklich, die das vielleicht heute wünschen.

Es geht weiter um die Frage, ob, wenn es eine Berufsausübungsregelung ist, sie in der ärztlichen Selbstverwaltung bleiben kann, oder ob der Gesetzgeber die Normen setzen muß, weil sie weitgehende Eingriffe in den beruflichen Ablauf des Arztes darstellen. Ich hoffe, daß die Karlsruher Entscheidung lebensnah und vernünftig sein wird, daß man daran denkt, daß seit 1924 die Regelung dieser Fragen immer und ausnahmslos in der ärztlichen Selbstverwaltung lag und daß es überhaupt noch nie eine Zeit gegeben hat, in der der Staat derartige Änderungen bearbeitet, erlassen und durchgeführt hat.

Über einige Einzelheiten, Zahlen und die Durchführung der Weiterbildungsordnung wird Herr Kollege Stordeur als der zuständige Geschäftsführer noch einige ergänzende Ausführungen machen.

Ausbildung zum Arzt

Ich möchte anschließend einen kurzen Bericht über den Stand unserer Arbeiten an der Änderung und Neugestaltung unserer ärztlichen Ausbildung geben. Der Bundestag hat die Novelle zur Bundesärzteordnung verabschiedet. Sie wird am 1. Januar 1970 in Kraft treten. Mit dieser Novelle sind die Voraussetzungen geschaffen für den Erlass einer neuen Approbationsordnung für Ärzte. In der Übergangsregelung dieser Novelle wurde zugleich festgelegt, daß für die Kollegen, die ihr Studium noch nach der derzeitigen Bestallungsordnung beenden, die Medizinalassistentenzeit auf ein Jahr bzw. für die Gruppe, die jetzt zwischen Vorphysikum und Physikum steht, auf 8 Monate verkürzt wird. Diese Übergangsregelung erscheint uns nicht voll befriedigend. Darüber muß noch einmal verhandelt werden.

Auch die Arbeitserlaubnis für ausländische Ärzte wurde neu geregelt in der Weise, daß sie auf die Dauer der Weiterbildung in einem Fachgebiet abgestellt wird.

Die Arbeit an der neuen Approbationsordnung ist sehr weit vorangeschritten, fast abgeschlossen. In etwa 14 Tagen beginnen die Anhörungen der verschiedenen Grup-

pen, nachdem schon vorher in engem Kontakt mit den einzelnen Gruppen an den Grundsätzen dieser Approbationsordnung gearbeitet worden war.

Ich stelle die wesentlichen Punkte noch einmal heraus. Es ging uns vor allem um eine Verkürzung der ärztlichen Ausbildung vom Beginn des Studiums an bis zum Tage der Approbation. Sie beträgt heute einschließlich Staatsexamen rund 8 Jahre. Sie wird in Zukunft genau 6 Jahre dauern. Damit haben wir uns gleichzeitig dem internationalen Stand angeglichen. Die Gliederung des Studiums sieht fünf Abschnitte vor, von denen jeder mit einem Telexamen abgeschlossen wird. Erster Abschnitt: Ein Jahr bis zum Vorphysikum. Zweiter Abschnitt: Ein weiteres Jahr bis zum Physikum, also bis zum zweiten Teil der ärztlichen Vorprüfung. Die gesamte vorklinische Zeit — bisher zweieinhalb Jahre — wurde auf zwei Jahre verkürzt. Das klinische Studium ist in drei Abschnitte gegliedert. Erster Abschnitt: Ein Jahr; dann erster Teil des Staatsexamens. Zweiter Abschnitt: Zwei Jahre; dann zweiter Teil des Staatsexamens. Dritter Abschnitt: Ein Jahr Ausbildung am Krankenbett, also in den Krankenabteilungen; dann dritter Teil des Staatsexamens. Das große End-Staatsexamen in der bisherigen Form wird in der Zukunft also entfallen.

Als weiteres Merkmal der neuen Ordnung ist anzumerken, daß in Zukunft alle Examen schriftlich abgehalten werden und damit objektiviert werden können. Das hat zur Voraussetzung, daß — analog zu den Einrichtungen etwa in den Vereinigten Staaten und anderen Ländern — die Bundesländer sich entschließen müssen, ein gemeinsames Institut für Prüfungswesen zu errichten, denn die Erarbeitung von Prüfungsfragen für eine schriftliche Prüfung ist nahezu eine Wissenschaft. Hier könnte unmöglich jede einzelne Fakultät ihre schriftlichen Fragen selbst erfinden. Das würde auch zu keinen guten Ergebnissen führen. Die Prüfungsfragen müssen einheitlich gemeinsam erarbeitet werden. Damit werden in Zukunft, wenn dieses neue Prinzip eingeführt sein wird, die Studierenden eines Prüfungsabschnitts in der gesamten Bundesrepublik am gleichen Tage mit den gleichen Fragen geprüft werden. Es gibt eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse von Kiel bis München. Das hat sehr wesentliche Vorteile. Mit diesem System wird vor allem auch gesichert, daß die Prüfungsfragen tatsächlich dem entsprechen, was man vom Studierenden erwartet, und daß nicht allzu spezialisierte und ausgefallene Fragen in den Prüfungen gestellt werden.

Natürlich gibt es gegen ein solches System auch Einwendungen. Wir werden uns völlig umstellen müssen. Aber es gibt so weltweite Erfahrungen, daß wir uns derer bedienen sollten. Im ganzen möchte ich sagen: Es ist eine grundlegende Umstellung, die uns Schwierigkeiten macht, die uns aber doch weiterführen wird.

EWG

In diesem Zusammenhang nun gleich einen Blick in die europäische Nachbarschaft, in die EWG. Auch dort ist die Entwicklung in der Zwischenzeit weitergegangen. Die drei Richtlinien über die Herstellung der Freizügigkeit der Ärzte innerhalb der EWG, über die Vergleichbarkeit der Diplome und Prüfungszeugnisse und der

verschiedenen Arztbezeichnungen, sind inzwischen fertiggestellt und befinden sich derzeit im Umlauf bei den Gremien der EWG, also Wirtschafts- und Sozialausschuß und Europäisches Parlament. Sie werden dann vom Ministerrat der EWG zu verabschieden sein.

Der Wirtschafts- und Sozialausschuß steht zur Zeit mitten in den Beratungen über diese Fragen. Ich persönlich habe den Auftrag, dort als Sachverständiger tätig zu sein. Ich hoffe, daß die Stellungnahme des Wirtschafts- und Sozialausschusses die ärztlichen Vorstellungen, die im ersten Entwurf noch nicht alle beachtet sind, berücksichtigen wird, so daß dann der Beginn dieser neuen Wirklichkeit in der EWG keine allzu großen Erschütterungen bringen wird. Ich sagte schon früher: Eine Völkerwanderung ist nicht zu befürchten. Wir wissen, daß die Neigung, in einem anderen Lande ärztlich tätig zu sein, zahlenmäßig nicht so groß ist. Wir brauchen nicht damit zu rechnen, daß plötzlich die Hälfte der Ärzte aus einem anderen Lande stammt.

Aber einige Schwierigkeiten werden auch mit diesem Weg verbunden sein; wir werden sie auf uns nehmen müssen. Wenn man die Zeitungen liest, kann man täglich feststellen, mit wie vielen Schwierigkeiten, Schmerzen und Komplikationen der Ablauf und die Entwicklung der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft verbunden sind.

Wir haben in diesen Richtlinien einige Richtpunkte, die die Vergleichbarkeit ermöglichen. Das ist für die neue Approbationsordnung bereits ausgeführt. Dort haben wir die generelle Richtlinie, daß die ärztliche Ausbildung 6 Jahre dauern muß. In einem Katalog wurden diejenigen Fachgebiete zusammengefaßt, die in allen sechs Ländern existieren. Für diese Fachgebiete wurden Mindestweiterbildungszeiten festgelegt, die nicht unterschritten werden dürfen. Es wurden die Fachgebiete, die nicht in allen sechs Ländern existieren, auf die Länder beschränkt, in denen sie existieren. Es besteht also nicht die Gefahr, daß etwa Fachärzte aus X. Y., die Bezeichnungen führen, welche es bei uns nicht gibt, nun mit ihren Bezeichnungen nach Deutschland einwandern können. Bezeichnungen können nur geführt und mitgenommen werden, wenn diese im Aufnahmeland anerkannt sind. Wir haben uns auch weitgehend mit dem Standpunkt durchgesetzt, daß jeder einwandernde Arzt die ihm zustehende Bezeichnung in der Sprache des Aufnahmelandes führen muß und sie nicht etwa in der Sprache seines Heimatlandes führen darf, was zu einer großen Verwirrung geführt hätte, ursprünglich aber die Vorstellung weiter Kreise war, auch unter den Kollegen.

Daß es nicht einfach ist, die Ärzte aus sechs Ländern mit so unterschiedlichen Strukturen zusammenzuführen, bedarf wohl keiner besonderen Unterstreichung. Dabel sei von der unterschiedlichen Mentalität dieser Länder ganz abgesehen. Ich sagte schon: Es ist eine Entwicklung, die wir nicht aufhalten können und bei der es besser ist, wenn wir uns an ihrer konstruktiven Gestaltung beteiligen. Das haben wir in den letzten Jahren ausreichend und sehr intensiv durch unsere Mitarbeit im Ständigen Ausschuß der Ärzte der EWG und durch unsere Mitarbeit in den offiziellen Gremien getan. Ich kann sagen, daß sich die Deutsche Bundesregierung unseres Rates immer bedient hat und daß die Zusammenarbeit eine sehr gute war.

Arztstatistik

Ein anderes Thema, das ich heute ansprechen möchte, ist das der Zahl der Ärzte in unserer Bevölkerung, und damit im Zusammenhang die Fragen und Probleme der ärztlichen Versorgung unserer Bevölkerung.

Ich möchte in Erinnerung rufen, daß die Zahl der Ärzte in der Bundesrepublik 1958 bei rund 80 000 lag. Sie überschritt 1968 die Zahl von 100 000. Jetzt kommen wir bei etwa 110 000 an, wobei ich bei den Ärzten selbstverständlich auch die Medizinalassistenten mit erfasse. Es wäre nicht sinnvoll, sie abzutrennen; sie sind ein Teil des ärztlichen Berufsstandes, auch wenn sie noch keine Approbation besitzen. In Bayern waren 1958 bei der Kammer rund 14 000 Ärzte gemeldet. Im Jahre 1968 registrierten wir bei der Kammer 18 337 Ärzte, also auch hier eine starke Zunahme. Wenn man die Zahl der Bestellungen ansieht, welche durch das Bayerische Staatsministerium des Innern erteilt werden, ist es interessant, auch hier die Entwicklung zu sehen. Wir hatten im Jahre 1957 einen Tiefpunkt mit nur 106 Bestellungen für das ganze Jahr. Im Jahre 1967 war die Zahl der Bestellungen bereits auf 676 angestiegen und im Jahre 1968 waren es 911. Die Ausländer sind dabei nicht mitgerechnet. Die Zahl der Staatsexamen, also der beginnenden Medizinalassistenten, bewegt sich derzeit in Bayern zwischen 900 und 1000 und wird im nächsten Jahr noch weiter ansteigen.

Interessant ist es, wenn man die Kurve für das Bundesgebiet betrachtet. Im Jahre 1968 war im Bundesgebiet die Zahl der Medizinalassistenten etwa bei 10 500. Das dürfte der Höhepunkt der Kurve sein. Die Zahlen werden in den nächsten Jahren entsprechend dem Rückgang der Zahl der Studienanfänger wieder etwas zurückgehen.

Infolge der Verkürzung der Medizinalassistentenzeit müssen wir im nächsten Jahr mit einem sprunghaften Ansteigen der Zahl der Bestellungen rechnen. Es werden sich daraus einige Probleme bezüglich der Unterbringung der jungen Kollegen ergeben. Ich möchte hoffen, daß es uns gelingt, die Krankenhausträger davon zu überzeugen, daß eine entsprechende Zahl von jungen Kollegen notwendig ist für die Versorgung der Patienten, und daß man mit alten Vorstellungen — etwa ein Assistenzarzt auf 30 Betten — heute nicht mehr zu recht kommt, sondern daß eine gute ärztliche Versorgung im Krankenhaus eine deutlich höhere Zahl von Ärzten erfordert. Die Kammer wird sich in dieser Frage sehr stark einsetzen, um dafür zu sorgen, daß es hier zu keinen Schwierigkeiten kommt.

Jedenfalls zeigen diese Zahlen ganz eindeutig und überzeugend, daß der Nachwuchsmangel und damit der manchmal sehr laut verkündete Mangel an Ärzten in bestimmten Bereichen zu Ende geht, und daß dieser Nachwuchsmangel strukturbedingt war. Es waren die schwachen Jahrgänge. Nun gehen wir einem sehr starken Nachwuchs entgegen. Das Verhältnis der Zahl der Stellenbewerber zu den vorhandenen Planstellen wird sich damit grundlegend ändern. Daraus ergeben sich natürlich auch Schwierigkeiten, ausländischen Ärzten Weiterbildungsgelegenheiten in der Bundesrepublik einzuräumen.

Daß sich die Verhältnisse in der freien Praxis erst einige Jahre später ändern können, liegt auf der Hand; denn die Kollegen durchlaufen ja zunächst einmal

einige Jahre am Krankenhaus. Dann aber wird auch in der freien Praxis die Zahl der Ärzte wieder zunehmen. Wir können nur hoffen, daß es uns gelingt, die Tätigkeit des Allgemeinarztes so attraktiv zu gestalten, daß auch für diese Gruppe unserer Ärzteschaft ein genügender Nachwuchs erwartet werden kann. Die Qualifizierung durch die Einführung der Bezeichnung „Allgemeinarzt“ habe ich schon erwähnt. Wir werden aber auch noch andere Dinge vorantreiben müssen. So sollten wir die Bildung von Gemeinschaftspraxen fördern, weil sie zweifellos zu einer Verbesserung und für den einzelnen zu einer Erleichterung der ärztlichen Versorgung beitragen.

Honorarsituation

Wir werden uns auch in den kommenden Jahren sehr eingehend mit der Frage der Gebührenordnung beschäftigen müssen; denn eine vernünftige, dem ärztlichen Tun entsprechende Gebührenordnung ist eine der grundsätzlichen Voraussetzungen für die Gründung einer ärztlichen Existenz.

Leider gehen die Verhandlungen über eine neue Gebührenordnung nur sehr zähe voran. Es wird eines sehr starken Drängens bedürfen, um weiterzukommen. Auf der einen Seite hat man die Lohnwelle der letzten Wochen toleriert und erklärt, es sei ganz natürlich, daß jetzt die Preiswelle folge. Das nimmt man als eine Konsequenz in Kauf. Auf der anderen Seite aber hört man schon wieder prophylaktisch aus dieser und jener Quelle, bei den Ärzten sei die Situation eine völlig andere; denn deren Entwicklung im Honorarsektor sei in den vergangenen Jahren eine ganz besonders rasante gewesen. Sie dürfen sich darauf verlassen, daß wir unseren Vertragspartnern im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung unsere Vorstellungen darlegen werden. Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns hat beschlossen, an die Krankenversicherungsträger heranzutreten, um mit ihnen die Situation zu besprechen. Denn wenn im gesamten öffentlichen Dienst die Löhne steigen, können auch wir Ärzte nicht anders, als unseren Mitarbeitern höhere Gehälter zuzubilligen. Damit steigen unsere Unkosten. Wir haben deshalb ebenso einen Anspruch darauf, an dieser Entwicklung auf der Lohnseite teilzunehmen, nachdem uns die Preisseite ohnedies nicht erspart bleibt.

Ärztliche Versorgung

Zur speziellen Frage der ärztlichen Versorgung auf dem Lande muß ich sagen: Eine Möglichkeit der Steuerung etwa im dirigistischen Sinne haben wir nicht. Wir können keinem Kollegen vorschreiben, wo er sich niederläßt. Ich bin auch nicht der Meinung, daß man mit der manchmal propagierten sogenannten Mindesteinkommengarantie etwas erreicht. Denn die Plätze, an denen wir heute Praktische Ärzte bräuchten, sind alle so, daß ein Kollege, der dort seine Arbeit verrichtet, ohnedies ein Einkommen erzielt, das jede Mindestgarantie überflüssig macht. Mit derartigen Manipulationen, die wieder aus dem Honoraraufkommen bezahlt werden müßten, sollten wir gar nicht beginnen. Das Leistungsprinzip sollte erhalten bleiben. Wir sollten es nicht durchbrechen.

Es wird immer wieder die Frage gestellt, wie viele Ärzte denn eigentlich für die ärztliche Versorgung unserer Bevölkerung nötig sind. Diese Frage ist nicht

leicht zu beantworten; denn es gibt verschiedene Betrachtungsweisen. Wir sind durchaus der Meinung, daß sich die ärztliche Versorgung noch sehr stark intensivieren ließe, z. B. durch Ausdehnung der präventivmedizinischen Maßnahmen und der Vorsorgeuntersuchungen. Unsere Gesellschaft muß sich entscheiden, ob sie eine Intensivierung der ärztlichen Versorgung will, oder ob sie billig versorgt werden will. Jedenfalls läßt es sich nicht unter einen Hut bringen, daß man auf der einen Seite immer noch mehr Ärzte verlangt und wünscht, daß in jedem Dorf einer sitzen müsse, auf der anderen Seite aber lamentiert, daß der Anteil des ärztlichen Honorars am Bruttosozialprodukt bereits jetzt unverantwortlich hoch sei. Das ist eine echte Schizophrenie.

Die ärztliche Berufsvertretung wird in den vor uns liegenden Jahren und in den Auseinandersetzungen, die uns nicht erspart bleiben, alles tun, um der Ärzteschaft — der bereits praktizierenden und unserem Nachwuchs, in der freien Praxis und im Krankenhaus — ihren Platz zu sichern. Denn ich habe den Eindruck, daß die wenig freundliche Einstellung zum Arzt als Verhandlungspartner sich nicht auf die freie Praxis beschränkt, sondern, daß im Krankenhaussektor die Situation auch nicht anders ist.

Nachwuchsfragen

Bei dieser Gelegenheit möchte ich zu den Problemen und unserem Verhältnis zum ärztlichen Nachwuchs einige Anmerkungen machen. Wir alle haben es in den vergangenen Jahren immer besonders bedauert — ich möchte das unterstreichen —, daß das Interesse der jungen Ärzte an der Berufsvertretung und der ärztlichen Selbstverwaltung sehr gering war. Wenn sich das nun geändert haben sollte — und dafür gibt es einige Anzeichen —, so können wir diese Entwicklung nur begrüßen. Wir können sie auch dann begrüßen, wenn dieses erwachende Interesse einige Unruhe mit sich bringt. Ich halte es deshalb für eine sehr schiefe Darstellung, wenn in einem Ärzteblatt zu lesen war, die jungen Ärzte seien nunmehr in die wohlverwahrten Gehege der ärztlichen Ständesvertretung eingebrochen, wo sie naturgemäß außer Überraschung und Sorge auch Verwirrung und Ratlosigkeit stiften. Ich möchte hier ganz klar und eindeutig feststellen, daß die Türen zu diesem Gehege der ärztlichen Ständesvertretung für den Nachwuchs zu jeder Zeit offenstanden, daß wir aber vergebens darauf warteten, daß der Nachwuchs, wie wir es gewünscht hätten, in diese ärztliche Ständesvertretung eingetreten wäre. Ich kann nur sagen: Von einem Einbruch kann gar keine Rede sein, sondern nur davon, daß die ärztliche Jugend endlich zu uns kommt. Das möchte ich als ein Positivum gewertet wissen und nicht als einen Augenblick des Erschreckens, so nach dem Motto von den „morschen Knochen“.

Aber eine Anregung zu diesem Wandel möchte ich doch hier geben und auch einige Anmerkungen zu Forderungen machen, die bereits bekanntgeworden sind. Ganz allgemein und bildlich will ich sagen: Wenn man ein Haus betritt, dessen Inneres man noch nicht oder kaum kennt, dann sollte man doch erst einmal eintreten und sich in diesem Hause umschauchen. Man sollte mit den Bewohnern reden, und erst, wenn man das getan und über das nachgedacht hat, was man sah und hörte, sollte man Vorschläge für Umbauten oder für eine an-

dere Möblierung machen. Es macht keinen günstigen Eindruck, wenn man solche Vorschläge schon laut verkündet, bevor man im Hause ist und weiß, wie es drin aussieht.

Es sind einige konkrete Fragen aufgetaucht. Ich möchte gleich dazu Stellung nehmen. Eine der Forderungen, von denen ich hörte, war die, daß die Mitgliederversammlungen der Ärztlichen Kreisverbände in Zukunft öffentlich abgehalten werden sollten, d. h., daß jedem Nichtarzt, der es nur will, die Teilnahme zu gestatten wäre. Ich frage mich, wo der Sinn und der Nutzen einer solchen Öffnung nach außen liegen soll. Die Versammlungen der Ärzte sind Begegnungen, die die Möglichkeit der ungestörten Beratung und Diskussion ärztlicher Probleme geben müssen. Ich kann mir nicht vorstellen, daß es für solche Beratungen nützlich oder fruchtbar sein würde, wenn Außenstehende daran teilnahmen, die zum Teil gar nicht bereit, zum Teil aber auch überhaupt nicht in der Lage sind, Sinn und Inhalt solcher Diskussionen zu erfassen und zu beurteilen. Die Folge wäre nur die Auslösung öffentlicher Polemiken, wie sie ohnedies bis zum Überdruß in unserer Umgebung bereits gestartet werden und uns die Arbeit erschweren.

Eine weitere Forderung geht dahin, die Vorstandssitzungen unserer Berufsvertretung für alle Mitglieder zugänglich zu machen. Auch hier stellt sich für mich die Frage, wem damit gedient sein sollte. Wir sind eine Berufsorganisation in einer Gesellschaftsordnung, die nun einmal — ob es uns gefällt oder nicht — weitgehend von den Kollektiven her bestimmt wird. Jede Organisation, welche wirksam sein will, muß die Möglichkeit haben, ihre Probleme hinter verschlossenen Türen zu besprechen. Vorstandssitzungen müssen den gewählten Vorstandsmitgliedern die Möglichkeit geben, auch einmal laut zu denken, offen zu diskutieren, ohne immer berücksichtigen zu müssen, daß der Kreis der Zuhörer vielleicht doch zu groß sei. Es sollen in den Vorstandssitzungen auch keine Schaufensterreden gehalten werden. Wenn die Mitglieder unserer Organisation einen Vorstand wählen, sollten sie zu diesem Vorstand auch das Vertrauen haben, daß er in seinen geschlossenen Beratungen die Belange der Mitglieder vertritt. Die Ergebnisse werden den Mitgliedern sowieso bekanntgegeben. Die Erfüllung der Forderung nach Öffentlichkeit der Vorstandssitzungen für die Mitglieder wäre nach aller menschlichen Erfahrung das Ende einer wirksamen Vertretung der Belange. Mir ist bisher keine Organisation bekanntgeworden, die sich so etwas leistet. Man sollte deshalb über diese Dinge einmal vernünftig reden. Ich könnte mir vorstellen, daß alle das einsehen. Das ist kein Mißtrauen gegen die Mitglieder, sondern es ist einfach eine Notwendigkeit, der auch wir uns nicht verschließen können.

Es wurde auch der Vorwurf erhoben, die verschiedenen Gruppen der Ärzteschaft seien in unseren Gremien nicht entsprechend vertreten. Dazu ist zu sagen, daß es bis jetzt auf die Zahl, in der die einzelnen Arztgruppen vertreten waren, noch nie angekommen ist. Ich kann mich nicht an Kampfabstimmungen zwischen Gruppen erinnern. Die Delegierten des Bayerischen Ärztetages jedenfalls kommen praktisch aus allen Gruppen der Ärzteschaft. Es sind Allgemeinärzte, Fachärzte, nachgeordnete oder leitende angestellte Ärzte, es sind Beamte auf Lebenszeit und Beamte auf Widerruf. Alle



Von links nach rechts: Professor Dr. H. Sewering, Dr. H. Braun, Dr. L. Sluka, R. Horn



Blick auf die Delegierten

hatten immer die Möglichkeit, zu Wort zu kommen, ihre Auffassung vorzutragen. Wir haben loyal miteinander diskutiert und dabei immer das Gesamtinteresse im Auge gehabt. Wir hielten es für gefährlich, wenn wir davon abgingen und zum Gruppendenken kämen. Denn wenn eine Gruppe gegen die andere steht, sind letztlich die Benachteiligten alle zusammen, ganz gleich, welcher Gruppe sie angehören.

Vor allem möchte ich vor einer sogenannten, manchmal vertretenen Zwei-Gruppen-Theorie warnen: hier angestellte — da frei praktizierende Ärzte. Wenn man überhaupt einmal von Gruppen sprechen wollte, müßte man zumindest sagen, daß es drei Gruppen sind, nämlich die große Gruppe der niedergelassenen Ärzte, die endgültig in dieser ärztlichen Tätigkeit ihren Beruf ausüben; dann die wesentlich kleinere Gruppe der angestellten Ärzte, die endgültig in diesem angestellt bleiben, und dann die große Nachwuchsgruppe, von der mindestens 70% in die freie Praxis gehen und höchstens 30% ihre Lebensstellung in einem Angestellten- oder Beamtenverhältnis finden. Würde es also jemals nach der Zwei-Gruppen-Theorie zu einem Gruppenkampf kommen, dann würden mehr als 70% des ärztlichen Nachwuchses, wenn die niedergelassenen Ärzte besiegt werden, gegen ihre eigenen Zukunftsinteressen stimmen und handeln. Diese Frage müssen wir auch einmal sehen.

Auch das sogenannte Fraktionsdenken hat in unserem Kreise noch nie Platz gefunden. Auch das scheint mir ein Glück zu sein. Die Meinungen gingen immer quer durch das Haus. Man konnte nie sagen, hier stünde die eine Gruppe oder die eine Fraktion, der eine Verband gegen den anderen. Das ist ein Segen für unsere Arbeit. Ich würde mir wünschen, es bliebe so.

Dennoch möchte ich hier sagen: Ich bin der Meinung, daß eine Modifizierung unserer Wahlordnung insoweit möglich sein sollte, daß unter Beibehaltung der bewährten Stimmkreiseinteilung über das ganze Land Bayern hinweg, dort, wo eine größere Zahl von Ärzten an einer Urne wählt, die Delegierten entsprechend der Zahl der auf die verschiedenen Listen abgegebenen Stimmen gewählt werden. Man sollte das bisherige Prinzip durch eine Verhältniswahl in diesen Bereichen ablösen, um die Möglichkeit der Beteiligung der verschiedenen Gruppen zu verbessern.

Ich möchte gerne dem Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer in der nächsten Sitzung meine Überlegungen dazu vortragen und, wenn der Vorstand zu entsprechenden Beschlüssen kommt, eine Vorlage an den nächsten Bayerischen Ärztetag vorbereiten. Wenn der nächste Bayerische Ärztetag diese Änderung der Wahlordnung beschließt, könnten die Kammerwahlen Ende des nächsten Jahres bereits nach dieser modifizierten Wahlordnung durchgeführt werden.

Eines muß ich in diesem Zusammenhang noch klarstellen: Die jeweils zustehenden Delegiertensitze innerhalb eines Bezirksverbandes oder der Gesamtkammer einfach nach der Zahl der Berufsangehörigen einer Arztgruppe zu ermitteln, ohne Rücksicht darauf, ob sie zur Wahl gegangen sind oder nicht, ist eine demokratische Unmöglichkeit und kann nicht ernsthaft diskutiert werden.

Soviel zu den mir bekanntgewordenen und aus den verschiedenen Publikationen hervorgegangenen Diskussionspunkten der letzten Monate.

Auf die besondere Situation im Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband München wollte ich darüber hinaus nicht eingehen, weil das, was an Streit im Raume stand und steht, nach meiner Überzeugung rein lokale Bedeutung hat. Die wesentlichen Punkte, die in diesen Streit-schriften gar nicht angesprochen wurden, habe ich schon diskutiert. Nun hat Herr Kollege von BRENTANO gerade noch kurz vor dem Ärztetag ein Rundschreiben vermutlich an alle Delegierten verschickt. Ich weiß es nicht. Zumindest ging es an die Ärztlichen Kreisverbände. Das zwingt mich, nun doch einige Anmerkungen dazu zu machen.

Herr Kollege von Brentano erhebt in gewissem Sinne den Vorwurf, daß ich seine Stellungnahme und seine Verlautbarungen zum Ablauf dieses Streites und zum Ablauf der außerordentlichen Vollversammlung des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München nicht im „Bayerischen Ärzteblatt“ abgedruckt hätte. Ich habe es nicht getan, weil ich eben das, was Inhalt dieser Verlautbarung war, als eine rein lokale Sache angesehen habe. Ich war mir im übrigen schon beim Lesen darüber klar, daß das die erste Stellungnahme sei, der zwangsläufig Gegenstellungen und dann Repliken nach dem Prinzip des Kontra/Re usw. folgen würden. Ich war der Meinung, daß derartige Streitigkeiten eigentlich nicht im „Bayerischen Ärzteblatt“ abgedruckt

werden müßten. Denn wenn ich damit beginnen würde, müßte ich sie auch fortsetzen.

Daß ich mit meiner Befürchtung, daß es so sein würde, recht hatte, ist inzwischen dadurch bestätigt, daß der Ärztliche Kreisverband München bzw. die „Münchner Ärztlichen Anzeigen“ durch eine Einstweilige Verfügung verpflichtet wurden, eine Gegendarstellung abzu- drucken. Hätte ich diese Gegendarstellung seinerzeit nach Abdruck der ersten Erklärung des Herrn Kollegen von Brentano loyalerweise sofort abgedruckt, hätte ich mich dem Vorwurf ausgesetzt, ich hätte illoyal ge- handelt und wäre Herrn von Brentano in den Rücken gefallen. Hätte ich es aber abgelehnt, sie abzu- drucken, dann hätte ich die gleiche Einstweilige Verfügung im Hause und müßte diese unter Gerichtsbeschluß ab- drucken; ich glaube, daß sind Dinge, die man nicht tun sollte. Deshalb bitte ich um Verständnis dafür, daß ich zwar hier zu Grundsatzforderungen Stellung nehme, mich im übrigen aber mit den rein lokalen Ausein- andersetzungen nicht befassen will.

Ich wollte hier auch nur klarstellen, warum ich so gehan- delt habe. Es steht darin allerdings etwas von einer Er- munterung meinerseits, gegenüber Extremforderungen Stellung zu nehmen und ihnen zu widersprechen. Was ich zu grundsätzlichen Dingen zu sagen hatte, habe ich bereits ausgeführt. Daß ich im übrigen der Meinung bin, daß eine außerordentliche Vollversammlung ord- nungsgemäß zustande kommen muß, daß also die Unter- schriften überprüfbar sein müssen, daß eine Tagesord- nung eingereicht sein muß, ist eine Selbstverständlich- keit. Wir sind eine Körperschaft des öffentlichen Rechts und müssen uns entsprechend verhalten.

Diese Meinung werde ich auch nicht ändern. Ich habe es bedauert, daß unser Justitiar, Herr Rechtsanwalt POELLINGER, hier in das Schußfeld kam und ihm juristische Tricks vorgeworfen wurden, mit denen er dazu beigetragen habe, die außerordentliche Voll- versammlung zu verhindern. Ich möchte hier sagen: Herr Rechtsanwalt Poellinger dient der Ärzteschaft jetzt rund 20 Jahre. Er hat es immer in absoluter Korrek- theit und Sauberkeit und nach bester Überzeugung ge- tan. Es tut mir leid, daß im Feuer des Gefechtes — so möchte ich es auch sehen — ihm jetzt hier erstmals, seit ich mich erinnern kann, juristische Tricks vorgeworfen werden. Ich hoffe, daß diejenigen, die es taten, sich dessen bewußt sind und in Zukunft die Haltung dieses Rechtsberaters der Ärzteschaft so objektiv würdigen, wie sie es verdient.

Wissenschaftliche Assistenten

Aus dem Bereich der Probleme der wissenschaftlichen Assistenten möchte ich gern eines ansprechen, weil ich damit den Anstoß zu einem Gespräch über eine mir wesentlich erscheinende Frage geben möchte, nämlich: Soll der Wissenschaftliche Assistent — so wie bisher — Beamter auf Widerruf sein, oder sollte er nicht den gleichen Rechtsstatus haben wie jeder Assistenzarzt an einem Krankenhaus, also den Status eines Angestellten? Ich persönlich habe die Überzeugung, daß dem jungen Kollegen an den Unversitätskliniken mehr damit ge- helfen wäre, wenn er den Status eines Angestellten hätte. Dann herrschten nämlich klare Rechtsverhält- nisse. Ich habe das Gefühl, daß man mit dem Status eines Beamten auf Widerruf dem jungen Kollegen zwar irgendwie etwas sagt, als wäre er etwas Besonderes.

In Wirklichkeit ist er aber schlechter gestellt als sein Kollege im Angestelltenverhältnis.

Wenn man dazu bedenkt, daß nur ein kleiner Teil die- ser Kollegen im Beamtenverhältnis bleibt und der weit- aus größte Teil entweder zu einem privaten Arbeit- geber übergeht oder in die freie Praxis, dann wird das für mein Gefühl noch deutlicher. Aber das ist meine persönliche Meinung. Ich würde mich freuen, wenn wir darüber in nächster Zeit eingehend reden könnten. Von seiten der Bundesärztekammer haben wir ebenfalls diesen Standpunkt eingenommen, weil wir der Mei- nung sind, daß die jungen Ärzte unter dem Status „Beamter auf Widerruf“ benachteiligt werden. Ein ganz besonders krasses Beispiel dafür ist die Situation im Versorgungssektor. Der Beamte auf Widerruf ist als solcher nirgends versichert. Scheidet er aus seinem Dienstverhältnis aus, dann wird er durch den Dienst- herren nachversichert. Diese Nachversicherung kann aber durch Gesetz nur in der Angestelltenversicherung erfolgen, nicht bei der berufsständischen Versorgung- einrichtung. Es ist uns bis jetzt trotz aller Bemühun- gen, an denen vor allem auch der Marburger Bund maßgebend beteiligt war, nicht gelungen, hier eine ge- setzliche Änderung zu erreichen. In dieser Situation sehe ich eine ganz entscheidende Benachteiligung der Jungärzte. Wenn sie sich nämlich niederlassen, müssen sie doch Mitglieder der Ärzteversorgung werden. Sie haben aber den Nachteil, daß sie dann die Angestellten- versicherung weiterziehen müssen und sich nicht auf eine Versorgungseinrichtung konzentrieren können.

Wenn die Zeit für die Nachversicherung nicht reicht, dann sind die Nachteile für den einzelnen Arzt noch wesentlich größer. Also nochmals meine Anregung, daß wir uns darüber einmal in Ruhe eingehend unterhalten; denn wir möchten hier wirklich einen Durchbruch ver- suchen, um den jungen Kollegen eine klare Rechtsstel- lung zu geben, in der es auch möglich wäre, die Frage der Überstunden, des Bereitschaftsdienstes und alle diese Probleme klarer und sauberer zu regeln, wäh- rend sonst immer mit dem Argument: Beamter, bei dem gibt es keine Überstunden usw., vorgegangen wird; immer zum Nachteil dieser jungen Ärzte.

Bayerische Ärzteversorgung

Damit gehe ich zum Kapitel Bayerische Ärzteversor- gung über, das uns nach wie vor am Herzen liegt. Sie alle haben das letzte Informationsblatt der Bayerischen Ärzteversorgung erhalten und sind über unsere Be- schlüsse auf der letzten Sitzung des Landesausschusses im Juni dieses Jahres gut informiert. Ich rufe in Er- innerung, worum es geht. Sie wissen, daß inzwischen das Körperschaftsteuergesetz geändert wurde. Der kör- perschaftsteuerfreie Betrag, den wir als Beitrag zulas- sen können, wurde um 25% erhöht. Der Höchstbeitrag 1969 liegt damit bei DM 8160.—. Er wird voraussicht- lich im Jahre 1970 DM 9180.— erreichen. Damit sind wir bei einer Größenordnung angelangt, die im allgemeinen nicht mehr ausgenützt wird, obwohl man nur wünschen könnte, daß es möglichst viele Kollegen täten.

Auf eine primäre freiwillige Mitgliedschaft mußten wir in diesem Zusammenhang verzichten, weil wir sonst die erhöhte Freigrenze überhaupt nicht hätten in Anspruch nehmen können. Die Altersgrenze für die Pflichtmit- gliedschaft wurde auf 45 Jahre angehoben, um den Kol-

UNRUHE Gereiztheit
 Nervosität
 Schlafstörung
Gespanntsein Unruhe
Gereiztheit
Schlafstörung
UNRUHE Nervosität
Gespanntsein
Schlafstörung

Das grosse P. hat viele Gesichter

Gereiztheit, Unruhe,
 Gespanntsein, Nervosität, Schlafstörungen —
 die großen gesundheitsgefährdenden Probleme unserer Zeit.
 Schießen Sie nicht mit Kanonen auf das große P.
 Verwenden Sie die wohldosierte, treffende Waffe:
 Vitanerton. Es besiegt das große P. auf unproblematische Art.



Vitanerton® für Ihren Problem-Patienten

50 Kerne • 100 ml flüssig

Spart Psychopharmaka ein

Rheuma

Demoplas[®]

unübertroffen

in Wirkung und Preis

Demoplas[®]
Delta-Demoplas[®]
Demoplas[®] comp.

ADENYL-
CHEMIE

ADENYL-CHEMIE

30 Dragées

2.95

jetzt auch Packungen mit 100 Dragées

legen, die bisher gerade über die 40 hinweg waren, noch den Eintritt zu ermöglichen.

Die Leistungen — das ist besonders erfreulich — konnten wir neuerlich verbessern. Wir haben die Trennung zwischen dem Grundbetrag und dem zuschlagsfähigen Betrag beseitigt. Die Renten berechnen sich jetzt ganz einfach aus der Gesamteinzahlung des Arztes und betragen am Tage ihrer Einweisung 20% der gesamten Einzahlung, auf das Jahr gerechnet. Diese Rente wird dann gesteigert, wie ich gleich noch ausführen werde.

Den Ruhegeldhöchstbetrag bei Frühberufsunfähigkeit, also für die jungen Ärzte, haben wir von DM 800.— auf DM 900.— erhöht. Für die Ärztinnen haben wir endlich einen Herzenswunsch erfüllen können, nämlich die Einführung der Witwerrente ohne jede Beschränkung. Damit ist also etwas beseitigt worden, was unsere Kolleginnen als eine große Benachteiligung empfunden haben. Ich hoffe, daß das unser Zusammengehörigkeitsgefühl erheblich verbessern wird.

Die Satzungsänderungen bedürfen noch der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde. Ich hoffe aber, daß das keine Schwierigkeiten bereiten wird.

Nun haben wir etwas weiteres getan, was wir schon seit Jahren eingeleitet haben: Wir haben die sog. Dynamisierung der laufenden Renten verbessert. Seit Jahren heben wir die bereits laufenden Renten um 2% jährlich an. Wir haben nunmehr beschlossen, die laufenden Renten jährlich um 3% anzuheben. Wenn also der Einweisungsbetrag feststeht, der sich aus der Satzung ergibt — er ist 20% der Gesamtbeiträge —, erhält der betreffende Ruhegeldempfänger jährlich eine Erhöhung seiner Rente um 3%. Das ist aber eine freiwillige Leistung, die nicht in der Satzung verankert werden kann. Wir schöpfen mit dieser laufenden Erhöhung den sog. Überzins ab, also denjenigen Zinsertrag, der für die Deckung der Bilanz- und der versicherungstechnischen Rechnung unserer Versorgungsanstalt nicht erforderlich ist.

Es wird Sie sicher interessieren, zu hören, wie die Gesamtsumme der Rentenzahlungen in den letzten Jahren angestiegen ist: Im Jahre 1962 haben wir insgesamt 13,2 Millionen DM Renten bezahlt, im Jahre 1968 waren es bereits 26 Millionen DM, und im Jahre 1970 werden wir aufgrund der Beschlüsse, die ich soeben bekanntgab, 33½ Millionen DM Rente pro Jahr auszahlen. Wir sind also jetzt in denjenigen Zeitabschnitt eingetreten, wo die Rentenzahlungen sehr steil ansteigen.

Aber gerade hier muß ich darauf hinweisen, daß es ein Irrtum wäre, zu glauben, es bestünde ein Mißverhältnis zwischen dem Vermögen, dem Zinsertrag und den derzeitigen Rentenausschüttungen. Meine Damen und Herren, das Geld, welches derzeit, wenn Sie so wollen, gehört wird, ist nun einmal das Geld derjenigen, die ihre Rente erst in 10, 20 und 30 Jahren erwarten, und wir können natürlich dieses Geld nicht heute für Rentenzahlungen verwenden; denn eine Versorgungseinrichtung — das habe ich immer wieder betont — muß stabil sein, und jeder, der einzahlt, muß wissen, daß in Zukunft seine Eigeneinzahlungen und damit also seine Rentenansprüche gesichert sind, und daß nicht durch irgendwelche Tagesbeschlüsse die dauerhafte Leistungsfähigkeit der Anstalt gefährdet wird. Das muß man immer wieder in Erinnerung rufen.

Einige Wünsche können wir auch neuerdings nicht erfüllen, so die automatische Rente mit Erreichen des 67. oder gar 65. Lebensjahres. Wir haben diese Frage neuerlich sehr eingehend geprüft und haben es durchrechnen lassen. Die Ergebnisse waren: Wenn wir jetzt zur automatischen Rentengewährung übergehen würden, müßten wir den Steigerungssatz von 20% auf mindestens 16% senken. Ich glaube nicht, daß das im Interesse unserer Mitglieder, unserer Ruhegeldempfänger, unserer Witwen liegen würde. Wir müßten es deshalb bei der derzeitigen Regelung belassen, werden uns aber weiterhin Gedanken machen, wie man verbessern kann.

Es ist manchmal die Frage an mich gerichtet worden, es stünde einiges in der Zeitung über Unregelmäßigkeiten bei der Bayerischen Versicherungskammer und ob dadurch auch bei der Bayerischen Ärzteversorgung ein Schaden eingetreten sei. Ich möchte ausdrücklich betonen, daß diese Frage vom Landesausschuß der Bayerischen Ärzteversorgung eingehend untersucht und besprochen worden ist; ich habe auch dem Kammervorstand darüber berichtet. Es sind keine Unterschlagungen vorgekommen. Es sind aber nach unserer Überzeugung und nach Überzeugung der Prüfungsinstanzen Maklergebühren bezahlt worden, von denen wir der Meinung sind, sie hätten nicht so hoch sein müssen, und es wurden einige Wertpapiere im Vorgriff fest gekauft, die in der weiteren Entwicklung als ungünstig anzusehen waren, weil ihr Zinsertrag geringer ist, als er zum Zeitpunkt der Abnahme dieser Papiere hätte sein können. Es ist aber für die Ärzteversorgung überhaupt kein meßbarer Schaden entstanden.

Durch Überleitungsabkommen mit den übrigen Versorgungseinrichtungen des Bundesgebietes haben wir im übrigen die Freizügigkeit der Ärzte erleichtert. Ein Assistenzarzt, der der Bayerischen Ärzteversorgung beiträgt, hat heute durch die Überleitungsabkommen die Möglichkeit, wenn er in ein anderes Bundesland geht, der dortigen Ärzteversorgung beizutreten, und wird von dieser seine Leistungen empfangen.

Im ganzen gesehen, können wir sagen, daß diese Weiterentwicklungen wieder einmal die Kraft der ärztlichen Selbstverwaltung und der eigenen Versorgung unseres Berufsstandes bewiesen haben, und ich kann nur hoffen, daß der Ärztenachwuchs sich so wie bisher für die ärztliche Versorgungseinrichtung entscheidet und der Angestelltenversicherung den Rücken kehrt. Wir werden auch jeden Versuch, die Möglichkeit zu einer Eigenversorgung unseres Berufsstandes zu unterwandern, mit allen Mitteln bekämpfen. Ich hoffe, daß die kommende Bundesregierung keinen derartigen Versuch machen wird.

Noch ein kurzer Hinweis auf die Auswirkungen unserer Frühberufsunfähigkeitsregelung, die wir 1957 geschaffen haben. Ich darf daran erinnern, daß es damals gerade Herr Kollege Dehler war, der mit mir zusammen — er als Repräsentant der angestellten Ärzte und ich als der der Kammer — diese Frage bearbeitet hat. Heute bekommen 181 junge Kollegen und 411 Witwen und Waisen Frühberufsunfähigkeitsrente. Insgesamt sind es also 592 Renten aus der Frühberufsunfähigkeitsregelung, die nicht abhängig ist von den Einzahlungen, sondern sich aus dem beruflichen Einkommen des jungen Mitglieds errechnet. Das ist eine besonders klare Dokumentation dafür, wie wir den Nachwuchs in unserer Versorgungseinrichtung gestellt wissen wollen.

Ich darf auch betonen, daß die Zusammenarbeit mit der Bayerischen Versicherungskammer und den Herren der Bayerischen Ärzteversorgung in allen den Phasen unserer Arbeit immer eine besonders vertrauensvolle war, und ich möchte meinen Dank an Herrn Präsident Dr. WEHGARTNER, Herrn Oberregierungsdirektor Dr. HÖNIG, Herrn Regierungsdirektor Dr. NEBEL und allen anderen Mitarbeitern noch einmal zum Ausdruck bringen.

Gesundheits- und Sozialpolitik

Lassen Sie mich nun einige Anmerkungen machen zu dem Kapitel Gesundheits- und Sozialpolitik. Für die Gesundheitspolitik ist der Schwerpunkt unserer Beziehungen das Innenministerium, so wie dieses Haus auch für das Arztrecht allein zuständig ist. Im sozialpolitischen Bereich, im Bereich der Arbeitsmedizin und anderen Bereichen, sind unsere Beziehungen aber mehr ausgerichtet auf das Arbeits- und Sozialministerium; dort liegt auch die Zuständigkeit für die Regelungen des Jugendarbeitsschutzgesetzes und für alle Fragen der Arbeitsmedizin. Wir veranstalten zusammen mit dem Bayerischen Arbeitsministerium die Kurse für Arbeits- und Sozialmedizin, und wir haben gemeinsam die Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin aus der Taufe gehoben. Das Arbeitsministerium ist zuständig für die gesamte Krankenversicherung und Rentenversicherung. Es ist der Partner und die Aufsichtsbehörde unserer Kassenärztlichen Vereinigung. Und wenn es darum geht, die Präventiv- und Rehabilitationsmedizin zu fördern, dann ist auch das Arbeitsministerium der zuständige Gesprächspartner. Es war deshalb mehr als eine höfliche Geste, wenn der bayerische Arbeits- und Sozialminister Dr. PIRKL an unserem Festakt zur Eröffnung unseres Ärztetages teilnahm, wiewohl er ein stiller Teilnehmer war, der nicht gesprochen hat und der im Gesamtablauf für alle Teilnehmer vielleicht nicht so in Erscheinung trat. Aber ich möchte in diesem Kreis betonen, daß Herr Staatsminister Dr. Pirkel für alle Fragen, die ihn angehen, sehr aufgeschlossen ist, daß er für uns ein sehr positiver und die Probleme erfassender Gesprächspartner ist, und daß wir deshalb gerade über die gute Zusammenarbeit mit ihm außerordentlich froh sind. Deshalb sehe ich in seiner Teilnahme mehr als nur eine Höflichkeit. Ich möchte zum Ausdruck bringen, daß er einer unserer Partner ist, auf die wir größten Wert legen. Den Dank an dieses Ministerium und diesen Politiker möchte ich deshalb ganz besonders zum Ausdruck bringen.

Ganz allgemein zum Thema Gesundheitspolitik: Wir beobachteten in der letzten Zeit natürlich mit besonderer Sorge die Bemühungen um eine Änderung des Grundgesetzes. Wie Sie wissen, ist es zu dieser Änderung nicht gekommen. Unsere Argumentation war einfach und klar. Wir haben erklärt, der Bund habe über die Krankenversicherung jede Möglichkeit, sich im Rahmen der Präventivmedizin fördernd zu betätigen, neuer Zuständigkeiten bedarf es nicht. Wir wissen natürlich nicht, wie die Entwicklung weitergeht. Nachdem aber ohne die Opposition eine Grundgesetzänderung überhaupt nicht möglich ist, hoffe ich, daß auch in der kommenden Legislaturperiode die Zuständigkeit des Bundes auf dem Gebiete des Gesundheitswesens nicht verändert wird.

Wir werden unsererseits alles tun, um Regierung und Opposition in gleichem Maße davon zu überzeugen, daß

es einer solchen Änderung nicht bedarf. Ich bin sehr froh darüber, daß sich die positive Einstellung zum Föderalismus, den ich als bayerischer Vertreter jahrelang wie in einer Wüste gepredigt habe, auch in den ärztlichen Organisationen inzwischen als der bessere Weg erwiesen hat.

Das haben Sie bei der Eröffnung aus dem Bekenntnis des Präsidenten der Bundesärztekammer wohl entnehmen können. Man muß nicht alles zentral reglementieren, man muß auch einmal zusammenarbeiten und in föderalistischem Geist echte Demokratie zeigen. Das ist viel erziehender, viel positiver, als wenn alles „von oben“ geregelt wird und die anderen dann nur noch das durchzuführen haben, was zentral beschlossen wird.

Auch der Herr Staatsminister hat ein Bekenntnis dazu abgelegt, ein Bekenntnis, dessen es aus seinem Mund gar nicht bedurft hätte; denn das bayerische Innenministerium, die Bayerische Staatsregierung haben uns nicht nur unterstützt, sondern auch im politischen und staatlichen Bereich überzeugend diese Auffassung vertreten und für sie viel an Boden gewonnen. Dafür muß man immer wieder Dank sagen. Es hätte alles anders laufen können — sehr ungünstig für uns —, wenn wir nicht die bayerische Bastion gehabt und gehalten hätten.

Nun zu den Einzelheiten! Die Zahl der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen wird jetzt langsam die Million erreichen. Wir waren zum letzten Stichtag bei 839 000 Untersuchungen angelangt. Seit dem 1. Januar haben wir die statistische Auswertung dieser Untersuchungen, wenn auch die Ergebnisse noch nicht vorliegen. Ich hoffe aber, daß wir bald dazu kommen werden. In diesem Jahr ist die Zahl der untersuchten Jugendlichen sehr gering durch die Einführung des 9. Volksschuljahres.

Die ärztliche Schwangerenbetreuung, eine ausgesprochen segensreiche Einrichtung, wird leider immer noch ungenügend in Anspruch genommen. Wie Sie aus unseren Verlautbarungen wissen, gehen von drei Frauen in der Schwangerschaft bisher immer noch nur zwei zum Arzt. Eine geht nicht und das ist ein schlechtes Ergebnis. Im Jahre 1968 wurden bei 170 000 Geburten 103 000 Schwangerschaftsbetreuungen durchgeführt. Ich habe kürzlich die Presse versammelt und über diese Fragen berichtet, und ich hoffe, daß wir durch eine intensive Werbung das Interesse der Frauen erhöhen können.

Ein erfreulicher Fortschritt ist, daß wir aus der Schwangerenvorsorgeuntersuchung schon eine erste und wirksame Konsequenz ziehen können: Durch die Einführung des Anti-D-Globulins haben wir die Möglichkeit, bei Rhesus-Unverträglichkeit die Geburt kranker Kinder zu verhindern und damit segensreich zu wirken. Hier zeigt sich, wie aus der Vorsorge eine vorsorgliche Therapie, also aus der Vorsorgeuntersuchung eine Vorsorgetherapie wird.

Die Krebsvorsorgeuntersuchungen der Frauen laufen langsam an, langsamer, als wir es uns gewünscht hätten; denn die Kapazitäten unserer Zytologen sind zur Zeit nicht voll ausgelastet. Im II. Quartal 1969 wurden bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns 32 000 Fälle abgerechnet. Bei 0,5% der Fälle ergab sich ein positiver Befund, also ein manifestes Karzinom. Bei etwa 4,5% der Fälle waren die zytologischen Befunde zweifelhaft. Wichtig ist auch, daß bei 4% der untersuchten Frauen entweder ein sicheres



Blick auf die Delegierten

Mamma-Karzinom festgestellt wurde oder der Verdacht auf ein Mamma-Karzinom auftrat, der weitere Untersuchungen nötig machte.

Die Früherkennung des manifesten Diabetes, dessen Bedeutung wir durch den Münchener Test eindeutig beweisen konnten, möchten wir neuerdings stark intensivieren. Dazu bedarf es erstens einer laufenden und sehr überzeugenden Werbung in unserer Bevölkerung, zweitens müssen wir die pharmazeutische Industrie dahin bringen, daß sie die Teststäbchen einzeln abpackt und daß unsere Apotheken die Teststäbchen auch einzeln abgeben. Es gibt nur einen gangbaren und auch finanziell zu vertretenden Weg, nämlich, daß man unsere Bevölkerung anhält, sich mindestens einmal, besser zweimal, im Jahr ein solches Teststäbchen in der Apotheke zu kaufen, es anzuwenden und, wenn es sich verfärbt, zum Arzt zu gehen und sich untersuchen zu lassen. Dann bedarf es gar keiner organisatorischen Maßnahmen und wir haben eine sehr wirksame Früherfassung des Diabetes. Ich möchte für die wissenschaftlich Eingestellten noch einmal sagen: Natürlich wissen auch wir, daß dies nicht die wissenschaftlich optimale Methode ist. Aber Blutzuckeruntersuchungen bei der gesamten Bevölkerung sind nicht realisierbar. Wenn wir aber die Bevölkerung dazu bringen, daß sie mit diesen Teststäbchen nach einem improvisierten Belastungsfrühstück den Test selbst macht, haben wir bereits unendlich viel gewonnen.

In Vorbereitung befinden sich zur Zeit Vorsorgeuntersuchungen der Männer ab 50 Jahren zur Früherkennung des Prostata- und Rektumkarzinoms, eine ganz einfach zu verwirklichende Untersuchung, zu der man tatsächlich nur den Finger benötigt und die Bereitschaft des Patienten, ihn sich einführen zu lassen. Eine einfachere Vorsorgemethode kann es gar nicht geben. Es ist in Vergleichsuntersuchungen dargestellt worden, daß diese Palpatlonsuntersuchung beim Prostatakarzinom oder allgemein bei Veränderungen der Prostata bessere Ergebnisse bringt als alle Laboruntersuchungen, die man einsetzen könnte. Wir werden untersuchen, diese Vorsorgeuntersuchung bald zu verwirklichen. Man kann nur jedem Kollegen raten, diese Untersuchungen dann möglichst regelmäßig durchzuführen.

I-Kommission

In der Öffentlichkeit ist in der letzten Zeit die Frage der Schwangerschaftsunterbrechungen aus medizinischer Indikation in die Diskussion gekommen, und zwar im Zusammenhang mit der Frage Röteln-Erkrankung der Mutter und der Geburt mißgebildeter Kinder, und es sind gegen Kollegen, die unseren Kommissionen angehören, schwere Vorwürfe erhoben worden, daß sie eine Schwangerschaftsunterbrechung ablehnten, obwohl dargelegt worden sei, daß die Mutter Röteln gehabt habe.

Ich möchte darauf hinweisen, daß nach der derzeitigen Rechtslage und dem Stand der Rechtsprechung eine Schwangerschaftsunterbrechung wegen der Befürchtung einer Mißbildung des Kindes nicht zugelassen werden darf. Eine Änderung dieser Rechtslage ist nicht Sache der Ärzte, sondern Sache des Gesetzgebers, der sich mit dieser Frage auseinandersetzen muß. Es wird sich aber dann sehr bald zeigen, daß es keine Röteln-Frage ist, sondern eine viel weiter gespannte Problematik, der wir gegenüberstehen. Ich bin der Meinung, und möchte das ganz unmißverständlich zum Ausdruck bringen, daß die mehr oder weniger deutlichen Anregungen an uns Ärzte, in allen solchen Fällen befürchteter Mißbildung des Kindes hilfsweise die Gefahr eines Selbstmordes der Mutter und damit eine Gefährdung des Lebens der Mutter zu konstruieren, von uns Ärzten nicht akzeptiert werden kann. Die Lebenserfahrung spricht gegen eine solche Unterstellung.

Die Kammer ist inzwischen daran gegangen, zusammen mit ihren Rechtsberatern, den gesamten Fragenkomplex der Schwangerschaftsunterbrechung aus medizinischer Indikation, vor allem auch im Hinblick auf die Stellung und Verantwortung der I-Kommissionen, und auch die Frage der Haftpflicht zu untersuchen. Sobald die Ergebnisse vorliegen, werden wir Sie alle hiervon unterrichten. Wir sind auch in Gesprächen mit den staatlichen Stellen, um hier klare Verhältnisse zu schaffen. Aber ich möchte noch einmal unterstreichen: Die Frage der sog. eugenischen Indikation kann nicht von uns Ärzten gelöst werden, sondern hier müßte der Gesetzgeber ganz klar Stellung nehmen.

Der Bundestag hat vor kurzem auch das Gesetz über die freiwillige Kastration beschlossen. Ich möchte darauf hinweisen, daß dieses Gesetz nichts zu

ACHTUNG!

Das Ärztehaus Bayern ist nunmehr über die neue Telefon-Nr.

08 11 / 33 20 21

zu erreichen

tun hat mit einer Kastration als Folgeerscheinung einer medizinisch notwendigen Behandlung, etwa eines Prostatakarzinoms. Hier geht es nur um die Kastration bei Vorliegen eines pathologischen Geschlechtstriebes, welcher die Gefahr in sich birgt, daß der Betreffende zu verbrecherischen Handlungen neigt. Es wird also mehr eine medizinisch-kriminologische Indikation sein als eine medizinisch-ärztliche. Geklärt werden muß hier die Frage der Bildung der Gutachter-Kommissionen, über die wir in Gesprächen sind mit dem Leiter der Gesundheitsabteilung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern.

Schließlich darf ich noch berichten, daß gerade jetzt die Beratergruppe des bayerischen Ministerpräsidenten für Fragen der Verwaltungsvereinfachung sich zur Modernisierung und Rationalisierung des öffentlichen Gesundheitswesens geäußert hat. Der Vorschlag geht dahin, für die Gesundheitsämter größere Amtsbereiche zu bilden und an jedem Amt mehrere Ärzte — es ist die Rede von 4 Ärzten — zu installieren. Es ist der richtige Zeitpunkt, um zusammen mit unserem Innenministerium auch die Frage der Arbeitsteilung — Gesundheitsamt, freipraktizierender Arzt — wieder einmal zu überdenken; denn wenn neue Ordnungen geschaffen werden, sollte man auch hier mit neuen Überlegungen beginnen. Leider ist die Rechtsgrundlage für das öffentliche Gesundheitswesen nach wie vor das Gesetz aus dem Jahre 1933 mit seinen Durchführungsverordnungen und ist damit der heutigen Zeit in keiner Weise mehr entsprechend.

Bei dieser Gelegenheit darf ich noch einmal darauf hinweisen, daß unsere Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Landesgesundheitsrat, unter dem Vorsitz des Herrn Kollegen Dr. SOENNING, MdL, eine ausgesprochen fruchtbare war, und daß wir auch in diesem Gremium sehr wertvolle Beratungsergebnisse erzielen konnten.

Zu den Themen Chefarztsituation und Belegarztsituation möchte ich in diesem Jahre keine umfangreicheren Ausführungen machen. Ich darf unterstreichen, daß die damit zusammenhängenden Fragen weiterhin für uns ein zentrales Problem sind und wir uns sehr eingehend damit befassen werden.

Über Fragen des ärztlichen Hilfspersonals wird Herr Kollege SLUKA im Anschluß an meine Ausführungen berichten; Herr Kollege STORDEUR wird noch Einzelheiten aus dem Bereich der Weiterbildung, der Fortbildung und über die in Arbeit befindliche Arztstatistik geben.

Ich hätte gern auch noch gehabt, daß Herr Kollege REICHSTEIN über die sehr dornenvolle und außerordentlich schwierige, aber auf der anderen Seite so ausgesprochen segensreiche Arbeit für die Errichtung von Krebsnachsorgekliniken berichtet, aber leider ist er er-

krank. Diese Arbeit erfüllt die Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern unter Federführung der Bayerischen Landesärztekammer. Es ist ein sehr schwieriger Weg, etwas zu erreichen und zu vermeiden, daß die Dinge in Bereiche der Publizistik und der Reklame hineingehen. Ich kann nur sagen: Wenn wir nicht in Trißl, wo die Dinge jetzt sehr gut laufen, mit Dankbarkeit der Patienten geradezu überschüttet würden, hätte ich schon längst gesagt, daß wir diese Arbeit wieder aufgeben. Aber ich sehe jedesmal, wenn wir nach Trißl kommen und dort die Frauen uns umringen und sagen: „Wie schön ist es, daß Ihr endlich etwas für uns tut!“, daß sie notwendig ist, und ich hoffe, daß wir aus den Anfangsschwierigkeiten herauskommen und die Vorhaben sich erfreulich entwickeln.

Schließlich noch zu einer intrafamiliären Sache! Ich wurde gefragt, wie es mit unserem bayerischen Ärztehaus steht, dessen Errichtung wir vor zwei Jahren beschlossen haben. Ich kann sagen, daß das Haus wächst, die Handwerker sind jetzt schon im ersten und zweiten Stock des Rohbaues, und daß wir schon alle sehnsüchtig auf den Einzug warten; denn die Verhältnisse in der Königinstraße sind geradezu katastrophal geworden. Die Parkmöglichkeiten möchte ich gar nicht erwähnen, sie sind einfach schauderhaft. Der Neubau und der Umzug sind nun einmal eine unabdingbare Sache. Es ziehen in dieses Haus ein: die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Landesgeschäftsstelle, die gesamte Bezirksstelle Oberbayern, Hartmannbund, die Bayerische Wirtschaftsvereinigung, der Marburger Bund und auch der Verband der leitenden Krankenhausärzte und wir, die Kammer. Es ist in diesem Haus auch ein großer Vortrags- und Tagungssaal vorgesehen, in dem z. B. jederzeit eine Plenarsitzung stattfinden kann. Die Kosten des Gebäudes sind inzwischen übersehbar, weil wir die wesentlichen Aufträge vergeben haben. Sie werden sich auf rund 12 Millionen DM belaufen. Die Finanzierung läuft auf über 30 Jahre. Es bedarf also weder einer Sonderumlage, noch wird die derzeitige Generation damit irgendwie in Anspruch genommen, sondern im Rahmen der Miete, die jeder Bewohner des Hauses aufzubringen hat, wird sich das Haus in etwa 33 Jahren selbst finanzieren. Das ist ein Weg, den wir ohne weiteres gehen können, wenn man berücksichtigt, daß Verwaltungsräume notwendig sind und man ohne eine funktionierende Verwaltung nicht auskommen und ohne Tagungs- und Sitzungsräume eine Verwaltung nicht führen kann.

Ich habe, wie ich schon einleitend sagte, nicht alle Fragen ansprechen können, aber sie stehen trotzdem zur Diskussion und ich werde, soweit ich es kann, auch Antwort geben.

Lassen Sie mich schließen mit meinem Dank an alle, die in diesem Jahre mitgeholfen haben, unsere Arbeit zu ermöglichen und erfolgreich zu gestalten, mit einem Dank an die Ministerien, die ich erwähnte, mit einem Dank an die freien ärztlichen Verbände, aber vor allem auch mit dem Dank an Sie, meine Damen und Herren Delegierten, an die Mitglieder des Vorstandes, der Ausschüsse, an unsere ärztlichen und nichtärztlichen, vor allem auch juristischen Mitarbeiter und Berater. Nur dieses Zusammenwirken hat uns in die Lage versetzt, unsere Aufgabe zu erfüllen.

Ergänzung des Tätigkeitsberichtes

von Dr. L. S l u k a, Hauptgeschäftsführer

Ärztliches Hilfspersonal

Arzthelferin-Lehrlingswesen

Zum Arbeitsgebiet der Kammer betreffend das Arzthelferin-Lehrlingswesen eingehen.

Lassen Sie mich den Bericht aus diesem Teilbereich mit einigen Zahlen einleiten, die Ihnen den Umfang der Ausbildung dieser Hilfskräfte des Arztes und der damit verbundenen Kammerarbeit verdeutlichen mögen. Die Ausbildung junger Mädchen zur Arzthelferin über ein Lehrverhältnis bei einem Arzt, hat in Bayern in den letzten vier Jahren folgende Entwicklung genommen.

Der Lehrabschlußprüfung haben sich mit Erfolg unterzogen in den Jahren

1966	407 Arzthelferin-Lehrlinge
1967	491 Arzthelferin-Lehrlinge
1968	624 Arzthelferin-Lehrlinge
1969	710 Arzthelferin-Lehrlinge

Im Jahre 1970 wird nach der gegenwärtigen Zahl der Schülerinnen in den Abschlußklassen mit 873 Lehrlingen zu rechnen sein, die zur Lehrabschlußprüfung heranstehen werden.

Diese Zahlen zeigen die steigende Tendenz im Zugang zu diesem Lehrberuf. Dennoch reicht dieser Nachwuchs einschließlich der an privaten Schulen ausgebildeten Sprechstundenhelferinnen nicht aus, um den sowohl durch die Zunahme des Umfangs der Diagnostik und Therapie als auch durch die verhältnismäßig kurzdauernde Berufsausübung dieser Mitarbeiter des Arztes bedingten Bedarf zu decken.

Nach unseren Beobachtungen haben die Anerkennung des Lehrberufs der Arzthelferin im Jahre 1965, die Einführung von Richtlinien über die Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen, schließlich der darauf beruhende Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen vom April 1969, aber auch die Verbesserung der begleitenden Ausbildung an den Berufsschulen das Interesse junger Mädchen an diesem Lehrberuf erheblich erhöht. Die Kammer fördert dieses Interesse durch ständige Fühlungnahme mit den beiden Landesarbeitsämtern Süd- und Nordbayern, wie auch mit den einzelnen Arbeitsämtern unmittelbar.

Obwohl die Einführung des 9. Volksschuljahres mit Beginn dieses Schuljahres einen deutlichen Rückgang an neu Eintretenden Lehrlingen erwarten ließ, sind nach unseren Erhebungen jetzt sogar 957 junge Mädchen in den Lehrberuf der Arzthelferin eingetreten.

Von Interesse dürfte sein, daß die Zahl der Lehrlinge mit mittlerer Schulreife bisher überwog, wenn auch nicht sehr deutlich. Die Ergebnisse der Lehrabschlußprüfung haben gezeigt, daß dennoch von den Lehrlingen ohne mittlere Schulreife teilweise beachtlich gute Leistungen erbracht werden, obwohl der Unterschied zwischen den Lehrlingen mit mittlerer Schulreife und jenen mit Volksschulbildung sowohl in den gemischten Klassen als insbesondere in getrennten Parallelklassen an den Berufsschulen sehr deutlich ist.

Im Schuljahr 1968/69 wurden an 20 Berufsschulen in

Bayern anerkannte Fachklassen für Arzthelferin-Lehrgänge geführt. Diese Schulen verteilen sich auf die sieben Regierungsbezirke wie folgt:

Oberbayern: München, Rosenheim, Traunstein, Ingolstadt

Niederbayern: Landshut, Passau

Oberpfalz: Regensburg, Amberg, Weiden

Oberfranken: Coburg, Bamberg, Bayreuth, Hof

Mittelfranken: Nürnberg

Unterfranken: Aschaffenburg, Würzburg

Schwaben: Augsburg, Kempten, Memmingen, Mindelheim

Im Berichtszeitraum wurden auf Initiative der Vorsitzenden der Ärztlichen Kreisverbände in Zusammenarbeit mit der Kammer an den Städtischen Berufsschulen Schweinfurt und Neu-Ulm fortführende Fachklassen für Arzthelferin-Lehrlinge eingeführt, nachdem in Verhandlungen mit den Schuldirektoren und den Schulträgern die Voraussetzungen für einen ordnungsgemäßen Unterricht sowohl personell als auch in bezug auf die Einrichtung geschaffen waren. Verschiedenenorts wurden Bemühungen bekannt und Wünsche zur Einrichtung von Fachklassen an weiteren Berufsschulen an die Kammer herangetragen. Sie waren teilweise wegen langer Anfahrtswege für Lehrlinge zu bestehenden Schulen verständlich. Die Kammer hält es jedoch nur dann für sinnvoll und vertretbar, neue Fachklassen einzurichten zu lassen, wenn sie als selbständige Klassen geführt, d. h. von mindestens 15 Lehrlingen besucht werden können. Eine gemeinsame Unterrichtung mit Zahnarzt- und Apothekenhelferin-Lehrlingen muß zumindest für die eigentliche Fachklasse wegen des sehr unterschiedlichen Berufsbildes dieser Lehrberufe abgelehnt werden. Allenfalls kann eine Blockklasse für diese Lehrlinge gebildet werden, die von Arzthelferin-Lehrlingen mit dreijähriger Lehrzeit im ersten Jahr besucht wird, in dem der medizinische Fachkundeunterricht als propädeutische Unterrichtsstunde gelehrt wird. Die Errichtung von Fachklassen an den Berufsschulen in Schweinfurt und Neu-Ulm hat zugleich auch zu der erstrebten und dringend notwendigen Entlastung der Fachklassen an den Berufsschulen in Augsburg und Würzburg beigetragen.

Zu unserem Bedauern sind die gemeinsamen Bemühungen des Vorsitzenden des Ärztlichen Kreisverbandes Ansbach und Umgebung und der Kammer, zum Zwecke der dringend gebotenen Entlastung der für den Regierungsbezirk Mittelfranken praktisch allein in Nürnberg geführten Fachklassen, Fachklassen an der neuen Städtischen Berufsschule Ansbach einzurichten, durch die Ablehnung des Antrags der Kammer an die Regierung von Mittelfranken zur Bildung eines Fachschulspargels für Arzthelferin-Lehrlinge an dieser Schule für insgesamt sieben Landkreise und kreisfreie Städte gescheitert. Kammer und Kreisverband sind nunmehr bestrebt, die Einrichtung einer weiterführenden Fachklasse, für die eine ausreichende Zahl von Lehrlingen, die erforderliche Einrichtung und ein erfahrener ärztlicher Fachlehrer zur Verfügung stehen, allein mit der Genehmigung des Direktors der Berufsschule zu erreichen.

An den zur Zeit bestehenden Fachklassen unterrichten 49 Kolleginnen und Kollegen die medizinische Fachkunde, dazu vier nichtärztliche Lehrkräfte in den Teilgebieten Labor und Kassenabrechnung. Neben medizinisch-technischen Assistentinnen sind Mitarbeiter der Geschäftsstellen der Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, letztere im Fach Kassenabrechnung, tätig.

Die ärztlichen Fachlehrer erhalten zu der vom Schulträger gezahlten Vergütung für die gehaltene Unterrichtsstunde von DM 14.— auf Beschluß des Kammervorstandes ab 1. 9. 1969 einen von DM 16.— auf DM 18.— erhöhten Zuschuß. Damit beträgt die Stundenvergütung zur Zeit DM 32.— und ist angepaßt jener der Lehrer an den zahnärztlichen Fachklassen. Die von der Kammer allein an die nichtärztlichen nebenamtlichen Fachlehrer für den vorgenannten Unterrichtsbereich gezahlte Vergütung wurde vom Kammervorstand ebenfalls ab 1. 9. 1969 von DM 15.— auf DM 20.— angehoben. Dieser Teil der Aufwendung der Kammer für die Ausbildung der Arzthelferinnen schlägt mit einem bedeutenden Betrag zu Buche, wie Sie aus dem Rechnungsabschluß der Kammer 1968 und dem Voranschlag für 1970 ersehen haben werden.

Obwohl eine große Anzahl von ärztlichen und nicht-ärztlichen Fachlehrern bereits seit 1959 in diesen Fachklassen unterrichtend tätig sind, ergaben sich auch im Berichtszeitraum infolge der Zunahme der Lehrlinge personelle Schwierigkeiten, teils durch das Ausscheiden von Kollegen, teils durch einen weiteren Bedarf. Diese Schwierigkeiten sind merkwürdigerweise besonders in großen Städten, zum Teil solchen mit Universitäten, aufgetreten.

Die Zusammenarbeit mit den Direktoren der Berufsschulen und den nichtärztlichen Lehrkräften war auch im Berichtszeitraum ausgezeichnet. Direktoren und Schulträger zeigten sich den Wünschen der Berufsvertretung für die bestmögliche Unterrichtung der Lehrlinge weitgehend aufgeschlossen und waren nach besten Kräften bemüht, sie zu erfüllen. So wurden weitere Mikroskope, Laboreinrichtungen und Photometer angeschafft, um die Laborarbeiten in dem von der Kammer festgelegten Umfang den Lehrlingen zu vermitteln und üben zu lassen. Dem Beispiel der Berufsschule in Augsburg und der dort tätigen Fachlehrer folgend, haben z. B. die Schulen in Hof, Nürnberg und andere zusätzliche Laborkurse für jene Lehrlinge eingeführt, in deren Lehrpraxen diese nicht vermittelt werden können. An einigen Schulen, so z. B. in München, Memmingen, Bayreuth, Passau und Kempten, wurden neue Laborräume eingerichtet bzw. werden sie unter finanzieller Beteiligung der darum gebetenen Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zusätzlich zu den bestehenden im nächsten Jahr geschaffen werden.

Mit der Anerkennung des Lehrberufs der Arzthelferin durch den Bundesarbeitsminister ist die berufsbegleitende Unterrichtung der Lehrlinge an die Berufsschulen gebunden. Diese sind im Einvernehmen mit der Kammer und den Ärztlichen Kreisverbänden bemüht, den Berufsschultag möglichst auf einen Mittwoch zu verlegen, um den Lehrherren entgegenzukommen. Es muß jedoch darauf hingewiesen werden, daß der Besuch der Berufsschule ein Teil der Lehre ist und daß der Lehrling in einem Lehr- und nicht in einem Arbeitsverhältnis steht.

Wenn auch der Stundenplan von der Schule in Zusammenarbeit mit den beteiligten Lehrkräften aufgestellt wird, so werden die Belange der fachlichen Schulung dabei vornehmlich berücksichtigt und der Unterricht auch in den nichtmedizinischen Fächern fachbezogen gestaltet.

Der Besuch der Berufsschule während der Lehrzeit, der durch das neue Berufsschulgesetz vom April 1969 auch Mädchen mit mittlerer Schulreife zur Pflicht gemacht wird, läßt sich daher aus der Ausbildung von Arzthelferin-Lehrlingen im Lehrberuf nicht herausnehmen. Als Alternative käme lediglich die Schaffung von Fachschulen in Betracht, die jedoch weder auf Bundes- noch auf Landesebene vorgesehen sind.

Der am Beginn des Berichtszeitraumes unter Mitwirkung eines Arbeitsausschusses ärztlicher und nichtärztlicher Fachlehrer sowie der Kammer mit dem Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus erstellte neue Lehrplan für die medizinisch-fachkundlichen Fächer und für das auch für diesen Lehrberuf eingefügte Unterrichtsfach Naturlehre, konnte im Berichtszeitraum erstmals an den meisten Schulen angewendet werden. Die damit gemachten Erfahrungen sind gut.

Die Kammer hat mit dem genannten Arbeitsausschuß im Berichtszeitraum eine Lehrstoff- und Unterrichtsstundenverteilung in diesen Fächern erarbeitet, um eine einheitliche Ausbildung der Lehrlinge zu gewährleisten. Diese Vorschläge wurden vom Kultusministerium übernommen.

Auf Anregung der Kammer ist ein ärztlicher Fachlehrer mit der Erstellung von Skripten für die Teilgebiete des Faches Naturlehre befaßt, da keine geeigneten Lehrbücher vorhanden sind. Die Skripten sollen nach Begutachtung durch die Schulen im Rahmen der Lehrmittelfreiheit den Arzthelferin-Lehrlingen zur Verfügung gestellt werden. Weiterhin ist ein Unterrichtsbuch für Kassenabrechnung und Gesetzeskunde innerhalb der ärztlichen Berufsvertretung, das sind Kammern und Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, in Vorbereitung.

Nach dem Beschluß des Kammervorstandes vom 19. 7. 1969 soll das Unterrichtsfach Maschinenschreiben, das im Rahmen des neuen Lehrplanes in der Abschlußklasse nicht mehr unterrichtet werden konnte, wegen seiner Bedeutung für die Tätigkeit der Arzthelferin im Unterrichtsplan beibehalten und weiterhin in der Lehrabschlußprüfung geprüft werden.

Die Kammer war in Zusammenarbeit mit den Schulen und den ärztlichen und nichtärztlichen Fachlehrern bemüht, die Ausbildung den Anforderungen anzupassen, die der Fortschritt in Diagnostik und Therapie an die Helferin in der Praxis stellt. Dies gilt vor allem für das Gebiet Kassenabrechnung und Labor. Erstere wird in einer eigenen Unterrichtsstunde im letzten Jahr durchgehend unterrichtet. Die Zahl der Laborstunden im Rahmen des Stoff- und Unterrichtsstundenverteilungsplanes wurden erheblich ausgeweitet.

Die auf Beschluß des Kammervorstandes im vergangenen Jahr neu eingeführte Arzthelferin-Brosche wurde erstmals bei der Lehrabschlussprüfung in diesem Jahr den geprüften Arzthelferin-Lehrlingen mit dem Prüfungszeugnis und dem Helferinnen-Brief überreicht. Sie hat bei den jungen Damen großen Anklang gefunden. Die Brosche kann nach einem Beschluß des Kammer-

vorstandes auch von jenen Helferinnen erworben werden, die seit 1959, dem Jahr der Schaffung des Anlernberufs der Arzthelferin, das Prüfungszeugnis der Kammer und den Arzthelferin-Brief erhalten haben. Es wird zur Zeit darüber beraten, ob und unter welchen Voraussetzungen den nicht von der Kammer geprüften Sprechstundenhelferinnen diese Brosche ebenfalls zur Verfügung gestellt werden kann.

Der Kammervorstand hat im Berichtszeitraum ferner beschlossen, die Arzthelferin-Brosche mit goldenem Rand neben einer Ehrenurkunde an Sprechstundenhelferinnen als Ausdruck der Anerkennung für mindestens 20jährige treue Dienste in der Praxis zu verleihen. Diese Auszeichnung konnte bereits einer nicht geringen Anzahl von Mitarbeiterinnen überreicht werden.

Das mit Wirkung vom 1. 4. 1969 geschlossene Tarifabkommen zwischen der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferin und drei gewerkschaftlichen Verbänden wurde vom Kammervorstand den niedergelassenen Ärzten Bayerns als Grundlage für die Lehr- und Arbeitsverhältnisse mit ihren Mitarbeitern empfohlen. Die in dem Abkommen vereinbarten Lehrlingsvergütungen wurden bereits in die in diesem Jahr abgeschlossenen Lehrverträge aufgenommen. Als Vergütung für das erste Lehrjahr, bei dreijährigen Lehrverträgen, hat der Kammervorstand den monatlichen Betrag von DM 100,— empfohlen. Das Abkommen entspricht inhaltlich den vom Kammervorstand im März 1966 beschlossenen Richtlinien für die Arbeitsbedingungen des ärztlichen Hilfspersonals.

Die — wie Sie gesehen haben — jährlich steigende Zahl neu in das Lehrverhältnis eintretender Lehrlinge, die mit der Prüfung der Lehrverträge, der Übersendung der Berichtshefte und der sich aus dem Lehr- und Arbeitsverhältnis mit Arzthelferinnen ergebende umfangreiche Schriftwechsel, die Überprüfung der Anmeldungen zur Lehrabschlussprüfung und die Entscheidung darüber, bei durchschnittlich 800 Lehrlingen im Jahr, mögen Ihnen einen Einblick in den Umfang geben, den dieses Teilgebiet in der Gesamtarbeit der Kammer einnimmt.

Lassen Sie mich bitte noch kurz abschließend auf wesentliche Bestimmungen des am 1. 9. 1969 als Bundesgesetz in Kraft getretenen Berufsbildungsgesetzes eingehen, welche die Kammer bereits beschäftigt haben und im kommenden Jahr weiter beschäftigen werden. Das Berufsbildungsgesetz hat alle Lehrverhältnisse in der Bundesrepublik nach einheitlichen Gesichtspunkten neu gestaltet. Das Gesetz zielt auf eine umfassende, bundes einheitliche Grundlage für die berufliche Bildung, das ist die Berufsausbildung, die Berufsfortbildung und die berufliche Umschulung, ab. Es sollen auch Gefälle in der Qualität der Ausbildung von einer Lehrpraxis zur anderen vermieden werden.

Die mit Erlaß des Bundesarbeitsministers vom 12. 1. 1965 erfolgte Anerkennung des Berufs der Arzthelferin als Lehrberuf wird in § 108 des Gesetzes ausdrücklich bestätigt. Es bleibt vorerst bei dem Berufsbild, dem Berufsbildungsplan, den Prüfungsanforderungen und den Berufseignungsanforderungen, die der Bundesarbeitsminister festgelegt hat. Auch die von der Kammer erlassene Prüfungsordnung gilt zunächst weiter. Die von der Kammer bisher ausgestellten Prüfungszeugnisse und Helferinnen-Briefe stehen den nach dem Berufs-

bildungsgesetz auszustellenden Dokumenten rechtlich gleich. Die nach dem Berufsbild erstellten Lehrverträge wurden unter Berücksichtigung des Tarifvertrages mit Arzthelferinnen und des Berufsbildungsgesetzes bereits neu überarbeitet. Sie werden in Kürze den ärztlichen Kreisverbänden zur Verfügung stehen.

Das Berufsbildungsgesetz enthält auch einen Ausschließlichkeitsgrundsatz, d. h., daß für einen staatlich anerkannten Lehrberuf nur nach der Ausbildungsordnung ausgebildet werden darf. In Zukunft wird es nicht mehr zulässig sein, daß Personen in nicht anerkannten neuen Lehr- und Anlernberufen tätig sein können, wie sie für den Bereich des ärztlichen Hilfspersonals in Betracht kommen, wenn neue Aufgaben und Bedürfnisse in Diagnostik und Therapie dies erfordern. Diese Regelung kann für die Ausbildung junger Mädchen zu Zytotechnikerinnen und für weitere noch in Betracht kommende Tätigkeiten in Fachpraxen, wie z. B. Orthoptistinnen, von Bedeutung sein. Gespräche zu dieser Frage wurden mit den zuständigen Stellen inzwischen eingeleitet. Die Fortbildung von Arzthelferinnen zu Röntgen- und Laborhelferinnen, wie sie von der Kammer seit Jahren betrieben wird, ist durch diese Bestimmung allerdings nicht gefährdet.

Das Berufsschulrecht wird in diesem Gesetz nicht angesprochen, weil es Ländersache ist.

Die Berechtigung zur Ausbildung ist auch nach dem Berufsbildungsgesetz wie bisher an die persönliche und fachliche Eignung gebunden. Das Gesetz bestätigt ausdrücklich die fachliche Eignung eines jeden approbierten Arztes. Die Ärztekammer hat darüber zu wachen, daß die persönliche und fachliche Eignung und die Eignung der Ausbildungsstätte vorliegt. Bei Mängeln der persönlichen und fachlichen Eignung des Landesherrn untersagt die Aufsichtsbehörde auf Vorschlag der Kammer die weitere Ausbildung. Diese Maßnahme liegt somit nicht wie bisher in den Händen der Kammer. Die Mängel können auch dann vorliegen, wenn die Zahl der Lehrlinge nicht in einem angemessenen Verhältnis zur Zahl der beschäftigten ausgebildeten Mitarbeiter in der Praxis steht.

Grundsätzlich enthält das Gesetz keine Änderung der zweijährigen Lehrzeit für Mädchen, die das Mindestalter von 16 Jahren erreicht haben. Eine wesentliche Neuerung besteht jedoch darin, daß die Ärztekammer die Lehrzeit zu verkürzen hat, wenn der Auszubildende das Ausbildungsziel in kürzerer Zeit erreicht. Dazu sind die Beteiligten zu hören. Bisher ist eine Verkürzung der Lehrzeit nur im Falle des erfolgreichen Besuchs einer privaten Schule für Arzthelferinnen oder bei einer berufsnahen Vorbildung, z. B. als Krankenschwester oder Krankengymnastin, möglich.

Als Neueinführung ist die Zwischenprüfung zu erwähnen, allerdings kann hiervon bis zum 1. 1. 1973 abgesehen werden. Diese kann — ebenso wie die Lehrabschlussprüfung — zweimal, gegenüber bisher einmal, wiederholt werden.

Neu geregelt ist die Zusammensetzung der Prüfungsausschüsse. Es kommen zu den beteiligten Ärzten und Berufsschullehrern nunmehr Beauftragte der Arbeitnehmer hinzu, die von den Gewerkschaften vorzuschlagen und von den Ärztekammern zu berufen sind. Die Tätigkeit der bestehenden Prüfungsausschüsse endet mit dem 31. 8. 1970. Auch hierfür wurde mit den zuständigen Stellen bereits Fühlung aufgenommen.

Als weitere wesentliche Neuerung sieht das Gesetz die Bildung von „Beratungsausschüssen für die Berufsbildung“ vor. So ist ein „Bundesausschuß“ vorgesehen, der insbesondere bei Erlaß von Rechtsverordnungen zu hören ist und dem eine Reihe weiterer Aufgaben zukommt. Ihnen gehören auch Ärzte und Vertreter des ärztlichen Hilfspersonals aus den gewerkschaftlichen Organisationen an.

Die zu bildenden Berufsbildungsausschüsse auf Landesebene bestehen aus je 6 Vertretern der Arbeitgeber, der Arbeitnehmer und der Schulen. Die Arbeitgeber, das sind niedergelassene Ärzte, sind von den Kammern, die Arbeitnehmer von den Gewerkschaften und sozialpolitischen Vereinigungen und die Lehrer von den Schulen vorzuschlagen. Sie werden vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge berufen. Die Kammer hat bereits mit diesem Ministerium Fühlung aufgenommen, um zu erreichen, daß von seiten der Arbeitnehmer nur Vertreter aus den gewerkschaftlichen Organisationen berufen werden, die bisher an der Gestaltung des Berufsbildes und an dem Abschluß des Manteltarifvertrages mitgewirkt und damit ihr Interesse an diesem Lehrberuf bekundet haben. Es kommen danach in Betracht die Deutsche Angestelltengewerkschaft, der Verband weiblicher Angestellter und der Berufsverband der Arzthelferinnen.

Der Berufsbildungsausschuß ist der Kammer beigeordnet, bei der die hauptsächliche Zuständigkeit für die Durchführung der Berufsausbildung verbleibt. Er ist in allen wichtigen Angelegenheiten der Berufsausbildung zu unterrichten und zu hören. Er hat ferner die von der Ärztekammer zu erlassenen Rechtsvorschriften für die Durchführung der Berufsausbildung zu beschließen, z. B. auch die Prüfungsordnung. Er besitzt damit Beschlußfunktion und tritt in Fragen der Berufsbildung an die Stelle der nach dem geltenden Recht zuständigen Delegiertenversammlung der Kammer. Die Kammer hat gegen Beschlüsse des Ausschusses ein Einspruchsrecht mit aufschlebender Wirkung, wenn sie gegen Gesetz und Satzung verstoßen. Der Ausschuß hat auch über die für die Ausbildung der Arzthelferin erforderlichen Mittel zu beschließen, jedoch bedarf es zur Wirksamkeit solcher Beschlüsse der Zustimmung der Delegiertenversammlung der Kammer.

Das Gesetz sieht auch ein Berufsbildungsinstitut vor, das durch Forschung die Berufsbildung fördern soll. Damit hat der Gesetzgeber für einen bestimmten Bereich der Kammeraufgaben eine Mitbestimmung geschaffen, wodurch das Recht der Kammer eingeschränkt wird. Dieser Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht der Ärztekammern hat zu Überlegungen Anlaß gegeben, ob und welche rechtlichen Schritte dagegen unternommen werden sollen. Nach eingehender Beratung unter Mitwirkung der Rechtsabteilung der Bundesärztekammer hat ihr Vorstand trotz dieser nach wie vor bestehenden grundlegenden rechtlichen Bedenken gegen diese weitgehend fremdbestimmten Gremien sich dafür ausgesprochen, den Ärztekammern keine weiteren rechtlichen Schritte gegen die Errichtung der Berufsbildungsausschüsse zu empfehlen.

Die Bemühungen der Bayerischen Landesärztekammer werden deshalb darauf zu richten sein, auf der Grundlage des Berufsbildungsgesetzes Einfluß auf die geeignete Zusammensetzung der nach dem Gesetz zu bildenden Gremien, d. h. des Berufsbildungsausschusses

der Kammer und des Landesausschusses für die Berufsbildung, zu erreichen.

Zur Ausbildung weiteren Hilfspersonals darf ich aus dem Arbeitsgebiet des verhinderten Dr. REICHSTEIN folgendes berichten:

Röntgenhelferinnen

Im Berichtsjahr haben drei von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Kurse bei Siemens in Erlangen stattgefunden, die von insgesamt 97 Teilnehmern, davon 4 Herren, besucht wurden. Die Teilnehmerzahl liegt für den einzelnen Kursus bei ca. 30 Personen. Seit der Einführung zur Fortbildung von Röntgenhelferinnen durch die Bayerische Landesärztekammer Ende 1963, wurden die Kurse für ungeprüfte Röntgenhelferinnen von insgesamt 317 Personen besucht, welche vorher bereits überwiegend bei Radiologen tätig waren und die nach bestandener Prüfung das Zeugnis der Kammer als geprüfte Röntgenhelferinnen erhalten konnten.

Laborhelferinnen

Hier wurde für ungeprüfte Laborhelferinnen im Berichtsjahr ein Kurs für 16 Teilnehmerinnen in Nürnberg abgehalten, von denen alle das Zeugnis der Kammer als geprüfte Laborhelferinnen erwerben konnten.

Seit der Einführung der Fortbildung und Prüfung von Laborhelferinnen durch Beschluß des Kammervorstandes im Jahre 1965 wurden in vier Kursen insgesamt 58 Personen, davon zum größten Teil Arzthelferinnen und Arztehefrauen, fortgebildet und konnten das Prüfungszeugnis der Kammer erhalten.

Zytologie-Assistentinnen

In der Schule für Zytologie-Assistentinnen in München wurden seit ihrer Errichtung im Jahre 1967 fünf Lehrgänge von jeweils einjähriger Dauer abgehalten, von denen drei Kurse inzwischen abgeschlossen werden konnten. Es haben daran insgesamt 22 Damen und 2 Herren teilgenommen. Die Kurse beginnen im April und im Oktober. Es können jeweils nur 8 Teilnehmer in diesen Kurs aufgenommen werden.

Orthoptistinnen

Im Rahmen der Schaffung von Ausbildungsmöglichkeiten für ärztliches Hilfspersonal außerhalb des Lehrberufes der Arzthelferin, wurde eine Schule für Orthoptistinnen geschaffen. Diese sieht ein Vorpraktikum vor, mit dem erstmals im Oktober dieses Jahres begonnen werden konnte. Nach einem Monat schließt sich der eigentliche Kurs an, der 2½ Jahre dauert.

Für seine Leitung konnte Herr Professor Dr. MERTÉ, Ordinarius für Augenhellkunde im Klinikum rechts der Isar der Technischen Hochschule München, gewonnen werden.

Hilfsfonds-Hilfsausschuß

Ich darf nun kurz einen Bericht anschließen über die Entwicklung des Hilfsfonds und die Arbeit des Hilfsausschusses.

Der von der Delegiertenversammlung gewählte Große Hilfsausschuß hielt im Berichtszeitraum eine Sitzung im Dezember 1968 ab. Dabei wurde der Bericht über die Entwicklung des Hilfsfonds hinsichtlich seiner Mittel



Blick auf die Delegierten

und über den Zu- und Abgang der Empfänger monatlicher und einmaliger Beihilfen entgegengenommen, sowie die Höhe der Weihnachtsbeihilfen und die Richtsätze für alleinstehende bzw. verheiratete Beihilfempfangen festgelegt. Ferner wurde eine große Zahl von Anträgen auf Weitergewährung der monatlichen für ein Jahr bewilligten Beihilfen beraten und entschieden. Der von diesem Ausschuss gebildete Kleine Hilfsausschuss als Arbeitsausschuss für die Beratung und Entscheidung der im Laufe des Jahres einzeln eingehenden Anträge, ist viermal zu Sitzungen zusammengetreten.

Zwischendurch wurde, dem Beschluß des Großen Hilfsausschusses folgend, die Entscheidung in dringenden Notfällen auf fernmündlichem Wege bei den Mitgliedern des Kleinen Hilfsausschusses herbeigeführt.

Der Richtsatz für Einkünfte alleinstehender Witwen ohne unterhaltspflichtige Angehörige, bis zu dem Beihilfen gewährt werden können, wurde vom Großen Hilfsausschuss von DM 350.— auf DM 380.— angehoben. Von diesem Richtsatz kann in begründeten Fällen zugunsten des Antragstellers abgewichen werden. Für alte unversorgte, verheiratete oder alleinstehende Ärztinnen und Ärzte wurde ein Richtsatz nicht festgelegt, jedoch sollen die Gesamtbezüge nicht mehr als DM 800.— betragen.

Im Berichtszeitraum — das ist vom 1. Oktober 1968 bis 30. September 1969 — wurden aufgrund der Entscheidungen der beiden Ausschüsse an Beihilfen ausbezahlt:

Laufende Beihilfen	DM 502 941.—
einmalige Beihilfen	DM 27 606.90
	<hr/>
	DM 530 547.90
 Weihnachtsbeihilfen	
Dezember 1968	DM 35 850.—
Summe	<hr/>
	DM 566 397.90

Der Große Hilfsausschuss hat in seiner Sitzung am 11. 12. 1968, dem Beispiel anderer Landesärztekammern folgend, ferner beschlossen, den betagten Beziehern laufender monatlicher Beihilfen an bestimmten Geburtstagen Sonderzuwendungen zu dem bisher aus diesem Anlaß lediglich übersandten Glückwunschscheiben zu gewähren. Es werden danach zur Vollendung des 75. Lebensjahres DM 50.—, des 80. Lebensjahres DM 75.— und bei Vollendung des 85., 90. und 95. Lebensjahres je DM 100.— überwiesen. Diese zusätzlichen Zuwendungen werden von den Empfängern mit besonderer Freude und Dankbarkeit entgegengenommen.

Die Zahl der laufenden, d. h. der mit monatlichen Beihilfen Unterstützten hat sich im Berichtszeitraum wie folgt entwickelt:

Im Oktober 1968 wurden unterstützt	
	24 Ärzte,
	205 Arztwitwen und Waisen,
insgesamt	<hr/>
	229 Personen.

Im Oktober 1969 waren es	
	30 Ärzte,
	203 Arztwitwen und Waisen,
insgesamt	<hr/>
	233 Personen.

Vier verstorbenen Ärzten stehen im Berichtszeitraum acht Ärzte als Neuzugänge gegenüber. Bei den Arztwitwen und -waisen sind es zehn Verstorbene gegenüber elf Neuzugängen. Diese Entwicklung zeigt, daß ein Rückgang der Zahl der unterstützungsbedürftigen Ärzte und ihrer Angehörigen, entgegen den in diesem Hohen Hause immer wieder geäußerten Erwartungen, im Berichtszeitraum nicht eingetreten ist, obwohl Antragsteller, für die die Sozialwerke der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zuständig sind, ausschließlich an diese verwiesen werden. Es gibt offenbar doch noch eine Anzahl verschämter oder auch wegen Alters nicht mehr arbeitsfähiger Arztwitwen mit Einkünften, die es ihnen nicht mehr ermöglichen, die Kosten der Lebenshaltung ohne eine Beihilfe der gesetzlichen Berufsvertretung zu bestreiten.

Bei den im Berichtszeitraum hinzugekommenen Ärzten handelt es sich lediglich in zwei Fällen um sogenannte unversorgte Ärzte; in den anderen Fällen sind es Kollegen, welche aus der DDR nach Bayern übersiedelt sind, die hier keinen Rentenanspruch geltend machen können. Die beiden unversorgten Ärzte, welche im Bereich der Bayerischen Landesärztekammer tätig waren, wurden auch nicht etwa über die Arbeitsgemeinschaft alter unversorgter Ärzte der Kammer benannt, sondern traten von sich aus an sie heran.

Die genannte Arbeitsgemeinschaft hat auch in diesem Zeitraum, obwohl sie dazu aufgefordert worden war, entgegen ihren Klagen, die sie an verschiedenen Stellen vorgebracht hat, der Kammer keinen alten unversorgten Kollegen bekanntgegeben, dessen Versorgung über eine Beihilfe der Kammer entsprechend dem Beschluß des 18. Bayerischen Ärztetages in Bayreuth 1965 von der Kammer hätte übernommen werden können.

Die monatlichen Beihilfen lagen bei Ärzten zwischen DM 50.— und DM 500.—, bei Witwen und Waisen zwi-

schen DM 40.— und DM 520.—. Den Arbeitsrichtlinien des Hilfsausschusses entsprechend werden laufende Beihilfen nur in echten Notfällen gewährt, d. h. in solchen Fällen, bei denen kein Vermögen oder zum Unterhalt verpflichtete Angehörige vorhanden sind, denen der Unterhalt des Angehörigen zugemutet werden kann. Die beiden Hilfsausschüsse haben sich deshalb nur in besonderen Ausnahmefällen zur Bewilligung einer monatlichen Beihilfe in Form eines zinslosen Darlehens entschlossen, wenn Vermögenswerte vorhanden waren,

jedoch dabei die Rückzahlung der Beihilfen dinglich gesichert.

Vielleicht ist es für Sie interessant, kurz noch einige Zahlen über die Verteilung der Beihilfeempfänger zu erfahren. 10 Empfänger sind 90 Jahre und älter; zwischen 80 und 90 Jahren sind es 49 Personen, zwischen dem 70. und 80. Lebensjahr 87 — das ist der größte Anteil —, zwischen 60 und 70 Jahren 61 und zwischen 50 und 60 Jahren 17. Der Rest verteilt sich auf die jüngeren Jahrgänge bis zum Jahrgang 1947.

Ergänzung des Tätigkeitsberichtes

von Dr. K. Stordeur, Geschäftsführender Arzt

Facharztwesen

Aus dem Facharzt-Referat ist zu berichten, daß im Jahre 1968 330 Anträge eingingen und 279 Anerkennungen ausgesprochen wurden, 66 davon für Internisten, 52 für Chirurgen, 24 für Frauenärzte, um zahlenmäßig nur die drei Hauptgruppen anzuführen. Die Quote der endgültigen Ablehnungen lag bei 1% und war damit ebenso hoch, wie die der zurückgezogenen Anträge. In der Gesamtzahl inbegriffen sind 32 Anerkennungen für ausländische Kollegen.

Der Kammervorstand beschloß in der Sitzung am 18. 7. 1969 einstimmig, Bearbeitungsgebühren im Rahmen der Ausstellung von Urkunden für die Facharzt- oder Allgemeinarzt-Anerkennung bzw. für die Genehmigung einer Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung nicht mehr zu erheben.

Nach Inkrafttreten der neuen Weiterbildungsordnung (Teil II der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns) mußten Ausschüsse für die neuen Facharztgebiete Pathologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pharmakologie sowie das Gebiet Allgemeinmedizin gebildet und die Fachausschüsse Innere Medizin und Chirurgie um Mitglieder für die neuen Teilgebiete erweitert werden. Bis auf Pharmakologie sind die Ausschüsse arbeitsfähig.

Die Richtlinien für die neue Weiterbildungsordnung sind im wesentlichen in Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften erstellt, ihre endgültige Fassung und Verabschiedung erfolgt voraussichtlich noch bis Ende dieses Jahres. Damit ergibt sich zwangsläufig die Notwendigkeit einer Überprüfung der bisher ermächtigten Weiterbildungsstätten und der Weiterbildungszeiten. In der Zwischenzeit fanden Sitzungen der Fachausschüsse für Innere Medizin, Chirurgie, Nervenheilkunde und Anästhesie statt. Allgemein ist festzustellen, daß nur der kleinere Teil der Weiterbildungsermächtigungen sofort umgestellt werden kann. Der größere Teil muß durch die Zusendung eines Erhebungsbogens neu erfaßt und einzelne Kliniken bzw. Krankenhäuser müssen durch Mitglieder des zuständigen Ausschusses an Ort und Stelle überprüft werden. Entsprechende Erhebungsbögen für interne, chirurgische und anästhesiologische Weiterbildungsstätten wurden fertiggestellt, an weiteren wird gearbeitet.

An Zusatzbezeichnungen konnten 1968 51 Anträge genehmigt werden, mit Masse im Gebiet der Arbeitsmedizin, hier insgesamt 25, gefolgt von 9 Anträgen auf Genehmigung zur Führung des Zusatzes Psychotherapie und 8 Anträgen für den Zusatz Badearzt.

Die Kammersitzung am 18. 7. 1969 beschloß weiterhin die Bildung eines Widerspruchsausschusses. Es wurde ein Kernausschuß ernannt, dem der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer vorsteht, und je ein Vertreter der Bayerischen Chirurgenvereinigung und der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns angehören. Dieser Kernausschuß ist durch zwei Vertreter desjenigen Fachgebietes zu ergänzen, aus dem der Widerspruch kommt.

Zu den Gebieten Allgemeinmedizin und Teilgebietsbezeichnungen nahm Professor Dr. SEWERING bereits Stellung.

Zusammenfassend darf festgestellt werden, daß die organisatorischen Voraussetzungen für die reibungslose Angleichung an die neue Weiterbildungsordnung geschaffen sind.

Fortbildung

Zum Thema Fortbildung sei berichtet, daß die Bemühungen der Kammer zur Intensivierung der Fortbildung u. a. dazu geführt haben, die 4. Auflage der Liste der Referenten neu zu erstellen. Sie wird voraussichtlich im 1. Quartal 1970 sämtlichen Kreisverbänden zugeleitet werden.

Die erfreuliche Fortbildungsaktivität unserer 63 Kreisverbände verdient an dieser Stelle besondere Würdigung. Insgesamt 20 000 Kolleginnen und Kollegen besuchten die 342 Fortbildungsveranstaltungen. Weiterhin fanden die großen Fortbildungsveranstaltungen in Augsburg, Regensburg und Nürnberg eine sehr beachtliche Beteiligung. Jeweils zwischen 1000 und 2000 Teilnehmer — in Nürnberg sogar 3500 —, das ist eine stolze Bilanz! Wenn man dazu noch die klinische Fortbildung mit 107 ganztägigen Fortbildungstagen rechnet, so kann man mit Recht feststellen, daß die Ärzte Bayerns ihrer Verpflichtung in vollem Umfang nachkommen.

Pressestelle

Aufgabe der Pressestelle der bayerischen Ärzteschaft, zugleich Redaktionsbüro München des „Deutschen Ärzteblattes“, ist neben der Herausgabe des Informationsdienstes und des Nachrichtendienstes insbesondere die Pflege des Kontaktes zu Presse, Rundfunk und Fernsehen, Erteilung von Auskünften und Informationsvermittlung an Nachrichtenmittel und staatliche Organe, Pressekonferenzen, Pressegespräche sowie Rundfunkinterviews zu aktuellen Fragen. Veröffentlichung eigener Berichte und Vermittlung von Manu-



Blick auf die Delegierten

skripten vervollständigen den Aufgabenkatalog der Pressestelle.

Im Rahmen dieser Aufgaben wurde eine breite Öffentlichkeit durch Rundfunkinterviews mit der Thematik „Allgemeinmedizin“ und „Allgemeinarzt“ sowie die „Ärztliche Versorgung auf dem Lande“ orientiert, ebenso wie durch entsprechende Veröffentlichungen in großen Tageszeitungen.

Prävention ist auch auf dem Gebiete der Presse ein wesentlicher Schwerpunkt unserer Arbeit. Hier dürfen erfreuliche Ansätze für einen guten Kontakt verzeichnet werden. Zahlreiche Journalisten frugen wiederholt vor der Veröffentlichung von Artikeln und Berichten bei der Pressestelle an und holten sich fachlichen Rat. So gelang es mehrfach, telefonisch oder persönlich, unrichtige Äußerungen oder verzerrte Meldungen richtigzustellen.

Die gutbesuchte Pressekonferenz in München am 29. 9. 1969 unter Leitung von Professor Dr. SEWERING und in Anwesenheit der Fachreferenten Professor Dr. BREITNER und Professor Dr. MEHNERT war der Fragestellung von Möglichkeiten der Zusammenarbeit von Ärzteschaft und Nachrichtenmitteln gewidmet. Unter diesem Gesichtspunkt wurden die Themen der langfristigen Diabetesvorsorge, der Schwangerenvorsorge und der Krebsvorsorge den zahlreichen Journalisten dargelegt. Bei der Freiwilligkeit der Präventivmedizin muß die Bereitschaft der Bevölkerung in noch größerem Maße geweckt werden, wozu wir ganz besonders die Unterstützung sämtlicher Nachrichtenmittel benötigen. Gleichzeitig diente diese Pressekonferenz zusätzlich der Information über den entstellenden Sternartikel im Juli-Heft 1969 zum Thema der Geburtshilfe in Deutschland. Über 40 sehr positive Artikel in praktisch allen bayerischen Zeitungen sind der Niederschlag dieser Pressekonferenz.

Wesentlich erscheinen auch Pressekonferenzen, wie die am 25. 9. 1969 in Augsburg, wo die Bemühungen der bayerischen Ärzteschaft um die Fortbildung der niedergelassenen Kollegen einer breiten Öffentlichkeit belegt werden können. Ebenso wird zu der Nürnberger Fortbildungsveranstaltung eine Konferenz abgehalten werden.

Anläßlich des derzeitigen Bayerischen Ärztetages fand in Amberg am 17. 10. 1969 eine weitere Konferenz statt, in der nicht nur Sinn und Zweck der Bayerischen Ärztetage allgemein, sondern auch Aufgabe, Wesen und

Geschichte der Landesorganisation in Bayern der Presse dargelegt werden konnten.

Anfang November wird von der Bayerischen Landesärztekammer in Zusammenhang mit der Polio-Schluckimpfung erneut publizistisch in Rundfunk und Fernsehen die Aufklärung der Bevölkerung über Sinn und Zweck dieser Impfkaktion erfolgen.

Der Informationsdienst, seit 1. 4. 1969 periodisch in 1- bis 2wöchigen Intervallen erscheinend, informiert den berufspolitisch tätigen ärztlichen Personenkreis und befaßt sich u. a. mit Themen wie Hochschulwesen — statistische Unterlagen zur Standespolitik — allgemein berufs- und gesundheitspolitische Thematik — die soziale Situation unserer Gesellschaft — die neue Weiterbildungsordnung in Bayern.

Erfreulich bleibt zu verzeichnen, daß bereits Ärzte außerhalb unseres Vertelkerkreises sich um die Zusage des Informationsdienstes bewarben, ebenso wie die Ärztekammern des deutschsprachigen Auslandes, ferner daß in Einzelfällen ein erneuter Druck wegen der großen Nachfrage erforderlich war.

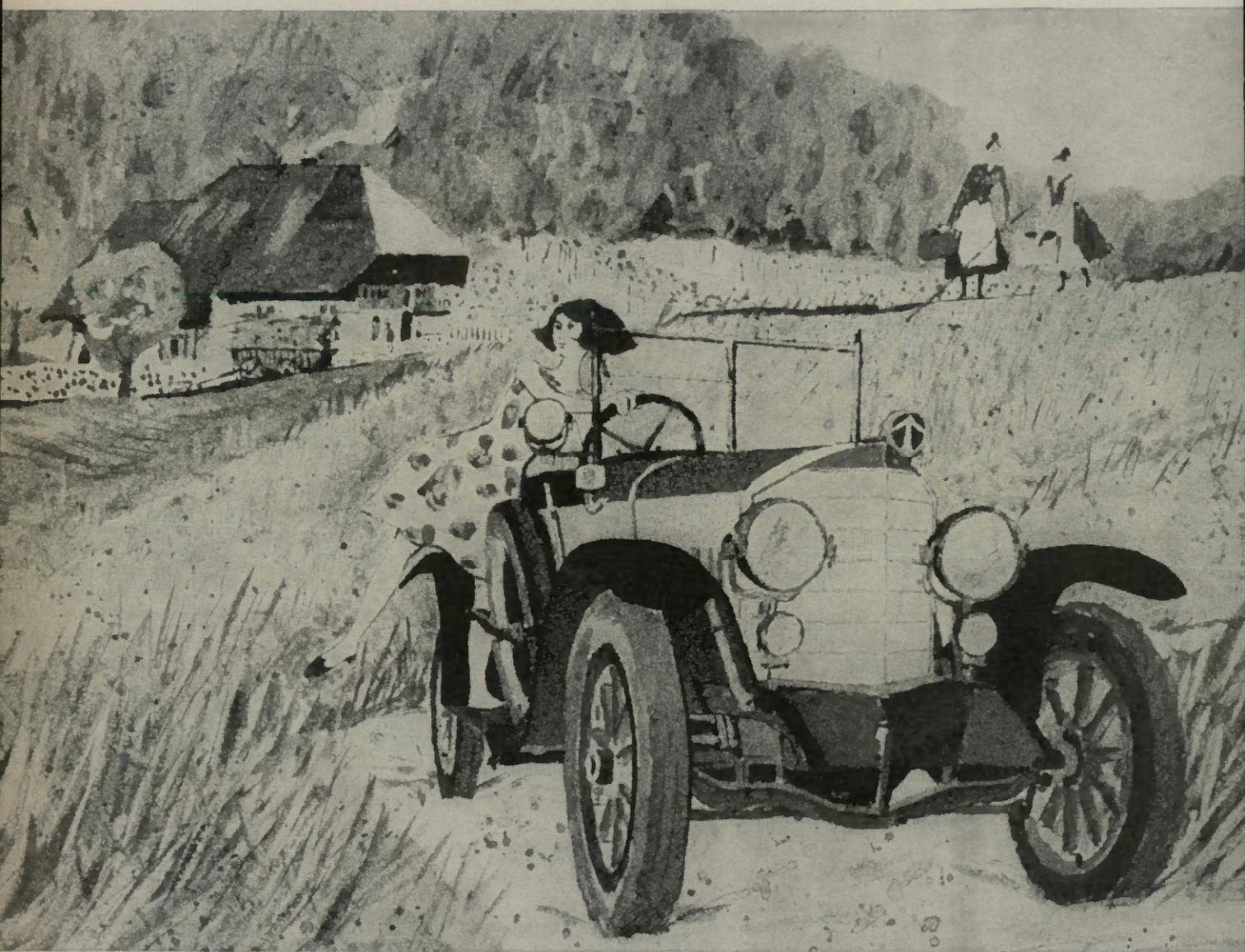
Der Nachrichtendienst, in unregelmäßiger Folge erscheinend, vermittelt der Öffentlichkeit, hier den allgemeinen Nachrichtenmitteln und den staatlichen Organen, Aktuelles aus den Gebieten Gesundheitspolitik, Sozialpolitik und ärztliche Berufspolitik, gibt Benachrichtigungen über ärztliche Kongresse, Tagungen usw., aber auch Richtigstellungen zu Presseartikeln, z. B. Gegendarstellung zu der verzerrten Pressemeldung von dpa, die in zahlreichen Zeitungen veröffentlicht wurde, und in der eine unrichtige und falsche Darstellung des Einkommens der Ärzte erfolgte. Ein weiteres Thema war die Warnung vor Petroleum als Krebs-Wundermittel. Beide Meldungen veröffentlichte die Tagespresse sofort.

Meldewesen

Lassen Sie mich kurz auf das ärztliche Meldewesen eingehen. Vor eine berufspolitisch verwertbare Statistik haben die Götter den Schweiß des Meldebogens gesetzt. Für eine moderne Statistik ist die elektronische Datenverarbeitung unerlässlich; z. B. das Lochkartensystem, damit jede wichtige Frage in kürzester Zeit zu beantworten ist. Nach den Grundlagen des EDV-Systems wurde hierzu der neue blaue Meldebogen geschaffen. Er ging den Kassenärzten über die KV-Be-

Damit das Fahrgestell solange hält
wie der Motor läuft:

arthrosenex



Zur ganzheitlichen Therapie der Arthro-Myo-Pathien,
lokal: Arthrosenex mit intensiver Tiefenwirkung,
intern: Dolo-Arthrosetten: analgetisch, myotonolytisch
Arthrosetten: Umstimmung des periartikulären
Stoffwechsels, zur Langzeit-Therapie.

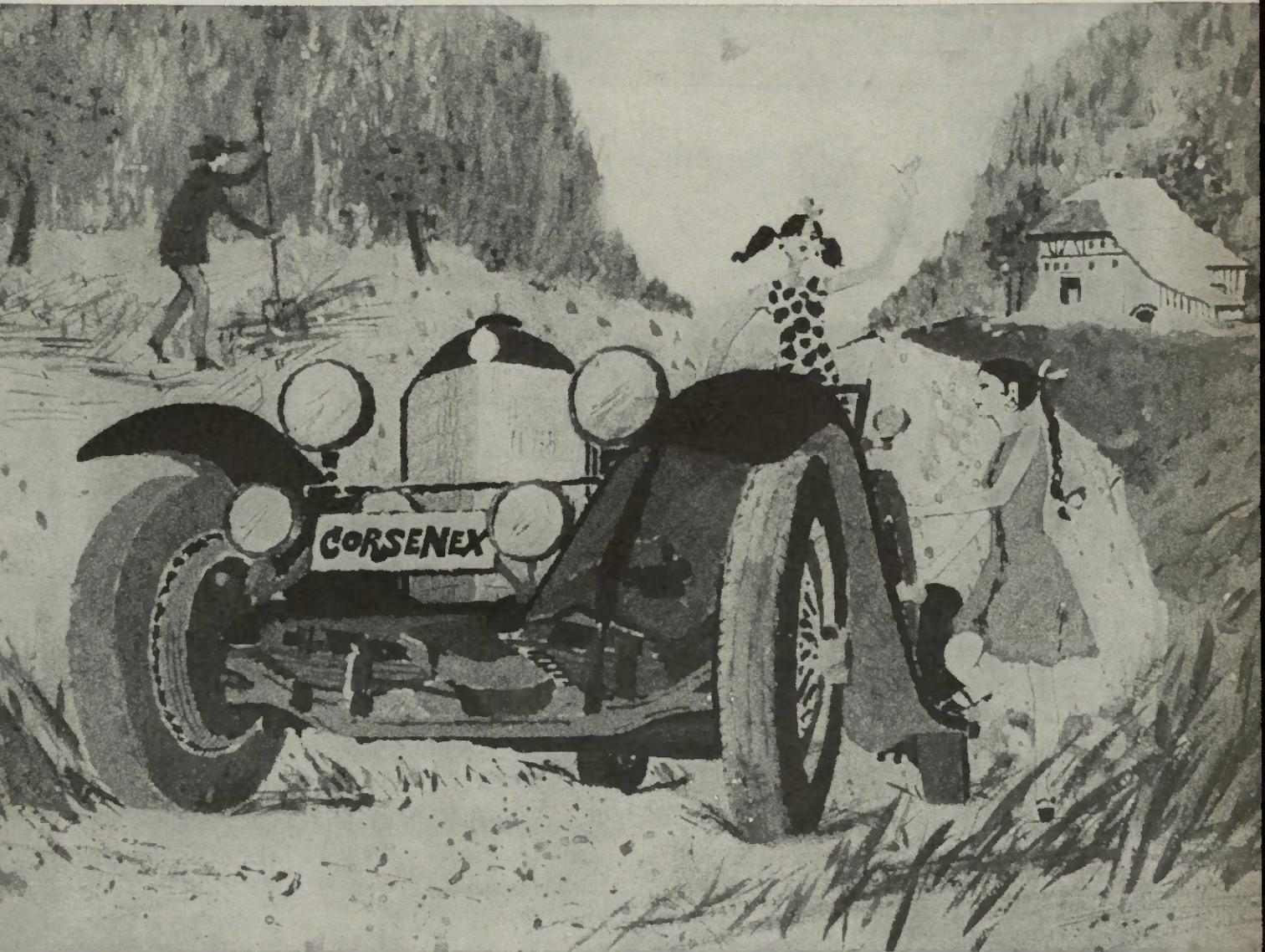
Arthrosenex 50,0 DM 4,45
Dolo-Arthrosetten 30 Dragees DM 3,80
Arthrosetten 40 Dragees DM 3,30
Literatur und Muster auf Wunsch.

Georg A. Brenner
Arzneimittel-Fabrik GmbH
7297 Alpirsbach/Schwarzwald



Damit der Motor solange läuft
wie das Fahrgestell hält:

CORSENEX



Ein Herz altert nicht allein.
Darum nicht nur ein Cardiacum, darum gleich ein
Cardiacum kombiniert mit vasotropen Substanzen,
Stoffwechsel- und Verdauungsaktivatoren.
Darum: das Gero-Cardiacum Corsenex —
denn das Geschehen ist komplex.

Georg A. Brenner
Arzneimittel-Fabrik GmbH
7297 Alpirsbach/Schwarzwald

40 Dragees DM 4.75
Literatur und Muster auf Wunsch



zirkstellen in den Sommermonaten, den Ärztlichen Kreisverbänden zur Erfassung aller übrigen Ärzte im III. Quartal dieses Jahres zu. Nach Rücklauf, Auswertung und Aufschlüsselung des Bogens wird mit der Datenverarbeitung begonnen. An dieser Stelle sei nochmals die Bitte geäußert, sich der Arbeit der korrekten und vollständigen Ausfüllung des Bogens unterziehen zu wollen.

Nach Fertigstellung unseres Lochkartensystems ist auch die Herausgabe eines Bayerischen Ärzteverzeichnisses umfassend und schnell möglich.

Aus dem trockenen Bereich der Statistik sei berichtet.

1. Altersaufbau der berufstätigen Ärzte Bayerns:

Altersgruppe	Prozent	Ärzte
Unter 30 Jahren	2,5	372
30- bis 40jährige	19,4	2839
40- bis 50jährige	31,4	4606
50- bis 60jährige	31,5	4618
60- bis 70jährige	11,5	1673
über 70jährige	3,7	548

Damit liegt der Hauptteil von jeweils fast $\frac{1}{3}$ aller ärztlich tätigen Kollegen Bayerns in der Gruppe 40- bis 50- und 50- bis 60jährige. Bedeutsam ist der Abfall in der Nachwuchsgruppe der 30- bis 40jährigen, die nur knapp $\frac{1}{5}$ der Gesamtzahl beträgt. Diese Feststellung gilt in etwa bundeseinheitlich. Zur Beurteilung der Gesamtsituation allerdings muß man die breite Nachwuchswelle berücksichtigen, die in der jetzigen Altersgruppe der 20- bis 30jährigen heransteht.

2. Entwicklung der Praktischen Ärzte in freier Praxis:

In der Bundesrepublik waren 1958 noch 65,6% aller niedergelassenen Ärzte Praktiker, 1968 nur noch 57,7%. In diesem Zeitraum nahm die Gesamtbevölkerung aber um 11% zu.

Für Bayern lauten die Zahlen 1958: 68% Praktiker und 1968 nur noch gut 60% Praktiker! Insgesamt liegen wir also fast 3% über dem Bundesdurchschnitt, jedoch wirft der über 1% betragende absolute Rückgang und der 7,5%ige relative Rückgang im Verhältnis zu den Fachärzten gerade in einem überwiegend agrarstrukturierten Land erhebliche Probleme auf.

Sanitätsdienst der Bundeswehr

Mit der Prüfung von Anträgen auf Uk-Stellung wehrpflichtiger Ärzte wuchs der Kammer eine schwierige und unpopuläre Aufgabe zu. Die Gesamtzahl jährlich liegt bei etwa 50. Erfreulicherweise sind fast alle Anträge stichhaltig und sie können dementsprechend mit allem Nachdruck gegenüber den zuständigen Regierungen der 7 bayerischen Regierungsbezirke vertreten werden, die sich auch meist unserer Stellungnahme anschließen.

In dieses Gebiet fallen laufend Anfragen bezüglich der Einstellung von Vertragsärzten und vereinzelt von Sanitätsoffizieren als Zeit- und Berufsoffiziersbewerber.

Ausländische Ärzte in Bayern – Bundesärzteordnung § 10

Erlaubnis zur Ausübung ärztlicher Tätigkeit

Die Gesamtzahl an ausländischen Ärzten lag 1968 knapp unter 600. Im einzelnen waren es 100 Perser, 70 Jugoslawen, 42 Türken, 47 Griechen, 36 Tschechen, 26 Österreicher, 20 Syrer und 20 Ungarn, um nur die größten Kontingente zu erwähnen.

Auf die grundsätzlichen Ausführungen der Bayerischen Landesärztekammer im „Bayerischen Ärzteblatt“ 4/1968, 6/1969 und 10/1969 wird aus gegebenem Anlaß nochmals hingewiesen. Hier sind alle Fragen über die Voraussetzungen für die Beschäftigung ausländischer Ärzte und die Anrechenbarkeit von Weiterbildungszeiten dargelegt. Lassen Sie mich in diesem Zusammenhang noch einmal betonen, daß ausländische Kollegen als Praxisvertreter nicht eingestellt werden dürfen.

Das Bayerische Staatsministerium des Innern erteilt diese Erlaubnis nach § 10 der Bundesärzteordnung grundsätzlich nur in stets widerruflicher Weise für eine unselbständige Tätigkeit an einem bestimmten Krankenhaus und für einen begrenzten Zeitraum. Ausnahmen sind möglich für Personen, denen politisches Asyl gewährt wird bzw. in Einzelfällen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung. Voraussetzung dafür ist allerdings, daß der Interessenträger (Gemeinde, Krankenhaussträger usw.) nicht nur mehrfach inserierte, sondern sich auch an die Landesarbeitsämter Südbayern = München bzw. Nordbayern = Nürnberg und an die Zentralstelle für Arbeitsvermittlung in Frankfurt vergeblich wandte, mit dem Ziele, einen deutschen Kollegen zu bekommen.

Die Neufassung der Bundesärzteordnung vom 28. 8. 1969 sieht ab 1. 1. 1970 vor, die Maximalzeit der Erlaubnis zu ärztlicher Tätigkeit in der Bundesrepublik Deutschland auf insgesamt 4 Jahre zu begrenzen. Ausnahmen stellen lediglich eine rechtzeitig begonnene und konsequent durchgeführte Weiterbildung zum Facharzt dar, wobei unter diesen Voraussetzungen eine zusätzliche Verlängerung um 3 Jahre möglich ist.

Vermittlung von Praxisvertretungen

Das Aufgabengebiet der Vermittlung von Praxisvertretungen bei Erkrankungen, Urlaub, Todesfällen, oder um die Fortbildung von Praxisinhabern zu ermöglichen, nahm seit dem letzten Bayerischen Ärztetag erheblich zu. Wir bitten um Verständnis, wenn es trotz erheblicher Bemühungen nicht immer gelingt, gerade in den Haupturlaubsmonaten alle Anfragen zur Zufriedenheit erledigen zu können. Deshalb sehen wir uns gezwungen, an Sie alle zu appellieren, daß sich insbesondere die

Bei
Hämorrhoiden

ALFERM®

PREDNISOLON-AZULEN-KOMBINATION
Salbe 15 g = DM 3,10 Supp. 10 St. = DM 2,75

Richard Schöning - Berlin



jungen Kollegen bereit finden mögen, in vermehrtem Umfang Praxisvertretungen zu übernehmen. Von über 900 Anfragen nach Praxisvertretungen im Berichtszeitraum konnten 80% vermittelt werden, in 15% waren unsere Bemühungen vergeblich und z. Z. besteht noch ein offener Bestand von 5%.

Sehr häufig wird die Bayerische Landesärztekammer von Krankenhausträgern und Assistenzärzten gebeten, Informationen über Stellenangebote bzw. Stellensuche weiterzugeben. Soweit dies möglich war, haben wir auch hier geholfen, was uns ebenfalls zu 80% gelang. Vielerorts ist jedoch nicht ganz klar, daß die Landesärztekammer keine Stellenvermittlung durchführen kann und darf. Als Gegner eines überspitzten Formalismus haben wir lediglich in kollegialem Gespräch vermittelt, müssen aber generell die Aufgabe einer Stellenvermittlung ablehnen.

Ärztliche Versorgung im Katastrophen- und Verteidigungsfall

Aus der Verantwortung heraus, die wir als Landesärztekammer für die ärztliche Versorgung der Bevölkerung auch im Katastrophen- und Verteidigungsfall haben, wurden Stellungnahmen der Kreisverbände eingeholt und zahlreiche Gespräche mit dem Innenministerium geführt. Hier gilt es, die Forderung nach Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im regionalen Bereich zu erfüllen, insbesondere aber auch die Belange anderer Bedarfsträger, z. B. Bundeswehr, Katastrophenschutz usw., zu koordinieren sowie einen eventuell notwendig werdenden überregionalen Arztausgleich abzusprechen.

„Bayerisches Ärzteblatt“

In Vertretung des erkrankten Kollegen REICHSTEIN lege ich kurz den Tätigkeitsbericht des „Bayerischen Ärzteblattes“ und der Schriftenreihe vor.

Die Auflage des „Bayerischen Ärzteblattes“ beträgt zur Zeit 18 850 Exemplare. Die Zeitschrift erhalten alle bayerischen Ärzte, die Landesärztekammern in der Bundesrepublik, in Österreich und in der Schweiz sowie eine große Zahl von Kollegen in der DDR und in der Tschechoslowakei. Einzelexemplare bekommen auch Kollegen in Ungarn, Jugoslawien und Rumänien.

Das „Bayerische Ärzteblatt“ bemüht sich, den Kollegen interessante, nützliche und notwendige Artikel und Mitteilungen in seinen Veröffentlichungen anzubieten. Eines der Hauptziele des Blattes besteht in der umfangreichen Berichterstattung über die ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen in Bayern. Besonders berücksichtigt werden dabei die Fortbildungsveranstaltungen der Ärztlichen Kreisverbände und die von den verschiedenen Fachgesellschaften durchgeführten Tagungen. Die „Mitteilungen des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e. V.“ erscheinen seit 1968 nur noch einmal im Quartal, um die Herstellungskosten etwas aufzufangen. Diese Vereinbarung erfolgte im Einvernehmen mit den Kollegen des Sportärzte-Verbandes. Leider waren die Bemühungen des Vorstandes, für das Mitteilungsblatt von der pharmazeutischen Industrie Anzeigen zu erhalten, ergebnislos.

Im Jahre 1969 wurden von der Arbeitsgemeinschaft „Leseranalyse medizinischer Fachzeitschriften“ Titelanalysen von INFRATEST durchgeführt. Dabei ergaben sich für das „Bayerische Ärzteblatt“ sowohl im Ver-

Temperatur elektronisch messen

mit Thermophil M 101:

1. Die elektronische Messung erfolgt in Sekunden, oral oder rektal (wahlweise mit Hygieneschutz).
2. Zeitsparende und einfache Handhabung für den Arzt und seine Helfer.
3. Besonders für große, fortschrittliche Praxen sowie Kinderärzte und -kliniken, Betriebs- sowie Vertrauensärzte geeignet.
4. Thermophil M 101 ist das erste amtlich geeichte Fieberthermometer.
5. Die Verwendung, ja die Bereithaltung ungeeichter Meßgeräte bei der Heilkunde wird durch das neue Eichgesetz (Bundestag 9. 5. 1969) unterbunden.



Thermophil M101

Anrechtschein

Wir legen Wert darauf, daß Sie das Thermophil M 101 in Ihrer Praxis in aller Ruhe erproben können.

Gegen Einsendung dieses Abschnittes senden wir Ihnen ein fabrikneues Gerät für 14 Tage kostenlos und unverbindlich – oder eine ausführliche Information mit Preisangebot.

Bitte senden an:

Ultrakust Gerätebau 8375 Ruhmannsfelden

Stempel erbeten

gleich mit anderen medizinischen Zeitschriften als auch absolut sehr positive Feststellungen.

Das „Bayerische Ärzteblatt“ wird nämlich von 71% aller Ärzte in Bayern gelesen. Von den Lesern lesen 82% regelmäßig fast jede Ausgabe 36% nehmen eine Ausgabe mehrmals in die Hand 78% lesen die Zeitschrift gern oder sehr gern 73% hatten beim Zeitpunkt der Erhebung bereits die neueste Ausgabe gelesen.

Im Kommentar von INFRATEST heißt es dazu: „Das ‚Bayerische Ärzteblatt‘ ist demnach ein hervorragendes Medium, um Ärzte in Bayern zu erreichen. Dabei sollte nicht nur an die bemerkenswert große Zahl von Lesern (die Reichweite) gedacht werden, sondern auch an die hier dokumentierte intensive Nutzung und hohe Einschätzung.“

Im übrigen ist dieser eingehenden Strukturanalyse die Anregung zu entnehmen, sich darum zu bemühen, die Zahl der Leser in der Altersgruppe bis 30 Jahre und in der Gruppe der Krankenhausärzte zu vermehren und die Fachärzte ganz allgemein anzuregen, ohne Rücksicht auf ihr spezielles Fachgebiet, dem „Bayerischen Ärzteblatt“ als allgemein orientierende Fachzeitschrift noch mehr als bisher ihre Aufmerksamkeit zu schenken.

Schriftenreihe

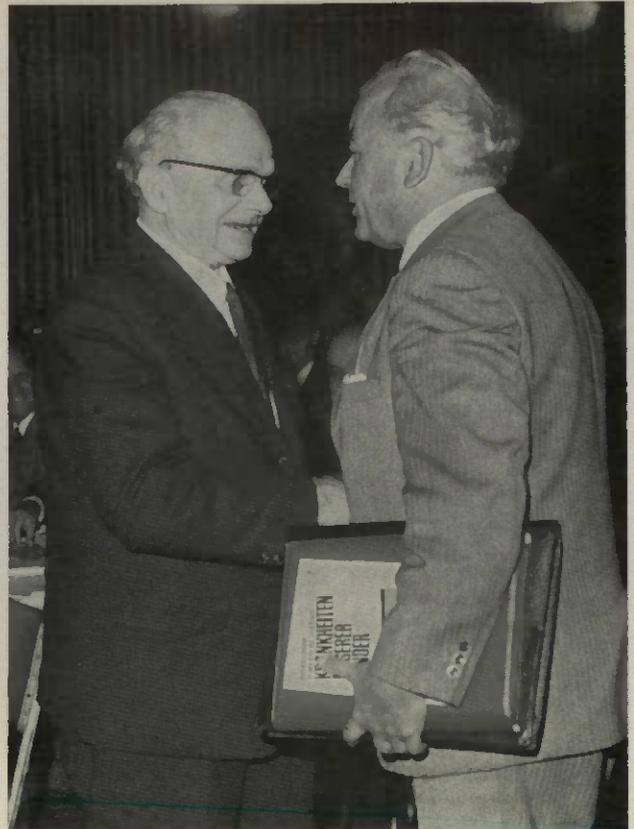
Von der im Jahre 1963 aufgelegten Schriftenreihe sind bisher 17 Bände erschienen. Die Broschüren erfreuen sich allgemeiner Beliebtheit und werden von Kollegen aus der gesamten Bundesrepublik, aus der DDR, aus dem Ausland, ja sogar aus Übersee angefordert. Aufgrund einer Buchbesprechung in verschiedenen medizinischen Zeitschriften gingen im letzten Jahre 3027 Anforderungen ein. Die Auflagenhöhe ist — je nach Thematik — begrenzt und verschieden. Sie bewegt sich zwischen 1000 und 15 000 Exemplaren je Band.

Im Berichtsjahr sind erschienen:

- Band 13 SOOST: Schule für Zytologie-Assistentinnen in München (Erfahrungsbericht nach einjährigem Bestehen der Schule)
- Band 14 „Psychiatrie als Gelsteswissenschaft — Psychiatrie als Naturwissenschaft — Psychiatrie und die arbeitende Gesellschaft“ (Vorträge anlässlich des II. Sozialmedizinischen Kurses in München 1968)
- Band 15 enthält die Vorträge der 19. Wissenschaftlichen Ärztetagung Nürnberg
- Band 16 SOGST: Krebsfährtsuche durch gynäkologische Zytodiagnostik in der Praxis
- Band 17 enthält die Vorträge der 8. Bayerischen Internistenversammlung in München.

Es ist nunmehr eine feste Einrichtung geworden, die Referate der Fortbildungsveranstaltungen in Nürnberg und die der Bayerischen Internistenvereinigung alljährlich zu broschüren. Die Bände 14, 15 und 16 sowie die Zeitschrift „Monatskurse für die ärztliche Fortbildung“ mit den Vorträgen der Augsburger Fortbildungsveranstaltungen Herbst 1968 und Herbst 1969 konnten allen in Bayern tätigen Kassenärzten über die Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zur Verfügung gestellt werden.

An den Tätigkeitsbericht schloß sich eine mehrstündige Aussprache an.



Dr. G. Sondermann beglückwünscht Dr. H. Braun zu seiner Wahl zum Vizepräsidenten

Neuwahl des 2. Vorsitzenden (Vizepräsident) der Bayerischen Landesärztekammer

Es stellten sich zwei Kandidaten zur Wahl:

Dr. K. von BRENTANO, 1. Vorsitzender des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München, sowie Dr. Hermann BRAUN, 1. Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Regensburg und Umgebung und 1. Vorsitzender des Bezirksverbandes Oberpfalz.

In dem geheimen und schriftlichen Wahlgang erhielten Dr. von Brentano 33 und Dr. Braun 104 Stimmen.

Damit war Herr Dr. Braun zum Vizepräsidenten gewählt. — Er nahm die Wahl an.

Dr. Friedrich Stoiber zum nichtrichterlichen Beisitzer des Berufsgerichtes benannt

Für den verstorbenen nichtrichterlichen Beisitzer des Berufsgerichtes für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München, Herrn Dr. Hohenadl, wurde Herr Dr. med. Friedrich STOIBER, Facharzt für Radiologie, zum Nachfolger benannt.

Wahl der Tagungsorte

Der 23. Bayerische Ärztetag findet 1970 in Passau und der 24. Bayerische Ärztetag 1971 in Nürnberg statt.

Berufsordnung für die deutschen Ärzte

In zweiter Lesung wurde die Berufsordnung für die deutschen Ärzte in einer umfangreichen Diskussion erörtert. Die Anträge auf Änderungen bestimmter Vorschriften sollen als Material für die Beratung in dem zuständigen Ausschuß der Bundesärztekammer verwendet werden.

Beschlüsse des 22. Bayerischen Ärztetages

Errichtung von Kinderspielflächen

Spielen ist ein wichtiger Faktor für die Gesundheit und die charakterliche Entwicklung unserer Kinder. Wird Kindern keine Möglichkeit gegeben, in geeigneter Weise zu spielen, so führt dies zu psychischen Fehlentwicklungen, die ebenso schwer wiegen wie Unterernährung oder unrichtige Ernährung.

Die heutigen Verkehrsverhältnisse machen gesicherte Spielflächen unentbehrlich. Dies beweist am deutlichsten der Anteil an tödlichen Unfällen bei Kindern und Jugendlichen von 48 Prozent im Jahre 1967 an der Kindersterblichkeit in der gesamten Bundesrepublik Deutschland.

Nach Untersuchungen von MICHAELIS ereignen sich 38 Prozent aller Verkehrsunfälle bei Kindern und Jugendlichen beim Spielen, weil kein geeigneter Spielfläche in der Nähe ist, der von Kindern gefahrlos aufgesucht werden kann.

Der Gesetzgeber hat bereits vor Jahren die Grundlagen dafür geschaffen, um die Errichtung von Spielmöglichkeiten für Kinder zu fördern. So bestimmt die Bayerische Bauordnung vom 1. 8. 1962 in Art. 8 Abs. 2, daß bei der Errichtung von Gebäuden mit mehr als drei Wohnungen auf dem Baugrundstück eine Fläche vorzusehen ist, auf der Kinder spielen können. Die Größe der Spielflächen richtet sich nach der Zahl und Art der Wohnungen auf dem Grundstück.

Für Altbauten bestimmt Art. 107 Abs. 2 dieses Gesetzes, daß die Gemeinden durch Verordnung bestimmen können, daß im Gemeindegebiet oder in Teilen davon für bestehende bauliche Anlagen die Herstellung von Kinderspielflächen nach Art. 8 Abs. 2 zu fördern ist. Dies gilt nach der Deutschen Musterbauordnung vom Herbst 1960 dann, „wenn dies die Gesundheit und der Schutz der Kinder erfordert“.

Der 22. Bayerische Ärztetag in Amberg ruft deshalb die bayerischen Gemeinden, vor allem aber die Stadträte der Großstädte und der kreisfreien Städte auf, ihr besonderes Augenmerk darauf zu richten, daß für unsere Kinder diese Bestimmungen eingehalten werden, damit den Kindern der erforderliche Spielraum zur Verfügung steht.

Die Besitzer von Altbauten werden darauf aufmerksam gemacht, daß sie vom Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus Zuschüsse zur Errichtung von Kinderspielflächen auf Antrag erhalten können.

Die Architekten und Hausbesitzer bittet der Bayerische Ärztetag, die Spielflächen nicht im Einheitsstil — nur mit einem Sandkasten, einer Rutsche oder

Wippe — auszustatten, sondern der Aktivität, der Phantasie und dem Gestaltungswillen der Kinder und Jugendlichen reichen Spielraum zu geben.

Neuschaffung von Assistentenstellen

Die Bayerische Landesärztekammer wird gebeten, nachdrücklich bei leitenden Krankenhausärzten und Krankenhausärzten dafür einzutreten, daß an den Krankenhäusern bereits jetzt unter Berücksichtigung des zukünftigen Fortfalles der Medizinalassistenten die stationäre ärztliche Versorgung dadurch gesichert bleibt, daß neue Assistentenstellen und vor allem auch Stellen für Assistenten geschaffen werden, die nicht an die einzelnen Fachabteilungen gebunden, sondern berechtigt sind, alle Abteilungen der Anstalt in angemessenem Zeitraum zu durchlaufen.

Lektüre im Wartezimmer

Der 22. Bayerische Ärztetag bringt den bayerischen Ärzten die Entschließung des 69. Deutschen Ärztetages 1966 in Erinnerung und bittet sie, diese zu beachten. Sie hat folgenden Wortlaut:

„In Sorge um die Gesunderhaltung unserer Jugend empfiehlt der Deutsche Ärztetag den Ärzten dringend, die in ihren Wartezimmern ausgelegte Unterhaltungslektüre sorgfältig und kritisch zu überprüfen. Zeitschriften, die in Wort und Bild vor allem für Jugendliche ungeeignete Darstellungen bringen, insbesondere solche, die durch ihre Aufmachung Anstoß erregen oder niedere Instinkte ansprechen, sollten aus ärztlichen Wartezimmern ausgeschlossen werden.“

Prostata- und Rektumkrebs

Prostata- und Rektumkrebs gehören zu den häufigen Krebserkrankungen des Mannes. Eine Vorsorgeuntersuchung ist hier mit einfachen Mitteln durchführbar. Der 22. Bayerische Ärztetag richtet an die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns und die bayerischen Krankenkassen den dringenden Appell, diese Vorsorgeuntersuchung für alle Männer vom 50. Lebensjahr aufwärts sobald wie möglich einzuführen.

Anti-D-Globulin

Durch die ärztliche Betreuung der Schwangeren ist es neben der Verhütung von gefährlichen Schwangerschaftskomplikationen auch möglich geworden, Blutgruppenunverträglichkeiten im Rhesussystem rechtzeitig zu erkennen und Vorsorge bei der Geburt des Kindes zu treffen.

optopan[®]-sedativ

bei: Nervosität, Abgeschlagenheit, Schlaflosigkeit und nervöser Reizbarkeit. — Keine Gewöhnung!



Apotheker Th. Lang Nachf. • München 82

Flasche zu 100 g, 150 g und 250 g

Die medizinische Wissenschaft hat uns inzwischen durch die Entwicklung des Anti-D-Globulins in die Lage versetzt, die Bildung der für die Gesundheit des Kindes gefährlichen Antikörper bei der Mutter zu verhindern.

Der 22. Bayerische Ärztetag richtet an alle Kostenträger die dringende Bitte, die Anwendung des Anti-D-Globulins durch Übernahme der Kosten zu ermöglichen.

Schwangerenbetreuung

Seit mehreren Jahren ist es jeder Frau möglich, sich auf Kosten ihrer Krankenkasse während der Schwangerschaft ärztlich betreuen zu lassen. Dadurch können gefährliche Komplikationen für Mutter und Kind vermieden werden.

Mit Bedauern stellt der 22. Bayerische Ärztetag fest, daß bisher noch immer ein Drittel aller Frauen von dieser Möglichkeit der ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft keinen Gebrauch macht.

Der 22. Bayerische Ärztetag empfiehlt deshalb allen Frauen dringend, bei jeder Schwangerschaft im Interesse ihrer eigenen und des erwarteten Kindes Gesundheit den Arzt aufzusuchen.

Diabetes-Früherkennung

Der von der Bayerischen Landesärztekammer im Frühjahr 1967 durchgeführte Diabetes-Test in der Landeshauptstadt München hat gezeigt, daß der Diabetes zahlenmäßig und in seiner Bedeutung für das Lebensschicksal des einzelnen zu einer Volkskrankheit geworden ist, welche die volle Aufmerksamkeit der Gesundheitspolitiker und Ärzte erfordert.

Der 22. Bayerische Ärztetag hält es für erforderlich, die Einwohner unseres Landes zur mindestens jährlich einmaligen Anwendung des Teststäbchens zu veranlassen. Voraussetzung dafür ist, daß diese Teststäbchen einzeln in den Apotheken abgegeben werden. Die Firmen der pharmazeutischen Industrie, welche solche Stäbchen herstellen, werden deshalb dringend gebeten, einzeln abgepackte Teststäbchen zu liefern, damit sie in den Apotheken überall erhältlich sind.

Herzzentren

Die deutsche Herzchirurgie hat leistungsgemäß den Anschluß an den internationalen Standard in vollem Umfang erreicht.

Der Bedarf an Herzoperationen beträgt nach vorsichtigen Schätzungen in der Bundesrepublik Deutschland etwa 12 000 jährlich. Die vorhandenen fünf Zentren (München, Düsseldorf, Göttingen, Heidelberg und Hamburg) haben eine Kapazität von höchstens 3000 Operationen. Für 9000 Patienten bedeuten also die dadurch entstehenden langen Wartezeiten eine erhebliche Gefährdung ihrer Heilungschancen.

In der Bundesrepublik Deutschland sind deshalb mindestens 20 Herzzentren notwendig.

Die Chirurgische Universitätsklinik München — das einzige bayerische Herzzentrum — kann bei einer Warteliste von über 2000 Patienten jährlich höchstens 500 Operationen durchführen.

Der 22. Bayerische Ärztetag bittet die Staatsregierung dringend, finanzielle Mittel für die Errichtung von zwei weiteren Herzzentren in Bayern bereitzustellen.

Bearbeitung der Probleme der angestellten und beamteten Ärzte

Der 22. Bayerische Ärztetag sieht die Sorgen und Nöte der angestellten Ärzte, die z. T. in der laufenden Umstrukturierung des ärztlichen Berufsstandes begründet sind.

Er beauftragt den Kammervorstand sowie den Ausschuß „angestellter Arzt“, unverzüglich geeignete Schritte zu unternehmen, die Probleme der angestellten und beamteten Ärzte einer sachlichen Bearbeitung zuzuführen.

Der 22. Bayerische Ärztetag fühlt sich auch zuständig und verantwortlich für diejenigen Kollegen, die ihre ärztliche Tätigkeit als Angestellte und Beamte ausüben. Er begrüßt ihre Mitarbeit in den Gremien der Standesvertretung.

Steuergerechtigkeit für Ärzte

Der 22. Bayerische Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, den Ärzten möglichst bald auf steuerlichem Gebiet Gerechtigkeit widerfahren zu lassen.

Der Arzt kommt nach einem langen Studium und einer langen Weiterbildungszeit erst spät zu einem Einkommen, das ihn dann wegen der Steuerprogression sehr schnell in eine hohe Steuerklasse führt. Es ist aber im gegenwärtigen Steuersystem nicht berücksichtigt, daß er zu einem höheren Einkommen nur während einer verhältnismäßig kurzen Zeit gelangt, während der er seine hohen Investitionskosten abdecken, seine Kinder ausbilden und für sein Alter und seine Hinterbliebenen sorgen muß. Außerdem hat der freiberufliche Arzt das ganze Risiko für Krankheit, Urlaub, Fortbildung usw. selbst zu tragen.

Errichtung von Gemeinschaftspraxen

Der 22. Bayerische Ärztetag möge beschließen:

Die Bayerische Landesärztekammer wird ersucht, in Zusammenarbeit mit den ärztlichen Kreis- und Bezirksverbänden und mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns die Errichtung von Gemeinschaftspraxen, vor allem an Schwerpunkten von mit Ärzten unterbesetzten Landkreisen und Großstadt-Stadtrandgebieten, zu fördern.

Sinupret®

schließt eine therapeutische Lücke

bei Sinusitiden

BIONORICA KG
NÜRNBERG

Warum schon wieder Polioschluckimpfung?

von H. Stickl

Vor neun Jahren — 1960 — erkrankten in Bayern allein 1182 Menschen an Kinderlähmung; 75 dieser Kranken starben unmittelbar an dieser Erkrankung (DRAUSNICK). Im Frühjahr 1968 — nach 8jährigem Leben in der eisernen Lunge — verstarb an einem banalen Infekt ein inzwischen 20 Jahre altes Mädchen, das letzte Opfer dieser Epidemie.

1961/62 begann in Bayern als erstem deutschem Bundesland mit großer Beteiligung der Bevölkerung die Schluckimpfung gegen Kinderlähmung.

Direkt danach und in den folgenden Jahren waren nur noch einzelne, sporadisch auftretende Erkrankungen zu verzeichnen: kein Geimpfter erkrankte an Kinderlähmung. So erkrankten z. B. 1966 drei Kinder an Kinderlähmung in Bayern — alle drei waren nicht geimpft! Diese sporadischen Erkrankungen an Kinderlähmung beweisen uns jedoch, daß das pathogene Wildvirus noch keineswegs durch die Schluckimpfung verdrängt wurde, wie man es anfangs zu erreichen hoffte. Dies bedeutet, daß wir mit dem Erreger der Kinderlähmung immer noch rechnen müssen, die Seuchengefahr noch latent lauert. Sobald genügend Empfängliche nachgewachsen sind, kann es zu neuen Seuchenausbrüchen kommen.

Im Juni 1969 fand in der Bayerischen Landesimpfanstalt ein Symposium statt, in welchem die Immunitäts- und die Seuchenlage der Kinderlähmung diskutiert wurden; alle Untersuchungen — welche Methoden auch zum Einsatz kamen — zeigten, wie erschreckend groß die Impflücke ist, wie viele Menschen — vor allem Kleinkinder — wieder ungeschützt der Kinderlähmung preisgegeben sind.

In dem Umfange, in welchem die Schrecken der Kinderlähmung vergessen wurden, sank auch zunehmend die Beteiligung der Bevölkerung an der Schluckimpfung; während noch 1961/62 über 90% der zu Impfinden an der Impfung teilnahmen, sank die Teilnahme im Jahre 1987 auf 31% und schließlich 1968 auf 28% in Bayern. In anderen Bundesländern lagen die Verhältnisse ähnlich. Damit entstand in den nach 1961/62 zu impfenden Jahrgängen eine immer größer werdende Impflücke. Hinzu kommt, daß mit länger werdendem Impfintervall auch für die Geimpften schließlich der Impfschutz einmal absinken muß; vor allem der Impfschutz gegen den Polio-Erreger-Typ III erwies sich von kürzerer Dauer, wie Antikörperuntersuchungen bei ehemals geimpften Personen ergaben. Ein ungenügender Impfschutz drückt sich — abgesehen von einer möglichen Erkrankung — vor allem auch darin aus, daß die infizierten Personen das Wildvirus über eine gewisse Zeitlang ausscheiden; sie sind Virusträger geworden, die den Erreger weiter verbreiten können. In welchem Umfange dies zutrifft, zeigten Abwasseruntersuchungen während eines Ausbruches der Kinderlähmung im Rheinland im Jahre 1968 (KUWERT). Im Durchschnitt muß man, wie die örtlichen Ausbrüche der Kinderlähmung im Jahre 1967/68 und die Umgebungsuntersuchungen erneut bestätigten, auf jeden manifest Erkrankten 400 bis 600 Infizierte und Virusträger rechnen. Dies bedeutet, daß mit dem ersten manifest Erkrankten schon eine Seuche mit weiter Verbreitung des Erregers besteht. Damit ergibt sich aber auch die Notwendigkeit von Wiederholungsimpfungen (z. Z. im 10.

Lebensjahr = 4. Volksschulklasse); dabei wurde bisher das 40. Lebensjahr als Grenzalter für Auffrischimpfungen genannt.

Vor allem Jugendliche bis zu 18—20 Lebensjahren sollten an Auffrischimpfungen teilnehmen. Scheinbar nur örtlich begrenzte Erkrankungen stellen also bei diesen Durchseuchungsbedingungen der Polio eine weit größere Gefahr auch für entfernter Wohnende dar, als es den Anschein hat, zumal wenn der Impfschutz unvollkommen und lückenhaft ist: große Wohndichte, lebhaft und intensive Fluktuation der Bevölkerung auch über große Entfernungen besonders in der Sommer- und Urlaubszeit (Saisongipfel der Poliomyelitis!), relativ große Resistenz des Polio-Wildvirus gegen äußere Einflüsse begünstigen die Verbreitung dieser Seuche.

Im Jahre 1968 überschritten z. B. die Grenze der Bundesrepublik insgesamt 250 712 842 Menschen, eine Viertelmilliarde (Statistisches Bundesamt, nach ANDERS). Davon kamen 4 480 722 auf dem Luftwege in die Bundesrepublik, 5 459 241 auf dem Seewege. Viele Reisende kamen aus den Tropen und Subtropen: in diesen Ländern ist heute noch der Erreger der Kinderlähmung ubiquitär vorhanden und somit die Infektion des Ungeschützten und der Import des Erregers nach Deutschland möglich.

Wenn der Durchimpfungsgrad eines Kollektives eine bestimmte Höhe erreicht hat, kann der einzelne Ungeimpfte im Schutze der Geimpften, die ihn vor einer Ausbreitung der Seuche abschirmen, relativ ungefährdet dahinleben. Eine Begegnung solcher ungeschützter Menschen mit dem pathogenen Erreger der Kinderlähmung (sogenanntes „Wildvirus“) gefährdet sie aber dann in besonderem Umfange, zumal wenn diese Menschen z. B. auf Reisen einer ungewohnten klimatischen und physischen Belastung ausgesetzt sind. Solche Belastungen begünstigen bekanntlich die Manifestation der Kinderlähmung.

Dies gilt in besonderem Maße auch für Schwangere, die gegen die Kinderlähmungsinfektion geradezu hilflos sind. Wie schnell es nach einiger Zeit relativen Seuchenfriedens und demzufolge Nachlassens der Impfbeteiligung zu — vorläufig noch örtlich begrenzten — Seuchenausbrüchen kommen kann, zeigten die Epidemien der Jahre 1967 und 1968 in Hamburg, Köln und Gelsenkirchen. Hier ergab sich, daß bei uns derzeit die größte Impflücke bei Kindern und Jugendlichen bis zum 20. Lebensjahr besteht. So verfügte z. B. keines der 19 in Köln an Kinderlähmung erkrankten Kinder über einen Impfschutz!

Im Jahre 1958 erkrankten in der Bundesrepublik insgesamt 59 Menschen an Kinderlähmung. Bei fast allen Patienten (vorwiegend in Nordrhein-Westfalen) ließ sich der Polio-Erreger-Typ I feststellen. Wenn auch Bayern noch einmal von der Seuche verschont blieb, so ist bei den geschilderten Eigenschaften der Kinderlähmung und der Verbreitung ihres Erregers die Gefahr auch für uns nicht zu übersehen. Das einzige Mittel, ihr zu begegnen, ist die Impfung gegen Poliomyelitis! Aufgabe aller Ärzte ist es durch Aufklärung und Impfung der Bevölkerung die Impflücken schließen zu helfen!

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. med. Helmut Stickl, Direktor der Bayerischen Landesimpfanstalt, 8000 München 90, Am Neudeck 1

Die Verbote von Cyklammat

Eine Tagung der „Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V.“ in München

Die „Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.“, Frankfurt/Main, veranstaltete am 23. und 24. Oktober 1969 in München ein „Symposion über calorienarme und calorienfreie Lebensmittel“. Die wissenschaftliche Leitung oblag Herrn Professor Dr. med. N. Zöllner, München. Die Rednerliste wies eine stattliche Reihe von international anerkannten Gelehrten auf: Prof. Dr. Dr. v. Bär vom Bundesgesundheitsamt, Dr. H.-G. Classen von der Abteilung für experimentelle Therapie der Universität Freiburg/Br., Prof. Dr. H. J. Dengler von den Medizinischen Kliniken und Polikliniken der Justus-Liebig-Universität Gießen, Philip H. Derse, MD, vom Warf Institute in Madison/Wisc., USA, Prof. Dr. Ditschnuneit vom Zentrum für Innere Medizin der Universität Ulm, Prof. Dr. H. Egli der Abt. für Gerinnungsphysiologie und Bluttransfusionswesen der Medizinischen Universitätsklinik Bonn, Prof. Dr. A. Fricker von der Bundesforschungsanstalt für Lebensmittel-frischhaltung in Karlsruhe, Priv.-Dozent Dr. G. Hartmann von der Medizinischen Univ.-Klinik im Bürgerhospital Basel, Dr. Dietrich Lorke vom Institut für Toxikologie der Farbenfabriken Bayer, Prof. Dr. P. Marquardt, Vorstand der Abteilung für experimentelle Therapie der Universität Freiburg/Br., Prof. Dr. H. Mehner, Chefarzt der III. Medizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing, Frau Dr. M. Pieper von der Medizinischen Poliklinik der Universität München, Frau Dr. L. Schoeller vom Zentrallabor für Mutagenitätsprüfung der Universität Freiburg/Br., Dr. W. Schultheiß vom Verband der diätetischen Lebensmittelindustrie in Frankfurt/Main, Dr. A. Weizel von der Medizinischen Klinik der Universität Heidelberg, Ronald Wiegand, MD, Abbott Laboratories in North Chicago, USA, und Prof. Dr. N. Zöllner von der Medizinischen Poliklinik der Universität München. Die Referate waren ebenso von hohem Niveau, wie die Diskussion, die sich jeweils an die Vorträge anschloß. Der ständig vollbesetzte Saal zeigte das große Interesse, das an dem Thema genommen wurde. Unter den Teilnehmern befand sich auch der Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium Prof. Dr. von Manger-König.

Das Symposion erhielt eine besondere Aktualität durch die wenige Tage vorher bekanntgewordene Maßnahme der amerikanischen Regierung, das Cyklammat aufgrund von Versuchsergebnissen für den Allgemeinverbrauch zu verbieten, worauf noch näher eingegangen werden wird.

In seinem Einleitungsreferat kam Prof. Dr. Zöllner nach einem kurzen historischen Rückblick auf das Pro-

blem der natürlichen Nahrungsmittel zu sprechen, die in Jahrhunderten und Jahrtausenden erprobt werden konnten. „Im Laufe dieser Zeit hat die Menschheit teilweise herausgefunden, was ihr nützt. Wir dürfen uns aber nicht darüber hinwegtäuschen, daß dieses Experiment der Natur und der Geschichte schlecht angelegt und schlecht durchgeführt war. Alles in allem ist es wohl gelungen, die akut unzutraglichen Gifte zu eliminieren, und bei konstanter Ernährung haben sich allmählich jene genetischen Kombinationen im Menschen herausgemeldet, für die diese Ernährung am günstigsten war. Aber wir dürfen nicht übersehen, und die Geschichte der letzten 20 Jahre hat hierfür reichlich Beispiele geliefert, daß Änderungen in der Zusammensetzung der natürlichen Lebensmittel beachtliche Konsequenzen für die menschliche Gesundheit haben können. Wir dürfen auch nicht die Vermutung von der Hand weisen, daß die Umwelt auch schon vor der Verwendung synthetischer Lebensmittel krankheitserzeugende Faktoren bereit hielt, die jedoch ohne die modernen Methoden der Epidemiologie nicht erkannt werden konnten.“

„Wir müssen festhalten, daß für vitalistische Überlegungen in den Ernährungswissenschaften nach wie vor kein Platz ist. Es gibt keinen vernünftigen Grund für die Annahme, daß die Zusammensetzung einer Ernährung aus natürlichen Lebensmitteln von vornherein die bestmögliche Zusammensetzung darstellt, es gibt keinen vernünftigen Grund für die Ansicht, daß eine Nahrung, die aus natürlichen Lebensmitteln in der üblichen Weise hergestellt wird, keine schädlichen Elemente enthalten kann. Je weiter uns die moderne Epidemiologie führt, desto mehr müssen wir befürchten, daß auch vor dem Aufkommen synthetischer Nahrungsmittel Unterschiede in der Prognose des menschlichen Lebens, Unterschiede im Auftreten degenerativer und bösartiger Krankheiten durch Ernährungsunterschiede bedingt waren.

Vor diesem Hintergrund müssen wir die synthetischen Lebensmittel, im Augenblick also die Süßstoffe, betrachten. Zweifellos gelingt es der heutigen Toxikologie in kurzer Zeit, alle akut giftigen Nebenwirkungen zu erkennen, so daß kaum damit zu rechnen ist, daß neue Lebensmittel in den Handel kommen, welche die menschliche Gesundheit akut bedrohen. Die Toxikologie von heute kann mit ihren modernen Methoden die langjährige Experimentation unserer Vorfahren, die zur Erkennung der Tollkirsche und des Knollenblätter-schwamms als krankmachende Agentien geführt haben mag, durch die Versuche eines Jahres ersetzen. Was sie noch nicht kann, ist offensichtlich das, was auch bei

KAMAVER®

Chloramphenicol



Karl Engelhard · Frankfurt am Main Fabrik pharmazeutischer Präparate gegr. 1872

zur preisgünstigen
Verordnungsweise

DRAGEES 250 mg
KAPSELN 250 mg
mit Vitamin-B-Komplex
KAPSELN 500 mg
mit Vitamin-B-Komplex
SUPPOSITORIEN 100/250 mg
H-SALBE mit
SAFT Corticosteroid

den natürlichen Lebensmitteln durch die reine Erfahrung nicht möglich war, nämlich die zuverlässige Erkennung jener Substanzen, die bei chronischem Gebrauch in langer Zeit potentiell krankmachend sind. Hier bietet zunächst nur der langfristige Tierversuch mit extrem hohen Dosen gewisse Ansatzpunkte.“

Prof. Zöllner kam sodann auf die Einwirkung der ionisierenden Strahlen zu sprechen, bei denen nicht zu erkennen war, daß diese in mittleren Dosen bei langer Einwirkung Carcinome hervorrufen können. „Der Kurzversuch mit ionisierenden Strahlen ergibt nur die Alternative zwischen Strahlenkrankheit mit eventuell akutem Strahlentod und einfachem Überleben. Vielleicht sollte man die historische Parallele sogar noch etwas weiter ausspinnen und sich überlegen, wie weit die Medizin jahrzehntelang zurückgeblieben wäre, wenn man seinerzeit die Genehmigung zur allgemeinen Anwendung der Röntgenstrahlen aus Gründen der experimentellen Erprobung ihrer Nebenwirkungen um ein halbes Dezennium oder länger zurückgestellt hätte!“

In weiterer Besprechung der Süßstoffe wurde betont, daß die Anforderungen an einen idealen Süßstoff klar sind. „Er soll keine oder wenige Calorien mit sich bringen, er soll den geschmacklichen Erwartungen an ein Süßungsmittel ohne Nebengeschmack entsprechen, und er soll bei allen Arten der Nahrungszubereitung unveränderlich sein. Unnötig auszuführen, daß keines der bekannten Süßungsmittel diese Anforderungen voll erfüllt, daß also der Auftrag zur Suche nach Besserem ohnedies bestand. Betrachten wir aber nun eine Weile die Anforderungen an die Prüfungen, die vor der Einführung jedes neuen Lebensmittels unerlässlich sind. Als wir vor mehreren Jahren, und, wie ich glaube, als die ersten in Deutschland, uns mit der Prüfung von Cyclamaten beschäftigten, ergab die Durchsicht der überlassenen Protokolle der Vorprüfer eine Reihe von Lücken. Die Lücken waren nicht groß, bei entsprechenden Unterredungen wurden wir darauf hingewiesen, daß die Schlußfolgerungen der Voruntersucher den größten Grad an Wahrscheinlichkeit für sich haben.“

Zunächst möchte ich die alten Unterlagen über den Stoffwechsel der Cyclamate kurz besprechen. Man hatte einer ausreichenden Zahl von Versuchspersonen markiertes Cyclamat zugeführt und festgestellt, daß im Durchschnitt die gesamte zugeführte Menge unverändert wieder ausgeschieden wurde, doch betrug die Schwankungsbreite wenigstens 5% um den 100%-Wert. Hier hatte man offensichtlich einer statistischen Mitteilung vertraut, ohne nachzuprüfen, was die große Schwankungsbreite hervorruft. Ich möchte vermuten, daß man den Abbau zum Cyclohexylamin damals bereits entdeckt hätte, wenn man die vorhandenen Daten etwas zurückhaltender interpretiert hätte.

Die zweite Frage war die Frage nach der Toxizität. Die japanischen Untersuchungen über die teratogenen Wirkungen hätten sehr viel früher nachgeprüft werden müssen. Ich glaube, es gibt heute keine Frage mehr, daß die Angaben von Tanaka falsch sind, wiewohl der Grund für Tanakas Irrtum, der Fehler in seinem Versuchsansatz, nicht klar erkannt worden ist. Das schlimmste Versäumnis besteht aber meines Erachtens darin, daß nicht spätestens innerhalb der ersten zwei Versuchsjahre ein lebenslänglicher Versuch mit einer ausreichenden Zahl von Versuchstieren begonnen wurde, alle Versuche blieben mehr oder weniger im subchronischen Stadium. Es war das Mißbehagen über die Unkenntnis auf dem Gebiet der chronischen Toxizität, das uns vor mehr als drei Jahren bewog, an einer ausgewählten Zahl von Patienten Untersuchungen zur Frage der Schädlichkeit der Cyclamate zu beginnen, Untersuchungen, die dadurch legitimiert waren, daß Cyclamate im Handel frei erhältlich waren, Untersuchungen, die jedoch ausstanden. Sie wissen, daß wir auch nach zweijähriger Untersuchungszeit keine schädlichen Effekte der Cyclamateinwirkungen konstatieren konnten.

Wurden denkbare Unterlassungen der Cyclamatprüfer skizziert, so konnte auch der Enthusiasmus anderer nicht unerwähnt gelassen werden. Vor weniger als zwei Jahren wollte eine österreichische Forschergruppe verschiedene schädliche Konsequenzen der Cyclamatzufuhr festgestellt haben. Die groß aufgemachten Meldungen darüber fundierten auf einer Veröffentlichung in einer wissenschaftlichen Zeitschrift; ihre Ergebnisse standen z. T. im Widerspruch zu gründlichen älteren Untersuchungen aus angesehenen wissenschaftlichen Institutionen, ihre experimentellen Mängel waren dem Fachmann erkennbar, und ihre angeblich neuen Befunde haben, soweit mir bekannt, einer Nachprüfung nicht standgehalten. (Anm.: Siehe „Bayer. Ärzteblatt“, 1968, Heft 7.) Wir selbst haben die von den Autoren gezogenen Schlußfolgerungen über die Frage der Blutgerinnung an unseren Patienten nicht bestätigen können.

Wesentliche neue Aspekte kamen in die Cyclamatfrage erstmals durch Mitteilungen der Arbeitsgruppe um Legator, die über Auftreten von Chromosomenbrüchen in vivo wie in vitro unter dem Einfluß von Cyclohexylamin, ein Abbauprodukt des Cyclamates, berichteten. Im Gegensatz zu den bisherigen Einwänden gegen die Cyclamate, mußten diese Untersuchungen ernst genommen werden. Tatsächlich begann nun auch eine neue Phase der Betrachtung der Cyclamate, und auf Anforderung des Bundesministers für Gesundheitswesen befaßte sich eine Ad-hoc-Kommission der Deutschen Forschungsgemeinschaft intensiv mit dieser Frage. Die besondere Schwierigkeit lag — eine Bestätigung



reine pflanzlich

PROSPAN®

PROSPAN®-Tropfen PROSPAN®-Zäpfchen PROSPANETTEN®

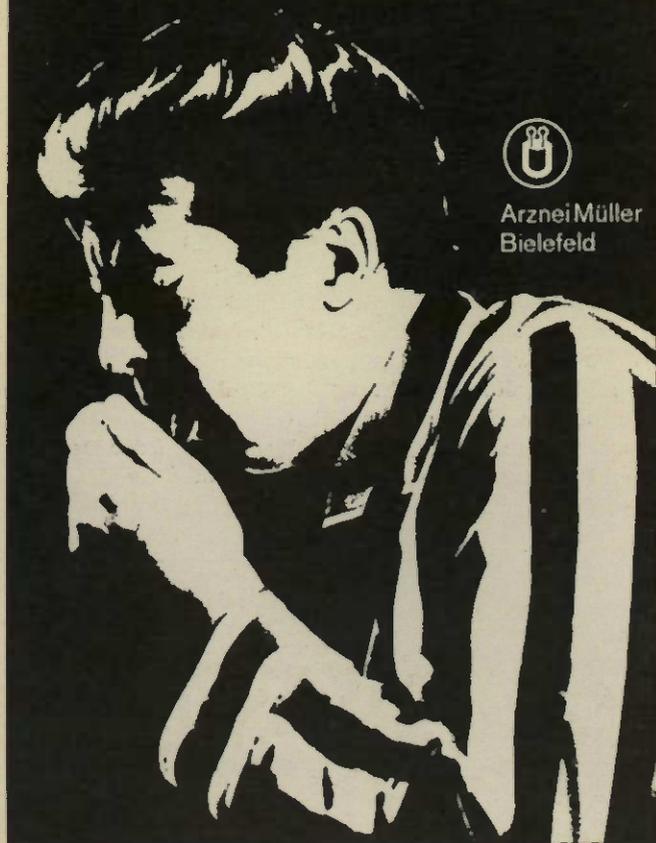
Die Nacht ist nicht zum Husten da!*

* der Tag auch nicht

Monapax®

Tropfen 20 ml und 50 ml
Dragees 40 und 100 Stück
Kinderzäpfchen 10 Stück

Neu: Monapax®-Hustensaft 165 g
Monapax® mit Dihydro-Codein
Tropfen 20 ml
Saft 110 g



Arznei Müller
Bielefeld

der Befunde vom Legator vorausgesetzt — in der Würdigung des Chromosomenbruchs für die Gesundheit des Menschen. War das eine harmlose Begleiterscheinung oder der Vorbote ernster Konsequenzen, sei es einer Carcinogenese, sei es einer Keimschädigung? Gleichgültig wie die Auseinandersetzungen um die Cyclamate ausgehen werden, hier erhielt eine wichtige Forschungsrichtung neue Impulse, denn keiner der befaßten Experten konnte auf die gestellten Fragen eine befriedigende Antwort geben.

Nun ist durch die neueste Entwicklung auch der Befund der Chromosomenbrüche an Aktualität überholt. Ich hatte damit gerechnet, Ihnen mit Genehmigung von Herrn Dr. Rudali in Paris als Neuigkeit mitzuteilen, daß die Zufuhr von Natriumcyclamat im Trinkwasser bestimmter Mäusestämme, und zwar in einer Konzentration von 6 g pro Liter, bei einem Teil der Tiere zu Adenomen der Lunge und gelegentlich zu Carcinomen der Leber führen soll. Diese Nachricht ergänzt aber heute nur noch, was die Öffentlichkeit bereits weiß. Wir stehen alle vor der Feststellung angesehener Untersucher, daß unter der Zufuhr sehr großer Dosen von Cyclamat histologisch gesicherte Carcinome entstehen. Selbstverständlich bedürfen diese Behauptungen der Nachprüfung, aber die grundsätzliche Frage steht, unabhängig von der Bestätigung der amerikanischen Ergebnisse, nun endgültig im Raum.

Die Angaben über die Carcinomentstehung bedürfen der Nachprüfung. Aber diese Nachprüfung gibt uns eigentlich nur eine Bedenkzeit, denn selbst wenn es sich erweisen sollte, daß die Angaben falsch sind, bleibt das Dilemma bestehen und kann bei jeder künftigen Substanz Realität werden. „Wie müssen wir verfahren, wenn ein zum menschlichen Genuß bestimmtes Produkt mit mehr oder weniger großer Wahrscheinlichkeit carcinogen ist? Haben wir es jedenfalls zu verbieten, wie die Amerikaner verfahren sind, dürfen wir den Nutzen gegen den Schaden abwägen, wie es sich am Beispiel des Diabetes wohl empfehlen würde, dürfen wir es an der Gefährlichkeit der Lebensmittel messen, die es ersetzen soll oder dürfen wir gar wirtschaftliche psychologische und politische Argumente ins Spiel bringen?“ Sie haben sicher erkannt, daß meine Fragen nicht hypothetisch waren. Wir müssen uns aber darüber klar sein, daß die Ernährungswissenschaft nur die Voraussetzung für die Beantwortung dieser Fragen liefern kann, nicht aber den Bundesbürger und die von ihm gewählten Politiker von der Entscheidung enthebt. Wir können im vorliegenden Fall sagen, daß die Cyclamate in der Lage sind, geschmacklich den Rohrzucker weitgehend zu ersetzen, daß sie durch diese Wirkung in der Behandlung des Diabetes eine große Bedeutung haben und möglicherweise vielen Menschen das Leben verlängern. Wir müssen festhalten, daß sie in Dosen, die für den menschlichen Gebrauch nicht in Frage kommen, möglicherweise krebserzeugend sind, und wir werden morgen hören, wie groß die Chance für den Menschen ist, wenn wir den Versuch unternehmen, die Ergebnisse des Tierexperimentes zu übertragen. Wir können aber dem Menschen nicht den Entscheid abnehmen, was er mit diesen Mitteln tun will, ebensowenig wie wir ihm verwehren können oder verwehren wollen, sich täglich den Risiken des modernen Lebens und seiner anderen Genußmittel auszusetzen.

Ich komme damit zum letzten Gesichtspunkt. Es war nie die Absicht der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, ein Symposium ausschließlich über Süßstoffe abzuhalten, der Titel des Symposions beweist dies. Eine Betrachtung der ernährungsphysiologischen, klinischen und toxikologischen Entwicklung auf dem Gebiet der Cyclamate machte aber in den letzten zwei Jahren in zunehmendem Maße deutlich, daß hier eine Frage durchprobiert wird, an der grundsätzliche Probleme, die weit über die Cyclamatfrage hinausgehen, durchsichtig gemacht werden können. Was bei der Betrachtung der Cyclamate heute recht ist, wird für die Betrachtung manchen neuen Produktes morgen billig sein müssen, jedes Urteil, das gefällt wird, kann zum Präzedenz-urteil werden. Es geht uns um die Klarstellung der grundsätzlichen Haltung synthetischen Lebensmitteln und speziell synthetischen calortenfreien Lebensmitteln gegenüber.

Den allgemeinen Nutzen vor Augen, haben wir zwischen der Scylla der Ängstlichkeit und der Charybdis der Unbekümmertheit einen vernünftigen Kurs zu legen. Hoffen wir, daß wir ihn steuern können, ohne daß widrige Winde uns dem einen oder anderen Ungeheuer in den Rachen treiben. Wir wollen weder das als nützlich Erkante über Bord werfen noch wollen wir das Schädliche bewahren. Wir müssen dazu jeden neuen Befund nüchtern prüfen und, wenn er der Prüfung standhält, ebenso nüchtern beurteilen. Oft genug wird es uns auch in Zukunft begegnen, daß für diese Beurteilung die Voraussetzungen fehlen. Dann wollen wir das offen dartun und einstweilen eine Entscheidung mit bestem Wissen und Gewissen vorschlagen, bis die Wissenschaft die Voraussetzungen erarbeitet hat, die eine objektive endgültige Entscheidung erlauben.“

Das teilweise Verbot von Cyklammat hat weite Teile in den USA tief betroffen. Es folgten u. a. England, Schweden, die Schweiz, Belgien. In der Bundesrepublik haben die Cyklammat-Erzeuger ihre Produkte vom Markt zurückgezogen. Die erste Meldung erschien in den USA in den Sonntagszeitungen. Der amerikanische Gesundheitsminister Robert Finch sprach das Verbot aus, weil Tierversuche eine stark gesundheitsschädliche Wirkung ergeben hätten. Einige Medizinstudenten waren gegen das Gesundheitsministerium und die ihm angegliederte „Food and Drug Administration“ (FDA), die für die Zulassung von Medikamenten und Lebens-

mitteln verantwortlich ist, vorgegangen, nachdem sie entdeckt hatten, daß in einem FDA-Laboratorium Cyklammat-Tests durchgeführt worden waren, die angeblich zu Ergebnissen geführt hatten, die zur Beachtung zwangen. In der zweiten Oktober-Woche erschienen in zahlreichen amerikanischen Zeitungen diesbezügliche Hinweise. Als Verfasser der Antisüßstoffberichte, wie in der Presse beziehungsreich zu lesen war, zeichnete Senator Magnuson aus dem Bundesstaat Washington, in dem es ein gutes Dutzend Zuckerfabriken gibt. Vorausgegangen war die Mitteilung von Dr. Jacqueline Verret, die seit vielen Jahren bei der FDA tätig ist und nach Versuchen am Hühnerembryo schwere Schädigungen durch Cyklammat in Form von Mißbildungen feststellte. Sie hatte ihre Erfahrungen erstmals über einen amerikanischen Sender mitgeteilt, nicht wie sonst auch in den USA üblich, in Form einer wissenschaftlichen Arbeit. Minister Finch versicherte zwar, es gäbe keine Anzeichen von Cyklammat-Schädigungen beim Menschen, aber die Versuche an den Hühnerembryos seien doch eine Warnung. Der französische Professor Tuchmann-Duplessis, erklärte noch vor Bekanntwerden der Arbeiten von Dr. Verret: „Bei toxikologischen Versuchen mit Hühnerembryos sind falsche positive Ergebnisse nicht ungewöhnlich. Mißbildungen entstehen auch durch solche Wirkungen unspezifischer Substanzen. Es ist unsicher, aus Experimenten am Hühnerembryo irgendwelche Rückschlüsse auf die verwendete Substanz und ihre generellen Wirkungen zu ziehen.“

Auch bei einem Symposium der Deutschen Pharmakologischen Gesellschaft im Jahre 1966 wurde die Verwendung des Hühnerembryos zur Prüfung von Arzneimitteln auf teratogene Wirkung einhellig abgelehnt; da am Hühnerembryo auch durch völlig harmlose Substanzen, wie physiologische Kochsalzlösung oder destilliertes Wasser, Erscheinungen gesetzt werden, die zu Mißbildungen führen. Der Amerikaner Dr. Marvin Legator konnte nachweisen, daß bei Verfütterung von Cyklammat Blasenkrebs entstehen kann. Allerdings hat er seine Versuche nur an 12 Ratten, denen er den Süßstoff in Überdosen gab, durchgeführt. Schon die geringe Zahl der Versuchstiere, aber auch die hohe Dosierung läßt Zweifel aufkommen. Den Test-Ratten wurden 2 Jahre lang täglich 2500 mg Cyklammat je Kilogramm ins Fressen gegeben. Umgerechnet müßte ein Mensch etwa ein viertel Pfund davon täglich zu sich nehmen. Das sind rund 3000 (dreitausend) Tabletten.

Neurovegetalin®

VERLA-PHARM
TUTZING/OBB.

das klassische Sedativum

25 50 100 Dragées

25 Dragées 50 Dragées

verstärkt mit psychotroper Komponente

Neurovegetalin® forte

Ronicol®

Klar

Weite des Horizontes

Klarheit des Denkens und Fühlens

dem alternden Menschen zu erhalten

ist vornehmstes Ziel der

Hell

Therapie der Cerebralsklerose

mit Ronicol® retard

Weit



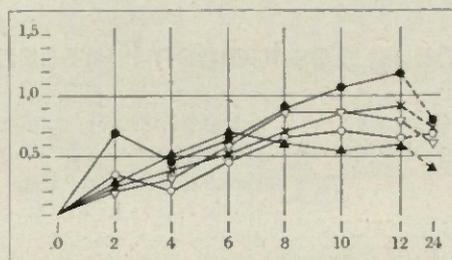
Titus Flavius Vespasianus Titus 39 bis 81 n. Chr.

Gleichmäßig intensive Wirkung über lange Zeit bei praktikabler Dosierung

ist ein wesentliches Merkmal der Therapie mit

Ronicol retard

Tritiumgehalt des Blutplasmas nach Einnahme von je
1 Dragée Tritium-markiertem Ronicol retard bei 5 Probanden



Ordinate:
Tritiumgehalt des Plasmas
ausgedrückt als μg T-Ronicol
(Tritium-markiertes β -Pyridyl-
carbinol-Tartrat) pro ml Plasma

Abszisse:
Stunden nach der Medikation

Raaflaub, J.: Med. Pharmakol. exp. 16, 393-98 (1967)

Ronicol retard läßt nach einmaliger Applikation den
Wirkstoffspiegel im Plasma 12 Stunden lang ansteigen und verhütet
so therapiefreie Stunden

Ronicol[®] retard

ein Depotpräparat besonderer Art
zur sinnvollen Therapie
der Cerebralsklerose

Ronicol retard

Dragées **150 mg**

Dosierung täglich: 2 x 1 bis 2 Dragées

in schweren Fällen:

allmählich Steigerung auf 3 x 2 Dragées

auf lange Zeit: 2 x 1 Dragée



Hoffmann-La Roche AG
7887 Grenzach

Keine natürliche oder künstliche Substanz dürfte in gleichen Übermengen schwerste physiologische Schädigungen vermissen lassen.

Das Cyklammat wurde vor 19 Jahren in Amerika eingeführt. Es hätte also in dieser Zeit vergleichsweise ein rapider Anstieg von Erkrankungen an Blasenkrebs erfolgen und eine wesentliche Erhöhung der Zahl der Mißbildungen auf Grund des Cyklammatgenusses die Folge sein müssen.

Auch in Amerika dürfen Zucker Kranke und andere Diätpatienten auch weiterhin Cyklammat erhalten. Schon diese Einschränkung beweist, daß eine absolute Schädlichkeit des Cyklamatts nicht angenommen wird. Trotzdem muß bis zur endgültigen Klärung der Genuß von Cyklammat weiterhin mit Vorsicht erfolgen.

Weitere Verbote künstlicher Nahrungsmittelzusätze

Dem Verbot von Cyklammat in den USA dürften weitere bald folgen. Besonders die zahlreichen künstlichen Nahrungsmittelzusätze stehen zur Zeit im Blickpunkt. Hier vor allem das Monosodium-Glutamat (MSG). Die drei größten Hersteller von Kleinkindernahrung in den USA (Gerber Products Com., H. J. Heinz Co. und Squibb-Beech Nut Inc.) haben bekanntgegeben, ab sofort kein MSG mehr zu verwenden. Diese Fabriken haben zahlreiche Produktionsstätten in Europa. Der größte Erzeuger von Glutamat in den USA ist International Minerals and Chemicals Inc. mit einem Anteil von etwa 60 Prozent. Weitere Hersteller sind Merck and Co., Commercial Solvents Corp. und Great Western Sugar Co. In Europa und der Bundesrepublik dürften diese Maßnahmen bald ihren Niederschlag finden. K-g.

Festakt zur Eröffnung des kleinen Kursaales in Prien

Mit einer Feierstunde wurde in Prien am Chiemsee am 24. September 1969 der Neubau des kleinen Kursaales (Haus des Gastes) eingeweiht.

Dieser Neubau ist sichtbarer Ausdruck der Aktivität einer Marktgemeinde, die für ihre Gäste einen neuen Kursaal schuf und gleichzeitig Beweis der Bestrebungen der Chiemgauer Ärzteschaft, endlich einen würdigen Raum für die ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen zu erhalten, deren großer Zulauf mit etwa 200 anwesenden Ärzten in den monatlichen Veranstaltungen die Platzfrage zu einem brennenden Problem werden ließ. Er ist aber auch zugleich ein Beweis glücklicher Symbiose der Anstrengungen einer Marktgemeinde, an ihrer Spitze Herr Franz SEEBAUER, 1. Bürgermeister, und der Ärzteschaft, an ihrer Spitze Professor Dr. W. HIRSCH, Traunstein, sowie der Aufgeschlossenheit der pharmazeutischen Industrie, die mit erheblicher finanzieller Unterstützung die Ausgestaltung des Raumes und seine Anpassung an Belange ärztlicher Veranstaltungen ermöglichte.

Nach der Begrüßung durch den 1. Bürgermeister der Marktgemeinde Prien, in welcher er das gute Verhältnis zwischen der Gemeinde und ihren Bürgern, hier den Ärzten, besonders unterstrich, hielt Professor Dr. Hans Joachim SEWERING, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer und Vizepräsident der Bundesärztekammer, einen Vortrag über die Verpflichtung zur ärztlichen Fortbildung. Er sagte u. a.: „Fortbildung ist für den niedergelassenen Arzt angesichts des raschen Fortschreitens medizinischer Erkenntnisse, die zu einer Halbwertszeit des Wissens von etwa 15 Jahren geführt haben, nicht nur eine in der Berufsordnung nieder-

gelegte Aufgabe, sondern darüber hinaus ethische Verpflichtung eines jeden Mediziners.

Der Standesvertretung obliegt es, auf den Ebenen der Kreisverbände, der Landesärztekammern und der Bundesärztekammer die organisatorischen Voraussetzungen hierfür zu schaffen.“



Foto: Berger, Prien
V. l. n. r.: Bürgermeister Seebauer, Altbischof Professor D. Dr. Stählin, Professor Dr. Sewering, Professor Dr. Hirsch, dahinter: Altbürgermeister v. Bomhard

Präsident Sewering würdigte dann eingehend die Bedeutung der Chiemgauer Fortbildungsveranstaltungen, in denen sich das Verantwortungsbewußtsein gegenüber dieser Fortbildungsverpflichtung in hervorragender Weise dokumentiere. Er wies ferner darauf hin, daß diese Aktivität beweise, daß die Ärzteschaft imstande und bereit ist, zum Wohle der Patienten in Eigenverantwortlichkeit und ohne staatlichen Dirigismus ihre

RECORSAN®

- 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

Verpflichtungen zu erfüllen. Auch zeige das Beispiel Priens, wozu eine aufgeschlossene Gemeinde mit einem wachen Bürgersinn fähig ist, und er dankte im Namen der Bayerischen Landesärztekammer der Marktgemeinde Prien für die Zurverfügungstellung dieses schönen Raumes, der für die ärztliche Fortbildung im ganzen Chiemgau endlich die äußeren Voraussetzungen schafft. Ganz besonders würdigte er die selbstlose Einsatzbereitschaft der Kollegen, die sich oft schon seit Jahren immer wieder als Referenten zur Verfügung stellen. Abschließend dankte er den Herren Professor Dr. med. W. HIRSCH, Traunstein, Dr. SCHLOSSER, 1. Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Rosenheim, Dr. H. MATUSCZYK für die Arbeit vieler Jahre, die es ermöglichte, Fortbildung mit hohem wissenschaftlichen Niveau und gleichzeitiger Praxismäße zu vermitteln.

Professor Hirsch skizzierte die Grundsätze der Organisation seiner Fortbildung und schloß mit seinem Dank an Marktgemeinde und Kollegen.

Altbischof Professor D. Dr. W. Stählin, Prien, zeichnete in seinem Festvortrag: „Naturwissenschaft und Geisteswissenschaft“ in großen Linien Berührungspunkte zwischen diesen Disziplinen und forderte die Naturwissenschaft auf, sich intensiver mit geisteswissenschaftlichen Gedankengängen zu befassen.

Umrahmt von den Salzburger Mozartspielern und der Musik Mozarts und Haydns klang die würdevolle Feierstunde im anschließenden geselligen Beisammensein im Kneipp-Kurhotel „Kronprinz“ aus.

Ludwig-Heilmeyer-Medaille erstmals verliehen

Vom 22. bis 25. Oktober 1969 fand in der Nationalakademie in Buenos Aires/Argentinien das VIII. Internationale Symposium für Fortschritte auf dem Gebiete der Inneren Medizin zum Thema „Hochdruck und Diurese“ statt. An diesem Kongreß nahmen zahlreiche namhafte deutsche Kliniker teil. Im Rahmen des Symposiums wurde die anlässlich des 70. Geburtstages von Professor Dr. med. Ludwig Heilmeyer (†) von Bayer gestiftete „Ludwig-Heilmeyer-Medaille“ in Gold an Professor Dr. Egidio S. MAZZEI, Buenos Aires, verliehen.

Professor Mazzei ist seit 1956 Inhaber des 1. Lehrstuhls für Innere Medizin an der Universität Buenos Aires und der Fachwelt durch zahlreiche Arbeiten auf dem Gebiete des Bluthochdrucks und der Diurese bekannt. Mit der Ludwig-Heilmeyer-Medaille in Gold werden alljährlich deutsche oder ausländische Wissenschaftler geehrt, die sich auf dem Gebiete der Inneren Medizin

durch hervorragende wissenschaftliche Leistungen einen internationalen Ruf erworben haben.

Warnung vor Petroleum als Wunderheilmittel

Ein ganz besonderes Beispiel verantwortungsloser Journalistik ist eine Veröffentlichung in dem „deutschen Unterhaltungsmagazin ‚7 Tage‘“, in dem in 2 Folgen Petroleum als Heilmittel u. a. auch gegen Krebs markt-schreierisch angepriesen wurde. Die Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern hat daher eine Erklärung herausgegeben, die von der Pressestelle der bayerischen Ärzteschaft im Nachrichtendienst 21/69 veröffentlicht wurde. Sie lautet:

Das „deutsche Unterhaltungsmagazin ‚7 Tage‘“ brachte in der letzten Zeit zwei sensationell aufgemachte Berichte über Petroleum als Wunderheilmittel.

Nach diesen Berichten soll Petroleum, das eine Tiroler Metzgersfrau verordnet, teelöffelweise eingenommen, u. a. folgende Krankheiten heilen: Krebs, Prostata- und Blasenleiden, Blutkrankheiten, Kinderlähmung und Haarausfall beim Pudel.

Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat bereits vor der Anwendung von Petroleum als Heilmittel gewarnt, weil es dadurch zu schweren und unter Umständen zu lebensgefährlichen Vergiftungen kommen kann.

Wie verantwortungslos der erwähnte Bericht den Anschein der Wahrheit zu erwecken versucht, geht allein schon aus folgenden Tatsachen hervor:

In den Artikeln wird in einer Form, die den Leser vermuten läßt, es handle sich um Vorgänge der letzten Zeit, berichtet, daß ein Innsbrucker Frauenarzt über die Wirkung von Petroleum bei einer krebserkrankten Frau sehr beeindruckt gewesen sei. Das Petroleum habe bereits eine Stunde nach Einnahme des 1. Löffels u. a. auch Lähmungserscheinungen beseitigt.

Der Frauenarzt, von dem die Rede ist, ist bereits vor 10 (!) Jahren verstorben!

Weiter heißt es in dem Bericht von einer Patientin, die an Brust- und Blasenkrebs gelitten habe und ein hoffnungsloser Fall zu sein schien, und die durch die Einnahme von Petroleum gerettet worden sei, wörtlich:

„Nach 4 Wochen ist Helene Noggler wieder völlig gesund. Heute nimmt sie an Bergtouren teil, tanzt leidenschaftlich gern und braucht auf nichts zu verzichten, was das Leben zu bieten hat.“

Diese Patientin ist bereits vor 6 (!) Jahren verstorben.

Es erübrigt sich wohl jedes weitere Wort über diese unverantwortliche Art sogenannter journalistischer Tätigkeit.

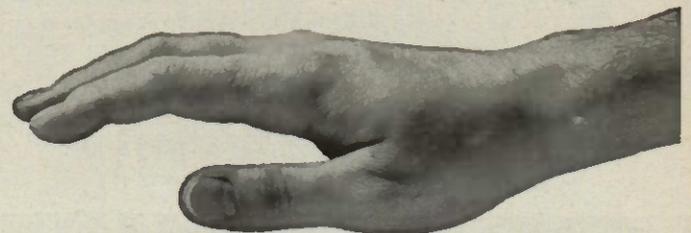
Passiorin

Rein pflanzliches Deuersedativum

(Passiflora, Solanum, Coffea, Citrus, etc.)

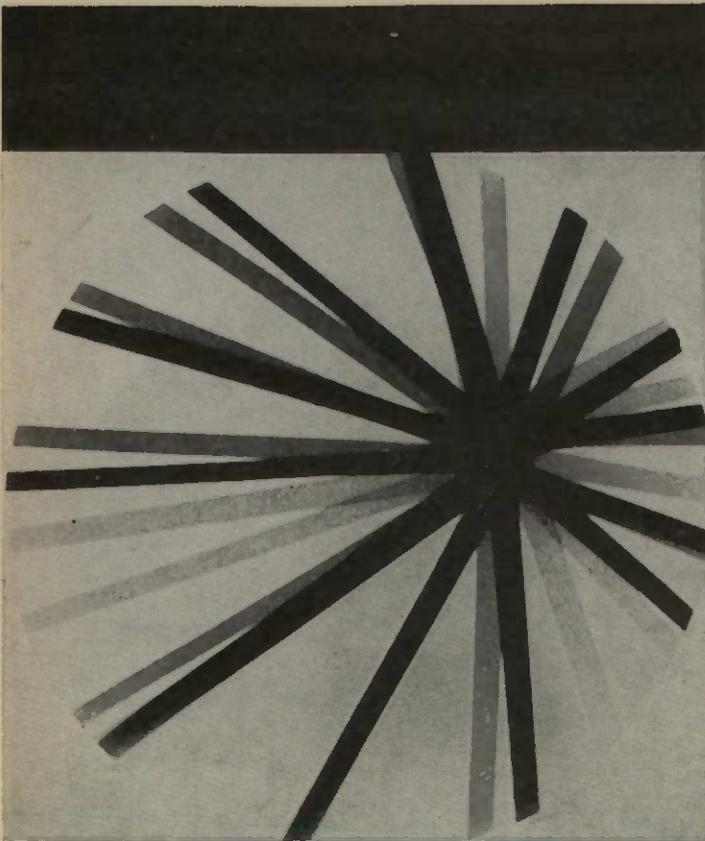
Ohne Gewöhnungsgefahr

Ohne Nebenwirkungen



Unschädliche Kur- und Dauermedikation
zur Stabilisierung des Nervensystems

SIMONS CHEMISCHE FABRIK GAUTING BEI MÜNCHEN



Die neuro-vegetativen Lysis-Präparate

Kranite

Ergo-Kranit® - Tabl.

Cerebral - Antispasmodicum
auf Secale-Basis

Asthmo-Kranit® - Tabl. Pulv.

Branchial - Antispasmodicum

Migräne-Kranit® - Tabl.

Cerebral - Antispasmodicum



KREWEL-WERKE · Eitorf b. Köln

Dringlich zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

Mittelfranken

Bad Windsheim, Lkr. Uffenheim: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

Die bisherige einzige Augenarztpraxis am Ort ist durch Tod des bisherigen Praxisinhabers nicht mehr besetzt. Belegmöglichkeit am Krankenhaus der Stadt Windsheim ist gegeben.

Hersbruck: 1 Facharzt für Augenkrankheiten
Durch Verzicht frei gewordener, alter Kassenarztsitz. Belegmöglichkeit am Kreis Krankenhaus Hersbruck ist gegeben.

Nassenfels, Lkr. Eichstätt: 1 Allgemeinpraktiker
Einzelarztsitz mit großem Hinterland.

Nürnberg, Ortsteil Langwasser: 1 Allgemeinpraktiker
Sechste Kassenarztstelle für einen Praktischen Arzt in der zur Zeit 25 000 Einwohner zählenden und ständig wachsenden Trabantenstadt Nürnberg-Langwasser.

Unterasbach, Gem. Oberasbach bei Nürnberg, Lkr. Fürth:
1 Allgemeinpraktiker

Seit 22 Jahren bestehende, durch Tod verwaiste 5. Kassenarztstelle in einer Gemeinde mit über 13 000 Einwohnern und starker Bautätigkeit unmittelbar vor den Toren Nürnbergs. Sonntagsdienst und Urlaubsvertretung geregelt. 1959 erbaute Praxisräume können übernommen werden.

Weißenburg: 1 Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Der einzige Dermatologe im Stadt- und Landkreis Weißenburg (zusammen 54 000 Einwohner), der noch Teile der Landkreise Eichstätt, Gunzenhausen und Hilpoltstein zu versorgen hat, hat seine Praxis aus Altersgründen aufgegeben. Der bisherige Praxisinhaber hatte auch Belegbetten am Städtischen Krankenhaus Weißenburg.

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

Niederbayern

Eggenfelden: 1 Facharzt für Augenkrankheiten
1 Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten

Fürstenstein, Lkr. Passau: 1 Allgemeinpraktiker
Es handelt sich um eine durch Tod eines Allgemeinpraktikers frei gewordene Kassenarztstelle. Fürstenstein hat etwa 3500 Einwohner. Am Ort ist ein zweiter Praktiker niedergelassen.

Kelheim/Do.: 1 Facharzt für Augenkrankheiten
Wurmannsquick, Lkr. Eggenfelden: 1 Allgemeinpraktiker

In Wurmannsquick, das ein Einzugsgebiet von etwa 3500 Einwohner umfaßt, wurde durch Wegzug des einzigen dort tätigen Allgemeinpraktikers zum 1. Juli 1969 eine Kassenarztstelle frei.

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

Die Stelle wurde durch den Wegzug des bisherigen Praxisinhabers frei.

Es besteht die Möglichkeit, am Krankenhaus Belegbetten zu erhalten.

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

Oberbayern

Langgelsling, Lkr. Erding: 1 Allgemeinpraktiker

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

Oberfranken

Coburg: 1 Facharzt für Kinderkrankheiten

Es handelt sich um die dritte derzeit verwaiste Kinderfacharztstelle in der Stadt Coburg mit ca. 42 000 Einwohnern, guten kulturellen Einrichtungen, u. a. Theater, und allen höheren Schulen, Polytechnikum. Eine gesicherte Existenz ist zu erwarten. Gute Verkehrsverhältnisse, direkte Verbindung nach München.

Hegnabrunn, Lkr. Kulmbach: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Hegnabrunn ist ein aufstrebender Industrieort mit 1000 Einwohnern und Einzugsgebiet. Er liegt verkehrsgünstig zwischen den Städten Bayreuth (ca. 15 km Entfernung) und Kulmbach (ca. 10 km Entfernung). In beiden Städten befinden sich alle höheren Schulen. Die Gemeinde, in der rege Bautätigkeit herrscht, ist bei der Beschaffung von Wohn- und Praxisräumen behilflich. Es käme auch eine Niederlassung in dem mit Hegnabrunn zusammengebauten Eisenbahnknotenpunkt Neuenmarkt (knapp 2000 Einwohner, 1 Arzt in Neuenmarkt niedergelassen) in Frage. In beiden Orten sollte sich eine gute Existenz aufbauen lassen.

Hiltpoltstein, Lkr. Forchheim: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Der zum 1. 10. 1969 frei gewordene Arztsitz Hiltpoltstein bietet eine gesicherte Existenz. Der landschaftlich reizvoll gelegene Marktflecken in der Fränkischen Schweiz hat ca. 700 Einwohner und großes Einzugsgebiet. Die Marktgemeinde Hiltpoltstein bietet Wohn- und Praxisräume in einem modernen Neubau an.

Hof/Saale: 1 Facharzt für Kinderkrankheiten

Die zum 1. Oktober 1969 frei gewordene dritte Kinderfacharztstelle in Hof/Saale ist wieder zu besetzen. Die Stadt Hof hat 55 000 Einwohner, alle höheren Schulen, gute kulturelle Möglichkeiten, u. a. Theater. Eine gesicherte Existenz ist zu erwarten.

Hohenberg a. d. Eger, Lkr. Wunsiedel: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Der durch altersbedingtes Ausscheiden des Inhabers frei gewordene Arztsitz muß wieder besetzt werden. Die Räume des bisherigen Praxisinhabers stehen zur Verfügung. Im Herbst frei werdende Wohn- und Praxisräume im Sparkassenneubau werden ebenfalls bereitgehalten. Hohenberg ist ein landschaftlich schön gelegenes Städtchen.

Kulmbach: 1 Allgemeinpraktiker

In der Stadt Kulmbach, mit ca. 23 000 Einwohnern, wird ein weiterer Praktiker benötigt. Kulmbach hat alle höheren Schulen am Ort.

Contramutan®

Sichere Abwehr

bei
**Fieber
Grippe
Infekten**



ArzneiMüller
Bielefeld



Leupoldsgrün, Lkr. Hof: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Leupoldsgrün — 1000 Einwohner — ist 8 km von der Stadt Hof entfernt. Hof hat alle höheren Schulen. Es handelt sich um die Wiederbesetzung des seit längerer Zeit verwaisten Arztsitzes. Die Gemeinde bietet Hilfe bei der Bereitstellung von Wohn- und Praxisräumen.

Ludwigsstadt, Lkr. Kronach: 1 Allgemeinpraktiker

Ludwigsstadt ist ein freundliches Städtchen mit ca. 3000 Einwohnern und Einzugsgebiet im Frankenwald. Es handelt sich um die Wiederbesetzung des durch Ableben des Praxisinhabers frei gewordenen zweiten Kassenarztsitzes. Eine gesicherte Existenzgrundlage ist gegeben. Wohn- und Praxisräume stehen zur Verfügung.

Marktschorgast, Lkr. Kulmbach: 1 Allgemeinpraktiker

Im Marktflecken Marktschorgast, reizvoll an einem Badesee gelegen, soll die infolge Ablebens des Inhabers frei gewordene Praktikerstelle wieder besetzt werden. Sie bietet eine gesicherte Existenz. Alle höheren Schulen in Kulmbach und Bayreuth sind verkehrsgünstig zu erreichen. Wohn- und Praxisräume stehen zur Verfügung.

Neustadt, Lkr. Coburg: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

Die kreisfreie Stadt Neustadt bei Coburg hat ca. 12 500 Einwohner und liegt ca. 15 km von der Stadt Coburg mit allen höheren Schulen und Polytechnikum entfernt. In Neustadt befindet sich ein naturwissenschaftlich-neusprachliches Gymnasium (Abitur) und eine staatliche Realschule. Es handelt sich um die Wiederbesetzung der durch Ableben des Inhabers frei gewordenen Augenarztstelle, die eine ausgezeichnete Existenz bietet. Belegbetten in Privatklinik am Ort. Wohn- und Praxisräume sind vorhanden.

Schauenstein, Lkr. Naila: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Schauenstein — 1600 Einwohner — ist ein freundliches Bergstädtchen im Frankenwald in schöner Lage mit schulischem und kommunalem Mittelpunkt, 17 km von der Stadt Hof entfernt. Höhere Schulen in Hof, Heimbrechts (5 km), Münchberg (15 km), Naila (8 km). Neu ausgebaute Wohn- und Praxisräume im zentral gelegenen Rathaus werden freigemacht. Weitere Räumlichkeiten stehen zur Verfügung. Gesicherte Existenzgrundlage.

Untersiemau, Lkr. Coburg: 1 Allgemeinpraktiker

Untersiemau hat ca. 1600 Einwohner und liegt 8 km von der Stadt Coburg entfernt, mit Bahn- und Busverbindung nach dort. Ein zweiter Arzt, der sich eine gesicherte Existenz gründen kann, wird dringend benötigt. Ein Haus, als Arztthaus geeignet, steht zur Verfügung. Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Oberfranken —, 8580 Bayreuth, Bürgerreuther Straße 7 a, zu richten.

Oberpfalz

Amberg: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

Cham: 1 Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten

Erbendorf: 1 Allgemeinpraktiker

Eschenbach: 1 Allgemeinpraktiker

Habnbach: 1 Allgemeinpraktiker

Mitterteich: 1 Allgemeinpraktiker

Neunmarkt: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

Roding: 1 Allgemeinpraktiker

Sulzbach-Rosenberg: 1 Allgemeinpraktiker

Vohenstrauß: 1 Allgemeinpraktiker

Weiden (Ortsteil Nord): 1 Allgemeinpraktiker

Weiden: 1 Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten

Weitere Kassenarztsitze für das Fachgebiet Augenkrankheiten, Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten, Kinderkrankheiten und für Praktische Ärzte sind zu besetzen.

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

Schwaben

Altenmünster, Lkr. Wertingen: 1 Allgemeinpraktiker

Buch, Lkr. Illertissen: 1 Allgemeinpraktiker

Deiningen, Lkr. Nördlingen: 1 Allgemeinpraktiker

Wiederbesetzung des Kassenarztsitzes.

Haus kann gemietet oder durch Kauf erworben werden.

Fellheim, Lkr. Memmingen: 1 Allgemeinpraktiker

(Einzelarztsitz, gutfundierte Landpraxis.)

Haus kann durch Kauf oder auf Rentenbasis erworben werden. Alle Mittelschulen sind in Memmingen (11 km) durch Bus- und Bahnverbindung erreichbar.

Friedberg bei Angsburg: 1 Allgemeinpraktiker

1 Facharzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe

Inningen, Lkr. Augsburg: 1 Allgemeinpraktiker

Königsbrunn, Lkr. Schwabmünchen: 1 Allgemeinpraktiker

Zusätzlicher Arztsitz zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung.

Markt Waid, Lkr. Mindelheim: 1 Allgemeinpraktiker

Praxisaufgabe steht bevor.

Möttingen, Lkr. Nördlingen: 1 Allgemeinpraktiker

Zusmarshausen, Lkr. Angsburg: 1 Allgemeinpraktiker

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

Unterfranken

Aldhansen, Lkr. Hofheim: 1 Allgemeinpraktiker

Großostheim, Lkr. Aschaffenburg: 1 Allgemeinpraktiker

Hambach, Lkr. Schweinfurt: 1 Allgemeinpraktiker

Heigenbrücken, Lkr. Aschaffenburg: 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um eine große Kassenpraxis, die seit 1. 10. 1968 wegen Todesfall unbesetzt ist.

Hösbach, Lkr. Aschaffenburg: 1 Allgemeinpraktiker

Praxis- und Wohnräume können zur Verfügung gestellt werden.

Rottenberg, Lkr. Alzenau: 1 Allgemeinpraktiker

Schneeberg, Lkr. Miltenberg: 1 Allgemeinpraktiker

Wohn- und Praxisräume sind vorhanden.

Wildflecken/Rbön: 1 Allgemeinpraktiker

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

Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

42. Fortbildungskurs

(Fortsetzung)

2. Hauptthema: „Fortschritte in Diagnostik und Therapie maligner Tumoren“

Professor Dr. R. GROSS, Köln-Lindenthal:

„Allgemeine Probleme der Frühdiagnose von malignen Tumoren“

In den letzten 40 Jahren ist der Krebs unter den vier häufigsten Todesursachen hinter den Kreislaufkrankungen an die zweite Stelle gerückt (mittleres Sterbealter von Malignomen aller Art bei 54 Jahren). Die Krebsmortalität ist bei den Frauen in den letzten Jahren nahezu gleich geblieben (bessere Frühdiagnostik und Behandlungsaussichten der gynäkologischen Tumoren), bei den Männern jedoch permanent im Anstieg begriffen (großer Anteil an Magenkrebs, starke Zunahme des Bronchialkarzinoms). Die 5-Jahres-Überlebensquote z. B. aller an Magenkrebs Erkrankten liegt unter 10%, für das Bronchialkarzinom fallen die Ergebnisse noch ungünstiger aus. Ursachen hierfür sind: Verzögerung der Diagnosestellung (beim Bronchialkarzinom bis zu drei Jahren!) durch zu spät erfolgte Konsultation, unterlassene oder unzureichend ausgeführte Untersuchungen, „Verlaufsbeobachtungen“. Karzinomfrühsymptome sind oft altersbedingten Beschwerden sehr ähnlich: „Gastritis“, „Bronchitis“ beim älteren Menschen, „Vegetative Dystonie“ beim jüngeren sollten, wenn sie länger als vier Wochen vergeblich therapiert wurden, als tumorverdächtig angesehen werden. Zu beachten sind weiterhin die sogenannten „halbspezifischen Symptome“ wie: Gewichtsverlust, allgemeine Leistungsminderung, Blutbelmungen, Fieber, BSG-Beschleunigung u. ä.

Bis heute gibt es (von ganz wenigen Ausnahmen abgesehen) noch keine tumorspezifischen Laboratoriums-Teste: BSG, Serumelektrophorese, Blutbild haben nur eine allgemein unspezifische Aussagekraft. Auch die Immun- und Enzymdiagnostik (Antigenverlust von verschiedenen Tumoren bzw. tumorspezifische Proteinase) hat noch zu keinen allgemein befriedigenden Ergebnissen geführt. Eine gewisse Aussagekraft hat hier noch am ehesten die Bestimmung der Laktatdehydrogenase (LDH), insbesondere die ihrer Isoenzyme. Sie findet sich in besonders hoher Konzentration in Tumorzellen, ist jedoch ebenfalls unter die unspezifischen Reaktionen einzureihen.

Mindestens ein Teil des Tumorwachstums erfolgt exponentiell, wobei sich im allgemeinen 3/4 hiervon in der präklinischen Phase abspielen. Mit fließenden Übergängen finden sich auch langsames Wachstum bei ungünstigen Stoffwechselbedingungen, Stationärbleiben des Tumors und sogar spontane Regressionen. Kein Tumor ist vom Wirt vollkommen unabhängig: Alle Abstufungen von konditionierter bis voller Autonomie zeigen sich, so daß sekundäre Einflüsse, z. B. hormoneller und immunologischer Art, auch unsere Therapie, das Tumorwachstum beeinflussen können. Ähnliches gilt für die Metastasierung (z. B. oft jahre- bis jahrzehntelange Resistenz von Organen gegen Karzinomzellen beim Mammakrebs).

Dr. P. LOPES CARDOZO, Leiden:

„Zytologie in der Tumordiagnostik“

Zu den Anwendungsgebieten der Zytologie:

1. Tumorfrühdiagnostik, d. h. den Tumor im präklinischen Stadium zu erfassen;
2. als orientierende Untersuchungsmethode: z. B. „Änderung des Diagnoseganges“;
3. Indikationsstellung für präoperative Therapie: z. B. Brustpunktion bezüglich eventueller Vorbestrahlung beim Mammakarzinom;
4. gezielte Indikation zur Durchführung größerer operativer Eingriffe: seit der zytologischen Ära z. B. Senkung der Probethorakotomien von 30 auf 5%, sei es, daß der Tumor bereits als zu groß befunden wird oder gar keiner vorliegt;
5. zum Teil einzige Möglichkeit zur Diagnosestellung: Punktion der Hiluslymphknoten, Zytologie des Blutes;
6. Zytologie bezüglich der geographischen Ausbreitung des Tumors, z. B. hierdurch Änderung der Stadieneinteilung beim Morbus Hodgkin;
7. Therapiekontrollen, Rezidivfrüherkennung und als Ergänzung zum Schnellgefrierschnitt.

Man muß grundsätzlich zwischen der Arbeit in einem sogenannten Einsendungslabor (Reihenuntersuchungsmaterial — z. B. von Zervixabstrichen — jedoch oft schlecht versandt mit zudem noch mangelhafter Information, so daß hierdurch zwangsläufig häufiger falsch positive oder falsch negative Ergebnisse resultieren) und der Präzisionsdiagnostik unterscheiden, die den einzelnen Patienten speziell betrifft. Hier ist besonders der Dialog zwischen dem Kliniker und dem Zytologen wichtig (Aussagekraft hier dann entsprechend groß: z. B. beim Lungenkrebs Treffsicherheit auch im Sputummaterial von 80—98,5%).

Kritische Punkte in der Zytodiagnostik sind: Wahl der Materialgewinnung und Materialgewinnung selbst (große Materialgewinnungstechnik notwendig: z. B. sehr einfach bei Oberflächenkrebsen — Pagettumor, Mammillarsekret oder mittels Vakuumspritze z. B. zur Punktion von Prostata, Halslymphknoten, Parotis, Thyroidea, Mamma), Anfertigung und Verarbeitung der Präparate (Giemsa-Färbung!), die Koordination der zytologischen Befunde mit dem klinischen Bild und die Eingliederung der Zytodiagnostik allgemein in Schwerpunktskrankenhäusern, wie z. B. in Thoraxchirurgischen Zentren.

Professor Dr. H. RINK, Marienheide:

„Frühdiagnose der Lungen- und Bronchialkarzinome“

Das Lungen- und Bronchialkarzinom gehört nach wie vor zu den bösartigen Geschwulstkrankheiten, die der Einwirkung des Arztes weitgehend entzogen sind. Die Zunahme der Sterblichkeit errechnet sich in der BRD von 1952—1965 bei Männern auf 80, bei Frauen auf 30%, wobei jedoch ein kontinuierliches Absinken der jährlichen Zuwachsrates zu verzeichnen ist.

Angesichts dieser zunehmenden Sterbefallzahlen erscheint die Forderung nach der Frühdiagnose wohl begründet, wobei diese die Grundvoraussetzung für die Durchführung der auch heute noch wirksamsten Therapieform, nämlich der chirurgischen, darstellt. Es steht außer Zweifel, daß sich die Diagnostik des Lungenkrebses allgemein deutlich gebessert, hingegen sich jedoch in der Reihe der Fehldiagnosen kaum etwas geändert hat (Pneumonie, Lungentuberkulose, Magenkarzinom (!)).

Im Gegensatz zum Karzinom der Cervix uteri z. B. spielt beim Bronchial-Ca das sogenannte „Carcinoma in situ“, ja selbst der positive Nachweis von Krebszellen im Auswurf, nur insofern eine Rolle, als nur dann therapeutische Konsequenzen gezogen werden können, wenn der Tumor lokalisierbar ist; somit resultiert eine relativ lange Zeitspanne, während der die Autonomie des Bronchialkarzinoms die Entwicklung bestimmt und die Diagnostik vereitelt wird. Bei 2/3 aller Bronchialkarzinomkranker ist daher bei Diagnosestellung eine operative Behandlung bereits nicht mehr möglich! Die Therapieergebnisse sind ernüchternd: bezogen auf die Gesamtzahl der behandelten Lungenkrebskranken beträgt die Fünfjahresheilquote nur 9,3%. Wichtige Kriterien der Therapieergebnisse sind:

1. dem Tumorkranken muß ein lungenresezierender Eingriff zumutbar sein;
2. Grad der Enddifferenzierung der Geschwulst (je enddifferenzierter, um so unsicherer die Aussichten);
3. Tumor im ersten Stadium seiner Ausbreitung, ohne noch Krankheitserscheinungen gemacht zu haben. Aus letzterem ergibt sich foigerichtig das Problem der Voruntersuchung scheinbar gesunder Personen im krebgefährdeten Alter.

Auswertungen von Volksröntgenkatastern zeigen jedoch, daß sich der Verlauf der Sterblichkeitskurve in der Gesamtbevölkerung hierdurch nicht beeinflussen läßt (nach klinischen Erfahrungen sind 2/3 der Karzinome zentral lokalisiert und entziehen sich somit der Entdeckung durch die Schirmbilduntersuchung!).

Trotzdem bleibt die im jährlichen Abstand durchgeführte Röntgenuntersuchung der Lungen (Hartstrahltechnik, gleiche Aufnahmebedingungen) bei scheinbar gesunden Personen nach Erreichen des 50. Lebensjahres die zur Zeit einzige Möglichkeit, ein Bronchialkarzinom in jener noch symptomlosen Entwicklungsphase zu entdecken, die für die operative Behandlung die günstig-

sten Voraussetzungen und Heilungsaussichten besitzt. Insbesondere gilt diese Empfehlung all denen, die regelmäßig Tabakrauch inhalieren, beruflich ständig Irritationen der Luftwege ausgesetzt sind, an einer chronischen Bronchitis leiden, ein chronisches Lungen- oder Bronchialleiden jedweder Art aufweisen oder im Röntgenbild Folgezustände durchgemachter Lungenkrankungen erkennen lassen.

Professor Dr. L. DEMLING, Erlangen-Nürnberg:

„Frühdiagnose von Tumoren des Magen-Darm-Kanals“

Die bösartigen Tumoren des Magendarmkanals machen in Deutschland etwa 1/3 aller Malignome aus, wobei in der Häufigkeitsstatistik auf den Magenkrebs 17%, auf den Dick-Enddarm 8,4% und auf den Speiseröhrenkrebs 1% kommen. Damit ist das Magenkarzinom in Deutschland um rund 20% häufiger als der viel diskutierte Brustkrebs. Auffallend unterschiedlich häufig kommt der Magenkrebs in den verschiedenen Ländern vor, wobei die Sowjetunion, Japan und die Länder Südamerikas an der Spitze liegen. Ein Mangel an Vitamin A zusammen mit durch Pilze verunreinigter Lebensmittel (besonders in Japan) könnte nach entsprechenden Untersuchungen die Krebsentstehung fördern. Alarmierend ist die Tatsache, daß nur noch etwa die Hälfte der diagnostizierten Magenkarzinome operabel ist. Daher ist verständlich, daß gerade in Ländern mit erhöhtem Vorkommen dieses Krebses die meisten diagnostischen Anstrengungen in Richtung Frühdiagnose zu verzeichnen sind, zumal die Überlebensquote von Patienten mit diagnostiziertem sogenanntem „early carcinoma“ (Ausbreitung des Krebses auf Mukosa und Submukosa beschränkt) bei operativem Vorgehen zwischen 80 und 100% liegt! Gleiches gilt für die übrigen Tumoren des Magendarmkanals.

Neben der Röntgenuntersuchung, die als eine indirekte Methode zwangsläufig nur bereits gröbere Veränderungen aufdecken kann, spielt daher die Endoskopie als direkte Methode heute zur Früherkennung eines Krebses unbestritten die entscheidende Rolle. Mit ihr untrennbar verbunden ist die Biopsie, während die Fotografie (Gastroskopie) als sogenannte Blindmethode heute keine Anwendung mehr finden sollte. Durch die neuzeitlichen vollflexiblen Gastroskope kann jeder Teil des Magens eingesehen werden, durch ein neu entwickeltes Duodenoskop, sogar das Duodenum. Hingegen werden bei der Ösophagoskopie noch vorwiegend starre

Für
Ihre
Magen-Patienten

ULCOLIND®

1/2 Packung 30 Tabletten

1/1 Packung 60 Tabletten



Lindopharm KG Hilden Rhld

schirmt übersteigerte vegetative Reize ab

Haloperidol

löst Spasmen im Verdauungs-
trakt und hemmt übermäßige

Sekretion

Ollisoprominhydrochlorid

steilt an der
Magenschleimhaut
physiologische

Verhältnisse wieder her

Bismut. aluminicum, Succus Liquiritiae

bedeutet gleich-
zeitige Leberschutztherapie

Cholin orotat

Instrumente verwendet, aber auch bereits voll flexible (Fa. Olympus). Ein neuer Weg wird bei der Endoskopie des Dickdarmes beschritten, wo es durch dünne peroral gelegte Kunststoffkatheter gelingt, eine flexible Glasfaseroptik retrograd unter Röntgenkontrolle hochzuziehen. All diesen endoskopischen Untersuchungen gemein ist das Ziel, nicht mehr nur auf exophytisch wachsende Tumoren, Ulzerationen oder Wundstarre zu warten, sondern bereits geringfügige Atypien der Oberfläche als eventuelle Frühkarzinome zu entlarven (die Frage sollte nicht mehr lauten: was ist pathologisch, sondern was ist nicht mehr normal!).

Hier taucht das Problem der sogenannten Vorsorgeuntersuchungen bei symptomlosen, aber gefährdeten Personen auf: Alter über 50 Jahre, insbesondere bei histaminrefraktärer Anazidität. Reihenuntersuchungen setzen jedoch das Vorhandensein entsprechend zahlreicher, suffizient ausgestatteter Endoskopiezentren voraus, was bei uns in Deutschland leider an der Bereitstellung entsprechend notwendiger Gelder scheitert. Freilich kann man auch Karzinomdiagnostik mit dem Zeigefinger betreiben, damit es nicht mehr vorkommt, daß Rektumkarzinome ständig mit Hämorrhoiden verwechselt werden. Diesen Zeigefinger sollte man aber auch der Öffentlichkeit unter die Nase halten, sie sollte wissen, daß hier etwas faul ist, wenn aus Geldmangel planmäßige endoskopische Frühdiagnostik des Magendarmkanales in unserem Lande nicht stattfinden kann.

Professor Dr. E. SCHMIEDT, München:

„Frühdiagnose der Tumoren der Harnwege (einschließlich Prostata)“

Das wichtigste Frühsymptom der Harnwegstumoren ist die schmerzlose Makrohämaturie (vielfach nur flüchtig oder sogar nur einmalig!), wobei in rund 22% der Fälle Geschwülste als Blutungsursache in Frage kommen. Es sollte daher jede schmerzlose Hämaturie so lange als geschwulstbedingt angesehen werden, bis durch entsprechende Untersuchungen das Gegenteil bewiesen werden kann.

Bei Nierentumoren (Hypernephrom!) findet sich bei über 2/3 der Fälle diese schmerzlose Hämaturie (Makro- und Mikrohämaturie!). Der erste unverzügliche Weg sollte sein, sofort die Blutungsquelle aufzuspüren (in jeder Praxis die groborientierende Drei-Gläser-Probe möglich), wobei mittels der vom Facharzt durchgeführten Urethro-Zystoskopie im weiteren die Seitendiagnose gestellt werden kann. Als weitere Untersuchungen folgen: Röntgendiagnostik (Übersichtsaufnahme zur Beurteilung des Nierenschattens, Infusionsurogramm, even-

tuell retrograde Ureteropyelographie und Cavographie). Die selektive Nierenangiographie sollte zudem in jedem Verdachtsfall durchgeführt werden. Wird der Verdacht hierdurch erhärtet, sollte sofort die operative Exploration erfolgen. Nephrotomographie, Pneumoradiographie und Szintigraphie führen im allgemeinen nicht weiter, desgleichen die Harnzytologie, kontraindiziert sogar ist die perkutane Punktionsbiopsie (Tumorzellenaussaat, massive Hämorrhagien!). Knochenschmerzen (Skelettaufnahmen, alkalische Phosphatase!), akutes Auftreten einer Variko-Hydrozele, symptomatische Polyzytämie (in 3—6% der Nierengeschwülste vermehrte Produktion von Erythropoetin), Reizhusten und Atembeschwerden (Lungenaufnahme) sind bereits Metastasensymptome. Bei den Nierenbeckengeschwülsten (10% aller Nierentumoren) ist ebenfalls das hervorstechende Frühzeichen die meist schmerzlose Makro- bzw. Mikrohämaturie (bei Abgang von Blutkoagula auch Nierenkoliken!). Die Diagnose wird mittels Infusionsurographie in Kombination mit der Ureteropyelographie gestellt, auch zeigt sich hier die Zytodiagnostik etwas ergiebiger. Entsprechendes gilt für die recht seltenen Harnleiterschwülste.

Blasentumoren stehen nach den Prostatageschwülsten an zweiter Stelle der Neubildungen im Bereich der Urogenitalorgane (75% dieser Tumoren bei Männern jenseits des 50. Lebensjahres). Wichtig erscheint, daß auch die sogenannten „gutartigen“ Neubildungen wie Papillome, Fibroepithelome potentiell maligne sind! Wieder häufigstes Frühsymptom ist die anfänglich schmerzlose (später durch Zystitis Symptome schmerzhaft), vielfach intermittierende Makrohämaturie. Die Sicherung der Diagnose erfolgt durch Zystoskopie (histologische Untersuchung des am besten sofort transurethral total resezierten Tumors!). Die Fluoreszenzzystoskopie hat ihre in sie gesetzten Erwartungen leider nicht erfüllt, hingegen leistet die Zytodiagnostik auch hier oftmals gutes.

Ein wichtiger Nierentumor, das embryonale Adenomyosarkom oder Wilms-Tumor, sollte nicht unerwähnt bleiben. Er betrifft nahezu ausschließlich Kinder bis zu sechs Jahren, 6% der Tumoren sind bereits bei der Geburt nachweisbar. Die Hämaturie ist hier Spätsymptom, während das erste und häufigste Symptom der große Tumor in der Lenden-Oberbauchgegend ist: daher sollte jeder palpable Tumor eines Kindes, insbesondere bei Mitbestehen einer Hypertonie als Wilms-Tumor angesehen werden, bis das Gegenteil bewiesen ist (im Ausscheidungsurogramm stark vergrößerter Nierenschatten mit erheblicher Deformierung des Hohlraum-

Romucard

Das bewährte Herztonicum mit spasmolytischer Wirkung

Indikationen:
 Altersherz
 Zirkulationsstörungen
 Hypertonie
 nervöse und
 krampfartige
 Herzbeschwerden



ROMU · ROMAN UNGLERT · PHARMAZEUT. FABRIK · 8031 ESTING b./MONCHEN



O. P. 15 ml DM 2.40

O. P. 30 ml DM 3.95

Zusammensetzung: Papaver. 0,3%, Nitroglyc. 2,5 mg%, Tinct. Adonid. 7%, Tinct. Bellad. 4%, Tinct. Valerian. 3%, Tinct. Castan. 6%, Aneurin hydr. 50 mg%, Acid. ascorb. 500 mg%.



Prof. Dr. R. Groß
Köln-Lindenthal



Dr. P. Lopes Cardozo
Leiden



Prof. Dr. H. Rink
Marienheide



Prof. Dr. L. Demling
Erlangen-Nürnberg



Prof. Dr. E. Schmiedt
München

stems). Bei Frühdiagnose beträgt die Heilungsziffer nahezu 50% (Strahlentherapie, operative sowie zytostatische Behandlung).

Das Prostataadenom entwickelt sich bei 60—80% aller Männer jenseits des 50. Lebensjahres. Auch hier kann neben den hinlänglich bekannten Symptomen die schmerzlose Hämaturie ein Frühzeichen sein. Hingegen sind Hämaturie und Blasenentleerungsstörungen beim Prostatakarzinom bereits Spätzeichen! Es ist daher die routinemäßige rektale Untersuchung bei allen Männern über 50 Jahren zu fordern (90% aller Prostatakarzinome entwickeln sich in der hinteren, dem Mastdarm zugekehrten Circumferenz). Bei verdächtigem Palpationsbefund haben perineale bzw. transrektale Punktionsbiopsie oder die operative Freilegung des suspekten Knotens (histologische Untersuchung!) zu folgen. Saure und alkalische Phosphatase sollten mitbestimmt werden, da erstere auf das Vorliegen eines Karzinoms (auch bei negativem Palpationsbefund), letztere auf bereits vorhandene Knochenmetastasen hinweist.

Professor Dr. K. G. OBER, Erlangen-Nürnberg:

„Fortschritte in der Behandlung der Uteruskarzinome“

Bezüglich der Uteruskarzinome waren im letzten Jahrzehnt die Fortschritte auf dem Gebiete der Therapie größer als die Erkenntnisse auf dem der Frühdiagnostik (Entwicklungen in der allgemeinen Chirurgie, der operativen Gynäkologie sowie der Strahlentherapie). Verbessert haben sich hierbei die Ergebnisse in der abdominalen Operation, wobei Letalität und Morbidität an einzelnen Stellen auf etwa 1/10 gesenkt wurden: ausgebaut Technik, Übernahme von Methoden aus den Bereichen chirurgischer Spezialfächer (Debaky-, Overholt-Klemmen, Silberclips, Redondrainage, Harnleiterpräparation nach Palmrichs).

Ein weiterer Fortschritt besteht in der Einführung der sogenannten Primärbehandlungstechnik (Konisation oder Hysterektomie bei kleinsten Krebsen), wobei praktisch eine 100%ige Heilungsaussicht besteht. Die zur Zeit nur auf Erfahrung gründbare Indikationsstellung hierzu wird in absehbarer Zeit durch intensive Zusammenarbeit von Gynäkologen und gynäkologischer Pathologie erlernbar sein. In der Strahlentherapie finden sich heute noch zwei unterschiedliche Tendenzen: einmal die Anwendung des Radiums als allerwirksamste „Kleinraumtherapie“, zum anderen die sogenannte Zusatzbestrahlung mittels perkutan angewendeter γ -Strahlen und schneller Elektronen. Daneben werden von verschiedenen Zentren Mittelstellungen eingenommen.

Eine Bereicherung der Therapie von der Diagnostik her erfolgte durch die Lymphographie. Bei großer Sachkenntnis ist hierdurch präoperativ eine Metastasen-

gnostik mit sehr hoher Aussagekraft möglich, die die primäre Behandlung mitbestimmt.

Im weiteren kann durch im Speicherbild bisweilen erst nach Jahren entdeckte Metastasen eine gezielte Operation dieser Lymphknoten erfolgen.

Das Korpuskarzinom ist im Gegensatz zum Zervixkrebs eine Erkrankung der alten Frau. Eindrucksvolle Erhebungen zeigen, daß die operative Behandlung (hier vaginaler Weg) zu besseren Ergebnissen führt als die Strahlentherapie (bei letzterer trotz Prophylaxe größere Risiken, insbesondere durch Thrombose und Embolie!). Bewährt hat sich jedoch, 4—6 Wochen nach einer Operation die Patientinnen mit geringem Therapierisiko für 8—10 Stunden ohne Anästhesie mit Radium intravaginal zu behandeln.

Noch unklar ist, ob die zusätzliche perkutane Bestrahlung nach der Operation die Ergebnisse verbessern kann.

Professor Dr. E. UNGEHEUER und Dr. H. MAUSBACH, Frankfurt:

„Zur Früherkennung, Früherfassung und Frühbehandlung des Bronchialkarzinoms“

Von Jahr zu Jahr sterben mehr Menschen an Lungenkrebs, wie geographische Studien, insbesondere in den hochindustrialisierten Ländern, zeigen. Nach den standardisierten Sterbeziffern beträgt die echte Zunahme der Todesfälle von 1952 bis 1962 bei Männern 72, bei Frauen 26%. Es besteht kein Zweifel mehr, daß der Bronchialkrebs ein Produkt inhalierter Karzinogene ist, wobei der Tabakrauch die Mehrzahl dieser Karzinogene enthalten dürfte (Sterblichkeit an Lungenkrebs direkt proportional dem täglichen Zigarettenkonsum!). Hier ergibt sich die einzigartige Möglichkeit einer Krebsbekämpfung durch Prophylaxe, d. h., es muß auf breiter Ebene (Staat, Gesundheitsdienst, Massenmedien) für jeden Menschen offenkundig und leicht verständlich dargelegt werden, daß das Zigarettenrauchen erhebliche Gefahren in sich birgt. Da es leider recht zweifelhaft ist, daß mit dieser Argumentation unter den gegebenen gesellschaftlichen und politischen Bedingungen irgendetwas erreicht werden kann, fällt in Deutschland dem praktisch tätigen Arzt die Schlüsselposition bei der Erfassung der Patienten zu, bei denen der Verdacht auf ein Bronchialkarzinom besteht. Das um so mehr, da feststeht, daß bei 90% der in die Kliniken aufgenommenen Patienten die Diagnose zu spät gestellt wird und die durchschnittliche Fünfjahreshellung bei den operierten Fällen nur 25% beträgt. Von ganz besonderer Wichtigkeit ist die Erhebung einer gezielten Anamnese, um aus dem Heer der „chronischen Huster“ Patienten mit diesem wichtigen Karzinomfrühsymptom (in 2/3 der



Prof. Dr. K. G. Ober
Erlangen-Nürnberg



Prof. Dr. E. Ungeheuer
Frankfurt



Prof. Dr. G. Hegemann
Erlangen-Nürnberg



Prof. Dr. E. Scherer
Essen



Prof. Dr. C. G. Schmidt
Essen

Fälle) auszusondern. Bei solchen Patienten sollte dann die Röntgenuntersuchung der Lunge in zwei Ebenen erfolgen, wobei man sich jedoch über die Grenzen dieser Methode im klaren sein muß (häufig negatives Lungenübersichtsbild bei zentralen Tumoren, die 2/3 der Bronchialkarzinome ausmachen!). Im weiteren sollte unbedingt die zytologische Sputumuntersuchung erfolgen, die jedoch an besonders dafür geschulte Pathologen oder Zytologen gebunden ist (hier Treffsicherheit von etwa 50—75%, ja sogar bis 82%!)). Die Forderung geht somit dahin, zytodiagnostische Zentren den bereits vorhandenen thoraxchirurgischen Zentren anzugliedern.

Professor Dr. G. HEGEMANN, Erlangen-Nürnberg:
„Fortschritte in der operativen Krebstherapie“

Die chirurgische Exstirpation ist heute die wirkungsvollste Methode der Krebsbehandlung, solange das krebsbefallene Gewebe lokal oder in der Nähe des Tumors total weggenommen werden kann. Die Fünf-Jahres-Überlebenszeiten liegen zwischen 1 und 95%: 1% beim Ösophagus-, 40% beim Rektum- oder Mamma-, 95% beim Hautkarzinom (am leichtesten zu diagnostizieren!).

Es sollte unterschieden werden zwischen der „absoluten Heilziffer“ (Prozentsatz von allen beachteten Patienten) und der „relativen Heilziffer“ (Prozentsatz der bereits einer operativen Behandlung zugeführten Patienten). Beim Magenkarzinom als typischem Vertreter aller Eingeweidekarzinome beträgt erstere durchschnittlich 10%, letztere 22%, wobei sich leider zeigt, daß die Diagnostik zwischen 1946 und 1964 keine wesentlichen Fortschritte gemacht hat. Diese sind jedoch zukünftig durch bessere Schleimhautdarstellung im Röntgenbild und durch moderne Endoskopiemethoden zu erwarten.

Beim heutigen Stand der Dinge ist jedoch noch damit zu rechnen, daß bei etwa 50% der Krebskranken das Leiden zum Zeitpunkt der Operation schon soweit fortgeschritten ist, daß eine Resektion nicht mehr möglich ist. Eine Kontraindikation zur Operation — der Statistik zuliebe — darf sich nicht mehr auf den schlechten Allgemeinzustand gründen.

Wichtig ist die Klärung der Operationsindikation hingegen bezüglich des vorliegenden Stadiums der einzelnen Krebsarten (Inkurabilität für Messer und Strahlen bei supraklavikulären Lymphknotenmetastasen von Krebs der Mamma, der Lunge, des Ösophagus und des Magens, d. h. Abtasten des Halses solcher Kranken gehört zu den Elementaruntersuchungen!).

Für das Mammakarzinom liegen die Verhältnisse insofern klar, als das im Stadium A und B (keine Metastasen bzw. kleine Achseldrüsen) die radikale Ablatio

absolut indiziert, im Stadium C fraglich und im Stadium D sinnlos ist.

Supraradikale Eingriffe sollten nie als Palliativoperation vorgenommen werden, sondern nur dann, wenn durch sie noch die Chance besteht, den Patienten noch definitiv zu hellen: z. B. besonders die WHIPPLEsche Operation beim Pankreaskopfkarzinom, die radikale Halsdissektion bei Tumoren des Kopf- und Halsbereiches (hierbei selten hämatogene Metastasierung!) und die Quarterektomie, wobei letztere häufiger durchgeführt werden sollte. Hämatogene Metastasen sind nicht immer ein Todesurteil, z. B. sollten solitäre Lungenmetastasen exstirpiert werden (hingegen sollte dieses Vorgehen bei den fast immer multiplen auftretenden Knochenmetastasen nicht erfolgen: hier Schienung oder Metastaseosynthese). Rezidivoperationen sind besonders nach radikalen Halsdissektionen erfolgreich (d. h. Nachuntersuchung 2 Jahre lang alle 2 Monate!).

Wichtig erscheint noch das Problem einer prophylaktischen Operation zur Verhütung einer tödlichen Krebserkrankung, z. B. bei Patienten mit unheilbarer Colitis ulcerosa, Polyposis coli: Durch eine rechtzeitig durchgeführte Kolektomie ist hier das Karzinom zu verhindern.

Bezüglich der sogenannten Palliativoperationen sei noch gesagt: die häufig geübte Witzelfistel oder das Einführen eines Häringtubus beim stenosierenden Ösophaguskarzinom verlängern das Leben nicht!

Die größten Fortschritte in der Krebstherapie jedoch sind nur über den Weg der Frühdiagnose zu erwarten, daher sind Verlaufsbeobachtungen ohne klaren Ausschluß der Malignität Todsünden! Die Frage — Krebs oder sicher kein Krebs — kann heute in 8 Tagen in den meisten Fällen sicher entschieden werden (histologische Untersuchung!). In Richtung Krebsfrühdiagnose sind wir in Deutschland, was die Bereitstellung der dazu erforderlichen Mittel betrifft, leider ein unterentwickeltes Land.

Gesundheitspolitik ist nicht Kunst des Möglichen, sondern Kunst, das Notwendige möglich zu machen.

Professor Dr. E. SCHERER, Essen:

„Fortschritte in der Strahlenbehandlung maligner Tumoren“

Die Tumorstadieneinteilung des international anerkannten TNM-Systems sollte in Richtung der Therapiegestaltung, z. B. durch die spezielle Metastasierungsart nach vorheriger Ausschöpfung der modernen Diagnostik (Lymphographie, Isotopenmethoden) erweitert werden. Man muß eindeutig zwischen palliativer und kurativer Bestrahlung unterscheiden, wobei der Wert der sogenannten palliativen Therapie oft unterschätzt wird (z. B.

Beseitigung einer oberen Einflußstauung, Abschnittsbestrahlung bei multiplen Lungenmetastasen, selbst ausgedehnte Hautmetastasen beim Mammakarzinom mittels schneller Elektronen oder großfeldiger Weichstrahlentechnik). Wichtig ist bei der Bestrahlungsplanung „vom Herd aus“ zu denken und zu rechnen, daneben die exakte Tumorlokalisation aufgrund von Körperdurchschnitten (Einsatz von Rechenanlagen, Phantommessungen). Hauptinstrumente der radiologischen Tumorbehandlung sind heute die Telecurie- oder Telegamma-Geräte (Kobalt-60-Gerät), wobei die Domäne die Tiefentherapie darstellt. Vorteile gegenüber der klassischen Röntgenbestrahlung: gestelgerte relative Tiefendosis bei Hautschonung durch sogenannten Aufbaueffekt, geringere Knochenabsorption, geringere Seitenstreuung. Wichtig ist die geeignete Wahl der Bestrahlungsfelder, wie etwa die Kobalt-60-Pendelbestrahlung über 2 Sektoren mit Keilfilter bei paraortalen Lymphbahnen zur Schonung von Rückenmark und Nieren. Die Telecaesiumtherapie eignet sich wegen ihrer geringen Tiefenwirkung (3–8 cm) besonders zur schwierigen Brustkrebsbehandlung und bei Tumoren des Kopf- und Halsbereiches. Mit Hilfe der schnellen Elektronen (42 MeV-Betatron) kann heute systematisch eine Tiefentherapie erfolgen, wobei sich eine deutliche Verbesserung der Heilungsmöglichkeiten bei Weichteil-, Knochentumoren, den Tumoren des Verdauungstraktes und der Blase abzeichnen. Die Kleinraumbestrahlung erfolgt heute am besten durch Spickung mit Tantal 182-Drähten, Iridium 192, Radiogold-Seeds, z. B. bei Mundbodontumoren oder parametranen Infiltraten. Umfangreich ist auch das Anwendungsgebiet der radioaktiven Isotope, hierbei sei besonders die i.v.-Gabe von Radiophosphor bei hormonresistenten schmerzhaften Prostatakarzinomen mit Skelettmetastasen erwähnt.

Neue Erkenntnisse sind in den letzten Jahren, insbesondere auf strahlenbiologischem Gebiet, gewonnen worden: für Tumor- und Wirtsgewebe herrschen grundsätzlich gleiche Gesetzmäßigkeiten bezüglich der Strahlenempfindlichkeit, verschieden ist nur die Kinetik der intrazellulären Erholung und die Dynamik der Reparation (gute Erholung des normalen Gewebes nach der Bestrahlung!).

Hierdurch beginnt sich eine Abkehr von der schematischen Bestrahlung im 24-Rhythmus in eine Bestrahlung mit 3 statt 5 Sitzungen (natürlich mit entsprechend erhöhter Einzeldosis) pro Woche abzuzeichnen. Interessant ist weiterhin die Tatsache, daß sich die Strahlensensibilität unter Sauerstoffüberdruckbeatmung (Sauerstoffeffekt) um einen namhaften Faktor steigern läßt. Eine besonders wichtige Aufgabe stellt die systematische und überlegte Integration von Operation und Strahlentherapie dar: z. B. Teilresektion bei Blasen-, Bronchial- und Ösophaguskarzinom mit Nachbestrahlung. Gesichert ist im weiteren der Wert der präoperativen Bestrahlung beim Mammakarzinom Stadium III, ähnliches gilt für fortgeschrittene Nierentumoren, das Rektumkarzinom und den Speiseröhrenkrebs.

Professor Dr. C. G. SCHMIDT, Essen:

„Fortschritte in der Chemotherapie von Tumoren und Hämoblastosen“

Beim heutigen Stand der Entwicklung gilt noch immer der Satz, daß eine zytostatische Behandlung maligner Tumoren und Hämoblastosen nur dann zu vertreten ist, wenn die chirurgische oder Strahlentherapie nicht mehr

in Frage kommen oder keine besseren Resultate versprechen. Grund hierfür ist insbesondere die Tatsache, daß alle bisher bekannten Zytostatika einen allgemein proliferationshemmenden Charakter haben, also nicht ausschließlich tumorspezifisch wirken. Zum anderen muß die rasche Erkennung einer Inoperabilität gefordert werden, um ein frühzeitiges Einsetzen der Chemotherapie zu erreichen, da die Erfolge derselben umgekehrt proportional der Anzahl der Tumorzellen zu Beginn der Behandlung sind (Patienten im Stadium der Kachexie werden durch diese Therapie eher geschädigt!). Im weiteren gilt, daß sehr langsam wachsende Tumoren nur mit größter Zurückhaltung einer Chemotherapie zugeführt werden sollten (sogar Gefahr einer Exazerbation!).

An Zytostatika stehen heute zur Verfügung: Alkylierende Substanzen, Antimetabolite, mitosehemmende Pflanzenalkaloide, zytostatisch wirkende Antibiotika und neuerdings Enzymtherapeutika.

Als Geschwülste mit spezieller Indikation zur Chemotherapie seien angeführt: das Chorionkarzinom der Frau (75% Heilung im Stadium der Metastasierung, hierbei Methotrexat bzw. Actinomycin D als Mittel der Wahl), das afrikanische Burkitt-Lymphosarkom (Endoxan, Methotrexat, Vineristin), der Wilms-Tumor (Actinomycin D oder C, Endoxan in Verbindung mit der Operation), das Retinoblastom (TEM + Röntgenbestrahlung), das Prostatakarzinom (Östrogene), metastasierende Adenokarzinome des Endometriums (hochdosiert Progesteron eventuell kombiniert mit Alkylantien), neuerdings metastasierende Hodentumoren (Endoxan + Mitomycin C). Von besonderer Bedeutung ist die spezielle Indikation für die Hämoblastosen: Lymphoblastenleukämie hierbei mit bester Prognose (Therapieschema nach VAMP, Asparaginase, Daunomycin), reifzellige chronische Myelose (neuerdings Piparaeinderivate, Myobromol), chronische Lymphadenose (Prednison, Leukeran), Lymphogranulomatose Stadium III a/b oder IV a/b (Natulan, Velbe, Prednison- als Mono- oder Polytherapie), Mycosis fungoides (Velbe + Prednison). Immer noch unbefriedigend hingegen ist die Behandlung der Paramyeloblastenleukämie (jedoch neuerdings Versuche mit Cytosin-Arabinosid oder Daunomycin).

Allgemein gilt (mit Ausnahme der Hämoblastosen), daß undifferenzierte Karzinome analog ihrer Strahlensensibilität zu den besser reagierenden Geschwülsten gehören. Das Plattenepithelkarzinom gilt als besonders therapieresistent, weniger hingegen das Adenokarzinom (5-Fluoruracil beim Kolonkarzinom). Aus dem Hauptproblem der Chemotherapie, nämlich der Entwicklung der induzierten Chemotherapieresistenz, entstand die kombinierte Chemotherapie, wie z. B. das VAMP- und VIDAP-Schema (Vincristin, Methotrexat, Purinethol, Prednison bzw. Prednison Vineristin und Daunomycin) zur Erreichung und Erhaltung von Remissionen bei akuten Leukosen. Ähnliches gilt für die Lymphogranulomatose.

Interessante Neuentwicklungen sind das bereits erwähnte Cytosin-Arabinosid (Antimetabolitencharakter), das Daunomycin (zytostatisch wirksames Antibiotikum) und besonders die Asparaginase. Anwendung letzterer beruht auf der Ausnutzung eines Deletionsphänomens gewisser Leukämien, welche die Fähigkeit, Asparagin zu synthetisieren, verloren haben (positive Reaktion besonders bei Lymphoblastenleukämien, weniger bei Paramyeloblastenleukämien). (Schluß folgt)

Vibrocil Nasen-Gel – das erste Nasen-Gel in Deutschland



...dreht dem Schnupfen
eine lange, lange Nase

Milde und schonende Wirkung

- Vibrocil Nasen-Gel schont das Flimmerepithel,
- Vibrocil Nasen-Gel bleibt länger dort, wohin es appliziert wurde,
- stoppt das Nasenlaufen und stellt die freie Nasenatmung wieder her, ohne die Schleimhaut auszutrocknen,
- Vibrocil Nasen-Gel beugt der bakteriellen Sekundärinfektion vor.

Breites Anwendungsgebiet: Akuter, chronischer und eitriger Schnupfen, Schnupfen bei Überempfindlichkeitskrankheiten. Sinusitis.

Die neue Gel-Form bereichert das bewährte Vibrocil-Programm: Jetzt gibt es Vibrocil als Nasentropfen, als Nasenspray und als Nasen-Gel.

Vibrocil



Zyma-Blaes AG 8 München 25



PERSONALIA

Anton Oberniedermayr zum 70. Geburtstag



Der Nestor der Deutschen Kinderchirurgie, Anton OBERNIEDERMAYR, emeritierter Ordinarius für Kinderchirurgie der Universität München, beging am 31. Oktober 1969 seinen 70. Geburtstag. Der Jubilar wurde in Bamberg geboren und absolvierte in Augsburg das Humanistische Gymnasium. Nach seinem Abitur schloß sich ein

Kriegsdienst vom Frühjahr 1917 bis Ende 1918 an. Oberniedermayr studierte dann in Münster, Leipzig und München Medizin und legte 1923 an der Ludwig-Maximilians-Universität das Staatsexamen ab. Es folgte dann eine zweijährige Tätigkeit am Pathologischen Institut der Universität Leipzig unter Professor Hueck. Nach dieser, für einen Chirurgen seinerzeit üblichen Vorausbildung, trat Oberniedermayr in die Chirurgische Universitätsklinik Leipzig unter Payr ein und vervollständigte seine allgemein-chirurgische Lehrzeit bei Fritz König in Würzburg. Im Jahre 1931 entschied Anton Oberniedermayr sich dann für die Kinderchirurgie und trat der Chirurgischen Abteilung der Universitäts-Kinderklinik München unter R. Drachter bei. Die nun einsetzende, rege wissenschaftliche Arbeit Oberniedermayrs führte konsequent zur Habilitation im Jahre 1935. Nach dem Tode seines Chefs, Professor Drachter, wurde dem bewährten Oberarzt und jungen Dozenten die Leitung der Chirurgischen Abteilung der Universitäts-Kinderklinik übertragen. Die Verdienste Anton Oberniedermayrs hatten ihre Krönung in seiner 1959 erfolgten Ernennung zum Extraordinarius und 1966 zum Ordinarius. Seine Abteilung war nunmehr mit dem einzigen deutschen Lehrstuhl für Kinderchirurgie verbunden, nachdem das erste Extraordinariat für Kinderchirurgie in München von Professor Herzog nach dessen Tod 1922 an die Chirurgische Poliklinik vergeben wurde.

Professor Oberniedermayrs wissenschaftliches Werk umfaßt die ganze Breite der operativen Kinderheilkunde. Seine zahlreichen Publikationen widmen sich gleichermaßen kinderorthopädischen wie kinderchirurgischen Themen. Besondere Verdienste erwarb er sich um die Fortschritte in der Behandlung der Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, der Problematik des Hodenhochstandes sowie um die operative Versorgung von slimesischen Zwillingen. Hier hat er ohne Frage die

größte Erfahrung aller Kinderchirurgen und die besten Ergebnisse zu verzeichnen.

Sein Bemühen um die Lehre der Kinderchirurgie und der Kinderorthopädie gipfelte in der Herausgabe seines weltberühmten „Lehrbuches der Chirurgie und Orthopädie im Kindesalter“, in dem die wesentlichsten Kapitel aus seiner Feder stammen. Dieses Werk ist ohne Frage das Standardlehrbuch im deutschsprachigen Raum.

Anton Oberniedermayr hat sich nicht nur um die Weiterentwicklung der Kinderchirurgie als eigenes Fach an seiner Münchener Universität bemüht, sondern er vereinte 1959 die deutschen Kinderchirurgen in der „Arbeitsgemeinschaft Deutscher Kinderchirurgen in der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie“ und gründete 1963 die „Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie“. Als deren erster Vorsitzender hat Oberniedermayr die junge und noch kleine Gesellschaft mit viel Geschick, Diplomatie und Mut um so manche Klippe geführt. Seine geschichtlichen Verdienste um die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie wurden belohnt durch die Verleihung der Ehrenmitgliedschaft und die Wahl zum Ehrenvorsitzenden auf Lebenszeit. Oberniedermayr ist ferner Mitglied der British Association of Paediatric Surgeon und Ehrenmitglied der Spanischen Gesellschaft für Kinderchirurgie.

Dank, Respekt und Verehrung zollen seine Schüier und ehemaligen Mitarbeiter ihrem Lehrer, bei dem man sich stets fachlichen und menschlichen Rat holen konnte. Nicht durch autoritäre Strenge, sondern durch das Vorbild seiner Persönlichkeit hat Professor Oberniedermayr in seiner Klinik einen Stil geprägt, der in gleicher Weise wertvolle Überlieferungen pflegte und fortschrittliche Ideen und Methoden harmonisch einbaute; kein Zufall, daß es auch in seinen Vorlesungen niemals Disharmonien gab.

Entscheidungen wurden nicht kraft des höheren Amtes gefällt, sie waren das Ergebnis sachlicher Gespräche und daraus gewonnener Einsicht. Hieraus resultierte eine Atmosphäre freundschaftlich-harmonischer Zusammenarbeit.

Die Mitglieder der Kinderchirurgischen Klinik im Haunerschen Kinderspital wünschen dem alten Chef zum 70. Geburtstag nicht nur Glück und Segen für die Zukunft, sondern noch viele schaffensfrohe Jahre.

W. Ch. Hecker I. Coerdt K. Devens

Liquirit[®]

Magentabletten

Volle Wirksamkeit auf therap. Breite

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

KP 30/OP. 60 Tabl.

Dr. Graf & Comp. Nchf., Hamburg 52 - seit 1889

Professor Dr.-Ing. Dr. med. Karl Dirr zum 75. Geburtstag



Am 27. 10. dieses Jahres wurde Professor Dr. Dr. DIRR 75 Jahre alt. Als Schwabe, in Rieden an der Kötz geboren, ist es kein Wunder, daß seine wissenschaftliche Laufbahn von dem diesen Volkstamm sprichwörtlich nachgerühmtem Fleiß mitbestimmt war.

Bei Geheimrat Dr. Dr. H. Fischer in München Chemie zu studieren und bei einem Nobelpreisträger zum Dr.-Ing. zu promovieren, war ein guter und glücklicher Start. Bei Professor Felix in Frankfurt und bei Professor von Müller in München fand der wackere Schwabe als Assistent noch Zeit, um Medizin zu studieren, 1933 zum Dr. med. zu promovieren und 1934 sich bei Professor Schittenhelm zu habilitieren. 1948 erfolgte seine Ernennung zum a. o. Professor an der II. Universitätsklinik in München. Bis zu seiner Emeritierung war er Leiter der Klinisch-Chemischen Laboratorien.

Für die Studenten der Medizin hielt er die beliebten Vorlesungen und Kurse in Klinischer Chemie und Hämatologie. 35 Jahre lang war er außerdem Lektor an der Staatlichen Lehranstalt für Med.-techn. Assistentinnen und gründete 1953 die erste Arzhelferinnenschule in München.

Seine wissenschaftliche Arbeit umfaßt über 60 Publikationen auf verschiedenen Gebieten der Klinischen Chemie. Die Monographie „Quantitative Arbeiten in der Klinik“ war lange Zeit eine der bekanntesten Arbeitsvorschriften.

Der Arbeitsgemeinschaft der Laboratoriumsärzte Deutschlands und der Deutschen Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin gehört Professor Dirr seit der Gründung als aktives Mitglied an. Bei der Bayerischen Landesärztekammer war er Mitglied des Facharztausschusses.

In vielen Aussprachen hat er, aufgrund seiner großen Erfahrung und seines umfassenden Wissens, uns immer wieder gute Ratschläge erteilen können und mit den Facharzt für Laboratoriumsdiagnostik geschaffen. Immer wieder ist er dafür eingetreten, daß der Leiter eines klinischen Laboratoriums nicht allein Chemiker, sondern in erster Linie Arzt sein muß, um eine fruchtbare und umfassende Arbeit leisten zu können. Für ihn war schon immer der Laborleiter ein ärztlicher Konsiliar für Auswertung und Deutung von Laboratoriumsergebnissen, denn diese berufliche Tätigkeit betrifft unmittelbar jeden Patienten, sie bedarf daher eines Arztes, der nicht nur in Laboratoriumsmethoden routiniert ist, sondern auch umfassende Kenntnisse klinischer Diagnostik besitzt. Ein Leitbild, das er früh erkannt

und nicht zuletzt deswegen das Opfer eines Doppelstudiums auf sich nahm.

Sein arbeitsreiches Leben entbehrte nicht froher und heiterer Stunden. Gerne denken wir an seinen gesunden, schwäbischen Mutterwitz bei Kongressen und Besprechungen im engeren Kreis. Möge Professor Dirr noch lange unsere Arbeiten auf dem Gebiete der Labormedizin kritisch beobachten können, wenn er auch nicht mehr aktiv wie früher richtungsweisend tätig sein kann.

Dr. K. O. B ä c k e r, München

Professor Dr. Gerhard Elkeles 80 Jahre

Professor Dr. Gerhard ELKELES kann am 2. Dezember 1969 seinen 80. Geburtstag begehen.

Der Jubilar wurde am 2. Dezember 1889 in Breslau geboren und hat in Breslau, München und Berlin studiert. Im April 1914 arbeitete er am Rudolf-Virchow-Krankenhaus, hat dann als Freiwilliger bis Ende des ersten Weltkrieges gedient und wurde vornehmlich in bakteriologischen Feldlaboratorien eingesetzt. Nach dem Kriege wurde Professor Dr. Elkeles die Leitung des Hygienisch-Bakteriologischen Untersuchungsamtes der Stadt Berlin übertragen, die er 13 Jahre lang bis 1933 innehatte. Durch die Machtergreifung Hitlers zur Auswanderung veranlaßt, wurde Professor Dr. Elkeles als Direktor des Hygienischen Institutes der Provinz Cordoba nach Argentinien berufen, wo er von der Medizinischen Fakultät der Universität Cordoba übernommen wurde. Nach vorübergehender Hochschultätigkeit für Mikrobiologie und Parasitologie an der Universität Rosario und an der Universität Cali in Columbien kehrte er nach Argentinien zurück und war bis 1963 in Cordoba als Hochschullehrer für Mikrobiologie, Parasitologie und Immunologie tätig. 1951 wurde Dr. Elkeles von der Medizinischen Fakultät Rosario zum Honorarprofessor und 1956 von der Medizinischen Fakultät der Universität Cordoba zum ordentlichen Professor ernannt. Etwa 100 wertvolle wissenschaftliche Arbeiten, zum Teil experimenteller Art, hat der Jubilar veröffentlicht.

Seit 1963 befindet er sich nach der Rückkehr in seine deutsche Heimat in Ansbach, wo er eine Praxis für Laboratoriumsdiagnostik, vorwiegend für Autovakzine- und Umstimmungstherapie betrieben und die freipraktizierenden Ärzte bei bestimmten Krankheitsbildern sehr eindrucksvoll und wirkungsvoll unterstützt hat. Professor Dr. Elkeles darf sich einer erstaunlichen Vitalität und geistigen Lebendigkeit erfreuen und hat bis heute ein reges Interesse an örtlichen und internationalen Fortbildungsveranstaltungen, aber auch an allen Standesfragen bekundet.

Die Ärzteschaft wünscht dem Jubilar noch einen langen und schönen Lebensabend im Kreise der Ansbacher Arztfamilie. Dr. Dr. H. Wendelstein, Ansbach



ferro-B₁₂-Ehrl

OP zu 20 DM 3.60

Dragées

Zur hochwirksamen
preisgünstigen oralen
Anämie Therapie

1 Dragée enthält:
150 mg Ferroglukonat
15 γ Vitamin B₁₂
2 mg Folsäure

EHRL & CO KG
8 München 66

Ministerialrat Dr.-Ing. Dr. med. Otto Günther 65 Jahre



Am 31. Oktober 1969 vollendete Herr Ministerialrat Dr.-Ing. Dr. med. Otto GÜNTHER sein 65. Lebensjahr. Der gebürtige Oberfranke besuchte die Oberrealschule in Bayreuth, wo er auch das Abitur ablegte. Dann studierte er zuerst Chemie und promovierte am 9. 7. 1930 an der Technischen Hochschule in München bei dem Nobelpreisträger für Chemie, Geheimrat Professor Dr. Dr. H. Fischer, zum Dr.-Ing. Am 14. 6. 1933 promovierte er auch zum Doktor der Medizin an der Universität München.

Nachdem er sich als Arzt an verschiedenen Krankenhäusern und an der Universitäts-Frauenklinik in München praktisch betätigt hatte, trat er am 1. 11. 1935 in den gewerbeärztlichen Dienst beim Bayerischen Staatsministerium für Wirtschaft, Abteilung Arbeit und Fürsorge, ein, wo damals der Nestor der Arbeitsmedizin, Professor Dr. med. habil. Franz KOELSCH als Landesgewerbearzt tätig war und 1921 ein Institut für Arbeitsmedizin geschaffen hatte. Hier arbeitete Dr. Dr. Günther zunächst bis zum 15. 7. 1936. Vom 1. 8. 1936 bis 31. 3. 1938 war er als Gewerbemedizinalassessor beim Staatlichen Gewerbearzt für die Provinz Sachsen und das Land Anhalt in Magdeburg tätig.

Dann kehrte er wieder zum gewerbeärztlichen Dienst Bayerns zurück und wurde am 22. 5. 1939 zum Regierungsmedizinalrat ernannt. Von 1939 bis 1945 diente er als Sanitätsoffizier beim Heer, zuletzt im Range eines Stabsarztes. Nach der Rückkehr aus der Kriegsgefangenschaft war er vorübergehend als Arzt in der freien Praxis tätig. Im November 1950 trat er wieder in den gewerbeärztlichen Dienst beim Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge ein. Vom Oktober 1960 bis August 1963 leitete er das am 1. 4. 1953 gegründete Bayerische Landesinstitut für Arbeitsmedizin in München. Dann wurde er wieder in das Ministerium zurückversetzt und 1966 zum Ministerialrat ernannt. Er stand seit Mai 1968 im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge der ärztlichen Unterabteilung vor und leitete das Referat für Angelegenheiten der Arbeitsmedizin und Arbeitshygiene sowie des Gesundheitsschutzes in Gewerbe und Industrie. Er hatte die Aufsicht über das Bayerische Landesinstitut für Arbeitsmedizin und dessen Zweigstellen in Nürnberg und Bayreuth. Außerdem war er mit der Beobachtung der Entwicklung der Arbeitsmedizin im Bundesgebiet und im Ausland sowie mit der Fortbildung der Ärzte auf dem Gebiete der Arbeitsmedizin befaßt. Er war wesentlich an der Gründung der Münchener Kurse für Arbeitsmedizin und der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin beteiligt, zu deren Präsidiumsmitglied er am Tage ihrer Eröffnung ernannt wurde. Außerdem gehörte er einer

Reihe von arbeits- und sozialesmedizinischen Fachauschüssen an. In verschiedenen Fachzeitschriften veröffentlichte er zahlreiche Aufsätze, die sich mit arbeitsmedizinischen und gewerbehygienischen Problemen befaßten. 1968 wurde er für seine Verdienste um die deutsch-französische Zusammenarbeit auf dem Gebiete der Arbeitsmedizin als erster deutscher Arzt mit der Ehrenmedaille der Gesellschaft für Arbeitsmedizin der Normandie ausgezeichnet.

Nachdem sich Otto Günther 23 Jahre lang der Arbeitsmedizin gewidmet hat, scheidet er nun aus dem aktiven Staatsdienst aus. Der körperlich und geistig erstaunlich rüstige und kontaktfreudige Jubilar dürfte sich jedoch kaum „zur Ruhe“ setzen. Sicherlich wird er sich seiner Neigung für Geschichte, vor allem für Kultur- und Kunstgeschichte und seiner einschlägigen Sammlerleidenschaft mit großem Eifer widmen.

Die bayerischen Gewerbeärzte, Arbeitsmediziner und die Kollegen des Ärztlichen Dienstes im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge beglückwünschten ihn zu seinem 65. Geburtstag und hoffen, daß ihm noch recht viele Jahre in körperlicher und geistiger Frische vergönnt sein mögen.

Dr. Heinz Schauwecker 75 Jahre



Am 11. Oktober 1969 konnte Herr Dr. med. Heinz SCHAUWECKER, Arzt und Dichter, Berching/Opf., seinen 75. Geburtstag feiern.

Herr Kollege Schauwecker ließ sich nach dem Studium der Medizin in Berching nieder, wo er bis vor wenigen Jahren eine Arztpraxis betrieb. Die Liebe zur Heimat — das wird aus all seinen Versen, Novellen und Romanen

deutlich — war stets Triebfeder für sein Schaffen. Neben dem Novellenband „Die Meister“, in dem er das Leben großer Männer schildert, und der Erzählung „Die Sternstunde der Barbara Blomberg“, erregte vor allem sein Roman um den Oberpfälzer Ritter Haug von Parsberg, „Die Liebe kann alles“, Aufsehen.

In den letzten Jahren galt sein besonderes Interesse dem Aufbau der deutschen Sektion der Internationalen Vereinigung der Schriftsteller-Ärzte, deren Präsident er ist.

Dem Jubilar wurde eine große Anzahl Ehrungen und Auszeichnungen zuteil. Ihm wurde die Albertus-Magnus-Medaille der Stadt Regensburg, die Nürnberger Albrecht-Dürer-Medaille, die Max-Reger-Gedächtnis-Medaille, der Nordgau-Dichterpreis, die Lodgman-von-Auen-Plakette und der Oberpfälzer Kulturpreis der Energieversorgung Ostbayern verliehen. Herr Dr. Schauwecker ist ferner Träger des Bundesverdienstkreuzes. Für seine aufopferungsvolle Tätigkeit im Dienste des Bayerischen Roten Kreuzes ernannte ihn das BRK zu seinem Ehrenmitglied. Er besitzt die Ehrenbürgerwürde seiner Wahlheimatstadt Berching und der Stadt Parsberg.

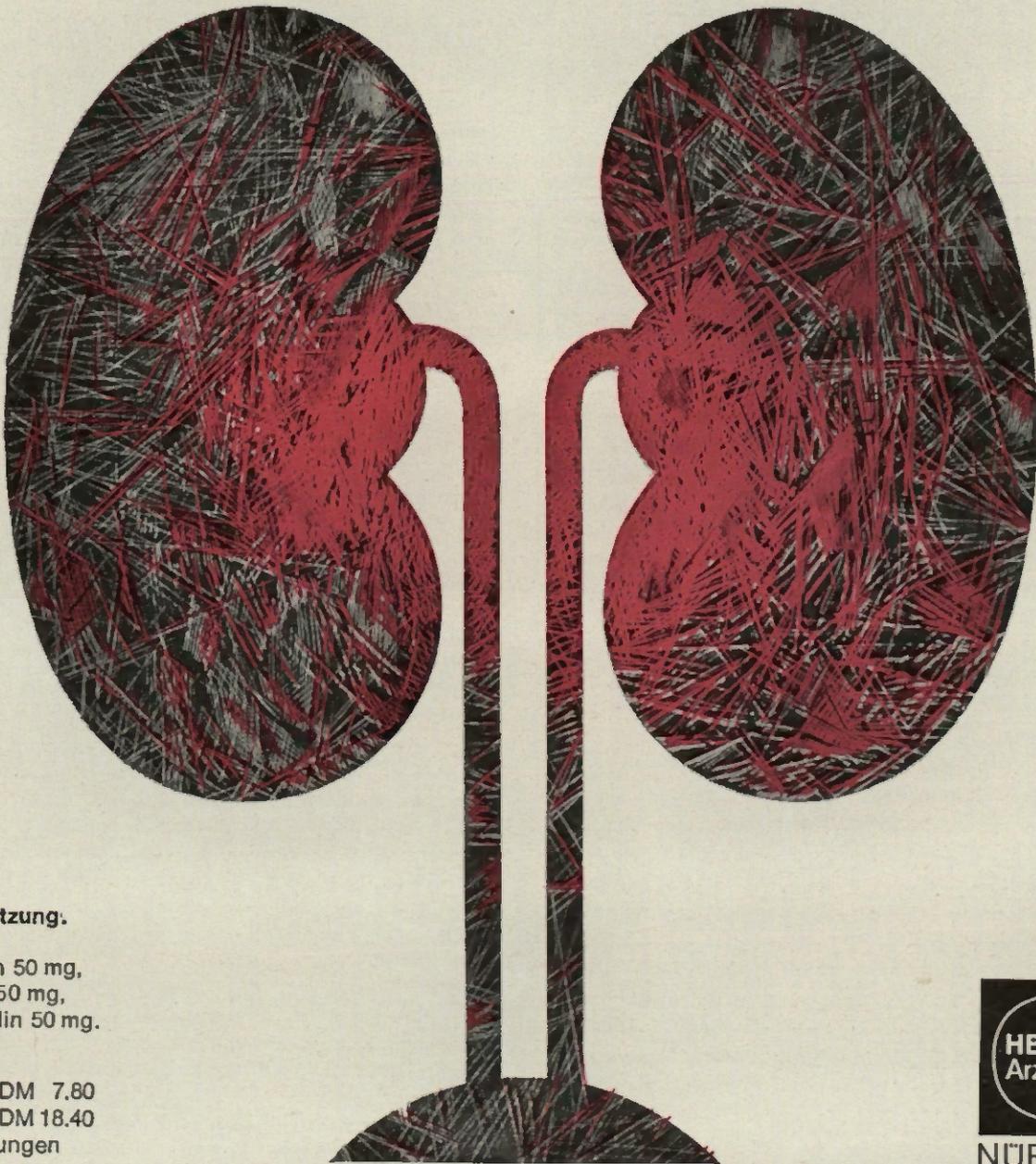
Neu

Gut verträgliche und
hochwirksame Nitrofurantoin-
Sulfadiazin-Therapie

Urospasmon[®]

gegen
Infektionen der
Harnwege

Hohe Harn- und Gewebskonzentration
Breites Wirkungsspektrum
Besonders gute Magen-Darm-Verträglichkeit
und geringe Toxizität
Rasche Beseitigung von Begleitbeschwerden



Zusammensetzung.

Tablette =
Nitrofurantoin 50 mg,
Sulfadiazin 150 mg,
Phenazopyridin 50 mg.

Packungen:

10 Tabletten DM 7,80
30 Tabletten DM 18,40
Krankenanstaltspackungen



NÜRNBERG

Dr. Dr. H. Wendelstein zum Ehrenbürger ernannt

Auf einer Reise durch fünf Staaten der USA besuchte Stadtrat Dr. Dr. Helmut WENDELSTEIN, 1. Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Ansbach und Umgebung, vom 15. bis 20. September 1969 die amerikanische Patenstadt Ansbachs: Bay City im Staate Michigan. Höhepunkt seiner Reise war eine im amerikanischen Stil gehaltene „Party“ mit über 50 prominenten Gästen, bei der Bürgermeister Pomenville Herrn Dr. Wendelstein den goldenen Schlüssel und einen Teller der Stadt überreichte und ihn zum Ehrenbürger von Bay City ernannte. Herr Dr. Wendelstein war bemüht, diese Verbindung der beiden Städte zu vertiefen. Nach Meinung des Ansbacher Stadtrates sollte man sich vor allem bemühen, die Kontakte der Jugend zu forcieren. Doch auch ein wirtschaftlicher und kultureller Austausch sei von großem Vorteil. Neben seinem Einsatz für die Städtefreundschaft hatte Herr Dr. Wendelstein in Amerika aber auch noch ein anderes Ziel. Er wollte das Krankenhaus- und Versicherungswesen studieren. In zehn Hospitälern war er zu Gast — Bay City hat allein vier Krankenhäuser mit 850 Betten und einen hervorragend organisierten Rot-Kreuz-Dienst.

Kurzinformation über die Abielistung der Medizinalassistentenzeit

Das Gesetz zur Änderung der Bundesärzteordnung vom 28. August 1969 wurde im „Bundesgesetzblatt“ Nr. 89 vom 3. September 1969 verkündet und tritt am 1. Januar 1970 in Kraft. Hinsichtlich der Ableistung der Medizinalassistentenzeit bestimmt das Gesetz folgendes:

1. Studierende der Medizin, welche bei Inkrafttreten des Gesetzes die ärztliche Vorprüfung bereits bestanden haben, beenden ihr Studium nach den bisher für sie geltenden Vorschriften. Sie legen also das Staatsexamen nach elf Semestern Studium ab. Die Medizinalassistentenzeit beträgt für diesen Kreis ein Jahr. Die Aufgliederung dieses Jahres ist noch nicht bekannt. Sie erfolgt in einer Verordnung, die noch erlassen werden muß.
2. Für Medizinalassistenten, welche bei Inkrafttreten des Gesetzes — also am 1. Januar 1970 — ihre Medizinalassistentenzeit bereits begonnen haben, dauert diese nur noch ein Jahr. In diesem Jahr müssen aber je vier Monate Innere Medizin und Chirurgie enthalten sein. Es können also alle Medizinalassistenten, welche mindestens ein Jahr ihrer Zeit abgeleistet haben und die beiden genannten Abschnitte nachweisen können, unmittelbar nach dem 1. Januar oder nach Erfüllung der genannten Voraussetzungen die Erteilung der Approbation beantragen.

INTERESSANTES AUS ALLER WELT

Wie wird sich die Medizin bis 1990 umgestalten?

Drastische Umwälzungen im Computer-Zeitalter
sind unvermeidlich

von W. Schweisheimer

„Private ärztliche Behandlung wird im Jahr 1990 nicht mehr existieren!“

Das ist eine der Voraussagen über die Entwicklung der Medizin in den nächsten Jahrzehnten, die der Ordinarius für Chirurgie an der Tulane-Universität in New Orleans in einem Vortrag vor dem Owl-Club machte. Im Zeitalter der Computer, der Elektronenrechner, sieht er eingreifende Umänderungen im Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten voraus. Die wichtigsten dieser Voraussagen sind folgende:

Die Behandlung der Kranken wird sich am fließenden Band abspielen;

die Ärzte werden als Angestellte der Staaten oder anderer geographischer ärztlicher Einheiten tätig sein. Diese Einheiten sorgen für vollständige gesundheitliche Fürsorge für alle Mitglieder einer Stadt oder sonstigen Gemeinschaft;

Bezahlung der Ärzte erfolgt entweder in Form eines Jahresgehaltes oder als Angestellte der Zentralregierung in Washington;

Diagnosestellung geht automatisch mit Hilfe von Computern vor sich. Nur wenige Ausnahmen von dieser Regel werden existieren;

die gesamte Krankengeschichte jedes einzelnen Patienten von Geburt an wird augenblicklich zur Verfügung stehen, und zwar von medizinischen Informationszentren, die mit Computern arbeiten.

Phantastisch — aber wie war es 1890?

Das klingt phantastisch — aber zweifellos sind wir auf dem Weg zu dieser mehr automatisierten Entwicklung. Allein die letzten 20 Jahre haben eine Umwälzung in der Medizin gebracht, namentlich in der Therapie, wie man sie für kaum vorstellbar gehalten hatte. Man bezeichnet diese Epoche zuweilen als das „goldene Zeitalter“ der Medizin.

Aber wie war das 1890? Hundert Jahre vor jenem Zukunftsbild?

Die durchschnittliche Lebenserwartung war damals 46 Jahre — heute ist sie um 70 Jahre. Von sechs neugeborenen Kindern starb eins, Geburtssterblichkeit der Frauen war hoch — heute sind beide Zahlen auf ein Minimum zurückgegangen. Es gab damals keine Röntgenstrahlen, nur ganz wenige Laboratoriumsteste für Medizin, keine medizinischen Spezialitäten und nur wenig allgemeine Krankenhäuser. Die Krankenbehandlung spielte sich zum allergrößten Teil im Heim des Kranken und in der Sprechstunde des Arztes ab.

Heute findet die Behandlung schwerer Krankheiten überwiegend im Krankenhaus statt. Computer, Elektronenrechner, dringen in steigendem Maße in Krankenhausverwaltung, Krankengeschichtenregistrierung und auch schon in Diagnostik ein. Im Jahre 1890 spielten Infektionskrankheiten eine führende Rolle in der

Esberiven-[®] Liniment

bei Erkrankungen des Venen- und
Lymphgefäßsystems, entzündlichen
und ödematösen Gewebeprozessen

Prompte Resorption

Steigerung der Blut- und
Lymphzirkulation
Antiphlogistische Wirkung
Fibrinolyse

Schmerzstillender Kühleffekt

Nota bene: Angenehmer Geruch
Ausgezeichnete Hautverträglichkeit



Schaper & Brümmer
Salzgitter-Ringelheim



Todesursachenstatistik: Diphtherie, Typhus, Tuberkulose. Heute sind die Todesziffern durch Infektionskrankheiten entscheidend zurückgegangen — die hauptsächlichsten Gesundheitsprobleme sind Herzkrankheiten, Krebskrankheit und Motorunfälle. Im Gegensatz zu 1890 sind die Regierungen intensiv mit der Überwachung der Gesundheitspflege und der ärztlichen Praxis beschäftigt. Alle Aussichten deuten darauf hin, daß sie das in steigendem Maße tun werden.

Automation in der Medizin

Dr. Creech von der Tulane Universität, der auch Präsident der „American Surgical Association“ ist, sah weitere spezifische Änderungen in der Handhabung der Medizin für das Jahr 1990 voraus. Die Sonderüberwachung Schwerkranker (intensive care) durch automatische Registrierungsapparate, die heute bereits in einer Reihe von Krankenhäusern besteht, wird allgemein eingeführt sein. Diese „Monitoren“ sind imstande, eintretende körperliche Veränderungen sofort automatisch zu entdecken, zu registrieren und auch durch geeignete Maßnahmen abzustellen.

Die Routinearbeit des Praktischen Arztes wird von sogenannten „klinischen Gehilfen“ übernommen werden, so daß der Arzt sich wichtigeren Problemen zuwenden kann. Diese neuartige Berufsgruppe hat im Anschluß an Mittelschulreife noch vier Jahre formelle Erziehung sowie ein Jahr praktische Tätigkeit im Krankenhaus. Sie sollten dann imstande sein, die Routinefunktionen zu übernehmen, wie sie heute von den meisten Ärzten durchgeführt werden.

Mehr Ärzte, so sagt Dr. Creech, werden 1990 „biomedizinische Ingenieure“ sein. Die Überspezialisierung, wie sie heute besteht, wird sogenannten „System-Spezialisten“ Platz machen. Ein Beispiel: Es wird nicht mehr klinische Herzspezialisten und kardiovaskuläre Chirurgen geben, sondern Spezialisten für kardiovaskuläre Krankheiten. Diese werden in der Lage sein, alle Krankheiten des Herzens und der Blutgefäße zu behandeln, gleichgültig, ob die Therapie in der Anwendung von Digitalis besteht oder dem chirurgischen Ersatz einer Herzklappe.

Weder Ärzte noch Patienten sind heute darauf eingestellt, die Tatsachen solcher automatisierter Entwicklungen in der Medizin hinzunehmen. Aber zweifellos geht die Entwicklung bereits heute in dieser Richtung. Die Ärzteschaft tut gut daran, sich mit solchen Möglichkeiten vertraut zu machen und die Führung auf diesem Gebiet selbst in der Hand zu behalten.

Anschr. d. Verf.: Dr. W. Schweisheimer, 66 Milton Road, Rye, New York 10580/USA

AMTLICHES

(Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 10. Oktober 1969 — III 8—5002/1 — 74/69)

Erteilung der Approbation als Arzt

Nach Art. 2 Abs. 1 Satz 4 des Gesetzes zur Änderung der Bundesärzteordnung vom 28. August 1969 (BGBl. I S. 1509) endet die Medizinalassistentenzeit für Personen, die beim Inkrafttreten des Gesetzes am 1. Januar 1970 bereits mit der Ausbildung als Medizinalassistent begonnen haben, nach einem Jahr. Vorausgesetzt ist dabei, daß in dieser Zeit je vier Monate auf einer Abteilung für innere Krankheiten und für Chirurgie abgeleistet worden sind.

Personen, die am 1. Januar 1970 mindestens eine einjährige Tätigkeit als Medizinalassistent nachweisen können, die den genannten Anforderungen entspricht, kann bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen die Approbation frühestens zum 2. Januar 1970 erteilt werden. Um die zu erwartende große Anzahl von Approbationsanträgen zügig bearbeiten zu können, wird den Medizinalassistenten, die zum 1. Dezember 1969 die Voraussetzungen für die Erteilung der Approbation erfüllt haben, empfohlen, diese bereits ab diesem Zeitpunkt zu beantragen.

Den Anträgen, die schriftlich beim Bayerischen Staatsministerium des Innern einzureichen sind, müssen gemäß § 67 der derzeit noch geltenden Bestallungsordnung vom 15. September 1953 (BGBl. I S. 1334) folgende Unterlagen beigegeben werden:

1. die Nachweise über die Ableistung der (verkürzten) Medizinalassistentenzeit;
2. ein selbstgeschriebener Bericht über die Tätigkeit während der Medizinalassistentenzeit;
3. der Nachweis über die Teilnahme an öffentlichen Impf- und Nachschauterminen (§ 64 Abs. 5);
4. die während der Medizinalassistentenzeit erstatteten Gutachten (§ 64 Abs. 6);
5. ein polizeiliches Führungszeugnis für die Zeit seit der Ablegung der ärztlichen Prüfung;
6. gegebenenfalls einen notariell beglaubigten Abdruck der Promotionsurkunde.

Es wird darauf hingewiesen, daß die Anträge erst bearbeitet werden können, wenn sämtliche Unterlagen vollständig vorliegen. Etwaige Rückfragen verzögern die Sachbehandlung.

**20. Wissenschaftliche
Ärztetagung Nürnberg
vom 5. bis 7. Dezember 1969**

**Programm
auf Seite 1173**

NERVO-OPT

NERVO-OPT

NERVO-OPT®

Verschreibungspflichtig

Zusammensetzung:

Natr. diaethylbarbituric. 100 mg (1,2 %),
Acid. phenylaethylbarbituric. 10 mg (0,1 %),
Extr. Valerian., Humul. lup., Visc. alb.,
Adonid., Calc. gluconic., Kal. bromat.,
Aminophenazon. pro Dragee (Saft)

NERVO · OPT - Saft

NERVO · OPT - Dragees

OP zu 200 ccm

OP zu 50 Dragees

**beruhigt
die Nerven
und bringt
erquickenden
Schlaf**



MITTEILUNGEN

Mitteilung der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie und Proktologie

Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Phlebologie hat sich auf ihrer Hauptversammlung in Berlin am 11. September 1969 mit der Proktologie vereinigt und sich in „Deutsche Gesellschaft für Phlebologie und Proktologie“ umbenannt.

In den Vorstand wurden gewählt: Dr. E. KRIEG, Freiburg (Präsident); Professor Dr. W. SCHNEIDER, Tübingen (Vizepräsident); Dr. G. WESENER, Aachen (Generalsekretär); Dr. G. OLSEN, Ludwigshafen (Schatzmeister); Dr. C. BÖHM, München (Proktologie); Professor Dr. H. FISCHER, Tübingen (Fortbildung); Professor Dr. N. KLÜGEN, Essen (Angiologie); Privatdozent Dr. H. LUDWIG, München (Gynäkologie); Professor Dr. F. PIRNER, München (Chirurgie); Professor Dr. H. TELLER, Berlin (Kongreßleiter).

Ärzte-Einsatz des Internationalen Roten Kreuzes

Das Internationale Komitee vom Roten Kreuz sucht dringend für einen Einsatz in **Biafra**

einen Facharzt für Chirurgie,
einen chirurgischen Assistenzarzt und
einen Anästhesisten.

Nähere Auskünfte und Anmeldung beim Deutschen Roten Kreuz, Generalsekretariat, 5300 Bonn, Postfach, Telefon 0 22 21 / 10 01

Neues Mittel gegen Chagas-Krankheit

Kurz vor der Ausbietung steht auch Lampit, ein neues Bayer-Arzneimittel gegen die Chagas-Krankheit. An dieser Infektionskrankheit leidet ein sehr großer Teil der lateinamerikanischen Bevölkerung. Lampit ist das erste Arzneimittel, das mit Sicherheit bei der akuten Form, wahrscheinlich auch bei der chronischen Form dieser Erkrankung, wirkt.

Leukomycin-Zäpfchen 0,25 g

Die Farbenfabriken Bayer AG, Leverkusen, geben bekannt:

„Die Diskussion über die Einschränkung der rektalen

Anwendung von Chloramphenicol veranlaßt uns, Leukomycin-Zäpfchen 0,25 g künftig nicht mehr zur Verfügung zu stellen.

Bei der Vielzahl der im Handel befindlichen Chloramphenicol-Präparate für die rektale Anwendung kann die Möglichkeit eines nicht bestimmungsgemäßen Gebrauchs auch von Leukomycin-Zäpfchen nicht ausgeschlossen werden.

Bei unserer Entscheidung sind wir u. a. davon ausgegangen, daß Präparate von bakterizidem Wirkungstyp, wie Binotal, Baycillin und andere, zur Verfügung stehen, mit denen eine Therapie von Infektionen aller Schweregrade möglich ist.“

Fortschritt im Kampf gegen Leukämie

Vom 24. bis 26. 10. 1969 fand in Wuppertal-Elberfeld ein internationales Symposion über die experimentellen und klinischen Ergebnisse des neuen Bayer-Arzneimittels gegen bestimmte Leukämieformen statt. Bei diesem in seinem Wirkungsmechanismus neuartigen Arzneimittel handelt es sich um L-Asparaginase, über die schon berichtet wurde. Das Medikament kommt in Kürze unter dem Namen Crasnitin in den Handel.

An dem Symposion nahmen über 100 Wissenschaftler aus 12 Ländern teil, u. a. aus den USA, Großbritannien, Frankreich und Italien. Als Ergebnis des Symposions kann festgehalten werden, daß Crasnitin bei 50—70% aller akuten lymphatischen Leukämien zumindest ein vorübergehendes Verschwinden der Krankheitssymptome bewirkt. Weiterhin wurde u. a. festgestellt, daß die Nebenwirkungen des Crasnitin stets anders und meist leichter beherrschbar als bei bisher gebräuchlichen Leukämie-Mitteln sind. Sicher ist, daß Crasnitin allein oder in Kombination mit anderen Leukämie-Mitteln einen wissenschaftlichen Fortschritt in der Behandlung der akuten lymphatischen Leukämien darstellt.

Nach Redaktionsschluß eingegangen:

Eine verständliche Maßnahme stellt die ersatzlose Streichung der Medizingeschichte als Stoffgebiet in der neuen Fassung der Approbationsordnung für Ärzte dar. Eine Stellungnahme des Seniors des Lehrfaches, Professor Dr. med. W. Leibbrand, folgt.

Sanhelios

Pharmaz. Fabriken · 1 Berlin 62 · Ruf 71 15 88

PREDNISON und PREDNISOLON 'Sanhelios' 5 mg

Zusammensetzung

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

Indikation

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

Preise gem. A. T. m. U.

20 Tabletten nur DM 5,25

50 Tabletten DM 12,10 · 100 Tabletten DM 23,— · Klinikpackung zu 500 Tabletten

KONGRESSE UND FORTBILDUNG**Herbsttagung der Bayerischen Röntgengesellschaft**

am 29./30. November 1969 in München

Tagungsort:

Hörsaal des Institutes für Physiologische Chemie und Physikalische Biochemie, München, Ecke Pettenkofer-/Goethestraße.

Samstag, 29. November 1969

Beginn: 9.00 Uhr — Eröffnung

Blömer, H., München

„Das Bild der Lungenstauung bei erworbenen Herzfehlern“

Strehle, H., München

„Die erworbenen Herzfehler im konventionellen Röntgenbild“

Numberger, J., München/Gauting

„Röntgendiagnostik des Cor pulmonale chronicum“

Kotscher, E. und Lobenwein, E., Wien

„Das chronische Cor pulmonale als Folge rezidivierender Lungenembolien“

Maurer, H. J., Balau, J. und Khalil, M., Düsseldorf

„Herzform und -größe bei ASD, VSD und persistierendem Ductus Botalli“

Grohmann, H. W. und Heinze, H. G., München

„Angiographische Befunde bei erworbenen und angeborenen Herzfehlern“

Hoeffken, W., Köln

„Die Mammographie-Technik, klinische Untersuchungsergebnisse und Grenzen der Methode“

Dr. Hach, Fa. Koch und Sterzel

„Gesichtspunkte bei der Entwicklung mammographischer Geräte“

Breit, A. und Reindl, P., Passau

„Probleme bei der Weichteildiagnostik der Mamma“ (Erfahrung an 4000 Patienten)

Hüppe, J. R., München

„Optimierung der Mammographie“

Seifert, J., Essen

„Ergebnisse der Mammographie-Reibenuntersuchung im Rahmen der Tumorphylaxe“

Rotte, K., Würzburg

„Die Mammographie in der gynäkologischen Sprechstunde“

(Auswertung von 1500 Fällen)

Beginn: 15.00 Uhr

Wurm, K., Höchenschwand/Schwarzwald

„Diagnose des Morbus Boeck“

Tönnls, D., München

„Die röntgenologische Abgrenzung der Hüftdysplasie aufgrund des Pfannendachwinkels“

Schwetlick, W., Gießen

„Arthrographie des Hüftgelenkes unter Verwendung des Harmonisierungsverfahrens als Hilfsmittel für die Diagnose und Therapie der Luxationshüfte“

Schuster, W., Erlangen

„Qualitative Verlaufsbeobachtung des Mineralsalzgehaltes am Skelett bei unterschiedlicher Vitamin-D-Belastung frühgeborener und reifer Säuglinge“

Bedacht, R. und Pöschl, M., München

„Zur Klinik der semimaligen Knochtumoren“ (Diagnostik und Therapie)

Heller, H., München

„Verbesserung der positiven Myelographie“ (mit Farbtönenfilm)

Sonntag, 30. November 1969

Beginn: 9.00 Uhr

Wachsmann, F., München

„Anwendung mittelschneller Elektronen in der Röntgentherapie“

(Vortrag zur Erinnerung an Prof. C. G. Schirren)

Ladner, H., Diethelm, L. und Hahn, K., Mainz

„Effekte kleiner Strahlendosen in verschiedenen Stoffwechselbereichen“

(Ausscheidungsuntersuchungen bei Mensch und Tier)

Pabst, H. W., München

„Nuklearmedizinische Tumordiagnostik“

Habighorst, L. V., Brod, K. H., Schmidt, K. J. und Wolf, R.

„Untersuchungen zur Tumorszintigraphie mit ^{99m}Tc -Technetium-Eisen-(II)-Komplex“

Klemm, J., München

„Hirntumordiagnostik durch Hirnzintigraphie“

Deininger, H. K. und Heuek, F., Stuttgart

„Tumordiagnostik des Pankreas mit Radioisotopen“

Van de Weyer, Mainz

„Szintigraphische Darstellung der Nebennieren“

Frey, K. W., München

„Praktische Bedeutung der Knochenszintigraphie“

Hertel, E., Keyi, W., Hör, G. und Frey, K. W., München

„Knochenszintigraphie bei Osteomyelitis“

mehrgleisige

ferment-
therapie

eupeptum

Oberbauchstörungen
Meteorismus
DyskinesienO. P. 24 Dragees DM 1,35 e. U.
O. P. 100 Dragees DM 4,40 e. U.
außerdem Anstaltsproduktionen

IFAH GMBH HAMBURG 22



Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat September 1969*

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Nachdem die Scharlachhäufigkeit im Sommer- und Ferienmonat August recht niedrig war, stieg sie im September wieder an, und zwar von 23 Fällen im August auf 41 Fälle, jeweils auf 100 000 Einwohner (umgerechnet auf ein Jahr). Durch Meningokokken verursachte Erkrankungen an übertragbarer Hirnhautentzündung traten im September in etwa gleicher Zahl wie im Vormonat auf, an übrigen Formen der übertragbaren Meningitis erkrankten dagegen nur mehr etwa halb so viel Personen wie im Vormonat, immer-

hin waren es aber noch 14 Fälle auf 100 000 Einwohner. Wie im Vormonat, gab es im September nur wenige Fälle von Typhus und Paratyphus. Erkrankungen an bakterieller Ruhr wurden häufiger als im August gemeldet. Die Erkrankungshäufigkeit an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) stieg gegenüber dem Vormonat von 16 auf 18 Fälle; ebenso nahm die Morbidität an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) von 26 auf 31 Fälle, jeweils auf 100 000 der Bevölkerung, zu.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 31. August bis 27. September 1969 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11	
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare						Typhus abdominalls		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa					
					Klosterförmung		Hirnhautentzündung		Gehirnsatzzündung								Solmeoallose		Übrige Formen			
	E ¹⁾	ST ²⁾	E	ST	dar. paral. Fälle	Meningokokken-Meningitis	Übrige Formen	E			ST	E	ST	E	ST	E					ST	E
Oberbayern	—	—	136	—	—	—	5	—	27	—	1	—	—	—	—	—	47	—	59	—	—	—
Niederbayern	1	—	15	—	—	—	3	—	4	—	—	—	1	—	1	—	10	—	28	1	1	—
Oberpfalz	1	—	17	—	—	—	3	—	5	—	—	—	1	—	1	—	7	—	14	—	—	—
Oberfranken	—	—	40	—	—	—	3	—	26	—	—	—	1	—	—	—	7	—	4	—	1	—
Mittelfranken	—	—	56	—	—	—	4	—	6	—	—	—	3	—	3	—	7	—	14	—	1	—
Unterfranken	—	—	36	—	—	—	2	—	9	—	1	—	—	—	—	—	—	—	11	—	1	—
Schwaben	—	—	27	—	—	—	22	2	37	—	—	—	1	—	—	—	—	—	17	—	—	—
Bayern	2	—	327	—	—	—	42	2	114	—	2	—	7	—	5	—	78	—	147	1	4	—
München	—	—	90	—	—	—	1	—	7	—	—	—	—	—	—	—	38	—	33	—	—	—
Nürnberg	—	—	19	—	—	—	1	—	4	—	—	—	1	—	1	—	3	—	5	—	—	—
Augsburg	—	—	2	—	—	—	—	—	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—
Regensburg	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
Würzburg	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23	
	Deta-lismus		Hepatitis infectiosa		Mikro-sporie		Ornithose (Übrige Formen)		Amöbenruhr		Bang'sche Krankheit		Leptospirose		Malaria-Ersterkrankung		Toxa-plas-mose		Wund-starr-krampf		Verdachts-fälle von Tollwut ³⁾			
													Feld-fieber	Conico-lo-fieber										
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	—	—	75	—	1	—	—	—	1	—	1	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	7
Niederbayern	—	—	78	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	1
Oberpfalz	—	—	20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6
Oberfranken	—	—	19	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	39
Mittelfranken	1	—	19	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Unterfranken	—	—	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	14
Schwaben	—	—	29	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	28
Bayern	1	—	252	2	1	—	1	—	1	—	3	—	3	—	2	—	1	—	3	—	1	—	—	95
München	—	—	38	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

¹⁾ Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

²⁾ „E“ = Erkrankungen (einschl. der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle.

³⁾ „ST“ = Sterbefälle.

⁴⁾ Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

20. Wissenschaftliche Ärztetagung Nürnberg der Bayerischen Landesärztekammer

vom 5. bis 7. Dezember 1969

Ort: Nürnberg, Meistersingerballe — Wissenschaftliche Leitung: Professor Dr. R. Schubert, Nürnberg

Freitag, 5. Dezember 1969

Tagesthema:

„Fehldiagnosen und ihre therapeutischen Konsequenzen“

9.00—9.40 Uhr:

Eröffnung, Begrüßung und Einleitung zu den Hauptthemen

9.40—10.20 Uhr:

Prof. Dr. K. Betke, Direktor der Kinderklinik der Universität München

„Fehlgeleitete Therapie durch diagnostische Irrtümer bei Kindern“

10.20—10.50 Uhr:

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

„Fehldiagnosen in der Geburtshilfe und Gynäkologie mit ihren Konsequenzen“

10.50—11.20 Uhr:

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

11.20—11.50 Uhr:

Prof. Dr. W. Thiele, Psychiatrisches Landeskrankenhaus Weinsberg

„Vegetative Dystonie — eine Quelle diagnostischer Irrtümer“

11.50—12.20 Uhr:

Prof. Dr. F. W. Bronisch, Direktor der Psychiatrischen und Nervenklinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg

„Fehldiagnosen aus neurologischer Sicht“

Mittagspause — Restaurant im Hause

Filmvorführung

14.10—14.30 Uhr:

„Frühdiagnose des Koilumkarzinoms“
(Farbenfabriken Bayer, Leverkusen)

14.30—14.50 Uhr:

„Hypoxie und Leistung“
(Gödecke Aktiengesellschaft, Berlin)

15.00—15.30 Uhr:

Prof. Dr. A. Sigel, Leiter der Abteilung für Urologie bei der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen-Nürnberg

„Urologische Fehldiagnosen in Klinik und Praxis“

15.30—16.00 Uhr:

Prof. Dr. B. Steinmann, Chefarzt der Medizinischen Abteilung C. L. Lory-Haus des Inselspitals Bern

„Zunahme der Fehldiagnosen in der Geriatrie“

16.00—16.30 Uhr:

Prof. Dr. E. Müller, Direktor der Hals-Nasen-Ohren-Universitätsklinik Kiel

„Fehldiagnosen aus dem Hals-Nasen-Ohren-Bereich“

16.30—17.00 Uhr:

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

17.00—17.30 Uhr:

Dr. A. Jakob, Direktor des zentralen Strahleninstituts der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg

„Vermeidbare und nicht vermeidbare Fehldiagnosen in der Radiologie“

17.30—18.00 Uhr:

Prof. Dr. S. Witte, Chefarzt der Medizinischen Abteilung des Diakonissenkrankenhauses Karlsruhe

„Fehldiagnosen in der Hämatologie“

18.00 Uhr:

Diskussion

Samstag, 6. Dezember 1969

Tagesthema:

„Heutiger Stand der Therapie der Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“

9.30—10.10 Uhr:

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

„Therapie der akuten und chronischen Nephritis“

10.10—10.50 Uhr:

Prof. Dr. W. Marget, Leiter der Abteilung für antimikrobielle Therapie der Universitäts-Kinderklinik München

„Diagnostik und Behandlung der Pyelonephritis im Kindesalter“

10.50—11.20 Uhr:

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

11.20—11.50 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. W. Schoeppe, Klinischer Oberarzt der Medizinischen Universitätsklinik Frankfurt

„Therapie der Pyelonephritis“

11.50—12.30 Uhr:

Prof. Dr. U. Gessler, Direktor der 4. Medizinischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg

„Möglichkeiten und Grenzen der künstlichen Niere“

Mittagspause — Restaurant im Hause

Filmvorführung

14.25—14.50 Uhr:

„Die Epilepsie — Klinische und soziale Aspekte“
(J. R. Geigy A. G., Basel)

15.00—15.30 Uhr:

Prof. Dr. W. Staehler, Leiter der Urologischen Abteilung der Chirurgischen Universitätsklinik Tübingen

„Therapie der Tumoren der Harnorgane“

15.30—16.00 Uhr:

Prof. Dr. R. Wildbolz, Direktor der Urologischen Universitätsklinik Bern

„Therapie der Nierentuberkulose“

16.00—16.30 Uhr:

Prof. Dr. W. Brosig, Direktor der Urologischen Klinik und Poliklinik der Freien Universität Berlin, Klinikum Steglitz

„Bisherige Erfolge mit der Nierentransplantation“

16.30—17.00 Uhr:

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

17.00—17.30 Uhr:

Prof. Dr. W. Vahlensieck, Leiter der Urologischen Abteilung der Chirurgischen Universitätsklinik Bonn

„Nephrolithiasis und Litholyse“

17.30—18.00 Uhr:

Prof. Dr. K. Schreier, Direktor der Kinderklinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg

„Angeborene Anomalien der Niere und ihre therapeutische Beeinflussbarkeit“

18.00—18.20 Uhr:

Dr. E. Ell, Oberarzt der 2. Medizinischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg

„Harnwegsinfekte in der Geriatrie“

18.20 Uhr:

Diskussion

TUSSINFANTUM[®]

HUSTENSAFT

stillt den Husten
beseitigt die Verschleimung
kräftigt den
Organismus



Stillt nicht nur den Husten,
sondern löst und verflüssigt
den röhren Schleim, erleichtert
das Abhusten u. hilft damit die
unangenehme Verschleimung
rasch zu beseitigen.

TOSSA
ARZNEI
Apotheker Kurt Merz · 6497 Steinau

TOSSA
ARZNEI

KURT MERZ · 6497 STEINAU

Sonntag, 7. Dezember 1969

Tagesthema:

„Ärztliche Beratung in der modernen Touristik“

9.30—10.00 Uhr:

Prof. Dr. H. Habs, Direktor des Hygiene-Instituts der Universität Bonn

„Notwendige Schutzimpfungen“

10.00—10.30 Uhr:

Prof. Dr. R. Schubert, Direktor der 2. Medizinischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg

„Ärztliche Erfahrungen bei Fernreisen“

10.30—11.00 Uhr:

Prof. Dr. H. J. Dengler, Direktor an den Medizinischen Kliniken und Polikliniken der Universität Gießen

„Gefährdung durch Infektionskrankheiten im Urlaub“

11.00—11.30 Uhr:

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

11.30—12.00 Uhr:

Prof. Dr. H. J. Knüttgen, Direktor des Tropenmedizinischen Instituts der Universität Tübingen

„Tropentauglichkeit für Urlauber“

12.00—12.30 Uhr:

Prof. Dr. H. W. Kirchhoff, Oberarzt, Flugmedizinisches Institut der Luftwaffe Fürstfeldbruck

„Verträglichkeit von Flugreisen in verschiedenen Altersklassen“

12.30 Uhr:

Diskussion

Das Programm wurde allen Ärzten in der Bundesrepublik zugesandt.

Seminar über „Präventiv-Kardiologie“

vom 18. bis 24. Januar 1970 in Höhenried

Das Seminar unter der wissenschaftlichen Leitung von Professor Dr. M. J. Halhuber wird vom Bayerischen Sportärzte-Verband e. V. und der Landesversicherungsanstalt Oberbayern veranstaltet. Es soll eine möglichst praxisnahe Einführung in Grundlagen, Möglichkeiten und Probleme der präventiven und poliklinischen Kardiologie bieten, weshalb es wünschenswert ist, daß die Kollegen am Gesamttagessplan der Klinik aktiv teilnehmen. Deshalb wird empfohlen, entsprechende Sportausrüstung (Trainings-, Bade-, Wanderbekleidung) mitzubringen.

Teilnehmerzahl: 25.

Unterbringung: „Im Schloß Höhenried“ innerhalb des Klinikbereiches in Ein- und Zweibettzimmern.

Wohnungs- und Verpflegungskosten pro Tag DM 25.—. Zusätzliche Gebühren werden nicht eingehoben.

Ankunft im Laufe des Sonntagnachmittags erwünscht.

Auskunft und Anmeldung: Bayerischer Sportärzte-Verband, 8000 München 2, Brienner Straße 50, „Haus des Sports“, Tel. (08 11) 52 15 55

ÄRZTLICHE KONGRESSREISEN

Das Deutsche Reisebüro (DER) führt in Zusammenarbeit mit der Ärztlichen Pressestelle für Baden-Württemberg sowie den Redaktionen „Bayerisches Ärzteblatt“, „Niedersächsisches Ärzteblatt“ und „Rheinisches Ärzteblatt“ folgende Kongressreisen durch:

2 Sonderreisen in die USA anlässlich des X. Internationalen Krebs-Kongresses in Houston vom 24. bis 29. Mai 1970

In Zusammenarbeit mit amerikanischen Fachleuten wurde ein interessantes Studienreiseprogramm kon-

zipiert, das einen Überblick über Krebsforschung und -therapie in den USA vermittelt sowie eine individuelle Flugreise, die die Möglichkeit bietet, auf der Basis ermäßigter Flugtarife den Aufenthalt in den USA entsprechend den persönlichen Wünschen zu gestalten.

**Programm I (Kongreß/Fortbildungsreise)
vom 17. Mai bis 2. Juni 1970**

Reiseroute: Frankfurt—Boston—New York—Washington—Houston—Miami—Frankfurt

Der Tourpreis pro Person beträgt: DM 3484.—
Einzelzimmerzuschlag DM 410.—

Der Tourpreis beinhaltet folgende Leistungen:

Flug in der Economy-Klasse gemäß Programm mit Liniemaschinen auf der Basis des Gruppenpauschalreisentarifes; Unterkunft in Doppelzimmern mit Bad oder Dusche und WC (Einzelzimmer mit Preisauflschlag).

Auf dem Besichtigungsprogramm stehen einige führende Kliniken und Institute; Demonstrationen und Diskussionen bieten Gelegenheit, sich mit der amerikanischen Praxis auseinanderzusetzen und Erfahrungen auszutauschen. Die 15tägige Gruppenreise wird von einem qualifizierten Reiseleiter begleitet.

**Programm II (Individuelle Flugreise)
vom 21. Mai bis 5. Juni 1970**

Reiseroute: gewünschter deutscher Flughafens — Frankfurt — Houston — New York — weiterer Reiseplan nach Wunsch — Frankfurt

Der Tourpreis pro Person beträgt:
ab Frankfurt, Stuttgart, Düsseldorf,
Köln, Hannover, Hamburg DM 2104.—
München, Nürnberg DM 2124.—
Berlin DM 2168.—
Einzelzimmerzuschlag DM 218.—

Der Tourpreis beinhaltet folgende Leistungen:

Flug in der Economy-Klasse vom gewünschten deutschen Flughafen nach Houston und zurück auf der Basis des Flugpauschalreisentarifs und des Sondertarifs DUSA 50 entsprechend den im Programm angegebenen Bedingungen; Unterbringung in Houston vom 21. bis 30. 5. in Doppelzimmern mit Bad und WC. Einzelzimmer mit Zuschlag; Stadtrundfahrt in Houston.

Das Grundprogramm der 14tägigen Reise enthält lediglich den Aufenthalt in Houston für die Dauer der Tagung; in der zweiten Woche können nach eigenem Ermessen Kollegen und Institute besucht werden. Im Rahmen der Gültigkeit des Flugscheins ist auch eine Verlängerung der Reise bis zu drei Wochen möglich. Ausführliche Programme stehen auf Anforderung zur Verfügung.

**Im Jahre 1970 sind folgende
Studienreisen geplant:**

1. Studienreise zum I. Internationalen Kongreß für Gruppenmedizin nach Winnipeg (USA) vom 20. April bis 6. Mai 1970
2. USA-Studienreise vom 24. bis 29. Mai 1970 zum X. Internationalen Krebs-Kongreß in Houston
3. Studienreise nach Ostasien vom 3. bis 21. März 1970 zum Studium der Tropenkrankheiten
4. Reise in die UdSSR zum Studium des öffentlichen Gesundheitsdienstes im April 1970 für ca. 14 Tage.
5. Studienreise für HNO-Ärzte in die UdSSR im April 1970 für ca. 14 Tage
6. Studienreise in die UdSSR für Chirurgen im April 1970 für ca. 14 Tage.

Auskunft: „Bayerisches Ärzteblatt“, 8000 München 23, Königinstraße 85, Telefon 33 20 21.

Anmeldungen: Deutsches Reisebüro (DER), Abteilung „Ärztliche Kongreßreisen“, 6000 Frankfurt, Eschersheimer Landstraße 25—27.

OPHTHALMOLOGICA

THILO

POLYSPECTRAN

Antibiotische Spezial-Augensalbe mit breitem Wirkungsspektrum, enthaltend pro Gramm:

Polymyxin-B-Sulfat	7 500 i. E.
Bacitracin	300 i. E.
Neomycinsulfat	5 mg

PREDNISULMID

Prednisolon 2,5 %
Sulfacetamid-Na 5 %,
Glucose 15 % in gewebtsfreundlicher
Salbengrundlage

Antibakterielle und entzündungshemmende Spezial-Augensalbe

GLUCOSULMID

Glucose 50 %, Sulfacetamid-Na 5 %
in gewebtsfreundl. Salbengrundlage

Osmotherapie am Auge, speziell zur
Aufhellung von Hornhauttrübungen

DR. THILO & CO. KG. DORTMUND

KONGRESSKALENDER

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

Dezember 1969:

- 1.—5. 12. in Neuherberg: Strahlenschutzkurs in Röntgendiagnostik und -therapie. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.
- 1.—6. 12. in Wiesbaden: Gynäkologisches und geburts-hilfliches Symposium am Krankenbett (Thema: „Erkrankungen im Klimakterium aus der Sicht verschiedener Fachrichtungen“). Auskunft: Sekretariat der Städtischen Frauenklinik, 8200 Wiesbaden, Idstel-ner Straße 111.
- 5.—7. 12. in Nürnberg: 20. Wissenschaftliche Ärztetagung der Bayerischen Landesärztekammer. Das Programm wurde allen Ärzten in der Bundesrepublik Deutsch-land zugesandt.
- 12.—14. 12. in München: 3. Wissenschaftliche Tagung des Deutschen Sportärztebundes. (Thema: „Fortschritte in der Sportmedizin“). Auskunft: Bayerischer Sportärzte-Verband e. V., 8000 München 2, Brienner Straße 50.
- 13.—14. 12. in München: Ärztliche Fortbildungstagung „Aktuelle Rheumaprobleme“ (Thema: „Die Wirbelsäule“). Auskunft: Priv.-Doz. Dr. H. Mathies, Rheuma-tiker-Ambulanz der Medizinischen Poliklinik der Universität München, 8000 München 15, Petten-koferstraße 8a.

Januar 1970:

- 9.—10. 1. in Wiesbaden: Fortbildungskurs des Verbandes Deutscher Badeärzte. Auskunft: Verband Deutscher Badeärzte e. V., 4970 Bad Oeynhausen, Westkorso 7.
12. 1. bis 0. 2. in Berlin: Arbeitsmedizinischer Grundlagenlebr-gang (Stoffplan III). Auskunft: Akademie für Ar-beitsmedizin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83.
- 16.—18. 1. in Bad Orb: Tagung der Evangelischen Akademie Hofgelsmar „Medizinischer Fortschritt und Evolution unserer Gesellschaft.“ Auskunft: Evangelische Aka-demie, 3520 Hofgelsmar, Postfach 1205.
- 29.—31. 1. in Hamburg: 74. Tagung der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Auskunft: Sekreta-riat Prof. Dr. A. Weiß, 2000 Hamburg 20, Beim Andreasbrunnen 5.

Februar 1970:

- 1.—14. 2. in Sydney: 28. Internationaler Kongreß über Alkoholismus und Brogenabhängigkeit. Auskunft: Mr. P. Diehm, Foundation for Research and Treatment of Alcoholism, P. O. Box 3284 Sydney 2001.
- 9.—13. 2. in Neuherberg: Einführungskurs in den Strahlenschutz. Auskunft: Institut für Strahlen-schutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.
- 9.—27. 2. in Neuherberg: Strahlenschutzkurs (Einfüh-rungskurs, 1. und 2. Fortbildungskurs). Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingo-lstädter Landstraße 1.
- 14.—19. 2. in der Hohen Tatra: Symposion über Sport-medizin (mit internationaler Beteiligung). Auskunft: Dr. E. Horniak, Abteilung für Sportmedizin, Bratislava, Mickiewiczova 13
- 14.—20. 2. in Melbourne: 12. Kongreß des Internationalen Ärztinnenbundes. Auskunft: Australian Federation of Medical Women (Vlct. Branch), 426, Albert Street, Melbourne 3002.

16.—20. 2. in Neuherberg: Strahlenschutzkurs (1. Fort-bildungskurs). Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

23. 2. bis 13. 3. in Berlin: Strahlenschutzkurs für Ärzte (ein-schließlich Praktikum). Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83.

26.—28. 2. in Ulm: 16. Symposion der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie. Auskunft: Prof. Dr. J. Kracht, 6300 Gießen, Klinikstraße 32 g.

März 1970:

- 8.—8. 3. in Bad Bürckheim: 14. Wissenschaftlicher Kongreß der Saarländisch-Pfälzischen Internisten-gesellschaft. Auskunft: Dr. P. Bockel, Innere Abteilung des Evangelischen Krankenhauses, 6650 Zweibrücken.
- 8.—14. 3. in Mexico City: 21. Internationaler Kongreß für Ophthbalmologie. Auskunft: Dr. A. Zertuche, Hospital General S. S. A., Mexico 7, D. F.
- 8.—21. 3. in Badgastein: XV. Internationaler Fortbil-dungskongreß der Bundesärztekammer (Thema: „Die Medizin 1980“). Auskunft: Kongressbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410 220.
- 9.—31. 3. in Davos: XVIII. Internationaler Fortbildungs-kongreß der Bundesärztekammer (Thema: „Die Medi-zin 1980“). Auskunft: Kongressbüro der Bundes-ärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410 220.
- 16.—20. 3. in Berlin: Lehrgang über theoretische und prak-tische Grundlagen des Strahlenschutzes für den Lungenfacharzt. Auskunft: Akademie für Arbeits-medizin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83.
- 16.—20. 3. in Neuherberg: Röntgen-Strahlenschutzkurs. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuher-berg, Ingolstädter Landstraße 1.
- 20.—22. 3. in Bad Nauheim: EKG-Kurs, Teil 1 (Fortbil-dung der LÄK Hessen). Auskunft: OMDir. Dr. A. H. Lemmerz, Klinik Grand Hotel, 6350 Bad Nauheim, Ernst-Ludwig-Ring 2.
23. 3. bis 4. 4. in Meran: II. Internationaler Oster-Seminarkon-greß für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer (Thema: „Kindheit und Alter, die beiden Pole des Lebens“). Auskunft: Kongress-büro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Post-fach 410 220.

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe liegen Prospekte der Firmen Nattermann, Köln, und Sanhelios, Berlin, bei.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85/III, Telefon 33 20 21, Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichsteln. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsge-bühren und 5,5% = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Postscheckkonto Nr. 5252, Amt Mün-chen, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzte-blatt“) Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Anzei-genverwaltung Carl Gabler, 8000 München 15, Postfach, Sonnenstraße 29, Tel. 55 80 81, Fernschreiber: 05 23662, Telegrammadresse: atlas-press. Für den Anzei-gen-teil verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München. Druck: Richard Pfaum Verlag München. Alle Rechte, ins-besondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrophotographie sowie das Recht der Übersetzung in Fremd-sprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

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

