

# BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN HERAUSGEGEEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 6

München, Juni 1969

24. Jahrgang

Wichtiger Hinweis:

#### Neue Weiterbildungsordnung tritt in Kraft

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen!

Im Januarheft des "Bayerischen Ärztebiattes" wurde Teil II der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns (Weiterbildungsordnung) in der vom 21. Bayerischen Ärztetag beschlossenen und vom Bayerischen Staatsministerium des Innern genehmigten Fassung veröffentlicht. Wir möchten heute die bayerischen Ärztinnen und Ärzte noch einmal darauf hinweisen, daß diese Weiterbildungsordnung am 1. Juli 1969 in Kraft tritt. Kolleginnen und Koliegen, welche sich noch in der Weiterbildung befinden, können sich, wenn Zweifel auftauchen, wegen Auskünften an die Bayerische Landesärztekammer wenden. Besonders hinweisen möchten wir aber heute auf die Übergangsvorschriften der neuen Weiterbildungsordnung. Sie werden nachstehend noch einmal abgedruckt.

Praktische Ärzte können nach Absatz 3 ihre Anträge an die Bayerische Landesärztekammer schon jetzt einreichen, wenn sie die Bedingungen erfüllen. Dabei sei darauf hingewiesen, daß klinische Tätigkeit und Tätigkeit in eigener Praxis miteinander kombiniert werden können. Beispiel: Ein Praktischer Arzt, der drel Jahre in der Kiinik war und ein Jahr in eigener Praxls niedergelassen ist, erfüllt die Bedingungen der Übergangsvorschriften.

Chirurgen, die auf den Teilgebieten Unfallchirurgie oder Kinderchirurgie tätig sind, oder Internisten, weiche auf den Teilgebieten Gastroenterologie, Kardiologie, oder Lungen- und Bronchialheilkunde arbeiten, können nach Absatz 4 die Genehmigung zur Führung der Teilgebietsbezeichnung beantragen.

Für Lungenfachärzte gilt Absatz 5, für Nerven- und Kinderärzte, die sich auf dem Gebiete der Kinder- und Jugendpsychiatrie betätigen, kann nach Absatz 6 die Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiatrie beantragt werden. Für Pathologen werden die Übergangsfälle nach Absatz 7, für Pharmakologen nach Absatz 8 geregelt.

Allen diesen Ärzten wird, ebenso wie den Praktischen Ärzten, empfohlen, ihre Anträge schon jetzt bei der Bayerischen Landesärztekammer einzureichen. Schließlich sei noch hingewiesen auf die Fristen, bis zu denen überhaupt Anträge nach den Übergangsvorschriften gesteilt werden können; sie sind in Absatz 9 enthalten.

§ 33

#### Übergangsvorschriften

- (1) Die bisher von der Landesärztekammer ausgesprochenen Facharztanerkennungen gelten weiter mit der Maßgabe, daß auch die jeweils zutreffende neue Bezeichnung geführt werden darf.
- (2) Bei Arzten, die eine Medizinalassistentenzeit abgeleistet haben, verbleibt es bei der bisher vorgeschriebenen Weiterbildungszeit.
- (3) Ärzte, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Weiterbildungsordnung als Praktische Ärzte tätig sind, erhalten nach einer zehnjährigen Tätigkeit in eigener Praxis auf Antrag die Anerkennung als Allgemeinarzt. Drei Jahre in eigener Praxis sind gegen ein Jahr klinische Tätigkeit nach bestandenem Staatsexamen austauschbar.
- (4) Ärzte, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Weiterbildungsordnung die Bezeichnung Chirurg oder Internist führen dürfen, erhalten nach einer zweijährigen Tätigkeit in einem der in § 26 Abs. 2 bezeichneten Teilgebiete an entsprechenden Krankenanstalten oder deren Abteilungen auf Antrag die Genehmigung, diese Teilgebietsbezeichnung zu führen.
- (5) Lungenfachärzte erhalten auf Antrag die Berechtigung, die Facharztbezeichnung für Innere Medizin, jedoch nur zusammen mit der Teilgebietsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde, zu führen.
- (6) Nervenärzte und Kinderärzte, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Weiterbildungsordnung diese Bezeichnung führen dürfen, erhalten nach einer dreijährigen Tätigkeit in dem Gebiet der Kinderund Jugendpsychiatrie an entsprechenden Krankenanstalten oder deren Abteilungen auf Antrag die Anerkennung als Kinder- und Jugendpsychiater.
- (7) Ärzte, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Weiterbildungsordnung in dem Gebiet der Pathologischen Anatomie tätig waren, erhalten nach einer fünfjährigen Tätigkeit in diesem Gebiet an entsprechenden Instituten auf Antrag die Anerkennung als Pathologe.
- (8) Ärzte, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Weiterbildungsordnung in dem Gebiet der Pharmakologie tätig waren, erhalten nach einer fünfjäh-

rigen Tätigkeit in diesem Gebiet an entsprechenden Instituten auf Antrag die Anerkennung als Pharmakologe.

(9) Die Anträge nach Abs. 5 müssen innerhalb eines Jahres nach dem Inkrafttreten der Weiterbildungsordnung gestellt werden. Das gleiche gilt für die Anträge nach Abs. 3, 4, 6, 7 und 8, wenn die dort vorgeschriebenen Tätigkeiten vor dem Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung abgeleistet wurden. Sind sie teilweise nach dem Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung abgeleistet worden, so sind die Anträge innerhalb eines Jahres nach Erfüllung

der Voraussetzungen für die Anerkennung oder Genehmigung zu stellen.

Mit den besten Grüßen

Unonny

(Professor Dr. Sewering) Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

(Aus dem Institut für Sozial- und Arbeitsmedizin der Universität Heidelberg — arbeitsphysiologischexperimentelle Abteilung — [Direktor: Professor Dr. Hans Schaefer])

## Zur Epidemiologie der Krankheiten der Koronargefäße – medizinische und soziale Daten\*)

Von Maria Blohmke

Die moderne Medizin lst heute immer noch in erster Linie eln Klnd der Naturwissenschaften. Ihr Siegeszug hat sich in diesem Jahrhundert vollendet, ist unbestritten, und es mangelt ihr nicht an dem Erfolg. Die Lebensspanne der Menschen wurde verdoppelt, während das Neugeborene in Deutschland 1870 noch eine Lebenserwartung von nur 35 Jahren hatte, liegt die Lebenserwartung der Menschen von heute bei rund 70 Jahren. Wir verdanken dieser Medizin offenbar ungeheuer viel.

Um die Jahrhundertwende erbrachten jedoch einige Wissenschaftler, an ihrer Spitze Sigmund FREUD, den Nachweis, daß viele bisher als rein somatisch betrachtete Krankheiten ihrer Entstehung nach nur verstanden werden können, wenn man als mitwirkende Ursache dieser Krankheiten "seelische" Ereignisse annimmt. Diese, dem Kliniker anfangs sehr ungewohnte Betrachtungsweise ist dem Physiologen durchaus verständlich. Er kennt aus der Lehre der bedingten Reflexe PAW-LOWs sehr wohl leibliche Effekte, welche durch Vorgänge ausgelöst werden, die nur durch ihre Bedeutung oder, wie es die russische Physiologie nennt, ihren Signalcharakter wirkt. Alle subjektiven Phänomene, die im Bewußtsein auftauchen, werden psychisch genannt und die Psyche ist der hypothetische Träger dieser Phänomene in derselben Weise wie die Materie Träger der physischen Phänomene ist. Aus diesen Erkenntnissen wurde dann die Theorie dessen entwickelt, was man heute Psychosomatik nennt. Der moderne Mediziner muß wissen, daß dieser psychosomatische Ansatz zur Bildung der Theorle der Entstehung vieler Krankheiten, der Pathogenese, notwendig lst. Man kann diese Phase der Medizin, die mit Sigmund FREUD begann und heute noch in volier Entwicklung ist, die zweite Phase einer wissenschaftlichen Medizin nennen.

Über diesen psychosomatischen Ansatz muß jedoch noch hinausgegangen und die Tatsache, daß der Mensch ein gesellschaftliches Lebewesen ist, einer sorgfältigen Anaiyse unterzogen werden. Es erscheint paradox, daß gerade in einer Zeit, in der die größten gesellschaftlichen Strukturänderungen der gesamten Menschheitsgeschichte zu beobachten sind, geselischaftliche Einflüsse auf die Gesundheit des Menschen bisher kaum in unseren Gesichtskreis getreten sind. Es ist Kari MARX gewesen, der den Menschen auch in seinen geistigen Eigenschaften als das Produkt seiner Gesellschaft betrachtete. Dieser anfangs revolutionär erscheinende Gedanke ist inzwischen in die Selbstverständlichkeit einer modernen Lehre vom Menschen übergegangen, besonders wenig hat er sich allerdings in der Medizin eingebürgert. Sie ist weithin noch auf der klassischen Anthropologie der Mitte des vorigen Jahrhunderts stehengeblieben.

Eine solche Betrachtung hat eine neue Dimension entdeckt. Wenn wir Soma und Psyche als die zwei schon
legal gewordenen Dimensionen der Medizin betrachten,
lst diesen Dimensionen nun die dritte, die Soziale, hinzuzufügen. Es ist für jede sozialmedizinische Betrachtung
wichtig, diesen Tatbestand einzusehen, da aus ihm
alleine das Verhalten vieler Menschen verständlich wird
und man Abhilfe gegen bestimmte Entartungserscheinungen, etwa auf dem Sektor von Gesundheit und
Krankheit, nur durch eine genaue Beachtung dieser Tatsachen schaffen kann. Zur Aufklärung dieser Tatbestände bedient sich die Sozialmedizin der Methoden
der Epidemiologie.

Die Epidemiologie beschäftigt sich mit der Klärung der Entstehung und mit der Ausbreitung bestimmter Krankheiten in der Bevölkerung. Die zeitliche und räumliche Verteilung der Erkrankungen und die besonderen Merkmale der betroffenen Individuen oder Gruppen lassen Schlüsse auf die Entwicklungsweise zu. Epidemiologische Untersuchungen führen im allgemeinen nicht zur Auffindung von Kausalzusammenhängen, aber sie lassen Beziehungen und Trends zwischen den Variablen erkennen, die es ermöglichen, bei späteren Untersuchungen Hypothesen über die Ätiologie dieser Krankheit zu testen. Gewiß haben epldemiologische Untersuchungen auch ihre Grenzen, da man vermuten muß, daß ursächliche Einflüsse, die eine Krankheit auslösen, lange Zeit bestehen, bevor die Krankheit klinisch diagnostiziert werden kann und vielleicht kurz vor diesem Zeitpunkt

<sup>\*)</sup> Nach einem Vortrag anläßlich des III. Sozialmedizinischen Kursus am 25. November 1968 in München.

wieder verschwunden sein können. Aber offensichtlich kann es auch bei Anwendung einer traditionellen klinlschen Diagnostik ebenso häufig zu Fehldiagnosen kommen wie ohne traditionelle Diagnostik zu falschen Diagnosen.

Seit ca. 20 Jahren steht die Epidemiologie der Herz-Kreislaufkrankheiten in einer Reihe von Ländern mit einer hochentwickelten Industrie und Technik Im Vordergrund des Interesses. Ausgelöst wurde dieses Interesse durch die Zunahme der Morbldität und Mortalität an Herzinfarkten in den USA nach dem zweiten Weltkrieg. Die Statistlk der Weltgesundheitsorganisation (WHO) weist jedoch auch elne Zunahme der Sterbefälle an Herz-Kreislauferkrankungen in verschiedenen europäischen Ländern nach. In der Bundesrepublik stieg von 1952 bis 1962 dle Sterbehäufigkeit an Herz-Kreislaufkrankheiten der Männer zwischen 45 und 65 Jahren um 61,9% an. Ähnliche Zahlen finden sich in den Niederlanden, während die Zunahme der Mortalität an diesen Erkrankungen in Dänemark, Italien und Schweden wesentlich geringer ist. Standardisiert man diese Zahlen auf ein bestimmtes Jahr, d. h., berücksichtigt man den unterschiedlichen Altersaufbau in der Bevölkerung, zeigt sich dieser Anstieg noch deutlich. Selbst wenn man annimmt, daß die Diagnostik in dlesen zehn Jahren wesentlich verbessert wurde, kann die Zunahme der Sterbefälle an Herz-Kreislauferkrankungen nicht allelne damit erklärt werden. Zumal bei Frauen eine Zunahme dieser Krankheiten nicht zu beobachten lst.

Um auch in der Bundesrepublik einen besseren Einblick in diese Problematik zu gewinnen, erschien es wünschenswert, eine epidemiologische Herzkreislaufstudie durchzuführen, um Daten über Varlable zu sammeln, von denen man weiß, daß sie in Bezlehung zur Koronargefäßkrankheit, die sich klinisch als Angina pectoris oder als Myokardinfarkt darstellt, stehen und die z. T. bereits als Risikofaktoren bekannt sind. Außerdem sollte die Häufigkeit dieser Krankheiten in einer Gruppe von vermeintlich gesunden Menschen bestimmt werden. Wir führten unsere Untersuchungen in Form einer Totalerhebung an 1039 Männern (Arbeitern, Angestellten, Beamten) eines Dienstleistungsbetriebes durch. Die Diagnose koronare Herzkrankheit (= KHK) wurde mit

und biochemlsche Variable gemessen und ein Ekg ln Ruhe und nach körperlicher Belastung registriert. Vergleichen wir zunächst die Häufigkelt der Risikofaktoren in den drei Berufsgruppen, dann zeigt sich, daß in der Gruppe der Arbeiter fast alle Risikofaktoren häufiger vorkommen als in den beiden anderen Gruppen. In der Gruppe der Angestellten finden sich dagegen fast alle Risikofaktoren weniger häufig als im Mittel der gesamten Gruppe, während in der Gruppe der Beamten besonders häufig ein erhöhter Cholesterin-

Hilfe eines von der WHO empfohlenen Fragebogens

gestellt. Außerdem wurden verschiedene physiologische

spiegel zu beobachten war und eine Infarktanamnese bei den Eltern der Probanden (Abb. 1).

Vergleicht man die relative Häufigkeit der dlastolischen Hypertonie und der relativen Übergewichtigkeit mit den Zahlen, dle in fünf anderen Ländern erhoben wurden, steht die Bundesrepublik an dritter Stelle und unterscheidet sich nicht wesentlich von den USA, die Zahlen von Holland und Italien llegen noch darüber, während in Japan und Jugoslawien die Hypertonie deutlich seltener gefunden wurde. In den letzten beiden

	Arbeiter	Ange- stellte %/0	Beamte	Alle Pro- banden %
Cholesterin > 249 mg <sup>o</sup> /o	48,4	32,6	52,8	44,0
Hypertonie RR diast. ≥95 mm Hg	24,8	20,5	22,4	23,0
Ubergewicht  ≥ 120°/•	12,5	7,4	8,4	10,0
Rauchen  ≥ 10 Zigt./Tag	44,5	36,5	31,8	39,0
Infarktanam. bei Eltern	6,2	5,9	9,8	7,0

Abbildung 1 Relative Häufigkeiten verschiedener Risikofaktoren in den Berufsgruppen

Ländern kommt aber auch die Übergewichtigkeit nicht so häufig vor wie in Italien, den USA und In der Bundesrepublik. Holland nimmt hierbei elne Mittelstellung eln

Weiterhin wurde geprüft, ob eine Beziehung zwischen der Höhe des diastolischen Blutdrucks und dem relativen Körpergewicht, der Höhe des Cholesterlnspiegels oder der Dauerleistungsfähigkeit besteht. Vergleicht man die unteren 20% mit den oberen 20% der Ponderalindexverteilung, unterscheiden sich die prozentualen Häufigkeiten z. T. slgnifikant voneinander. Die relative Häufigkeit der diastollschen Hypertonie nimmt mit steigendem relativem Körpergewicht deutlich zu (p < 0,001) und steigt bei Anstieg der Cholesterinwerte an (p < 0,01). Die relative Häufigkeit der diastolischen Hypertonie ist bei niedriger Dauerleistungsfähigkeit größer als bei hoher Dauerlelstungsfählgkeit (p < 0,001). Weiterhln wurde die Vertellung aller Probanden mlt elnem Übergewicht von 110% auf die Dezilklassen der systolischen und diastollschen Blutdruckwerte untersucht. In den Dezilklassen mit hohen Blutdruckwerten finden sich Personen mit Übergewicht relativ häufiger (p < 0,001).

Zunächst wurde die relative Häufigkeit von Risikofaktoren dargestellt, ihr unterschiedliches Vorkommen
in den verschiedenen Berufsgruppen und Ländern betrachtet und die Beziehung der Risikofaktoren zueinander geprüft. Nun sollen die Diagnosegruppen, ihre
physiologischen und biochemischen Werte und das subjektive Befinden der Probanden in den einzelnen Gruppen beleuchtet werden.

Um die Diagnose der KHK an großen Populationen vermeintlich gesunder Menschen zu ermöglichen, empflehlt die WHO einen Fragebogen, der bereits in verschiedenen Ländern Europas angewendet worden ist. Wir haben aus diesem Fragebogen die Fragen nach den koronaren Herzkrankhelten unverändert übernommen. Die Schmerzanamnese wird dabei nach ihrer subjektiven Charakteristik und nach den äußeren Begleitumständen in scharf diskriminierenden Fragen erhoben. Dabel werden zwei verschiedene Formen des Schmerzes erfaßt: zunächst der typische Angina-pectoris-Schmerz, der kurzdauernd ist und zu Beginn der Krankheit auch nur bei körperlicher Anstrengung auftritt, um nach Unterbrechung der Anstrengung sofort

wieder zu verschwinden. Im Gegensatz hierzu steht der langdauernde Schmerzanfali, wie wir ihn häufig beim Herzinfarkt beobachten, der auch bei völiiger körperlicher Ruhe anhält. Zusätzlich zu diesen Fragen interessierten uns Symptome, die dem Beschwerdekreis der vegetativen Dystonie zugerechnet werden. Diese wurden ebenfalls im medizinischen Teil des Fragebogens erfaßt.

Aufgrund der Antworten in den Fragebogen bildeten wir fünf Gruppen. Die Probanden der Gruppe I hatten angegeben, gelegentlich Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Herzgegend gehabt zu haben. Bei den Probanden der Gruppe II bestand der Verdacht auf eine koronare Herzkrankheit, sie hatten entweder das Angina pectoris-Schmerzsyndrom angegeben oder den Infarktschmerz bzw. beides. Die Gruppe III setzt sich aus Probanden zusammen, die nur das Angina pectoris-Schmerzsyndrom angaben, bei der Gruppe IV wurde nur die Angabe des Infarktschmerzes gemacht. Die Gruppe V bestand aus Probanden, welche keine subjektiven Symptome in der Anamnese angegeben hatten, deren Ekg aber Hinweise auf einen abgelaufenen Infarkt liefern. Die Gruppen I bis IV kann man der Kürze halber als Symptomgruppen, die Gruppe V als Ekg-Gruppe bezeichnen. Die Kontrollgruppe setzte sich aus 368 Probanden zusammen, die weder typische noch atypische Schmerzen in der Herzgegend angegeben hatten (Abb. 2).

		Definition der Gruppen	Anzahl n Max
I	Brustschmerz	Angabe von gelegentlichem Schmerzoder Druckgefühl in der Herzgegend (ohne KHK, ohne Ekg-Infarkt)	503
II	Koronare Herz- krankheiten (KHK)	Angabe des Angina pectoris-Schmerzsyn- droms, des Infarkt- schmerzes oder beides	112
III	Angina pectoris	Angabe des Angina pectoris-Schmerz- syndroms, ohne Infarktschmerz	53
IV	Möglicher Infarkt	Angabe des Infarkt- schmerzes, ohne das Angina pectoris- Schmerzsyndrom	47
v	Ekg-Infarkt	Auswahl nach Zeichen von altem Herzinfarkt im Ekg, ohne Infarkte mit subjektiven Schmerzsymptomen und ohne Angina pectoris-Schmerz	54

Abbildung 2 Ubersicht über die Diagnosegruppen, ihre Definitionen und ihre Größe

Betrachtet man die Mittelwerte der von uns gemessenen Daten in Abhängigkeit von den Gruppen I bis V und der Kontroilgruppe, so zeigt sich, daß sich die Brustschmerz-Gruppe in den Mittelwerten nicht wesentiich von der Kontrollgruppe unterscheidet. Dagegen liegt das Körpergewicht der KHK-Gruppe über dem Mittelwert der Kontrollgruppe. Bezieht man das Körpergewicht auf die Körpergröße und berechnet den Ponderalindex nach SHELDON, so liegt dieser signifikant unter dem Mitteiwert der Kontrollgruppe, d. h., die Probanden in der KHK-Gruppe sind im Mittel dicker als die der Kontrollgruppe. Weiterhin sind der systolische und der diastolische Blutdruck und der Cholesterinwert höher, die Dauerleistungsfähigkeit, die Vitalkapazität und der Tiffeneautest niedriger als bei der Kontroligruppe.

In der Angina pectoris-Gruppe sind die Probanden ebenfalls dicker als in der Kontrollgruppe. Außerdem fällt der relativ hohe Mittelwert für den systolischen und diastolischen Blutdruck in Ruhe auf. Die Dauerleistungsfähigkeit ist signifikant niedriger als bel der Kontrollgruppe, ebenso die Vitalkapazität, dagegen ist der Cholesterinwert im Bereich unserer Norm. Die Symptom-Infarkt-Gruppe hat das höchste Körpergewicht, allerdings lst die Körpergröße auch signifikant höher als bei der Kontrollgruppe, so daß der Ponderalindex unserer Norm entspricht. Der systolische und diastolische Blutdruck liegt in Ruhe nicht wesentlich höher als bei der Kontrollgruppe. Die Leistung liegt etwas unter dem Cholesterinwert deutlich über unserer Norm. Vergleichen wir diese Gruppe mit den Ekg-Infarkten ohne Symptome, so fallen das geringere Körpergewicht und ein signifikant höherer Wert für den Ponderalindex als bei der Kontrollgruppe auf. Außerdem findet sich hier ein relativ niedriger systolischer und diastolischer Blutdruck in Ruhe und während Belastung. Die Leistung liegt ebenfalls etwas unter der Norm. Der Cholesterinwert ist in dieser Gruppe am höchsten.

Betrachtet man die Verteilung der Probanden der fünf Gruppen auf die drei Berufsgruppen, so finden sich deutliche Unterschiede. Es zeigen sich subjektive Symptome von KHK häufiger bei Beamten und Angestellten als bei Arbeitern. Diese Befunde entsprechen den Angaben in der Literatur. In der Ekg-Gruppe ist das Umgekehrte der Fall. Seltsamerweise finden sich aber ST-Senkungen bei Arbeitern erheblich seltener als bel Angestellten und Beamten. Beamte haben die bei weitem höchste Prävalenz der ST-Senkung. Dieser Befund läßt den Verdacht aufkommen, daß Arbeiter häufiger solche Infarkte haben, welche nicht durch eine Einengung der koronaren Strombahn alleine, sondern durch zusätzliche oder alleinige Verschiebung der Elektrolytbilanz und des Stoffwechsels im Myokard bedingt sind. Diese Interpretation wird auch durch die Tatsache gestützt, daß bei den Arbeitern ST-Senkungen im Ekg relativ selten gefunden wurden. Man hat also den Elndruck, daß Arbeiter seltener an ischämischen Zuständen einer Koronarinsuffizienz leiden als Angestelite und Beamte. Die geringere Prävalenz der subjektiven Symptome der KHK in dieser Berufsgruppe könnte damit eventuell objektiv interpretiert werden. Es wäre also anzunehmen, daß Arbeiter zwar häufiger Infarkte haben, die durch das Ekg objektivierbar sind, daß diese Infarkte bei ihnen aber seltener koronar bedingt sind

und deshalb auch seltener den typischen koronaren Schmerz auslösen, bel ihnen also andere Infarktgenesen überwiegen.

Allgemeine vegetative Symptome treten bei den Gruppen mit subjektly atypischen und typischen koronaren Symptomen und bei der Ekg-Infarkt-Gruppe häufiger auf als in der Kontrollgruppe. Es zeigte sich dabei, daß die Probanden der Ekg-Infarkt-Gruppe durchwegs geringere Häufigkeiten solcher vegetativer Symptome aufweisen als Probanden der "Symptomgruppen", wenngleich auch ihre Häufigkeit höher liegt als die der gesunden Kontrollen. Das betrifft mit Ausnahme der Durchschlafstörungen alle Symptome wie Müdigkeit am Morgen, Kopfschmerzen, Schwindel, vorzeitige Ermüdbarkeit.

Interessant erscheint welterhin, daß die Ekg-Infarkt-Gruppe nicht häufiger Herzmittel als die Kontrollgruppe erhielt, während die Probanden der Symptomgruppen melnten, von ihrem Arzt häufiger mit Herzmitteln behandelt worden zu sein. Da die Bezeichnung "Herzmittel" dem Probanden wohl nur von seinem Arzt mitgeteilt worden sein kann, wird man schließen dürfen, daß unsere auf Befragung begründete Diagnostik lm groben mit der der behandelnden Arzte übereinstimmt. Die Probanden der Ekg-Gruppe wurden aber, obgleich sie mit Herzmitteln weniger behandelt wurden, kaum weniger zur Kur geschickt als die Probanden der Symptomgruppen. Das bedeutet offenbar, daß die Kurbehandlung bei der Ekg-Gruppe wegen subjektiver Beschwerden verordnet wurde, welche den vegetativen Symptomen entsprachen, wobei das Herz als Störquelle nicht im Vordergrund der Begründung für den Kuraufenthalt gestanden haben kann, da diese Probanden symptomlos waren und keine Herzbehandlung erhielten. Insgesamt wurden die Kuren aber in der großen Mehrzahl der Fälle solchen Probanden gewährt, welche auch in unserer Befragung klare Beschwerden aufwiesen.

Ein weiteres Anliegen unserer Studie war es, neben der Erfassung der Häufigkeit der bereits bekannten somatischen pathogenetischen Faktoren und der vegetativen Symptome die noch weithin unbekannten sozialen Faktoren aufzufinden, die bel der Entstehung der KHK möglicherweise eine Rolle spielen. Unsere Hypothese bestand in der Annahme, daß die soziale Umwelt einen Einfluß auf die Psyche des Menschen ausübt, und diese veränderte oder gestörte Psyche wiederum Auswirkungen auf das Somatische lm Sinne psychosomatischer Wechselwirkungen haben kann. Zahlreiche Untersuchungen über soziale Einflüsse bei der KHK sind in den letzten Jahren, jedoch zumeist an relativ kleinen Personengruppen durchgeführt worden und haben interessante Ergebnisse gezeigt. Vielfach beschränkte man sich bei diesen Studien auf die Erfassung demographischer Daten und versuchte Beziehungen zwischen ihnen und der KHK zu finden. Jedoch ist man inzwischen auch in den USA zu der Erkenntnis gelangt, daß der Vergleich demographisch unterschiedlicher Gruppen nicht ausreicht, um soziale Risikofaktoren bei der KHK zu isolieren.

Man hat dann versucht, Persönlichkeitsmuster, Attituden und Angaben über die eigene Empfindung von Spannung, Angst und allgemeinem Stress bei Patienten mit KHK zu erfassen. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen lassen vermuten, daß persönliche Charak-

tereigenschaften und individuelle Reaktionen auf schwierige Lebenssituationen eine Beziehung zur Entstehung der KHK haben. Im aligemeinen wurden diese Befunde an bereits erkrankten Personen erhoben und mit Ergebnissen bel entsprechenden gesunden Kontrollgruppen verglichen. Will man jedoch das Vorstadium der Krankheit erfassen mit dem Ziel, später eine bessere Prävention und Gesundheitserziehung betreiben zu können, so erweist es sich als unumgänglich, einen Schritt in das Vorfeld der Krankheit zu tun und berufstätige, sich zum großen Teil noch gesund fühlende Menschen zu befragen und zu untersuchen.

Wir haben bei unserer Studie versucht, neben der Erfassung einiger wesentlicher demographlscher Daten, besonders die individuelle Befindlichkeit des Menschen in seinem Beruf, an seinem Arbeitsplatz, ln selner Familie und in der Freizeit zu objektivieren. Wir haben zunächst nur die Fragen herausgesucht, bei denen sich eine signifikante Beziehung zu den elnzelnen Diagnosegruppen fand. Es sollen hier vor allem die Gruppen II, IV und V betrachtet werden. Die Probanden der Angina peetoris-Gruppe gaben signifikant häufiger an, daß die Arbeit langweilig und uninteressant ist, außerdem haben sie Sorgen wegen Krankheit, während die Probanden mit dem Symptom-Infarkt sich in diesen Variablen nicht signifikant von der Kontrollgruppe unterscheiden. Sie gaben jedoch häufiger an, eine unglückliche Kindheit gehabt zu haben. Außerdem stehen bel ihnen Familien- und Ehesorgen Im Vordergrund. Die Probanden der Ekg-Infarkt-Gruppe zeigten dagegen ein anderes Antwortmuster. Die Angaben über die verschiedenen Arten von Sorgen werden von ihnen nicht gemacht, die Arbelt scheint ihnen ebenfalls langweilig zu sein, jedoch ist dieses nicht so häufig der Fall wie in der Angina pectoris-Gruppe. Schwlerigkeiten im Beruf in den letzten 10 Jahren gaben die Probanden aller Gruppen häufiger an. Alle Probanden in den Gruppen I bis IV fühlen sich an Ihrem Arbeitsplatz nicht wohl. In der Ekg-Infarkt-Gruppe wird diese Angabe dagegen nicht häufiger als In der Kontrollgruppe gemacht.

Betrachtet man diese Ergebnisse, so schälen sich einige interessante Zusammenhänge zwischen KHK und sozialer Situation heraus. Die Immer subjektiv ermittelte Angina peetoris findet sich bei Angestellten häufiger als bei Arbeitern und Beamten. Es liegt nahe, diese Befunde mit dem relativ hohen Diskriminierungsniveau der Angestellten in Hinsicht auf das Schmerzerlebnis in Beziehung zu bringen. Andererseits muß bedacht werden, daß der soziale Status der Angestellten verglichen mit dem der Beamten relativ ungünstig ist. Erhöhter Antrieb und Ungeduld kann man aufgrund der Antworten bei ihnen vermuten. Bei der Symptom-Infarkt-Gruppe stehen eine unglückliche Kindheit, Familien- und Ehesorgen im Vordergrund. Man könnte meinen, aus diesem Variablenmuster zwei verschiedene Persönlichkeitsmuster ableiten zu können. Die psychosozialen Belastungen der Probanden der Gruppe mit möglichem Infarkt begannen schon in der frühen Kindheit, setzten sich dann im Ehe- und Familienverband fort. Über derartige Belastungen klagten die Probanden der Angina pectoris-Gruppe dagegen kaum, sie haben gegenwartsnahe mit dem Beruf verbundene Probleme sowie Sorgen wegen Krankheit. Trotzdem ist ihnen ihre Arbeit nicht abwechslungsreich genug. Es sind un-

beirrbar arbeitende Menschen, die sich selber gerne erbarmungslos antreiben.

#### Zusammenfassung

Bei einer epidemiologischen Herz-Kreislauf-Untersuchung an 1039 Männern (Arbeiter, Angestellte, Beamte) im Alter von 40 bis 59 Jahren fanden sich die bekannten Risikofaktoren der koronaren Herzkrankheit In der Gruppe der Arbelter, verglichen mit Angestellten und Beamten, am häufigsten. Die relative Häufigkeit der diastolischen Hypertonie nimmt mit steigendem relativen Körpergewicht und Anstieg der Cholesterinwerte zu; mlt ansteigender Dauerleistungsfähigkeit ab.

Anhand subjektiver Symptome oder Ekg-Befunde konnten verschiedene Gruppen von Probanden gebildet werden, bei denen der Verdacht auf eine koronare Herzkrankheit bestand. Diese Gruppen unterschieden

sich von einer Kontrollgruppe sowohl in einigen Meßwerten als auch in vegetativen Symptomen und ln sozialen Variablen. Subjektive und objektive Befunde wurden bei den drei Berufsgruppen verschieden häufig gefunden.

#### Literaturverzeichnis Ergebnisse einer Herz-Kreislaufstudie, Verh. dtsch. Gess. inn. Med. 74, 1004,

Vergleichende Darsteilung möglicher Risikofaktoren koronarer Herzkrank-heiten. Arbeitsmed., Sozialmed., Ar-beitshyg. 3, 236, 1968

Medizinische und soziale Befunde bei koronaren Herzkrankheiten, Münchkoronaren Herzkrankheiten. Münch-ner Med. Wochenschrift, 111, 701, 1969

1968

BLOHMKE, M., H. SCHAEFER:

BLOHMKE, M, A. GRUNTZIG, B. KOSCHORRECK,

STELZER: BLOHMKE, M., H. SCHAEFER,

H. ABEL, R. DEPNER, A. GRUNTZIG, B. KOSCHORRECK,

O. STELZER:

Anschr. d. Verf.: Privatdozentin Dr. med. Maria Blohmke, 6900 Heidelberg, Neuenheimer

#### Physik der Atmosphäre und ihr Einfluß auf den menschlichen Organismus\*)

Von K. Burkhart

Wenn man bedenkt, wie groß allein das Gebiet der Physik der Atmosphäre und wie kompliziert und umfassend die Biometeorologie ist, so scheint der Versuch, den riesigen Stoff gerafft durchnehmen zu wollen, als absurd. Man wird daher verstehen, daß nur streiflichtartig auf die wichtigsten Punkte eingegangen werden

Die uns umgebende Lufthülle ist ihrer Zusammensetzung nach eine relativ junge erdgeschichtliche Erscheinung. Ihren heutigen Aufbau verdankt sie elner Entwicklung, die im Erdmittelalter begann und Ursache für die Bildung höher entwickelter Organismen bis zur letzten Stufe, dem homo sapiens, lst. Bekanntlich stammt alles irdische Leben aus dem Wasser. Nicht nur in den Urzeiten, auch heute noch ist dieses Medium nach biologischer Zweckmäßigkeit und Rationalität als günstigster Lebensraum anzusehen. Aufgrund der höheren Dichte des Wassers unterliegt der Meeresbewohner der Schwerkraft nicht in dem Maße wie der Landbewohner. Um sein Gewicht zu tragen, verbraucht dieser ein Drittel seiner Stoffwechselenergie allein, abgesehen davon, daß erst Organe geschaffen werden mußten, welche die Abbauprodukte im Körper zu ungiftigeren Stoffen verarbeiten, als das im Wasser notwendig ist. Während bei den Meeresbewohnern der Abbau des Nahrungseiweißes gewöhnlich beim Ammoniak endet, das wegen der flüssigen Umgebung leicht in Lösung geht und abgeführt werden kann, sind bei den landbewohnenden Lebewesen zusätzliche Enzyme erforderlich, die eine Zerlegung bis zum ungiftigen Harnstoff weiterführen. Das für dle unter Luft lebenden Organismen hinzugekommene Problem, Verdunstungsverluste der Haut in zu großem Maße zu verhindern, mußte von der Natur ebenfalls erst gelöst werden.

Dank ihres innewohnenden, wenn man wiii "göttlichen Willens", jede neue Kombination zu versuchen, um Ihre Mannlgfaltigkelt zu erhöhen, scheute die Natur nicht den schwierigen Schritt, das bisher alles Leben bergende Wasser mit der neuen Umwelt zu vertauschen.

Vortrag anläßilch des B-Kurses für Arbeitsmedizin am 12. Februar 1969 in München.

Voraussetzung dafür war allerdings, die Erdatmosphäre aus dem Urzustand so zu wandeln, daß die Lebensgrundlage für höher entwickelte Organismen möglich war. Der zum Leben auf dem Lande erforderliche intensivere Stoffwechsel verlangte einen höheren Sauerstoffgehalt in der Atmosphäre, Dieser nahm in dem Maße zu, wie die Pflanzenwelt sich entwickelte, vermehrte und Festland bedeckte. Dank Ihrer Fählgkeit, mit Hilfe von Lichtenergie aus Kohlendioxyd und Wasser Stärke unter Freimachung von Sauerstoff zu synthetisieren, war es möglich geworden, die Anteile der Uratmosphäre an mehr reduzlerenden Gasen wie CH4, NH3 und CO2 in eine hauptsächlich stick- und sauerstoffhaltige Lufthülle umzuwandeln. Das gelang um so besser, als das für die Fotosynthese stimulierende UV-Licht für die Flora, die das Festland erobert hatte, hier viel stärker wirkte als Im Wasser. Bei diesem Umwandlungsprozeß wurden zwar den älteren Lebensformen auf der Erde, die Stoffe wie CH4 und CO2 zum Leben brauchten, die Existenzbasis entzogen, doch war nun der Weg für die Entwicklung der sauerstoffverbrauchenden Lebewesen - also neben den Pflanzen selbst, Insbesondere die Tiere - freigegeben. Abbildung 1 zeigt die prozentuale Zunahme von O2 im Laufe der Erdgeschichte.

Daß ich auf die geschichtliche Entwicklung des Aufbaus der uns heute umgebenden Lufthülie besonders einging, hat den Grund in der Tatsache, daß die Zusammensetzung der Luft, vor allem der O2-Gehalt, in biochemischer und blophysikallscher Hinslcht auch heute noch die größte Rolle spielt. Ein Sauerstoffdefizit, wie er im Paläozoikum z. B. herrschte, können wir jetzt errelchen, wenn wir eine größere atmosphärische Höhe aufsuchen oder künstlich den Unterdruck erzeugen bzw. das O2-N2-Gemisch verändern. Dank der logarithmischen Druckabnahme mit der Höhe genügen schon geringe vertikale Veränderungen, um eine Hypoxie an sich selbst verspüren zu können. Jedes Tier hat den für ihn spezifischen Sauerstoffbedarf. Niedrige Organismen nehmen den Sauerstoff über die Haut auf, wogegen höhere Lebewesen dafür Organe wie Klemen

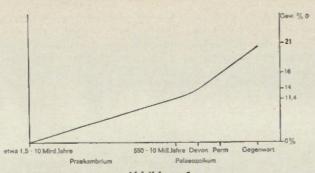


Abbildung 1 Die Zunahme des Sauerstoffanteils in der Erdatmosphäre seit Erzeugung von O2 durch Organismen

und Tracheen entwickelten. Bei noch höher entwickelten Tieren, wie bei den Säugern, genügten auch diese Assimilatoren nicht mehr. Die Lösung von O2 im Wasser reicht z. B. nicht mehr aus, um große im Wasser lebende Säuger, wie Deiphin und Wal, mit genügend Sauerstoff zu versorgen. Nur gasförmiger Sauerstoff, wie er ln der Lufthülie vorkommt, kann über das dafür geschaffene Austauschorgan, die Lunge, die Versorgung von Gehirn, Herz und Kreisiauf der am höchsten entwickelten Lebewesen gewährleisten. Man sieht, daß erst durch Anreicherung der Lufthülie mit Sauerstoff die Voraussetzung für die Entwicklung der höchst wirkungsvoll und rationell arbeitenden Lungen eingeleitet wurde. Auch eine Superlunge hätte zur Zeit des Präkambriums, in der der Sauerstoffanteil etwa elf Prozent betrug - was in der heutigen Atmosphäre elner Höhe von 6000 m entspricht -, nicht ausgereicht, um ein Säugetier mlt O2 zu versorgen.

Wir, die am untersten Rand der in ihrer iebenswichtigen Zusammensetzung so bedeutsamen Lufthüile leben - vergleichsweise zur gesamten Erdmasse geringfügig, sie entspräche bei Verklelnerung der Erdkugel auf Apfelgröße nur einem Hauch -, stehen in positiver und negativer Hinsicht unter ihrem Einfluß. Als Lebensspenderin, wie die Erde selbst, schützt sie die Lebewesen noch vor extraterrestrischen Einfüssen, wie die elektromagnetische und korpuskulare Strahlung. Andererseits zeigt sie sich in rätselhaften Einflüssen auf das ihr anvertraute Leben, die lebensabweisend, ja verderblich sein können. Die Wissenschaften, die sich mit den Erscheinungen der Atmosphäre beschäftigen, ist die Meteorologie und Klimatologie; der Teii, der in Beziehung zur Biologie steht, die Bioklimatologie bzw. die Biometeorologie.

Anfänge bioklimatischen Denkens findet man schon im Schrifttum der Antike. Von HIPPOKRATES, dem Begründer der kiassischen Medizin, über GALEN, PARACELSUS, bis In die Neuzeit unter LEIBNIZ, HUMBOLDT, PETTENKOFER und HELLPACH reicht die Reihe der großen Ärzte und Naturforscher - um nur die hervorragendsten zu nennen -, die sich mit dem Problem der Meteormedizin oder allgemeiner mit der Biometeorologie beschäftigten. Wetter und Klima, aber auch die Strahlung, sei sie solarer oder kosmischer Natur, in ihren rhythmischen Variationen verändern die physikalisch-chemische Umgebung des Organismus. Meist herrscht eine Superposition oder Gesamtwirkung der biotropen Faktoren, die nach Professor LINKE "meteorologischer Akkord" bezeichnet wird. Mit Hilfe der modernen Analysenmethoden läßt sich der Einfluß

der Faktoren wie Luftdruck, Temperatur, Feuchtigkeit und Wind erfassen und in Zusammenhang mit der Pathogenese bringen.

Betrachten wir zunächst die pathogenen Eigenschaften der meteorotropen Faktoren für sich. Wetterbedingte Druckschwankungen entsprechen größtenfalls einem Höhenunterschied von 500 m in Bodennähe. Deshalb können nicht die Ampiituden der Druckänderung, sondern vieimehr deren Zeitintervalie pathogen wirken. Starke Barometerstürze können vor aliem bei Arteriosklerotikern gefährliche Biutdrucksenkungen hervorrufen. Auch Änderungen im gesamten vegetativen Nervensystem können eintreten. Bekannt ist, daß Barometerfall die Stlmmungslage drückt, die Leistungen verschlechtert, aiso sympathikuserregend wirkt, während Luftdruckanstieg andererseits eine entgegengesetzte Wirkung auf den Parasympathikus ausübt.

Geographisch bedingte Luftdruckänderung und die entsprechende Verschiebung des O2-Gehaltes der Luft ist weniger meteorologischer als biophysikallscher Natur. Nach Untersuchungen des Berner Professors U. DUERST ändert sich die Menge an Milchfett bei Rindern paraiiel mit der Meereshöhe, auch soll die Biidung von Blutplasmaeiweiß vom O2-Gehalt abhängen. Die Höhenkrankheit ist eine Folge der Hypoxie, deren Ursache der verminderte O2-Partlaldruck ist. Weder Gesamtdruck noch Stickstoffgehalt spielen eine Rolle, sondern nur der O2-Druck, der proportional mit dem Gesamtdruck fällt oder steigt. Entsprechend ändert sich auch die Sättigung des Im Plasma gelösten Sauerstoffs, die für die O2-Versorgung der Zellen ausschlaggebend ist. Die variierende Sättigung wirkt ferner steuernd auf die anderen Kreislaufelemente wie Pulsfrequenz, Blutdruck und Atemminutenvolumen. Bei abnehmendem O2-Druck und verminderter Hämogiobinsättigung nehmen die Werte der Kreislaufeiemente in entsprechendem Maße zu. Die Kreislaufregulation sucht das Defizit einer Größe durch die Zunahme der anderen Elemente zu kompensieren. Versucht man, die Bezlehung in einem Diagramm darzustellen, so entsteht eine Hyperbel. Abbildung 2 zeigt die Abhängigkeit des Produkts aus Pulsfrequenz, Blutdruckamplitude und Atemminutenvolumen vom O2-Defizit. Das Produkt der genannten drei Faktoren lst dimensionsmäßig eine Leistung pro Zeiteinheit. Abbildung 2 gibt den stark hyperbolischen Anstieg bei einem O2-Defizit von zehn Prozent an. Die Zunahme der Kreisiaufgrößen erfolgt hier nicht nur hyperbolisch, sondern noch exponentiell. Der Grenzwert von 15,9 Prozent (hier wird das Produkt unendlich) oder bei 20,9 - 15,9% = 5% Sauerstoffgehalt der Luft hat dieser die absolut letale Grenze erreicht.

Ein deutlicher meteorologischer Akkord tritt beim Föhneffekt in Erscheinung. Hier wirken Druck-, Temperatur-, Feuchteänderungen in augenscheinlicher Weise ineinander, die zudem noch mit Luftelektrizitäts- und Leitfähigkeitseffekten gekoppelt sind. Der auf der Leeseite von Gebirgszügen auftretende Föhnwind hat seine Ursache in der adiabatischen Erwärmung einer talwärts strömenden Luft, die durch Feuchtigkeitsverlust auf der Luvseite des Gebirges (adiabetische Abkühlung) bereits feuchtarm die Kammlage erreicht (Abb. 3).

Föhnwetter erkennt jedermann an der Lentikularisform der Wolken und Opaleszenz der Luft. Man sagt

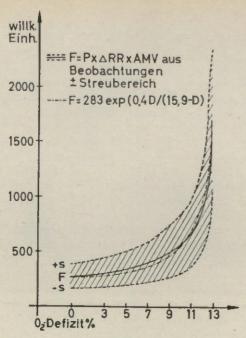
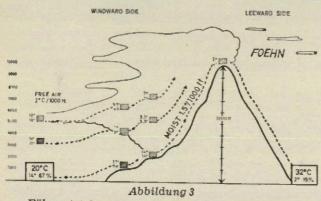


Abbildung 2

Zunahme der wichtigsten Kreislaufparameter (Pulsfrequenz, Blutdruckamplitude und Atemminutenvolumen) als Produkt in Abhängigkeit vom Sauerstoffdefizit (nach K. BURKHART und H. W. KIRCHHOFF)

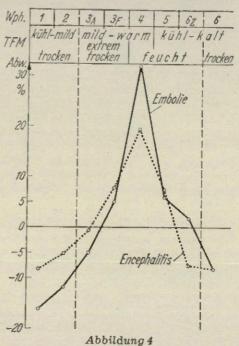


Föhnentstehung auf der Leeseite von Bergen

dem Föhn pathogene Folgen nach: Kopfschmerzen, Unruhe, Depressionen, Herzklopfen, mangelnde Leistungsfähigkeit. Die Wirkungen von Kaffee, Nikotin und Aikohol verstärken sich bei Föhnwetter. Jedoch gibt es nach der Meinung vieler Autoren keine spezifische Föhnkrankhelt. Bemerkenswert ist jedoch, daß die stärkste Wirkung im Prästadium eintritt, daß somit die körpereigenen Rezeptoren auf die Umstellung der Wetterfaktoren in unangenehmer Weise reagieren. Der Durchzug von Grenzschichten oder Fronten verschiedener Luftkörper kann wie die Wetterumstellung auf Föhn Krankheiten ausiösen. Oft treten Diphtherie, Asthma bronchlale, Appendizitis und rheumatlsche Beschwerden simuitan mit Frontdurchgängen auf. Nach DAUBERT treten Hypotonus und gewisse Avitalisierung vorwiegend auf der Vorderseite von Tiefdruckgebieten, hypertonische und vitalisierende Reize auf der Rückseite dieser Gebiete auf.

Er soii hier noch auf das von UNGEHEUER entwickelte und von BREZOWSKY (4) weiter erforschte "Temperatur-Feuchte-Milieu" hingewiesen werden. Es beinhaltet die Beziehung von trockener und feuchter Temperatur, dle sich jeweils in einer streng gesetzmäßigen Form ändern. Tages- und Jahreszelt müssen berücksichtigt werden. Bestimmte Krankheiten haben als biologisch ungünstige Wetterphase die warme Seite, andere die kalte Seite. Die Abbildungen 4 und 5 zelgen die Häufigkeitsvertellung von Embolle und Enzephalitis mit dem Maximum in der feuchtwarmen Phase; derjenige von Koliken und Koronarspasmen in der feuchtkaiten Wetterphase. Todesfälle solien auch ein Maximum in der feuchtwarmen Phase aufwelsen.

Geophysikalische Faktoren, denen man möglicherweise biotrope Einflüsse zuschreiben kann, sind die atmosphärische Elektrizität und die natürliche Radioaktivität. Wegen der größeren Leitfähigkeit von Haut und Gewebe ist der Einfluß des natürlichen statischen Erdfeldes zu vernachiässigen. Die Spannung der durch Reibung der Klelder an der Haut entstehenden Elektrizität ist wesentlich größer. Trotzdem hat ein Expe-



Reaktion auf die warme Seite der biologisch ungünstigen Biosphäre

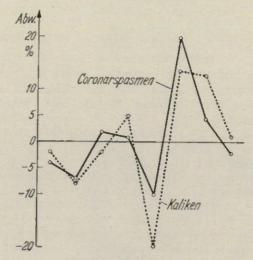


Abbildung 5 Reaktion auf die kalte Seite der biologisch ungünstigen Biosphäre

riment mit dem Goidhamster Interesse hervorgerufen. Erzeugt man über einem Hamsternest ein elektrisches Feld, dessen Stärke nur 1-9 V/cm beträgt — die Frequenz spielt keine Rolle —, so verlegen die Hamster nach kurzer Zeit das Nest außerbalb des Feldes, d. h., ein elektrisches Feld kann bei manchen Tieren Unlust-

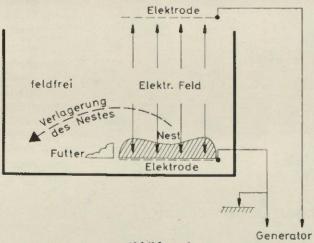


Abbildung 6 Nestverlagerung in den feldfreien Raum des Goldhamsters

gefühle hervorrufen (Abb. 6). So wird berichtet, daß bestimmte Personen, die sich lange Zeit in der Nähe eines Radiosenders aufhalten, Kopfschmerzen, Depressionen und ähnikhe Maialsen bekommen. Diese Symptome gehören zu dem Komplex des "short-wave-hangover"-Phänomens bel zu langer Diathermieeinwirkung. So ist es daher möglich, daß rasche Änderungen des atmosphärischen Feldes, die sich als elektromagnetische Wellen ausbreiten, sogenannte "Sferics" — ihre maxlmale Frequenz reicht allerdings nur bls 10 kHz -, fähig sind, gewisse Chemorezeptoren zu stimulieren, wenn ihre Amplituden über dem Schwellenreiz liegen. Primäre physiochemische Reaktionen sind jedoch ausgeschlossen. Steht eine Energiedichte von 10-10 W/cm2 im ungünstigsten Fall zur Verfügung, so ist diese 2,5 Miliionen mal größer als vergleichsweise die Energiedichte, die nötig ist, um einen optischen Eindruck im Auge zu hinterlassen (4 · 10—17 W/cm²). Da die Stimulation der Chemorezeptoren nur bei wenigen und dafür sensitiven Personen gilt, muß also die Empfindlichkeitsschwelle des Gewebes auf Sferics in der Größenordnung von und mehr als 10-10 W/cm2 liegen.

Der Potentialgradient korrellert stark mit dem Staubgehalt der Luft. Dabei spielen noch die Homogenität des Aerosols (Teilchengröße der Ionen) und Windgeschwindigkeit eine große Rolle. Anderungen des Potentialgradienten werden auch von Raumladungen hervorgerufen, wie der Lenardeffekt beim Versprühen von Wasser oder die Entstehung von Reibungselektrizität von Eiskristailen. Der Potentialgradient ist vorwiegend negativ bei Dauer- oder Nieselregen und positiv bei Schneefall, somit läßt sich von einer strengen Korrelation zwischen den temporären Änderungen des elektrostatischen Feldes und des Wetters sprechen. R. REI-TER (5) bestimmte den Korrelationskoeffizienten aus den Angaben von Beinamputierten über Schmerzhäufigkeit und -intensität mlt dem Störungspegel des elektrischen Feldes und fand den hohen gesicherten Wert von 0,87 ± 0,01. Auch Korrelationen mit Reaktionszeiten, die paraliel mit der Unfallziffer laufen, ergaben hohe Koeffizienten. Es ist auch bekannt, daß Blitzschläge elektromagnetische Wellen auslösen, wobei das Nahfeld hohe Intensität, aber niedrige Frequenz aufweist, dagegen das Fernfeld über 1 km mit hohen Frequenzen besetzt ist, die allerdings in der Atmosphäre stark absorbiert werden.

Zu den elektromagnetischen Wellen gehört auch der extrem kurzwellige Teil, die UV-Strahlung, die entsprechend ihrer verschiedenen biologischen Wirksamkeit in einen lang-, mittel- und kurzwelligen Bereich unterteilt wird. Der UV-A-Bereich zwischen 0,3 und 0,4 µ kann das Direktpigment in der Haut bilden. UV-B zwischen 0,32 und 0,28 µ kommt die größte Bedeutung zu, weil es nicht nur Pigment, sondern auch Erythem bildet. UV-C-Strahlung kommt in Bodennähe keine Bedeutung zu, da es bereits in 20 bls 50 km Höhe absorbiert wird und die Ozonschicht blldet. Die Hornschicht der Haut ist mit einer Art Strahlenfilter zu vergleichen, der UV-Strahlung unterhalb 0,32 µ absorbiert. Bei der Erythembildung entsteht in der Epidermis Histamin oder ein histaminähnlicher Stoff. Durch Diffusion dieser Stoffe in Gewebstiefe kommt es zu Gefäßerweiterung und Austritt von Blutflüssigkeit.

Zum Schluß soli der Einfluß der kosmischen Strahlung auf den Organismus betrachtet werden. Zwel Arten kosmischer Strahlung sind zu unterscheiden:

die galaktische
 die solare

Korpuskularstrahlung

Die primäre galaktische Strahlung setzt sich aus 86 Prozent Protonen, 12,5 Prozent Heliumkernen und zu einem kleinen Prozentsatz aus schweren Kernen zusammen. Ferner besteht eine schwacher Eiektronenfluß, der zwei bis drel Prozent des Protonenflusses ausmacht. Die galaktische Strahlung fällt gleichmäßig am Atmosphärenrand ein, sie unterliegt keinen zeitlichen Schwankungen. Dagegen besteht die solare Korpuskelstrahlung aus dem solaren Wind und den Flares; in beiden Fällen sind die Bestandteile Protonen und im geringeren Maße α-Teilchen. Während beim solaren Wind die Maximalenergie 6×107 eV nicht überschreitet, kommen bei den Flares Energien bis zu 1010 eV vor. Manchmai übersteigt die Strahlungsenergie der Flares die Intensität der galaktischen Strahlung, vor allem zur Zeit der Sonnenfleckenmaxima. Wie diese ist die Stärke des solaren Windes dem eifjährigen Zyklus unterworfen. Beim Zusammenstoß der galaktischen und solaren Partikelstrahlung mit den E-Schalen der neutralen O- und N-Atome, werden positive Ionen und Elektronen erzeugt. Diese energiereiche primäre Strahlung kann auch aus den Atomkernen Protonen und Neutronen herausschlagen. Von den Sekundärprodukten sind die Pionen am wichtlgsten. Sie werden entweder absorbiert oder zerfallen in andere Teilchenarten. Während in zehn Kilometer Höhe die Elektronen den stärksten Anteil haben, herrschen im Bereich des Überschallfluges die Protonen und Neutronen vor.

Dem Magnetfeld der Erde ist es zu verdanken, daß die einfallenden Partikel abgelenkt werden und nur Teilchen mit einer bestimmten Energie bis zur Erde vordringen können. Diese sogenannte Cutoff-Energie ist am Pol Nuli, am Äquator mit 15×10° eV am größten.

Die Schädigung des menschlichen Gewebes durch die ionlsierende Strahlung besteht auf der Erzeugung von

Ionen und freien Elektronen in den Zellen, die Veränderungen an den Makromolekülen herbeiführen können. Dabei ist die schädigende Wirkung um so grö-Ber, je mehr Ionenpaare pro Gewichteinheit im Gewebe erzeugt werden. Die Ionisationsdichte ist proportional dem Quadrat der elektrischen Ladung und umgekehrt proportional dem Geschwlndigkeitsquadrat. Ohne hier weiter ins Detail zu gehen, soll noch die Strahlendosis mitgeteilt werden, die eine Flugbesatzung eines Überschallflugzeuges erhält, wenn sie 50 Stunden im Monat im Einsatz ist. Selbst im umgünstigsten Fall beträgt die Dosls nur 40 Prozent der zulässigen Dosis von 5 rem/h (1 rem = QF × 100 erg/g). QF ist ein Qualitätsfaktor, der der Toxizität Rechnung trägt.

Mit diesem Bericht wurden nur Teilgebiete der Physik der Atmosphäre gestreift, ebenso konnte nur ein kleiner Einblick ihres großen Einflußbereiches auf den menschlichen Organismus gegeben werden.

#### Literaturverzelchnis

Wandel der Erdarten und der Ent-wicklung des Lebens, n+m, H. 24, 1. E. F. VANGEROW:

2. aus Dietmar ASSMANN: Die Wetterfühligkeit des Menschen, Gustav-Fischer-Verlag, Jena 1963

3. KIRCHHOFF/BURK-Komb. Unters. v. Krelsi. u. Atmg. b. diff. 0:-Mangel, Arztl.-Forschg. H. 10, Jhrg. XIX HART:

4. H. BREZOWSKY: Wetter, Klima u. menschl. Bef. Störungen, Der Landarzt, H. 8,

44. Jhrg. 5. R. REITER:

Atm. Electricity and Nat. Radio-activity, Medicai Climatology, Capt. 10, Vol. 8

Strahl. Bel. d. d. kosm. Strahlg. im Höhenbereich d. Überschaliflug-6. O. C. ALLKOFER: verkehrs

Anschr. d. Verf .: Dr. rer. nat. K. Burkhart, Regierungsdirektor am Flugmedizinischen Institut der Luftwaffe, 8080 Fürstenfeldbruck

#### Begriffe der amtsärztlichen Begutachtung\*)

Von Hans Eichinger

Das mir gestellte Thema "Begriffe der amtsärztlichen Begutachtung" möchte ich nicht nur deshalb einengen, well die Fülle des Stoffes und die Trockenheit der Materie die Geduld meiner verehrlichen Zuhörer überfordern würde, nein, auf dem Gebiete des Bundesseuchengesetzes wurden die wesentlichen Begriffe durch die bekannte Ministerialentschließung erläutert und auch alle die Teilgebiete des amtsärztlichen Dienstes, in denen eine Begutachtung von Einrichtungen, Plänen usw. erfolgt, darf ich außer acht lassen und will mich beschränken auf die Begriffe, die täglich bei der Untersuchung von Personen in der schriftlichen, sachverständigen Würdigung der getroffenen Feststellungen verwendet werden

Während das ärztliche Zeugnis nur Wahrnehmungen medizinischer und ärztlichberuflicher Natur an der untersuchten Person bezeugt und über diese Bekundung von ärztlichen Feststellungen nicht hinausgeht, enthält das ärztliche Gutachten neben den ärztlichen Feststellungen (Ergebnis der Erhebung der Krankheitsvorgeschichte, Befunderhebung und Diagnosenstellung) in einem gutachterlichen Urteil

die Art der gestellten Diagnose und die begründete Deutung der Diagnose aus der Befunderhebung, die aus dem gesamten ermittelten medlzinischen Sachverhalt und Tatbestand gezogenen Schlußfolgerungen und vor allem die Beantwortung der von der Auftragsbehörde gestellten Fragen.

Bei der Begutachtung eines Beamten oder anderen öffentlichen Bediensteten bezieht sich die Fragestellung auf Zustände der

Gegenwart, z. B. Dienstfähigkeit oder Unfähigkeit, der

Vergangenhelt, z. B. der Feststellung der durch einen Dienstunfall verursachten Minderung der Erwerbsfähigkeit, und der

Zukunft bei der Beurteilung der Befählgung und Eignung beim Eintritt In den öffentlichen Dienst.

Die ärztlicherseits festzustellende Dienstfähigkeit umfaßt die objektive Dienstfähigkeit, d. h. die Fähigkeit des Untersuchten zu dienstlichen Verrichtungen und Tätigkeiten, die den körperlichen und geistigen Kräften entspricht und die subjektive Dienstfähigkeit, die überwiegend durch die bisherige Laufbahn und die in dieser gezeigten Leistungen bestimmt wird. Medizinisch erklärt wird sie durch die Funktionsdiagnose, wie sie sich in der Rentenversicherung bewährt hat und die das Leistungsvermögen bzw. die durch Art und Schwere des Krankheitsbefundes bedingte Leistungseinengung kennzeichnet.

Als wesentlicher Unterschied gegenüber der angeführten Rentenversicherung ist bei der Beurteilung eines Beamten zu prüfen, ob er noch imstande ist, seine Dienstgeschäfte zu verrichten. Die Untersuchung muß verständlicherweise das körperliche und geistige Leistungsvermögen aufdecken. Dabei ergeben sich je nach der Dienstlaufbahn und -stellung erhebliche Unterschiede in den Anforderungen.

Die Begutachtung der Eignung für eine bestimmte Tätigkeit setzt naturgemäß nicht nur medizinische Kenntnisse voraus, sondern auch Kenntnisse über die betreffende Dienstlaufbahn, die in einzelnen Sondervorschriften erläutert sind. Ist bel der Beurteilung eines Beamtenanwärters eine gutachtliche Äußerung gefordert, ob mit dem vorzeitigen Eintritt dauernder Dienstunfähigkeit zu rechnen ist, müssen wir uns darüber klar sein, daß dabei eine Prognose zu stellen ist, die in vielen Fällen ein hohes medizinisches Fachwissen erfordert und deren Schwierigkeiten gelegentlich vom Laien, und hierzu zähle ich auch die Personalreferenten der Einstellungsbehörden, nicht erfaßt werden kann. Gerade in den letzten Jahren, in denen der prophylaktischen Medizin größere Aufmerksamkeit zugewendet wurde, ist eine Fülle von Veröffentlichungen über prämorbide Zustände erschienen, die die gewissenhafte Beantwortung der Frage über das zukünftige Lebensschicksal eines Untersuchten u. U. sehr schwierig machen können; gilt es doch in vielen Fällen bei Untersuchungsergebnissen, die von der Norm abwei-

<sup>°)</sup> Vortrag anläßlich der Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins e. V. am 18. Oktober 1968 in Augsburg.

chen, zu entscheiden, ob es sich um belanglose funktionelle Störungen des Augenblickes der Untersuchung handelt, oder ob die Vorläufer z. B. einer ernsten Gefäßerkrankung vorliegen, die die Lebenserwartung erheblich verkürzen und damit auch die Möglichkeit des Eintrittes der vorzeitigen Dienstunfähigkeit zu bejahen zwingen. So erfreulich der Ermessungsspielraum des begutachtenden Amtsarztes einerseits ist, wird andererseits doch bei dem Fehlen von Richtlinien, wie sie z. B. die Bundespost aufgestellt hat, eine unterschiedliche Beurteilung des gleichen Sachverhaites durch verschiedene Gutachter unvermeidlich sein und für den Betroffenen u. U. eine Quelle persönlicher Verärgerung darstellen.

Die Begutachtung der öffentlichen Bediensteten bei Dienstunfällen und die Feststellung der MdE erfolgt nach den Gesichtspunkten des allgemeinen Arbeitsmarktes, entspricht also voll den Verhältnissen der Unfallversicherung. Ich meine, daß dabei dem Begrlff des Unfalles nicht immer die notwendige Aufmerksamkeit geschenkt wird, und daß deshalb manche belangiose Gesundheitsstörungen fälschilcherweise ais Unfallfolgen angesprochen werden und dann in der Folgezeit erhebliche Schwierigkeiten bel der Begutachtung auslösen. An vorliegenden Körperschäden sind in der Regel mehrere Bedingungen ursächlich beteiligt, deren Wertigkeiten zu klären sind. Häufig wird die Schwere des Unfaliereignisses gegenüber anderen Ursachen überschätzt. Zeitpunkt, Art und Zeitdauer der Unfalleinwirkung sind bei der Kiärung des Unfallzusammenhanges angeblicher Dienstunfäile besonders kritisch zu prüfen. Ich denke hier vor aliem an die in der Unfallversicherung schon viel bekannten sogenannten Unfailfoigen am Kniegelenk und an der Wirbelsäule, bei denen eine vorschnelie Anerkennung eines Unfalls es später fast unmöglich macht, degenerative Veränderungen als solche zu bezeichnen und den Unfailzusammenhang zu verneinen.

Bei dieser Begutachtungsart kommen wir nun zum Begriff der Erwerbsminderung und der Erwerbsunfähigkeit. Versuchen wir, den Begriff Erwerbsunfähigkeit von der sprachlichen Seite her zu deuten, so läßt sich sagen, daß die Unfähigkeit, etwas zu tun, jede, auch die kleinste Fählgkeit, ausschließt: Ist jemand unfähig zu sprechen, so kann er kein Wort reden, ist einer unfähig zu gehen, kann er keinen Schritt tun. Dementsprechend bedeutet sprachlich Erwerbsunfähigkeit, daß der Betroffene nichts erwerben kann.

Diesem Begriff am nächsten kommt die Lohnsteuerdurchführungsverordnung 1968 des Bundesministers der Finanzen, die in Nr. 45 a 2 sagt: "Eine nur teilweise Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit des Kindes genügt nicht. Es muß völlig erwerbsunfähig sein. Völlige Erwerbsunfähigkeit ist anzunehmen, wenn die Erwerbsfähigkeit um mehr als 90 Prozent gemindert ist. Eine dauernde Erwerbsunfähigkeit liegt vor, wenn keine Aussicht besteht, daß das Kind in absehbarer Zeit seine Erwerbsfähigkeit in vollem oder beschränktem Umfang wiedererlangt."

Ganz anders lautet die Definition des Begriffes der Erwerbsunfähigkeit im Sinne des LAG. § 265 besagt, daß erwerbsunfähig ist, wer außerstande ist:

1. wegen Krankheit oder Gebrechen

#### Die Deutsche Universität in Prag

#### Dle letzten 100 Jahre ibrer Medizlnischen Fakultät

von Dr. Walther Koerting

ist als Band 11 erschienen. 301 Seiten, 33 Abbiidungen broschlert.

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

- 2. durch eine Tätigkeit, die seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht und
- ihm unter biliger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufes zugemutet werden kann
- 4. die Häifte dessen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Menschen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derseiben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen.

Dieser Begriff der Erwerbsunfähigkeit ist fast wörtlich dem neueren Invaliditätsbegriff des § 1254 RVO nachgebildet, der bei der Neuregelung der Rentengesetze 1957 durch den Begriff der Berufsunfähigkeit ersetzt wurde.

§ 1246 RVO n. F. besagt, daß berufsunfähig ein Versicherter lst, dessen Erwerbsfähigkelt Infoige von Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fählgkeiten herabgesunken ist.

Ausdrücklich hat das Bundesverwaltungsgericht in einem Urteil gesagt: "Dabei soliten EM-% tunlichst nicht angegeben werden, da die Beurteilung sich nicht auf die Einsatzfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bezieht." Wenn das Gesetz also von der Lohnhäifte spricht, ist dies nicht gleichbedeutend mit einer EM von 50 Prozent.

Daß der Begriff der Erwerbsminderung und der Erwerbsunfähigkeit miteinander verwechseit werden und von den Lastenausgieichsämtern teilweise eine völlig falsche Frage gestellt wird — liegt eine MdE von 50 Prozent vor? — ist darauf zurückzuführen, daß auch die Kommentare zum LAG mit diesen Begriffen sehr großzügig umgehen und der Kommentar "Die Gesetzgebung über den Lastenausgleich" zum § 265 unter Ziff. 2 a z. B. sagt, "der Hundertsatz der verlangten Erwerbsunfähigkeit — mehr als 50 Prozent — entspricht dem Sozialversicherungsanpassungsgesetz". Einen Hundertsatz einer Unfähigkeit kann es aber nicht geben.

Im Amtlichen Mitteilungsblatt des Bundesausgleichsamtes, Nr. 11, Seite 294, wird unter Ziff. 5 a gesagt (2.): "Die Ausgleichsbehörden sind an die in ärztlichen Gutachten angegebenen Von-Hundert-Sätze der im Einzelfall angenommenen Minderung der Erwerbsunfähigkeit

#### 22. Bayerischer Ärztetag

vom 17. bis 19. Oktober 1969 in Amberg

nlcht gebunden." Es handelt sich hier wohl um einen Druckfehler, wenn auch im allgemeinen wünschenswert ist, daß eine Unfähigkeit sich mindere.

Schwierigkeiten bereitet auch in den Begutachtungen immer wieder der Begriff der Pflegebedürftigkelt, weil hier nicht nur von Organisationen, sondern auch von Lastenausgleichsämtern die laienhafte Meinung vertreten wird, daß das Unvermögen, z. B. selbst Wasser von einer aus der Wohnung entfernten Zapfstelle zu holen, die Wohnung zu säubern, Lebensmittel einzuholen und zuzubereiten, bereits Pflegebedürftigkeit bedingt. Pflegebedürftigkeit liegt aber nur vor, wenn der Betroffene nicht mehr in der Lage ist, zahlreiche Verrichtungen des täglichen Lebens selbst auszuführen. Diese Verrichtungen des täglichen Lebens beginnen z. B. beim Aufstehen, bei der Körperreinigung - waschen, Hilfe im Bad -, beim Ankleiden, und beinhalten auch die Hilfe beim Essen - Vorschneiden der Speisen, gegebenenfalls Eingeben der Speisen -, Hilfe bei der Verrichtung der Notdurft, Überwachung bei Verwirrtheit, gegebenenfalls Hilfe bei Anfallsleiden. Die Hilfe bei einer einzigen Verrichtung, wie z. B. das Helfen beim Anziehen von Strümpfen oder Schuhen, oder auch die Hilfe bei einem hochbetagten Menschen beim Besteigen und Verlassen elner Badewanne, genügen noch nicht, um Pflegebedürftlgkeit als gegeben anzusehen.

Die Formulierung im LAG "infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen so hllflos sind, daß sie nicht mehr ohne fremde Wartung und Pflege bestehen können", besagt, daß der Betreffende der fremden Hilfe für die Verrichtungen des täglichen Lebens ln regelmäßiger Wiederkehr (wenn auch nicht täglich) und in erheblichem Umfang bedarf. Die Hilflosigkeit muß nicht ununterbrochen bestehen, sie muß aber In bestimmten Zwischenräumen mit einer gewissen Regelmäßigkeit auftreten. Der Begriff Wartung und Pflege muß als einheitlicher Begriff aufgefaßt werden (Landesverwaltungsgericht Hannover II vom 10. 5. 1957). Das Bundesverwaltungsgericht hat mit Urteil vom 4, 7, 1960 aber ausgeführt, daß eine Pflegezulage auch dann gewährt werden kann, wenn das Verrichten von schweren Hausarbeiten zu einer Verschlimmerung des bestehenden Leidens führen und daraus dauernde Pflegebedürftigkeit resultieren würde.

Psychisch Kranke, die selbst- oder gemeingefährlich sind, bedürfen der ständigen Wartung und Pflege. Bei Anfaliskranken müssen die Anfälle ständig drohen, um die dauernde Wartung und Pflege zu rechtfertigen, drohen sie nur selten, llegt eine Pflegebedürftigkeit nicht vor.

Bel einer Gutachtertätigkelt für das Sozialhilfeamt muß sich der Amtsarzt mit all den weiteren Begriffen, die ln der RVO üblich sind, befassen. In erster Linie einmal der Arbeitsfähigkelt bzw. -unfähigkeit. Dabei wäre besonders darauf hinzuweisen, daß dieser Begriff der Krankenversicherung sich auf die letzte Tätigkeit des Versicherten bezieht und nicht auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. Schwierigkeiten ergeben sich, wenn dieser Begriff sich nicht deckt mit den Erfordernissen des AVAVG - der Vermittlungsfähigkeit. Bei diesem Begriff lst nicht nur das Lelstungsvermögen, welches vom Arzt zu begutachten ist, ausschlaggebend, sondern auch die Bereitschaft, ein Beschäftigungsverhältnis anzunehmen, die Möglichkeit, einen Arbeitsuchenden mit vermindertem Leistungsvermögen auf dem vorliegenden Arbeltsmarkt unterzubringen, der örtlich sehr verschieden sein kann, zu prüfen. Es muß also ein bei der Sozialhilfeverwaltung Hilfesuchender, der vom Arbeitsamt als nicht vermittlungsfähig bezeichnet wurde, in seinem Leistungsvermögen so beelnträchtigt sein, daß er nicht irgendeine Beschäftigung aufnehmen kann.

Die Frage nach der "Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit" ist hier in weitestem Sinne aufzufassen als die Fähigkeit, den Lebensunterhalt ganz oder auch teilweise selbst zu verdienen.

Bei der Feststellung, ob der Hilfsbedürftige er werbsunfähig lst — eine Voraussetzung für die Gewährung des sogenannten Mehrbedarfs —, ist die Definition der RVO maßgebend. Der Betreffende muß außerstande sein, auf nicht absehbare Zeit eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit auszuüben oder
nicht mehr als nur geringfügige Einkünfte zu erzielen. Im allgemeinen fordert man, daß der Betreffende auch 2—3 Stunden täglich nicht mehr arbeiten
kann. Bei selbständigen und mitarbeitenden Famllienmitgliedern kann man sich orientieren an der Frage,
ob die Arbeit, die der Betreffende noch lelsten kann,
einen wirtschaftlichen Wert hat.

Auf die in der Tuberkulosehilfe immer wieder auftretenden Begriffe: Tbc-gefährdet, bedroht, aktive und ansteckungsfähige Tuberkulose, braucht hier nicht weiter eingegangen zu werden.

Wie aus dem Vorangegangenen ersichtlich ist, muß sich der Amtsarzt in seiner Gutachtertätigkeit mit vielen Begriffen beschäftigen, die z. T. leider, je nach Auftraggeber, verschieden definiert werden. Auch wenn sich der Gutachter über diese Definitionen klar ist, entstehen ihm oft Schwierigkeiten aus der falschen Fragesteilung der ersuchenden Behörde. Klar ersichtlich dürfte auch aus dem Gesagten sein, daß der Amtsarzt in seiner amtsärztlichen Gutachtertätigkei sich in großem Umfang mit den Begriffen der Sozialversicherung auseinandersetzen muß und Kenntnisse auf diesem Gebiet nur durch eine Gutachtertätigkeit in den verschiedenen Zweigen der RVO erwerben kann.

#### Literatur

"Amtilche Gutachtertätigkeit" von W. JEBBINK und C. L. P. TRÜB, H. CHOMSE; "Das ärztliche Gutachten in der Sozialversicherung" von K. KOHLHAUSEN, H. FUSS.

Anschr. d. Verf.: Obermedizinalrat Dr. med. Hans Eichinger, 8360 Deggendorf, Staatliches Gesundheitsamt

575

#### Tarifverträge für Arzthelferinnen

Die Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße I, gibt folgende am 26. März 1969 in Düsseldorf abgeschlossenen Tarifverträge für Arzthelferinnen bekannt:

#### Manteltarifvertrag

Zwischen der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1, und

...\*)

wird folgender Manteltarifvertrag geschlossen:

#### § 1

#### Geltungsbereich

- (1) Dieser Tarifvertrag gilt für Arzthelferinnen, die im Bundesgebiet und Im Lande Berlin in den Praxen niedergelassener Ärzte tätig sind.
- (2) Arzthelferinnen im Sinne dieses Tarifvertrages sind die Angestellten, deren Tätigkeit dem Berufsbild der Arzthelferin entspricht und die entsprechende Prüfung vor der Ärztekammer bestanden haben.
- (3) Bei einer Beschäftigung mit einer geringeren als der in § 7 festgelegten regelmäßigen Arbeitszeit, mindestens jedoch durchschnittlich 20 Stunden in der Woche, gilt dieser Tarifvertrag entsprechend.
- (4) Dieser Tarifvertrag gilt sinngemäß auch für Arzthelferin-Lehrlinge.

#### § 2

#### Arbeitsvertrag

Der Arbeitsvertrag wird schriftlich abgeschlossen; der Arzthelferin ist eine Ausfertigung auszuhändigen. Nebenabreden sind nur wirksam, wenn sie schriftlich vereinbart werden. Vereinbarungen im Arbeitsvertrag, die Bestimmungen dieses Tarifvertrages einschränken, sind unwirksam.

#### § 3

#### Probezeit

Die ersten drei Monate der Beschäftigung gelten als Probezeit. Sie entfällt, wenn die Arzthelferin in unmittelbarem Anschluß an ein erfolgreich abgeschlossenes Lehrverhältnis in derselben Praxis eingestellt wird.

#### 8 4

#### Allgemeine Pflichten der Arzthelferin

Die Arzthelferin hat die ihr übertragenen Dienstobliegenheiten gewissenhaft wahrzunehmen und ihr Verhalten den besonderen Verhältnissen der ärztlichen Praxis anzupassen.

#### § 5

#### Schweigepflicht

Die Arzthelferln ist zur Verschwiegenheit verpflichtet. Sie hat insbesondere alle Praxlsvorgänge sowie den Personenkreis der Patienten geheimzuhalten. Dies gilt auch nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses.

#### 8 6

#### Arztliche Untersuchungen

- (1) Die Arzthelferin hat auf Verlangen vor ihrer Einstellung durch das Zeugnis eines anderen Arztes nachzuweisen, daß gegen ihre Beschäftigung keine gesundheitlichen Bedenken bestehen.
- (2) Der Arbeitgeber kann bel gegebener Veranlassung durch einen anderen Arzt feststellen lassen, ob die Arzthelferin dienstfähig oder frei von ansteckenden oder ekelerregenden Krankheiten ist. Von der Befugnis darf nicht willkürlich Gebrauch gemacht werden.
- (3) Die Kosten der Untersuchungen nach Absatz 1 und 2 trägt derjenige, der die Untersuchungen wünscht.
- (4) Aus Gründen der Gesundheitspflege und zur Verhütung von Berufserkrankungen sind Arbeitgeber und Arbeitnehmer verpflichtet, die zum Schutze der Arzthelferin notwendigen, mindestens aber die gesetzlich vorgeschriebenen ärztlichen Untersuchungen vornehmen zu lassen.

#### \$ 7

#### Arbeitszeit

- (1) Die regelmäßige Arbeitszeit beträgt ausschließlich der Pausen durchschnittlich 44 Stunden wöchentlich.
- (2) Beginn und Ende der täglichen Arbeitszeit richten sich nach den Erfordernissen der Praxis. Die Bestimmungen der Absätze 3 und 4 bleiben unberührt.
- (3) Läßt sich eine durchgehende Arbeitszeit nicht einrichten, so ist der Arzthelferin nach Möglichkeit eine zusammenhängende Mittagspause von anderthalb Stunden zu gewähren.
- (4) Die wöchentliche Arbeitszeit soll auf die einzelnen Wochentage so verteilt werden, daß in jeder Woche ein zusammenhängender halber Tag arbeitsfrei bleibt und daß die Nachmittage an Sonnabenden und am Tage vor Weihnachten und Neujahr freibleiben.
- (5) Der Arbeitgeber ist berechtigt, die Arzthelferin an den Tagen, an denen er selbst zum Notfalldienst eingeteilt ist, auch außerhalb der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit zu beschäftigen. Besteht für einen Arbeitgeber kein geregelter Notfalldienst, so findet diese Bestimmung sinngemäß Anwendung. Die Entgeltregelung für die dabei geleistete Mehrarbeit richtet sich nach § 8.
- (6) Für Jugendliche gelten die Vorschriften des Jugendarbeitsschutzgesetzes in der jeweiligen Fassung.

#### \$ 8

#### Mehr-, Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit

(1) Als Mehrarbeit gilt die über die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit (§ 7) hinaus geleistete Arbeit, soweit innerhalb eines Zeitraums von längstens drel Wochen keine entsprechende Freizeit gegeben wird. Sonntagsarbeit ist die an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen in der Zeit von 0 bis 24 Uhr geleistete Arbeit. Als Nachtarbeit gilt die Arbeit, die in der Zeit von 21 bis 6 Uhr geleistet wird.

<sup>\*)</sup> Es wurden drei gleichlautende Tarifverträge abgeschlossen mit der Deutschen Angestelltengewerkschaft, Bundesvorstand, Hamburg 36, Karl-Muck-Platz 1, dem Verband der weiblichen Angestellten e. V., Hauptverwaltung, Hannover, Arnswaldstraße 12—14, dem Berufsverband der Arzthelferinnen e. V., Bundesvorstand, Kempen/Niederrhein, Meisenweg 2

(2) Die Höhe der Zuschläge für Mehr-, Sonntags-, Felertags- und Nachtarbeit wird in dem Gehaltstarifvertrag festgelegt.

\$ 9

#### Arbeltsversäumnis

- (1) Persönliche Angelegenheiten hat die Arzthelferin unbeschadet der Bestimmungen des § 16 außerhalb der Arbeitszeit zu erledigen. Ein Fernbleiben von der Arbeit Ist nur mit vorheriger Zustimmung des Arbeitgebers gestattet. Kann diese Zustimmung den Umständen nach vorher nicht eingeholt werden, so ist der Arbeitgeber unverzüglich über die Gründe des Fernbleibens zu unterrichten.
- (2) Arbeitsunfähigkeit lst unverzüglich anzuzeigen. Spätestens drei Kalendertage nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit hat die Arzthelferin eine Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit und ihre voraussichtliche Dauer vorzulegen.
- (3) Bleibt eine Arzthelferin ohne Erlaubnis oder ohne hinreichende Entschuldigung der Arbeit fern, so verliert sie für die Dauer des Fernbleibens den Anspruch auf das Gehalt.

#### § 10

#### Gehaltsfortzahlung in besonderen Fällen

Die Arzthelferin hat bei unverschuldeter Arbeitsversäumnis infolge eines In ihrer Person liegenden Grundes sowle bei durch Unfall verursachter Arbeitsunfählgkeit Anspruch auf Fortzahlung des Gehaltes bis zum Ende der sechsten Woche.

#### \$ 11

#### Vergütung

- (1) Die Vergütung richtet sich nach den Berufsjahren der Arzthelferin und der Ortsklasse des Dienstortes.
- (2) Die Berufsjahre zählen von dem Zeitpunkt an, in dem der Arzthelferin von der Ärztekammer der Helferinnenbrief (Abschlußzeugnis) erteilt wurde. Die Ortsklasse richtet sich nach dem Ortsklassenverzeichnis, das im öffentlichen Dienst angewandt wird.
- (3) Die Bezüge werden monatlich, und zwar am letzten Tage des Monats, gezahlt. Fällt der Zahlungstag auf einen Sonn- oder Feiertag, so sind die Bezüge spätestens am davorliegenden Arbeitstag auszuzahlen.
- (4) Auf Spltzenbeträge kann die Arzthelferin zur Ersparnis von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Arbeitgeber verzlehten. Bei Minderjährlgen ist hierzu die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters erforderlich.
- (5) Die Höhe der Vergütung wird in einem gesondert abzuschließenden Gehaltstarifvertrag geregelt.

#### § 12

#### Teilzeitbeschäftigung

Nicht vollbeschäftigte Arzthelferinnen, die unter diesen Tarifvertrag fallen (§ 1 Abs. 3), erhalten von der Vergütung, die für vollbeschäftigte Arzthelferinnen festgelegt ist, den Teil, der dem Maß der mit ihnen vereinbarten Teilzeit entspricht (pro Stunde 1/191 des jeweiligen Monatsgehalts).

#### § 13

#### Schutzkieidung

Für besonders schmutzige Arbeiten lst der Arzthelferln Schutzkleidung auf Kosten des Arbeitgebers zu stellen. Die sonstige Schutzkleidung, Insbesondere weiße Kittel und Schürzen, stellt die Arzthelferin. Die Kosten für die Reinigung der Schutzkleldung trägt der Arbeitgeber.

#### § 14

#### Sachbezüge

Für die Gewährung von Kost und Wohnung sind die aufgrund des § 160 Abs. 2 Reichsversicherungsordnung in den Ländern festgesetzten Bewertungssätze anzurechnen, jedoch nicht mehr als die Hälfte des Gehaltes.

#### § 15 Urlaub

- (1) Die Arzthelferin hat in jedem Kalenderjahr Anspruch auf bezahlten Urlaub. Der Urlaub soll unter Berücksichtigung der Belange der Praxis und der Wünsche der Arzthelferin nach Möglichkeit zusammenhängend gewährt werden.
- (2) Der volle Urlaubsanspruch wird erstmalig nach sechsmonatiger Tätigkeit in derselben Praxis erworben.(3) Die Urlaubsdauer beträgt:
- nach Voilendung des 19. Lebensjahres 22 Werktage, vom 30. Lebensjahr an 24 Werktage.
- (4) Arzthelferinnen, die regelmäßig und überwiegend mit Röntgenstrahlen oder radioaktiven Stoffen umgehen oder regelmäßig und überwiegend mit infektiösem Material im Labordienst arbeiten, erhalten 24 Werktage Urlaub.
- (5) Für Jugendliche regelt sich der Urlaubsanspruch nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz in der jeweiligen Fassung.
- (6) Anspruch auf ein Zwölftel des Jahresurlaubs für jeden vollen Monat des Bestehens des Arbeitsverhältnisses hat die Arzthelferin, die im laufenden Kalenderjahr eintritt oder ausscheidet. Dieser Anspruch besteht nicht, wenn die Arzthelferin von ibrem früheren Arbeitgeber für diese Kalendermonate bereits Urlaub erhalten hat. Bruchteile von Urlaubstagen, die mindestens einen halben Tag ergeben, sind auf volle Urlaubstage aufzurunden.
- (7) Bei verschuldeter fristloser Entlassung oder vertragswidriger Auflösung des Arbeitsverhältnisses durch die Arzthelferin entfällt der Urlaubsanspruch.
- (8) Erkrankt die Arzthelferin während des Urlaubs, so hat sie ihrem Arbeitgeber unter Voriage einer ärztlichen Bescheinigung unverzüglich Mitteilung über die Arbeitsunfähigkeit zu machen. Der Urlaub ist dann für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit unterbrochen. Nach Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist der Rest des Urlaubs je nach Vereinbarung sofort oder zu einem späteren Zeitpunkt zu gewähren.
- (9) Der Arzthelferin ist beim Ausscheiden aus der Praxis eine Bescheinigung darüber auszustellen, ob und wie lange im Laufe des Kalenderjahres Urlaub erteilt wurde. Die Arzthelferin ist verpflichtet, diese Bescheinlgung bel der Einstellung vorzulegen.

#### \$ 16

#### Arbeitsbefreiung

In den nachstehenden Fällen wird der Arzthelferin auf Antrag Arbeitsbefrelung unter Fortzahlung des Gehaltes gewährt:

a) ein Arbeitstag:

bel Eheschließung ihrer Kinder (auch für ehelich erklärte und an Kindes Statt angenommene Kinder), bei Wohnungswechsei der Arzthelferin mit eigenem Hausstand

- b) zwei Arbeitstage: bei eigener Eheschließung
- c) bis zu drel Arbeltstagen: bei Todesfällen von Eltern, Ehegatten, Kindern und Geschwistern der Arzthelferin, bei schwerer Erkrankung der mit der Arzthelferin in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienmitglieder, sofern ein Arzt bescheinigt, daß die Anwesenheit der Arzt-

#### § 17 Kündigung

helferin zur vorläufigen Pflege erforderlich ist.

- (1) Das Arbeitsverhältnis kann mit einer Frlst von sechs Wochen zum Schluß eines Kalendervierteljahres gekündigt werden.
- (2) Innerhalb der Probezeit ist die Kündigung am 15. zum Monatsschluß zulässig.
- (3) Die fristlose Kündigung richtet sich nach den gesetzlichen Vorschriften (§ 626 BGB).
- (4) Die Kündigung bedarf der Schriftform.

#### § 18 Zeugnis

- (1) Die Arzthelferin hat nach Kündigung des Arbeitsverhältnisses Anspruch auf Aushändigung eines vorläufigen Zeugnisses, das bel Beendigung des Arbeitsverhältnisses gegen ein endgültiges Zeugnis umzutauschen ist.
- (2) Das Zeugnis muß Auskunft geben über Art und Dauer der Tätigkeit. Es lst auf Wunsch der Arzthelferin auf Leistung und Führung im Dienst zu erstrecken.

#### § 19 Sterbegeld

Stirbt eine Arzthelferin, so wird nach mindestens fünfjähriger Beschäftigungsdauer die Vergütung für den Sterbemonat und einen weiteren Monat an

- a) die unterhaltsberechtigten Kinder oder
- b) ihre Eltern oder einen Elternteil, wenn die Verstorbene überwiegend zum Unterhalt beigetragen hat, als Sterbegeld gezahlt.

#### § 20 Ausschlußfristen

Gegenseitige Ansprüche aus dem Arbeitsverhältnis sind Innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Ihrem Entstehen schriftlich geltend zu machen.

#### § 21

#### Wahrung des Besitzstandes

Waren für die Arzthelferin vor Inkrafttreten dieses Tarifvertrages günstigere Arbeits- und Gehaltsbedingungen vereinbart, so werden diese durch diesen Vertrag nicht berührt.

#### \$ 22

#### Inkrafttreten und Laufzeit

Dieser Tarifvertrag tritt am 1. April 1969 in Kraft. Er kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Schluß eines Kalenderjahres, frühestens zum 31. Dezember 1970 gekündigt werden.

Düsseldorf, den 26. März 1969

gez. Unterschriften

#### Protokolinotiz zum Manteltarifvertrag vom 26. März 1969

Angestellte ohne Lehrabschlußprüfung In der Tätigkeit von Arzthelferinnen, die am 1. April 1969 das 21. Lebensjahr vollendet haben und die an diesem Stichtage mindestens fünf Jahre als Arzthelferin tätig gewesen sind, werden den Arzthelferinnen im Sinne des § 1 gleichgesteilt. Bei der Gehaltsfestsetzung ist die Zahl der Berufsjahre (§ 11) um zwel zu verringern.

Düsseldorf, den 26. März 1969

gez. Unterschriften

#### Gehaltstarifvertrag

Zwischen der Arbeitsgemelnschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen in Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1,

und

...\*)

wird zur Ergänzung von §§ 8 und 11 des Manteltarifvertrages vom 28. März 1969 folgender Gehaltstarifvertrag geschlossen:

\*) Es wurden drei gleichlautende Tarifverträge abgeschlossen mit der Deutschen Angestelltengewerkschaft, Bundesvorstand, Hamburg 36, Karl-Muck-Platz 1, dem Verband der weiblichen Angestellten e. V., Hauptverwaltung, Hannover, Arnswaldstraße 12—14, dem Berufsverband der Arzthelferinnen e. V., Bundesvorstand, Kempen/Niederrhein, Meisenweg 2

## **Neurovegetalin®**

VERLA-PHARM
TUTZING/OBB.

das klassische Sedativum

25 Dragées 50 Dragées

25 50 100 Dragées

verstärkt mit psychotroper Komponente

**Neurovegetalin®forte** 

Monategahälten in DM

§ 1 Gehaltstabelle für vollbeschäftigte Arzthelferinnen

	Ortsklasse	
	S	A
1. Berufsjahr	575,—	550,—
2. Berufsjahr	600,	575,—
3. Berufsjahr	625,—	600,—
4. Berufsjahr	650,—	625,—
5. Berufsjahr	675,—	650.—
6. Berufsjahr	700,	675,—
7. Berufsjahr	725,—	700.—
8. Berufsjahr	750.—	725.—

Für jeweils zwei weitere Berufsjahre steigt das Gehalt um 25,— DM.

#### Lehrlingsvergütung

(1) Die Lehrlingsvergütung beträgt:	
im ersten Lehrjahr monatlich	140,— DM
im zweiten Lehrjahr monatlich	170,-DM
(2) In besonderen Fällen kann auf Antrag	

(2) In besonderen Fällen kann auf Antrag des Erziehungsberechtigten eine geringere Lehrlingsvergütung vereinbart werden.

#### § 3 Zuschläge

- (1) Für Mehr-, Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit sind Zuschläge zu zahlen, die nach Arbeitsstunden berechnet werden. Dabei wird ein Stundensatz von 1/191 des Monatsgehaltes zugrunde gelegt.
- (2) Der Zuschlag beträgt je Stunde:

a) für Mehrarbeit	250/0
b) für Sonn- und Feiertagsarbeit	500/0
c) für Arbeiten am Neujahrstag, am 1. Mai	
sowie an den Oster-, Pfingst- und	
Weihnachtsfeiertagen	1000/0
d) für Nachtarheit	5.00%

(3) Besteht für dieselbe Zeit Anspruch auf mehrere Zuschlagsätze, so ist nur der höchste Zuschlag zu zahlen.

#### Inkrafttreten und Laufzeit

Dieser Gehaltstarifvertrag tritt am 1. April 1969 in Kraft. Er kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gekündigt werden, frühestens zum 1. April 1970.

Düsseldorf, den 26. März 1969

gez. Unterschriften

#### Erläuterungen zum Tarifvertrag für Arzthelferinnen

Arbeitsbedingungen und Gehälter - Musterregelung auch für Teilzeitarbeit

Seit dem 1. April gibt es für in den Praxen niedergelassener Ärzte tätige Arzthelferinnen eine eigene tarifvertragliche Regelung. Sie wurde am 26. März 1969 mit den beteiligten Gewerkschaften in drei wörtlich gleichlautenden Verträgen abgeschlossen. Im einzelnen besteht das Vertragswerk aus einem Manteltarifvertrag, der die allgemeinen Arbeitsbedingungen regelt und nach dem Willen der Vertragschließenden längeren Bestand haben soll, einer ergänzenden Protokollnotiz zu diesem Manteltarifvertrag über den Geltungsbereich sowie einem Gehaltstarifvertrag, mit dessen häufigerer Neugestaltung im Zuge der allgemeinen Lohn- und Gehaltsentwicklung gerechnet werden muß.

Mit dem Vertragswerk sind nunmehr auch die Arbeitsbedingungen, Gehälter und Lehrlingsvergütungen in diesem Bereich des Gesundheitswesens zwischen den "Sozialpartnern" gereget worden. Eine noch in der NS-Zeit einseitig vom ehemaligen Reichstreuhänder der Arbeit erlassene "Tarifordnung" wurde damit insoweit "verdrängt", d. h. in ihrer noch bis jetzt fortbestehenden Wirkung für die Regelung der Arbeitsbedingungen zwischen niedergelassenen Ärzten und Arzthelferinnen beseitigt. Zugleich werden mit dem Tarifabschluß die Richtlinien des Vorstands der Bundesärztekammer über die vertragliche Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen vom 16. November 1965 mit den dazu gegebenen Gehaltsempfehlungen gegenstandslos. Sie sollten, wie von der Bundesärztekammer immer wieder betont wurde, nur so lange gelten, bis zwischen den interessierten Gewerkschaften und einer — bei Erlaß der Richtlinien noch nicht bestehenden - repräsentativen tariffähigen ärztlichen Arbeitgebervereinigung ein Tarifvertrag vereinbart wird.

#### Tarifvertragsparteien

Parteien des nunmehr abgeschlossenen Tarifvertrages sind die Deutsche Angestelltengewerkschaft (Bundesvorstand), der Verband der weiblichen Angestellten (Hauptverwaltung) und der Berufsverband der Arzthelferinnen (Bundesvorstand), der sich neben zahlreichen anderen Verbandsaufgaben ebenfalls den Abschluß von Tarifverträgen zum Ziel gesetzt hat. Diese drei Gewerkschaften bemühten sich — teilweise schon seit vielen Jahren — gegenüber der Bundesärztekammer und einzelnen Landesärztekammern, zu tarifvertraglichen Absprachen auch über die Arbeitsverhältnisse der Arzthelferinnen zu kommen. Bisher scheiterten derartige Wünsche aber daran, daß den Gewerkschaften keine freie ärztliche Arbeitgebervereinigung gegenüberstand, mit der ein Vertrag hätte rechtswirksam abgeschlossen werden können. Die Bundesärztekammer wäre dazu nicht berechtigt gewesen. Auch die Landesärztekammern sind nicht tariffähig nach dem Tarifvertragsgesetz. Alienfalls hätten bestimmte freie ärztliche Verbände diese Aufgabe mit übernehmen können.

Nach langwierigen Vorberatungen und nach Abstimmung mit den ärztlichen Verbänden konstituierte sich schließlich im April 1968 aufgrund einer Empfehlung der Bundesärztekammer als neuer, nicht eingetragener Verein die "Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen". Ihm gehören eine Reihe freipraktizierender Ärzte an, die Arzthelferinnen beschäftigen, und die von den Landesärztekammern und den in diesem Bereich interessierten ärztlichen Verbänden benannt worden sind. Damit wurde die Gemeinsamkeit der ärztlichen Organisationen hin-

sichtlich der abzuschließenden Tarifverträge ausdrückich unterstrichen. Einzige Aufgabe der Arbeitsgemelnschaft ist aufgrund ihrer am 20. April 1968 beschlossenen Satzung die Regelung der Arbeitsbedingungen, insbesondere der Abschluß von Tarifverträgen für die in den Praxen der niedergelassenen Ärzte tätigen Arzthelferinnen. Die Mitgliederversammlung wählte für die Dauer von vier Jahren einen Vorstand, bestehend aus den Herren Dr. SCHIMRIGK (Dortmund) als Vorsitzendem sowie Dr. JACKE (Treis/Mosel) und Dr. STECHELE (Heilbronn) als Beisltzer. Sitz der Arbeitsgemeinschaft ist Köln. Die Anschrift der Geschäftsführung lautet 5000 Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

#### Geltungsbereich des Vertragswerks

Das Vertragswerk gilt für das gesamte Bundesgebiet und West-Berlin. Nach Meinung der Arbeitgebervereinigung wäre es nicht sinnvoll gewesen, etwa auf Landesebene regionale Tarifverträge abzuschließen oder einen Teil der Arbeitsbedingungen — etwa die Gehälter — durch regionale Verträge zu regeln. Die Vertragsparteien hoffen vielmehr, durch die jetzt vorliegende Fassung auch allen Gesichtspunkten Rechnung getragen zu haben, die sich aus Besonderheiten in den einzelnen Bundesländern ergeben können. Im übrigen sind die Bestimmungen des Tarifvertrages — entsprechend den gesetzlichen Vorschriften — als Mindestbedingungen anzusehen.

Ausdrücklich wurde das Vertragswerk auf Arzthelferinnen beschränkt, die als Lehrling oder Anlernling vor der Arztekammer die erforderliche Fachprüfung bestanden haben. Nur eine Ausnahme wurde hiervon in einer Protokolinotiz zum Manteltarifvertrag festgelegt: Angestellte, die eine Tätigkeit als Arzthelferin ausüben, ohne vor der Ärztekammer geprüft zu sein, werden den geprüften Helferinnen gleichgestellt, wenn sie am 1. April 1969 das 21. Lebensjahr vollendet hatten und außerdem an diesem Stichtag mindestens fünf Jahre als Arzthelferin tätig gewesen sind. Es handelt sich also um eine einmalige Ausnahme, die damit begründet wird, daß es geregelte Prüfungen vor der Ärztekammer in einzelnen Teilen des Bundesgebietes noch nicht allzu lange gibt. Wer diese Stichtagsvoraussetzungen nicht (mehr) erfülit, hat keinen Anspruch auf die Anwendung des Tarifvertrages. Dabei darf jedoch an die Empfehlung der Bundesärztekammer vom 16. November 1965 erinnert werden, mit der den niedergelassenen Ärzten geraten wurde, die Arbeitsbedingungen für die ungeprüften Helferinnen grundsätzlich ebenso zu regeln wie für die geprüften; dabei soliten jedoch, je nach dem Leistungsstand der Beschäftigten, gegebenenfalls Abschläge von den Gehaltssätzen vorgenommen werden.

Besonders erwähnt sei ferner, daß auch die Absolventinnen der privaten Lehrinstitute grundsätzlich nicht unter das Vertragswerk fallen; sie gelten bekanntlich nicht als geprüfte Arzthelferinnen. Ihr Ausbildungsgang wird wegen seines zwangsläufig mehr theoretischen Charakters von den Ärztekammern der praktischen Lehre bei einem Arzt mit begleitendem Berufsschulunterricht nicht gleichgestellt. Allerdings haben diese kaufmännisch-praktischen Arzthilfen die Möglichkeit, nach einer Lehrzeit — auf die die Institutsausbildung bis zu einem Jahr angerechnet werden kann — eben-

falls die Prüfung vor der Ärztekammer abzulegen und damit den Arzthelferinnenbrief und nunmehr zugleich auch den prinzipiellen Anspruch auf Anwendung des Tarifvertrages für Arzthelferinnen zu erwerben.

Schließlich muß festgestellt werden, daß das Vertragswerk unmittelbar nur für die Mitglieder der vertragschließenden drei Gewerkschaften gilt und auch für sie nur insoweit, als sie bei einem der Mitglieder der ärztlichen Arbeitgebervereinigung beschäftigt sind. Mit dem Tarifabschluß soll jedoch darüber hinaus eine möglichst sinnentsprechende Anwendung des Vertrages auch für alle anderen in Betracht kommenden Arbeitsverhältnisse empfohlen werden, um damit zu einer möglichst einheitlichen Handhabung im gesamten Bundesgebiet und in West-Berlin beizutragen. Außerdem beabsichtigt die Bundesärztekammer, einen Musterarbeitsvertrag berauszugeben, in dem auf den Tarifvertrag Bezug genommen wird.

#### Gehälter

Im Mittelpunkt des Interesses steht naturgemäß die neue Gehaltsregelung. Hierzu sei auf die Vergütungsstaffel im Gehaltstarifvertrag hingewiesen. Die Höhe des Gehalts richtet sich nach den Berufsjahren der Arzthelferin und der Ortsklasse des Beschäftigungsortes. Die Berufsjahre — und das ist besonders zu beachten — rechnen erst von der bestandenen Lehrabschlußprüfung an. Bei Angestellten, die keine Prüfung vor der Ärztekammer abgelegt haben, die jedoch in der Protokollnotiz den geprüften Arzthelferinnen gleichgestellt wurden, ist demzufolge die Zahl der Berufsjahre — entsprechend der normalen Lehrzeit — um zwei zu verringern. Die ungeprüfte Angestellte erhielte sonst ungerechterweise ein höheres Gehalt als die vor der Ärztekammer geprüfte Arzthelferin.

Welcher Ortsklasse der Beschäftigungsort angehört, ergibt sich aus dem Ortsklassenverzeichnis für den öffentlichen Dienst. Hier sind seit einiger Zeit nur noch zwei Ortsklassen vorgesehen: Kiasse S für Gemeinden mit höheren und Klasse A für Gemeinden mit weniger hohen Lebensführungskosten. Auskunft über die maßgebende Ortsklasse können alle Dienststellen der Kommunalverwaitung erteilen.

Im Hinblick auf immer wieder gestellte Fragen sei hervorgehoben, daß es sich bei den Gehaltssätzen um Bruttobeträge handelt. Von ihnen gehen also noch die Lohnsteuern sowie die Arbeitnehmeranteile der Sozialversicherungsbeiträge ab. Von dem verbleibenden Nettogehalt sind für den Fall der Gewährung von Kost und / oder Wohnung im Haushalt des Arztes außerdem die dafür amtlich für Steuerabzug und Sozialversicherung einheitlich festgesetzten "Sachbezugswerte" abzuziehen. Deren Höhe ist von Land zu Land und je nach der Größe der Gemeinden unterschiedlich. Auskunft über die am Ort maßgebenden Sätze erteilt die Lohnsteuerstelle des Finanzamtes oder die zuständige Krankenkasse.

#### Arbeitszeit und Bereitschaftsdienst

Die regelmäßige Arbeitszeit der Arzthelferin wurde mit durchschnittiich 44 Stunden in der normalen Arbeitswoche ohne gesetzliche Feiertage vereinbart. Die regelmäßigen Pausen — etwa in der Mittagszeit — zählen nicht zur Arbeitszelt. Beginn und Ende der Arbeitszeit an den einzelnen Wochentagen kann der Arzt so festsetzen, wie dies seine Praxis erfordert. Dabei kann z. B. mittags eine längere Pause (mindestens einelnhalb Stunden) oder aber eine "durchgehende" Arbeitszeit (Mittagspause etwa eine halbe Stunde) festgesetzt werden.

Ob Dienst am Samstagvormittag und Mittwochnachmittag zu leisten lst, richtet sich ebenfalls nach den Bedürfnissen der Praxis. Legt der Arzt auf Dienst an diesen beiden Tagen Wert, so muß er der Helferln aber an einem anderen Wochentag elnen zusammenhängenden halben Tag freigeben (§ 7 Abs. 4 Manteltarlfvertrag); dieser halbe Tag wird selbstverständlich nicht auf die Arbeitszeit angerechnet.

Samstagnachmittag, Heiliger Abend und Sllvester sollen nach Möglichkeit — ebenso wie an gesetzlichen Feiertagen — arbeitsfrel seln, wenn das die Praxis erlaubt. Ausdrücklich wurde aber festgelegt, daß der Arzt an Tagen mit Notfalldlenst auch selne Arzthelferin zum Dienst heranziehen kann.

#### Überstunden und Abgeitung von Mebrarbeit

Zur Leistung von Überstunden Im zumutbaren Rahmen ist die Arzthelferin verpflichtet. Die Festsetzung von Überstunden liegt aber nicht Im Ermessen der Arzthelferin; sie bedürfen vielmehr der ausdrücklichen Zustimmung oder Anordnung durch den Arzt.

Überstunden sind die Arbeitsstunden, die außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit von 44 Wochenstunden an den einzelnen Wochentagen oder an Wochenenden oder an gesetzlichen Feiertagen geleistet werden. Zunächst hat der Arzt die Möglichkeit, solche Überstunden durch entsprechende Freizeit an anderen Tagen abzugelten. Ein solches "Abbummeln" muß aber Innerhalb von drei Wochen erfolgen. Ist das rechtzeitige "Abbummeln" nicht möglich, so muß der Arzt Überstunden bezahlen. Auf jede Überstunde entfällt dabel 1/191 des Monatsgehaltes. Außerdem ist für jede Überstunde noch ein besonderer Zuschlag zu zahlen, der sich im einzelnen aus dem Gehaltstarifvertrag ergibt. Fallen in einer Praxis regelmäßig Überstunden an, so sollte der Arzt überlegen, ob diese — nach Absprache mit seiner Helferin — mit einem pauschalen Zuschlag zum Tarifgehalt abgegolten werden können. Eine solche Regelung wird zur Zeit schon viel praktiziert, indem Arzte, die von ihren Mitarbeiterinnen ständig Mehrarbeit fordern müssen, ein höheres Gehalt zahlen. Damit entfällt die komplizierte und auch nicht immer angenehme Abrechnung der einzelnen Überarbeitszeiten.

#### Sonstige Rechte und Pflichten

Wegen der sonstigen Rechte und Pflichten der Arzthelferin sel auf den Wortlaut des Vertragswerkes hingewiesen. Die Tarlfvertragsparteien haben sich bemüht, bel deren Formulierung nicht nur die allgemein arbeitsrechtlich üblichen Regelungen zu treffen, sondern darüber hinaus soweit irgend möglich auf die Besonderheiten Rücksicht zu nehmen, die sich gerade in einer ärztlichen Praxis ergeben. Erwähnt werden sollen dabei z. B. die Bestimmungen über die Schweigepflicht, Einstellungs- und Kontrolluntersuchungen, Arbeitsversäumnis, Urlaub für Helferinnen im Röntgen- und

Labordienst, wenn durch regelmäßigen und überwlegenden Umgang mit Röntgenstrahlen, radioaktiven Stoffen oder infektiösem Material eine gewisse Gefährdung der Gesundheit bestehen kann.

#### Urlaub, Krankheit, Dienstbefreiung

Entsprechend den immer wieder dabei auftretenden Zweifelsfragen war die Arbeitgebervereinigung hier besonders um klare Regelungen bemüht. Der Anspruch auf Erholungsurlaub wurde dabei großzügiger geregelt als im Bundesurlaubsgesetz, das insoweit nur Mindestbedingungen vorschreibt.

Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheit oder wegen eines Unfalls ist unverzüglich anzuzeigen. Spätestens drei Kalendertage nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit hat die Arzthelferln eine Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit und ihre voraussichtliche Dauer vorzulegen. Fällt der letzte dieser drei Tage auf einen arbeitsfreien Tag, so muß die Bescheinigung spätestens am folgenden Werktag vorgelegt werden.

Persönliche Angelegenheiten hat die Arzthelferin — unbeschadet einiger konkreter Sonderregelungen über die Arbeitsbefreiung — außerhalb der Arbeitszeit zu erledigen. Bleibt die Arztbelferin ohne Erlaubnis oder ohne hinreichende Entschuldigung der Arbeit fern, so verliert sie für die Dauer des Fernbleibens den Anspruch auf das Gehalt. Unter Umständen ist ein solches Fernbleiben auch ein Grund zur Kündigung.

#### Kündigung

Die regelmäßige Kündlgungsfrist für beide Seiten beträgt sechs Wochen zum Schluß eines Kalendervierteljahres. Innerhalb der Probezeit — während der ersten drei Monate der Beschäftigung — ist monatliche Kündigung zulässig, und zwar am 15. zum Monatsschluß. Beide Parteien des Arbeitsvertrages sind an die Kündigungsfristen nicht gebunden, wenn sie sich über eine schnellere Beendigung des Arbeitsverhältnisses einigen. Dazu kann aber weder der Arzt als Arbeitgeber noch die Arzthelferin von der jeweils anderen Seite gezwungen werden, Selbstverständlich ist auch die fristlose Kündigung bei Vorliegen wichtiger Gründe möglich.

#### Teilzeitbeschäftigung

Besondere Erwähnung bedarf die Teilzeitbeschäftigung, also der Fall, daß die Arzthelferin nicht die Im Tarifvertrag vorgesehene regelmäßige Arbeitszeit von 44 Stunden in der Woche arbeitet. Solche nicht voll beschäftigten Arzthelferinnen fallen im Grundsatz unter den Tarifvertrag, wenn sie regelmäßig wenigstens 20 Stunden in der Woche arbeiten. Ist die Arbeitszeit geringer als 20 Stunden, so entzieht sich das dann melst recht Individuell gestaltete Beschäftigungsverhältnis den allgemeinen Normen eines Tarifvertrages.

Für Teilzeitkräfte mlt zwanzig und mehr regelmäßigen Wochenarbeitsstunden soll der Tarifvertrag dagegen "entsprechend" angewandt werden. Kalendermäßig gerechnet ergeben sich dabei z. B. für Halbtagskräfte keine anderen Ansprüche auf Urlaub oder Gehaltsfortzahlung bei Krankhelt als bei vollbeschäftigten Arzthelferinnen. Das Gehalt wird selbstverständlich in dem Maße verringert, wie es der vereinbarten Teilzeit ent-

spricht. Bei 22 Wochenarbeitsstunden wird z. B. genau das halbe Gehalt gezahlt. Hier ist die Rechnung also einfach. Im übrigen wird empfohlen, für jede Arbeitsstunde im Monat 1/191 des jeweiligen vollen Monatsgehaltes als Gehalt zu zahlen.

#### Lehriinge

Die Arbeits- und Ausbildungsbedingungen für Lehrlinge ergeben sich in erster Linie aus den Lehrverträgen, die die Ärzte - mit Genehmigung der Ärztekammer - mit den Lehrlingen und ihren Erziehungsberechtigten geschlossen haben. Darüber hinaus gilt aber auch der Tarifvertrag sinngemäß für die Arzthelferin-Lehrlinge. Insbesondere ist auf die Im Gebaltstarifvertrag neu festgesetzten Lehrlingsvergütungen hinzuweisen. Diese betragen künftig 140,- DM im ersten und 170,- DM monatlich lm zweiten Lehrjahr. Auf Antrag des Erziehungsberechtigten kann eine geringere Lehrlingsvergütung vereinbart werden. Dies kann z. B. sinnvoll sein, wenn die Gewährung sozialer Vorteile irgend welcher Art, z.B. Fahrpreisermäßigungen, davon abhängt, daß der Lehrling Einkünfte unter einer Grenze hat, die durch den Tarifvertrag überschritten wurde.

#### Schriftform des Arbeitsvertrages

Entsprechend langjährigen Empfehlungen der ärztlichen Standesorganisationen ist nun auch im Tarifvertrag vorgesehen, daß der Arbeitsvertrag schriftlich abzuschließen ist. Nebenabreden oder ergänzende Vereinbarungen sollen ebenfalls nur wirksam sein, wenn sie schriftlich fixiert sind. Schließlich wurde auch vorgeschrieben, daß die Kündigung der Schriftform bedarf. Arbeitsverträge sind zwar auch bei mündlichen Vereinbarungen wirksam. Durch die schriftliche Festlegung lassen sich aber unterschiedliche Auffassungen zwischen dem Arzt und seiner Helferin über das, was bei dem Vertragsabschluß gewollt war, am ehesten vermelden.

Den Ärzten soll der Abschluß eines schriftlichen Arbeitsvertrages künftig dadurch erleichtert werden, daß die Bundesärztekammer — wie bereits erwähnt — ein Vertragsmuster herausgibt, das sich weitgehend auf den vorliegenden Tarifvertrag bezieht. Dieses Muster wird ihnen voraussichtlich vom Herbst an zur Verfügung stehen.

(Aus "Deutsches Arzteblatt" Nr. 17 vom 26. April 1969)

#### AUS DEM STANDESLEBEN

#### 72. Deutscher Ärztetag

vom 9. bis 14. Mai 1969 in Hannover

Der 72. Deutsche Ärztetag, der vom 9. bis 14. Mai 1969 in Hannover abgehalten wurde, fand seinen Höhepunkt in der Öffentlichen Kundgebung am 13. Mai 1969.

Der Bundesminister für das Gesundheitswesen, Frau Käte STROBEL, richtete eine Grußadresse an die Ärzteschaft und betonte dabei insbesondere die Notwendigkeit der Maßnahmen auf dem Gebiete der Gesundheitsvorsorge, der immer größere Bedeutung zukomme.

Die Grüße des Deutschen Bundestages überbrachten für die CDU/CSU deren Fraktionsvorsitzender Dr. Rainer BARZEL, MdB, für die SPD Herr Dr. med. Hans BAR-DENS, MdB, und für die FDP deren Fraktionsvorsitzender Wolfgang MISCHNICK, MdB.

Im übrigen wird auf die eingehende Berichterstattung über den 72. Deutschen Ärztetag und die Öffentliche Kundgebung im "Deutschen Ärzteblatt" verwiesen.

#### Die Träger der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft 1969

Die auf dem 55. Deutschen Ärztetag in Berlin gestiftete Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft wurde bei der Öffentlichen Kundgebung vom Präsidium des Deutschen Ärztetages an die hier vorgestellten hochverdienten deutschen Ärzte verliehen:

#### Dr. Friedrich Voges

Die deutschen Ärzte ehren in Friedrich Voges einen Kollegen, der sich in mehr als eineinhalb Jahrzehnten berufspolitischer Arbeit rückhaltlos mit seiner ganzen Persönlichkeit für Freiheit und Unabhängigkeit der deutschen Kassenärzte und die Erhaltung und den Ausbau ihres Platzes in der Gesellschaft eingesetzt hat. Mit Beharrlichkeit, Geschick, ausgezeichneter Sachkenntnis und Charakterfestigkeit war Friedrich Voges als 1. Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung durch mehr als ein Jahrzehnt hindurch Sachwalter von fast 50 000 Kassenärzten und Verteidiger ihrer Grundrechte

im System unserer sozialen Sicherheit. In jahrelangen Auseinandersetzungen hat Friedrich Voges es verstanden, die Rechtsstellung der Kassenärzte, ihre Unabhängigkeit, ihre Selbstverwaltung in den Kassenärztlichen Vereinigungen und ihre angemessene wirtschaftliche und soziale Stellung innerhalb unseres Gesundheitswesens und unserer sozialen Krankenversicherung zu sichern und auszubauen. Bei seinem Ringen um die Erhaltung von Freiheit und Unabhängigkeit der Ärzte und damit der optimalen Wirkungsmöglichkeit in einem sich ständig ausweitenden Krankenversicherungssystem hat er, wenn es not tat, auch den rückhaltlosen Einsatz seiner ganzen Person trotz persönlicher Bedrohung niemals gescheut. Er hat das ihm von Ludwig Sievers übergebene Erbe getreulich verwaltet und gemehrt und die Kassenärzte und damit aber auch die ambulante ärztliche Versorgung unserer Bevölkerung vor Schaden und verhängnisvolien Fehlentwicklungen bewahrt.

#### Professor Dr. Rudolf Schoen

Die deutschen Ärzte ehren in Professor Schoen einen hervorragenden Arzt, Forscher und klinischen Lehrer. Durch seine wissenschaftlichen Arbeiten über das Rheuma und die chronischen Nierenkrankheiten hat sich Professor Schoen große Verdienste um die Medizin und hohes Ansehen bel den Arzten des In- und Auslandes erworben. Neben selner jahrzehntelangen klinischen Tätigkeit als Internist und akademischer Lehrer sowle seiner wissenschaftlichen Arbeit galten selne besonderen Bemühungen der Weiterentwicklung des ärztlichen Ausbildungswesens, zu dem er seine fortschrittlichen Vorstellungen bereits 1955 in einer wegweisenden Schrift veröffentlichte. Anspruch auf den Dank der Ärzteschaft seines Landes erwarb sich Professor Schoen darüber hinaus durch seine ständige Unterstützung der ärztlichen Standesorganisation auf den für den Leistungsstand der Arzteschaft so entscheidend wichtigen Gebieten der fachärztlichen Weiterblldung und der ärztlichen Fortbildung.

#### Dr. Paul Schroeder

Die deutschen Ärzte ehren in Paul Schroeder einen Kollegen, der sich seit Jahrzehnten immer wieder in den Dienst ihrer Gemeinschaft gestellt hat. Besonders während und nach seiner Vertrelbung aus der ostpreußischen Heimat sorgte Paul Schroeder in unermüdlicher Bereitschaft für zahlreiche Kollegen aus diesem Teil Deutschlands. Die Gründung der "Ostpreußischen Arztfamilie" ist ein Beisplel dafür. Mit dieser hat Paul Schroeder wesentlichen Anteil daran, daß zahlreiche heimatvertrlebene Kollegen in der Bundesrepublik auch beruflich fest verwurzelt wurden. Seine stete Hilfsbereitschaft vor allem hat ihm zu Recht hobe Anerkennung, Achtung und Dank weiter Kreise der Ärzteschaft eingetragen.

#### Dr. Gerhard Jungmann, MdB

Die deutschen Ärzte ehren in Gerhard Jungmann einen Kollegen und Politiker, der sich um das Gesundheitswesen und den ärztlichen Berufsstand unseres Landes hoch verdient gemacht hat. Entsprechend seinem ärztlichen Werdegang und seiner beruflichen Tätigkeit als Landarzt fühlt sich Dr. Jungmann den Praktischen Ärzten besonders verbunden. Seine berufs- und gesundheitspolitischen Kenntnlsse, Erfahrungen und Fähigkeiten nutzt er für sie u. a. auch als Vorsitzender der Deutschen Akademie der Praktischen Ärzte. Seine besonderen Bemühungen galten der Fortentwicklung des Berufsbildes und der Sicherung der Stellung des Praktischen Arztes. Aus den in jahrzebntelangem Wirken In Niedersachsen gewonnenen Erfahrungen heraus stellte er sich der Arbeit in den ärztlichen Verbänden, insbesondere dem Hartmannbund, zur Verfügung, dessen Vorsitzender er eine Relhe von Jahren war und wieder ist. Große Verdienste, vor allem um das Gesundheitswesen, erwarb sich Dr. Jungmann zunächst als Abgeordneter im Niedersächsischen Landtag und seit 1961 als Abgeordneter des Bundestages, in dem er seit mehr ais sechs Jahren den stellvertretenden Vorsitz des Ausschusses für Gesundheltswesen innehat.

#### Dr. Werner Röken

Die deutchen Ärzte ehren in Werner Röken elnen Kollegen, der sich in mehr als zwel Jahrzehnten außer-

ordentliche Verdienste um die deutsche Ärzteschaft und damit das Ansehen seines Vaterlandes in aller Welt erworben hat. Mit einer als Truppenarzt erlittenen schweren Verwundung aus dem Kriege heimgekehrt, stellte Dr. Röken verantwortungsbewußt sein Können und seine Erfahrung dem Aufbau und Wlederaufbau des ärztlichen Organisationswesens zur Verfügung. Neben seiner ärztlichen Tätigkelt wirkte er zunächst besonders für den Marburger Bund und dle Ärztekammer in seiner westfälischen Heimat, später in Nordwürttemberg und weit über dle Grenzen Deutschlands hinaus. Einmalige Verdienste erwarb sich Dr. Röken im Zusammenwirken mit dem unvergessenen ersten Präsidenten der Bundesärztekammer, Professor Neuffer, bei der Linderung der Jungarztnot im ersten Jahrzehnt nach dem Kriege, indem er Hunderte von jungen Ärzten zu annebmbaren beruflichen Bedingungen in ärztliche Wirkungsbereiche im Ausland, vor allem in Länder des Nahen und Mittleren Ostens sowie Afrikas vermittelte. An der frühzeitigen Wiederaufnahme der deutschen Ärzteschaft in den Kreis der freien Ärzteschaften der Welt hat Dr. Röken maßgeblichen Anteil, Damit half er Ärzteschaft und Medizin unseres Landes, sich nach dem Kriege rasch aus aufgezwungener jahrzehntelanger Isolierung zu befreien. Darüber hinaus widmete Dr. Röken seine Arbeitskraft mit großem Können und Geschick den Bemühungen der ärztlichen Standesorganlsation, das ärztliche Ausbildungswesen und die fachärztliche Weiterbildung den Erfordernissen unserer Zeit ständig anzupassen.

#### Beschlüsse des 72. Deutschen Ärztetages

In seiner mehrtägigen Beratung faßte der 72. Deutsche Ärztetag u. a. folgende Beschlüsse:

#### Neufassung der Berufsordnung

Nach eingehender Diskussion faßte der 72. Deutsche Ärztetag auf Antrag von Dr. BRITZ und weiteren Kollegen den folgenden Beschluß:

"Alle Anträge dieses Ärztetages zur Neufassung der Berufsordnung für die deutschen Ärzte, die vom Ärztetag angenommen werden, werden der Ständigen Konferenz zur Beratung der ärztlichen Berufsordnung überwiesen. Diese und der Vorstand der Bundesärztekammer werden zu jedem Antrag Stellung nehmen. Der nächste Ärztetag wird dann die Berufsordnung verabschieden."

#### Praktische Xrzte

Auf Antrag von Dr. GRASSL und Kollegen sowie unter Berückslchtigung eines Ergänzungsantrages von Dr. ZIERHUT und Kollegen faßte der 72. Deutsche Ärztetag folgenden Beschluß:

"In Anbetracht der Tatsache, daß in der Bundesrepublik die Zahl der Praktischen Ärzte erheblich gesunken ist und zu befürchten ist, daß in Zukunft weite Gebiete des flachen Landes und dle Stadtrandgebiete der Großstädte nicht mehr ausrelchend ärztlich versorgt werden können, wird die Bundesärztekammer ersucht, Wege aufzuzeigen und zu beschreiten, die einen zukünftig drohenden Notstand verhindern."

"Der Deutsche Ärztetag ersucht zur Abwendung der drobenden Unterversorgung der Bevölkerung durch Praktische Ärzte sicherzustellen, daß die Ausbildung an den Universitäten wesentlich auf die Erfordernisse der Allgemeinpraxis ausgerichtet wird.

Als Sofortmaßnahme wird die Anrechenbarkeit der Famulatur bei Praktischen Ärzten auf die Pflichtfamulaturzeit gefordert."

## neu die Waffe gegen Kassen-Regress

Demoplas®

beherrscht Rheumatismus

mehr als Phenylbutazon

senkt Arzneikosten entscheidend

■ Demoplas<sup>®</sup>

Phenylbutazon 150 mg mit Aescin + Vitamin B<sub>1</sub>, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub>

DM 2.95 einschl Mehrwertsteuer

■ Delta-Demoplas®

Phenylbutazon 50 mg + Prednisolon 1.5 mg mit Aescin + Vitamin B<sub>1</sub>, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub> 30 Dragées

DM 2.95

Demoplas® comp.

Phenylbutazon 100 mg
+ Aminophenazon 150 mg

Phenylbutazon 100 mg + Aminophenazon 150 mg mit Aescin + Vitamin B<sub>1</sub>, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub> 30 Dragées

DM 2.95



#### Soziale Gerechtigkeit für die wissenschaftlichen Assistenten in medizinischen Universitätskliniken und Instituten

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer faßte der 72. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

"Mehrere tausend Ärzte arbeiten als "Wissenschaftliche Assistenten" in Medizinischen Kliniken und Universitätsinstituten als "Beamte auf Widerruf". Dieser Status ist arbeitsrechtlich rückständig und sozial unzumutbar; er entspricht weder der Vorbildung, den wissenschaftlichen und ärztlichen Leistungen noch der Verantwortung dieser großen Arztgruppe.

So wird unter Hinweis darauf, daß Beamte keinen Anspruch auf Überstundenvergütung haben, den in der Stellung von Beamten auf Widerruf tätigen Wissenschaftlichen Assistenten nicht selten zugemutet, wöchentlich 60 bis 70, ja bis zu 100 Stunden zu arbeiten, ohne daß sie dafür die Überstundenvergütungen erhalten, auf die jeder Angestelite selbstverständlichen Anspruch hat. Die Erbringung solcher Überstunden abzulehnen, ist häufig einfach deshalb nicht möglich, weil sonst die Krankenversorgung ernsthaft gefährdet würde. Kündigungsschutz, wie er jedem Angestellten gesetzlich zusteht, gibt es für Beamte auf Widerruf ebenfalls nicht. Auch in ihrer Altersversorgung sind sie wesentlich schlechter gestellt als tariflich angestellte Ärzte.

So fehlt diesen Ärzten praktisch jede soziale Sicherung; sie können sich hlergegen jedoch nicht wehren, ohne ihre wissenschaftliche Laufbahn zu gefährden.

Dieser unhaltbare Zustand ist sozialer Anachronismus, der so schnell wie möglich beseitigt werden muß, um so mehr, als er den Leistungsstand unserer Universltätskliniken und Institute in Forschung und Lehre wie auch in der stationären Krankenversorgung gefährden kann. Der Gesetzgeber wird aufgefordert, dafür Sorge zu tragen, daß diese Arztgruppe endlich ebenfalls in den Genuß der sozialen Rechte gelangt, die durch Tarifverträge gesichert, den Angestellten im öffentlichen Dienst gewährt werden."

#### Wissenschaftliche Assistenten an den Universitätskliniken und medizinischen Hochschulinstituten

Auf Antrag von Dr. ODENBACH und Kollegen sowie unter Berücksichtigung eines Änderungsantrages von Professor Dr. BORELLI faßte der 72. Deutsche Ärztetag folgende Entschlleßung:

"Es sind umgehend geeignete Maßnahmen zu ergreifen, damit nichthabilitierte wissenschaftliche Assistenten an Universitätskliniken und -instituten, wenn sie bei der Abhaltung von Vorlesungen und Übungen mitwirken, eine Vergütung erhalten."

#### Ausnutzung von Medizinalassistenten

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer und unter Berücksichtigung eines Änderungsantrages von Professor Dr. HOPF und Kollegen faßte der 72. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

"Die derzeit geltenden staatlichen Ausbildungsvorschriften für Ärzte, die ärztliche Bestallungsordnung verpflichten den ärztlichen Nachwuchs immer noch, im Anschluß an ein etwa sechsjähriges Universitätsstudium nach bestandenem Staatsexamen eine zweijährige Tätigkeit als Medizinalassistent in Krankenhäusern abzuleisten. Während dieser zwei Jahre sind die Medizinalassistenten zwar rechtlich keine Studenten mehr, aber auch noch nicht approbierte Ärzte. Gieichwohl werden von ihnen sehr häufig Arbeitsleistungen wie von Assistenzärzten verlangt. Die Medizinalassistenten erhalten aber in den Kliniken und Krankenhäusern keineswegs eine Entlohnung, die der geleisteten Arbeit entspricht, sondern werden mit einem Lohn abgespeist, wie er nicht einmal ungelernten Arbeitskräften angeboten wird.

Der Deutsche Ärztetag fordert daher die Krankenhausträger auf, den Medizinaiassistenten die Vergütungen zu zahlen, die nach sechsjähriger Universitätsausbildung mit abgeschlossenem Staatsexamen angemessen sind.

In diesem Zusammenhang erwartet der Deutsche Ärztetag, daß die seit mehr als einem Jahrzehnt von der Arzteschaft immer wieder geforderte Reform der ärztlichen Ausbildung verwirklicht wird. Die sofortige Beseitigung des in jeder Beziehung unbefriedigenden Status der Medizinalassistenten, die nicht mehr Studenten und rein rechtlich noch nicht Ärzte sind, ist wesentlicher Bestandteil der von der Ärzteschaft seit langem geforderten Reform der ärztlichen Ausbildung. Die ärztliche Ausbildung ist im übrigen der Entwicklung der Medizin anzupassen, zu vertiefen und trotzdem zeitlich zu verkürzen sowie gleichzeitig durch Einführung eines Internatsjahres und Übungen in kleinen Gruppen während des dann insgesamt sechsjährigen Universitätsstudiums praxisnäher zu gestalten."

#### Reform der medizinischen Fakuitäten

Auf Antrag von Dr. ITAL und Kollegen — die einen Antrag der Bundesassistentenkonferenz, Fachvertretung Medizin, übernommen hatten — sowie unter Berücksichtigung von Änderungs- und Ergänzungsanträgen von Dr. WOLF, Professor Dr. KANZOW, Professor Dr. SEWERING und Professor Dr. STOCKHAUSEN faßte der 72. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

"Seit vielen Jahren verfolgt der Deutsche Ärztetag mit Sorge die Entwicklung der medizinischen Fakultäten, der Ausbildungsstätten der Ärzte von morgen. Der Deutsche Ärztetag ist enttäuscht darüber, daß sein ständiges Bemühen um eine sachgerechte Umgestaltung der medizinischen Fakultäten und seine konkreten Vorschläge einer Reform des Medizinstudiums bislang gescheitert sind.

Der Deutsche Ärztetag fordert erneut eine Anpassung der inneren Struktur der medizinischen Fakultäten und Ausbildungsstätten an zeitgemäße Bedingungen für Krankenbetreuung, Lehre und Forschung. An der Erfüllung dieser drei Hauptaufgaben muß sich jede Reform der medizinischen Fakultäten orientieren. Durch die Einrichtung von Fachbereichen nach einem Departmentsystem können die Aufgaben der Kranken-betreuung, der Ausbildung, Lehre und Forschung am besten wahrgenommen und erfüllt werden. Die übersichtliche Gestaltung der Fachbereiche in Abteilungen gewährleistet eine bestmögliche Krankenversorgung In ständigem Kontakt mit dem Patienten. Kollegiale Zusammenarbeit gleichverantwortlicher leitender Arzte löst das für die Versorgung der einzelnen Kranken unbefriedigende System der vertikalen Weisungsgebundenheit ab. Darüber hinaus wird diese neue Struktur der Universitätskliniken und medizinischen Institute den Anforderungen der Studienreform, der Ausbildung zum Arzt und der Weiterbildung zum Facharzt voll gerecht. Die notwendigen Investitionen sind baldmöglich von den zuständigen Landesbehörden zu veranlassen, um die Abteilungen in Krankenversorgung, Ausbildung und Forschung voll leistungsfähig werden zu lassen.

Der Deutsche Ärztetag weiß sich in seinem Bestreben nach einer Reform der medizinischen Fakultäten einig mit der vorherrschenden Meinung der über 8000 an den Universitätskliniken tätigen Ärzte. Er erwartet von den Hochschulen die gebührende Berücksichtigung seines dringenden Anliegens und von den zuständigen Länderparlamenten die Bereitstellung der erforderlichen Mittel."

#### Zulassung zum Medizinstudium, Krankenpflegedienst

Auf Antrag von Dr. GRASSL und weiteren Kollegen faßte der 72. Deutsche Ärztetag folgenden Beschluß:

"Die Bundesärztekammer wird gebeten, ihren Einfluß geltend zu machen, daß bei der Neuzulassung zum Medizinstudium neben der Note des Reifezeugnisses und der Zeitdauer der Ablehnungen jede über den achtwöchigen Krankenpflegedienst hinausgehende praktisch-pflegerische Betätigung eine feste Punktwertung

erfährt. Die Beurteilungen der Chefärzte und der Prüfungskommissionen sind dabei maßgeblich zu berücksichtigen und als Eignungstest zu bewerten. Damit gibt man dem Abiturienten feste Handhaben, wie er schlechtere Noten in einem bestimmten Zeitraum, in dem er sich pflegerisch betätigt, ausgleichen kann, und verurteilt ihn nicht zum Abwarten und Nichtstun. Die stärkere Heraushebung der pflegerischen Betätigung wird sicher später mehr junge Ärzte der freien Praxis als Praktische Ärzte zuführen.

Als pflegerische Betätigung gilt der über acht Wochen hinausgehende Krankenpflegedienst, ferner die Ausbildung als Masseur und Krankengymnast, als Bademeister, als medizinisch-technischer Assistent, als Kneippbademeister, die Zeit im Sanitätsdienst bei der Bundeswehr usw.

Es ist ferner anzustreben, daß zumindest der über acht Wochen hinausgehende Krankenpflegedienst von den Krankenanstalten entsprechend honoriert wird. Damit könnte der Mangel an Krankenpflegern und Krankenschwestern etwas ausgeglichen werden."

#### Früherkennung des weiblichen Genitalkrebses

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer faßte der 72. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

"Alljährlich sterben Tausende von Frauen an Krebserkrankungen des Genitale und der Brust. Gerade diese Krebsformen können durch systematische Vorsorgeuntersuchungen frühzeitig erkannt und einer aussichtsreichen ärztlichen Behandlung zugeführt werden.

Mit Befriedigung nimmt daher der Deutsche Ärztetag Kenntnis von Vorschlägen, die der Ausschuß 'Vorbeugende Gesundheitspflege' der Bundesärztekammer unter Mitwirkung des Wissenschaftlichen Beirates für ein Untersuchungsprogramm zur Früherkennung von Genital- und Brustkrebserkrankungen bei der Frau entwickelt hat.

Die Verwirklichung dieses Programms von Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung des weiblichen
Genitalkrebses bletet wissenschaftlich wie organisatorisch keine Schwierigkeiten mehr. Erfahrungen, die
auf reglonaier Ebene durch Übernahme entsprechender
Vorsorgeuntersuchungen in den freiwilligen Leistungsberelch der gesetzlichen Krankenversicherung gemacht
wurden, bestätigen dies. Deshalb empfiehlt der Deutsche Ärztetag dem Gesetzgeber, das hiermit der Öffentlichkeit und den zuständigen politischen Stellen der
Bundesrepublik vorgelegte gesundheitspolitische Programm zur Früherkennung des weiblichen Genitalkrebses alsbald in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufzunehmen und damit
diese bedeutsamen Vorsorgemaßnahmen den Frauen
zur Verfügung zu stelien.

Gieichzeitig empfiehlt der Deutsche Ärztetag der Ärzteschaft, sich auf die Durchführung dieser Untersuchungen vorzubereiten. Ebenso ist für die Weiterbildung von Ärzten und die Ausbildung von Hilfskräften im Bereich der Zytologie als wesentliche Voraussetzung für einen erfolgreichen Ausbau der Diagnostik des weiblichen Genitalkrebses Sorge zu tragen.

Der Deutsche Ärztetag empfiehlt den Frauen unter Hinweis auf das von ihm der Öffentlichkeit übergebene Gesundheitsvorsorgeprogramm, vom 30. Lebensjahr an regelmäßig einmal im Jahr eine derartige Vorsorgeuntersuchung vornehmen zu lassen."

#### Arzneimittelkommission der deutschen Arzteschaft — eln unabhängiges wissenschaftliches Gremium

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer faßte der 72. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

"Der Deutsche Ärztetag spricht dem Fachausschuß der Bundesärztekammer für Arzneimittelfragen, der Arzneimitteikommission der deutschen Ärzteschaft, seinen besonderen Dank und seine Anerkennung für das umsichtige und verantwortungsbewußte Vorgehen aus, mit dem die Arzneimittelkommission bisher unbekannt gebliebene Arzneimittelnebenwirkungen erfaßt und der wissenschaftlichen Kiärung zugeführt hat, um sie dann

der Ärzteschaft bekanntzumachen. Der Deutsche Ärztetag dankt insbesondere dafür, daß die Arzneimittelkommission dabei sorgfältig bemüht war, das Vertrauen in die Medikamente als wichtigste ärztliche Hilfsmittel nicht unnötig zu gefährden.

Zur Unterrichtung der Öffentlichkeit weist der Deutsche Ärztetag darauf hin, daß Äußerungen der Arzneimittelkommission über einzelne Präparate und deren therapeutische Wirksamkeit ebenso wie Warnungen vor der Anwendung bestimmter Präparate das Ergebnis sorgfältig abgewogener Meinungsbildung unter den aus allen beteiligten Fachgebleten der Medizin kommenden Mitgliedern der Arzneimittelkommission sind

Der Deutsche Ärztetag betont in diesem Zusammenhang, daß die Arzneimittelkommission der deutschen Arzteschaft ein Gremium von Wissenschaftlern aller medizinischen Fachbereiche mit zur Zeit 40 ständigen und etwa 60 korrespondierenden Mitgliedern ist, das in seiner wissenschaftlichen Meinungsbildung keinerlei Weisungen, auch nicht der Bundesärztekammer, deren Fachausschuß sie ist, oder anderer Stellen unterliegt. Aus gegebener Veranlassung stellt der Deutsche Ärztetag ausdrücklich fest, daß die Unabhängigkèit der Arzneimittelkommission auch nicht dadurch berührt wird, daß ein Teil ihrer Mitglieder in Ausübung ihres Berufes pharmakologische oder kllnische Prüfungen von Arzneimitteln für deren Hersteller im Rahmen des nach dem Arzneimittelgesetz vorgeschriebenen Registrierungsverfahrens vornimmt."

#### Vorsorge gegen Lungen- und Bronchialkrebs Rauchen in den Schulen verhindern

Auf Antrag von Dr. ORTH und weiteren Kollegen faßte der 72. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

"Der Deutsche Ärztetag wendet sich im Hinblick auf die Gefahr des Rauchens für die Entstehung des Lungen- und Bronchialkrebses an die Kultusminister der Länder,

- 1. das Rauchen in den Schulräumen zu verhindern,
- die Schüler in geeigneter Weise im Unterricht auf die Gefahren des Rauchens hinzuweisen (z. B. Vorträge von Ärzten, Filme, Biologie-Unterricht)."

#### Zigarettenrauchen gefährdet Volksgesundheit

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer und unter Berücksichtigung eines Ergänzungsantrages von Dr. IVERSEN faßte der 72. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

"Umfassende medizinische Forschungen in aller Welt haben die Gefährlichkeit des Zigarettenrauchens, vor allem im Hinblick auf die Entstehung von Lungenkrebs wie auch von Herz- und Kreislauferkrankungen erwiesen. Allein im Jahre 1968 starben in der Bundesrepublik etwa 40 000 Menschen an Krebserkrankungen der Bronchien und der übrigen Atmungsorgane, von denen ein sehr erheblicher Teil durch Zigarettenrauchen verursacht gewesen sein dürfte. Zigarettenrauchen ist also eine Gefahr für jeden einzelnen und für die Gesundheit der gesamten Bevölkerung.

Trotz aller Warnungen steigt der Zigarettenkonsum in der Bundesrepublik weiter an und hat sich von 1960 bis 1966 erheblich gesteigert. Besonders bedenklich, weil besonders gefährlich, ist der hohe Zigarettenkonsum der Jugend. Ungeachtet aller Bemühungen ist die Jugend offensichtlich immer noch nicht hinreichend über die schweren Gefahren des Rauchens unterrichtet. Im Gegenteil hat die Öffentlichkeit mit Erstaunen davon erfahren, daß selbst Schulen durch Einrichtung von Rauchzimmern dazu beitragen, das Zigarettenrauchen schon frühzeitig zur Gewohnheit werden zu lassen. Hinzu kommt die ständige und massive Werbung in Zeitschriften, Rundfunk und Fernsehen, die sich nicht selten in erster Linie an junge Menschen wendet.

Der Deutsche Ärztetag weist erneut und eindringlich auf die großen Gefahren des Zigarettenrauchens hin und bittet die Bundesregierung, alles in ihren Kräften

# AMPHODYN retard



für die schwachen Stunden des »Orthostatikers«

. . . selten, daß er mittags eine zweite braucht!



Amphodyn retard enthält je Kapsel: 150 mg Roßkastanienextrakt (= 25 mg Aescin) 20 mg Etilefrin

#### Die Vertreterzentrale der Bayerischen Landesärztekammer

sucht für Vertretungen

## Praktische Ärzte und Fachärzte

Meidungen erbeten an die Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Könlginstraße 85, Telefon 36 11 21 (Apparat 37)

Stehende zu tun, um der geschilderten Entwicklung entgegenzutreten, selbst auf die Gefahr hin, daß die derzeitigen Tabaksteuer-Elnnahmen in Höhe von rund 6 Milliarden DM nicht unerheblich zurückgehen sollten. Eine Minderung der Steuereinnahmen dürfte mehr als ausgeglichen werden mit einem Erfolg der Gesundheitspflege durch Einschränkung des Nikotinmißbrauchs."

#### Mehr Sicherheit für Kinder im Straßenverkehr

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer faßte der 72. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

"Im Jahre 1967 starben durch Verkehrsunfälle auf den Straßen der Bundesrepublik täglich durchschnittlich 5 Kinder. Weitere 65 Kinder wurden schwer verletzt; davon 14 so schwer, daß sie für ihr ganzes Leben zum Krüppel wurden. Am stärksten gefährdet sind Kinder im Vorschulalter und Schulanfänger. Die Zahl der tödlich verunglückten Kinder nimmt weiter zu, obwohl die Gesamtzahl der tödlichen Verkehrsunfälle im letzten Jahr etwas absank.

Dlese erschreckende Entwicklung veranlaßt den Deutschen Ärztetag zu einem erneuten Appell an alie, die es angeht, in Ihren Bereichen alle Möglichkeiten auszuschöpfen, um die Sicherheit unserer Kinder im Straßenverkehr zu verbessern. Das geplante Verbot von Sport und Spiel auf Fahrbahnen und Straßen-Seltenstreifen — in Ortschaften sogar auf Gehwegen —, wle es der Entwurf der neuen Straßenverkehrsordnung vorsieht, mag geelgnet seln, Schuld und Haftungsfragen besser abzugrenzen. Dem Problem selbst, das im natürlichen Bewegungsdrang des heranwachsenden Kindes liegt, ist damit nicht belzukommen!

Sichere Spielplätze in ausreichender Zahl:

Der Deutsche Ärztetag hält es für dringend geboten, den Kindern mehr Spielplätze zu schaffen, um sie von den Verkehrswegen fernzuhalten. Den kindiichen Splelbedürfnissen entsprechende Anlagen, auf denen Kinder spielen, toben und Sport treiben können, sind dringend notwendig. Als mögliche Sofortmaßnahme sollten, dem Beispiel einiger Städte folgend, alle Schulhöfe zum nachmittäglichen Splel für Kinder freigegeben werden. Fragen der Haftung und der Beaufsichtigung der Kinder sind lösbar und dürfen solchen Sofortmaßnahmen nicht länger entgegenstehen.

Sicherheit des Schulweges:

Von den verunglückten Kindern war jedes dritte auf dem Schulweg. Deshalb müssen vor allem in Großstädten und Stadtlandschaften, in denen Schulklnder als Radfahrer oder Fußgänger stark befahrene Straßen auf dem Wege von oder zur Schule benutzen, Schulbusse eingesetzt oder andere Maßnahmen durchgeführt werden, die den Schulweg sicherer machen. Die "Schulweg-Pläne" soliten nicht primär den Verkehrsströmen und -gegebenheiten entsprechen; die Sicherheit des Schulweges muß auch gegenüber den Erfordernissen des Verkehrsflusses Vorrang haben. Für alle Maßnahmen, die zur Verbesserung der Sicherheit des Schulweges unserer Kinder notwendig sind, müssen Fragen der Kosten, der Haftpflicht u. a. beim Einsatz von Schulbussen zweltrangig sein.

Verkehrsunterricht:

Die Erziehung zum verkehrsrichtigen Verhalten kann nicht allein Sache des Elternhauses sein. Deshalb sollte der in den Unterrichtsplänen unserer Schulen vorgesehene Verkehrsunterricht auch tatsächlich erteilt und unter Mitwirkung von Verkehrsfachleuten und der Polizei lebensnah gestaltet werden. Für den Verkehrsunterricht soliten Schulverkehrsgärten und -zimmer eingerichtet und geeignete Unterrichtsfilme zur Verfügung gestellt werden. Da die Unfalihäufigkeit von Kindern schon im Vorschulalter deutlich anzusteigen beginnt, sollte mit dem Verkehrsunterricht schon in den Kindergärten begonnen werden."

#### Ausübung des Heilgewerbes durch Heilpraktiker

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer faßte der 72. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

"In der gesamten zivilisierten Welt ordnen staatliche Gesetze die Ausübung der Heilkunde approblerten Arzten zu. Diese Staaten sind damit bemüht, ihre Bevölkerung vor Kurpfuschern zu schützen.

Einzigartig in der Welt bildet die Bundesrepublik Deutschland hier eine Ausnahme. Neben den durch Gesetz zur Ausübung der Heilkunde befugten Ärzten, deren Ausbildungsgang durch eine staatliche Approbationsordnung genau vorgeschrieben lst und durch staatliche Prüfungen überwacht wird, wird durch ein besonderes "Heilpraktikergesetz" von 1939 einer weiteren Personengruppe unter der Bezeichnung "Heilpraktiker' die Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde wenn auch mit Einschränkungen - erteilt. Damlt üben in der Bundesrepublik Personen eln Heilgewerbe aus, von denen der Nachweis durch den Staat festgelegter Kenntnisse in der Medizin nicht verlangt wird. Während die ärztliche Approbation nach einer gesetzlich vorgeschriebenen, langjährlgen theoretischen und praktischen medizlnischen Universitätsausbildung erteilt wird, ist für die Erlaubnis, als Heilpraktlker tätig zu werden, neben dem Besuch einer Volksschule, dem Besltz der bürgerlichen Ehrenrechte lediglich durch eine Überprüfung vor dem zuständigen Amtsarzt nachzuweisen, daß die angestrebte Tätigkeit als Heilpraktiker nicht zu einer Gefahr für die Volksgesundheit

Diese Tatsachen erwecken in der Bevölkerung weitgehend den Eindruck, als handele es sich bei den staatlich zugelassenen Heilpraktikern um Heilbehandler mit besonderer staatlich geregelter Ausbildung. Das Hellpraktikergesetz schützt Personen, die einen Heilpraktiker aufsuchen, nicht vor dem Irrtum, einer in der Heilkunde hinreichend ausgebildeten Person gegenüberzustehen.

Der Deutsche Ärztetag betrachtet es daher als unverständlich, daß der Staat ein Gesetz bestehen läßt, das der Öffentlichkeit das Vorhandensein eines außerhalb der Ärzteschaft bestehenden qualifizierten Heilpraktikerstandes vortäuscht und so zu einer Irreführung der Bevölkerung über die Qualifikation der Heilpraktiker beiträgt. Er schlägt vor, durch gesetzliche Maßnahmen dafür zu sorgen, daß klare, dem Schutze des einzelnen und der Allgemeinheit dienende Regelungen auch in der Bundesrepublik diejenigen Voraussetzungen festlegen, die in der übrigen zivilisierten Welt für die eigenverantwortliche Ausübung der Heilkunde als selbstverständlich gelten."

#### Wahl des Finanzausschusses

Der 72. Deutsche Ärztetag faßte gemäß § 9 Abs. 5 der Satzung der Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern) folgenden Beschluß:

"In den Finanzausschuß der Bundesärztekammer werden die Herren (in alphabetischer Reihenfolge)

Dr. Aurnhammer, Neuburg/Donau

Dr. Marr, Hamburg

Dr. Werner, Mannheim

gewählt."

#### Schloßberg-Klinik Oberstaufen/Allgäu

Spezialkrankenhaus zur Vor-, Weiter- und Nachbehandlung von Tumorkranken eröffnet

#### Betreuung der Klinik durch die Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern

Mit vorerst 150 Betten steht nun auch die Schloßberg-Klinik in Oberstaufen/Allgäu zur Internen Vor-, Weiterund Nachbehandiung tumorkranker Patienten zur Verfügung.

Das Haus wird im nächsten Jahr seine Kapazität auf die bereits vorgesehene Zahl von 350 Betten erweltern. Die Klinik soll Privatpatienten und Kassenpatienten aufnehmen. Die entsprechenden Verhandlungen mit den gesetzlichen Krankenkassen über eine Pflegesatzvereinbarung werden in Kürze erfolgen.

Dieses Krankenhaus wird ebenso wie die bereits seit 10 Monaten bestehende Spezialklinik für Tumorkranke in Bad Trißl bei Oberaudorf/Inn von der Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern betreut werden.

Der gesamte medizinische Bereich wird im Einvernehmen mit der Arbeitsgemeinschaft geregelt, die auch die weiteren Auskünfte erteilt.

Die Aufnahme der Patienten erfolgt ebenfalls über die Arbeitsgemeinschaft, 8000 München 23, Königinstraße 85. Die dafür erforderlichen Formulare können bei dieser und den üblichen Formularausgabestellen für die Ärzte in Bayern angefordert werden.

#### Pflegesatzverelnbarung mit den gesetzlichen Krankenkassen

Am 27. Mai 1969 fanden Pflegesatzverhandlungen statt, die mit einer Vereinbarung abgeschlossen werden konnten, nach welcher die gesetzlichen Krankenkassen (Orts-, Land-, Innungs-, Betriebs- und Ersatzkrankenkassen), ebenso wie bei der Tumorklinik in Bad Trißl, für ihre Mitglieder die entstehenden Behandlungskosten übernehmen.

#### "KREBS Vorsorge — Früherkennung" Großer Erfolg der Ausstellung in Regensburg

Die von der Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern durchgeführte Ausstellung "KREBS Vorsorge — Früherkennung", die vom 26. April bis 4. Mai 1969 im sogenannten Donau-Einkaufszentrum von Regensburg gezeigt worden war, ist dort von rund 20 000 Personen besucht worden. Das ist die bisher größte Zahl von Besuchern, die jemals an einem Ausstellungsort erreicht worden war.

Die Ausstellung befand sich vom 10. bis 18. Mai 1969 in der Stadthalle in Bayreuth.

In den Monaten Juni/Juli 1969 wird die Ausstellung noch in einigen Städten der Oberpfalz gezeigt werden.

#### Einführungslehrgang in die Kassenpraxis

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet im Zusammenwirken mit den Landesverbänden der RVO-Kassen in Bayern am Samstag, 5. Juli 1969 in München, Sitzungssaal des Messehauses (Ausstellungspark), 8000 München 12, Theresienhöhe 13, Beginn 9.00 Uhr, einen Einführungslehrgang in die Kassenpraxis.

Nähere Auskunft erteilt: KVB-Bezirksstelle München Stadt und Land, 8000 München 2, Brienner Straße 23. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

### Neuer Vorsitzender der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.

Am 28. April 1969 wurde der frühere Präsident der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Professor Dr. Erwin GABER, einstimmig zum Vorsitzenden der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V., Köln, gewählt. Er übernahm damit am 1. Mai 1969 das Amt, das Generaldirektor l. R. Joseph SCHERER nach dem Tode von Bundesminister a. D. Dr. Hermann SCHÄFER, vom einstimmigen Vertrauen der Mitgliederversammlung getragen, am 27. Juni 1967 für die Zeit übernommen hatte, die zur zeitgemäßen Überarbeitung der Satzung, zur Weiterführung der Ausschußarbelten und zur Wahl des künftigen Vorsitzenden erforderlich war

Dr. Gaber, der am 7. Oktober 1968 sein 65. Lebensjahr vollendete, hat von 1953 bis 1968 den schwierigen Wiederaufbau der BfA als verantwortlicher Behördenchef geleitet. In zahlreichen Ehrenämtern hat er sein stetes Interesse für die soziale Neuordnung in der Bundesrepublik bekundet und seine große Sachkenntnis zur Verfügung gestellt. Dies kam auch in seiner Ernennung zum Honorarprofessor an der Technischen Universität Berlin für das Lehrgebiet Sozialversicherung zum Ausdruck.

Als Vertreter der BfA, die seit vielen Jahren Mitglied der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung ist, wirkte er häufig in deren Ausschußsitzungen mit; die Gesellschaft weiß sich mit ihm einig in dem Bestreben, die gegliederte Sozialversicherung zu erhalten und deren gutes Verhältnis zur Individualversicherung, zu den Heilberufen und den Berufsständen zu pflegen.

#### Film:

#### Frühdlagnose des Kollum-Karzinoms

Der Gynäkologie stehen mit der Kolposkopie und der Zytodiagnostik die Methoden zur Verfügung, die eine zuverlässige Frühdiagnose des Kollum-Karzinoms, dieser häufigsten malignen Neubildung bei der Frau, ermöglichen.

Der Film zeigt, wie in enger Zusammenarbeit zwischen dem praktizierenden Arzt, dem zytologischen Labor und der Klinik alle modernen Möglichkeiten der Frühdiagnose des Kollum-Karzinoms eingesetzt werden. Mit ihnen gelingt es, nicht nur frühe, noch im präklinischen Stadium befindliche maligne Veränderungen zu erkennen, sondern auch die fakultativen Vorstadien einer Krebserkrankung der Cervix uterl nahezu lückenlos zu erfassen. Es wird demonstriert, welche technischen Besonderheiten zu beachten sind, wenn man zuverlässige Ergebnisse erzielen will.

Eine anhand von 5-Jahres-Hellungen erstellte Erfolgsstatistik belegt schließlich die Bedeutung der Krebs-Früherkennung für das Lebensschicksal der Patientin. Ihr Wert ist aber nur dann voll auszuschöpfen, wenn es gelingt, möglichst viele Frauen zur Untersuchung zu bewegen.

Wissenschaftliche Leitung: Professor Dr. K. H. ZINSER und Dr. H. MEISSNER.

Herstellung: BAYER-Filmstelle, Leverkusen.

Dieser Film steht auf Anforderung den Ärztlichen Kreisverbänden zur Verfügung.

#### Askulap und Pegasus

Bayerische Landesgruppe der Schriftstellerärzte gegründet

Der Senlor der bayerischen Schriftstellerärzte, Dr. Heinz SCHAUWECKER, von der Stadt Regensburg mit der Albertus-Magnus-Medaille ausgezeichnet, hat im "Bayerischen Ärzteblatt" (Heft 11/1968, S. 812) auf die Notwendigkeit hingewiesen, daß sich auch bei uns in Westdeutschland die Schriftstellerärzte vereinigen müßten, um auf den alljährlichen Internationalen Kongressen der "Union mondiale d'écrivains médecins" nicht mehr als Gäste, sondern als eigene Gruppe, als vollberechtigte Mitglieder, teilnehmen zu können. In Hamburg und Schleswig-Holstein haben sich die Schriftstellerärzte bereits zu einer Landesgruppe zusammengeschlossen.



Von links nach rechts:

Dr. Robert Paschke, Erich L. Biberger, Vorsitzender der Regensburger Schriftstellergruppe, Dr. Wilhelm Steinmetz, Dr. Walter Reinemer, Dr. Heinz Schauwecker, Dr. Wilhelm Schürer, Dr. Otto Molz, Dr. Edith Engelke, Dr. Alfred Rottler, Dr. Hans Weigold

Foto: Nübler, Regensburg

Auf die Initiative von Kollegen Schauwecker trafen sich nun am 19. April 1969, nachmittags 16.00 Uhr, im Arztehaus Regensburg, Arzte aus ganz Bayern: Dr. Heinz SCHAUWECKER, Berching; Dr. Hans WEI-GOLD, Regensburg; Dr. Otto MOLZ, Kelheim; Dr. Walter REINEMER, Regensburg; Dr. Alfred ROTT-LER, Nürnberg; Dr. Wilhelm SCHÜRER, Berchtesgaden, und Dr. Robert PASCHKE, Emskirchen. Dr. Walter PAPESCH und Dr. Max Josef ZILCH, Regensburg, ließen sich entschuldigen. Als Vorsitzender der bayerischen Landesgruppe der Schriftstellerärzte wurde Kollege Schauwecker, als Schriftführer Kollege Molz und als Pressewart Kollege Paschke gewählt. Es wurde fernerhin beschlossen, möglichst bald die Gründung einer deutschen Gruppe auf Bundesebene in die Wege zu leiten, um bei den internationalen Kongressen geschlossen auftreten zu können. Zu diesem Zwecke soll eine enge Fühlungnahme mit den bereits bestehenden Landesgruppen aufgenommen und die Gründung von solchen in den anderen Bundesländern angeregt werden. Die Teilnahme an dem diesjährigen Internationalen Kongreß in Nizza, den die Köllegen Schauwecker und Rottler besuchen werden, wurde besprochen.

Am Abend waren die Schriftstellerärzte zu Gast bei der Regensburger Schriftstellergruppe, die unter dem Titel "Äskulap und Pegasus" zu einem Abend im "Parkhotel Maximilian" eingeladen hatte. In der Zwischenzeit war auch die Kollegin Frau Dr. Edith EN-GELKE aus Kiel als Gast eingetroffen, die die Landesgruppe Schleswig-Holstein vertrat und die als Lyrik-Kolumnistin des "Deutschen Ärzteblattes" bekannt ist. Nach den freundlichen Begrüßungsworten des Vorsitzenden Erich L. BIBERGER wiesen die Kollegen Weigold und Schauwecker zur Einführung auf die doppelte Berufung des Arztes hin: aus der freischöpferischen Kunst die Kraft zu finden, den Arztberuf auszuüben und andererseits Brücken schlagen zu können aus dem Arztberufe zur Heilung der seellschen Krankheiten der Menschhelt.

Kollege Molz, der auch Leiter des Kelheimer Volksbildungswerkes ist, trug ein geistvolles Essay über die "Vermutung, warum Ärzte schreiben" vor, das er Kollegen Heinz Schauwecker zum 75. Geburtstag widmete: "Das Schreiben als Last, weil der Arzt tagaus, tageln Papier beschreiben muß, wandelt sich in der Klausur der Stille zu produktiver Freude. So verfällt der Arzt der Magie des Schreibens... Der Arzt ist Hörender, Erkennender und Handelnder mit dem Rüstzeug, das Generationen von Forschern und Ärzten ihm stellten. Diese Dreiheit der Funktionen erhebt ihn in den Stand des immerwährenden Dialogs mit dem Geschöpf und der Schöpfung. Aus der Lebenssumme dieses Fragens und Antwortens wird er selbst zum Fragenden, zum Deutenden und Erkennenden - vom Hörenden zum Horchenden - vom Sehenden zum Staunenden. Im Vollzug dieses horchenden Staunens schließt sich der Ring, in dem Arzt und Dichter Weggefährten sind der Ring um Askulap und Pegasus."

Kollegin Engelke warf in ihren Dichtungen die Frage auf: Was haben wir versäumt? und meinte: es gibt wirklich noch Leute, die an den Weihnachtsmann, d. h. an die Nächstenliebe, glauben. Ihre Dichtungen: "Der Arzt als Patient", "Allein vor dem Fernsehschirm" und "Dem jungen Dichter, der Selbstmord verübte", redeten eine eindringliche Sprache.

Kollege Reinemer, der schon durch Dramenaufführungen sich einen Namen gemacht hat, gab in seinem "Liebesbrief an Herbipolis" eine psychologisch feinsinnige Studie des Wiedersehens im D-Zug, das im Alter zwel Menschen erfahren, die in ihrer Jugend—er als blutjunger, armer Student, sie als kleine Verkäuferin— eine unvergeßliche Romanze zusammen erlebt hatten.

Kollege Rottler, den Lesern des "Bayerischen Ärztebiattes" bekannt durch seinen erst kürzlich erschienenen Bericht über die Olympischen Spiele in Mexiko: "Reisen, Rekorde, Räuber, Revolution, Reliquien, Rache und Rührung" (Heft 2 und 3, 1969) las aus seinem Buche "Den Sternen verschwistert" Gedichte, die anläßlich seiner Reise nach Japan zu den Olympischen Spielen entstanden waren und die den zarten fernöstlichen Hauch ausstrahlen.

Kollege Schürer trug stark pointierte polltische Gedichte vor, in denen er die Politik als parasitäre und elitäre Lebensform darstellt. "Ich heuchle, was ich nicht bin." Kollege Weigold führte anschließend die Zuhörer wieder ins Fabelland zurück mit seinem heiteren Traumgedicht von der Sphinx, die ihm erhebliche Schwierigkeiten bereitete und der er endlich doch trotz der heiklen Frage nach der weltpolitischen Lage glücklich entfliehen konnte. Er trug auch noch drei Gedichte seines erkrankten Freundes, Kollegen Dr. Walter Papesch, vor.

Kollege Paschke erzählte eine Kurzgeschichte "Regimentsarzt in Frankreich", die von einer merkwürdigen, aber doch zu gutem Ende geführten Geburt im Feindesland handelt.

Als Abschluß und Krönung des Abends kam Kollege Schauwecker zu Wort mit "Arzt vor der Natur" — "Geburt und Tod sind Tore, die er (Gott) auftut dem Leben". — Dann folgte die heitere südamerikanische Geschichte vom "Don Pepe", der die erstaunliche Leistung fertig bringt, gleichzeitig der Vater von drei Söhnen zu werden, deren Mütter an den entgegengesetzten Enden der Peripherie einer großen Stadt wohnen. Er verrät uns schließlich sein Geheimnis — ein Fahrrad. Schauwecker schloß mit dem Gedicht "Die silberne Trompete", das Professor Scherbaum gewidmet ist und mit Versen, die nach einem Orgelkonzert in Weiden zu Regers 90. Geburtstag entstanden sind.

Kollege Steinmetz "als Rest eines Streichquartetts" umrahmte stilvoll mit einem Cello-Solo von Joh. Sebastian Bach und einer Solo-Suite von Max Reger die Vorträge.

Das zahlreich erschienene Publikum dankte den Vortragenden mit reichem Beifall. Die Kritik der anwesenden Presse war durchaus positiv. Die "Mittelbayerische Zeitung" schrieb u. a.: "Vielfalt und Individualismus wurden nicht nur am Gehalt des Gebotenen deutlich, sie machten auch äußerlich den Ablauf des Abends abwechslungsreich und — bei allem Ernst der Absichten und Ambitionen — unkonventionell und amüsandt. Der kunstlose Vortragstil der Tellnehmer

aus ganz Bayern nahm den Arbeiten jede Spur eines Verdachts, auf bloße Wirkung bedacht zu sein, gab den Autoren Glaubwürdigkeit, wenn sie als "Mitstreiter gegen Zerstörung und Hoffnungslosigkeit' ihre Zwelfel, mit dem "Mut zu hoffen", besiegen und in poetischen Versuchen die "Liebe zu allem Leben" ahnen lassen... und über vieler Erfahrung standen die unbeantworteten Fragen: ,Was ist der Mensch?' und ,Was wissen wir den wirklich...?" Der "Regensburger Tages-Anzeiger" schrieb u. a.: "Wieder einmal hat sich die Notwendigkeit einer Gruppe erwiesen, die sich literarischer Belange annimmt, die schriftstellerische Talente fördert, pflegt und dafür sorgt, daß solche Stimmen nicht ungehört verhallen. Gerade Ärzte sind prädestiniert — Wunden zu heilen, an denen unsere Zeit krankt. Was wäre näherliegend, als daß sich Äskulap und Pegasus zu harmonischer Ergänzung fanden."

Diese Lesung der bayerischen Schriftstellerärzte in Regensburg hat wesentlich dazu beigetragen, nicht nur das literarisch interessierte Publikum mit den Nöten und Sorgen des Arztberufes vertraut zu machen, sondern auch das nicht überall erfreuliche Verhältnis zwischen Ärzteschaft und Presse zu entschärfen und zu verbessern. Schon allein durch diese rein zweckbedingten, realistischen Überlegungen, die auch in den Regensburger Pressestimmen anklangen, hat die Notwendigkeit der erfolgten Gründung einer bayerischen Landesgruppe der Schriftstellerärzte ihre Bestätigung erfahren und diese sollte daher einer nachhaltigen Unterstützung seitens unserer Berufsorganisationen sicher sein. Vor allem wäre es wünschenswert und sinnvoll, solche Veranstaltungen wie in Regensburg auch in anderen größeren Städten Bayerns abzuhalten. Literarisch tätige Kollegen sind aufgerufen, aktiv mitzuwirken und zu diesem Zwecke Verbindung mit Dr. Heinz Schauwecker, 8434 Berching, Egerländer Straße 4, aufzunehmen.

Zum Schluß möchte ich nicht versäumen, auch an dieser Stelle der Regensburger Schriftstellergruppe nochmals herzlich zu danken für die gastfreundliche Aufnahme, die wir in deren Kreis gefunden haben.

Dr. med. Robert Paschke, 8535 Emskirchen

#### Dringlich zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

#### Mittelfranken

Bad Windsheim, Lkr. Uffenheim: 1 Allgemeinpraktiker Fünfte Kassenarztstelle für einen Praktischen Arzt in einem Heilbad mit 9000 Einwohnern.

Bad Windshelm, Lkr. Uffenhelm: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

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

Bubenreuth, Lkr. Erlangen: 1 Allgemeinpraktiker Zweiter Kassenarztsitz in einer Gemeinde mit 3500 Einwohnern, in unmittelbarer Nähe der aufstrebenden Universitätsstadt Erlangen.

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

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

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

Scheinfeld: 1 Allgemeinpraktiker

Durch Tod frei gewordener dritter Arztsitz in einer Kreisstadt.

Weidenbach-Triesdorf: 1 Allgemeinpraktiker

Zweite Kassenarztstelle an einem Ort mlt großem Einzugsgebiet.

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

#### Niederbayern

Diepoltskirchen, Lkr. Eggenfelden: 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um eine durch Tod des einzigen dort niedergelassenen Allgemelnpraktikers frei gewordene Kassenarztstelle. Diepoltskirchen umfaßt ein Einzugsgebiet von etwa 4000 Einwohnern.

Fürstenstein, Lkr. Passau: 1 Aligemeinpraktiker

Es handelt sich um eine durch Tod eines Allgemeinpraktikers frei gewordene Kassenarztstelle. Fürstenstein hat etwa 3500 Einwohner. Am Ort lst ein zweiter Praktiker niedergelassen.

Hauzenberg, Lkr. Wegscheld (Bayer. Wald): 1 Allgemeinpraktiker

Hauzenberg, nahe bei Passau gelegen, umfaßt ein Einzugsgeblet von rund 9000 Einwohnern. Durch den Tod elnes Allgemeinpraktikers im Februar 1969 stehen für die ärztliche Versorgung der Bevölkerung derzeit nur 3 Kassenärzte zur Verfügung, von denen 2 aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage sind, ihre Praxis in vollem Umfang auszuüben. Die Gemeinde ist bei der Beschaffung von Wohn- und Praxisräumen behilflich. Hauzenberg besitzt eine neue Reaischule.

Passau: 1 Facharzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe

Die Stadt Passau hat etwa 32000 Einwohner. Zwel weitere Fachärzte für Frauenkrankhelten und Geburtshilfe sind zur Kassenpraxis zugelassen.

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

In Perlesreut, das über ein großes Einzugsgebiet verfügt, kann die umfangreiche Praxis eines Kollegen, der am 1. Oktober 1969 in den Ruhestand tritt, übernommen werden. Ein zweiter Allgemeinpraktiker ist am Ort niedergelassen.

Wurmannsquick, Lkr. Eggenfelden: 1 Allgemeinpraktiker

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

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

Die Stelle wurde durch den Wegzug des bisberigen Praxisinhabers frel.

Es besteht die Möglichkeit, am Krankenhaus Beiegbetten zu erhalten.

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

#### Oberbayern

Langengeising, Lkr. Erding: 1 Allgemelnpraktiker

Nandistadt, Lkr. Freising: 1 Allgemeinpraktiker Bisheriger Alleinarzt ist am 15. November 1988 verstorben.

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

#### Oberfranken

Bad Steben, Lkr. Naiia: 1 Allgemeinpraktiker

Coburg: 1 Facharzt für Kinderkrankheiten

Enchenreuth, Lkr. Stadtsteinach: 1 Allgemelnpraktiker (Allelnarzt)

Hiltpoltstein, Lkr. Forchheim: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt).

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

Kuimbach: 1 Allgemeinpraktlker

Leupoldsgrün, Lkr. Hof: 1 Allgemeinpraktiker (Allelnarzt)

Ludwigsstadt, Lkr. Kronach: 1 Ailgemeinpraktiker

Neustadt, Lkr. Cohurg: 1 Facharzt für Augenkrankhelten (Alleinarzt)

Schanenstein, Lkr. Naiia: 1 Allgemeinpraktiker (Alieinarzt)

Untersieman, L.kr. Coburg: 1 Allgemeinpraktiker Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Arzte — Oberfranken —, 8580 Bayreuth, Bürgerreuther Straße 7 a, zu richten.

#### Oberpfalz

Burglengenfeld: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

1 Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten

1 Facharzt für Kinderkrankheiten

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

Erbendorf: 1 Allgemeinpraktiker Hahnbach: 1 Allgemeinpraktiker Immenreuth: 1 Allgemeinpraktiker

Maxhütte-Haidhof-Leonberg-Teublitz (Ortsteil Teub-

litz): 1 Aligemelnpraktiker

Mitterteich: 1 Allgemeinpraktiker

Neumarkt: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

Plößberg: 1 Allgemeinpraktiker Roding: 2 Allgemeinpraktiker

Schwandorf: 1 Allgemeinpraktiker

1 Facharzt für Augenkrankheiten

Sulzbach-Rosenberg: 1 Allgemeinpraktiker

Vohenstrauß: 1 Allgemeinpraktiker Waldershof: 1 Allgemeinpraktiker

Waldthurn: 1 Allgemeinpraktiker

Weiden (Ortsteil Nord): 1 Aligemeinpraktiker

Welden: 1 Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten

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

#### Schwaben

Buch, Lkr. Illertissen: 1 Ailgemeinpraktiker Delningen, Lkr. Nördlingen: 1 Allgemeinpraktiker

Wiederbesetzung des Kassenarztsitzes.

Fellheim, Lkr. Memmingen: 1 Allgemeinpraktiker Einzelarztsitz, gutfundierte Landpraxis, Praxisinhaber gibt aus Altersgründen am 1. 7. 1969 die Praxis auf. Haus kann durch Kauf oder auf Rentenbasis erworben werden. Alle Mittelschulen sind in Memmingen (11 km) durch Bus- und Bahnverbindung erreichbar. zu richten.

Friedberg bel Augsburg: 1 Allgemeinpraktiker 1 Facharzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe

Königsbrunn, Lkr. Schwabmünchen: 1 Allgemeinpraktiker

Zusätzlicher Arztsitz zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung.

Markt Wald, Lkr. Mindelheim: 1 Allgemelnpraktiker Praxisaufgabe steht bevor.

Ziemetsbausen, Lkr. Krumbach: 1 Allgemeinpraktiker Praxisvorgänger lst verstorben.

Zusmarshausen, Lkr. Augsburg: 1 Allgemeinpraktiker Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Schwaben —, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2,

#### Unterfranken

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

Basthelm, Lkr. Mellrichstadt: 1 Allgemeinpraktiker Hambach, Lkr. Schweinfurt: 1 Allgemeinpraktiker Heigenbrücken, Lkr. Aschaffenburg: 1 Allgemeinpraktiker

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

Hösbach, Lkr. Aschaffenburg: 1 Allgemeinpraktiker Praxis- und Wohnräume können zur Verfügung gestellt werden.

Rottenberg, Lkr. Alzenan: 1 Allgemeinpraktiker Wildflecken/Rhön: 1 Allgemeinpraktiker

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

#### E.-W.-Baader-Stiftung

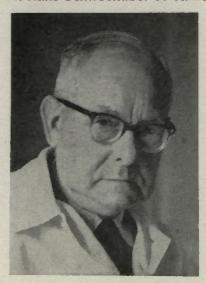
Die E.-W.-Baader-Stiftung im Rahmen der Deutschen Geselischaft für Arbeitsmedizin hat, dem Willen des Stifters entsprechend, einen Preis in Höhe von DM 10 000.- für eine wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiete der Arbeitsmedizin in deutscher Sprache zu vergeben. Hierzu können Arbeiten, die einen Beitrag zur arbeitsmedizinischen Forschung oder zur Verbreitung arbeitsmedizinischen Wissens darstellen, in fünf Stücken bei der Geschäftsstelle der E.-W.-Baader-Stiftung, 8000 München-Allach, Krauss-Maffei-Straße 2. eingereicht werden. Es kommen nur Arbeiten in Frage, die noch nicht oder nach dem 1. Januar 1969 veröffentlicht und nicht schon von anderer Seite mit einem Preis bedacht worden sind. Voraussetzung ist ferner. daß die Arbeit auf eigenen ärztlichen Erkenntnissen beruht, die von dem Preisrichterkollegium als wesentlich und wissenschaftlich vertretbar angesehen werden. Die Zusammenfassung und Wiedergabe bereits bekannter arbeitsmedizinischer Tatsachen erfüllt diese Voraussetzung nicht. Die Stiftung behält sich vor, auch nicht eingereichte Arbeiten auf ihre Preiswürdigkeit zu überprüfen. Der Einsender unterwirft sich unter Verzicht auf den Rechtsweg den Bedingungen der Stiftung und der Entscheidung des Preisrichterkollegiums. Eine Teilung des Preises ist möglich.

Einsendeschluß ist der 30. Juni 1970.

Die Preisverteilung wird anläßlich der wissenschaftlichen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin vom 1. bis 3. Oktober 1970 in Gießen erfolgen.

#### PERSONALIA

#### Dr. Hans Schwoshuber 80 Jahre



Am 27. April 1969 konnte Herr Kollege Dr. med. Hans SCHWOSHUBER in Sondermoning, Kreis Traunstein, seinen 80. Geburtstag feiern. In Anerkennung seiner unermüdlichen Tätigkeit bis ins hohe Alter überreichte ihm der Bürgermeister der Gemeinde Nußdorf die Urkunde als Ehrenbürger.

Der Vorsitzende des Ärztlichen Kreisverbandes Traunstein, Herr Dr. med. Christian GRUBER\*), würdigte den Jubilar in einer Ansprache, die wir nachstehend wiedergeben:

"Im Namen des Ärztlichen Kreisverbandes Traunstein, dessen 1. Vorsitzender ich bin, insbesondere aber ganz persönlich freue ich mich, daß Sie 1hren 80. Geburtstag in dieser körperlichen und geistigen Frische erleben dürfen und bringe 1hnen die aufrichtigsten Glückwünsche. Gleichzeitig gratuliere ich 1hnen zu der großen Ehrung, die 1hnen heute zuteil wurde.

Wir haben viele alte Kollegen, die auch, wie Sie, ihre ärztliche Pflicht erfüllt haben; wir haben aber z. Z. keinen, dessen Wirken so gewürdigt worden ist, wie dies heute bei Ihnen der Fali ist.

Es muß also mehr dahinter sein . . .

Die Gründe, die die Gemeinde Nußdorf veranlaßt haben, Ihnen das Ehrenbürgerrecht zu verleihen, hat der Herr Bürgermeister verlesen und ich will sie nicht wiederholen.

Ärztliches Können, immense Berufserfahrung, stete Einsatzbereitschaft, hohe ärztliche Ethik und Liebe zum Beruf aus Berufung heraus haben Sie nicht nur zu dem guten Landarzt im besten Sinne des Wortes gemacht, sondern auch zu einem der beliebtesten und angesehensten Kollegen unseres Berufsverbandes.

Man liest heute so viel von Ehrungen aller Art: es werden Professorentitel verliehen, Ehrendoktorate, Orden usw., und gar manchmal stellt sich heraus, daß der Empfänger dieser Ehrung gar nicht würdig war. Hier aber ist es anders: Die Gemeinde Nußdorf hat einem

<sup>\*)</sup> Zur Erläuterung ist vielleicht noch beizufügen, daß ich an der Jagd Nußdorf beteiligt bin, daß Dr. Schwoshuber im Volksmund "Schwosei" genannt wird und in Sondermoning wohnt, was im Dialekt "Summering" heißt und zur Gemeinde Nußdorf gehört.

# Mell

Nystarking des autitakteriellen Nyksankeit

# Mexaform plus

Das Antidiarrhoikum mit Sicherheitsfaktor

Normalisisting di garnimotilitat

Normalisierung des Darm flora

keine Beeinflüssung der Schilddrüsenfunktions-Teste (jodfrei)

Mexaform plus - das sichere Mittel bei Durchfall

würdigen Mann das Ehrenbürgerrecht verliehen; sie kann aber auch stolz sein, diesen Mann als Ehrenbürger zu haben!

Ich möchte Ihnen, meine Herren Gemeinderäte, an der Spitze dem Herrn Bürgermeister, von Herzen für diese Entscheidung danken. Sie haben damit nicht nur Herrn Koliegen Schwoshuber geehrt, sondern mit ihm auch alle stets einsatzbereiten Landärzte, die man im Zeitalter des übertriebenen Spezialistentums und attraktiver Operationen, die durch Presse und Fernsehen gehen, so leicht belächelt und vergißt.

Als Sie vor einem Jahr Ihre Kassenpraxis niederlegten. da hat man allgemein gesagt: 'Nun ja, der Schwosei ist halt alt geworden und hört eben auf! Heute - und ich habe 'rumgehört — schaut das schon ganz anders aus: es war schon beruhigend für die Bevölkerung zwischen Nußdorf und Sondermoning, ganz zu schweigen von den Einzelgehöften, zu wissen: mitten unter uns wohnt unser Doktor, der für uns immer da ist; unser Doktor, der uns kennt, der uns betreut hat, als wir z. T. noch gar nicht auf der Welt waren, der auch weiß, daß manches körperliche Leiden ausgelöst wird durch persönliche Umstände, und hier seine Therapie angesetzt hat. Alle diese meine Gedanken babe ich vor einem Jahr der Sekretärin des Ärztlichen Kreisverbandes gesagt. Sie hat sie in einem kleinen Gedicht dann festgehalten, das dann in der 'Altbayerischen Heimatpost' so schön kommentiert wurde.

Zum Schluß noch Ihnen, lieber Herr Kollege Schwoshuber, einlge ganz persönliche Worte:

Man muß als Vorsltzender eines Verbandes oft zu freudigen oder traurigen Ereignissen sprechen. Häufig hat man dazu wenig persönliche Kontakte, aber man muß eben darüber reden. Ihnen heute eine kleine Laudatio zu halten, war mir eine große persönliche Freude:

Seitdem wir uns kennen, fühlen wir uns einander verbunden, und ich als der Jüngere bin dadurch besonders geehrt. Darüber hinaus haben wir viele persönliche Kontakte: Unsere Famillen kennen sich recht gut. Durch die Famille meiner Frau habe ich verwandtschaftliche Beziehungen zu Nußdorf und in den letzten 5 Jahren bin 1ch fast selbst ein Nußdorfer geworden. Ich habe Sie manchmal aufgesucht, oft habe ich an Sie gedacht, insbesondere, wenn ich auf einer Leiter saß und das alte Doktorhaus herüberwinkte.

Ich freue mich, daß Sie Ibren Lebensabend hier verbringen. So gut es ist, daß Altershelme gebaut werden, die für viele die letzte Helmstätte sind; es gibt aber auch Fälle, wo der alternde Mensch daheimbleiben möchte.

Einen alten Baum verpflanzt man nicht, wenn er entwurzelt wird, verwelkt er bald. Ich freue mich für Sie, daß Sie in diesem schönen Teil unserer vielgeliebten altbayerischen Heimat bleiben können. Dank und Anerkennung sei Ihren Angehörigen dafür gesagt. Nicht unerwähnt sei aber dabei die Hauserin Frau Koffler, die Sie in vorbildlicher Weise betreut. Ihr ein herzliches Vergelt's Gott!

Wenn auch leider meine schöne Zeit in Nußdorf im nächsten Jahr wahrscheinlich zu Ende geht, ich werde doch zu einem "Hoamgarten" Immer wieder vorüberkommen, zu meinem lieben Kollegen und zum Ehrenbürger.

"In Summering, da hockt er, der Schwosel, unser Dokter. So iang ich's weiß, da gibt's ihn schon, schon beinah vor dem Telefon.

Mit Pferd und Wagen, bei der Nacht, hat er sich auf den Weg gemacht, hat nicht aufs Wetter aufgepaßt, hat, wo man's brauchte, angefaßt, und keiner hat umsonst gerufen.

Auf Rädern oder Schlittenkufen, wenn noch kein Schneepflug war gefahren, der Schwosei kam mit seinem Karren.

Was heut hier rumlauft, g'sund und groß, der Doktor kennt's ab Mutterschoß.

Heut gibt es Fachleut' und Experten, die muß man hoch genug bewerten. Doch diese Spezies stirbt aus: der gute Arzt für Land und Haus, der in des Enkels Atemschmerz erkennt der Oma Flatterherz, und daß die rechte Therapie der rechte Ton, vergißt er nie, und mit ihm kommt zur Tür herein das Gfühl, in guter Hut zu sein.

Wenn er jetzt aufhört, hinterläßt er ganz Summering und alle Nester, die freundlich liegen umadum, in einem argen Vakuum.

Wir wünschen ihm a gute Zeit, Gesundheit und Gemütlichkeit, das, was er selber mag, zu tun und mit Vergnügen auszuruhn.

Lang soil er leben, unser Dokter ln Summering, da hockt er!

Mögen Sie einen schönen Lebensabend verbringen! Das wünscht Ihnen Ihr Ärztlicher Kreisverband und besonders ich, Ihr getreuer Gruber"





## Mitteilungen des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e.V.

BEILAGE ZUM BAYERISCHEN ÄRZTEBLATT

Nummer 2

München, Juni 1969

4. Jahrgang

#### Die Fitneß-Untersuchungen beim praktizierenden Arzt

Von Christian Empter

In allen Bereichen des öffentlichen Lebens wird heute vom Arzt eine Stellungnahme zur körperlichen Leistungsfähigkeit — Fitneß — des Menschen verlangt. Durch vielseitige Funktionsteste, mit Hilfe von Ekg und Röntgenuntersuchungen und mittels Spiroergometrle und neuerdings auch durch die Herzvolumenbestimmung ist es möglich, die Leistungsbreite des Organismus relativ genau zu beurteilen und vorliegende Störungen der Lungen-Herz- und Kreislauffunktion aufzudecken. Im Hinblick auf den kostspieligen gerätemäßigen Aufwand müssen derartig umfangreiche, zeitraubende und Spezialkenntnisse voraussetzende Testwege bzw. Untersuchungen den Kliniken, Spezialabteilungen und großen Krankenhäusern vorbehalten bieiben. Es handelt sich ja außerdem dann meist um einen umschriebenen Personenkreis, bei dem z. B. im Hinblick auf eine notwendige oder stattgefundene Operation am Herzen oder der Lunge, die Herz-Kreislauf-Verhältnisse und Lungenfunktion kontroliiert werden muß. Auch hinsichtlich Rehabilitationsfragen können diese Untersuchungen ebenso notwendig sein, wie sie für die Überwachung von Hochleistungssportlern gerechtfertigt sind. Wie schon angedeutet, handelt es sich dabei doch um eine relativ kleine Gruppe von Personen, die von ausgesprochenen Spezialisten getestet wird, gemessen an der großen Zahl von Menschen, deren Fitneß zu beurteilen dem praktizierenden Arzt, speziell auch dem als Sportarzt tätigen Kollegen - mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln - obliegt.

Mit Recht wird sich angesichts des heute vielerorts enormen apparatemäßigen Aufwandes bei solchen genannten Untersuchungen mancher praktizierende Kollege fragen, ob denn eine "normal praktische", d. h. nach herkömmlicher Weise gewissenhaft durchgeführte Untersuchung in der Sprechstunde des Arztes überhaupt noch die Möglichkeit gibt, ein fundiertes und aussagekräftiges, d. h. beweisendes Urteil, über die Fitneß des Probanden zu fällen.

Als langjähriger Leiter einer großen Ambulanz, wobei auch alle erwähnten apparatemäßigen Hiifen zur Verfügung standen, möchte ich erwähnen, daß, z. B. unter 457 willkürlich herausgegriffenen Untersuchungsfällen, nur in 11,6 Prozent die ergänzenden Untersuchungen mittels Spiroergometrie und Röntgenuntersuchung ein von der vorausgegangenen üblichen Untersuchung wesentlich abweichendes oder unerwartet pathologisches Ergebnis erbrachten. Es sei betont, daß die genannten zusätzlichen Untersuchungshilfen ohnehin nur angewandt wurden, wenn die vorausgegangene "praktische

Herz-Kreislaufuntersuchung" — wenn ich diese Umschreibung einmal gebrauchen darf — kein eindeutiges Urteil zuließ bzw. bereits der Verdacht einer Störung bestand.

Entscheidend — auch Voraussetzung für weitere apparative diagnostische Untersuchungshilfen — bleibt nach wie vor die gewissenhafte Untersuchung durch den praktizierenden Arzt, dessen Haupthilfen seine Erfahrungen, Menschenkenntnis, Einfühlungsvermögen, seine Hände, Augen und Ohren sind, und der durch seine mlt herkömmlichen Methoden gewonnenen Untersuchungsergebnisse und aufgrund seiner Urteilsfähigkeit durchaus noch in der Lage ist, eine gültige Aussage über die Fitneß seines Patienten zu machen. Auch die ambulante, d. h. die Untersuchung des praktizierenden Arztes in der Sprechstunde läßt doch in der Mehrzahl der Fälle dann einen Befund erheben, dem doch eine gewisse Sicherheit hinsichtlich seiner Aussagekraft zugesprochen werden darf. Daß andererseits gerade bei der Herz-Kreislauf-Untersuchung trotzdem gelegentlich einmal eine Urteilsunsicherheit oder eine Fehlbeurteilung bestehen kann, ist nicht vöilig vermeidbar und - betrifft nicht nur den prakizierenden Kollegen!

Für die Beurteilung der Fitneß, d. h. der Leistungsbreite bzw. Belastbarkeit des Organismus, kann sich der Arzt z. B. auf nachstehend angeführte, unterschiedlich zu bewertende Fakten stützen, wobei die Beurteilungssicherheit natürlich mit der Zahl der gegebenen Untersuchungshilfen wächst, was aber grundsätzlich nicht heißt, daß z. B. eine zusätzliche Ekg- oder Röntgenuntersuchung zu einem anderen Ergebnis führen müßte, als es die vorausgegangene praktische Untersuchung bereits zeitigte. Zu beachten wären u. a. demnach: Vorgeschichte, klinisches Befundbild (Inspektion, Horch- und Tastbefund, persönlicher Eindruck), Pulswerte, Blutdruckwerte, Vitalkapazität, Ekg-Schreibung, Herzdurchleuchtung.

Erwähnt sei hier auch die Ekg-Schreibung und Herzdurchleuchtung, weil heute ja auch viele praktizierende Ärzte über ein Ekg verfügen und manche die Möglichkeit besitzen, von Fall zu Fall auch ergänzend röntgen zu lassen oder selbst in der Lage sind, dies durchzuführen.

Über eines muß sich der Arzt allerdings klar sein, daß eine Fitneß-Untersuchung meist mehr Zeit beansprucht. Mehrmalige Puls- und Biutdruck-Kontrollen sind ja zur Beurteilung der Kreislaufregulationsverhältnisse erforderlich, wobei es manchmal notwendig

ist, Patienten mit auffallend hohen Puis- und Blutdruckwerten gegebenenfalis zehn bis dreißig Minuten entspannen zu lassen (sitzend oder liegend im Wartezimmer), um nicht durch exogene Faktoren (z. B. langer Anmarsch zur Untersuchung, berufliche Hetze, angespannte Fahrt, Eile und dergleichen mehr) zu falschen Ausgangswerten zu gelangen. Gerade durch eine entsprechend ausreichende Entspannung ist es so oft möglich, anfangs pathologisch erscheinende Werte abzuklären und zu "echten Richtwerten" zu gelangen. Die heute ja ganz allgemein anzutreffende mehr oder weniger ausgeprägte vegetative Stimulation ist gerade bei Fitneß-Untersuchungen ein nicht zu übersehender Faktor. Die situationsbedingte Beeinflussung bei Untersuchung (Sprechzimmeratmosphäre, Geräte, Apparate, Erwartung des Untersuchungsergebnisses und vieles mehr) spielt oft eine wesentliche Roile, was sich laufend bei Erstmessungen des Blutdruckes beobachten läßt.

Bei Erhebung der Vorgeschichte bzw. Befragen nach Beschwerden muß der Arzt bei seinen Patienten, die Sport treiben möchten oder "fit" sein wollen, natürlich gelegentlich auch mit einer Dissimulation rechnen, d. h., bestehende Beschwerden werden gegebenenfalls überhaupt nicht angegeben oder aber bagateilisiert. Dieses Verhalten ist zwar menschlich verständlich, macht aber dem Arzt u. U. die Beurteilung sehr schwierig oder er gelangt unverschuldet zu einem Fehlurteil. Dissimulanten sind oft schwerer zu erkennen als Simulanten!

Hinsichtlich des klinischen Befundbildes möchte ich anführen, daß z.B. Thoraxverformungen, wie wir sie ja doch bei Jugendlichen häufiger antreffen (vor allem Trichterbrust), nicht grundsätzlich die Ventilationsverhältnisse einschränken, auch ebenso die Herz-Kreislauffunktion nicht gestört zu sein braucht. An die Möglichkeit von lagebedingt verursachten Herzgeräuschen, wie auch Ekg-Veränderungen, ist hier zu denken. Daß wir auch sonst bei Jugendlichen, vor allem bei asthenischen Typen, akzidentelle Herzgeräusche, denen kein pathologischer Befund zukommt, häufig antreffen, dürfte dem praktizierenden Koliegen erfahrungsgemäß selber bekannt sein. Handelt es sich jedoch um stärkere Geräusche über mehreren Ostien, die auch dem erfahrenen Arzt vitienverdächtig erscheinen und wird diese Vermutung z. B. durch eine Tachykardie oder erhöhte Blutdruckwerte verstärkt, muß hier doch eine phonokardiographische Abklärung erfolgen. Ein leichtes, voll kompensiertes Vitium — vor allem ein angeborenes ist oft selbst klinisch schwer abzuklären. Ich erinnere mich an den Fall eines Skilangläufers, der bereits mehrmals in Meisterschaften mitgelaufen ist, und wegen eines banalen Infektes zur Behandlung kam, wobei das ausgeprägte Herzgeräusch über verschiedenen Ostien auffiel, ohne daß sonstige Zeichen einer Dekompensation vorlagen. Die eingehende Untersuchung ließ dann ein kompensiertes Mitralvitium feststellen!

Ein hebender Herzspitzenstoß wird vor allem bei Asthenikern beobachtet. Er ist kein sicherer pathologischer Befund, doch muß bei diesen Patienten immer an die Möglichkeit eines Vitiums zumindest gedacht werden. Besonders sorgfältige Kontrolle ist hier angezeigt.

Ein euthyreotroper Kropf ohne nachweisliche Atembehinderung (Verdrängung oder Einengung der Trachea) stellt meist keine wesentliche Einschränkung der Belastbarkeit dar, während die Schilddrüsenüberfunktion (Tremor, Tachykardie, überhöhter Blutdruck) den Kreislauf doch wesentlich belasten. Hier ist doch Vorsicht am Platze. Auf Haltungsschäden ist zu achten — körperliches Training zur Kräftigung der Muskulatur ist meist sogar im Sinne einer Therapie aufzufassen!

Bei der Beurteilung des Gesamtbildes ist grundsätzlich davon auszugehen, daß Untrainiertheit nicht gleichbedeutend ist mit Krankheit, was vom Laien vielfach nicht verstanden wird. Gerade die mangelnde Trainingslage ist sehr oft Ursache anfänglich geklagter Herzbeschwerden bei völlig unauffälligen Untersuchungsbefunden. Die Beobachtung, daß viele Beschwerden bei fortlaufendem Training abklingen, spricht eben dafür, daß der Organismus eine gewisse Zeit benötigt, um sich umzustellen, anzupassen und z. B. die bisher ungewohnten Belastungen einer sportlichen Betätigung zu kompensieren. Je untrainierter der Patient ist, um so länger muß die Anpassungszeit angesetzt werden. In gleicher Weise, wie eine Stärkung der Arm- oder Beinmuskulatur nur durch Bewegung und nicht am Schreibtisch oder Steuer erreicht werden kann, bedarf auch die Kräftigung von Herz und Kreislauf eines dauernden Trainings. Auch das muskelschwache Herz bedarf der dosierten, aber normalen "Belastung" zur Kräftigung! Dabei ist es oft notwendig, die Trainingsbelastung individuell dosiert festzulegen, die Belastung muß langsam gesteigert werden, dem Kreislauf ist eine Leistung abzufordern, d. h., es genügen nicht immer nur Bewegungen in Form von Spaziergängen und Wandern, sondern es ist vielmehr zeitweilig auch eine Arbeit in einer bestimmten Zeit (z. B. Laufen oder Gehen), also eine Leistung. zu vollbringen, wobei der Organismus dann tatsächlich zwischenzeitlich auch mehr als gewöhnlich belastet wird. Der Körper ist möglichst laufend zu trainieren, körperliche Betätigung ist Medizin, und steht heute ja dominierend in der Reihe selbst der Rehabilitationsmaßnahmen nach Herzinfarkt. Daß dabei ärztliche Überwachung zunächst notwendig ist, braucht nicht besonders betont zu werden. Sollte bei dem Patienten vom Arzt ein Aussetzen des Trainings oder der sportlichen Betätigung als notwendig erachtet werden, so ist jedoch unbedingt festzulegen, ob und daß es sich um eine zeitweilige Schonung handelt bzw. daß dies als eine Dauermaßnahme (Notwendigkeit) anzusehen ist.

Gerade unter den Jugendlichen treffen wir heute immer wieder auf Patienten, bei denen vor acht, zehn oder mehr Jahren einmal eine körperliche Schonung mit Sportbefreiung aufgrund damals erhobener Befunde ärztlich angeordnet und voll gerechtfertigt war, diese zeitliche Maßnahme dann aber oft aus übertriebener Ängstlichkeit oder auch Bequemlichkeit vom Patienten als willkommene Daueranordnung gewertet wird und jeglicher körperlichen Belastung aus dem Wege gegangen wurde. Dies ist natürlich nicht im Sinne des Arztes gewesen und hat sich dann oft vielfach zum Nachteil des Patienten ausgewirkt. Wesentlich sind die Pulswerte. Während ein beschleunigter Ruhepuls u. U. Ausdruck einer Schilddrüsenüberfunktion,

einer Myokarditis oder anderer infektiös-toxischer Schädigung sein kann, spielt die rein nervöse Komponente (situationsbedingt) eine wesentliche Rolle. Es ist bekannt, daß auch Medikamente, Nikotin, Kaffee und Coca-Cola eine Pulsbeschleunigung hervorrufen können. Wir haben Fälie beobachtet, ln denen die genannten Genußmittel, aber auch Medikamente, vor der Untersuchung unbedacht oder bewußt eingenommen wurden und eine hohe zunächst krankhaft erscheinende Puisfrequenz die Folge war. Steigen die Pulszahlen nach der Belastung - der praktizierende Arzt wird außer der Durchführung von Kniebeugen, die je nach Trainingslage, Lebensalter und Konstitution zahlenmäßig entsprechend festzulegen sind, keine andere Möglichkeit haben, einen Belastungstest durchzuführen über 120 und 130 fortlaufend an, und dauert vor allem die Rückkehr zum Ausgangswert mehr als vier bis fünf Minuten, so könnte dies gegebenenfalls ein Hinweis für eine gewisse Leistungseinschränkung sein.

Es ist hier jedoch unbedingt erforderlich, die Bewertung im Gesamtblick der übrigen Untersuchungsbefunde vorzunehmen. Wir belasten meist über fünf Minuten auf dem Ergotest sitzend, wobei jede Minute der Puls registriert wird. Steigen die Pulszahlen während dieser Belastung fortlaufend an und zeigen die Zählungen Werte über 160/Min., dann werten wir dies als Ausdruck einer gewissen Leistungseinschränkung. Andererseits kann ein gleichbleibender Pulswert von 144 über die Belastungsdauer hin wiederum im Sinne eines Steady-state beurteilt werden und wäre somit nicht als pathologisch anzusehen — immer unter der Voraussetzung, daß die übrige Untersuchung nichts Krankhaftes ergibt.

Über den physiologischen Blutdruck ist man unterschiedlicher Meinung. Die früher vertretene Ansicht, der systolische Wert über 100 soll etwa dem Lebensalter entsprechen, hat heute keine unbedingt aligemein anerkannte Gültigkeit mehr. Bei Berücksichtigung der Konstitution (Größe, Gewicht, Körperbau) darf eine größere Breitschwankung der Meßwerte bei Jugendlichen noch als im Normbereich angesehen werden. Bei der Altersgruppe 20 bis 40 akzeptieren wir Blutdruckwerte von z. B. 140/80 oder 145/90 als durchaus noch normal, während bei älteren Personen der diastolische Wert noch die Grenze bis 95 erreichen darf. Mehr Beachtung als dem systolischen Wert ist der Höhe des diastolischen beizumessen. Liegen diese Zahlen bei 90 oder 95 und bleiben sie auch nach Belastung unverändert, kiären wir ab. Der Verdacht einer Hypertonie ist gegeben. Es lst jedoch ratsam, nach zehn bis fünfzehn Minuten im Anschluß an die Belastung den Blutdruck erneut zu kontrollieren. Bleiben die Werte hoch, muß zunächst der Verdacht einer echten Hypertonie aufrechterhalten werden. Sinken die diastolischen Werte jedoch ab, dann darf ein nervöser Spannungsfaktor bei Erstmessung angenommen werden, wir sprechen dann von einem situationsbedingt erhöhten

Gewisse Korrekturen der Blutdruckwerte sind im Hinblick auf die Oberarmmuskulatur möglich. So können bei einem Oberarmumfang von 15—20 cm dem systolischen Wert 15 zugezählt werden; bei 21—25: systolisch plus 10, diastolisch minus 5; bei 26—30: diastolisch minus 10; bei 31—40 cm: systolisch minus 10, diasto-

lisch minus 15; über 40 cm: systolisch minus 20, diastolisch minus 25. — Auch wir berücksichtigen vielfach diese Angaben.

Die Vitalkapazität (bei maximaler Ein- und Ausatmung bewegtes Luftvolumen) ist zwar objektiv am wenigsten verwertbar, da der erreichte Meßwert weitgehend vom guten Willen des zu Untersuchenden abhängt. Die Messung mit dem Spirographen wird im Hinblick auf diese Tatsache und auch wegen des großen mechanischen Widerstandes, wie auch des kleinen Mundstückes heute bei gutachtiichen und lungenfunktionsdiagnostischen Untersuchungen abgelehnt, dürfte jedoch bei der Fitneß-Untersuchung noch verwertbar sein. Wie eingangs erwähnt, ist der Proband meist interessiert, einen guten Wert zu erreichen. Er wird sich anstrengen und das Meßergebnis wird auf alle Fälie erkennen lassen, ob hier eine Einschränkung vorliegen könnte. Ekg-Veränderungen gröberer Art, vor allem wenn sie erst nach Belastung oder als Spätreaktion beobachtet werden, sind sichere Hinweise, die auf etwas Pathologisches schließen lassen dürften. Aber auch hier sind ausreichende Erfahrungen und kritische Beurteilung notwendig. T-Depressionen, ST-Streckensenkungen, infarktund schenkelblockartige Bilder, wie auch nach Belastung auftretende Extrasystolen erfordern eine Abklärung. Man ist heute der Ansicht, daß einer deutlichen ST-Senkung mehr pathologischer Wert beizumessen ist als der bisher so sehr bewerteten T-Abflachung. Der sogenannte inkomplette Rechtsschenkelblock, den man früher mit seiner QRS-Zeit über 0,08 Sek. als pathologisch ansah, wird heute vor allem bei Jugendiichen vielfach als eine Normvariante betrachtet. Auch wir messen der verlängerten QRS-Zeit bis 0,11 eventuell 0,12 Sek., wenn sonst keinerlei pathologische Befunde zu erheben sind, keine ausgesprochen krankhafte Bedeutung mehr zu. Extrasystolen in Ruhe, die nach Belastung verschwinden, sind erfahrungsgemäß vielfach als rein nervös aufzufassen. Treten sie aber erst nach Belastung auf, muß abgeklärt werden. Das Ekg stelit zweifellos bei entsprechend kritischer Beurteilung und ausreichender Erfahrung einen wesentlichen Stützpfeiler bei der Fitneßbeurteilung dar und sollte eigentlich bei älteren Personen (über 40 Jahre) nicht versäumt werden.

Objektiv bewertbar erscheint durchaus auch die Herzform bei Durchleuchtung. Ein mäßig betonter Pulmonalbogen bei Jugendlichen ist bekanntlich nicht pathologisch zu deuten. Auch das sogenannte Sportierherz ("bei Schwimmern, Hochleistungssportlern"), muskelkräftig und auch leicht verbreitert, ist nicht krankhaft zu beurteilen. Denn hier hat die "Muskelumfangvermehrung" der "Gefäßversorgung" Schritt gehalten, der sogenannte "Gefäßraster" ist "mitgewachsen". Auffallende Herzverformungen, wle auch ausgesprochene Fehlerkonfigurationen (Aortenherz, Mitralform usw.) sind Befunde, die beachtet werden müssen. Andererseits läßt aber wiederum ein unauffälliger Herzschatten nicht in jedem Falle ein leichtes Vitium mit Sicherheit ausschließen.

Ich habe hier nur einige Anmerkungen gegeben, da es ja nicht Sinn dieses Aufsatzes sein kann, weitergehende diagnostische Maßnahmen anzuführen, die vom praktizierenden Arzt nicht durchgeführt werden können oder hier eine Ekg-Akrobatik zu betreiben.

Der praktizierende Arzt muß versuchen, aus den gewonnenen Ergebnissen Schlüsse über die Belastbarkeit, d. h. Fitneß, seines Patlenten zu ziehen. Sicherlich läßt sich bei nicht über die Maßen sich erhöhenden Pulszahlen und Blutdruckwerten, bei Fehlen ausgesprochener krankhafter Herzbefunde einschließlich dem Ekg, guter Vltalkapazltät und dem Gesamtbild sagen, daß sicher nichts Pathologisches festzustellen ist und der zu Untersuchende, herz-krelslaufmäßig gesehen, als fit beurteilt werden kann. Trotzdem darf nicht vergessen werden, daß die tatsächlichen Belastungen, welche dem Ungewohnten bzw. Untrainierten beim Sport, vor allem späteren Leistungssport und den ja besonderes Training erfordernden Läufen, abgefordert werden, auch nicht annähernd in den Sprechstundenraum übertragen werden können. Es ist nicht möglich, die Situation, die draußen beim Sport oder bei schwerer körperlicher Arbeit am Arbeitsplatz den Patienten erwartet, zu kopieren. Trotzdem muß der untersuchende Arzt auf-

grund der gewonnenen Einzeiergebnisse zu einer Entscheidung gelangen. Er muß aufgrund seiner langen Erfahrung (Beobachtung) und im Hinblick auf die verschiedenen Untersuchungsfaktoren (Anamnese, Pulswerte, Biutdruck, klinischer Befund, Gesamtelndruck, gegebenenfalis Ekg und Röntgenbefund) in eigener Verantwortung eine Entscheidung treffen. Diese nicht immer leichte, sehr verantwortungsvolle Aufgabe doch meist vorbiidlich zu lösen, lst das große Verdienst unserer heute ja berufiich überlasteten praktizierenden Ärzte, in deren Händen es aber auch liegt, in unklaren Fällen eine entsprechende fachärztiiche, ergänzende Untersuchung vornehmen zu lassen. Jeder Arzt, gleich welche Tätigkeit er ausübt, muß sich immer der Grenzen seiner Möglichkeiten bewußt werden - zum Wohle des ihm anvertrauten Menschen.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Christian Empter, Facharzt für innere Krankheiten, 8960 Kempten, Robert-Weixler-Straße 18

#### Sportärzteseminar an der Klinik Höhenried

Von J. Plietz

Ende Januar 1969 fand an der unter Leitung von Professor Dr. M. J. HALHUBER stehenden Klinik Höhenried der LVA Oberbayern das zweite Seminar des Bayerlschen Sportärzte-Verbandes über "Präventive Kardiologie" statt.

Wenn auch dieses Thema vorwiegend nur vorbeugende Maßnahmen erörterte, so war aus dem gestellten Themenkrels in Höhenried doch vieles auch für die Leistungssteigerung rein körperlicher und das Herzkreislaufsystem betreffenden Art herauszustellen. So war besonders eindrucksvoll, daß die Leistungsfähigkeit eines Herzens überhaupt durch die sogenannte Ergometrie festgestellt werden kann. Man sitzt auf einem Fahrrad und muß durch Pedalbewegungen steigende meßbare Widerstände über mehrere Minuten überwinden. Dabei werden Biutdruck und Puls gemessen und ein Ekg abgenommen. Aus den Ergebnissen kann man eindeutig und eindrucksvoll die Herzleistungsfähigkeit demonstrleren und Rückschlüsse auf eine eventuelle Funktionseinbuße des Herz-Kreislauf-Lungensystems schließen. Durch Veränderungen krankhafter Art an Puls und Blutdruck sowie am Ekg kann man nachweisen, daß die körperliche Leistungsfähigkeit eines Menschen nicht mehr den gewünschten sportlichen Leistungen entspricht. Man kann dadurch aber auch ermitteln, daß eine weitere Leistungssteigerung durchaus möglich ist. Während des achttägigen Seminars, das durch viele sportiiche Möglichkeiten (Skllauf, Schwimmen, Gymnastik mit den Sanatoriumsinsassen) ergänzt war, wurde durch Demonstrationen, Vorträge und Diskussionen nachgewiesen, daß die körperliche Lelstungsfähigkeit nur durch Belastung und Bewegung aufrechterhalten werden kann. Bel einem geregelten fast täglichen Training über 5 Minuten Dauer sollte eine Pulsschlagfolge von mindestens 150/min. über 5 Mlnuten Dauer erreicht werden. Dadurch ist es möglich, die bestehende Leistungsfähigkeit aufrechtzuerhalten. Zur Besserung des Lelstungsvermögens sind

aber weit größere Anstrengungen notwendig, wie sie ja auch von Leistungssportlern verlangt werden. Bei ausschließlichen Gesundheitssportlern genügt die erwähnte Belastungsform. Dadurch wird die Skelettmuskulatur in ihrer Kräftigkeit erhalten und das Herz-Lungen-Kreislaufsystem verliert nicht an Leistungsfähigkeit. Eine Stelgerung desselben ist auch durch physikalische Therapie möglich. Hierbel splelen Warm-Kalt-Bäder und die Kneippschen Anwendungen eine Rolle. Durch Besserung der Durchblutungsverhältnisse in der Peripherie des menschlichen Körpers und durch ein gesteigertes Blutangebot an das Herz wird physikallsch eine Kräftigung dieser körperlichen Systeme erreicht. Auch durch Kohlensäurebäder, Kohlensäuregasbäder und Massagen kann man von der passiven Seite her eine Besserung der körperlichen Leistungsfähigkeit herbeiführen. In Erwägung ist dabei auch die sogenannte psychotherapeutische Behandlungsmaßnahme zu ziehen, um Leistungssportler vor seelischen Stress-Situationen zu bewahren. Durch ärztliches Gespräch mlt Gesundheitssuchenden und sportlich Tätigen kann man die zu einer besseren Leistung geeigneten Verhaltungsmaßnahmen erörtern. Dabei wurde das autogene Training zur Erlangung einer ausgleichenden seelischen Phase besonders erwähnt. Der Leistungssportler soll dadurch vor einem Start in ruhigere und gefaßtere Tonuslage gebracht und allgemeln mit den Unbilden des Lebens, die auf ihn täglich elnstürmen, besser fertig werden.

Wie sehr ein körperliches Training bei Dauerlelstungen von Wichtigkelt ist, zeigten die Ergebnisse des sogenannten "Opalaufes" in Bad Brückenau, der im letzten Spätsommer durchgeführt wurde. Dabei war von besonderer Wichtigkeit, daß die Teilnehmer alle aktive Sportler waren, und daß sie nicht untrainiert an den Start gingen. Die dabei durchgeführten Voruntersuchungen zeigten meist eine gute Ausgangslage; es waren kaum Teilnehmer vorhanden, die wegen eines

krankhaften Herzbefundes nicht an dem Lauf teilnehmen durften. Imponierend waren die Zeiten, in denen diese über 50 Jahre alten Männer die geforderten 5000 m gelaufen sind. Im Durchschnitt benötigten sie 22 bis 27 Minuten, was für das Alter schon als recht gut anzusehen lst. Im Rahmen dieses Themas wurde auch der sogenannte "Volkslauf", dem immer mehr Massen zustreben, und der für die Sportärzte in bezug auf die Voruntersuchung ein großes Problem darstellt, erörtert. Man kam dabei zu dem ärztlichen Grundsatz, daß Teilnehmer mit Herzschädigungen an Volksläufen nicht teilnehmen sollten.

Wenn auch dieses rein ärztliche Problem für Sportier keine Wichtigkeit besitzt, so ist doch bei dem Seminar herausgestelit worden, daß eine Leistungssteigerung des Herz-Lungen-Kreislaufsystems und in Abhängigkeit davon der Skelettmuskulatur nur durch ein körperliches aktives Training erreicht werden kann. Voraussetzung dazu ist natürlich ein gesundes Herz und ein ungestört funktionierendes Kreislaufsystem. Jedoch sollte man auch immer wieder die Sportler darauf hinweisen, nicht über ihre Leistungsgrenzen hinauszugehen. Sportärztliche Untersuchungen müßten daher in gewissen Zeitabständen durchgeführt werden, um die Leistungsfähigkeit des Herz-Lungen-Kreislaufsystems festzustellen und möglichen Schädigungen vorzubeugen.

Neben eine körperliche, aktive Bewegung gehört natürlich auch eine sinnvolle Ernährung. Auch in Höhenried konnten sich die Ärzte davon überzeugen, was sie bei einer körpergewichtreduzierenden Kost alles noch lelsten können. Nichts ist ja für einen menschlichen Körper schädischer als Übergewicht. In Amerika wird sowohl bei den Astronauten als auch bei den aktiven Offizieren darauf gesehen, daß sle das ihrer körperlichen Größe entsprechende Körpergewicht nicht überschreiten. So konnte man z. B. in Höhenried mehrfach die für eine körperliche Größe entsprechende kg-Zahl an Wänden angeschlagen sehen. Gerade das Übergewicht ist es ja, das eine enorme Leistungs- und Funktionseinbuße, sowohl für die Skelettmuskulatur als auch Insbesondere für das Herz-Kreisiaufsystem, bedingt. So solite auch der Leistungssportier darauf sehen, daß er seinen Fettkonsum immer im Rahmen der täglich notwendigen Kalorienzahi hält und sich seine notwendige körperliche Leistungsfähigkeit ohne Funktionseinbuße der Skelettmuskulatur und des Herz-Kreislaufsystems durch eine natürliche Ernährung unter besonderer Beachtung der Vitaminzufuhr erhäit. Jedoch dürfen dabei die sog. Zuckerstoffe nicht überschritten werden, da diese im Zusammenhang mit dem

Fettgenuß auch als Fettstoffe im Körper deponiert werden. Die für ein normales Leben notwendige tägliche Kalorlenzahl kann man leicht aus den in Apotheken, Drogerien und Reformhäusern ausliegenden Tabellen ablesen und sich daraus ein Wertmaß der Kalorienzufuhr bei gesteigerter körperlicher Leistungsfähigkeit bilden. Besonders wichtig ist natürlich die tägliche Kalorienzufuhr für Zuckerkranke, die dabei auch noch Leistungssport treiben wollen. Der Zuckerkranke, der ja an und für sich nur ein bedingt Kranker ist, muß besonders auf eine geregelte Nahrungszufuhr Wert legen. Dabei muß er beachten, daß sein Urin nie Zucker enthält, und daß der Biutzucker nach Möglichkeit keine hohen Werte erreicht. Für Zuckerkranke ist eine körperliche Betätigung um so mehr empfehlenswert, da sie nur dadurch ihre Stoffwechselbilanz in geregelten Grenzen halten können. Bei Übersteigerung der Stoffwechselverhältnisse durch Ansammlung von blutzuckerfördernden Nahrungsstoffen im Körper kommt es im Laufe des Lebens zu Blutgefäßveränderungen, die besonders in den iebenswichtigen Organen, wie z. B. im Gehirn, in den Nieren und In den Gefäßen der Arme und Beine zu schwerwiegenden Folgen führen können.

Auch der mehr oder weniger Herzgeschädigte bedarf einer körperlichen Betätigung, wenn er nur, und sei es auch durch Medikamente, eine ausgeglichene Herz-Krelslauffunktion zeigt. Die Möglichkeiten, die ärztlicherseits dabei durchgeführt werden können, wurden in Höhenried bei Professor Halhuber durch Ihn und seine Assistenten durch mehrere Vorträge eingehend erörtert. Die Sportärzte bekamen durch die Vielfalt der Vorträge einen Einblick in die Betreuung von Leistungssportlern, Gesundheitssportlern und in die Behandlungsmöglichkeit von Herzkranken, die man durch eine entsprechende Therapie wieder einem geregelten Lebenswandel mit ausreichender Bewegung zuführen kann.

So war durch die Vielfait der Themen, durch das außerordentlich Interessante Krankengut und durch die modernen Untersuchungs- und Behandiungsmaßnahmen an der Klinik der LVA Oberbayern in Höhenried den dort anwesenden Sportärzten, die sich sowohl aus Bayern, der Bundesrepublik, Österreich und sogar aus den USA zusammensetzten, ein guter Einbick in das junge Gebiet der präventiven Medizin gewährt worden zum Nutzen von Sportlern und letzten Endes auch Kranken, die wieder einem Sportverein beitreten wollen.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. J. Plietz, Facharzt für innere Krankheiten, 8710 Kitzingen, Marktstraße 21

### Sportärztliche Untersuchungs- und Beratungsstelle in Nürnberg

Nachfolgende Statistik orientiert über die von 1954 bis 1968 beim Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg durchgeführten sportärztiichen Untersuchungen und deren Ergebnls. 1966 und 1967 hat die Beratungsstelle aus organisatorischen Gründen ihre Tätigkeit nicht voll ausgeübt. Im Herbst 1967 erfolgte eine Neuorganisation, die sich bis jetzt gut bewährt hat.

Die organisatorischen Aufgaben, insbesondere die Ver-

handlungen mit den in Frage kommenden Sportvereinen und die Einteilung für die einzeinen Untersuchungsabende, wurden dem Sportamt übertragen. Alle Sportvereine, die sportärztliche Untersuchungen wünschen, müssen sich daher in Zukunft beim Sportamt melden. Pro Untersuchungsabend werden bis zu 25 Sportler und Sportlerinnen eingeteilt, wobei in erster Linie jene Sporttreibenden berücksichtigt wer-

den, die regelmäßig trainieren und sich an Wettkämpfen beteiligen. Auf diese Weise wurde die sportärztliche
Untersuchung zwar quantitatly eingeschränkt, aber
qualitativ angehoben. Die Untersuchungen werden am
Gesundheitsamt durchgeführt. Für die Untersuchungen
steht ein qualifiziertes Ärzteteam zur Verfügung.

Der Verein oder der untersuchte Sportler hat für die sportärztliche Untersuchung einen Unkostenbeitrag von DM 2,50 zu entrichten. Die mitwirkenden Ärzte erhalten je Stunde eine Vergütung von DM 13,50. Diese Regelung gilt auch für die beamteten und angestellten Ärzte des Gesundheitsamtes, die diese Aufgabe nicht mehr als Dienstaufgabe des Gesundheitsamtes durchführen. Die Einteilung der Ärzte zu den Untersuchungs-

abenden erfolgt durch die Verwaltung des Gesundheitsamtes. Zu diesem Zweck wird ein vierteljährlicher Dienstplan erstellt. Mit der Leitung der sportärztlichen Untersuchungen wurde Frau Dr. Inge BAUSENWEIN beauftragt.

Die sportärztliche Untersuchungs- und Beratungsstelle in Nürnberg ist mit allen notwendigen Apparaturen ausgestattet. Unter anderem steht ein Fahrradergometer nach ASTRAND zur Verfügung. Es besteht die Möglichkeit, notwendige Laboruntersuchungen durchzuführen und ein Schirmbild anfertigen zu lassen. In Einzelfällen kann eine ergospirometrische Untersuchung bei der Beobachtungsstelle in der Schäferstraße durchgeführt werden.

Übersicht über die beim Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg in den Jahren 1954—1968 durchgeführten sportärztlichen Untersuchungen

	Zahl der	Zahl der	Untersuch	ungen		saufgliede		Sporttauglich				
Jahr	Untersuch Termine	insgesamt	männl.	weibl.	unter 18 Jahren	19 <del>-4</del> 0 J.	über 40 Jahre	voll	bedingt	nich		
1954	74	1311	1143	168		_	_	73,8%	24,90/0	1,30/		
1955	89	1474	1235	239	_	_	_	78,80/0	19,80/0	1,40/		
1956	89	1934	1584	350	_	_	_	74,20/0	24,20/0	1,60/		
1957	83	1763	1376	387	_		_	72,3%	24,90/0	2,80/		
1958	63	1587	1232	335	_	_	-	72,8%	21,90/0	5,30/		
1959	67	1583	1267	271	_	_	_	70,30/0	25,1º/o	4,60/		
1960	62	1116	876	240	_	_	_	75,00/0	22,90/0	1,40/		
1961	33	769	585	184			_	75,00/0	23,50/0	0,60/		
1962	34	626	536	90	_	_	_	74,8%/0	24,90/0	0,30/		
1963	40	775	600	175	_	-		74,90/0	24,70/0	0,120		
1964	44.	793	684	109	266	441	86	77,30/0	20,80/0	0,50/		
1985	26	474	365	109	261	174	39	86,70/0	13,3º/o	_		
1966	12	272	196	76	138	96	38	85,10/0	13,60/0	_		
1967	10	200	155	45	73	76	51	72,50/0	24,50/o	3,00/		
1968	31	608	455	153	223	317	68	76,10/0	22,70/0	1,20/		

Dr. Inge Bausenwein

### KURZNACHRICHTEN

### Sportärztliche Zentralbibliothek

1959 wurde die sportärztliche Zentralbibliothek für Bayern als selbständige Abteilung der Stadtbibliothek in Nürnberg eingerichtet. Sie verdankt ihre Entstehung der Initiative des Bayerischen Sportärzte-Verbandes und dem Entgegenkommen des Direktors der Stadtbibliothek, Herrn Dr. GOLDMANN. Einrichtungen dieser Art sind in den anderen Ländern der Bundesrepublik nicht vorhanden. In diesem Jahr feiert die Bibliothek ihr zehnjähriges Bestehen. Aus diesem Anlaß wird im Juni eine Ausstellung veranstaltet werden.

Die Stadtbibliothek stellt den Benützerraum, die Einrichtungsgegenstände, das Büromaterial und die Verwaltungskräfte zur Verfügung. Außerdem sorgt sie für den Unterhalt der Räume.

Seit 1959 wurden für diese Einrichtung von der Stadt etwa DM 40 000,— für die Beschaffung von Büchern und Zeitschriften zur Verfügung gestellt. Das bayerische Kultusministerium hat bisher einen Zuschuß von DM 10000,— und der Bayerische Sportärzte-Verband einen solchen von DM 1000,— gewährt. Die Bibliothek umfaßt derzeit etwa 2200 Einheiten und 85 Periodika (Zeitschriften, Fortsetzungen und Lieferungswerke). Sie enthält folgende Literatur:

### Medizinische Literatur

Anatomie, Atmung, Ausgleichsgymnastik, Bibliographien (Sportmedizin, Sport), Ernährung, Frau — Mädchen, Gesundheitswesen — Hygiene — Fürsorge — Arbeitsmedizin — Gesundheitserziehung, Innere Medizin, Kind — Jugend, Klima, Konstitution — Anthropometrie — Anthropologie, Leistung — Kondition — Training — Anpassung, Massage, Orthopädie — Chirurgie — Sportverletzungen, Physiologie, Sportmedizin — Allgemein — Alter — Geschlecht, Versehrtensport — Prophylaxe — Rehabilitation.

### Sport-Literatur

Angeln, Basketball, Boxen, Erziehung, körperliche — Leibeserziehung in der Schule, Bewegungserziehung, Fechten — Handball — Golf, Fliegen, Gymnastik, Jiu-Jitsu, Fußball, Joga, Kegeln, Leichtathletik, Motorsport — Radsport, Reiten, Spiele, Sport — Allgemein — Gemeinde und Sportbauten, Schule, Tennis, Tischtennis, Turnen, Wassersport — Schwimmen — Wasserspringen — Segeln, Wintersport.

### Zeitschriften

Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin, Sportarzt und Sportmedizin, Der Sportarzt In Bayern in den Amtlichen Bayerischen Sportmitteilungen, Theorie und Fraxis der Körperkultur, Die Leibeserziehung, Die Rehabilationen, Gesundheitspolitische Umschau, The Journal of Sportmedicin, Die Dokumentation, sportmedizinische Literatur, Sport im Spiegel, Die Information, Mitteilung des DSB, Kranken-Gymnastik, Sportspiegel der Frau, Münchner Medizinische Wochenschrift, Sportärztliche Praxis, Gesundheitsfürsorge, Sportspiegel, Die Leichtathletik, Ärztliche Jugendkunde, Sport und Sportmedizin, Geburtshilfe und Frauenheilkunde, Dokumentation zum Leistungssport, der Tschechoslowakische Sport.

Durch die Vielseitigkeit der Literatur spricht die Bibliothek einen umfangreichen Leserkreis an, der sich aus Sportärzten, Arzten, Turnphilologen, Turnlehrern, Medizin- und Sportstudenten, Tralnern, Übungsleitern, aktiven Sportlern, Krankengymnastlnnen, Sozialarbeitern, Fürsorgerinnen usw. zusammensetzt.

Die in der sportärztlichen Bibliothek vorhandene Literatur wird sehr stark frequentiert, mindestens In dem gleichen Umfang wie die der Stadtbibliothek. Die Literatur wird von Interessenten aus Nürnberg und Bayern, aber auch aus der ganzen Bundesrepublik angefordert. Die gewünschten Bücher werden über die Fernleihe kostenlos zur Verfügung gestellt. — Anschrift: Sportärztliche Zentralbibliothek für Bayern bei der Stadtbibliothek Nürnberg, Egidienplatz 23.

Dr. Ingeborg Bausenwein, Leiterin der sportärztlichen Bibliothek bei der Stadtbibliothek Nürnberg

### Sportärztliche Betrachtungen über Eishockey

In Materia Medico Normark, XXI/2, Februar 1969, erschien eine Abhandlung: "Sportärztliche Betrachtungen über Eishockey" von Dr. F. SCHLICKENRIEDER, München.

Sonderdrucke können über die Geschäftsstelle angejordert werden.

### Neuwahl im Vorstand des Bayerischen Sportärzte-Verbandes

Am 14. Dezember 1968 fand in der Sportschule in München-Grünwald eine Delegiertenversammlung statt.

Zum 1. Vorsitzenden wurde der bisherige Landesvorsitzende Dr. Eugen GOSSNER, Augsburg, wiedergewählt. Von den 14 abgegebenen Stimmen erhielt Dr. Gossner 13.

Zum 2. Vorsitzenden wurde mit 9 Stimmen Dr. A. STRUCK, Bayreuth, gewählt.

Zum Schatzmeister wurde einstimmig Dr. ROEDER, Nürnberg, gewählt.

Geschäftsführer Dr. W. FUNKE, Erding, nach einstlmmiger Wahl.

### Dr. Klaus Henkel †

Unser Mitglied Dr. med. Klaus HENKEL, Garmisch-Partenkirchen, ist am 10. Januar 1969 verstorben. Der Verstorbene war ein aktives Mitglied unseres Verbandes. In Rom, Toklo und Mexiko war er als sportärztlicher Beobachter anwesend. Er drehte sowohl von Tokio wie auch von Mexiko einen Film, der mehrfach auf Veranstaltungen des Bayerischen Sportärzte-Verbandes gezeigt wurde. Er hat eine Lücke innerhalb unseres Verbandes zurückgelassen.

Vertreterin des Frauensports: Frau Dr. I. BAUSEN-WEIN, Nürnberg.

Vertreter des wissenschaftlichen technischen Ausschusses: Dr. Erich GEBHARDT, Sonthofen.

Landesjugendarzt: Dr. POHL von Elbwehr, München. Vertreter der Versehrtensportärzte: Dr. Paul KÖNIG, München.

### Olympiade München 1972

Vom Nationalen Olympischen-Komitee wurde Herr Ministerialdirigent Dr. E. HEIN, Leiter der Gesundheitsabteilung im Bayerischen Staatsministerium des Innern, als Leiter des ärztlichen und sanitären Dienstes bestimmt. In der Zwischenzeit fanden mit Herrn Kollegen Heln mehrfach Besprechungen statt. Dabei wurde die Einteilung der Ausschüsse usw. erörtert.

Weiterhin haben wir unsere Vorschläge zur Errichtung der ärztlichen Räume sowie der Sanitätsstation im Gelände des Olympiastadions unterbreitet, nachdem wir von der ausführenden Flrma darum gebeten worden waren. Diese Räume wurden so geplant, daß sie später für sportmedizinische Untersuchungen tauglich sind und zur Verfügung stehen.

### AUS DER PRESSE

### Trainingsprogramm für 60 Lehrlinge

Medical Tribune Report

RUETI — Das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Leitung Professor M. Schär) führte vier Jahre lang ein Tralningsprogramm für gesunde Lebenshaltung mit 60 Lehrlingen einer Maschinenfabrik im Zürcher Oberland durch.

Zu Vergleichszwecken wurde eine gleichaltrige, nicht beelnflußte Gruppe an einem andern Ort beobachtet. Die Grundlagen für den Versuch wurden durch eine gezielte Befragung von 2600 jungen Leuten geschaffen. Das Programm umfaßte neben Vorträgen die Erforschung von Lebensgewohnheiten, sportliches Training, Kurse in Erster Hilfe, Rettungsschwimmen, Impfungen und kulturelle Bereicherung der Freizeit. Die Umstellung auf gesunde Ernährung wurde durch die Mitarbeit der Eltern erleichtert.

Als meßbare Resultate konnten Rückgang von Übergewicht, Zunahme der Atemkapazität, höhere körperliche Lelstungsfähigkeit, günstigere Kreislaufwerte und weniger kariöse Zähne als bei der Vergleichsgruppe festgestellt werden. Eindrücklich sind die Unterschiede im Genußmittelverbrauch: Alkohol und Zigaretten werden von 92 resp. 87 Prozent der Kontrollgruppe konsumiert, von der Testgruppe sind es 55 resp. 42 Prozent; zudem liegt die Verbrauchsmenge hier bedeutend niedriger. Mit diesem Trainingsprogramm konnte die Präventivmedizin also junge Leute zu gesunder Lebenshaltung und vernünftiger Hygiene erziehen.

### Geheimsender auf der Brust

AZ-Skispitzelsalat

"Mit einer modernen Telemetrieanlage testete der Münchener Olympiaarzt Dr. Franz SCHLICKENRIEDER die Herz- und Kreislauftätigkeit von 20 Langläufern im Alter zwischen 20 und 70 Jahren. Vom Start bis zum Ziel der 40-km-Strecke beim 4. Internationalen Münchener Volksskiiauf wurden Puls und Herztätigkeit der Testpersonen aufgezeichnet und mittels eines Minisenders auf einen Bildschirm der Empfangsstation hinter der Ziellinie übertragen und sofort ausgewertet.

Mit diesem Experiment wurde erstmals bei einem Langlauf ein Verfahren angewendet, mit dem auch Kreislauf- und Herztätigkeit der Astronauten von "Apollo VIII" während ihres Raumfluges überwacht wurden. Der Sportmedizin vermitteln diese Testversuche an Langläufern völlig neue Erkenntnisse für ein optimales Leistungstraining. Die Volksskiläufe über Marathonstrecken — in Oberammergau 1968, erstmals in Mitteleuropa auch über 90 km — erfreuen sich einer wachsenden Beliebtheit.

Kritik und Bedenken kamen dagegen aus den Reihen der Ärzte und der Verbandssportwarte. Vor allem hält man Teilnehmer in den Aitersgruppen zwischen 40 und 60 Jahren für besonders gefährdet. Sie haben als ehemals aktive Langläufer viel Ehrgeiz, durchlaufen aber ohne ausreichendes Vortraining Langstrecken weithampfmäßig, und mißachten dabei auftretende Alarmzeichen wie Atemnot, fliegender Puls und beginnende Erschöpfung. In diesen Fällen ist die Gefahr von Dauerschäden nicht ganz von der Hand zu weisen.

Dazu Olympiaarzt Dr. SCHLICKENRIEDER:

- Die Gefahr von Schäden durch Überanstrengung bei Dauerleistungen ist zweifellos vorhanden, wird aber häufig überschätzt.
- Die Telemetrieanlage, die mir von einer Münchener Firma zur Verfügung gestellt wurde, ist für die sportmedizinische Forschung von unschätzbarem Wert.
- 3. Von sportärztlicher Seite bestehen gegen die Volksskiläufe über Langstrecken keine grundsätzlichen Bedenken. Wir begrüßen uneingeschränkt ihre wachsende Beliebtheit. Eine feinere Unterteilung, etwa in 15, 20, 30 und mehr Kilometer-Streckenlänge wäre jedoch im Hinblick auf das unterschiedliche Leistungsvermögen der Teilnehmer wünschenswert.
- 4. Gegen Langstrecken über 40 km bestehen, sofern sie nicht im Renntempo, sondern als große Wanderstrecke durchlaufen werden, auch für weniger trainierte Teilnehmer keine Bedenken.

Was den Chronisten dagegen bedenklich stimmt, ist die Tatsache, daß weder die Sportschule Grünwald noch ihre Untermieterin, die Bayerische Sportakademie, über die für den gesamten Leistungssport und für die sportmedizinische Forschung so wertvolle Telemetrieanlage verfügen. Sie würde 14 000 Mark kosten. Diesen Luxus müßte sich die Olympiastadt München, die jüngst für ein umstrittenes Plakat und für ein ebenso umstrittenes Olympiaemblem etliche hunderttausende Mark ausgegeben hat, doch wohl leisten können. Derzeitige Ausrüstung für die medizinische Forschung in der Sportschule Grünwald: Ein Spirometer und ein Ekg-Gerät, das seit mehr als zwei Jahren defekt ist.

Bis zum nächsten Mal

Ihr Friedi List."

### BUCHBESPRECHUNG

Dr. med. Gustav KOCHNER: "Haltungsschäden und ihre Bekämpfung". Schriftenreihe der Bayerischen Sportakademie, Band 1, 5. Auflage, 111 S., 205 Abb. Verlag Wilhelm Limpert, Frankfurt/Main.

In seinem Büchlein für die Bekämpfung der Haltungsschäden zeichnet KOCHNER die Problematik der Haltungsschäden auf. Es schließen sich seinen einleitenden Einführungen Feststellungen über Haltungsschäden an, aus denen sich das besondere Moment des Sondertur-

nens auch ableiten läßt. Dem Büchlein ist auch eine besondere Graduierung der Haltungsschäden zugrunde gelegt

Ähnlich wie im Versehrtensport wird über Einzelund Partnerübungen berichtet. Daran schließt sich eine physiologisch-anatomische Betrachtung des Funktionsmechanismus der Wirbelsäulenstatik an.

Die in beachtlichem Umfang gezeigten Bewegungsübungen stellen sicher eine Grundlage für den Aufbau eines Grundschulunterrichtes dar, so daß sie besonders geeignet erscheinen für die Tätigkelt des Übungsleiters und Sportlehrers. Was man an dem Inhalt des Büchleins vermißt, ist eine besondere Ausrichtung auf den Versehrtensport, obgleich in dieser Richtung eine ganze Reihe von orthopädischen Autoren genannt ist.

Dr. Paul König, München

### VERANSTALTUNGEN

### Deutscher Sportärzte-Kongreß 1969 vom 23. bis 26. Oktober 1969 in Freiburg/Br.

Der Ort des Deutschen Sportärzte-Kongresses 1969 mußte infolge Unterbringungsschwierigkeiten nach Freiburg/Br. verlegt werden,

Thema:

### "Prävention und Rehabilitation durch körperliche Aktivität"

Auskunft: Professor Dr. med. Hugo Stein, 7800 Freiburg, Hugstetter Straße 55

### Moderne Internistische Untersuchungsmethoden in der Sportmedizin

Elektrokardiographie, Telemetrie, Ergometrie Seminar vom 7. bis 9. November 1969 in Eriangen

Vom 7. November 1969, 10.00 Uhr, bis 9. November 1969, 11.30 Uhr, findet an der Sportmedizinischen Abteilung der Medizinischen Universitäts-Poliklinik (Direktor: Prof. Dr. C. Korth) in Erlangen, Östliche Stadtmauerstraße 29, unter der wissenschaftlichen Leitung von Professor Dr. J. Schmidt, ein sportärztliches Seminar statt.

Themen:

"Ailgemeine Elektrokardiographie"

"Das Belastungs-Ekg"

"Telemetrische Elektrokardlographie"

"Ergometrie"

"Praktlsche Übungen in der Elektrokardiographie, telemetrischen Elektrokardiographie und Ergometrie"

### Bayerischer Sportärzte-Verband e. V.

Landesvorsitzender des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e.V.: Chefarzt Dr. Eugen Gossner, St.-Albert-Klinik, 8903 Haunstetten, Tel. 34725.

Geschäftssteile: 8000 München 2, "Haus des Sports", Brienner Straße 50, Telefon 52 15 55 (Dienstzeiten: Mittwoch und Donnerstag von 13 bis 18 Uhr).

Konten: Postscheckkonto München 55554; Münchner Bank eGmbH, 8000 München 2, Brienner Straße 53, Konto-Nr. 4950.

Geschäftsstellenieiter: Dr. Wilhelm Funke, Facharzt für innere Krankheiten, Erding (jeden Mittwoch von 15 bis 17 Uhr anwesend).

### IN MEMORIAM

### Professor Dr. Dietrich Jahn †

Am 16. Mai 1969 ist Herr Professor Dr. med. Dietrich JAHN, der Begründer der Regensburger Fortbildungstagungen, verstorben.

— Eln Nachruf folgt in der nächsten Nummer —

### Dr. Walther Schmelz †

Dr. med. Walther SCHMELZ, ehemaliger Leiter der Gesundheitsabteilung im Bayerischen Staatsministerium des Innern, ist am 19. Mai 1969 in Wiesbaden verstorben. Herr Dr. Schmelz, der 1902 in Wiesbaden als Sohn eines Arztes geboren worden war, hat nach seiner Approbation und Promotion 1930 die Prüfung für den amtsärztlichen Staatsdienst abgelegt. Nach langjähriger Tätigkeit als Bezirksarzt wurde er 1952 zum Leiter der Gesundheitsabteilung im Bayerischen Staatsministerium des Innern berufen; 1955 zum Ministerialrat und 1960 zum Ministerialdirigent ernannt.

### Dr. Helmuth Brezowski †

Dr. rer. nat. Helmuth BREZOWSKI, Leiter der medizinisch-meteorologischen Wetterdienststelle in Bad Tölz, verunglückte am 28. 3. 1969 auf der Rückfahrt von einer wissenschaftlichen Tagung tödlich.

Dr. Brezowski war durch seine Forschungen und wissenschaftlichen Veröffentlichungen auf dem Gebiete der medizinischen Meteorologie auch in ärztlichen Kreisen weithin bekannt.

In zahlreichen wissenschaftlichen Zeitschriften hat er allein und zusammen mit Mitarbeitern Untersuchungen über den Kausalzusammenhang zwischen der Wetterveränderung und dem Auslösen von Krankheitserscheinungen auch beim Menschen veröffentlicht.

Er war Anreger für viele wissenschaftliche Arbeiten auf diesen Gebieten. Er selbst hat über 40 Arbeiten verfaßt, die über seine Beobachtungen im Rahmen der Meteorologie berichteten und über weitere 30 zusammen mit Biologen, Ärzten und anderen Naturwissenschaftlern.

Über diese wissenschaftlichen Arbeiten hinaus hat er auch praktisch auf den Grundlagen seiner wissenschaftlichen Forschungen vor einigen Jahren eine medizinische Wettervorhersage für den Arzt eingeführt. Diese Wettervorhersage wurde zunächst in einigen Kurorten des Alpengebietes durchgeführt und ist kurz vor seinem plötzlichen Tod als medizinisch-meteorologische Wettervorhersage auf ganz Deutschland ausgedehnt worden.

Schütz, Berchtesgaden

### AUS DER LANDESPOLITIK

### Landtag wünscht Lehrstühle für Gerontologie und Zytologie

Beratungen im sozialpolitischen Ausschuß

Die Abgeordneten KAMM, Dr. CREMER und ZINK hatten im Bayerischen Landtag einen Antrag dahin gehend eingebracht, einen gerontologischen Lehrstuhl mit Instltut an der Universität Erlangen-Nürnberg zu errichten. Die Notwendigkeit eines solchen Institutes ergibt sich aus der Tatsache, daß im Gebiete der Bundesrepublik 1939 noch rund drel Millionen Bürger über 65 Jahren lebten; 1975 werden es rund acht Millionen seln. Es lst ganz unzweifelhaft, daß mit höherem Alter die Gesundheitsprobleme immer größeres Gewicht bekommen. Der fortschreitend höhere Anteil älterer Menschen stellt der Gemeinschaft besondere Aufgaben, dle nur durch elne gezielte Forschung gelöst werden können. Die Voraussetzung für eine derartige Arbeit lst an der Universität Erlangen-Nürnberg besonders günstig, weil dort auch die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie ihren Sitz hat. Es bietet sich dementsprechend gerade im dortigen Raum die Möglichkeit, ein Zentrum der medizinischen Altersforschung zu entwickeln. Das Institut für Gerontologie, das 1928 von Professor Dr. Max BÜRGER gegründet worden 1st, steht heute unter Leitung von Professor Dr. R. SCHUBERT, Nürnberg. Es führt jährlich einen gerontologischen Kongreß durch, der nicht nur rein medizinische, sondern auch psychologische, soziologische, biologische und juristische Probleme behandelt.

Der Antragsteller Kamm unterstrich daher in der Sitzung des sozialpolitischen Ausschusses des Landtages, daß es sich bei der Gerontologie um ein umfassendes und nach außen hin abgrenzbares Forschungsgebiet handelt. Trotzdem sei es ratsam, die Leitung weiterhin in den Händen eines Arztes zu lassen.

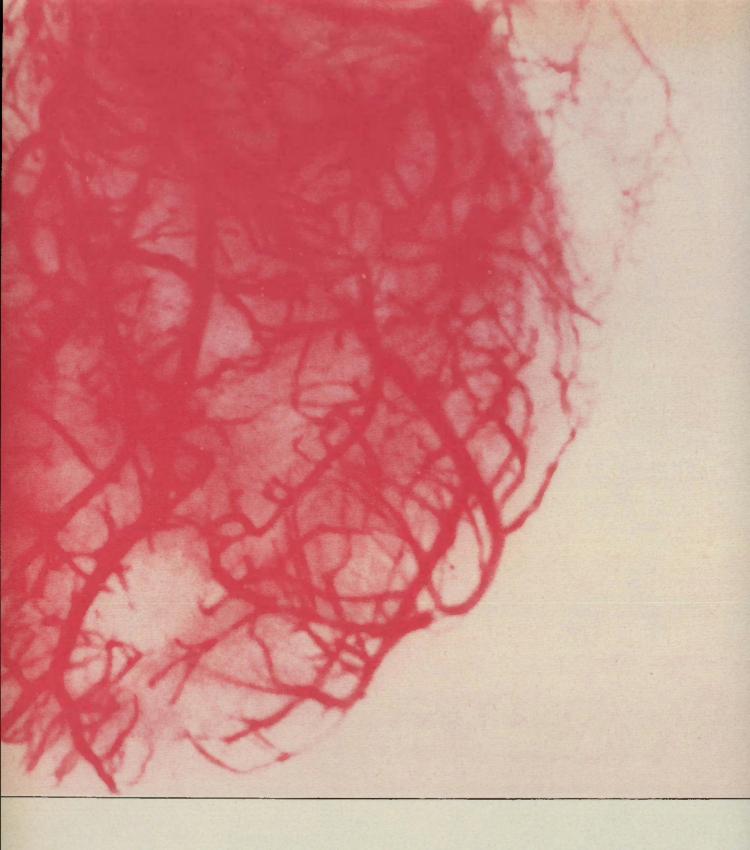
Gerade die vlerzigjährlge Tradition, auf die heute die

Gesellschaft zurückblicken kann, verpflichte Bayern zum Ausbau einer derartigen Einrichtung, wolle es nicht seinen Vorsprung verlieren, den es aufgrund seiner Vorleistungen erlangt hat.

Die Neugründung, die letztlich einen Ausbau des Bestehenden darstellt, ist um so dringlicher, als im Ausland die Gerontologie bereits mit Intensität bearbeitet wird. So bestehen in den Vereinigten Staaten mehrere Lehrstühle für dieses Fach, in Italien sieben. Die Sowjetunion unterhält eine ganze Reihe von Instituten, ebenso Japan. Weitere bestehen in Frankreich, in Rumänien, Ungarn, der Schwelz und der Zone.

Die Frage des Standorts läßt sich auch deswegen leichter beantworten, weil an der Medizinischen Poliklinik der Unlversität Erlangen seit einem halben Jahr eine Abteilung für prächirungische Geriatrie unter Professor Dr. C. KORTH besteht. Außerdem befindet sich in Erlangen ein Altenwohnstift, das zur Ergänzung des Institutes in Frage kommen könnte und das im übrigen zwölf für Laboratorien geeignete Räume bereits angeboten hat. Es ist bereits jetzt hervorragend mit medizinisch-technischen Geräten eingerichtet.

Die Schwierigkeit, die der Verwirklichung eines derartigen Planes entgegensteht, ist, wie sich denken läßt, finanzieller Art. Nachdem im gegenwärtigen Haushaltsplan trotz entsprechender Wünsche der Fakultäten keine neuen Lehrstühle vorgesehen sind, ist mit Sicherheit zu befürchten, daß der Widerstand gegen den Antrag weniger von der fachlichen als von der finanziellen Seite her kommt. Es muß allerdings bedacht werden, daß wegen der wahrscheinlichen Zunahme des Steuereinkommens mit einem Nachtragshaushalt ge-



# Thomae

»Es wird über experimentelle Untersuchungen zur Kollateralgefäßentwicklung und Überlebenszeit nach gradueller Okklusion im Bereich der linken Koronararterie bei Langzeitvorbehandlung mit Persantin berichtet. Als Versuchstiere dienten 38 Schweine. Das Schwein wurde gewählt, da sein Koronargefäßsystem dem des Menschen am ähnlichsten ist. Durch Anlage von Konstriktoren im Bereich des linken Koronararteriensystems wurde die Pathophysiologie einer Myokarddurchblutungsstörung simuliert. Es zeigte sich eine eindeutig höhere Überlebensrate und verlängerte Überlebenszeit der mit Persantin vorbehandelten Tiere gegenüberdernichtvorbehandelten Kontrollgruppe.«

Wernitsch, W., Richter, G., Halmegyi, M., Zeitler, E.: Thorexchirurgie 15, 429-435 (1967)

»Als Ergebnis dieser Untersuchungen konnte festgestellt werden, daß bei unvorbehandelten Schweinen im Elektrocardiogramm häufiger und stärker Zeichen der Ischämie nach Coronarconstriction auftraten, wenn die Tiere nicht mit Persantin behandelt waren. Überlebensrate und Überlebenszeit waren in beiden Serien nach operativer Coronarconstriction bei den mit Persantin behandelten Schweinen günstiger. Intercoronare und intracoronare Kollateralen konnten mit Hilfe der postmortalen Coronarographie bei den mit Persantin behandelten Schweinen gegenüber der jeweiligen Vergleichsgruppe häufiger und in stärkerem Maße nachgewiesen werden.«

Halmegyl, M., Hempel, K. J., Ockenge, T., Richter, G., Wernltsch, W., Zeitler, E.: Arzneimittel-Forsch. 17, 272-283 (1967)

# Auch diese Aussage spricht für

# Persantin® forte

früh genug beginnen hoch genug dosieren lange genug behandeln rechnet werden kann, in dem dann möglicherweise der Wunsch der Antragsteller erfüllt werden kann. Unter Berücksichtigung dieser Umstände beschloß schließlich der Ausschuß, seine Zustimmung zu folgender Antragsfassung zu geben: "Die Staatsregierung wird beauftragt, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß an der Universität Erlangen-Nürnberg ein gerontologischer Lehrstuhl und ein gerontologisches Institut errichtet werden können."

### Beratungen im kulturpolitischen Ausschuß

Die Staatsregierung soll umgehend im Einvernehmen mit den vier Landesuniversitäten und der TH München und unter Beachtung der Empfehlungen des Wissenschaftsrates und der günstigsten Lagebedingungen die personellen, materiellen und räumlichen Voraussetzungen für die Errichtung von Lehrstühlen bzw. die Schaffung von Abteilungen

- a) für klinische Zytologie unter besonderer Berücksichtigung der Krebsfrüherkennung und
- b) für Gerontologie unter besonderer Berücksichtigung der Frühaltersschäden und für Herzchirurgie schaffen.

Der kuiturpolitische Landtagsausschuß gab nach längerer Debatte dem Anliegen mehrerer einschläglger Anträge (davon zwei von Abgeordneten der SPD und drei von CSU-Abgeordneten) in vorstehender, auf einem Antrag des CSU-Abgeordneten Dr. von der HEYDTE basierenden Fassung die Zustimmung. Vier dieser Anträge waren bereits vom kulturpolitischen Ausschuß in teilweise abgeänderter Fassung angenommen worden.

In der zusammengefaßten Beratung des kulturpolitischen Ausschusses hielt der CSU-Abgeordnete Dr. Erich SCHOSSER als Berichterstatter die in dem Antrag von der HEYDTE geforderte Errichtung eines Lehrstuhles für klinische Zytologie nicht für gerechtfertigt, weil Zytologie in der Stoffbreite nicht für die Errichtung eines eigenen Lehrstuhles ausreiche. Es handele sich hier nur um eine Laboratoriumseinrichtung, nicht aber um ein ausreichendes wissenschaftliches Gebiet. Außerdem könne die Frühdiagnose des Krebses damit allein nicht durchgeführt werden. Für die Krebsfrüherkennung komme nur die Schaffung eines interdisziplinären Institutes in Frage, das im Großklinikum Großhadern vorgesehen sel. Auf dem Gebiete der Gerontologie stehe die Bundesrepublik zweifellos nicht an der Spitze der Forschung. In der medizinischen Wissenschaft sei die Notwendigkeit erkannt worden, die Gerontologie künftig zu einem zentralen Bereich der Forschung auszugestalten, weil die Probleme mit dem Altwerden sich vervielfachten. Daher plädiere er für die Errichtung gerontologischer Lehrstühle. Im Bereich der Herzchirurgie gebe es in Bayern und in der Bundesrepublik zu wenig Institute und ausgebildete Fachleute. Aber auch hier könne man die Probleme durch die Errichtung von Lehrstühlen alleln nicht lösen, denn man brauche dazu auch die notwendigen Institute und die erforderliche kostspielige Apparatur.

Mitberichterstatter Dr. Jürgen BÖDDRICH (SPD) verwies auf den Unterschied bei den einzelnen Anträgen zwischen der Forderung nach Errichtung von Lehrstühlen und der Errichtung herzchirurgischer Abteilungen, wie sie namentlich im Antrag der SPD-Fraktion gefordert werde.

Antragsteller Dr. Friedrich-August von der HEYDTE betonte, sein Antrag zeige hinsichtlich der Herzchirurgie

die Problematik des neuen Hochschulgesetzentwurfes auf, der keine Institute mehr kenne, sondern nur auf Lehrstühle abstelle. Das Feld der klinischen Zytologie sei heute weit genug, um einen eigenen Lehrstuhl dafür zu rechtfertigen. In der Gerontologie hinke man in der Bundesrepublik noch weit hinterher.

Zum Antrag mehrerer fränkischer SPD-Abgeordneter auf Errichtung eines gerontologischen Lehrstuhies mit Institut an der Universität Erlangen-Nürnberg führte der SPD-Abgeordnete Bertold KAMM als Antragsteller aus, daß es in anderen Ländern schon eine Reihe gerontologischer Institute gebe. Ein ähnlicher Antrag sei im vorigen Landtag schon von SPD-Abgeordneten eingebracht worden.

Die SPD-Abgeordnete Hedwig WESTPHAL machte für den Antrag ihrer Fraktion auf Errichtung herzchirurgischer Abteilungen an den bayerischen Universitäten geltend, die Krebsfrüherkennung in der Gynäkologie sei inzwischen Praxis geworden. Wenn jede Frau von der Möglichkeit einer einmaligen Untersuchung nach den jetzigen Methoden Gebrauch machen würde, würde das die Kassen in elnem Jahr 70 Millionen DM kosten. Das beweise die Notwendigkeit solcher Lehrstühle. Der vom sozialpolitischen Ausschuß verbeschiedene gemeinsame Antrag ziele darauf ab, daß an den bayerischen Hochschulen eigene herzchirurgische Abteilungen errichtet werden, weil die städtischen Krankenhäuser in Bayern nirgends in der Lage seien, solche Abteilungen zu schaffen. Alles konzentriere sich im Grunde auf die Erste Medizinische Fakultät in München.

Vorsitzender Reinhold VÖTH (CSU) verwies auf einen Brief des Landtagspräsidenten, der aufgrund eines Schreibens des Kultusministers vom I8. April 1969 angeregt habe, den Komplex von Einzelmaßnahmen im Hochschulbereich im Äitestenrat des Landtags zu behandeln, weil die Schaffung einzelner Lehrstühle aufgrund einer Landtagsinitiative einer wohldurchdachten und sinnvollen Hochschulplanung nicht förderlich wäre. Es frage sich also, ob der Ausschuß eine gemeinsame Formuiierung für diese fünf Anträge finden könne, die das darin enthaltene Grundanliegen anspricht, ohne sich auf konkrete Standorte an einer bestimmten Universität festzulegen. Diesem Anliegen würde etwa der Antrag von der HEYDTE entsprechen.

Gerda LAUFER (SPD) war demgegenüber der Meinung, wenn das Parlament hier entsprechende Beschlüsse fasse, könnten sich die Universitäten einem solchen Auftrag auf die Dauer nicht entziehen. Dem Anliegen könnte durch die Annahme des Antrages der SPD-Fraktion Rechnung getragen werden.

Der Ausschuß einigte sich schließlich doch auf die am Anfang des Berichtes erwähnte Fassung.

(Aus "Bayerischer Landtagsdienst" Nr. 16 vom 21. Mai 1969)

### Fünf Jahre Sehtest in Bayern

Die Sehtestaktion ist eine verkebrspolitische Maßnahme

Von MdL Dr. Rudolf Soenning, Vorsitzender des Bayerischen Landesgesundheitsrates

Die Sehtestaktion ist eine verkehrspolitische Maßnahme im Interesse der Verminderung von Verkehrsunfällen und hat zum Ziel, bei allen Führerscheinbewerbern ein möglichst optimales Sehvermögen zu erreichen. Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat die Einführung des Sehtestes in Bayern mit dieser These vertreten und durchgesetzt. Die Psychologisch-Medizinische Untersuchungsstelle in Bayern, unter Leitung von Herrn Dr. MUNSCH, hat, beraten von Herrn Professor SCHOBER zusammen mit der Fa. Rodenstock, die technischen Unterlagen für das Grobausleseverfahren erarbeitet.

Wer die ganzen Zusammenhänge kennt, wird mir recht geben, daß die Sehtestaktion, die inzwischen von praktisch allen Ländern der Bundesrepublik übernommen worden ist, nur durch die Initiative Bayerns zum gewünschten breiten Erfolg führte. Zwar haben schon vor 1963 die Ophthalmologische Gesellschaft, der Berufsverband der Augenärzte und viele maßgebende Augenärzte eine Augenuntersuchung bei Führerscheinbewerbern gefordert. Aber das Bundesverkehrsministerium reagierte immer wieder auf alle derartigen Vorstöße mit der Behauptung negativ, daß kaum bei 1/20/0 der Verkehrsunfälle irgend welche Körperschäden die Ursachen seien. Auch das bayerische Parlament konnte ich nicht überzeugen, bei Führerscheinbewerbern ein ärztliches Zeugnis zu verlangen, als ich dies bereits in den fünfziger Jahren versuchte.

Folgende Überlegungen bzw. Argumente wurden schließlich in Bayern akzeptiert:

- Durch eine Grobausleseaktion sollte Material gesammelt werden, um die Forderung nach einer augenärztlichen Untersuchung bei Führerscheinbewerbern zu begründen.
- 2. Die Ankündigung, daß ein Sehtest eingeführt wird, sollte die Führerscheinbewerber bewegen, vorher schon rechtzeitig einen Augenarzt aufzusuchen.
- 3. Das vorgeschlagene Grobausleseverfahren sollte gewährleisten, daß die Sehtestung in Bayern einheitlich durchgeführt wird und man nicht mehr auf jene gutgemeinten Unternehmen von Verbänden, die mit sogenannten Testwagen durch die Gegend fahren, angewiesen sein wird.

Der Bayerische Landesgesundheitsrat hat bereits im Jahre 1960 alle Fachleute zu einer gemeinsamen Sitzung einberufen. An ihr nahmen als Gäste einige Vertreter der Ophthalmologischen Gesellschaft, nämlich die Herren HARMS, ROHRSCHNEIDER und SCHRECK, der Leiter des Medizinisch-Optischen Institutes an der Universität München, Professor SCHOBER, der Vorsitzende des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands, Dr. DAMM, Dr. MUNSCH vom Technischen Überwachungsverein, Ministerialrat Dr. STOLL vom Bayerischen Staatsministerium des Innern und namhafte Vertreter der Automobil-Clubs teil. Bei dieser Sitzung wurde festgestellt, daß zur Zeit eine obligatorische augenärztliche Untersuchung bei Führerscheinbewerbern bei den zuständigen Regierungen nicht zu erreichen ist, dafür jedoch das vom bayerischen Innenministerium und von der PMU vorgeschlagene Grobausleseverfahren in Bayern verwirklicht werden könnte. Die Bayerische

Staatsregierung anerkannte schließlich die vorgetragene Begründung und es ist ihr und besonders den Herren Ministerialdirigent Dr. STOLL, Ministerialrat SCHM1D-KONZ und der Mitarbeit von Dr. MUNSCH zu verdanken, daß die Bayerische Staatsregierung den Mut faßte, den Sehtest für Führerscheinbewerber in Bayern 1963 obligatorisch einzuführen. Jene Überlegungen, die zur Verwirklichung der Sehtestaktion führten, haben sich inzwischen längst als absolut richtig herausgestellt. Bis zum Jahre 1968 wurden in Bayern ca. 1,5 Millionen Führerscheinbewerber dem Sehtest unterworfen. Davon waren im Jahre 1963 immerhin noch 9,3% Anhaltefälle und im Jahre 1968 nur noch weniger als 5%. Besonders zurückgegangen ist in derselben Zeit die Zahl der absolut Ungeeigneten zum Führen eines Kraftfahrzeuges; diese Zahl sank von 6,1% im Jahre 1963 auf 0,1% im Jahre 1968. Von über 270 000 Getesteten im Jahre 1966 waren es nur 23, die keinen Führerschein erhalten konnten. Solche Zahlen beweisen, daß der Sehtest keine Schikane gegen die Autofahrer darstellt, sondern ein höchst wirksames Mittel ist, damit bei den Kraftfahrern das optimale Sehvermögen erreicht wird. Insonderheit hat sich die Annahme als richtig herausgestellt, daß allein die Schaffung der Sehtest-Hürde viele angehende Kraftfahrer veranlaßt, vorher zum Augenarzt zu gehen. Soweit das uneingeschränkte positive Bild von den Erfahrungen mit dem obligatorischen Sehtest bei Führerschein bewerbern!

Nun bleibt aber noch etwas sehr Wichtiges zu erreichen: Die Sehtestung bei Führerschein in habern!

Meine diesbezüglichen Bemühungen haben lange Zeit keine greifbaren Erfolge gebracht.

Aufgrund verschiedener Vorstöße meinerseits bei der Bayerischen Staatsregierung auf Ausdehnung des Sehtestes, setzte sich das Bayerische Staatsministerium des Innern am 31. 7. 1967 mit dem Bundesminister für Verkehr, Georg LEBER, in Verbindung und schlug vor, auf der Tagesordnung der 9. Gemeinsamen Verkehrssicherheitskonferenz folgenden Tagesordnungspunkt zu besprechen:

"Sehtest für ältere Fahreriaubnisinhaber; Anderung der Straßenverkehrs-Zulassungs-Ordnung"

Das Bayerische Staatsministerium des Innern begründete seinen Vorschlag mit folgenden Argumenten: "Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat bereits mit Schreiben vom 23. Oktober 1964 - Nr. 1 C 4 -2506 b/12-20 - beim Bundesminister für Verkehr angeregt, durch eine Ergänzung der Straßenverkehrs-Zulassungs-Ordnung die Rechtsgrundlage für einen Sehtest bei äiteren Fahrerlaubnisinhabern zu schaffen. Leider wurde diese Anregung nicht aufgegriffen. Mit der Mehrheit der Verkehrsreferenten der Länder war der Bundesminister für Verkehr damals der Ansicht. daß eine allgemeine Sehtestaktion für ältere Fahreriaubnisinhaber noch nicht zu verwirklichen sei. Es wurde auf der Tagung der Verkehrsreferenten der Länder am 12. und 13. Oktober 1965 in Bremen beschlossen, zunächst weitere Erfahrungen zu sammeln und die internationale Entwicklung abzuwarten. Der Vertreter des Bundesministers für Verkehr verwies dabei auf die vorläufigen Ergebnisse der Sachverständigenkommission "Sehvermögen und Kraftverkehr" beim Bundesgesundheitsamt.

Wie aus Kreisen dieser Kommission inzwischen bekannt wurde, halten es deren Mitglieder jedoch für dringend notwendig, insbesondere ältere Fahrerlaubnisinhaber auf Sehmängel zu untersuchen. Das Bayerische Staatsministerium des Innern ist deshalb der Ansicht, daß die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Sehtestung älterer Fahrerlaubnisinhaber umgehend geschaffen werden sollten. Nach vorsichtiger Schätzung der Psychologisch-Medizinischen Untersuchungsstelle beim Technischen Überwachungsverein Bayern e. V. in München, müßte aliein in Bayern mindestens 20 000 Führerscheininhabern wegen unkorrigierbarer Sehfehler die Fahrerlaubnis entzogen werden. Diese Schätzung beruht auf Sehtestergebnissen vom Fahrerlaubnisbewerber, also von Personen, die überwiegend jüngeren Jahrgängen angehören. Berücksichtigt man die Erfahrungstatsache, daß die Häufigkeit von Sehmängeln in höherem Alter erheblich zunimmt, so liegt die Zahl der Fahrerlaubnisinbaber, die zum Führen von Kraftfahrzeugen ungeeignet sein dürfte, noch erheblich höher.

Nach Auffassung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern kann es angesichts dieser alarmierenden Zahlen nicht verantwortet werden, die Einführung eines obligatorischen Sehtestes für ältere Fahrerlaubnisinhaber — es wäre an die Altersgrenze von 50 Jahren zu denken — länger aufzuschieben.

Es wäre sicherlich möglich, das Testverfahren einfach und unbürokratisch zu gestalten, so daß weder für die Betroffenen noch für die Behörden eine unzumutbare Belastung entstehen würde. Ein solches Verfahren könnte auch ohne Schwlerigkeiten späteren internationalen Beschlüssen angeglichen werden."

Am 19. 9. 1966 tellte mir das Staatsministerium des Innern mit, daß der Vorschlag Bayerns, einen Sehtest für ältere Fahrerlaubnislnhaber vorzuschreiben, bisher von der Länderkonferenz nicht erörtert wurde. Die Behandlung dieser Frage wurde bei der Länderreferentenbesprechung im Dezember 1967 in Bremen an den Unterausschuß "Führerschein auf Zeit" abgegeben. Der Bundesminister für Verkehr hat den Unterausschuß bisher noch nicht einberufen. Inzwischen habe jedoch auch das Deutsche Grüne Kreuz den Sehtest für Fahrerlaubnisinhaber gefordert. Darauf schrieb ich am 25. 10. 1966 an Herrn Bundesverkehrsminister Georg LEBER. Dieser antwortete mir am 25. 11. 1968:

"Ich danke Ihnen für Ihre Zuschrift vom 25. 10. 1966, die leider infolge der Teilnahme des Fachreferenten an der Wiener Weltkonferenz über den Straßenverkehr erst jetzt beantwortet werden konnte.

Zu meinem Bedauern war die Einberufung des Unterausschusses "Führerschein auf Zeit" wegen vordringlicherer Gesetzgebungsvorhaben sowie der Vorbereitung und Durchführung der genannten Weltkonferenz bisher nicht möglich. Ich hoffe jedoch, Anfang nächsten Jahres hierzu in der Lage zu sein."

Soviel über den Stand der Dinge!

Die Bayerische Staatsregierung hat offensichtlich den festen Wilien, durch einen Vorstoß beim Bundesverkehrsministerium eine Testung, besonders der älteren Führerscheinlnhaber, zu erreichen.

Lassen Sie mich sagen, was meine feste Überzeugung ist! Wenn in der Öffentlichkeit bekannt wird, daß eine solche Aktion vorgesehen ist, wird genau dasselbe eintreten wie beim Grobausleseverfahren bei Führerscheinbewerbern, d. h. also, daß viele Führerschelninhaber von sich aus zu einem Augenarzt gehen.

Die Mitwirkung der Augenärzte bei dieser Aktion ist von großer Bedeutung und es wird dankbar anerkannt, daß die Ophthalmologische Geselischaft, der Berufsverband der Augenärzte usw., augenärztliche Richtlinien für Kraftfahrer ausgearbeitet haben.

Ich möchte hier aber eindeutig feststellen, daß ohne die politische Initiative, wie sie das Bayerische Staatsmlnisterium des Innern zeigte und zeigt, bis heute die Sehtestaktion nur ein frommer Wunsch wäre.

### Maßnahmen zur Bekämpfung der Tollwut

Schriftliche Anfrage der Frau Abgeordneten Hedwig WESTPHAL, SPD, vom 15. Januar 1969:

"Anscheinend nimmt die Tollwut unter wildiebenden Tieren auch in Bayern noch zu, damit also die Gefährdung von Mensch und Tier. Da die bisherigen Bekämpfungsmaßnahmen offenbar ihren Zweck nicht ausreichend erfüllen, frage Ich die Staatsregierung, ob sie

- die Begasung aller Fuchs- und Dachsbauten anstrebt und sie wenigstens annähernd durchsetzen kann,
- 2. ob nicht, nachdem das Bundes-Landwirtschaftsminlsterium das Verbot der vorsorglichen Tollwutschutzimpfung der Hunde aufgehoben hat, nun darüber hinaus der Impfzwang für alle Hunde, eventuell auch Katzen, in Betracht zu ziehen wäre. Die früher dagegen vorgebrachten Bedenken dürften nicht mehr bestehen, wie man aus neueren fachwissenschaftlichen Arbeiten schließen kann (s. z. B. Veterinär-Medizinische Nachrichten Nr. 3/68)."

### Antwort des Bayerischen Staatsministers des Innern vom 24. Januar 1969:

"Die schriftliche Anfrage der Frau Abgeordneten Hedwig WESTPHAL beantworte ich wie folgt: Im Jahre 1968 wurden in Bayern 1636 Tollwutfälle, davon 1588 beim Wild, festgestellt. Im einzelnen entflelen

TALL CALL	DOTTO CONTRACTOR				
auf der	Regierungsbezirk	Oberbayern	644	Fälle	
auf der	Regierungsbezirk	Niederbayern	346	Fälie	
auf der	Regierungsbezirk	Oberpfalz	271	Fälle	
	Regierungsbezirk			Fälle	
auf der	Regierungsbezirk	Mittelfranken		Fälle	
	Regierungsbezirk			Fälle	une
auf der	Regierungsbezirk	Schwaben	309	Fälie	

Der Fuchs war mit 73 v. H., das Reh mit 6,2 v. H., Hund und Katze mit je 3,4 v. H. und das Rind mit 6,2 v. H. beteiligt. Die übrigen 5,8 v. H. verteilen sich auf sonstige Haus- und Wildtiere. Der Fuchs ist also nach wie vor der Hauptträger der Toliwut. Seit Jahren wird für abgeschossene Füchse, Dachse und Marder eine Prämie aus Staatsmitteln in Höhe von DM 16.— je Tier gewährt. In den letzten Jahren zahlen auch die meisten Landkreise und kreisfreien Gemeinden eine zusätzliche Prämie aus Kreismitteln bis zu DM 9.— je erlegtes Tier. In den Jahren 1965 bis 1968 wurden für etwa 174 000 Tiere Abschußprämien gewährt. Diese hohen Abschußzahlen haben dazu beigetragen, daß die Toilwutdichte in Bayern aligemein in mäßigen Grenzen blieb, wenn auch die Seuche in neu befallenen Gebieten da und dort stärker um sich griff.

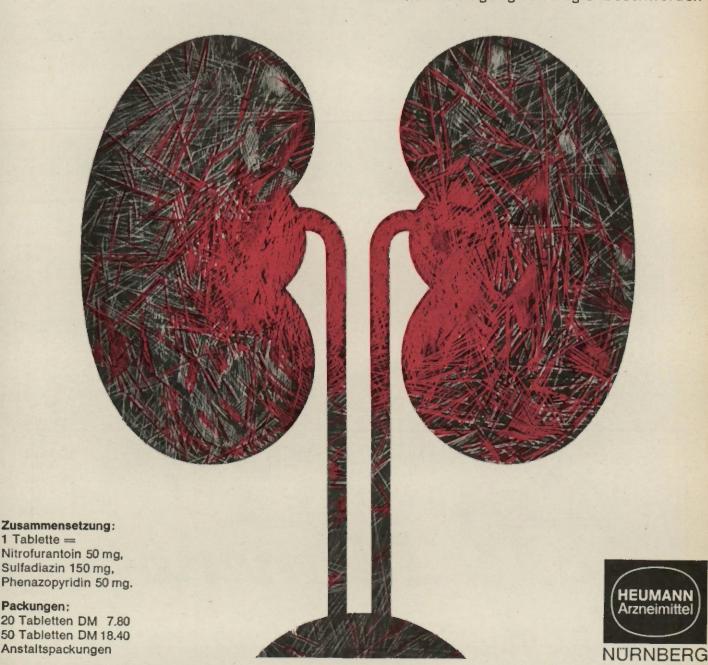
Im einzelnen bemerke ich zu den Fragen folgendes:

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



### Zu 1:

Auch ich bln der Meinung, daß neben dem verstärkten Abschuß des Raubwildes auch die Begasung der Fuchsbaue zu einer weiteren Dezimlerung der Füchse beitragen kann.

Bereits Im Mal 1966 hat der Herr Landwirtschaftsminister auf meine Bitte dle unteren Jagdbehörden ermächtigt, den Jagdberechtigten die Begasung der Fuchsbaue zu gestatten. Die Jagdberechtigten haben erstmals im Jahre 1968 in einzelnen Landkreisen geschlossen unter Leitung der unteren Jagdbehörden Fuchsbaue begast. Die Erfahrungen aus diesen Landkreisen sind nach den Berichten der Regierungen von Oberbayern und Niederbayern gut. Für das Jahr 1969 ist vorgesehen, die Begasung der Fuchsbaue im großen anzuwenden. Die Revierinhaber haben sich in weiten Gebieten Bayerns bereit erklärt, die Begasung durchzuführen.

Das Staatsministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten hat mit Entschlleßung vom 10. 2. 1969 die Regierungen ersucht, die unteren Jagdbehörden anzuweisen, die Revierinhaber auf die Notwendigkeit der Fuchsbaubegasung in zusammenhängenden Gebieten aufmerksam zu machen und dahin zu wirken, daß sämtliche befahrenen Mutterbaue in tollwutbefallenen Kreisen während der Führungszeit der Fuchsfähen begast werden. Unter dieser Vorausssetzung werde ich den Kreisen ein Drittel der Kosten für das Begasungsmittel erstatten. Darüber hinaus hat der Landesausschuß der Bayerischen Tierseuchenkasse wegen der Gefährdung der Weidetlere in seiner Sitzung am 13. 2. 1969 beschlossen, sich unter den gleichen Voraussetzungen und in der gleichen Höhe wie der Freistaat Bayern an den Kosten zu beteiligen.

### Zu 2:

Das Staatsministerium des Innern hat mit Bekanntmachung vom 10. Juni 1968 (StAnz. Nr. 25, MABI. S. 218) die Tollwutschutzimpfung von Tieren allgemein zugelassen, da grundsätzliche Bedenken der Wissenschaftler gegen eine Schutzimpfung aufgrund der Erfahrungen in Ländern, in denen schon lange Tiere allgemein gegen Tollwut schutzgeimpft werden, nicht mehr bestehen. Es kann also jeder seinen Hund und seine Katze von einem Tierarzt gegen Tollwut schutzimpfen lassen; geeignete Impfstoffe stehen zur Verfügung. Die Impfstoffe bewirken aber nur einen zeitlichen Schutz, so daß Wiederholungslmpfungen je nach der Seuchenlage erforderlich sind.

Wie bereits erwähnt, sind Hunde und Katzen nur zu je 3,4 v. H. am derzeitigen Tollwutgeschehen beteiligt. Eine Impfung aller Hunde und Katzen würde die Seuche nicht eindämmen, da die Füchse die Hauptverbreiter der Tollwut sind. Darüber hinaus erscheint es nicht möglich, alle Hunde und Katzen für eine solche Impfung zu erfassen.

Bei dem jetzigen Seuchengeschehen, den großen Schwierigkeiten bei der Erfassung aller Hunde und gegebenenfalls auch der Katzen und der finanzieilen Belastung der Tierbesitzer halte ich es nicht für zweckmäßig und auch nicht vertretbar, eine Toliwutschutzimpfung allgemein anzuordnen."

### Vorausschauende bayerische Gesundheltspolitik

Der Bayerische Landesgesundheitsrat übermittelte am 14. 12. 1956 an den Herrn Präsidenten des Bayerlschen Landtags folgenden Beschluß:

"Der Landesgesundheitsrat behandelte den Antrag — Landtagsbeilage 1814 —:

,Die Staatsregierung wird ersucht, beim Bund dahin zu wirken, daß

- bei der Ausbildung von Fahrschülern auch ausreichende Kenntnisse in Erster Hilfe auf freiwilliger Grundlage vermittelt werden;
- 2. alle Kraftfahrzeuge mit geeignetem Sanltätsmaterial für Erste Hilfe auszustatten sind."

Nach Beratung in einem Unterausschuß, zu der zahlreiche Vertreter aus dem Verkehrswesen geladen waren, nahm der Landesgesundheitsrat wie folgt Stellung: "Mit der steigenden Verkehrsdichte hat sich in den letzten Jahren auch die Zahl der Verkehrsopfer erhöht. Eine Verbesserung der Vorbeugungs- und Sicherheitsmaßnahmen vermag diese Zahl nur bis zu einem gewissen Grad zu senken. Beim Verkehrsunfall ist rasche und richtige Erste Hilfe für Leben und Gesundheit der Verunglückten von entscheidender Bedeutung. Wesentliche Voraussetzungen für diese Erste Hilfe sind:

- das Vorhandensein geeigneten Sanitätsmaterials am Unfallort. Hierzu bedarf es einer obligaten Regelung für jedes Kraftfahrzeug;
- 2. das richtige Verhalten der am Unfallort Anwesenden. Dies setzt zumindest von einem Teil der Verkehrsteilnehmer die Kenntnis von zumutbaren einfachen Verhaltungsmaßregeln voraus. Je größer der Kreis dieser Verkehrsteilnehmer ist desto besser.

Es erscheint daher zweckmäßig, dem Führerscheinanwärter mit Hilfe passender Unterrichtsmittel einen verständlichen, kurzen und einprägsamen Überblick über das richtige Verhalten am Unfallort zu geben. Dieser Hinweis erfolgt am besten im Rahmen des Rechtsunterrichts bei den Fahrkursen. Eine entsprechende Ergänzung der Fahrlehrer-Verordung wäre hierzu notwendig. Diese Einweisung wird das Interesse an Erster Hilfe wecken und zu weiterer freiwißiger Ausbildung anregen.

In Anbetracht der Förderung von Leben und Gesundheit aller Verkehrsteilnehmer empfiehlt der Bayerische Landesgesundheitsrat im Einvernehmen mit allen zuständigen Organisationen, unbeschadet einer kommenden bundeseinheitlichen Regelung, allen Kraftfahrern das Mitführen von geeignetem Sanitätsmaterial und den Besuch von Erste Hilfe-Kursen."



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

Dismenol

(Parasulfamidobenzoesäure 0,05 g. Dimethylamino-phenyldimethyl-pyrazolon 0,25 g)

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

### INTERESSANTES AUS ALLER WELT

### Die Altersvorsorge der freien Berufe in internationaler Sicht

Von Adolf von Lippmann

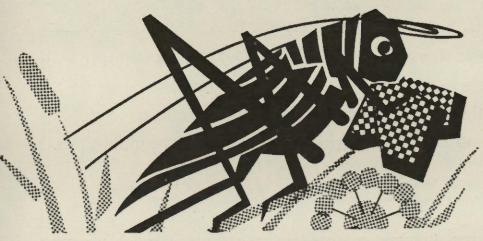
Im Zusammenhang mit dem Auftrag des Bundestages an die Bundesregierung, die gesetzliche Rentenversicherung auch auf die Selbständigen und damit auch auf die freien Berufe auszudehnen, hatte auf der Tagung der Kölner Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. in Bad Godesberg im Oktober vorlgen Jahres Professor Dr. med. J. STOCKHAUSEN über die freiberufliche Selbsthilfe in der Altersvorsorge gesprochen. Zugleich mit der Stellungnahme der Gesellschaft hatten wir die Ausführungen von Professor Stockhausen entsprechend der auf der Tagung an die Teilnehmer verteilten Kurzfassung in Heft 1/1969 des "Bayerischen Ärzteblattes" veröffentlicht, In denen der Autor das Problem "aus der Sicht der frelen Berufe ln einer ln lhrem Kern politischen Aussage zu einigen konkreten" - und seiner Anslcht nach -"auch wesentlichen Fragen der bundesdeutschen Sozialpolltik" betrachtet hat. In diesem Zusammenhang dürfte es nicht von geringem Interesse seln, wie sich dle angesprochene Problematik auf der breiteren Ebene der internationalen Sozialpolitik darstellt.

Die Frage der Altersvorsorge freier Berufe, im engeren Blickwinkel der freiberuflich tätigen Arzteschaft, ist nur eln Tell der Frage der Sozlalen Sicherheit der Selbständigen. Mit den damit zusammenhängenden Fragen hat sich, soweit es die Ärzteschaft betrifft, in den vergangenen Jahren nicht nur der Weltärztebund und die Weltgesundheitsorganlsation, sondern auf der breiten Ebene der Selbständigen überhaupt seit 1951 auch die Internationale Vereinlgung für Soziale Sicherhelt in Genf beschäftigt. Das Thema "Die Soziale Sicherheit für die selbständig Erwerbstätigen" stand berelts auf der Tagesordnung der X. Generalversammlung der IVSS im Jahre 1951. Die weitere Erörterung wurde jedoch damals zurückgestellt, weil nur unzureichende Unterlagen verfügbar gewesen sind. Die Untersuchungen sind jedoch in der Folge wieder aufgenommen worden, die dann auf der XV. Generalversammlung der IVSS in Washington im Jahre 1964 zur Vorlage eines Berichtes von Dr. V. RONZOLANI, dem Präsidenten des Landesverbandes der Hllfskassen auf Gegenseitigkeit für Kaufieute in Italien, geführt hat.

Bei der Betrachtung der auf diesem Gebiete vorliegenden internationalen Dokumentation fällt auf, daß es weltgehend als wichtiger Faktor bei der Entwicklung des sozialen Schutzes und seiner Formen im allgemeinen und hinsichtlich der Ausdehnung der Sozlalleistungen auf die Selbständigen angesehen wird, die gleichen Verhältnisse im Sinn einer einheitlichen Regelung für alle Staatsbürger zu schaffen. Für diese Ausdehnung wird vielfach die Pflichtversicherung als die geeignete Form angesehen. Das hängt damit zusammen, daß bei den orthodoxen Anhängern der Sozialen Sicherheit die Auffassung vertreten wird, Soziale Sicherheit sei entweder obligatorisch oder sie bestehe überhaupt nicht.

Auch die internationalen Untersuchungen haben nicht an der Tatsache vorbeigehen können, daß es sich bei den Selbständigen in kelner Weise um eine einheitliche Berufsgruppe handelt, die sich eindeutig abgrenzen läßt, weder in bezug auf die Merkmale der Art der Betätigung noch hinsichtlich der sozialen Stellung und Einordnung. Während in den Gesellschaftsordnungen westlicher Prägung der Fächer der Selbständigen alles umfaßt, was begrifflich als Unternehmer zu betrachten ist, also auf der einen Seite vom kleinen Eleraufkäufer und Hausierer bis zum Fabrikbesitzer, zum frel praktizierenden Arzt, Steuerberater, Rechtsanwalt und ähnliche, werden in den Ostblockstaaten, wie z. B. in der UdSSR, ein großer Teil der Erwerbstätigen, die bei uns noch als freie Berufe bezeichnet werden, als Werktätige betrachtet, weil sie entsprechend der gesellschaftlichen Organisation in irgendeiner Weise mittelbar oder unmittelbar zum Staat In einem Abhängigkeitsverhältnis stehen, während freiberuflich Tätige oder Selbständige, Gruppen wie Gepäckträger, Zeitungsverkäufer, Sportler, frei arbeitende Artisten und Künstler usw. slnd.

Die obligatorische Sozialversicherung war ursprünglich nur für abhängige Lohnarbeiter gedacht. Der alte



# Prosplen

Biologisches Antiallergikum

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



IFAH GMBH . HAMBURG

und kranke Arbelter ist als Folge der Mangelhaftigkeit der Arbeitsbeziehungen der frühen Industriegesellschaft der Ausgangspunkt alies dessen gewesen, was heute unter den Sammelbegriff der Sozialen Sicherheit gebracht wird. Bei der Errichtung der ersten Sozialversicherungssysteme ist von der primitiven und auf jeden Fall unrichtigen Unterscheidung zwischen Arbeitnehmer und Unternehmer ausgegangen worden. Diskussionslos wurde dabei unterstellt, daß der eine arm und der andere reich sei. Dies, obwohl es schon um etwa die Mitte des vorigen Jahrhunderts kein Geheimnis war, daß es in den jungen Industriestaaten ganze Gruppen von kleinen Unternehmern, freiberuflich Tätigen und Selbständigen gegeben hat, die In sozialer Hinsicht mindestens ebenso hilfsbedürftig waren wie die Arbeiter. Nur in einem ganz engen Berelch war zu Anfang der Entwicklung zur Industriewirtschaft die Grenze zwischen Unternehmer und Arbeiter eindeutig scharf. Sehr schnell hatte die weitere Entwicklung in fast allen Industriestaaten der alten Welt mehr oder weniger den Aufbau einer brelten Zwischenschicht begünstigt, die sich nicht mehr eindeutig nach beiden Seiten abgrenzen ließ. In dieser Schicht bewegten sich eine Vielzahl von Existenzen, die zwar formell die Züge eines seibständigen Unternehmers trugen, die aber nichtsdestoweniger in ihrer wirtschaftlichen Lage den unselbständigen Arbeitern näherstanden, wenn nicht gar gleichkamen oder sogar unter ihnen standen. Auch Ärzte fanden sich zuzeiten in dieser Schicht. Aus der Literatur sind Schilderungen bekannt, daß es in Notgebieten, wle dem sächsischen Erzgebirge, der Hocheifel und ähnlichen, Landärzte gegeben hat, deren wirtschaftliche Lage sich kaum von der ihrer ärmlichen Umwelt unterschieden hat.

Es war klar und verständlich, daß im Bereich der abhängigen Lohnarbeit der Drang zur Einordnung in ein soziales Schutzsystem immer aktuell gewesen ist. Die weitgehende Expropriation einer breitgestreuten Mittelschicht, die zwar nicht ausgesprochen reich, aber immerhin in einer Weise wirtschaftlich gesichert war, wie es heute kaum mehr vorstellbar ist, hat in den letzten 50 Jahren das Bild erheblich gewandelt. Im Bereich der Selbständigen, auch der freien Berufe, wie etwa bei den Rechtsanwälten, gibt es heute Gruppen, die den Ausschluß aus den obligatorischen sozialen Schutzsystemen, namentlich auf dem Gebiete der Altersvorsorge, als ausgesprochene soziale Diskriminierung betrachten. In verschiedenen Ländern versuchen Mitglieder dieser Gruppen auf diese oder jene Weise in die obligatorischen Schutzsysteme hineinzukommen, sofern sle noch

nicht Im Rahmen irgendeiner allgemeinen Staatsbürgerversorgung bereits mit eingeschlossen sind. Eine allgemeine Tendenz ist allerdings aus der auf internationaler Ebene bisher zur Verfügung stehenden Dokumentation noch nicht herauszulesen, daß die Richtung für eine absolute Einordnung in die bereits bestehenden Systeme der obligatorischen Alterssicherung vorherrschend geworden wäre. In einer Reihe von Ländern ist der Unabhängigkeitsdrang von bestimmten Gruppen Selbständiger immerhin noch so stark, daß keinerlei Bereitschaft zu erkennen ist, auch nur die geringste Einschränkung der persönlichen Freiheit zur Erlangung verbesserter wirtschaftlicher und sozialer Leistungen hinzunehmen. Aber auch in diesen Ländern besteht trotz des Widerstandes gegen ein einheitliches System oder die Einordnung In bereits bestehende obligatorische Systeme der deutlich sichtbare Wunsch nach einer den Unselbständigen zwar nicht gleichartigen, aber immerhin gleichwertigen Deckung. Im übrigen ist In Ländern, in denen der Gruppenindividualismus besonders ausgeprägt ist, für einige grundlegende Formen der Sozialen Sicherheit, wie der Alterssicherung der Grundsatz der Freiwilligkeit beibehalten worden. Das wird allerdings von den Anhängern der Pflichtversicherung als Mangel betrachtet. Auf der anderen Seite darf aber auch das positive Element nicht übersehen werden, das in den alten Traditionen, dem Geist der Gruppensolidarität und den Erfahrungen der freiwilligen Hilfsvereinigungen auf Gegenseitigkeit liegt und das die Einstellung der in Frage kommenden Gruppen beeinflußt, im Fall des Bedarfes darauf Einrichtungen der gegenseitigen Hilfe aufzubauen. Allerdings werden sich diese Gruppen nicht auf allgemeine Parolen stützen können, sondern werden handhaft den materiellen Beweis für den Erfolg ihrer sozialen Schutzmaßnahmen antreten müssen; denn nur so werden sie den Ausdehnungstendenzen bereits bestehender obligatorischer Institutionen widerstehen können, denen allgemein der Keim des Ausdehnungsbedürfnisses — gewissermaßen zwangsläufig - bei ihrer Geburt mit in die Wiege gelegt worden

Bei der IVSS wird die Frage der Sozialen Sicherheit der Selbständigen weiterbehandelt, und zwar bewegen sich die Untersuchungen in der Richtung, ob eine Einbeziehung dieser Gruppen in ein allgemeines System oder die Einführung besonderer Systeme als zweckmäßiger und richtiger erscheint.

Anschrift d. Verf.: Adolf von Lippmann, Reischach 10, 8201 Prutting über Rosenheim

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

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

steht unseren Kallegen kostenlas zur Verfügung.

Die Kossenörzte Bayerns erhielten ihn bereits über die Bezirksstellen der Kassenörztlichen Vereinigung Bayerns. Die anderen Kallegen, die diesen Band ebenfolls zu erhalten wünschen, bitten wir um eine kurze Mitteilung; die Braschüre geht ihnen dann durch die Past zu.

# mit tonoliffretard die Hypotonie fest im Griff:

- 1. Erhöhung des peripheren Widerstandes
- 2. Stimulierung des Vasomotoren-Zentrums
- 3. Steigerung des Herzminutenvolumens

Packungen mit 20 und 50 Dragées





EFEKA - Friedrich & Kaufmann - Arzneimittelfabrik - Hannover

### Neue Vorschläge zur Behebung des Ärztemangels in den USA

Von Robert Adam

Die USA leiden seit Jahren an einem Ärztemangel, der sich immer fühlbarer bemerkbar macht. Der US Public Health Service veröffentlichte folgende Zahlen\*):

Jahr	vorhandene	benötigte	fehiende
	Arzte	Arzte	Arzte
1966	292 000	342 000	50 000
1970 (geschätzt)	314 800	367 000	52 200
1975 (geschätzt)	348 200	400 000	51 800

Die Zahlen der Absolventen an den medizinischen Fakultäten sind:

1959/60		7 508
1964/65		7 804
1968/67		8 235
1969/70	(geschätzt)	8 972
1974/75	(geschätzt)	10 737

Am schwersten ieiden unter dem Ärztemangel die Siums, kleinere Gemeinden und Landbezirke. Einige Beispiele:

In Harlem, dem ausgedehnten Negerviertel New Yorks, praktizieren nur 12 Ärzte. In South Bronx, einem anderen Slum-Gebiet New Yorks, trifft auf 12 000 bis 15 000 Einwohner ein Arzt. In dem fast ausschließlich von Negern bewohnten Oakland-Kenwood-Gebiet im Süden Chicagos gab es 1950 noch 40 Ärzte, heute sind es 5. Selbst Negerdoktoren ziehen es vor, soiche Stadtviertel zu verlassen, weil das Einkommen der Neger im Durchschnitt etwa die Hälfte des der Weißen erreicht. Ärzte aus den Ländern Lateinamerikas und des Fernen und Nahen Ostens sind infolge ungenügender Ausbildung oft ein unzureichender Ersatz; sie leben meist von den Fällen, in denen die öffentliche Wohlfahrt die Kosten übernimmt.

Auf dem flachen Land sieht es nicht besser aus. Im Staate Michigan sucht das State Heaith Council vergeblich nach Ärzten für 122 Gemeinden, 53 kleinere Städte suchen 129 Spezialisten. Doktoren aus fremden Ländern sind schon wegen ungenügender Beherrschung der englischen Sprache ein dürftiger Ersatz; sie gehen iieber in städtische Krankenhäuser, in denen die Sprachschwierigkeiten leichter zu überwinden sind. Verschiedene Gemeinden haben Ambulanzen eingerlichtet, die in Notfällen die Kranken zu oft weit entfernten städtischen Krankenhäusern verbringen. In dem dünnbesiedelten Staat South Dakota fliegen Spezialisten wöchentlich in kleinere Gemeinden, um Röntgenuntersuchungen vorzunehmen und den lokaien Ärzten beizustehen. In Texas sind über 100 offene Stellen für Praktische Ärzte unbesetzt, 85 davon auf dem flachen Land. 15 counties, etwa unseren Landbezirken zu vergleichen, haben keinen Praktischen Arzt.

In Kalifornien müssen die Leute vielfach 30 Meilen und mehr zurückiegen, bis sie zu elnem Doktor kommen, der mitunter 40 Patienten am Tag zu behandeln hat. In vielen Krankenhäusern besteht in nicht dringlichen

\*) Entnommen der Wochenzeitschrift "US News and World Report", Dayton, Ohio, vom 9. Oktober 1967, S. 56.

Fällen eine Wartezeit bis zur Operation von drei Wochen und mehr. Selbst im Staate New York haben 130 Gemeinden mit einer Bevölkerung von 2000 aufwärts keinen Arzt.

Die Bundesregierung wendet dieser bedrohlichen Entwicklung seit Jahren erhöhte Aufmerksamkeit zu. Die medizinischen Fakultäten sind um 14 vermehrt, die bestehenden 88 erweitert worden. Mlt großzügigen Stipendien an Minderbemittelte und mit Dariehen, die drei Jahre nach Beendigung oder Aufgabe des Studiums zurückgezahlt werden müssen, sucht man den Zugang zum Studium der Medizin und der Zahnheilkunde zu verstärken. Sogar ausländische Studenten können als Darlehensnehmer zugelassen werden, wenn sie mit Einwanderungsvisum nach den USA gekommen sind und Gewähr dafür bieten, daß sie ständige Einwohner, später Bürger der USA werden. Das Studium der Medizin ist sehr teuer. Schon vor Jahren mußte der Verheiratete mit 3271, der Unverheiratete mit 2386 \$ jährlichen Ausgaben rechnen. So ist es zu verstehen, daß im Jahre 1965 über die Hälfte der Medizin studierenden Familien mit einem Jahreseinkommen über 10 000 \$ angehört hat. Die Höchstsumme der Darlehen während der Ausbildung ist gegenwärtig für ein akademisches Jahr 2500 \$, die Gesamthöchstsumme 10 000 \$. Trotz dieser Bemühungen ist das Ziel noch nIcht erreicht, das Präsident JOHNSON gesetzt hat, daß niemand aus finanziellen Erwägungen vom Studium der Medlzin abgehalten werden solite.

Da die volle Ausbiidung eines Arztes in den USA mindestens 10 Jahre erfordert, wird es lange dauern, bis sich diese finanziellen Aufwendungen in einer höheren Zahl von ausgebildeten Ärzten auswirken. Ohne die Hilfe auswärtiger Ärzte wäre die Not, insbesondere in den Krankenhäusern, noch viel größer. Im Jahre 1966 stammten von den 41 000 Krankenhausärzten 11 500 aus fremden Ländern, an deren Hochschulen sie ihr Studium zurückgelegt und die Prüfung bestanden haben. In manchen Krankenhäusern überwiegt die Zahi der Ärzte aus fremden Ländern die der einheimlschen bedeutend. Einige Krankenhäuser New Yorks haben nicht einen einzigen Anstalts- oder Hilfsarzt mit amerikanischer oder kanadischer Ausbildung - diese wird an Güte der in den USA gleichgestellt. In vielen anderen Ländern fehlt es schon an Laboratorien, wissenschaftlichen Werken oder praktischer Ausbildung. Belder nicht allzu hohen Bezahlung der Krankenhausärzte ziehen es die amerikanischen Ärzte vor, sich möglichst baid nach der vorgeschriebenen Krankenhauspraxis, deren Dauer nach den Gesetzen der 50 Gliedstaaten verschieden bemessen ist, selbständig zu machen, wodurch ihnen in der Regel ein hohes Einkommen gesichert lst; man schätzt das jährliche Durchschnittseinkommen für selbständige Ärzte auf 25 000 \$. Die Folge ist, daß selbst schwere Fälle, die insbesondere zur Nachtzeit hereingebracht werden, den Händen von jungen ausländischen Ärzten anvertraut werden müssen.

In der gegenwärtigen Lage sucht man nach weiteren Wegen, um der Not zu begegnen. Man wili assistant doctors, Assistenten ohne akademische Ausbildung, einsetzen, denen routinemäßige Betätigungen übertragen werden, um die Ärzte von solchen zu entlasten. Würde man nur vier v. H. aller ärztlichen Tätigkeit in dieser Weise freistellen, so würde man das gleiche Ergebnis erreichen, als wenn in einem Jahr die Zahl der Absolventen der medizinischen Fakultäten sich verdoppeln würde.

In der Geburtshilfe will man die Hebammen in erhöhtem Maße einsetzen.

Bei der zunehmenden Aufsplitterung der ärztlichen Tätigkeit in Spezialgebiete will man die group medicine in Form von Zentralkliniken fördern, in denen der Patient, wenn auch nach Zurücklegung größerer Entfernungen, in die Hand eines Spezialisten kommt.

Der Computer soll für die Diagnose in möglichst weitem Umfang verwendet werden.

Schließlich will man vor allem mehr Frauen zum Studium der Medizin gewinnen.

Von diesen Vorschlägen ist der geplante Einsatz von nicht akademisch ausgebildeten Kräften am meisten umstritten. Man hofft, insbesondere aus den vielen Kräften, die im Militärdienst, im Feld und in der Heimat als Hilfskräfte im ärztlichen Dienst verwendet worden sind, solche assistant doctors heranziehen zu können. Man glaubt dabei, insbesondere die Kinderärzte (pediatricians) entlasten zu können. Von den Ärzten wird diese Art der Hilfe vorwiegend zurückgewiesen; es ist auch fraglich, ob das Publikum sich damit einverstanden erklärt.

Aber die Not ist groß, die Wege, sie zu beenden, sind gegenwärtig nicht abzusehen. Am meisten fürchtet man, daß die Bundesregierung gezwungen werden könnte, in ähnlicher Weise, wie das in England mit dem Public Health Service geschehen ist, den medizinischen Beruf zu "sozialisieren", die Gesundheitspflege in eine vom Staat zu erfüllende Aufgabe zu verwandeln. Die Erfahrungen in England, aus dem jährlich viele Ärzte auswandern, weil sie im Rahmen dieser öffentlichen Gesundheitspflege geringe Entwicklungsmöglichkeiten haben, warnen ailerdings vor diesem Schritt.

Anschr. d. Verf.: Dr. Robert Adam, Senatspräsident i. R., 8000 München 81, Effnerstraße 48

### Kampf gegen medizinische Kurpfuscherei in Amerika

Regierung und Arzteschaft verbünden sich zu energischem Vorgehen

Von W. Schweisheimer

"Ich bin überzeugt, wir können medizinische Kurpfuscherei jetzt wirksam bekämpfen. Zum ersten Male habe wir ein Gesetz mit Zähnen darin."

Diese Äußerung von John Miner, einem Staatsanwalt in Los Angeles County, zeigt, was sich die Regierung — und die Ärzteschaft mit ihr — von dem neuen Gesetz des Staates Kalifornien zur Bekämpfung der medizinischen Kurpfuscherei erhofft.

Bisher wurde die iiiegale Praxis von Medizin nur als ein "misdemeanor" betrachtet, ein Vergehen. Die Höchststrafe darauf war 6 Monate Gefängnis. Kalifornien ist der erste amerikanische Staat, der solches Verhalten jetzt als eine "felony" erklärt hat, ein schweres Verbrechen. Dem Mann, der unberechtigt ärztliche Tätigkeit ausübt, droht jetzt eine Gefängnisstrafe bis zu zehn Jahren, abgesehen von Geldstrafen.

Nach einer neueren Schätzung wird das amerikanische Publikum im Jahr um etwa 2 Milliarden Doliar für iiiegale Behandiung von Kurpfuschern betrogen. Kalifornien ist mit New York einer der führenden Staaten auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege, und sein Beispiel findet in der Nation stets große Bedeutung.

### Der Fall, der das neue Gesetz auslöste

Es ließen sich natürlich Hunderte und Tausende von Fällen von medizinlscher Kurpfuscherei berichten, die einen empörenden Ausgang genommen haben. Das kalifornische Gesetz wurde aber durch einen ganz bestimmten Fall ausgelöst, der die Öffentlichkeit in weitem Maße erregte und den Senator Tom Carrell von San Fernando in Kalifornien schließlich zur Einbringung des Gesetzes brachte.

Bei einem kleinen Mädchen, der 8 Jahre alten Linda Epping, wurde ein Sarkom festgestelit. Führende Krebssachverständige bezeichneten operative Entfernung der Geschwulst als notwendig. Ein Chiropraktiker, an den sich die Eltern gewandt hatten, versprach Besserung des Leidens mit seiner Methode. Er behandelte das Kind 23 Tage lang mit Hochpotenz-Vitaminen; die Gebühr für diese Behandlung betrug 739 Dollar. Das Kind, das inzwischen von den verzweifelten Eltern noch zu anderen nicht ärztlichen "Heilern" gebracht wurde, starb drei Monate nach der Vitaminbehandlung.

Der Chiropraktiker wurde zu einer hohen Gefängnisstrafe verurteilt (das Berufungsverfahren ist noch nicht abgeschlossen), weil er, wie der Staatsanwalt ausführte, betrügerisch versprochen habe, das Kind heilen zu können. Es wurde zugegeben, daß der Fall hoffnungslos war, als der Chiropraktiker die Behandlung übernahm. Aber seine Intervention, so wurde festgestellt, verhinderte die Operation und damit eine mögliche Verlängerung des Lebens.

### Warum gehen Menschen zum Kurpfuscher?

Auf dem letzten "National Congress on Medical Quakkery" in Chicago wurde das Problem eingehend erörtert, warum Menschen zu Kurpfuschern gehen, um sich oder ihre Familienangehörigen behandeln zu lassen. Von besonderem Interesse waren hier die Feststellungen von Dr. Beatrix Cobb, einer Psychologin, die am M. D. Anderson Hospital in Houston, Texas, durchgeführt wurden.

Dr. Cobb interviewte zahlreiche Patienten, die von der üblichen ärztiichen Behandlung zur Behandlung durch nicht approbierte Personen übergegangen waren. Nach ihrer Auffassung lassen sich dabei vierverschiedene Gruppen von Personen feststellen, nämlich

- 1. die Wundersucher
- 2. die Uninformierten
- 3. die Ruhelosen und
- 4. die Personen, dle nach elnem Strohhalm greifen.

1. Die Wundersucher: Typisch lst folgender Fall—eine Frau mit Brustkrebs lehnte jede Behandlung ab. Sie suchte Hilfe in Religion. Jede Nacht, sechs Monate lang, bedeckte sie ihre Brust mit einem Gewebe, das mit einem Gebet versehen war. Erst gegen Ende ihres Lebens begab sie sich in ärztliche Behandlung, aber erst, nachdem sie sich überzeugt hatte, daß ihre Sündigkeit und ihr Mangel an Glauben für den Mißerfolg der Gebetkur verantwortlich waren. Andere Wundersucher greifen nach "Wundern" und "Wunderkuren", ohne daß sie religiös gläubig sind — sie haben nur die Hoffnung, daß von solchen Wundern eine rasche Heilung resultieren wird.

2. Die UnInformierten: Dr. Cobb fand, daß die Uninformierten tatsächlich waren, was ihr Name besagte. Sie wußten einfach nichts von Ärzten und ihren verschiedenen Spezialarten. Wenn ihnen jemand sagte, jener Mann lst ein "Krebsspezialist", er kann dlch heilen, so nahmen sie eine solche Feststellung ohne jede weitere Nachforschung als Tatsache hln. Für eine solche Person ist ein Mann, der sich als "Doktor" bezeichnet, ein Doktor, ein Arzt, und sie denkt nicht daran, sich irgendeine Bestätigung zu verschaffen.

3. Die Ruhelosen: Es sind ungeduldige, unkooperative, oft dem Arzt gegenüber feindlich eingestellte Patienten. Ihre Einstellung zum Arzt ist: "Wenn du mich nicht augenblicklich heilen kannst, gehe ich anderswohln." Und sie führen diesen Vorsatz auch aus.

4. Dle Personen, die nach einem Strohhalm greifen: Diese Personen, so sagt Dr. Cobb, verdlenen unsere Sympathie und unser Verständnis mehr als die anderen Gruppen. Es handelt sich oft um verzweifelte Patienten, denen gesagt oder angedeutet wurde, eine Hellung für sie sei mit den bisher bekannten Methoden nicht mehr zu erwarten. Oder Gatten oder Eltern, denen gesagt wurde, bel ihrem Ehepartner, bei ihrem Kind, bestehe keine Aussicht auf Heilung. In blinder Panik suchen sie nach irgend jemandem, der ihnen Aussicht auf Heilung verspricht — und meistens finden sie, was sie suchen.

### Neue Schrift der "American Medical Association"

Die "American Medical Association" (AMA), die führende Standesorganisation der amerikanischen Arzte, hat eine neue Schrift herausgegeben, die zur Verteilung an das Publikum gedacht ist — "Facts on Quacks". Das Problem der medizinischen Kurpfuscherei in den USA wird hier in gutverständlicher Sprache in Form von Fragen und Antworten besprochen.

"Quacks" (Kurpfuscher) "ignorieren gesundheltliche Tatsachen oder stellen sie falsch dar", heißt es in der Einleitung zu dem 32 Seiten langen Buch. "Gesundheitsprobleme sollten von jedermann zu selnem Famllienarzt gebracht werden. Der Arzt ist wissenschaftlich erzogen, um Gesundheitsprobleme zu behandeln. Der Gesundheits-Quack ist das nicht."

Hier sind einige Hauptpunkte, die in der AMA-Schrift bebandelt werden: Die moderne Medizin kann Arthritis-Patienten helfen, namentlich auch mit Behandlungsmethoden, die in den letzten zehn Jahren aufkamen. Kurpfuscher-Methoden haben hier zuweilen scheinbaren Erfoig, weil bei der Arthritis an sich Zeiten des Schmerzes mit Zeiten des Wohlseins abwechseln. Schädigender noch als der Verlust an Geld durch die Quack-Behandlung ist die Verschiebung wirksamer Behandlung, die wirklich Hilfe bringen könnte.

Bei Krebs lst die Quack-Behandlung besonders bedrohlich, weil viele Fälle von Krebs heute geheilt werden können, wenn sie rechtzeitig, d. h. frühzeitig wirksam behandelt werden. Die zeitverzögernde Behandlung mit Kurpfuschermethoden bedeutet, von allem anderen abgesehen, ein gefährliches Risiko für den Krebspatienten.

Mangel an Vltaminen und Mineralsalzen in der Nahrung splelt in den USA keine nennenswerte Rolle. Quack-Behandlung mit dlesen Präparaten erhebt Ansprüche, dle der wissenschaftlichen Grundlage entbehren.

Alle Quack-Metboden, die Gewlchtsabnahme ohne entsprechende Diät versprechen, sind wertlos. Weder Präparate, noch Apparate, noch Methoden können das Ziel ohne Diätelnstellung errelchen.

Maschinen und elektrische Apparate, die von Kurpfuschern zur Behandlung von Krankhelten aller Art verwendet werden, sind in der Regel wertlos. Solche Apparate werden um 1000 Dollar und mehr an Hoffnungsgläubige verkauft. Elne Regierungsstelle, die Fe-



# Epsilon-Tachostyptan®

Hämostyptikum aus Lipidthromboplastin und Epsilon-Aminokapronsäure Ein Fortschritt in der Behandlung von Blutungen

HORMON-CHEMIE MÜNCHEN

deral Food, Drug and Cosmetic Administration, prüft alle medizinischen Apparate nach — aber bis sie geprüft und als wertlos erkannt sind, haben viele Patienten Geld daran verschwendet und Zeit für günstige Behandlung versäumt.

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

### AMTLICHES

(Bekanntmachung der Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern vom 23, 4, 1969 — Nr. III 2 — 5126/1 — 8/69)

### Lehrgang zur Vorbereitung auf die Amtsarztprüfung

Die Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern wird in der Zeit vom 1. Oktober 1969 bis 27. Februar 1970 in München einen Lehrgang zur Vorbereitung auf die Amtsarztprüfung abhalten. Zu diesem Lehrgang können 30 Teilnehmer zugelassen werden. Die Teilnahme am Lehrgang ist Voraussetzung der Zulassung zur Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst (Bekanntmachung des Bayerischen Landespersonalamtes vom 21. 12. 1951 über Lehrgang, Prüfung und laufende Beurteilung für die Anstellung als Arzt im öffentlichen Gesundheitsdienst, BayBSVI I S. 225, l. d. Fassung vom 18. 2. 1960, MABl. S. 294).

Arzte, die an dem Lehrgang teilnehmen wollen, werden gebeten, Ihr Gesuch bis spätestens 15. August 1969 bel der Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerlum des Innern (8000 München 22, Odeonsplatz 3) einzureichen. Bereits im amtsärztlichen oder landgerichtsärztlichen Dienst in Bayern tätige Ärzte brauchen kein Bewerbungsgesuch einzureichen; sie werden zu dem Lehrgang dienstlich abgeordnet.

Dem Gesuch sind folgende Unterlagen beizugeben:

- 1. Die Bestallung als Arzt in Urschrift
- Das Doktordiplom der medizinischen Fakultät einer deutschen Universität in Urschrift oder amtlich beglaubigter Abschrift
- 3. Ein Nachweis über die bisherlge ärztliche Tätigkeit Die Lehrgangsgebühr beträgt DM 250,—; sie ist nach der Zulassung zum Lehrgang zu zahlen.

### Ausländische Ärzte

Voraussetzung für ihre Beschäftigung und Anrechnung einer Tätigkeit auf die Weiterbildung zum Facharzt

Obwohl in der Mittellung der Kammer zu dieser Angelegenheit in Heft 4/1968 des "Bayerischen Ärzteblattes" die niedergelassenen und an Krankenanstalten tätigen Chefärzte sowie die sogenannten nachgeordneten ausländischen Ärzte auf die gesetzlichen Voraussetzungen für das Tätigwerden ausländischer Ärzte in ihrem Beruf hingewiesen worden sind, häufen sich in letzter Zeit die Fälle, in denen ausländische Ärzte die Anrechnung ärztlicher Tätigkeit an Krankenanstalten in Bayern und bei niedergelassenen Ärzten auf die Weiterbildung zum Facharzt begebren, ohne im Besltze der dafür erforderlichen Erlaubnis zur vorübergebenden Ausübung des ärztlichen Berufes gewesen zu sein. Es besteht deshalb Veranlassung zu folgenden wiederholten Hinweisen:

Ausländische Ärzte mit und ohne den Nachwels eines deutschen medizinischen Staatsexamens benötigen für ihre Tätigkeit als sogenannte nachgeordnete Ärzte an Krankenanstalten, wie auch als Assistenten In der freien Praxis, neben der allgemeinen Genehmigung des zuständigen Arbeitsamtes und der Aufenthaltserlaubnis, die Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes gemäß § 10 der Bundesärzteordnung, dle durch das Bayerische Staatsminlsterium des Innern erteilt wird. Wird eine ärztliche Tätigkeit von diesen Ärzten ohne dle genannte Erlaubnls ausgeübt, so setzt sich der Arzt wegen Verstoßes gegen die Bundesärzteordnung elner Strafverfolgung nach § 13 BÄO aus.

Eine nachträgliche rückwirkende Erlaubnis nach § 10 BÄO zur Ausübung ärztlicher Tätigkeit kann einem ausländischen Arzt nicht erteilt werden.

Zeiten einer ärztlichen Tätigkeit, welche ohne diese Erlaubnis zur Erlangung der Facharztanerkennung abgeleistet wurden, können von der Bayerischen Landesärztekammer nicht angerechnet werden, da damit ein gesetzeswidriges Verhalten des ausländischen Arztes sanktioniert werden würde.

Obwohl für die leitenden Ärzte an Krankenanstalten eine Verpflichtung nicht besteht, sich darüber zu vergewissern, ob ein vom Träger des Krankenhauses angestellter ausländischer Arzt die Erlaubnis nach § 10 der Bundesärzteordnung für dieses Krankenhaus und

(Fortsetzung Seite 630)



# Ronicol®

# Klar

# Hell

Weit

Weite des Horizontes

Klarheit des Denkens und Fühlens

dem alternden Menschen zu erhalten

ist vornehmstes Ziel der

Therapie der Cerebralsklerose

mit Ronicol® retard

Scipio Africanus (235 bis 183 v. Chr.

### Gleichmäßig intensive Wirkung

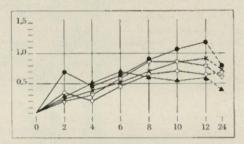
über lange Zeit

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



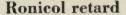
Ordinate: Tritiumgehalt des Plasmas ausgedrückt als μg T-Ronicol (Tritium-markiertes β-Pyridylcarbinol-Tartrat) pro ml Plasma

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



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 für einen entsprechenden Zeitraum besitzt, werden diese Kollegen dennoch gebeten, die ausländischen Kollegen auf die Unerläßlichkeit dieser Erlaubnis hinzuweisen. Da die bereits erwähnten Fälle einer ärztlichen Tätigkeit ausländischer Arzte ohne diese Erlaubnis in letzter Zeit gehäuft zur Beobachtung gelangt sind, wird das Bayerische Staatsministerium des Innern an die Krankenhausträger das dringende Ersuchen richten, ihre Mitglieder zu veranlassen, auf die Verwaltungen der Krankenanstalten einzuwirken, daß ausländische Arzte nur dann eingestellt werden, wenn sie die Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes für dieses Krankenhaus besitzen.

Es ist noch darauf hinzuweisen, daß bei einem Wechsel der Krankenanstalt innerhalb des Zeitraumes der Erlaubnis der zuständigen Behörde zur Ausübung des ärztlichen Berufes bei der zuständigen Landesbehörde die Umschreibung der Erlaubnis auf das neue Krankenhaus umgehend beantragt werden muß.

Die vorstehenden Ausführungen gelten selbstverständlich auch für Ärzte in der freien Praxis, welche ausländische Ärzte als Assistenten, sei es nur ambulant oder auch stationär in Ihrer Belegabteilung beschäftigen.

### MITTEILUNGEN

### Musik in der Wies

Wieder lädt die Stadt Schongau am Lech zum Besuch einer Konzertreihe ein, die als "Festlicher Sommer in der Wies" schon seit vielen Jahren bei Kunst- und Musikfreunden in hohem Ansehen steht. Kaum eines der sehenswürdigen, als Kunstwerke hervorragenden, altbayerischen Gotteshäuser "stimmt" den Besucher in ähnlicher Weise zum Hören von Musik wie die herrliche Wallfahrtskirche "in der Wies" bei Steingaden. Dem Wunsch, eine dem Stil der Wieskirche adäquate Musik zu hören, entspricht bereits das 1. Konzert am 22. Juni 1969, mit Werken von Wolfgang Amadeus Mozart. Es musizleren Agnes Giebel, Sopran, und das Süddeutsche Kammerorchester.

Das zweite Konzert am 6. Juli 1969 bringt Werke von Johannes Brahms: die "Haydn-Variationen" und das "Deutsche Requiem". Als Solisten für diese Aufführung wurden zwei hervorragende Künstler von internationalem Ansehen verpflichtet: die Sopranistin Ingrid Bjoner und der Bariton Franz Crass.

Ein Konzert mit Kammermusik der Gegenwart bringt Werke von Anton Webern, Fritz Büchtger und Béla Bartók, ausgeführt vom Assmann-Quartett, Frankfurt. Im 4. Konzert, am 20. Juli 1969, sind symphonische Werke zu hören: Hindemiths "Mathis der Maler" und Franz Schuberts "Große Symphonie Nr. 7 C-Dur", ausgeführt von den Stuttgarter Philharmonikern.

Am 3. August 1969 muslzieren im Münster Steingaden das Süddeutsche Kammerorchester und der Madrlgalchor Saarbrücken. Zu hören sind Werke von Heinrich Schütz, Händel, J. S. Bach, Haydn und Schubert.

Das Abschlußkonzert am 10. August 1969 bringt Meister des Itallenischen Barocks mit Motetten, Arlen und Instrumentalwerken von Vivaldi, Scarlatti u. a. Die Ausführenden sind Lotte Schädle, Sopran, und das Barockensemble der Münchner Philharmoniker.

Die Konzerte beginnen jeweils um 15.00 Uhr. Die Leitung der Konzerte hat Joseph Kraus.

### Aktion für Kinderspielpiätze

Die Bayerlsche Katholische Arbeitsgemeinschaft für Volksgesundung und Jugendschutz e. V. hat die Chefredakteure der deutschen Zeltungen in einem Brief gebeten, sich für die Errichtung einer ausreichenden Zahl von geelgneten Klnderspielplätzen einzusetzen.

Wegen seiner allgemeinen Bedeutung drucken wir diesen Brief nachstehend im Wortlaut ab:

"Sehr geehrter Herr Chefredakteur!

Die Sonne lockt wieder die Kinder zum Splelen. Anlaß zu einer Bestandsaufnahme: Was haben wir Ihnen in unserer Stadt, unserem Landkreis, unserer Großstadt zu bieten?

Spielen ist wichtig für die innere und äußere Gesundheit unserer Kinder. Wenn Kinder nicht richtig spielen und toben können, führt das zu inneren Mangelerschelnungen, die genauso verheerend sind wie Unterernährung und falsche Ernährung.

Die heutige Verkehrssituation macht den gesicherten Splelplatz unentbehrlich. Der Antell an tödlichen Unfällen bei Kindern und Jugendlichen beträgt, gemessen an der Gesamtsterblichkeit, in Westdeutschland 41,3%. Nach den Untersuchungen von MICHAELIS ereignen sich 38% aller Verkehrsunfälle bei Kindern und Jugendlichen beim Splelen, weil kein geeigneter Spielplatz in der Nähe ist, der von Kindern gefahrlos aufgesucht werden kann.

Wirklich ein Grund, den Dingen um den Spielplatz erneut näherzutreten.

Der Gesetzgeber hat — mit auf unsere Initiative — Grünlicht für mehr und bessere Spielmöglichkeiten der Klnder gegeben. Seit Herbst 1960 bestimmt die Deutsche Musterbauordnung (§ 10), daß bei allen neuerrichteten Gebäuden mit mehr als 3 Wohnungen ein Spielplatz für Kinder anzulegen ist. Bei bestehenden Gebäuden (Altbauten) kann die Herstellung von Kinderspielplätzen gefordert werden, wenn dies die Gesundheit und der Schutz der Kinder verlangt.

Alle Bundesländer haben diese Bestimmungen in Ihre neuen Bauordnungen übernommen — sie sind also durch das Gesetz verpflichtet — so Bayern In die Bauordnung vom 1. 8. 1962, Nordrhein-Westfalen In die Bauordnung vom 25. 6. 1962, Baden-Württemberg in die Bauordnung vom 8. 4. 1964, Rheinland-Pfalz In die Bauordnung vom 15. 11. 1961 usw.

Es sind also nun mehrere Jahre vergangen, seitdem diese Bestimmungen bestehen und es wurden Hunderttausende von Wohnhäusern und Wohnblocks neu gebaut, deren Bauherrn verpflichtet waren, diese Bestimmungen einzuhalten.

Sehr geehrter Herr Chefredakteur!

Wie schaut es in dem Elnzugsgebiet Ihrer Zeitung, Ihrer Stadt, Ihrem Landkreis damit aus? Wurden wirklich gute und kindertümliche Spielplätze gebaut? Wurden sle nicht nur Im Einheitsstill, nach 08/15 mit einem Sandkasten, einer Rutsche oder Wippe ausgestattet, sondern wurde vom Architekt der Aktivität, der Phantasie und dem Gestaltungswillen der Kinder und Jugendlichen reicher Spielraum gelassen und geboten?

Dürfen wir Sie herzlich und freundlich bitten, einen Ihrer Journallsten zu beauftragen, in dem Umkreis Ihres Blattes diesen Dingen nachzugehen, darüber zu berichten und die Bevölkerung damlt zu konfrontieren. Das Interesse am richtigen und ausreichenden Spielplatz für die Kinder ist in der gesamten Bevölkerung und vor allem bei den jungen Familien groß — das wissen Sie und wir aus vielen Anfragen und Leserbriefen.

Sind die Spielplätze aber auch von den Architekten durch Anpflanzungen und schallschluckende Vorrichtungen für die übrigen nicht betroffenen Hausinwohner möglichst lärmfrei angelegt worden? Wir suchen gerade solche vorbildlich angelegte Spielplätze." NERVO-OPT

NERVO-OPT

# NERVO-OPT®

Verschreibungspflichtig!

### Zusammensetzung:

Natr. diaethyibarbituric. 100 mg (1,2 %), Acid. phenylaethyibarbituric. 10 mg (0,1 %, Extr. Vaierian., Humul. lup., Visc. alb., Adonld., 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



### Promotionskosten jetzt steuerlich abzugsfähig

Die Finanzämter haben bislang die Kosten von Doktoranden für die Promotion nicht zum Abzug zugelassen. Sie haben sich dabei auf die Rechtsprechung der Finanzgerichte berufen, wonach es sich dabei nicht um Kosten der Berufsfortbildung (sogenannte Werbungskosten bzw. Betriebsausgaben) handele, sondern um Ausbildungskosten, die nicht mit steuerpflichtigen Einnahmen im Zusammenhang stünden. Durch eine Gesetzesänderung ist nun ein neuer Zustand eingetreten. Kosten der Berufsausbildung sind jetzt bis zu jährlich DM 900,— als Sonderausgaben — ähnlich wie Versicherungsbeiträge - abziehbar. Bel Verheirateten können auch die beim Ehegatten anfallenden Kosten bis zu DM 900,— abgezogen werden, so daß — wenn beide Ehegatten entsprechende Kosten haben — bis zu DM 1800,— zu berücksichtigen sind. Die Kosten müssen dem Finanzamt im einzelnen nachgewiesen werden. Es kommen insbesondere in Frage: Schreibmaterial, -maschlne, Buchanschaffungen, Universitätsgebühren, Entgelt an Schreibkräfte, usw. Auch sämtliche Fahrkosten, die gelegentlich der Promotion entstehen, sind voll abzugsfählg, wobei hervorzuheben ist, daß bei Benutzung von Kraftfahrzeugen nicht die 0,36-DM-Pauschale je Doppelkilometer giit, sondern DM 0,50 vom Finanzamt anerkannt werden, da es sich nicht um Fahrten von der Wohnung zur Arbeitsstätte handelt. Erwähnenswert ist ferner, daß Steuervergünstigungen. die dritten Personen (etwa den Eltern) wegen einer Unterhaltsgewährung an den Doktoranden zustehen. durch die Neuregelung nicht betroffen werden.

Die Neufassung des Gesetzes gilt bereits rückwirkend seit 1. Januar 1969. Die Betroffenen sollten also ab sofort entsprechende Beiege sammeln. Im einzelnen ist, wie meist im Steuerrecht, vieles verwickelt. In Zweifelsfällen wende man sich daher an das Finanzamt bzw. an seinen Steuerberater. Schließlich soll nicht unerwähnt bleiben, daß die Bundesregierung zugesagt hat, alsbald zu prüfen, ob noch weitere steuerliche Förderungsmaßnahmen für in Ausbildung Stehende ergriffen werden können. Eine Erhöhung der jetzigen Grenze von DM 900,— ist danach nicht ausgeschlossen.

G. Sauer, Berlin

### Pharma-industrie verabschiedet neue Werberichtlinien

### Weitergabe von Nebenwirkungsmeldungen künftig obligatorisch

Die pharmazeutische Industrie wird ihre Werbung künftig einer strengeren Selbstkontrolie unterwerfen. Die Hauptversammlung des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie, dessen rund 660 Mitgliedsfirmen weit über 90% alier deutschen Arzneimittel herstellen, verabschiedete am 14. Mai 1969 in Bad Nauheim mit überwältigender Mehrheit "Richtlinien für die Arzneimittelwerbung". Mit den Richtlinien, die sich auf die einschlägigen Vorschriften des Heilmittelwerbegesetzes (HWG), des Arzneimittelgesetzes (AMG) und des Gesetzes gegen unlauteren Wettbewerb (UWG) stützen, werden auch bestimmte Wettbewerbsmaßnahmen verboten, zu denen eine ausdrückliche Regeiung in diesen Gesetzen fehlt.

Zugleich verabschiedeten die Deiegierten einen Beschluß, der alle Mitgliedsfirmen des Verbandes verpflichtet, etwaige Mitteilungen über Nebenwirkungen der von ihnen hergestellten Arzneimittel unverzüglich der Arzneimittelkommission der deutschen Arzteschaft in Göttingen zu übermitteln. Damit habe die Pharma-Industrie, so erklärte ein Sprecher, weitere wesentliche Beiträge zu der ihr vom Gesetzgeber überlassenen Eigenverantwortung geleistet.

Die neuen Werberichtlinien sollen beim Bundeskarteilamt angemeldet werden, das mit der Eintragung in das Register für Wettbewerbsregeln gewisse Beschränkungen der Frelheit des Wettbewerbs zulassen kann, wenn sie Im Interesse der Allgemeinheit liegen.

Wesentiicher Bestandteil der Richtlinien ist die Forderung, daß die Werbung den Ärzten "ein möglichst voilständiges Bild über die Eigenschaften der Arzneimittei vermitteln muß". Dazu gehört insbesondere auch die Information des Arztes über etwaige unerwünschte Nebenwirkungen und die Fälle, in denen von der Anwendung eines Medikaments abgesehen werden sollte (Kontraindikation).

Weiter wird der allgemeine Grundsatz aufgestellt, daß aile Wettbewerbsmaßnahmen unterbleiben müssen, die dazu führen können, daß der Arzt in einen Konflikt mit seinen Berufspflichten gerät und sich insbesondere bei der Auswahl der von ihm zu verordnenden Arzneimittel der werbenden Firma gegenüber gebunden fühlt.

Verstöße gegen diese Richtlinien können zu einem Ausschluß aus dem Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie führen.

Die Weitergabe von Meidungen über Medikamentennebenwirkungen an die Arzneimittelkommission stellt neben den bereits vom Hersteller vorgenommenen Kontrollen eine zusätzliche Sicherung dar. Die Arzneimittelkommission sammelt, überprüft und wertet die Meldungen aus und veranlaßt gegebenenfalls die erforderlichen Maßnahmen.

### Förderpreis der Deutschen Diabetes-Gesellschaft

Aniäßlich des 4. Kongresses der Deutschen Diabetes-Geselischaft am 16./17. Mai 1969 in Uim/Donau wurde der von Bayer, Leverkusen, und der Schering AG, Berlin/Bergkamen, gestiftete Förderpreis der Deutschen Diabetes-Geselischaft zum zweiten Mal verliehen. Preisträger ist Herr Jürgen Michael MEIER, Frankfurt/Maln, dessen Dissertation über das Thema: "Untersuchung zur Biosynthese von Insulin in vitro (dargestellt an Schnitten isolierter Kaninchenpancreata unter Verwendung von <sup>14</sup> C-Aminosäuren und <sup>14</sup> C-Giucose)" ausgezeichnet wurde.

Der Förderpreis der Deutschen Diabetes-Geselischaft ist mit DM 11 000.— dotiert. Von diesem Betrag stehen dem Preisträger DM 10 000.— für seine weitere wissenschaftliche Ausbildung auf dem Diabetesgebiet und DM 1000.— zur freien Verwendung zur Verfügung. Mit dem Förderpreis werden jährlich einmal junge Doktoranden ausgezeichnet, deren Dissertation von einer deutschen Hochschule zumindest mit der Note "sehr gut" beurteilt wurde.

Eine Förderung wissenschaftlicher Arbeiten zur Erforschung der Zuckerkrankheit ist besonders deshalb von Bedeutung, weil eine Vielzahl von Problemen, die im Zusammenhang mit dem Diabetes stehen, noch nicht geklärt sind.

### Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat April 1969\*)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Im Berichtsmonat sank die Erkrankungshäufigkeit an Scharlach von 78 Fällen im März auf 69 Fälle je 100 000 Einwohner (auf ein Jahr umgerechnet). Die Erkrankungsziffer an Meningokokken-Meningitis (übertragbare Genickstarre) hat sich im Vergleich zum Vormonat leicht erhöht, nämlich von 2 auf 3 Erkrankungen je 100 000 der Bevölkerung.

Erkrankungen an Typhus, Paratyphus und Ruhr kamen

wie im Vormonat, so auch im April, nur vereinzelt vor. Die Häufigkeit von Salmonellose- Erkrankungen (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) ging von 9 Fällen im März auf 6 Fälle im April zurück, diejenige von Erkrankungen an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) von 34 auf 28 Fälle, jeweils auf 100 000 Einwohner bezogen.

### Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 30. März bis 3. Mai 1969 (Vorläufiges Ergebnis)

			2	2		3	4		5		(	5	7		1	В	9	7	1	0	11	1
					Obertragbere																	
	Oiphtherie		liphtherie Scharlach		Kiaderi	dhmung	iung Hirnhoute		tentzUndung				Typhus ab- dominatio		Para- typhus A und B		Bakteri- elle Ruhr (ehne Ami- benruhr)		Enteritie		Infections	
Seblet					da par Fă	ut.	Mente bokk Mente		ken- Obri										Saimo- collesa		Ubriga Forman	
	E1)	ST <sup>2</sup> )	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	S
Oberbayern	2	-	280	_	-		- 9	1	7	_	1	1	1	-	-	_	11		32	-	-	-
liederbayere	-	-	30	-	-		- 2	-	1	1	-	-	_	-	-	-	-		2	-	2	-
Oberpfalz	-	_	58	_	-		- 4	-	2	-	-	-	_	-		-	-	-	4	-	-	
berfrankee	-	-	105	-	-		- 5	1	7	-	-	-	_	-	-	-	-	-	5	-	-	
Aittelfraekee	2	_	109	-	-		- 5	-	2	-	-	-	1	-	1	_	2	-	8	-	-	
Interfrankee	-	-	51	-	-		- 1	1	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	
chwabee	1	-	52	-	-		- 4	-	1	-	1	-		_	1	-	1		4	-	1	
ayere	5	-	685	-	-		- 30	3	22	1	3	1	2	-	2	-	14		57	-	3	
Aunchee	1	-	140	-	-		- 2	-	2	-	-	-	1	-	-	-	10	-	18	-	-	
Vürnberg	1 -	-	55	-	-		- 2	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2	-	-	
lugsburg	-	-	1	-	_			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Legensburg	-	-	11	-	-			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Würzburg	-	_	5	-	-			-	-	_	_	-	-	-	_	_	-	_	1	_	-	
															43							
	12		1:	2	14		15	1	6	1	7	18	1	19	9		20		21		22	2

	12		13		14		15		16		12	7	18		19	9	2	0		21	22	
Geblet	Bota- Ilsmus		Hepatitis infectiosa		Orali Psitte- kose		t k a s e Obrige Formen		Lepto- spirose (übrigo Formen)		Malar Erster- kronkany		r l a • Rückfall		0-Fleber		Taxe- plas- mose		Wundstarr- krampf		Verdachts- fälle von Telleut*)	
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	£	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	TZ		
Oberbayern	_	_	94		1	_	1		_	-	2	_		_	1	-		-	_	_	24	
Niederbayern	_	_	41	-	_	_	_	_	1	_	_	_		_	_	_	1	-	-	-	2	
Oberpfalz	_	_	21	_		_	_	_	_	-	_	_	-	-	_	-	1	_	-	-	13	
Oberfræken	_	_	15	_	_	_	_		_	-	_	-	_	_	-	_	3	-	1	-	69	
Mittelfrankee	_	_	36	-	_	_	2	_	_	_	_	-	_	_	_	_	4	_	1	-	3	
Unterfrankee	_		32	_	_	_		_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	11	
Schwabee	_	_	43		_	_		_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	-	_	-	11	
Bayere	_	_	282	_	1	_	3	_	1	-	2	_	-	_	1	_	9	_	2	-	133	
München	_	_	45	_	_	_	1	_	_	_	2	_	_	_	1	-	_	-	_	_	1	
Nürnberg	_	_	8	_	_	_	_	_	_	-	_	_	_	_	_	_	_	_	-	-	_	
Augeburg	_	_	3	_	_	_		_	_	_	_	_	_	_		_	-	_	_	-	-	
Regensburg	_	_	3	_	_	_			_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	-	_	_	
Würzburg	_	_	2	_	_	-	_	_	_	_	_	_	-	_		_		_	_	-	_	

<sup>\*)</sup> Bericht des Bayerischen Statistischee Landesamtes. 1) "E" — Erkrankungee (einschl. der erst beim Tode bekaentgewardenea Kraekheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle. 2) "ST" — Sterbefälle. 3) Verletzungee durch eie tollwutkrankes oder tallwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres ader Tierkörpers.



### Die Ausstellung "Kalser Maximilian I." in Innsbruck

Im Jahre 1969 jährt sich der Tod Kaiser Maximilians I. zum 450. Male. Das Land Tirol nimmt dieses Gedenk-jahr zum Anlaß, seinem ehemaligen Landesfürsten vom 30. 5. 1969 bis 5. 10. 1969 eine Ausstellung zu widmen, die Ihr Ziel in einer Dokumentation des politischen, militärischen, kulturpolitischen und des persönlichen Wesens des Kaisers sieht. Es ist also nicht der Mäzen Maximilian, dem diese Ausstellung gilt, sondern der Mensch; ihm gerecht zu werden, bedarf es einer umfassenden Darsteliung. Rund 650 Leihgaben aus 10 europäischen Ländern werden uns seine Persönlichkeit nahebringen.

Der Ort der Ausstellung ist das in den Jahren nach 1500 von ihm erbaute Zeughaus, das wegen seiner Originalität und seiner Größe ( $90\times20$  m) allein schon einen Besuch wert ist. Außer diesem Zeughaus erinnern an die Zeit, als Innsbruck Hauptstadt eines Kaisers war, noch das Goldene Dachi und das Grabmal Kaiser Maximilians in der Hofkirche.

Er war 1459 als Sohn Kaiser Friedrich III, in der Wlener Neustadt geboren worden. Das Reich seines Vaters war arm und arm war seine Jugend. Seine Hochzeit 1477 mit Maria von Burgund erschloß ihm den Glanz der Ritterherrlichkeit in den Niederlanden, ein letztes Leuchten des Mittelalters, das im Kampf um die Vorherrschaft in Europa verging. Maximilian mußte, wollte er nicht nur Herzog von Österreich bleiben, in das Ringen um die Macht eingreifen. 1486 wurde er zum deutschen König gewählt. War er auch nicht der erfolgreichste unter den Königen und Fürsten dieser Zeit, so konnte er doch seine Macht behaupten und sein Reich ausbauen. Der Grundstein für dessen Vergrößerung waren nicht Waffen und Krieg, sondern Hochzeiten. Er selbst hatte Burgund durch die Ehe mit Maria erworben, sein Sohn Philipp erwarb Spanien mit der Neuen Welt und 1515 öffnete Maximilian mit den ungarischen Hochzeiten den Weg Österreichs nach dem Osten. Sein Traum war, ein Europa unter einem Kaiser, aber nicht als zentralistischer Staat, sondern als eine Föderation zu schaffen.

Die Ausstellung zeigt uns anhand von Bildern, Dokumenten und Büchern, Ausschnitte aus dem Leben des Kaisers, seiner engen Beziehung zu Kunst und Wissenschaft und seiner Llebe zu Jagd und Turnier.

Ein Kapitel ist auch der Medizin jener Zeit gewidmet. Die Medizin, die das ganze Mittelalter hindurch sich von jeder eigenständigen Forschung ferngehalten hatte und sich nur auf die griechischen und römischen Autoritäten berufen hatte, war noch völlig der deduktiven Schlußfolgerung verhaftet. Der beginnende Humanismus und die Renaissance brachten allerdings auch keine entscheidende Änderung, sondern nur insofern, als man die Autoritäten ohne den arabischen Kommentar wieder in der Ursprache las. Fern von den Universitäten begann sich eine Richtung der Medizin zu entwickeln, die der Ausgangspunkt für die moderne Medizin wurde. In Ulm begannen um 1460 alchimistische Arzte mit der Einführung alchimistischer Arzneimittel in die Therapie. Paracelsus stellte eine völlig neue Theorie der Abläufe im lebenden Körper auf, die gegen die Viersäftelehre des Hippokrates geradezu revolutionär anmutete. Nach dem Tode Paracelsus' allerdings blieb die Viersäftelehre bis ins 18. Jahrhundert Dogma. Neben der autoritätsgläubigen Schulmedizin und der revolutionären Richtung hatte noch die jatromathematische oder astrologische Richtung großen Einfluß. Die Ausstellung wird Bilder und Bücher der medizinischen Autoritäten dieser Zeit zeigen und so jedem medizinisch interessierten Besucher einen guten Überblick geben.

Dr. O. Kostenzer, Innsbruck

### **NEUE THERAPEUTIKA**

### Actihaemyl pro infusione

Zusammensetzung: Actihaemyl 20% pro infusione enthält 20% Actihaemyl in isotoner Lösung; Actihaemyl-NaCl pro infusione enthält 10% Actihaemyl ln isotoner Kochsalzlösung; Actihaemyl-Glukose pro infusione enthält 10% Actihaemyl in isotoner Traubenzuckerlösung.

Actihaemyl ist ein auf die Förderung der Zellatmung standardisierter Extrakt aus dem Biut junger Kälber, enthält weder Eiweiß noch Antigene und ist untoxisch.

Indikationen: Zur Intensivtherapie bei schweren peripheren (arteriellen, venösen) und zerebralen Durchblutungsstörungen sowie deren Folgekrankheiten und bei Störungen des Zerebralstoffwechsels (Zerebralsklerose, Alkoholintoxikation).

Wirkungsweise: Actihaemyl verbessert die Sauerstoff- und Substratutilisation und bewirkt dadurch eine starke Aktlvierung des intermediären Stoffwechsels. Die Funktion der Zelle bleibt auch unter hypoxischen Verhältnissen längere Zeit gewährleistet. Regenerative und reparative Vorgänge werden angeregt und beschleunigt.

Dosierung: 250—500 ml Actihaemyi pro infusione tgl. oder mehrmals wöchentlich intravenös, auch intraarteriell.

Handelsformen: Infusor mit 250 ml Actihaemyl 20% pro infusione; Actihaemyl-NaCl pro infusione; Actihaemyl-Glukose pro infusione.

Anstaltspackungen mit jeweils 10 Infusoren zu 250 mi.

Hersteller: Hormon-Chemie, 8000 München 45.

### Beveno®-Dragées

Zusammensetzung: 1 Dragée 100 mg, 2,6-Bis-(4-hydroxy-3-methoxy-benzyliden)-cyclohexanon-(1) (Cyclovalone).

Indikationen: Akute Cholezystitis (in Verbindung mit einem geeigneten Antibiotikum), chronische Hepato-Cholezystitis, chronische Cholezystitis, Cholangitis, chronische Hepatitis, Unverträglichkeit von Nahrungsfetten, Herter-Heubner-Syndrom, Inappetenz, Hepatomegalie; Substitutionsbehandlung bei Hepatitis; Zustand nach Cholezystektomie, hepato-renales Syndrom mit Rest-N-Erhöhung, Autointoxikationen, idiopathische Cholestase nach Östrogentherapie, Icterus gravidar., Pruritus gravidar.

Kontraindikationen: Gallengangsobstruktlon.

Dosierung: Wenn nicht anders vom Arzt verordnet, tgl. 15—30 Minuten vor jeder Hauptmahlzeit (morgens, mittags und abends) je 1—2 Dragées mit etwas Flüssigkeit unzerkaut einnehmen. Eine Überschreitung der Tagesdosis von  $3\times1$ —2 Dragées ist nur in besonders schweren Fällen notwendig.

Handelsformen:

Packungen mit 50 Dragées DM 5,60 m. MWSt Packungen mit 150 Dragées DM 14,35 m. MWSt Packungen mit 1000 Dragées DM 79,05 m. MWSt

Hersteller: Arzneimittelwerk Fischer oHG, 7580 Bühl/

### Ceolat®

Zusammensetzung: 1 Kautabiette enthält 80 mg aktiviertes Dimethylpolysiloxan.

Wirkungsweise: Ceolat beseitigt sofort durch seine besonders gute entschäumende Wirkung, die bei Meteorismus vorhandenen Gasbläschen in Magen und Darm und ermöglicht so die Entfernung des die Beschwerden auslösenden Gases. Biähungen werden schnell behoben.

# Temperatur elektronisch messen

### mit Thermophil M 101:

- 1. Die elektronische Messung erfolgt in Sekunden, oral oder rektal (wahlweise mit Hygieneschutz).
- Zeitsparende und einfache Handhabung für den Arzt und seine Helfer.
- Besonders für große, fortschrittliche Praxen sowie Kinderärzte und -Kliniken, Betriebs- sowie Vertrauensärzte geeignet.
- Thermophil M 101 ist das erste amtlich zugelassene Fieberthermometer. Jedes Gerät ist amtlich geeicht.



# 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

Indikationen: Meteorismus, Blähungen, Roemheld-Syndrom, postoperativer Meteorismus.

Dosierung: 1—2 Tabletten nach den Mahlzeiten und vor dem Schiafengehen einnehmen und zerkauen.

Handelsformen: 20 Stück DM 2,95; 50 Stück DM 6,70; Anstaltspackungen mit 500, 1000 und 5000 Stück.

Hersteller: Kaii-Chemle Aktiengeseilschaft, 3000 Hannover.

### Ceolat® compositum

Zusammensetzung: 1 Kautablette enthält 80 mg aktiviertes Dimethylpolysiloxan und 3 mg Paspertin®.

Wirkungsweise: Ceolat compositum verbindet die große Entschäumungskraft von Ceolat mlt der regulierenden Wirkung von Paspertin auf Magen und Darm. Dies bedeutet eine Verstärkung und Erweiterung der Wirkung, besonders dann, wenn Entleerungsstörungen des Magens oder motorische Störungen des Dünndarms zum Meteorismus beitragen.

Indikationen: Meteorismus, besonders wenn eine Motilitätsstörung von Magen oder Dünndarm anzunehmen ist, Druck- und Völiegefühl Im Oberbauch, Blähungen, Roemheld-Syndrom, postoperativer Meteorismus.

Dosierung: 1—2 Tabletten nach den Mahlzeiten einnehmen und zerkauen.

Handelsformen: 20 Stück DM 4,90; 50 Stück DM 11,20; Anstaltspackungen mit 500, 1000 und 5000 Stück.

Hinweis: Da Ceolat compositum Paspertin enthält, ist nicht auszuschließen, daß in Einzelfällen ein dyskinetisches Syndrom des Kopf-, Hals- und Schulterbereiches vorkommt. Dieses Syndrom ist reversibel und klingt nach i. v. Injektion von 50 mg Coffeln oder 5 mg Biperiden (= 1 Ampulle Akineton, Wz. Knoll) sofort ab.

Hersteller: Kali-Chemie Aktiengesellschaft, 3000 Hannover.

### Daturmed®

(starkwirkendes Analgetikum)

Zusammensetzung: 1 Tablette entbält: Dextropropoxyphen 0,03 g, Methaqualon 0,03 g, Propyphenazon 0,15 g, Phenacetln 0,20 g.

Erstmalig wurde das starkwirkende Analgetikum Dextropropoxyphen mlt dem Sedativum Methaqualon und den altbewährten analgetisch, antlphlogistisch und antipyretisch wirkenden Substanzen Phenacetin und Isopropyphenazon komblniert. Dextropropoxyphen ist ein Analgetikum, das in der Wirkungsintensität dem Kodein entspricht, ohne jedoch dessen unerwünschte Nebenwirkungen zu zelgen. Methaqualon, ein Hypnotikum und Sedativum, besitzt zwar keine eigene analgetische Wirkung; in der Kombination mit Analgetika bewirkt es jedoch eine Potenzierung des analgetischen Effektes.

In der klinischen Prüfung erwies sich Daturmed als ein Analgetikum mit ausgezeichneter Wirkung und sehr breiter Indikationsebene.

Indikationen: Akute und chronische Schmerzzustände, auch stärkster Art. Kopfschmerzen, Migräne, Neuralgien, Herpes zoster, Lumbago, Ischias, Arthropathien, Schmerzen bei Wunden und Verletzungen, postoperative Schmerzen, Dysmenorrhoe, Zahnschmerzen, Sinusitis, Erkältungskrankhelten.

Dosierung: 1—2 Tabl. bis zu  $3 \times$  tgl. mit reichlich Fiüssigkeit. Hinweis: Bei Verkehrsteilnehmern gilt die für Schmerztabletten übliche Vorsicht, besonders bei gleichzeitigem Alkoholgenuß!

Handelsformen: 10 Tabl. DM 1,35; 20 Tabletten DM 2,25. Hersteller: Hochland Chemie GmbH, 8023 Großhesselohe bei München.

### durant® - Gerotherapeutikum

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält: D, L, Kavalnum 50 mg, Magnesium orotlcum 200 mg (entspr. 177 mg Orotsäure), Ferrum orotlcum 100 mg (entspr. 13 mg Ferroeisen + 74 mg Orotsäure), Aeseulin 2 mg, Resorptionsvermlttler 248 mg. Indikationen: Zur psycho-physischen Stabilisierung bel Überforderungssyndromen in der zweiten Lebenshälfte, zur Behandiung nachlassender Konzentrations- und Gedächtnisleistungen sowie zur aligemelnen Alterstheraple.

Dosierung: 1 Kapsel täglich vormittags mit etwas Fiüssigkeit einnehmen. Dosis kann bel Bedarf auf 2 Kapseln erhöht werden.

Handelsformen: OP mit 30 und 150 Kapseln.

Hersteller: M. Woelm, 3440 Eschwege.

### Luminal

ist als Sedativum, Hypnotikum und Antikonvulsivum ln den verschiedenen Darreichungsformen seit langem bekannt.

Für die Erzielung einer schnellen und Intensiven Luminal-Wirkung durch parenterale Anwendung gab es bisher Luminai-Ampullen 20% 1 ml Anwendung 1. m.; Luminal-Natrium Trockenampullen 0,22 g Anwendung i. v.

Nach Umstellung des Lösungsvermittlers auf Prophylenglykol bringen wir jetzt eine neue Darreichungsform, die sowohl i. m. als auch langsam und unverdünnt l. v. lnjiziert werden kann.

Luminal-Ampulien 20% 1 ml Anwendung i. v. u n d i. m. OP  $10\times1$  ml

AP 100×1 ml

Die neuen Ampullen tragen den Hinweis "i. m." und "i. v.". Außerdem unterscheiden sich die neuen Packungen von den bisherigen durch eln modernes Packungsbild.

Luminal-Natrium-Trockenampulien werden nach Einführung der neuen Luminal-Ampullen  $20^{\circ}/\circ$  nicht mehr hergestellt.

Die anderen Darreichungsformen: Lumlnaletten 0,015 g, Luminal-Tabletten 0,1 g und 0,3 g sowie Luminal- und Luminal-Natrium-Substanz für die Rezeptur stehen in den bisherigen Packungsgrößen auch weiterhin zur Verfügung.

Hersteller: Bayer, 5090 Leverkusen; Merck, 6100 Darmstadt

### Mexaform® pius

Zusammensetzung: 1 Dragée enthält 200 mg 5,7-Dichlor-8hydroxychinoiln (Halquinol), 20 mg 4,7-Phenanthrolin-5,6chinon (Phanquone); 1 Mikrotablette oder 5 Tropfen enthalten 20 mg Halquinol, 2 mg Phanquone.

Indikationen: Diarrhoen infolge bakterielier Infektionen, Gastroenteritlden, grippaler Darminfekte, Dyspepsien, Antibiotika- oder Radiotherapie. Reise- oder Sommerdiarrhoen. Dysbakterielle Obstipation.

Zur Prophylaxe bel Reisen in fremde Länder, Klimaoder Kostwechsel, vermehrter Infektionsexposition.

Das jodfreie Mexaform plus kann auch bei Hyperthyreose ohne Bedenken verordnet werden; etwalge Schilddrüsenfunktionsteste stört es nicht.

Kontraindikationen und Nebenwirkungen: keine.

Dosierung und Anwendungsform: Falls vom Arzt nicht anders verordnet: Erwachsene  $3 \times$  tgl. 1 Dragée; Schulkinder  $2-3 \times$  tgl. 1 Dragée oder  $3 \times$  tgl. 6—10 Mikrotabl. oder 30—50 gutt.; Kleinkinder  $3 \times$  tgl. 3—5 Mikrotabl. oder 15—25 gutt.; Säuglinge  $3 \times$  tgl. 1—2 Mikrotabl. oder 5—10 gutt. Eigenschaften und Wirkungsweise: Halquinol und Phanquone zeichnen sich durch ihre ausgeprägte antibakterielle fungistatische und amöbizlde Aktivität gegenüber verschiedenen pathogenen Keimen aus.

Neben dieser überlegenen antimikroblellen Wlrksamkeit führen beide Komponenten zu einer differenzierten Beeinflussung der Darmflora: pathogene Keime werden unterdrückt, die physiologische Darmflora wlrd begünstigt. Es resuitiert eine Eublose. Die Entzündungserscheinungen der Darmschleimhaut verschwinden und die Darmmotilltät wird normalisiert.

Handelsformen: 10 Dragées DM 2,70 m. MWSt.; 20 Dragées DM 4,96 m. MWSt.; 50 Dragées DM 11,75 m. MWSt.; 50 Mikrotabletten DM 1,95 m. MWSt.; 30 ml Saft DM 4,90 m. MWSt.

Hersteller: Ciba Aktiengesellschaft, 7867 Wehr/Baden.

### Mexase® plus

Zusammensetzung: 1 Dragée enthält 50 mg Bromelin, proteolytische Aktivität 5000 m. K. E., 225 mg Pankreatin (6 $\times$  NF X11) mit folgenden Aktivitäten: Lipase 45000 m. I. E., Amylase 7,5 $\times$ 10° m. 1. E., Trypsin 3 750 m. I. E., Chymo-



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

**Prompte Resorption** 

Steigerung der Blut- und Lymphzirkulation Antiphlogistische Wirkung Fibrinolyse

Schmerzstillender Kühleffekt

Nota bene: Angenehmer Geruch Ausgezeichnete Hautverträglichkeit



Schaper & Brümmer Salzgitter-Ringelheim trypsin 1800 m. 1. E., 25 mg Dehydrocholsäure, 100 mg 5,7-Dichlor-8-hydroxychinolin, 10 mg 4,7-Phenanthrolln-5,6-chinon.

Indikationen: Verdauungsstörungen bei: Meteorismus, Flatulenz und Völlegefühl Infolge von Störungen des Fett-, Eiweiß- und Kohlenhydratabbaus; Fäulnis- und Gärungsdyspepsien; verminderter Kaufähigkeit und Nahrungsverwertung im Alter sowie nach zu fetter, schwerer oder überreichlicher Kost.

Mexase plus kann, da es jodfrei lst, etwaige Schilddrüsenfunktionstests nicht beelnträchtigen. Auch in Fällen von Hyperthyreose kann es ohne Bedenken verordnet werden. Kontraindikationen und Nebenwirkungen: keine.

Dosierung und Anwendungsform: Falls vom Arzt nicht anders verordnet 3× tgl. 1 Dragée. Die Dragées werden unzerkaut (wenn nötig mit etwas Flüssigkeit) zu oder nach der Mahlzeit geschluckt.

Eigenschaften und Wirkungsweise: Das Dreistufendragée gewährleistet die Frelsetzung der Einzelkomponenten am Ort ihrer optimalen Wirksamkeit. Der hohe Gehalt an magen- und darmwirksamen Enzymen sichert eine optimale Fett-, Eiweiß- und Kohienhydratverdauung. Die Dehydrocholsäure bewirkt eine feindisperse Emulgierung der Fette, wodurch der Effekt der Enzyme unterstützt und gesteigert wird. Diese volliwertige Verdauungsleistung ist in einem pH-Bereich von 3,0—8,5 wirksam. Außerdem wird die Magen- und Pankreassekretion stimuliert. Halquinol und Phanquone stellen die physiologische Darmflora wieder her und normalisieren die Darmmotilität.

Handelsformen: 20 Dragées DM 5,65 m. MWSt.; 50 Dragées (mit Taschenpackung) DM 13,50 m. MWSt.

Hersteller: Ciba Aktiengesellschaft, 7867 Wehr/Baden.

### Nucleoton®-Dragées

Kreisiauf- und stoffwechselwirksamer Organextrakt

Zusammensetzung: 1 Dragée enthält 80 mg insulinfreien Pankreasextrakt mit 3 mg Nukleosiden.

Wirkungsweise: Die Gefäßaktivität von Nueleoton beruht auf der Wirkung der Nukleinsäurederivate. In physiologischen Konzentrationen sind die Adenosinverbindungen für die Regulation des Kreislaufs verantwortlich und sichern eine funktionelie Anpassung bei Mehranforderung. Sie steuern lokal die Gewebsdurchbiutung sowohl bei hypoals auch bei hypertoner Ausgangsiage. Unabhängig von den pharmakologischen Effekten Isolierter Adenylsäureverbindungen greift das vorliegende Gemisch von Purlnund Pyramidinderivaten auch in den Intermediärstoffwechsel ein, Insbesondere in den Herz- und Lipoidstoffwechsel. Die Wirkung am Herzen wird darüber hinaus durch die positiv inotropen Effekte der enthaltenen Amlnosäuren unterstützt.

So hat Nucleoton eine Doppelwirkung, die teils auf verschiedene, teils auf gleichartige Angriffspunkte seiner Purln- und Pyrimldinderivate zurückzuführen lst. Es greift einerseits regulierend bei Störungen der Krelslauffunktionen ein und wirkt andererseits auf den Intermediärstoffwechsel.

Indikationen: Periphere, kardiale und zerebrale Durchblutungsstörungen (vorteilhaft In Kombination mit Nucleoton-Injektlonen), Commotio cerebri, vegetative Regulationsstörungen, Stoffwechselstörungen im Alter (Arteriosklerose), klimakterische Kreislaufstörungen, Herzlnfarkt (Nachbehandlung und Rezidivprophylaxe).

Dosierung: Je nach Schwere der Störung  $3 \times \text{tgl.} 1-2$  Dragées.

Handelsformen: Packung mit 50 Dragées DM 6,15 mit MWSt., ferner — wie bisher — Tropffläschchen mit 20 ml und 50 ml, Packungen à 3 Amp. zu 2 ml und 10 Amp. zu 2 ml sowie Klinikpackungen zu ailen Formen.

Hersteller: Hormon-Chemie, 8000 München 45.

### opino® retard Dragées

Zusammensetzung: 1 Dragée enthäit 2,5 mg Buphenlnhydrochlorid, 50 mg Aesein, reiner, isolierter Wlrkstoff aus der Roßkastanie.

Indikationen: Belnielden, Krampfadern, Blutstauungen, oberflächiiche Venenentzündungen und deren Folgen,

Schmerzen und Schwere in den Beinen sowie statische Beschwerden, Preliungen, Quetschungen, Biutergüsse, zur Verhütung von Beinleiden (z. B. während der Schwangerschaft, beim Sport usw.).

Dosierung: Wenn vom Arzt nicht anders verordnet, morgens und abends ein Dragée, am besten vor den Mahlzeiten mit etwas Flüssigkeit unzerkaut schlucken.

Handelsform: 50 Dragées DM 13,85 mit MWSt.

Hersteller: Troponwerke, 5000 Köln-Mülheim.

Rubidomycin ist dasjenlge Antileukämikum, das ln Kombination mit einem Vinea-Alkaloid und Prednison die zur Zelt besten Aussichten auf eine Voliremission bei akuter lymphatischer Leukämie bletet (90% und mehr).

Dieses Antlieukämikum steht ab 1. April 1969 unter dem Handelsnamen

### Ondena®

zur Verfügung.

Ondena lst ein Antibiotikum aus Streptomyces coeruleorubldus, Seine zytostatische Wirkung richtet sich gegen die DNS- und RNS-Synthese. Ondena ist auch bei akuter myelolscher Leukämie indiziert,

Eine intensive zytostatische Therapie solite in der Kiinik erfolgen, wo tägliche Biutbildkontrolien möglich sind. Um die vorwlegend klinische Anwendung von Ondena zu gewährleisten, haben wir davon abgesehen, den Großhandel mlt unserem neuen Zytostatikum zu beliefern. Die Therapie mit Ondena erfordert außerdem die laufende Überwachung der Herzfunktion. Alle zytostatischen Substanzen wirken unspezifisch, greifen also gleichzeitig normale Zellen an — Rubidomyeln unter Umständen die Herzmuskulatur. Aufgrund der bisherigen klinischen Erfahrungen sind Kranke über 30 Jahre besonders sorgfältig zu beobachten. Wichtig ist, daß die zulässige Gesamtdosis (durchschnittlich 15 mg/kg Körpergewicht, maximal 30 mg/kg Körpergewicht) nicht überschritten wird.

Hersteller: Farbenfabriken Bayer AG, 5090 Leverkusen.

### Paspertin®-Suppositorien für Erwachsene Paspertin®-Suppositorien für Kinder

Zusammensetzung: 1 Zäpfchen für Erwachsene enthält 20 mg 2-Methoxy-4-amino-5-chiorbenzoesäure-N-(B-N'-di-äthylaminoäthyl)-amid und 20 mg Hydroxypolyäthoxy-dodecan.

1 Kinderzäpfchen enthält 10 mg 2-Methoxy-4-amino-5-chlorbenzoesäure-N-( $\beta$ -N'-diäthylaminoäthyl)-amid und 10 mg Hydroxypolyäthoxydodeean.

Wirkungsweise: Paspertin lst ein zentrales Regulans der Magen-Darm-Motorlk mit gleichzeitiger starker antiemetischer Wirkung.

Indikationen: Störungen der motorischen Funktion des Magen-Darm-Traktes und Erbrechen jeder Genese.

Dosierung: Erwachsene: 2—3 $\times$  tgl. 1 Zäpfchen; Kinder: 2—3 $\times$  tgl. 1 Kinderzäpfchen; Säugiinge: 2—3 $\times$  tgl. eln halbes Kinderzäpfchen.

Handelsformen: Schachtel mit 5 Suppositorien für Erwachsene DM 5,25.

Schachtel mit 5 Suppositorien für Kinder DM 4,25.

Hersteller: Kali-Chemie Aktiengesellschaft, 3000 Hannover.

### Polyvital®-SE

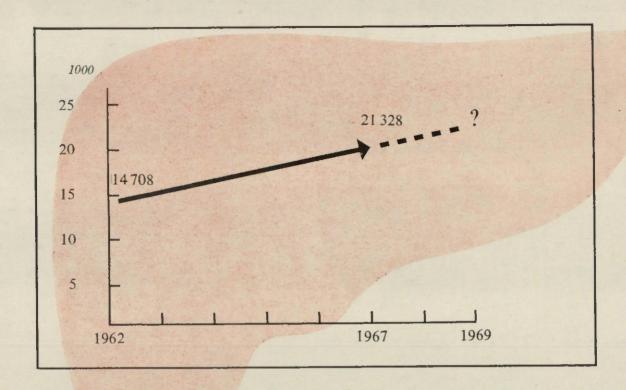
Multivltaminpräparat mit Hefe und Spurenelementen Zusammensetzung: Jede Kapsel Polyvital-SE enthält die Wirkstoffe der Hefe, 11 Vltamine sowie Mineralstoffe in einem ausgewogenen Verhältnis, das den tatsächlichen Bedürfnissen des Menschen gerecht wird:

Hefeextraktpulver (Spezialverfahren Bayer) 40 mg, Aneurin-naphthalin-1,5-disulfonat 3,3 mg, entspr. 2 mg Vitamln-Bι-chiorid-hydrochlorld, Vitamin Bι 1,5 mg, Nikotinsäureamid 10 mg, Panthenol 1 mg, Vitamin-Βε-hydrochlorid 0,4 mg, Vitamin Bι 1 μ g, Folsāure 0,15 mg, Vitamin C 25 mg, Vitamin-A-palmitat 1250 l. Ε., Vitamin D<sub>3</sub> 250 i. Ε., Vitamin-Ε-aeetat 1 mg, Eisen (II)-suifat 10 mg, Kobalt (II)-suifat 1 mg, Kupfer (II)-sulfat 1 mg.

Indikationen: Vitaminmangeizustände alier Art, Rekonvaleszenz, z. B. nach grippaien Infekten, Infektionskrank-

### HEPATITIS

Nach dem statistischen Jahrbuch ist die Zahl der Neuerkrankungen an infektiöser Hepatitis von 1962-1967 um fast die Hälfte angestiegen.



# HINTERHER

stellen sich drei Aufgaben:

Die endgültige Heilung der Leber und die Besserung des Gesamtzustandes zu beschleunigen,

Die Entstehung des posthepatitischen Syndroms zu verhüten,

Das Risiko des Überganges von der akuten in eine chronische Hepatitis herabzusetzen.



Packungen · Dragées 30 und 150 Stück und Klinikpackungen



heiten, Operationen, chronische Erkrankungen usw., während der Schwangerschaft und Stillzeit, bei Wachstumsund Entwicklungsstörungen im Kindesalter, altersbedingte Hypovitaminosen, bei körperlicher und geistiger Erschöpfung, zur Steigerung der Infektabwehr.

Dosierung: Erwachsene erhalten täglich 1—2 Kapseln, bei ausgeprägteren Mangeizuständen 3—4 Kapseln. Kinder täglich 1 Kapsel, bei Bedarf mehr.

Die Kapsein sollen unzerkaut, am besten mit etwas Flüssigkelt, eingenommen werden,

Handelsformen: Glas mit 20 Kapseln = DM 4,60; Glas mit 100 Kapseln = DM 17,80.

Hersteller: Bayropharm, 5000 Köln-Mülheim

### Siccosept®

### Antimykotikum — Apothekenpflichtig

Siccosept wird nur in Form von Salbe hergestelit, da gerade durch diese Applikationsform eine besondere Tiefenwirkung an den befallenen Hautpartien erzielt wird.

Der mit einer Mykose einhergehende lästige Juckreiz verschwindet nach Siccosept-Behandlung sehr schneli; in den meisten Fällen tritt schon nach kurzer Zeit eine endgültige Heilung ein.

Siccosept enthält bekannt Wirkstoffe (keine Antibiotika oder Kortikosterolde), die nach einem besonderen Verfahren in eine hautaffine, reiziose Salbengrundlage eingearbeitet worden sind. Unerwünschte Nebenerscheinungen sind nicht zu befürchten, ebensowenig eine Beschmutzung der Wäsche.

Wichtig ist, daß die Behandlung mit Siccosept nicht zu früh abgebrochen wird, d. h., noch bis zu einer Woche über das Abklingen der Hauterscheinung hinaus sollte die Behandlung fortgesetzt werden, damit Rezidive verhütet werden.

Zusammensetzung: 100 g Salbe enthalten Acidum benzoicum 3,0 g, Natrium benzoicum 3,0 g, Methylium salicylicum 1,7 g, Acidum boricum 0,9 g, Oleum Ricini jodatum (mit 43,4% = 0,3 g gebundenem Jod) 0,7 g, ln hautaffiner Saibengrundlage.

Indikationen: Tinea pedum et manuum, Tinea inguinalis, Onychomykosen, foilikuläre Trichophytie der Unterschenkel, Erythrasma, Dyshldrosis, Mikrosporie.

Handelsformen: Tube mit 20 g Salbe DM 3,85. Hersteller: Temmier-Werke, 3550 Marburg.

### trisimint®

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: 360 mg Magnesium-Aluminlum trisilicicum mlt entfetteter Trockenmilch.

trisimint hat sich zur Behandiung der Hyperazidität ausgezeichnet bewährt. Zu einem deutlichen säurebindenden Effekt kommt eine mittelstarke antipeptische Wirkung. Auf der Magenschleimhaut bildet sich ein schützender Film. Die Wirkung tritt rasch eln und hält für Stunden an. Eine reaktive Übersäuerung tritt selbst bei hoher Dosierung nicht ein.

Indikationen: Alle Formen der Hyperazldität; akute und chronische Gastritis, Gastroduodenitis, Gastroenteritis, Ulcus ventricull et duodeni. Sodbrennen, Magenschmerzen, nervöse Magenbeschwerden, Völlegefühl. Magenbeschwerden nach Nikotin, Diätfehlern bzw. zu reichlichem Genuß von Kaffee, Süßigkeiten, Aikohol; in der Schwangerschaft;

nach Medikamenten, die zu einer Übersäuerung des Magens führen.

Dosierung: Vor den Mahlzeiten oder bei Bedarf 1-2 Tabietten (oder mehr) im Munde zergehen lassen oder langsam zerkauen.

Handelsformen: 20 Tabletten DM 1,65 m. MWSt., 60 Tabletten DM 3,35 m. MWSt. In Durchdrückpackung.

Das Präparat hat ab 1. April 1969 die Hochland-Chemie GmbH, 8023 Großhesselohe bei München, von der Firma Hermes zum Vertrieb übernommen.

### Urospasmon®

Chemotherapeutikum zur Behandiung von Harnweginfektionen

Zusammensetzung: l Tablette = N-(5-Nitro-2-furfuryliden)-l-aminohydantoin (Nitrofurantoin) 50 mg, p-Aminobenzol-sulfonamido-pyrlmidin (Sulfadiazin) 150 mg, 2,6-diamino-3-phenyiazopyridin-HCI (Phenazopyridin) 50 mg.

Wirkungsweise: Urospasmon® zeichnet sich durch ein breites Wirkungsspektrum aus und weist eine ausgeprägte Erregerempfindlichkeit gegen die häufigsten bei Infektlonen der Harnwege vorkommenden Keime auf. Nitrofurantoin verursacht in kurzer Zeit eine hohe bakteriostatische Harnkonzentration, das Mittelzeitsulfonamid Sulfadiazin darüber hinaus eine hohe Gewebskonzentration in den tieferen Schichten des Nierenparenchyms und der Harnwege.

Durch die Beigabe von Phenazopyridin ist Urospasmon besonders magenverträglich. Dank seiner günstigen Resorptions- und Ausscheidungsverhältnisse sowie selner geringen Toxizität elgnet sich Urospasmon sowohl zur Stoßtherapie als auch zur Dauerbehandlung akuter und chronischer Harnweginfekte und deren lästigen Begleitbeschwerden.

Indikationen: Akute und chronische Pyelonephritis, Zystitis, Urethritis, Infektionen bei mechanischen oder funktionellen Harnabflußstörungen, zur Infektionsprophylaxe bei diagnostlschen und operativen Eingriffen in der Urologie, zur Langzeitheraple bei chronischen Harnweginfekten.

Kontraindikationen: Nephritis, eingeschränkte Nierenfunktion mit erhöhten Rest-N-Werten, Oligurie, Anurie, Urämie, Suifonamidüberempfindlichkeit. Die gleichzeitige Gabe von Präparaten, weiche Schwefel, Quecksilber oder Hexamethylentetramin enthalten, soll vermleden werden. Selten (4:1 Miil.) können bei Patienten durch Nitrofurantoin Polyneuritissymptome auftreten, wenn bei Niereninsuffizienz die Dosis nicht eingeschränkt oder die Stoßtherapie zu lange durchgeführt wird. Bei eventuellem Auftreten von Parästheslen soll Urospasmon abgesetzt werden.

Dosierung: Akute Harnweginfektionen: Erwachsene 3× tgl. 1 Tabl., Kinder von 12 bis 16 Jahren morgens ½, mittags und abends je 1 Tabl., Kinder von 7 bis 11 Jahren 2× tgl. 1 Tabl., Kinder von 3 bis 6 Jahren 3× tgl. ½ Tabl.

Langzeittherapie: Kinder ab 12 Jahren und Erwachsene 1- bis  $2\times$  tgl. 1 Tabl., Kinder von 7 bis 11 Jahren  $3\times$  tgl.  $^{1/2}$  Tabl., Kinder von 3 bls 6 Jahren  $2\times$  tgl.  $^{1/2}$  Tabl.

Die Tabletten solien jeweils zu den Mahlzeiten mit etwas Flüssigkeit eingenommen werden.

Handelsformen: Packung mit 20 Tabletten DM 7,80; Pakkung mit 50 Tabletten DM 18,40; Anstaltspackung.

Hersteller: Ludwlg Heumann & Co., 8500 Nürnberg.



Rein pflanzliches Dauersedativum

(Passiff, inc., Salix alb., Crataeg. oxyac.)

Ohne Gewöhnungsgelahr Ohne Nebenwirkungen

Unschädliche Kur- und Dauermedikation zur Stabilisierung des Nervensystems

SIMONS CHEMISCHE FABRIK GAUTING BEI MUNCHEN



### BUCHBESPRECHUNGEN

### Almanach für die ärztliche Fortbildung 1969

Herausgegeben von Professor Dr. A. Schretzenmayr, Augsburg. 296 Seiten mit 47 Abbildungen, Leinen, DM 32,—. J. F. Lehmanns Verlag, München. Die neueste Ausgabe dieses Querschnitts durch aktuelle Erkenntnisse und Erfahrungen in Diagnose und Therapie besitzt wieder alle guten Eigenschaften, die dem "Almanach" einen stetig wachsenden Leserkreis eingebracht haben. Die Themen sind praxlsnah und der Stil ist flüssig. Die Beiträge sind so breit gefächert, daß jeder Arzt Wichtiges aus allen Disziplinen findet: von der Pharmakologie blutdrucksenkender Arzneimittel, die Masernschutzimpfung, die Kolitis, die Therapie koronarer Durchblutungsstörungen, die Pankreatitis, den Dünndarm, Fragen des Elektrolythaushalts, Andrologie in der Sprechstunde, Hormontherapie im Kindesalter bis zur postoperativen Ateminsuffizienz, zeitgemäßen Methoden und Indikationen der Empfängnisverhütung, Laborproblemen, Computer-Diagnose und vielem anderen.

### Die Gefahren thermischer Belastung bei der Arbeit

Im September 1967 war in Genf eine wissenschaftliche Expertengruppe der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zusammengetreten, um die Probleme zu untersuchen, die mit der Arbeit unter besonderen thermischen Bedingungen verbunden sind. Der Bericht darüber liegt nun vor und ist in Nr. 412/1969 der technischen Berichte der WHO veröffentlicht worden\*).

Die Veranlassung zu dieser Untersuchung ist das zunehmende Interesse gewesen, das in jüngerer Zeit den thermlschen Einwirkungen bei der Arbelt entgegengebracht wird und die Erkenntnis, daß es sich hier noch um ein lückenhaft erforschtes Gebiet handelt.

Schädigungen im Zusammenhang mit der Einwirkung von Hitze sind von jeher bekannt und beobachtet worden. Jedoch scheint der Schädigungskomponente der Hitze nicht immer das notwendige Gewicht eingeräumt worden zu sein. Meist war man bei plötzlich ausbrechenden bedrohlichen Erscheinungen bei der Arbeit in einer Umwelt thermischer Belastung eher geneigt, nach anderen Ursachen zu suchen. Das ist ganz deutlich bei einigen Vorfällen aus der Zeit vor dem ersten Weltkrieg zu beobachten gewesen. Beispielsweise bei Ereignissen, die im Zusammenhang mit einer als Heizerblässe bezeichneten Krankheitserscheinung beim Helzpersonal von Kriegsschiffen aufgetreten sind, mit denen sich spezielle Untersuchungskommissionen

der Kaiserlichen Marine und der Royal Navy in Großbritannien beschäftigt haben. So war damals u. a. bei der Durchfahrt durch den Suezkanal ein Heizer eines deutschen Kriegsschiffes mit den Anzeichen gelstiger Verwirrung aus dem Heizraum an Deck gelaufen und über Bord gesprungen. Auf der gleichen Ebene lag ein Vorfall, der sich in einem Guß-Stahlwerk des Ruhrgebiets zugetragen hatte. Dort war ein Gießer ebenfalls mit den Anzeichen geistiger Störungen in eine mit flüssigem Guß-Stahl gefüllte Gießpfanne gesprungen. Die Untersuchungen darüber brachten keine allgemein interessierenden Ergebnisse, weil man geneigt war, die thermischen Umweltsbedingungen als unveränderliche Daten hinzunehmen und man glaubte, sich bei der Personalauswahl für die betreffende Arbeit nur vergriffen zu haben. Infolgedessen wurde das Heilmittel mehr darin gesehen, sich nach Arbeitskräften umzusehen, die infolge einer robusteren Konstitution für die Arbeit unter den erschwerten Bedingungen besser geeignet waren, als andererseits auch den Versuch zu unternehmen, die thermischen Bedingungen der Arbeitsumwelt nachhaltig mit technischen Mitteln zu beeinflussen.

In der Industrie, beispielsweise in den Bergwerken, Eisen- und Glashütten, im Verlauf landwirtschaftlicher Arbeiten, beim Straßenbau und anderen Gelegenheiten, sind Arbeitnehmer häufig beträchtlichen Hitzeeinwirkungen ausgesetzt, die bis zur Lebensbedrohung gehen können. Genau gesehen, geht die Gefahr immer von einer körperlichen Arbeit oder einer anstrengenden Bewegung aus, die in einer heißen Umwelt erfolgt; denn die thermische Gesamtbelastung des Organismus ist praktisch die Summe von zwei Faktoren, nämlich der thermischen Belastung der Umwelt und der Verbrennungswärme des Stoffwechsels. Als thermische Belastung der Umwelt ist die Wärmemenge zu verstehen, die abgeleitet werden muß, damit der Wärmehaushalt des Körpers im Gleichgewicht bleibt.

Physiologen, Ingenieure und Ärzte beschäftigen sich mehr und mehr mit den Problemen im Zusammenhang mit der thermischen Umweltsbelastung. Man hat immerhin die Kenntnis über das Maß und die Einschätzung der Elemente, die dabei eine Rolle spielen, erheblich erweitern können. Einmal über die Komponenten der thermischen Belastung des Organismus, wie die Verbrennungswärme des Stoffwechsels, die Lufttemperatur, die Luftfeuchtigkeit, die Luftbewegung und die Raumtemperatur. Ferner über Reaktionen des Menschen bei der Arbeit in der Hitze, die Veränderungen der Körpertemperatur, der Herzfrequenz und der Transpiration und schließlich über die Wärmebedingungen, die der Mensch gut erträgt und im Mittel auf sich nehmen oder denen er nur innerhalb streng begrenzter Zeitabschnitte widerstehen kann.

Aber alle bisher durchgeführten Untersuchungen haben nur einen beschränkten Wert gehabt, weil sie entweder nur unter speziellen lokalen Bedingungen oder bei Laborversuchen durchgeführt worden sind. In diesem Zusammenhang mag einmal daran erinnert werden, daß man sich noch nicht in genügender Breite mit den mangelhaften thermischen Bedingungen in mo-

(Fortsetzung Seite 648)

Die Schrift ist nur in französischer und englischer Sprache erschienen und kann in der Bundesrepublik Deutschland bei folgenden Stellen bezogen werden: Govi-Verlag GmbH, 6000 Frankfurt, Beethovenplatz 1—3; W. E. Saarbach, 5000 Köln, Follerstraße 2, Postfach 1510; Alex. Horn, 6200 Wiesbaden, Spiegeigasse 9. — Preis: Schw. Fr. 3,—.

Tonsilgon®

Basistherapie

bei lymphathischen Reaktionen

(Tansillitiden, Pharyngitiden, chronischem Racheninfekt)

BIONORICA K NÜRNBERG

<sup>\*)</sup> Problèmes de santé associés au travail dans des conditions de contrainte thermique: Rapport d'un groupe scientifique de i'OMS. Organisation mondiale de la Santé, Série de Rapports technique, 1969, No. 412, 34 Seiten.



LEGALON bietet erstmalig die Möglichkeit der protektiven und kurativen Beeinflussung der Leberzelle ohne Risiko von Nebenwirkungen.

bessert klinische
Symptome grundlegend
und richtet leberspezifische biochemische
Kriterien signifikant zur
Norm aus.

LEGALON restituiert, stabilisiert und schützt die Integrität der Elementarmembranen, der funktionstragenden und -vermittelnden Bau- und Strukturelemente der Leberzelle.

LEGALON beeinflusst selbst schwerste toxische Schädigungen der Leberzelle in bisher nicht gekannter und vorstellbarer Weise günstig.

EINFÜHRUNG EINER ENTDECKUNG:

LEGALON
bessert die
Leberfunktion
schützt vor
Leberschäden

LEGALON steigert als Membranstabilisator die Funktionstüchtigkeit und Leistungsfähigkeit der Leberzelle.

LEGALON bessert die Erfolgsaussichten der Lebertherapie entscheidend.



Bei einer grossen Anzahl von Patienten mit chronischen Hepatitiden, posthepatitischem Symptomenkomplex, Lebercirrhose und Fettleber, von denen bisher mehr als 500 Fälle ausgewertet werden konnten, wurde Legalon über 4-6 Wochen verabreicht. Die Verträglichkeit war ausgezeichnet. Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Die Krankheitserscheinungen zeigten schon nach dieser verhältnismässig kurzen Zeit eine Regression von über 60%. Dies betraf nicht nur die klinischen Symptome, sondern auch die bioptischen Befunde und die durchgeführten Leberfunktionsproben. Diese Tendenz zur Normalisierung war besonders ausgeprägt bei den leberfunktionsspezifischen Transaminasen und der Bromsulphalein-Retention.

1 Dragée enthält 35 mg Silymarin O. P. mit 80 Dragées, Anstaltspackung Der günstige Verlauf von Leberkrankheiten beweist es:

mit LEGALON kommt man rasch und sicher zum Ziel.

Deshalb: der kranken Leberzelle



dernen Gebäuden, wie Waren- und Bürohäusern und Schulen u. a., beschäftigt hat, die entweder auf falsch ausgelegte oder schlecht funktionierende Klimaanlagen oder eine Bauausführung zurückzuführen sind, bel der die Sucht nach architektonischer Originalität alies andere hat in den Hintergrund treten lassen.

Jedenfalls fast alie in diesem Zusammenhang bisher verfügbaren Erfahrungen betreffen die Industrie, und zwar nur in den entwickelten Industrieländern. Sie können daher auch nicht vorbehaltlos auf die allgemeine Situation in den tropischen Ländern übertragen werden, wo die Hitzeeinwirkung viel intensiver ist und die Art und Weise der Ernährung nicht immer als adäquat betrachtet werden kann.

Der Bericht der Expertengruppe der WHO weist auf die Verpflichtung der Regierungen und der Unternehmungen hin, Untersuchungen über die Umweltsbedingungen der Arbeit voranzutreiben, die unmlttelbar den Ertrag der Arbeit und das Wohlbefinden und die Gesundheit der Arbeitnehmer berühren.

Nach einigen allgemeineren Ausführungen über die physlologischen Reaktionen des Menschen auf die Hitze ist der Einfluß von individuellen Faktoren betrachtet worden, wie denen des Alters, des Geschlechtes, der physischen Konstitution und Fählgkeit, wie auch des Grades einer Akklimatisierung. Des weiteren ist die Veränderung der Herzfrequenz besprochen worden, die infolge einer Arbeit in einer heißen Umwelt auftritt und die Möglichkeit, diese Veränderung als Maßstab bei der Beurteilung der Wärmeregulation zu verwenden. Die Zeit, die notwendle ist, bis sich diese Frequenz nach einer Belastung wieder auf ein normales Niveau einspielt, wird als ein wichtiger Hinweis auf thermische und zugleich energetische Stress-Situationen gewertet.

Eine Reihe anderer Meßmetboden sind schon früher vorgeschlagen worden und werden auch weitgehend verwendet. Der Bericht setzt sich mit ihren Vor- und Nachteilen auseinander. Am Schluß des Berichtes slnd eine Relhe spezieller Anregungen und Empfehlungen angefügt, die nach Ansicht der Experten bei der Art und Richtung weiterer Untersuchungen berücksichtigt werden sollten.

V. L-n.

### KONGRESSE UND FORTBILDUNG

### Tagung der Vereinigung Bayerischer Augenärzte am 5./6. Juli 1969 in Erlangen

Am 5./6. Juli 1969 findet in Erlangen die Tagung der Vereinigung Bayerischer Augenärzte, unter der Leitung von Professor Dr. E. Schreck, statt.

### Hauptthemen:

"Manifestationen von Kollagenosen am Sehorgan" mit einem Referat von Professor Dr. J. François, Gent, sowie "Kreislauferkrankungen und Auge" mit einem Referat von Professor Dr. H. Neubauer, Köln.

A u s k u n f t : Professor Dr. E. S c h r e c k , 8520 Erlangen, Universitätsstraße 27

### 4. Erianger Kurs für gastroenteroiogische Endoskopie, Biopsie und Zytoiogie vom 27. bis 30. Oktober 1969 in Eriangen

Der 4. Erlanger Kurs für gastroenterologische Endoskopie, Biopsie und Zytologie findet vom 27. bis 30. Oktober 1969 unter der Leltung von Privatdozent Dr. med. R. Ottenjann an der Medizinlschen Universitätsklinik in Erlangen statt.

Wegen der beschränkten Teilnehmerzahl ist baldige Anmeldung erwünscht.

Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinlk, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12

### Kiinische Fortbildung in Bayern 1969

### Kurseinteilung:

1. INNERE KRANKHEITEN

22. bis 26. September 1969

München, I. Med. Klinlk r. d. Isar der Technischen Hochschule

Direktor: Prof. Dr. Blömer

29. September bis 3. Oktober 1969

München, II. Med. Klinlk r. d. Isar der Technischen Hochschule

Direktor: Prof. Dr. Ley

6. bis 10. Oktober 1969

München, I. Med. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. Schwiegk

24. bis 29. November 1969

Würzburg, Med. Univ.-Klinik Direktor: Prof. Dr. Wollheim

### 2. KINDERKRANKHEITEN

6. bis 10. Oktober 1969

München, Städt. Krankenhaus München-Schwabing

1. und 2. Kinderabteilung in Verbindung mit der kinderchirurgischen Abteilung

Chefärzte: Prof. Dr. Hilber, Dr. Schweler. Dr. Singer

### 3. CHIRURGIE

6. bis 10. Oktober 1969

München, Chir. Univ.-Klinik Direktor: Prof. Dr. Zenker

20. bis 25. Oktober 1969

Erlangen, Chir. Klinik mlt Poliklinik der Universität

Direktor: Prof. Dr. Hegemann

3. bis 8. November 1969

Würzburg, Chir. Univ.-Klinik und -Poliklinik Dlrektor: Prof. Dr. Wachsmuth

### 4. FRAUENKRANKHEITEN UND GEBURTSHILFE

6. bis 10. Oktober 1969

München, I. Frauenklinik und Hebammenschule der Universität

Direktor: Prof. Dr. Bickenbach

6. bls 11. Oktober 1969

Würzburg, Univ.-Frauenklinik und Hebammenschule

Direktor Prof. Dr. Schwalm

(Unterkunft und Verpflegung in der Klinik möglich)

Anfragen und Anmeldungen nur an die Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85, Telefon 381121 (Apparat 26) Obstipation?

utilin

Liquide pur und des Falle ist geregelt!

NAMERINANN

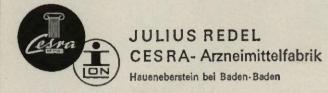
# Resistenzschwäche! Gewebsschwäche!

Lymphatismus, chronische Tonsillopathie, rezidivierende Katarrhe des Rachens und der Luftwege, pastöses Gewebe

**Tabletten** 

bei chronischen Dermatosen in Kombination mit

derm-ilon Salbe



### Kongreß der Deutschen Geseilschaft für Gerontologie

am 27./28. Juni 1969 in Nürnberg, Meistersingerhalle Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. R. Schubert

Freitag, 27. Juni 1969

Gemeinsame Tagung alier Sektionen In Saal A

Eröffnung und Begrüßung

Verleibung des Max-Bürger-Preises

### Geroprophylaxe

Vorsitz: Dozent Dr. W. Doberauer, Wien 10.00-10.30 Uhr:

Prof. Dr. H. Schadewaldt, Direktor des Institutes für Geschichte der Medizin in Düsseldorf

"Medizinhistorische Betrachtungen zur Geroprophylaxe" 10.30-11.00 Uhr:

Prof. Dr. M. Schär, Direktor des Universitätsinstitutes für Sozial- und Präventivmedizin Zürich "Prophylaxe der Alterskrankheiten"

11.00-11.30 Uhr:

Pause - Besuch der Ausstellung

11.30-12.00 Uhr:

Prof. Dr. W. Schulte, Direktor der Universitäts-Nervenklinik Tübingen

"Neue Wege der Geroprophylaxe in der Psychlatrie" 12.00-12.30 Uhr:

Prof. Dr. H. Thomae, Direktor des Psychologischen Institutes der Universität Bonn

"Geroprophylaxe aus psychologischer Sicht"

Diskussion

### Therapie der Infektionen im Alter

Vorsitz: Prof. Dr. B. Steinmann, Bern Mediziner tagen in Saal A

14.15-14.45 Uhr:

Prof. Dr. F. O. Höring, Dozent für innere und Tropenmedizin an der Freien Universität Berlin

"Infektionskrankhelten im Alter"

Prof. Dr. W. Mohr, Direktor der klinischen Abteilung des Bernhard-Nocht-Institutes für Tropenkrankheiten

"Therapie der infektiösen Darmerkrankungen im Aiter" 15.15-15.40 Uhr:

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

"Unspezifische Infekte des Respirationstrakts Im Alter" 15.40-16.10 Uhr:

Dr. H. Seidel, Leitender Arzt des Sanatoriums Schillerhöhe und Chefarzt der inneren Abteilung

"Lungentuberkulose lm Alter und ihre Behandlung"

16.10-16.40 Uhr:

Pause - Besuch der Ausstellung

16.40-17.10 Uhr:

Doz. Dr. H. K. Spitzy, I. Medizinische Universitätsklinik Wien

"Besonderheiten der Antibiotikatherapie im Alter"

Prof. Dr. W. Lutzeyer, Uroiogische Klinik der Medizinischen Fakultät Aachen

"Therapie der aufsteigenden Harnweginfektion im Alter"

17.40-18.00 Uhr:

Prof. Dr. A. Herrlich und Oberkonservator Dr. W. Schopp, Direktor des Universitätsinstitutes für vergleichende Tropenmedizin München "Impfprobieme bei aiten Menschen"

18.00-18.10 Uhr:

Dr. O. Lindner, 2. Medizinische Kiinik Nürnberg "Infektion beim Altersdiabetes"

Diskussion

### Das Problem der sozialen Isolierung im höheren Lebensalter

Vorsltz: Prof. Dr. H. Thomae, Bonn Sozioiogen und Psychologen tagen in Saal B

14.15-18.00 Uhr:

Dr. Marla Renner, Addis Abeba Dipl.-Psych. G. Rudinger, Universität Bonn Priv.-Doz. Dr. U. Lehr, Universität Bonn "Strukturen der sozialen Tellhabe im höberen Lebensaiter"

Dr. K. G. Tismer, Universität Bonn

"Zur soziaien Lebensthematik im höheren Lebensalter"

Dipl.-Psych. I. Puschner, Universität Bonn "Äußerungsformen der sozial bezogenen Thematik in verschiedenen Lebensaltern. Eine Untersnchung mit projektiven Verfahren"

Pause - Besuch der Ausstellung

Priv.-Doz. Dr. O. Blume, Universität Köln

"Über die soziologische Situation der Mebrgenerationen-

Stadtrat Dr. M. Thoma, Nürnberg "Ebeschließung im höheren Lebensalter"

Dipl.-Psych. G. Dreher, Universität Bonn "Auseinandersetzungen mit dem bevorstehenden Austritt aus dem Berufsleben" (Eine Untersuchung bel Arbeitern und Angestellten in der Stahlindustrie)

Dr. L. Neumann, Köln

"Einstellung und Verhalten jüngerer gegenüber älteren Arbeitnehmern"

Diskussion

Samstag, 28. Juni 1969

Gemeinsame Tagung ailer Sektionen in Saal A

Mitgliederversammiung der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie

### Herztherapie im Alter

Vorsltz: Prof. Dr. A. Störmer, München

Mediziner tagen ln Saal A

9.00-9.30 Uhr:

Prof. Dr. F. Heim, Direktor des Pharmakologischen Institutes der Universität Erlangen-Nürnberg

"Pharmakologische Grundlagen der Therapie des Altersherzens"

9.30-10.00 Uhr:

Prof. Dr. E. Wollheim und Prof. Dr. K. W. Schneider, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg

"Infarktbehandlung im Alter"

10.00-10.30 Uhr:

Prof. Dr. D. Mlchel, Chefarzt der Inneren Klinik der Stiftsklinik Augustinum München

"Therapie der Rhythmusstörungen bei alten Menschen"

10.30-11.00 Uhr:

Pause - Besuch der Ausstellung

Doz. Dr. H. P. T. Ammon und Doz. Dr. C .- J. Estler, Pharmakologisches Institut der Universität Erlangen-Nürnberg

"Die Altersabhängigkeit der Coffeinwirkung auf Funktion und Stoffwechsel des Herzens"

11.10-11.20 Uhr:

Dr. R. Leutner, Statistisches Bundesamt Wlesbaden "Statistische Erbebungen über Erkrankungen und Todesursachen bei älteren Menschen unter besonderer Berücksichtigung der Herzkrankbeiten"

11.20-11.30 Uhr:

Dr. D. Platt, Medizinische Universitätsklinik Gießen "Interzeliularstoffwechsel der Aortenwand in Abbängigkeit von Alter und Arteriosklerose"

Seit über 3 Jahrzehnten in Praxis und Klinik für alle Indikationen der parenteralen Calciumtheraphie

voll und sofort wirksam

ausgezeichnet verträglich wirtschaftliche Verordnung

5 Ampullen 10% 10ml 3,50 DM 5 Ampullen 20% 10ml 4,15 DM

Bitte hier eusschneiden

Senden Sle bitte zur **Erprobung Muster von** 

Amp. 10% und/oder 20%

DR. THILO + CO KQ. 46 DORTMUND, POSTFACH 790 11.30-11.40 Uhr:

Doz. Dr. G. Beneke und Dr. W. Schmitt, Patho-

logisches Institut der Universität Ulm "Die Amyloidose des Herzens mit besonderer Berücksichtlgung der Altersamyloldose"

11.45-13.00 Uhr:

Podiumsgespräch mit allgemeiner Diskussion "Digitalistberapie Im Alter"

Gesprächleiter: Prof. Dr. H. Gillmann, Ludwigshafen/Rhein

### Das Bild des Alters in der gegenwärtigen Gesellschaft

Vorsitz: Prof. Dr. K. G. Specht, Nürnberg Psychologen und Soziologen tagen in Saai B 9.00-13.00 Uhr:

Dr. D. v. Lolboffel, Städtebauinstitut Nürnberg Neuere Grunddaten zu den Lebens- und Wohnverhältnissen"

Dr. G. Wiswede, Nürnberg

"Anpassungsprobieme des Konsumverhaltens im Alters-

Dipl.-Volkswirt K. Wieken, Institut für angewandte Verbraucherforschung Bonn

"Ernäbrungsgewohnheiten und Konsumstil älterer Menschen'

J. F. Volrad Deneke, Universität Erlangen-Nürnberg "Soziologische Aspekte der ökonomischen Altersvorsorge"

Priv.-Doz. Dr. U. Lehr, Universität Bonn Dipl.-Psych. H. Merker, Universität Bonn "Jugend von heute in der Sicht des Alters. Ein Beitrag

znm Generationenproblem"

Dipl.-Psych. Ch. Theissen, Pädagogische Hochschuie Göttingen

"Das Selbstbild des Aiters als Spiegelbild des Aitersbildes der Gesellschaft"

Dr. N. Erlemeier, Universität Bonn "Das Bild des Alters in der Sicht verschiedener Untersuchungsmetboden"

Diskussion

### Rehabilitation im Alter

Vorsitz: Prof. Dr. R. Schubert, Nürnberg Gemeinsame Tagung aller Sektionen in Saai A 14.00-14.20 Uhr:

Prof. Dr. A. Störmer, ehem. Chefarzt der I. Med. Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing

"Kritische Gedanken zur Rebabilitation in der Geriatrie" 14.20-14.50 Uhr:

Prof. Dr. M. Halhuber, Chefarzt der Klinik Höhenried der LVA Oberbayern

"Rebabilitation bei ischämischer Herzerkrankung"

14.50-15.20 Uhr:

Prof. Dr. V. Böhlau, Chefarzt des Taunus-Sanatoriums Bad Soden

"Probleme der Rehabilitation bei Bronchitis und Asthma bronchiaie"

15.20-15.50 Uhr:

Prof. Dr. H. Reisner, Direktor der Nervenheilanstalt am Rosenhügel Wien

"Rebabilitation des Apoplektikers"

15.50-16.20 Uhr:

Pause - Besuch der Ausstellung

16.20-16.40 Uhr:

Prof. Dr. K. G. Specht, Direktor des Institutes für freie Berufe an der Universität Erlangen-Nürnberg

"Rehabilitation im Alter aus soziologischer Sicht"

16.40-16.55 Uhr:

Dr. H. A. Paul, Regierungsmedizinaldirektor im Bundesministerium für Gesundheitswesen Bad Godesberg "Sozialhygienische Faktoren einer Rebabilitation im Alter"

16.55-17.10 Uhr:

Dr. M. Bergener, Dr. F. Hummel und Dr. H. Reinhart, Psychiatrische Klinik der Universität Düsseldorf

"Diagnosengruppen, Pflegebedürftigkeit und Maßnahmen der Rebabilitation in der Alterspsychiatrie"

17.10-17.20 Uhr:

Dr. E. Wannenwetsch, Medizinaldirektor bei der LVA Schwaben, Augsburg

"Die Effektivität der Heilverfabren bei verschiedenen Altersgruppen"

17.20-17.35 Uhr:

Dr. F. Wiedemann, Ambach

"Was leistet die Regeneration in der Geriatrie?"

17.35-17.45 Uhr:

Dr. H. L. Staudacher, 2. Medizinische Klinik Nürn-

"Rehabilitation und Rezidivprophylaxe von Suizidanten im Alter"

Diskussion

Vorherige Anmeldung zum Kongreß ist nicht erforderlich.

Auskunft: Chefarzt Dr. med. H. Kaiser, 8900 Augsburg, Westkrankenhaus



1/2 Packung 30 Tabietten 1/1 Packung 60 Tabletten



Lindopharm KG Hilden Rhid



steilt an der Magenschleimhaut physiologische Verhältnisse wieder her Blamut, aluminicum, Succus Liquiritiae

bedeutet gieichzeitige Leberschutztherapie

Cholin orotat

### KONGRESSREISEN

### **Arztliche Kongreßreisen**

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

Kongreßreise zum VII. Internationalen Kongreß für Kiinische Pathologie nach Montreal

vom 13. bis 19. Juli 1969

Reise zum Studium der Gynäkologie und Geburtshilfe in die Sowjetunion

vom 11. bis 24. September 1969

Kongreßreise zum XVI. Internationalen Kongreß für Arbeitsmedizin nach Tokyo

vom 22. bis 27. September 1967

Kongreßreise zum XII. Internationalen Kongreß für Radiologie nach Tokyo

vom 6. bis 11. Oktober 1969

Kongreßreise zum X. Internationalen Krebs-Kongreß nach Houston

vom 24. bis 29. Mai 1970

Auskunft: "Bayerisches Ärzteblatt", 8000 München 23, Königinstraße 85, Telefon 36 11 21

Anmeldungen erbeten an: Deutsches Reisebüro, Abteilung "Ärztliche Kongreßreisen", 6000 Frankfurt, Eschersheimer Landstraße 25—27

### KONGRESSKALENDER

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

Juli 1969:

- in Gleüen: Jahrestagung der Neutschen Geseilschaft für Neurochirurgie. Auskunft: Prof. Dr. H.
   W. Pia, 6300 Gießen, Klinikstraße 37.
- in Leningrad: 3. Int. Kongreß für Protozooiogie. Auskunft: Dr. I. B. Raikov, Institute of Cytology, 32 Pr. Maklina, Leningrad F-121.
- 5.—6. 7. In Hennef: Sportärzte-Forthildungslehrgang des Sportärztebundes Nordrhein. Auskunft: Dr. D. Schnell, 5224 Ruppichteroth, Otto-Willach-Straße 2.
- 6.—12. 7. in Pretoria: 47. Kongreß der Ärztevereinigung Süd-Afrikas. Auskunft: Dr. Howard P. Botha, Room 15, Administrative Building, H. F. Verwoerd Hospital, Pretoria.
- in Boston: 22. Weit-Gesundheits-Versammiung. Auskunft: WHO, avenue Appia, CH-1211 Genf 27.
- 10.—12. 7. in Oxford: 15. wissenschaftliche Jahrestagung der Vereinigung Oeutscher Neuropathologen und Neuroanatomen gemeinsam mit der British Neuropathological Society. Auskunft: Prof. Dr. G. Kersting. 5300 Bonn, Wilhelmspiatz 7.
- 13.—19. 7. in Montreal: 7. Int. Kongreß für Klinische Pathologie. Auskunft: Dr. D. P. Hill, Dept. Pathol., Faculty of Medicine, Ottawa, und "Bayerisches Arzteblatt", 2000 München 23, Königinstraße 25.

# Niemand macht es preiswerter!

# DURAPHENICOL 500

Chloramphenicol + Vit. B-Komplex in Kapselform

Packungen/Preise It. AT. m. MWSt.:

12 Kapseln DURAPHENICOL

250 mg DM 6.15

500 mg DM 9.50

24 Kapseln DURAPHENICOL

250 mg DM 11.60

500 mg DM 17.90

100 Kapseln DURAPHENICOL

250 mg DM 36. -

500 mg DM 53.20

### Zusammensetzung:

- 1 Kapsel DURAPHENICOL enthält: 250 mg Chloramphenicol + Vit. B-Komplex
- 1 Kapsel DURAPHENICOL 500 enthält: 500 mg Chloramphenicol + Vit. B-Komplex



### Gemeinschaftsanlage der Pfennigparade Rehabilitationszentrum für Schwerkörperbehinderte aus der ganzen Bundesrepublik

in München-Schwabing am Petuelring



in diesem Sommer dürfen wir nach vielen Jahren im Krankenhaus endlich wieder zu unseren Familien ziehen in dieses Haus mit allen Hilfseinrichtungen für uns.

Dann wird der zweite Bau begonnen mit Behandlungseinrichtungen, einem Schwimmbad, elner Speziaischule und einem Wohnheim für Atemgelähmte.

Wir danken allen bisherigen Spendern herzlich und bitten: baut weiter für uns durch Eure Gaben an die

### Pfennigparade e.V. 8 München 23 Tristanstraße 13 Telefon 34 31 07

Gemeinnütziges Betreuungswerk für die Opfer der Kinderlähmung, des »Conterganunglücks« und für andere Schwerkörperbehinderte

Spendankontan: Postschack München 163100, Hypobenk Münchan Schbg. 140, Bankhaue Max Flesse Münchan 707, Benk für Gamainwirtschaft Mchn. 606, Bankhaus Neuviens, Rauschal & Co. Mchn. 199, Städt. Sparkassa Mchn. 117 Vom Bey. Staetsministarium des Innarn genehmigte Semmlung; alla Spanden eind abzugsfählig.

- 14.-18. 7. in Basel: 4. Int. Kongreß für Pharmakologie. Auskunft: Pharmakologie-Kongreß 1969, Postfach 30, CH-4000 Basel
- 18.-19. 7. ln München: 46. Tagung der Bayerischen Cbirurgen-Vereinigung. Auskunft: Prof. Fick, 8000 München 19, Hubertusstraüe 1.
- 19. 7. ln Hüls: Fortbildungsveranstaltung der Arztekammer Westfalen-Lippe. Auskunft: Ärztekammer Westfalen-Lippe, 4400 Münster, Kaiser-Wilhelm-Ring 2-4.
- 20.-25. 7. T1mmendorferstrand: Einführungskurs in die ärztlich gezielte manuelle Theraple der Wirbeisäule (Chirotherapie). Auskunft: Sekretariat der FAC, 4700 Hamm, Ostenaliee 83.
- 27. 7.—1. 8. in Pörtscbacb: Elnführungskurs in die ärztlich gezielte manuelle Therapie der Wirbelsäule (Chlrotherapie). Auskunft: Sekretariat der FAC, 4700 Hamm, Ostenallee 83.
- 27. 7.-2. 8. in London: 19. Int. Kongreß für Psychologie. Auskunft: Dr. P. Venables, Birkbeck College, Malet Street, London W. C. I.
- 27. 7.-2. 8. ln München: VI. Fortbildungskurs für praktische Dermatologie und Venerologie. Auskunft: Prof. Dr. H. J. Bandmann, 8000 München 15, Frauenlobstraüe 9.
- 30. 7.-3. 8. ln Rom: 26. Int. Psychoanalytischer Kongreß. Auskunft: Dr. L. Z. Gairinger, Via Salaria 237, I-00189 Rom.

- 10.-14. 8. in Mexico City: 9. Internationaler Kongreü für Hais-Nasen-Ohren-Helikunde. Auskunft: Dr. F. Hernandez Orozco, P. O. Box 19-138, Mexico
- 22. 8.-6. 8. in Madonna di Campiglio: VIII. Fortbildungslehrgang des Deutschen Sportärztebundes zur Erlangung des Sportarzt-Diplomes. Auskunft OMR Dr. Fr. Friedrich, 8000 München 23, Wilhelmstraße I6.

- 24.—29. 8. ln Kopenhagen; 8. Internationaler Kongreß für Neuropathologie. Auskunft: Dr. J. E. Möller, Univ. Inst. of Pathology, Frederik V. Vej 11, Copenhagen.
- 25. 8 .- 6. 9. in Meran: XVII, Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Thema: "Moderne Pbarmakotheraple"). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köin-Lindenthal I, Postfach I220.
- 28. 8.-5. 9. ln Prag: 8. Internationaler Ernährungskongreß. Auskunft: Dr. Z. Slabochova, Inst. de l'Alimentation Humaine, Budejovicka 800, Prag 8.
- 30. 8.-6. 9. ln Karlsruhe: 21. Deutsche Therapiewoche und 21. Deutsche Heilmittelausstellung. Auskunft: Dr. med. P. Hoffmann, 7500 Karlsruhe 1, Kalserallee 30 (Wissenschaftliches Kongreßbüro).

### Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe ist eine Prospektkarte der Firma Concordia Lebensversicherungs AG, Köln, beigefügt,

"Bayerisches Ärzteblatt". Herausgeber und Verleger: Bayer.
Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85/III,
Telefon 36 11 21, Schriftleiter: Dr. med. Willy Relchstein.
Die Zeitschrift erscheint monatlich.
Bezugspreis vierteijährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 5,5% – DM 0,12 Mehrwertsteuer. Für Mitglieder im
Mitgliedsbeitrag enthalten. Postscheckkonto Nr. 5352, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. "Bayerisches Ärzteblatt"). Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8000 München 15, Postzach, Sonnenstraüe 28, Tel. 53 80 81, Fernschreiber: 05 23662, Telegrammadresse: atlas-press. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München.
Druck: Richard Pflaum Verlag München. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrophotographie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.
Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmlgung des Verlags. Rücksendung nichtverlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverstärdinis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.