



Der Arzt in den siebziger Jahren*

von H. J. Sewering

Über dem Beginn der siebziger Jahre liegt für die bayerische Ärzteschaft und besonders für den Hartmannbund ein dunkler Schatten. Wir haben einen unserer markantesten und wirkungsvollsten Standesvertreter und auch Politiker, unseren lieben Freund Wolfram v. GUGEL verloren. Sie haben einen neuen Landesvorsitzenden als Nachfolger v. Gugels gewählt, und ich freue mich, daß diese Wahl auf den altbewährten Kollegen Hermann BRAUN gefallen ist, dessen Lauterkeit und Einsatzbereitschaft uns die Gewähr geben, daß der Verband in Bayern auch in Zukunft wirkungsvoll vertreten wird, und daß die Stimme des Arztes auch Gehör findet.

Die ersten siebziger Jahre sind so wie die ausklingenden sechziger Jahre durch eine erhebliche Unruhe in unserem gesellschaftlichen Gefüge bestimmt. Wir hören Sätze wie: „Es muß alles in Frage gestellt werden“, und die Jugend von heute sei nun einmal viel kritischer als die Jugend früherer Generationen. Nun ist das In-Frage-Stellen, das Kritisch-Sein keine neue Erfindung der derzeitigen jungen Generation. Wären nicht die Früheren schon kritisch gewesen, hätten sie nicht alles in Frage gestellt, dann hätte es wohl kaum einen Fortschritt in der Technik, in der Medizin und auf allen Gebieten gegeben. Voraussetzung für jede Forschung und jeden Fortschritt ist das In-Frage-Stellen, das kritische Nachdenken über das Gegenwärtige. Insofern muß man also wohl einschränkend sagen, daß das, was man heute unter kritisch sein und unter in Frage stellen versteht, sich auf einen ganz bestimmten Sektor bezieht, nämlich auf den Bereich der Politik oder mit Schwerpunkt auf den Bereich der Gesellschaftspolitik. Nun möchte ich die Frage stellen, ob all das, was heute an Kritik geäußert wird, immer von positiven Voraussetzungen ausgeht und die positive Zielsetzung hat, die wir uns erwarten. Ich verstehe unter „positiv“ den Wunsch und das Ziel einer Verbesserung unserer bestehenden freiheitlichen, demokratischen, politischen Ordnung

und Gesellschaftsordnung. Darin eingeschlossen muß sein unsere freie, soziale Marktwirtschaft und ebenso aus der Sicht des Arztes die Freiheit der ärztlichen Berufsausübung, Selbstverwaltung und Vertragsfreiheit der Ärzte, und die freie Arztwahl für den Patienten.

Wir sind glücklich darüber, daß es in der jungen Generation viele gibt, die mit uns auf dem Boden dieser Einstellung stehen und die dazu beitragen wollen, das zu verbessern, was wir in den letzten 25 Jahren geschaffen haben. Ich meine aber, daß eine Grenzziehung gegenüber denen endlich einmal erfolgen muß, die offenkundig dieses Ziel nicht verfolgen. Obwohl linksradikale Basisgruppen, rote Zellen oder kommunistische Kader, wie immer sie heißen, an unseren Universitäten agieren und vielfach unter Anwendung von Gewalt einen geordneten und fruchtbaren Betrieb verhindern, hat man noch immer nicht den Mut, klarzustellen, daß es sich hier nicht um einen Ausdruck des Wunsches nach Reformen handelt, sondern ganz nackt um die Zerstörung unserer freiheitlichen Ordnung und ihren Ersatz durch eine kommunistische Diktatur.

Nachdem unsere freiheitliche Ordnung das Fundament und die Voraussetzung für jedes freie ärztliche Wirken ist und wir Ärzte diese freiheitliche Gesellschaftsordnung bejahen, muß der Arzt von heute zwangsläufig aus seiner Reserve herausgehen und zum politisch denkenden und handelnden Staatsbürger werden. Die Zeit des unpolitischen Arztes ist vorüber und muß vorüber sein. Wir müssen uns klar bekennen zu den demokratischen Kräften unseres Landes und wir müssen auch bereit sein, aktiv mitzuwirken an der Abwehr der Umsturzversuche, damit wir als Ärzte unsere Aufgabe auch weiterhin erfüllen können. Ich glaube, daß es notwendig war, dieses politische Bekenntnis an den Beginn meiner Ausführungen zu stellen, denn das ist die Situation des Arztes am Beginn der siebziger Jahre. Wenn wir uns in dieser Situation zurückflüchten würden in althergebrachte Vorstellungen vom unpolitischen Arzt, dann würde das gleichbedeutend sein mit der Zerstörung der Fundamente, auf denen wir unse-

*) Referat auf der Landesversammlung des Hartmannbundes am 27. Februar 1971 in Regensburg.

ren Beruf ausüben. Man könnte manche Bilder beitragen zu dem Kapitel der Zerstörung des ärztlichen Ansehens und des Bildes des Arztes in unserer Bevölkerung. Ich erinnere nur an die steten Attacken gegen zwei Prototypen dieses Arztberufes, gegen den Kassenarzt, den „Versager“, den „ungenügend Ausgebildeten“, den „nur Geld-scheffeln-Wollenden“, und gegen den Chefarzt, den bösen „Halbgott in weiß“, den „Ausbeuter und Millionär im weißen Kittel“. All das sind nichts anderes als Teilaspekte der gesellschaftspolitischen Auseinandersetzung, in der wir stehen und die wir als solche erkennen müssen, und es ist nur bedauerlich, daß auch öffentliche Einrichtungen wie das Fernsehen sich hergeben und hier im Grunde genommen nichts anderem als der kommunistischen Agitation und der Zerstörung unseres gesellschaftlichen, freiheitlichen Lebens dienen.

Ich möchte betonen, daß echte Reformen in beiden Bereichen — im Bereich der kassenärztlichen Tätigkeit und im Bereich des Krankenhauses — nicht nur nötig sind, sondern daß wir intensiv an diesen Reformen arbeiten. Wir wollen fortlaufend verbessern, wir wollen nicht stillstehen. Wir wollen die kassenärztliche Versorgung ausbauen, intensivieren, sie immer wirksamer machen für unsere Patienten und wir wollen die ärztliche Versorgung im Krankenhaus immer verbessern und sie so ausgestalten, daß stets das Beste und das Modernste für unsere Patienten zur Verfügung steht. Aber aus tiefster Überzeugung und aus einer eingehenden, über eineinhalb Jahrzehnte gehenden Kenntnis der sozialpolitischen und der gesundheitspolitischen Verhältnisse auf unserem Erdball rundherum möchte ich ganz klar feststellen, daß der deutsche Krankenversicherte noch wie vor zu den bestversorgtesten Patienten auf dieser Welt gehört. — Auch das muß einmal gesagt werden.

Es kann also in unseren Überlegungen nicht darum gehen, generell Mißstände zu beheben, sondern es kann sich nur um eine kontinuierliche Fortentwicklung und Verbesserung des bestehenden Systems handeln. Dabei liegt uns der Ausbau der gesetzlichen Krankenversicherung natürlich ganz besonders am Herzen. Wir sind an der Verbesserung seiner Leistungsfähigkeit, an der Ausweitung des Leistungskataloges interessiert und ich glaube, daß es hier noch nie einen Streit gegeben hat. Ich erinnere daran, daß jetzt die Vorsorgeuntersuchungen in den Pflichtkatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen wurden, daß die präventivmedizinischen Bemühungen im Rahmen der Krankenversicherung einen immer breiteren Raum einnehmen.

Natürlich kann man, wenn man sich über Gesellschaftspolitik unterhält, durchaus darüber verschiedener Meinung sein, ob die gesamte Bevölkerung eines so totalen Schutzes bedarf, ob es nicht auch Personengruppen gibt, die aufgrund ihres ganzen Lebensablaufes und -zuschnittes gewohnt sind, selbst Verantwortung

zu tragen und denen man eigentlich auch im Bereiche der Daseinsvorsorge ein Maß an eigener Verantwortung belassen sollte. Ich möchte betonen, daß wir Ärzte uns in die sozialpolitische Entwicklung stets und positiv eingefügt, daß wir daran mitgewirkt haben, und daß wir uns auch dann als positive Träger dieses Systems der sozialen Sicherung betrachten, wenn wir nicht jeden Schritt, der hier getan wird, mit Überzeugung mitgehen. Wir haben aber auch von uns aus an die Gesellschaft die Bitte, unsere positive Haltung zu dieser Gesellschaftsordnung und zu diesem System der sozialen Sicherung anzuerkennen, und uns in unserer schwierigen Aufgabe zu unterstützen. Wir erwarten von dieser Gesellschaft, daß sie die zentrale gesellschaftspolitische Bedeutung der freiheitlichen Struktur des Arztberufes positiv anerkennt, und daß sich der Bürger bewußt ist, was es für ihn bedeutet, von einem freien Arzt behandelt zu werden.

Es ist uns bekannt, daß es in der kassenärztlichen Versorgung zur Zeit an manchen Stellen Engpässe gibt. Ich verkenne auch keineswegs, daß auch in unserer Berufsgruppe menschliche Unzulänglichkeiten bestehen; wo bestünden sie nicht? Aber ich glaube, daß das Dinge sind, die den Berufsstand nicht kennzeichnen.

Nachdem im Rahmen öffentlicher Diskussionen über den Arzt — seine Stellung, seine Aufgabe — auch die Honorarfrage immer eine Rolle spielt, möchte ich ein Wort zur Situation gerade im Jahre 1971 sagen. Es ist durch die Presse gegangen, wir hätten uns mit Honorarforderungen von 15 % durchgesetzt und damit einen totalen Sieg über die Krankenversicherung errungen, und wir hätten so viel erreicht, wie keine andere Gruppe in unserem Lande. Von einer globalen Erhöhung des Honorars der Ärzteschaft um 15 % kann aber keine Rede sein. Wir können mit einer linearen Erhöhung rechnen — die Verhandlungen sind auf Landesebene noch gar nicht angelaufen —, die etwa bei 7,5 % liegt. Damit würde eine angemessene und keineswegs übertriebene Erhöhung erreicht werden. Daß daneben für zwei ärztliche Leistungen die Gebühren angehoben wurden, ist eine Sache, die nichts mit Gebührenerhöhung schlechthin zu tun hat, sondern mit Korrektur fehlerhafter Relationen. Wenn bisher der ärztliche Besuch in der Wohnung des Kranken immer noch nach der amtlichen Gebührenordnung mit DM 6,— veranschlagt war und jetzt auf DM 9,— angehoben wurde, und wenn die eingehende Untersuchung des Patienten, bisher mit DM 5,— veranschlagt, auf DM 6,70 angehoben wird, so sind das Korrekturen der amtlichen Gebührenordnung, die keineswegs dem entsprechen, was man eigentlich bei der Bewertung ärztlicher Leistungen erwarten dürfte. Vielleicht ist es für die Gäste dieser Veranstaltung nicht uninteressant, zu wissen, daß die Gebühr für die ärztliche Beratung in der Sprechstunde in der amtlichen Gebührenordnung nach wie vor mit einem Betrag von DM 3,— zu Buche schlägt.

Wenn man die ärztlichen Honorare der Vorkriegszeit mit dem heutigen Stande vergleicht — und nur dieser Vergleich kann wirksam sein —, dann werden sehr schnell alle Behauptungen über astronomisches Ansteigen der ärztlichen Honorare widerlegt. Auf der anderen Seite kann die Gesellschaft kein Interesse daran haben, daß die Ärzte zu einer notleidenden Gruppe unserer Gesellschaft werden. Ich möchte es nicht versäumen, an dieser Stelle den Vertretern der Krankenversicherung, mit denen wir ja seit 20 Jahren verhandeln, zu sagen, daß sie stets Verständnis für diese Probleme und für die besondere Situation unserer Vertragsbeziehungen gezeigt haben und ich hoffe, daß auch die weiteren Verhandlungen sich auf der gleichen vertrauensvollen Basis abspielen werden.

Nun noch einige Worte über die Aufgaben des Arztes in den siebziger Jahren. Wir stehen in einem Strukturwandel der ärztlichen Praxis, dessen volle Bedeutung uns von Tag zu Tag bewußter werden muß. Dieser Strukturwandel ist teilweise organisatorischer Natur. Wir stellen Überlegungen an, ob wir uns nicht mehr und mehr zusammenschließen sollen, ob es Möglichkeiten gibt, durch gemeinsame Ausübung der Praxis bessere Wirkungsmöglichkeiten zu schaffen. Ein abschließendes Urteil heute zu fällen, wäre völlig unmöglich.

Wir wissen, daß auch die innere Struktur unserer Praxen sich von Tag zu Tag verändert durch die Vorsorgeuntersuchungen, die ja für uns ältere Ärzte eine völlig neue Aufgabe darstellen und mit der wir uns auseinandersetzen müssen. Unsere Generation ist ja einmal erzogen worden für den kranken Menschen. Wir waren gewohnt, so zu untersuchen, so zu behandeln, wie es der eigenen Vorstellung, der eigenen Erfahrung und Überzeugung entspricht. Nun müssen wir uns darauf umstellen, daß mehr und mehr gesunde oder sich für gesund haltende Menschen zu uns kommen, daß wir Untersuchungen nach vorgefertigten Programmen durchführen, und daß das Gewicht unserer Aufgabe sich etwas verschiebt auf die Präventivmedizin und die kurative Behandlung des Kranken etwas zurücktritt.

Damit gewinnt die Fortbildung des Arztes entscheidende Bedeutung. Wir werden uns in den ärztlichen Organisationen, vor allem in den Ärztekammern, bemühen müssen, unsere praktizierenden Ärzte laufend mit dem neuesten Stand unserer Medizin vertraut zu machen; eine Aufgabe, die wir heute bereits in einem großen Umfange erfüllen. Jedes Jahr sind es Zehntausende von Ärzten, die an Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen. Man kann sagen, daß keiner von uns heute mehr in der Lage wäre, zu praktizieren, würde er nicht laufend sich fortbilden und dem neuesten Stande anpassen.

Unser Nachwuchs wird es in den siebziger Jahren etwas leichter haben. Wir haben im vergangenen Jahrzehnt in intensiver Arbeit gemeinsam eine neue Ausbildungsordnung für Ärzte geschaffen, eine neue

Approbationsordnung, die die Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses auf eine völlig neue Grundlage stellt. Wir haben die Weiterbildungsordnung der Ärzte neu gestaltet und hier vor allem die Weiterbildung zum Allgemeinarzt eingeführt, um auch für die Zukunft der Bevölkerung bestens qualifizierte Ärzte in ausreichender Zahl zur Verfügung zu stellen, und zwar in erster Linie und in genügender Zahl allgemein-ärztlich tätige Kollegen, daneben genügend Fachärzte. Aber auch hier müssen wir uns darüber klar sein: wenn es uns nicht gelingt, zahlenmäßig eine vernünftige Relation zwischen Allgemeinärzten und Fachärzten zu halten, dann läßt sich das System der freien Arztwahl nicht aufrecht erhalten. Das ist ein Anliegen, das uns besonders am Herzen liegt. Gerade in den Bereichen der ländlichen Versorgung haben wir eine sehr wichtige Aufgabe vor uns.

Lassen Sie mich noch ein Wort sagen zum Krankenhaus. Der ärztliche Dienst im Krankenhaus steht sehr in der öffentlichen und natürlich auch in der innerärztlichen Diskussion. In der Öffentlichkeit erhitzt das Schlagwort vom „klassenlosen Krankenhaus“ die Gemüter. Die Diskussion um das klassenlose Krankenhaus mit all den Argumenten, die dazu vorgebracht werden, hat zu einer Verunsicherung der Bevölkerung geführt, hat Illusionen geweckt, die nicht erfüllbar sind. Es wird der Eindruck erweckt, als ob der Kassenspatient im Krankenhaus ärztlich-medizinisch schlechter versorgt wäre als der sogenannte Privatpatient. Dafür gibt es nicht nur keinerlei Beweise, sondern wir könnten anhand der Unterlagen jederzeit und zu jeder Stunde nachweisen, daß der Aufwand im Krankenhaus für den krankenversicherten Patienten im allgemeinen eher größer ist als für den Privatpatienten. Es bleibt also im Grunde genommen eine optische Sache, nämlich das Schild „Privatstation“, das Privatzimmer, der Privatpatient. Wir leben nun einmal in einer differenzierten Gesellschaft, in der jeder nach seiner Fesson selig werden kann. Ich habe es schon auf dem Bayerischen Ärztetag in Passau gesagt und ich muß hier noch einmal sagen: Es gibt eben in allen Staaten und Gesellschaftsordnungen dieser Welt neben dem „Hotel Vier Jahreszeiten“ den „Gasthof zum Ochsen“, neben dem Feinschmeckerlokal den einfachen Bierkeller und neben der I. Klasse in der Eisenbahn immer noch eine II. Die Menschen würden sich auch gar nicht wohl fühlen, wenn sie alle über den gleichen Leisten geschlagen würden.

Jeder sucht das Milieu, welches seinem persönlichen Zuschnitt entspricht. Man sollte doch endlich einmal anerkennen, daß es den Begriff „klassenlose Gesellschaft“ niemals geben wird und daß auch in den Ländern, die behaupten, sie hätten sie, sich so schnell wie nur möglich wieder eine andere Klassifizierung dieser Gesellschaft gebildet hat. Es ist also nur die Frage, ob man diese Klassifizierung sich nach Leistungsgesichtspunkten, die für jeden offen stehen, entwickeln läßt, oder ob man sie nach reinen Funktionsgesichtspunkten einer Partelhierarchie aufbaut.

Es ist aber auch der persönliche Zuschnitt unterschiedlich. Der eine liegt nun mal lieber im Einzelzimmer, weil er es nicht erträgt, mit fremden Menschen gerade im Zustand der Krenkheit beisammen zu sein. Andererseits kann ich aus einer 25jährigen Tätigkeit am Krenkenhaus sagen, daß ich von der Masse meiner Patienten, die in Einzelzimmern lagen, weil sie schwerkrank waren, zwar laufend gefragt wurde, „Wann darf ich denn endlich zu den andern; mir ist es zu langweilig?“, daß ich eber sehr selten von einem Patienten in einem Drei- oder Vierbettzimmer gefragt wurde: „Könnte ich nicht ellein liegen?“ Der eine sucht eben Gesellschaft, und der andere sucht Einsamkeit. Auch das ist ein legales Anliegen einer gegliederten Gesellschaft, das man anerkennen muß. Medizinische Unterschiede, das darf ich noch einmel betonen, hat es nicht gegeben und werden auch von uns niemals gebilligt werden.

Aber auch innerärztlich gibt es Diskussionen über Strukturfragen im Krankenhaus. Es geht um die Größe der Abteilungen und ihr Zusammenwirken, um das Verhältnis der Abteilungen und die ärztliche Besetzung. Es geht um die Frage: Wollen wir Kollegial-Verfassungen? Wie ist es mit der Weisungsbefugnis bestellt? Über eines sind wir uns einig, daß es bei der Behandlung des Patienten keine Mehrheitsbeschlüsse geben kann. Über ein weiteres sollten wir uns möglichst bald einig sein, auch mit unseren jungen Kollegen: daß eben der Junge vom Alten lernen muß, und daß es in dieser Situation auch ein Weisungsrecht des Erfahreneren und im allgemeinen damit Älteren geben muß, wenn die Verhältnisse konstruktiv weiterentwickelt werden sollen. Ein Problem, das uns sehr beschäftigt und wo wir nach neuen Formen suchen, ist die Gestaltung des Liquidationsrechtes am Krankenhaus. Ich glaube, daß wir gerade in München durch das sogenannte „Münchener Modell“ gezeigt haben, daß wir sehr wohl bereit sind, hier neue Wege zu gehen und den Gedanken der Zusammenarbeit am Krankenhaus dadurch zu betonen, daß Chefärzte und qualifizierte Mitarbeiter auch hinsichtlich des Honorars diese Zusammenarbeit praktizieren.

Über die EWG möchte ich kurz sagen, daß ab 1972 die freie Niederlassung in den Staaten der EWG ihren Anfang nehmen dürfte. Es wird nicht ganz leicht sein. Es gibt noch viele offene Fragen, und es zeigt sich für den Kenner der Materie, daß die Zusammenführung von sechs Ländern mit so unterschiedlichen Strukturen und Traditionen eine sehr schmerzhaft Angelegenheit werden kann. Wir sollten aber diesen Weg zum einheitlichen Europa auch als Ärzte bewußt und positiv gehen. Wir stehen vor neuen Problemen in dem Augenblick, wo sich die EWG erweitert, denn wenn Großbritannien, Norwegen und Dänemark hinzukommen, dann müssen wir uns wieder einstellen auf die besonderen Verhältnisse dieser Länder und manche Diskussionen werden von vorne beginnen. Aber das ist eine Situation, in die man sich als Mitarbeiter im

EWG-Bereich ohnedies gewöhnen muß. Ich habe gerade in dieser Woche mit ausländischen Vertretern Fragen behandelt, von denen ich eigentlich vor zehn Jahren glaubte, wir hätten sie schon geregelt. In jeder Stufe der Beratungen von EWG-Richtlinien werden eber immer wieder Probleme von neuem aufgerollt.

Die Bildungspolitik möchte ich nur kurz streifen. Die Auswirkungen der Bildungspolitik werden Gegenstand der Diskussionen der achtziger Jahre sein. Eines ist eber sicher, daß in den siebziger Jahren Weichen gestellt werden auch in diesem Bereich, die die Zukunft bestimmen. Für uns geht es hier vor allem um die Frage: Ist es sinnvoll und in welchem Umfange ist es sinnvoll, daß medizinische Berufe — also Gehilfen des Arztes, sei es die Krankenschwester, sei es die MTA — in Zukunft eine Hochschulausbildung durchlaufen? Welche Konsequenzen ergeben sich daraus, und wie wird sich das auswirken auf die ärztliche Berufsausbildung?

Zum Thema „Hochschulreform“ möchte ich nur sagen: Wenn man die Diskussionen verfolgt, wenn man die Literatur dazu liest und sich mit den anstehenden Dingen beschäftigt, so kann man den Eindruck nicht loswerden, daß bei allen Diskussionen am wenigsten über das eigentliche Anliegen jeder Hochschulreform geredet wird, nämlich über die Intensivierung und Verbesserung der Ausbildung der Studenten für ihre spätere Berufstätigkeit. Die Diskussionen schlagen Wellen, wenn es um die Fragen der studentischen Mitbestimmung geht, nicht aber, wenn es um die Intensivierung der Ausbildung und die Verpflichtung zum Lehren und zum Lernen geht. Es gibt sogar Forderungen, die dahin gehen, daß Prüfungen gar nicht mehr standesgemäß und menschenwürdig seien. Ich habe die Sorge, daß hier eine Ernüchterung kommen könnte, denn wenn derzeitige und zukünftige Studenten eines Tages in ihren Beruf eintreten als Arzt, als Ingenieur oder als Jurist, oder wo immer sie wollen, dann wird man sie wahrscheinlich nicht so sehr fragen, in welchem Umfange sie mitbestimmt haben, aber man wird sie sehr hart fragen, was sie gelernt haben und was sie können.

Zum Schluß möchte ich noch die Zusammenhänge, die Wechselwirkungen zwischen unserer Berufstätigkeit und der medizinisch-technischen Entwicklung ansprechen. Hier befinden wir uns in einer Bewegung, die fast atemberaubend ist. In den letzten dreißig Jahren hat sich das medizinische Wissen so gewandelt, daß man sagen kann, jeder von uns, der damals sein Staatsexamen abgelegt hat, kann heute bestenfalls noch seine anatomischen Kenntnisse verwerten; alles andere hat sich gewandelt. Und diese Entwicklung geht welter. Zur Zeit stehen im Mittelpunkt die Überlegungen über Automation, z. B. im Labor. Wie weit kann man die medizinisch-technischen Vorgänge automatisieren und damit sicherer, einfacher und rationeller machen? In diesem Zusammenhang interes-

siert sich natürlich unsere Öffentlichkeit in erster Linie für die Möglichkeiten, die der Computer uns anbietet. Durch die Illustrierten- und alle möglichen Berichte sind hier die merkwürdigsten Eindrücke entstanden.

Es ist nun keineswegs so, daß wir Ärzte etwa auch nur daran dächten, den Computer in der Medizin abzulehnen. Für die Speicherung von Daten, für die Zurverfügungstellung seltener Krankheitswerte und Befunde, die sich speichern lassen und ihre Mitverwertung bei der Diagnostik, eventuell für die Auswertung von durch Apparate gewonnene Kurven, ist der Computer für uns eine Hilfe, auf die wir wohl in der Zukunft nicht verzichten könnten. Wir wollen den Computer dort einsetzen, wo er sinnvoll eingesetzt werden kann. Aber es muß klargestellt werden, daß der Computer keine Diagnosemaschine ist und damit gewissermaßen eine Art Arzt-Ersatz, den man füttert mit den Daten, die der Patient selbst aus dem Kästchen herausucht und der dann angibt, was ihm fehlt und was zu tun ist. Das ist nicht nur eine Illusion, sondern das wird auch in der Zukunft eine Illusion bleiben. Der Mensch ist nun einmal keine Maschine, die man voll programmieren kann, sondern er ist eine psycho-somatische Einheit.

Er bedarf des Einfühlungsvermögens, das nur der Mensch als sein Partner besitzt, also der lebendige

Arzt. BÜRGER, einer unserer großen Kliniker, hat einmal vor Jahren gesagt, als die ersten Diskussionen über den maschinellen Einsatz in der Medizin begannen: „Es mag wohl sein, daß wir mit Maschinen viele Herzleiden entdecken; aber wenn wir uns auf sie verlassen, dann werden wir das Herzleid übersehen, das dahintersteckt, und das wäre das Schlimmste, was uns als Arzt geschehen könnte, auch für den Patienten.“

Deshalb glaube ich, daß bei aller technischen Fortentwicklung und bei aller Bereitschaft der Ärzte zum Einsatz modernster technischer Methoden die Aufgabe des Arztes auch in den siebziger Jahren eine völlig unveränderte sein wird. Wir werden als Mensch dem Menschen zu helfen haben in seiner körperlichen und in seiner seelischen Not.

Ich kann an den Beginn dieses Jahrzehnts – wenn auch mit einiger Verspätung – nur die Hoffnung setzen, daß uns die Entwicklung der nächsten Jahre soviel Spielraum für Humanitas und für ärztliches Wirken läßt, wie wir es haben müssen im Interesse derer, für die wir unseren Beruf ausüben.

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85

Sozialmedizinische Aspekte der berufstätigen Frau *

von Maria Blohmke

Die Arbeit der Frauen in der Industrie fällt mit dem Beginn der Industrialisierung zusammen. Um den spontan aufgetretenen Arbeitskräftebedarf der Fabriken sättigen zu können, griff man zu Beginn der Industrialisierung auf Frauen und sogar Jugendliche zurück. Das ist die große Revolution, die im 19. Jahrhundert das Los der Frau verwandelt und für sie eine neue Ära eröffnete. Die industrielle Revolution führt schließlich zur Frauenemanzipation. Daß in dieser Emanzipation die Frau zunächst ihre eigenen Berufsideale zu verwirklichen sucht, ist mit Händen zu greifen. Sie strebt in pflegerische, der häuslichen Tätigkeit irgendwie verwandte Berufe, und kann sie es nicht, wird ihr Lebensideal empfindlich bedroht.

Heute hat sich die Frau die Berufswelt in fast allen Sparten erobert und die Frage lautet nicht mehr, ob sie arbeiten soll oder nicht, sondern unter welchen Bedingungen ihr eine Arbeit ermöglicht werden sollte. Die Gründe, die Frauen veranlassen, berufstätig zu sein, sind verschieden. Die soziale Lage der Frau wurde durch die zwei Weltkriege wesentlich verändert. In den Vordergrund traten die Sorge, im Leben allein-

stehen zu müssen und die Versorgung durch den Mann zu entbehren. Gleichzeitig hatte die Frau durch den kriegsbedingten Berufseinsatz eine größere Selbstständigkeit und Steigerung ihres Selbstbewußtseins gegenüber dem Mann gewonnen. Schließlich veranlaßt die zeitbedingte Ansicht gegenüber dem Lebensstandard sehr viele Frauen zur Arbeitsaufnahme, ohne daß hierfür einer der oben angeführten Gründe vorliegt. Die im Beruf stehende Frau ist in allen Ländern inzwischen zu einem festumrissenen und aus dem öffentlichen Leben nicht mehr wegzudenkenden Faktor geworden. Für den Arzt bzw. Sozialmediziner ergibt sich im wesentlichen die Erörterung des Problems, wie sich unter diesen Umständen Beruf, Gesundheit und Familie zueinander verhalten. Aufgrund der Erfahrungen der letzten Jahrzehnte kann man sagen, daß sich Mann und Frau bei gleicher Bildungs- und Aufstiegschance im Leistungsniveau weitgehend gleichen. Zwar zeigt sich ein konstantes Überwiegen der Krankheitsfälle der Frauen gegenüber denen der Männer, analysiert man dieses Verhältnis jedoch weiter, so zeigt sich, daß arbeitende Mütter mit Kindern wesentlich häufiger und länger der Arbeit fernbleiben, als alleinstehende Frauen und als Frauen, die nur ihren Ehemann zu betreuen haben. Daraus ergibt sich, daß

*) Vortrag entliehen des I. Sozialmedizinischen Kurses am 27. November 1970 in München vor der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin.

der Krankenstand bzw. das Fernbleiben vom Betrieb durch andere, spezifisch die Frau betreffende Faktoren bestimmt sind, wahrscheinlich durch die stärkere Beanspruchung durch häusliche Pflichten oder außergewöhnliche Arbeiten im Haushalt. Die Fehlzeitrate der arbeitenden Frau ist also durch eine ganze Reihe nicht faßbarer Faktoren bedingt und sie beruht sicher nicht nur auf eindeutigen Erkrankungen im medizinischen Sinn, sondern auf der allgemeinen Überlastung der Frau durch ihre Doppel- und auch Dreifachrolle, d. h. ihrer Tätigkeit im Beruf, im Haushalt und als Mutter und Erzieherin von Kindern. Gerade diese Tatsache macht deutlich, wie sehr man zur Erklärung der weiblichen Versagungszustände die soziale Lage der Frau heranziehen muß, und hier verschränken sich Ursachen und Folgen in der unterschiedlichen Behandlung der Frau durch die Gesellschaft der Männer in typischer Weise.

Es darf jedoch nicht außer acht gelassen werden, daß die Überlastung besonders der arbeitenden Hausfrauen und Mütter, die letztlich zur häufigen Ermüdung und Erschöpfung führen kann, nur in einem begrenzten Zeitraum ihres Lebens besteht. Überlastet sind diese Frauen im allgemeinen nur bis zum 40. Lebensjahr, da dann die Kinder selbständig, zum Teil auch außer Haus sind und der Umfang der häuslichen Arbeit sich stark verringert. Dann beginnt, wie MYRDAL es bezeichnet, die dritte Periode des Erwachsenenlebens der Frau. Hier kann es sich sogar in vielen Fällen günstig auswirken, wenn diese Frauen berufstätig werden, um nicht von dem Gefühl beherrscht zu werden, vorzeitig in den Ruhestand versetzt zu werden. Erfahrene Werksärzte berichten, daß diese Frauen die besten Arbeitskräfte darstellen, die zum Teil auch andere mitziehen und ihnen damit über ihre eigenen Schwierigkeiten hinweghelfen.

Freilich scheint die Frau im Krankheitsspektrum ganz andere Krankheiten aufzuweisen wie der Mann. Eine genaue Untersuchung haben wir in Heidelberg in den letzten Jahren durchgeführt und kamen zu verschiedenen sehr interessanten Ergebnissen. Die untersuchten Frauen im Alter zwischen 40 und 59 Jahren waren zum Teil in einem Dienstleistungsbetrieb und zum Teil in einem Industriebetrieb beschäftigt. Es handelte sich dabei um Arbeiterinnen und um Angestellte. Bei der Untersuchung wurden besonders die Beschwerden der koronaren Herzkrankheit erfaßt, ebenso allgemeine vegetative Störungen. Ein weiteres Anliegen unserer Studie war es, die noch weithin unbekannteren sozialen Faktoren aufzufinden, die möglicherweise bei den verschiedenen Befindensstörungen 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 im Sinne psychosomatischer Wechselwirkungen haben kann. Außer diesen Fragen wurden verschiedene physiologische und biochemi-

sche Variablen gemessen und bei einem Teil der Probanden ein Elektrokardiogramm in Ruhe und nach körperlicher Belastung registriert.

Fassen wir die Befunde zusammen, so zeigt sich, daß Arbeiterinnen und Angestellte im Dienstleistungsbetrieb häufiger Symptome einer koronaren Herzkrankheit (KHK) angegeben haben (28,4 %) als die Frauen in der Industrie (16,0 %). Schlafstörungen und Müdigkeit am Morgen finden sich im Dienstleistungsbetrieb ebenfalls häufiger.

Auffallend sind außerdem die Unterschiede zwischen Arbeiterinnen und weiblichen Angestellten in den beiden Betrieben, die wir bei Männern in dieser Deutlichkeit nicht beobachten konnten. Schlafstörungen finden sich bei Arbeiterinnen häufiger als bei Angestellten, ebenso eine Gewichtszunahme in den letzten fünf Jahren. Dagegen fahren die Angestellten doppelt so häufig zur Kur wie die Arbeiterinnen. Vergleichen wir das relative Körpergewicht, so zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen Arbeiterinnen und Angestellten. Die Arbeiterinnen sind bedeutend korpulenter als die Angestellten; ein Befund, den wir bei den Männern nicht machen konnten. Außerdem sind die Angestellten größer als die Arbeiterinnen, dies zeigte sich jedoch auch bei den Männern.

Betrachten wir nun die sozialen Variablen, so zeigt sich, daß in der Industrie fast doppelt so viel Flüchtlinge beschäftigt werden wie im Dienstleistungsbetrieb. Außerdem arbeiten die Frauen im Dienstleistungsbetrieb öfter aus Freude am Beruf und um Kontakt mit Menschen zu haben, während die Frauen in der Industrie lieber nur Hausfrauen wären, wenn sie es sich leisten könnten. Bei den Frauen im Dienstleistungsbetrieb stehen weiterhin Familiensorgen und Sorgen wegen Krankheit im Vordergrund.

Ein wesentlicher Punkt in der Vorgeschichte scheint zu sein, daß der größte Teil der Arbeiterinnen ihre Kindheit auf dem Lande verbracht hat, während die Angestellten aus Mittel- und Großstädten kommen. Bei Männern zeigte sich eine ähnliche allerdings nicht so stark ausgeprägte Tendenz.

Vergleicht man die Befunde bei Frauen mit denen bei Männern in der gleichen Altersgruppe und im gleichen Dienstleistungsbetrieb, so zeigen sich hier sehr auffallende Unterschiede. Nicht nur die typischen Symptome der koronaren Herzkrankheit finden sich bei den Frauen in den beiden Berufsgruppen häufiger, sondern auch alle vegetativen Symptome (Tab. 1). Der Blutdruck ist systolisch und diastolisch bei den Frauen häufiger (42,8 %) als bei den Männern (23,7 %) erhöht. Übergewichtigkeit findet sich ebenfalls häufiger bei Frauen (24,7 %) als bei Männern (9,3 %). Dieser Unterschied zeigt sich besonders bei Arbeiterinnen verglichen mit den Arbeitern, nicht dagegen so ausgeprägt bei den Angestellten.

Betrachtet man die sozialen Variablen, so zeigt sich, daß Arbeiterinnen ihre Arbeit sehr viel häufiger langweilig als Arbeiter finden, und daß sich Frauen allge-

Bei peripheren und zerebralen Durchblutungs- störungen:

NICOPLECTAL[®] *retard*

Der durchblutungsgestörte Patient hat mehr Nutzen von der Vasodilatation, wenn gleichzeitig die arterielle Seite besser aufgefüllt wird.

Das gilt erst recht bei verlängerter Wirkungszeit. NICOPLECTAL[®] *retard* beläßt es deshalb nicht bei der arteriellen Dilatation, sondern mobilisiert gleichzeitig mehr Blut durch Tonisierung der Venen.

2 x tgl. eine Kapsel
NICOPLECTAL[®] *retard*
genügt!



Zusammensetzung:
1 Retardkapsel enthält:
Nicotinsäure 200 mg
Roßkastanienextrakt 110 mg
(Trockensubstanz,
20 mg Aescin in wasser-
löslicher, resorbierbarer
Form enthaltend)

Indikationen:
Periphere und zerebrale
Mangeldurchblutung
(Arteriosklerose, Claudicatio
intermittens,
M. Sudeck, Parästhesien,
Zerebralsklerose, Nach-
behandlung von Apoplexien
und Schädel-Hirntraumen,
Ménière-Syndrom)

Dosierung:
Morgens und abends je eine
Retardkapsel vor dem Essen.

Packungen/Preise:
20 Retardkapseln DM 8,90
50 Retardkapseln DM 21,-
Klinikpackung
mit 500 Retardkapseln



Dienstleistungsbetrieb	Frauen		Männer		p
	%	n	%	n	
Symptome der koronaren Herzkrankheit	20.6	(50)	10.8	(97)	<.001
Einschlafen schlecht	35.0	(85)	26.4	(238)	<.025
Durchschlafen schlecht	40.3	(98)	23.6	(212)	<.001
Am Morgen müde	55.6	(135)	24.1	(217)	<.001
Kopfschmerzen	43.6	(106)	24.9	(224)	<.001
Schwindel	54.0	(131)	39.1	(352)	<.001

Tabelle 1

Relative und absolute Häufigkeiten der Symptome der koronaren Herzkrankheit und allgemeiner Symptome bei Frauen und Männern im Alter von 40 bis 59 Jahren (p = Signifikanzniveau)

meiner häufiger als Männer Sorgen wegen Krankheit machen. Dagegen finden wiederum die Männer den Zusammenhalt unter Kollegen nicht gut genug, eine Beurteilung, der wohl das größere Engagement der Männer am Beruf allgemein zugrunde liegt (Tab. 2).

Dienstleistungsbetrieb	Frauen		Männer		p
	%	n	%	n	
Arbeit ist langweilig	45.1	(51)	25.1	(126)	<.001
Sorgen wegen Krankheit	62.8	(71)	47.5	(232)	<.01
Zusammenhalt Kollegen schlecht	11.5	(13)	26.2	(128)	<.01
Schwierigkeiten im Beruf	4.4	(5)	12.1	(59)	<.05
	n = 130		n = 337		
Angestellte	%	n	%	n	p
Arbeit ist langweilig	17.7	(23)	22.8	(77)	n. s.
Sorgen wegen Krankheit	70.0	(91)	55.2	(186)	<.01
Zusammenhalt Kollegen schlecht	11.5	(15)	38.8	(130)	<.001
Schwierigkeiten im Beruf	16.9	(22)	24.6	(83)	n. s.

Tabelle 2

Relative und absolute Häufigkeiten verschiedener sozialer Variablen bei Frauen und Männern im Alter von 40 bis 59 Jahren (p = Signifikanzniveau)

Unsere Hypothese bestand in der Annahme, daß das Befinden von Menschen in einem Industriebetrieb, in dem unter verschiedenen Belästigungen, wie Lärm, Schmutz, Zeitdruck, zum Teil Akkordarbeit oder Fließbandarbeit, zu festen kontrollierten Arbeitszeiten gearbeitet werden muß, schlechter ist, als in einem Dienstleistungsbetrieb, bei dem die oben aufgeführten negativen Punkte wegfallen. Aufgrund unserer Befunde müssen wir jedoch diese Hypothese verwerfen. Insgesamt ist das Befinden der Frauen im Dienstleistungsbetrieb schlechter, obwohl sie der Arbeit gegenüber häufiger positiv eingestellt sind. Man muß vermuten, daß bei Frauen die berufliche Arbeit nicht unbedingt im Vordergrund ihres Interesses steht und sich ihre Einstellung zur Arbeit auch nicht unbedingt negativ auf die Gesundheit auswirken muß.

Anders sieht es auf dem familiären Sektor aus. Sorgen wegen der Familie und wegen eigener Krankheit oder Erkrankungen von Familienangehörigen finden sich bei den Frauen im Dienstleistungsbetrieb ebenfalls häufiger als in der Industrie. Außerdem war ihre Kindheit öfters nicht sorglos. Diese Belastungen laufen jedoch bei Frauen – speziell bei den Arbeiterinnen – mit einem schlechteren subjektiven Befinden parallel. Ihre Familien sind, gemessen an der Kinderzahl und an der Zahl der Personen pro Haushalt, auch die größten.

Daß der größere Anteil von Heimatvertriebenen in der Industrie auch eine Rolle für die Interpretation unserer Daten spielen kann, wäre denkbar. Es könnte sich bei den Heimatvertriebenen um besonders gesunde Frauen handeln, da sie sonst gar nicht die Belastung der Flucht überstanden hätten. Außerdem könnte der Existenzkampf dieser Gruppe, der oft keine Zeit ließ, Befindensstörungen zu berücksichtigen, hierbei eine gewisse Rolle spielen.

Das sehr unterschiedliche Befindensmuster zwischen Männern und Frauen im gleichen Alter, die im gleichen Betrieb arbeiten, ist eindrucksvoll, ebenso wie die Unterschiede in Meinungen, Einstellungen und Verhaltensweisen zwischen den beiden Geschlechtern. Diese Befunde könnten für den Arzt, besonders den praktizierenden Arzt, der noch weitgehend im Vorfeld der Krankheit arbeitet, von Bedeutung sein.

Sicher hat die Arbeit bzw. der Beruf für eine verheiratete Frau eine andere Bedeutung als für den Mann oder die ledige, geschiedene oder verwitwete Frau. Die verheiratete ältere Frau hat andere Motive, die sie veranlassen, zu arbeiten wie die Alleinstehende. Bei ihr geht es nicht nur um die Anhebung des Lebensstandards, sondern ebenso um die Freude an der Arbeit und sicher zum Teil auch um eine gewisse Steigerung des Selbstbewußtseins durch die berufliche Leistung. Mit dem zunehmenden Selbstbewußtsein aber steigen, ohne daß sie es zu merken brauchen, auch die Ansprüche, die sie an das Leben stellen. Das Anspruchsniveau ist wiederum abhängig vom Leistungsniveau. Aber noch ist es so, wie unsere Erhebung zeigt, daß der größere Teil der Arbeiterinnen und Angestellten auch heute nichts sehnlicher wünscht, als nur Hausfrau zu sein. Es ist zu vermuten, daß die verheiratete Frau ihre Arbeit für die Familie im Grunde als ein Opfer ansieht. Sicherlich bleibt es aber in vielen Fällen auch nicht aus, daß allmählich aus Berufsgewöhnung eine Berufsbindung wird.

Die Einstellung der alleinstehenden Frau zu ihrem Beruf ohne Kinder oder Angehörige, die von ihr versorgt werden müssen, wird wahrscheinlich mehr der des Mannes entsprechen. Wie unsere Ergebnisse zeigen, ist ein großer Teil der weiblichen Angestellten ledig, bei ihnen ist weniger die Aufbesserung des Lebensstandards ein Grund zur Arbeit als der Zwang, sich selbst ernähren zu müssen. Auf jeden Fall ist die berufstätige Mutter stärker belastet als der Vater und die mehrfache Belastung könnte u. a. das schlechtere

Allgemeinbefinden der Frauen in unserer Erhebung erklären.

Bei den eben angestellten Überlegungen handelt es sich lediglich um Modellvorstellungen. Mit ihnen wird weder ausgesagt, daß alle Frauen in den verschiedenen Gruppen sich so verhalten, nicht einmal, daß die meisten sich so verhalten, sondern nur, daß es sich um typische Verhaltensweisen bei größeren Gruppen von Frauen in zwei verschiedenen Betrieben handelt. Hier liegen wahrscheinlich verschiedene Normen über das, was sein soll oder nicht, vielleicht auch verschiedene Arbeitsmotive oder verschiedene äußere Vorbedingungen zugrunde. Wenn wir uns ein Bild über die berufstätige Frau verschaffen wollen, so sollten zunächst bestimmte Differenzierungen vorgenommen werden. Es gilt zu unterscheiden, einmal zwischen verschiedenen Typen von Frauen, dann zwischen verschiedenen Formen von Arbeit und endlich zwischen verschiedenen Perioden des Lebens.

Es hat den Anschein, daß wir mit unseren Fragen und Messungen nicht die Einwirkungen von zwei recht verschiedenen Arbeitsmilieus auf berufstätige Frauen gemessen haben, sondern daß es sich um verschiedene Typen von Frauen handelt, die wir in den beiden Betrieben vorfanden. Diese Annahme konnten wir bestätigen. Der soziale Hintergrund der Frauen im Industriebetrieb erwies sich als ungünstiger als der der Frauen im Dienstleistungsbetrieb. So läßt sich vermuten, daß der Mensch, der Arbeit in einem Industriebetrieb sucht, ein anderer Typ ist, als der Berufstätige in einem Dienstleistungsbetrieb. Diese Frage könnte erst durch weitere Untersuchungen beantwortet werden.

Anschr. d. Verf.: Privatdozentin Dr. med. Maria Blohmke, Leiterin der Abteilung für prospektive Epidemiologie im Institut für Sozial- und Arbeitsmedizin der Universität Heidelberg, 6900 Heidelberg, Zeppelinstraße 1

Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung rufen auf:

Möglichkeiten der ambulanten Diagnostik ausschöpfen

Der 73. Deutsche Ärztetag hat den in freier Praxis und den im Krankenhaus tätigen Ärzten dringend empfohlen, ihre Zusammenarbeit für die gemeinsamen Patienten noch wirkungsvoller zu gestalten. Damit könnte gleichzeitig ein Beitrag zur Entlastung der Krankenhäuser und zeitweiliger Bettennot durch Verkürzung der Krankenhausverweildauer geleistet werden.

In Durchführung dieser wichtigen Empfehlung des Deutschen Ärztetages rufen Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung hiermit alle in freier Praxis tätigen Ärzte auf, vor der Einweisung von Patienten zur stationären Behandlung im Krankenhaus das große Potential der verschiedenen Facharztgruppen in freier Praxis und die damit verbundenen großen Möglichkeiten der ambulanten durchgeführten Diagnostik im Rahmen der ärztlichen Versorgung vor der Krankenseinweisung in noch stärkerem Maße als bisher auszuschöpfen. Sie hoffen, daß sich manche Krankenseinweisung ersparen läßt und mancher Krankenhausaufenthalt verkürzt werden könnte, wenn Patienten – abgesehen von dringenden Fällen – in aller Regel erst nach Ausschöpfen ambulanten Untersuchungsmöglichkeiten durch ihre behandelnden Ärzte in Krankenhäuser eingewiesen würden.

In diesem Zusammenhang empfehlen Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung den in freier Praxis tätigen Kolleginnen und Kollegen, bei Krankenseinweisungen alle zur Beurteilung des jeweiligen Falles wesentlichen Unterlagen an die stationär weiterbehandelnden Krankenhausärzte zur Auswertung mitzugeben. Während der ambulanten Behandlung erstellte Arztberichte, Röntgenaufnahmen und -befunde, Laborbefunde, EKGs und ähnliche Unterlagen würden es den Krankenhausärzten wesent-

lich erleichtern, mit ihrer Behandlung sofort und gezielt einzusetzen und so unter Umständen dringend benötigte Krankenhausbetten freizumachen und gleichzeitig die Krankenhausverweildauer abzukürzen. Den Patienten würde dabei oftmals die Wiederholung nicht immer angenehmer und nicht selten auch kostspieliger Untersuchungen erspart. Ein solches Verhalten der ambulant tätigen Ärzte wird allerdings nur dann sinnvoll und den Patienten dienlich, wenn die Krankenhausärzte ihrerseits die mitgegebenen ärztlichen Mitteilungen und Befunde auch erhalten und sie bei den eigenen diagnostischen und therapeutischen Überlegungen angemessen verwerten. Die im Krankenhaus tätigen Ärzte werden deshalb aufgerufen, sich darum zu bemühen, daß ihnen solche Unterlagen auch zur Auswertung zugehen und nicht achtlos in der Patientenkartei abgeheftet werden.

Gleichzeitig wenden sich Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung an alle Krankenhausärzte mit der Bitte, auch ihrerseits alles zu tun, um den Informationsfluß zwischen den Ärzten im Krankenhaus und in freier Praxis, vor allem bei Entlassungen von Patienten aus stationärer Behandlung zu verbessern. Dazu gehört auch, die behandelnden Ärzte in freier Praxis bei der Entlassung von Patienten aus dem Krankenhaus über die dort erhobenen Befunde und die angewandte Therapie ohne Zeitverzug zu unterrichten und ihnen Vorschläge für die weitere Behandlung zu unterbreiten.

Schließlich ist es ein Gebot der Selbstverständlichkeit, daß die im Krankenhaus tätigen Ärzte die ihnen vom freipraktizierenden Arzt bei der Einweisung des Patienten zugeleiteten Unterlagen nach Auswertung unverzüglich zurückgeben.



Bei akutem Harnwegsinfekt – dem chronischen Verlauf zuvorkommen

Die Praxis zeigt:

Patienten:	981	
Indikationen:	Zystitis, Zystopyelitis, Pyelitis, Urethritis*	
Dosierung:	Anfangs 3 x 2, später 3 x 1 Tablette Obserin	
Therapiedauer:	Durchschnittlich 1 Woche	
	Vor Behandlung	Nach Behandlung
Bakteriurie	55,7%	9,5%
Schmerzen beim Wasserlassen	87,3%	7,7%
Häufiger Harndrang	77,6%	9,0%
Obserin mußte wegen Unverträglichkeit abgesetzt werden bei		4,3%
Auf die Therapie mit Obserin sprachen an		91,4%

* Bei 197 Patienten mit Prostatitis oder Epididymitis ergaben sich eher noch günstigere Resultate. (Ergebnis einer Prüfung durch niedergelassene Ärzte; Herbst 1969 – Frühjahr 1970.)

**Direkte
Breitspektrum-
Bakterizidie
Lokalanästhesie
Spasmolyse**



Obserin® löst das Problem!

Dosierung:	morgens	mittags	abends
1. Tag	00	00	00
Ab 2. Tag	0	0	0

Diese Dosen können bei Bedarf verdoppelt werden.

Kontraindikationen: Penicillin-Überempfindlichkeit; aufgrund des Phenazopyridin-Anteils ferner Glomerulonephritis, schwere Leberschäden, schwere Nierenfunktionsstörungen.

Zur Beachtung: Gelegentlich auftretende leichte gastrointestinale Störungen verschwinden meist auch unter Fortsetzung der Medikation. Wie bei allen Penicillinen können Hautreaktionen auftreten.

Weitere Informationen über Obserin geben wir Ihnen gern.

Handelsformen:

Glas mit 12 Tabletten	23,90 DM
Glas mit 30 Tabletten	52,80 DM

Zusammensetzung:

Jede Tablette enthält D- α -Aminobenzylpenicillin-Trihydrat 577 mg, entspr. 500 mg wasserfreie Substanz, (Binotal®), und 2,6-Diamino-3-(phenylazo)-pyridin-Hydrochlorid (Phenazopyridin) 50 mg

Bayer

Neue Tarifgehälter für Arzthelferinnen und Vergütungen für Arzthelferinnen-Lehrlinge

Im Rahmen des Manteltarifvertrages vom 26. März 1969 (veröffentlicht im „Bayerischen Ärzteblatt“ 1969, Heft 6, Seite 575—585) ist am 24. Februar 1971 ein neuer Gehaltstarifvertrag abgeschlossen worden, der am 1. April 1971 in Kraft getreten ist. Er hat folgenden Wortlaut:

Die Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1, gibt folgenden am 24. Februar 1971 abgeschlossenen neuen Gehaltstarifvertrag für Arzthelferinnen bekannt:

„Zwischen der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen in Köln und

..... *)
wird zur Ergänzung von §§ 8 und 11 des Manteltarifvertrages vom 26. März 1969 folgender Gehaltstarifvertrag geschlossen:

§ 1: Gehaltstabelle für vollbeschäftigte Arzthelferinnen

	Monatsgehälter in DM	
	Ortsklasse	
	S	A
1. Berufsjahr	735,—	710,—
2. Berufsjahr	760,—	735,—
3. Berufsjahr	785,—	760,—
4. Berufsjahr	810,—	785,—
5. Berufsjahr	835,—	810,—
6. Berufsjahr	860,—	835,—
7. Berufsjahr	885,—	860,—
8. Berufsjahr	910,—	885,—

Für jeweils zwei weitere Berufsjahre steigt das Gehalt um DM 25,—, höchstens jedoch bis zum 26. Berufsjahr.

§ 2: Lehrlingsvergütung

(1) Die Lehrlingsvergütung beträgt:

im ersten Halbjahr	
monatlich	DM 160,—
im zweiten Halbjahr	
monatlich	DM 180,—
im dritten Halbjahr	
monatlich	DM 200,—
im vierten Halbjahr	
monatlich	DM 220,—

(2) In besonderen Fällen kann auf Antrag der Sorgeberechtigten eine geringere Lehrlingsvergütung vereinbart werden.

*) Es wurden zwei 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, zugleich für den Berufsverband der Arzthelferinnen e.V., Kempen, Ludwig-Jahn-Straße 20.

§ 3: Zuschläge

(1) Für Mehr-, Sonntags- Feiertags- und Nacharbeit 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 25 %
- b) für Sonn- und Feiertagsarbeit 50 %
- c) für Arbeiten am Neujahrstag, am 1. Mai sowie an den Oster-, Pfingst- und Weihnachtsfeiertagen 100 %
- d) für Nacharbeit 50 %

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

§ 4: Inkrafttreten, Übergangsbestimmungen und Laufzeit

(1) Dieser Gehaltstarifvertrag tritt am 1. April 1971 in Kraft. Er ersetzt den Gehaltstarifvertrag vom 4. Mai 1970.

(2) Angestellte, die aufgrund des Gehaltstarifvertrages vom 26. März 1969 bereits höhere Gehaltsansprüche erworben haben, als es dieser Vertrag vorsieht, behalten ihre Ansprüche.

(3) Dieser Gehaltstarifvertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gekündigt werden, frühestens zum 31. März 1972.

Düsseldorf, 24. Februar 1971

gez. Unterschriften“

Die übrigen Regelungen des Tarifrechts der Arzthelferin, welche im Manteltarifvertrag vom 26. März 1969 vereinbart worden sind, gelten weiter.

Geltung des Tarifvertrages

Der neue Tarif ist nur für Mitglieder der vertrags-schließenden Arbeitnehmerorganisationen verbindlich, wenn sie bei einem Arzt beschäftigt sind, welcher der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen als Arbeitgeberorganisation angehören. Um eine möglichst breite Anwendung dieser Regelung sowohl im Interesse der niedergelassenen Ärzte als auch ihrer Mitarbeiter in der Praxis sowie der Sicherstellung des erforderlichen Nachwuchses zu erreichen, hat der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer bereits seinerzeit empfohlen, die Regelungen auf alle anderen bestehenden und neu abzuschließenden Arbeitsverhältnisse bzw. Lehrverhältnisse zu übertragen.

Erläuterungen zum Gehaltstarifvertrag

Die Berufsjahre zählen nach dem Manteltarifvertrag vom Zeitpunkt der vor einer Ärztekammer abgelaufenen Abschlußprüfung an. Bei Sprechstundenhilfen ohne Abschlußprüfung, die am 1. April 1969 das 21. Lebensjahr vollendet hatten und an diesem Stichtag mindestens fünf Jahre in dieser Tätigkeit beschäftigt waren, ist die Zahl der Berufsjahre um zwei zu verringern. Je nach Leistungsstand sollten gegebenenfalls Abschläge von den Gehaltssätzen erfolgen.

Zu der häufig gestellten Frage, wann eine vor einer Ärztekammer geprüfte Arzthelferin Anspruch auf ein Gehalt anstelle der bisherigen Lehrlingsvergütung hat, ist folgendes zu bemerken.

Nach § 14 Abs. 1 des Berufsbildungsgesetzes (BBiG), das am 1. September 1969 in Kraft getreten ist, endet das Lehrverhältnis mit Ablauf der Ausbildungszeit, d. h. mit der im Lehrvertrag vereinbarten Ausbildungsdauer. Besteht der Lehrling vor Ablauf der Lehrzeit die Abschlußprüfung, so endet das Lehrverhältnis gemäß § 14 Abs. 2 BBiG mit dem Tag, an dem diese Prüfung bestanden wurde, das ist in der Regel der Tag der mündlich-praktischen Prüfung, an dem das Prüfungsergebnis bekanntgegeben wird. Von dem darauf folgenden Tag an hat die Arzthelferin Anspruch auf das Gehalt einer ausgebildeten Arzthelferin, d. h. entsprechend der Empfehlung der Bayerischen Landesärztekammer nach dem geltenden Gehaltstarifvertrag. Als Gehalt ergibt sich je Tag für den Rest des Monats 1/30 des Monatsgehaltes nach dem Tarifvertrag. Für die Zahlung der Lehrlingsvergütung einschließlich dem Tag der bestandenen mündlich-praktischen Prüfung gilt das entsprechende.

Aus § 111 Abs. 3 BBiG ergibt sich für einen Lehrvertrag, welcher vor dem 1. September 1969 abgeschlossen wurde und in dem die Bestimmung, daß die Lehrzeit mit der bestandenen Lehrabschlußprüfung endet (§ 10 Abs. 2 des Lehrvertragsvordrucks der Kammer), nicht enthalten ist, daß er ausnahmsweise weiter gilt, auch wenn er den sonstigen Vorschriften des BBiG nicht entspricht. Es wird empfohlen, in diesem Fall nach bestandener Lehrabschlußprüfung eine den Leistungen entsprechende Vergütung zu zahlen, falls der Arbeitgeber sich nicht dazu entschließen sollte, mit seiner Mitarbeiterin ein Arbeitsverhältnis zu begründen.

Findet die Lehrabschlußprüfung erst nach Ablauf der vereinbarten Lehrzeit statt und hat der Lehrling diesen Termin nicht zu vertreten, so endet das Lehrverhältnis mit Ablauf der Lehrzeit, sofern sich die Vertragspartner nicht auf eine Verlängerung der Lehrzeit einigen. Der bisherige Lehrling hat bis zur Lehrabschlußprüfung einen Gehaltsanspruch aus einem Arbeitsverhältnis, dessen Höhe sich nach den erbrachten Leistungen richtet. Ein Anspruch auf Zahlung des Tarifgehaltes besteht auch unter Berücksichtigung der dazu ergangenen Empfehlung der Kammer nicht.

Abzüge für Lohnsteuern und Sozialversicherungsbeiträge

Hierzu geben wir die Mitteilung aus dem „Deutschen Ärzteblatt“ 1971, Heft 12, Seite 856/857, vom 20. März 1971 nachstehend wieder.

„Tarifgehälter sind nach dem Arbeitsrecht **Bruttogehälter**. Das gilt im Prinzip auch für die Lehrlingsvergütungen. Es dürfen also von den vertraglich vereinbarten Sätzen alle rechtlich zulässigen Lohnabzüge vorgenommen werden, wenn im Einzelarbeitsvertrag nicht ausdrücklich etwas anderes vereinbart wurde.

Abziehen darf der Arzt als Arbeitgeber hiernach also die vollen Lohnsteuern (sofern Lohnsteuerpflicht nach der Höhe des Gehalts besteht). Abzugsfähig ist ferner die Hälfte der Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung, zur Rentenversicherung und zur Arbeitslosenversicherung. Eine Ausnahme besteht für Lehrlinge: Hier muß der Arbeitgeber die vollen Beiträge zur Angestelltenversicherung und Arbeitslosenversicherung allein tragen, wenn die Lehrlingsvergütung die für den Beitragsabzug zugelassene Grenze von derzeit DM 190,— nicht übersteigt.

Ist die Lehrlingsvergütung höher (im dritten und vierten Halbjahr der Lehre), so darf der Arbeitgeber die Hälfte der Beiträge einbehalten. Allerdings kann auf Antrag des Sorgeberechtigten in besonderen Fällen eine geringere als die nach dem Tarifvertrag zustehende Lehrlingsvergütung vereinbart werden, z. B. mit der Folge, daß die Lehrlingsvergütung auf DM 190,— ermäßigt und damit der Arbeitgeber wieder allein beitragspflichtig wird.

Schließlich ist noch darauf hinzuweisen, daß die Beitragshälfte zur sozialen Krankenversicherung nach der RVO stets vom Lehrling getragen werden muß (weil die Vergütung DM 65,— monatlich übersteigt). Der von der Krankenkasse erhobene Gesamtbeitrag zur Sozialversicherung (der bekanntlich Krankenversicherung, Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung umfaßt), muß also für Zwecke der Beitragsbelastung der Lehrlinge unter Umständen aufgliedert werden.“

Dr. Sluka

3. Diagnostik-Woche

in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer
vom 5. bis 9. Mai 1971 in München
— Programm Seite 402 —

Allgemeinärzte als Weiterbilder

Am 1. Juli 1969 trat in Bayern als erstem Bundesland die neue Weiterbildungsordnung in Kraft, welche die bisherige Facharztordnung vom 1. April 1958 ablöste. Sie gilt seit 1. Januar 1971 in allen Bundesländern mit Ausnahme Westberlins. Damit wurde erstmals der „Arzt für Allgemeinmedizin“ als gesetzliche Bezeichnung geschafften, in seiner Definition umrissen und ein vierjähriger Weiterbildungsgang festgelegt.

Nach der Definition umfaßt das Gebiet Allgemeinmedizin die gesamte Humanmedizin. Der Allgemeinarzt ist im gesamten Lebensbereich seiner Patienten für deren Gesundheitsführung und Krankheitsbehandlung, unabhängig vom Alter, Geschlecht und von der Art der Gesundheitsstörung, tätig.

In Anwendung der Übergangsvorschriften beantragten 80% der niedergelassenen Praktischen Ärzte Bayerns die Anerkennung als „Allgemeinarzt“. Die Bayerische Landesärztekammer stellte 4020 Urkunden aus, ein Beweis dafür, daß die Kolleginnen und Kollegen diese hiermit eingeleitete Fortentwicklung sehr positiv aufgenommen haben.

Im Rahmen des vierjährigen Weiterbildungsganges werden als Pflichtzeit drei Monate Allgemeinmedizin in einer freien Praxis verlangt, darüber hinaus kann der angehende Allgemeinarzt weitere 15 Monate in diesem Gebiet voll anrechenbar tätig sein. Das Ziel, den ärztlichen Nachwuchs für die Erfordernisse der späteren Tätigkeit in freier Praxis qualifiziert vorzubereiten, ist jedoch gefährdet, falls sich nicht genügend niedergelassene Allgemeinärzte als Weiterbilder zur Verfügung stellen. Wenn auch bisher schon auf Antrag 67 Weiterbildungsermächtigungen in Allgemeinmedizin erteilt werden konnten, so ist diese Zahl jedoch noch viel zu gering. Die vielen Allgemeinpraxen Bayerns bieten jedoch geradezu ideale Möglichkeiten, dem Nachwuchs das notwendige Rüstzeug zu vermitteln, damit die jungen Kollegen später in freier Niederlassung als Landärzte oder in einer Gruppenpraxis die ärztliche Versorgung unserer Bevölkerung durchführen können.

Mit der Beschäftigung eines jungen Assistenzarztes in der Allgemeinpraxis wird der niedergelassene Kollege zum Lehrer einer künftigen Allgemeinarzt-Generation und hilft so unserem ganzen Berufsstand bei der Lösung einer so entscheidenden Frage. Dies bedeutet auf der einen Seite sicher Arbeit und Opter, andererseits aber auch eine erhebliche Entlastung und wirkt sich ganz ohne Zweifel positiv auf die ärztliche Versorgung der Bevölkerung aus. Anhand der Erfahrungen bereits ermächtigter Kollegen läßt sich feststellen, daß die Praxisinhaber ausnahmslos eine positive Bilanz ziehen konnten. Dieser neue Weg der Weiterbildung bietet auch dem niedergelassenen Arzt viel Positives. Der junge Kollege bringt das Wissen einer 1½-jährigen internen, und einer einjährigen chirurgischen und/oder gynäkologischen Krankenhausstätigkeit mit, und die Zusammenarbeit eröffnet die willkommene Möglichkeit des kollegialen Fachgesprächs. Nicht zuletzt resultiert daraus ein Gewinn an Zeit, den der niedergelassene Arzt für die Patienten, für seine eigene ärztliche Fortbildung oder den jetzt endlich möglichen Erholungsurlaub nutzen kann. Weiterhin stellt auch die Entlastung im ärztlichen Bereitschaftsdienst usw. einen nicht zu unterschätzenden Faktor dar. Doch vergessen wir über der fachlichen Bewertung die menschliche und familiäre Seite nicht! Schon so manche überlastete Arztfrau hat feststellen dürfen, daß nun der Vater endlich wieder Zeit hat für sie und die Kinder.

Die neue Weiterbildungsordnung hat auf dem Gebiet der Allgemeinmedizin neue und zukunftsweisende Akzente gesetzt. Es ist jetzt aber an uns als gesamtem Ärztestand, diese Möglichkeiten zu nutzen und an der Entwicklung und Zukunft dieses Gebietes mitzuarbeiten.

Die Bayerische Landesärztekammer appelliert an alle niedergelassenen Allgemeinärzte, Kolleginnen und Kollegen, sich bereit zu erklären, junge angehende Allgemeinärzte als Assistenzärzte in ihren Praxen zu beschäftigen. Um diese Zeit im Sinne der Weiterbildung anerkennen zu können, ist Voraussetzung, daß der Praxisinhaber die Ermächtigung hierzu erhält.

Die Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85, Telefon (08 11) 33 20 21, schickt den entsprechenden Erhebungsbogen auf Anforderung gerne zu.

Ausschreibung für den ärztlichen Einsatz bei den Olympischen Spielen 1972

I.

Für die ärztliche Betreuung der Aktiven und Offiziellen, der Journalisten und Techniker von Presse, Funk und Fernsehen, der Ehrengäste und des OK-Personals werden in München und Kiel anlässlich der Olympischen Spiele (26. August bis 10. September 1972) in der Zeit vom 1. August bis 15. September 1972

- a) Ärzte mit allgemeinen sportärztlichen Erfahrungen
- b) Ärzte mit speziellen sportärztlichen Erfahrungen
- c) andere Ärzte verschiedener Fachrichtungen

benötigt.

II.

Eine Verpflichtung hierfür kommt in Betracht für folgende Zeiträume:

- a) 1. August bis 15. September 1972
- b) 1. August bis 10. September 1972
- c) 14. August bis 15. September 1972
- d) 14. August bis 10. September 1972

III.

Als Einsatzorte kommen in Frage:

- a) Ärztezentrum Olympisches Dorf
- b) Ärztliche Stationen in den Wettkampfstätten
 - aa) im Aktivenbereich
 - bb) im Ehrengastbereich
 - cc) im Pressebereich
- c) Trainingsstätten
- d) Ärztezentrum in der Pressestadt

IV.

Die Tätigkeit als Arzt bei den Olympischen Spielen erfolgt ehrenamtlich. Als Unkostenpauschale wird das Organisationskomitee jedem Arzt 2 US-Dollar pro Tag zahlen.

V.

Für die kostenlose Unterbringung, Verpflegung und Einkleidung der eingesetzten Ärzte wird das Organisationskomitee Sorge tragen.

VI.

Die einmalige An- und Rückreise (1. Klasse Bundesbahn) nach München bzw. Kiel zahlt das Organisationskomitee.

VII.

In seiner Freizeit wird jeder Arzt nach Möglichkeit auf der für die Aktiven vorgesehenen Tribüne im Olympiastadion die Wettkämpfe verfolgen können.

VIII.

Interessenten werden gebeten, den nachstehend abgedruckten Fragebogen bis zum **15. Mai 1971** an das Organisationskomitee, Abteilung IX — Betreuungs- und Ordnungsdienst, 8000 München 13, Saarstraße 7, einzusenden.

An das
Organisationskomitee für die
Spiele der XX. Olympiade
München 1972
— Referat IX C —

8000 München 13
Saarstraße 7

Bewerbung für den ärztlichen Einsatz bei den Olympischen Spielen 1972

(bitte mit Schreibmaschine ausfüllen)

Name, Vorname

Anschrift

Tel.

Geburtsdatum Jahr der Approbation

Facharzt für

Sportmedizinische Erfahrungen,
ggf. in welchen Disziplinen

Ich stelle mich für folgenden Zeitraum zur Verfügung:

1. 8. — 15. 9. 1972 *

1. 8. — 10. 9. 1972

14. 8. — 15. 9. 1972

14. 8. — 10. 9. 1972

Bevorzugte Einsatzorte:

1.

2.

3.

Fremdsprachenkenntnisse:

.....

.....

.....

Persönliche Bemerkungen:

.....

.....

.....

(Unterschrift)

*) Zutreffendes bitte ankreuzen



Hustenwetter...

CODYL®-Sirup

bei trockener Bronchitis

**CODYL® cum
expectorans**

bei katarrhalischer Bronchitis

CODYL®

Codyl-Sirup
in Flaschen mit 110 g = 3,90 DM

Codyl cum expectorans
in Flaschen mit 110 g = 4,15 DM



DEUTSCHE ABBOTT GMBH
VERTRIEB: C. H. BOEHRINGER SOHN
6507 INGELHEIM AM RHEIN

Ärztliche Untersuchung für den Erlaß der Wartezeiten in der privaten Krankenversicherung*

Immer dann, wenn es einem Interessenten an Krankenversicherungsschutz freigestellt ist, ob und wann er sich einer Versichertengemeinschaft anschließt, muß er Wartezeiten vor Beginn der Leistungspflicht durchmachen. Für freiwillig in die gesetzliche Krankenversicherung Eintretende ist dies in § 207 der Reichsversicherungsordnung festgelegt, und auch die Versicherungsbedingungen der privaten Krankenversicherung sehen Wartezeiten vor. Man unterscheidet hier zwischen den allgemeinen, drei Monate dauernden, und den für bestimmte Krankheiten und Versicherungsfälle festgelegten besonderen Wartezeiten. Die allgemeine Wartezeit wird von der staatlichen Aufsichtsbehörde aus grundsätzlichen Überlegungen vorgeschrieben.

Die Wartezeit ist nach den Versicherungsbedingungen der Zeitraum zu Beginn des Versicherungsverhältnisses, in dem zwar die Prämie schon gezahlt werden muß, der Versicherer jedoch noch nicht die Kosten solcher Schadensfälle trägt, für die dieser leistungsfreie Zeitraum gilt.

Warum Wartezeiten?

Es soll verhindert werden, daß eine für den Neuversicherten voraussehbare, in Kürze erforderliche ärztliche Heilbehandlung von den bereits Versicherten finanziert werden muß. Eine Versicherung ganz allgemein kann nämlich Schutz nur gegen zukünftige ungewisse Ereignisse bieten. Die Wartezeiten in der privaten Krankenversicherung entfallen daher nach den Versicherungsbedingungen insbesondere bei Unfällen und bestimmten akuten Infektionskrankheiten, weil ihr Eintritt der Natur nach als unvorhersehbar angesehen wird und die Behandlung meist unaufschiebbar ist.

Die Notwendigkeit der Wartezeiten in der privaten Krankenversicherung wird von ULLMANN/SCHÄFER in BALZER-JÄGER, Leitfaden der privaten Krankenversicherung, Ausgabe 1967, Teil D/I § 3 MB/KK¹⁾ Anm. 1, so begründet: „Die Wartezeiten sind erforderlich, um das von subjektiven Momenten bestimmte Risiko zu Beginn des Versicherungsvertrages einzuschränken und außerdem, um Leistungen für Krankheitsfälle, die bereits vor Vertragsabschluß sich anbahnten, auszuschließen. Hierdurch wird erreicht, daß nicht eine bereits sich krank fühlende Person versichert und hierbei das Risiko in den ersten Vertragsmonaten erheb-

lich erhöht wird, was notwendigerweise zu höheren Beiträgen führen würde. Um von vornherein zu einer tragbaren Beitragshöhe zu kommen, ist eine Wartezeit unerlässlich.“

Fortfall bei ärztlicher Untersuchung

Bereits nach den in den Jahren 1950/52 vom Verband der privaten Krankenversicherung geschaffenen Grundbedingungen waren tarifliche Regelungen des Inhalts zulässig, aufgrund einer ärztlichen Untersuchung die allgemeine Wartezeit entfallen zu lassen. Das Bundesaufsichtsamt für das Versicherungs- und Beusparwesen hat dies in der Anordnung vom 27. Januar 1955 bekanntgegeben (vgl. jetzt Rundschreiben des BAV²⁾ R 3/60 vom 1. Juni 1960, VerBAV³⁾ 1960, S. 121).

Eine entsprechende ausdrückliche Regelung wurde in die seit 1966 geltenden MB/KK¹⁾ direkt aufgenommen. § 3 Abs. 4 sieht auch den Fortfall der besonderen Wartezeiten vor. Der Privatversicherte hat damit die Möglichkeit, vollen materiellen Versicherungsschutz von Vertragsbeginn an zu erhalten. Ihm können, sofern der Tarif vorsieht und die ärztliche Untersuchung es rechtfertigt, alle Wartezeiten erlassen werden. Die Kosten der Untersuchung anhand eines Fragebogens trägt der Antragsteller; er hat die freie Wahl des Arztes.

Anforderungen an das ärztliche Zeugnis

Der Bericht über die ärztliche Untersuchung wird in den Musterbedingungen als „ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand“ bezeichnet. Der Arzt nimmt hierbei die Stellung eines Sachverständigen ein, der dem Versicherungsunternehmen die Angaben macht, die weder die zu versichernde Person im vollen Umfang selbst geben noch sich das Versicherungsunternehmen auf andere Weise beschaffen kann. Diese Mittlerstellung des Arztes zwischen Antragsteller und Versicherer erfordert nach beiden Seiten besondere Vertrauenswürdigkeit.

Das Versicherungsunternehmen vertraut darauf, daß die Angaben im ärztlichen Zeugnis aufgrund der Befragung und der Untersuchung des zu Versicherenden mit den tatsächlichen Feststellungen übereinstimmen, so daß dem beratenden Arzt des Versicherungsunternehmens eine abschließende Beurteilung des Risikos hinsichtlich der Versicherbarkeit ohne Wartezeit möglich ist. Tritt dann in den Wartezeitmonaten eine Erkrankung auf, so muß sich der Versicherer darauf verlassen können, daß sie zur Zeit der ärztlichen Untersuchung noch nicht vorhanden und auch nicht erkennbar war. Es ist daher unerlässlich, daß nicht nur sämtliche bei der Untersuchung festgestellten wesentlichen Befunde offen dargelegt werden, sondern auch, daß die Angaben der zu versichernden Person zur Vorgesichte vollständig und mit der erforderlichen Ge-

*) Der Verband der privaten Krankenversicherungen, Köln, hat uns um die Veröffentlichung des folgenden Aufsetzes gebeten.

1) MB/KK = Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankheitssteuergeldversicherung

2) BAV = Bundesaufsichtsamt für das Versicherungs- und Beusparwesen

3) VerBAV = Veröffentlichungen des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungs- und Beusparwesen

nauligkeit aufgenommen werden. Jeder Fehler in dieser Hinsicht kann für die Versichertengemeinschaft unter Umständen schwerwiegende finanzielle Folgen haben. Darüber hinaus zieht ein solcher Fehler eine Einbuße an Vertrauen in die Sorgfalt des Arztes und damit möglicherweise auch der Ärzteschaft nach sich.

Das Interesse des Patienten

Auch der Antragsteller setzt Vertrauen in den Arzt. Er verläßt sich darauf, daß über seine Angaben hinaus der Arzt den Gesundheitszustand objektiv beurteilt, so daß der Versicherer für Erkrankungen, die normalerweise unter die Wartezeiten fallen, die vereinbarten Leistungen in vollem Umfange und ohne Vorbehalt erbringen kann. Der Untersuchte muß sich darauf verlassen können, daß das Zeugnis des Arztes vom Versicherungsunternehmen bedingungslos akzeptiert wird. Nur dann lohnen sich für ihn Kosten und Zeitaufwand der Untersuchung.

Leider kommt es im Einzelfall vor, daß ein Arzt im falsch verstandenen Interesse seines Patienten unvollständige oder sogar unrichtige Angaben macht und beispielsweise eine von ihm selbst zuvor durchgeführte Behandlung nicht erwähnt. In einem solchen Fall wird nicht nur das Verhältnis zwischen Versicherten und Versicherungsunternehmen stark belastet und das Vertrauen der Versicherten in die private Krankenversicherung untergraben. Ein solcher Einzelfall kann außerdem in größerem Umfange, als es der Sache

entspricht, auch das Verhältnis der Versicherungsnehmer und der Versicherungsunternehmen zur Ärzteschaft allgemein belasten.

Der untersuchende Arzt ist zur Bekanntgabe seiner Feststellungen befugt. Wenn der zu Versicherte mit dem Wunsch nach Untersuchung zum Erlaß der Wartezeit zum Arzt kommt, entbindet er ihn, zusätzlich zur schriftlichen Erklärung im Versicherungsantrag, im Umfang der erforderlichen Angaben von der Schweigepflicht. Übernimmt der Arzt die Beantwortung des Fragebogens, so sind die Fragen auch schon deshalb vollständig und richtig zu beantworten, weil sich der Versicherungsinteressent sonst mit seiner Hilfe einen ihm nicht zustehenden Versicherungsschutz verschafft, der für ihn einen rechtswidrigen Vermögensvorteil darstellt. Die Strafbestimmungen über den Betrug gelten nicht nur für das vollendete oder versuchte Delikt, sondern auch für eine Beihilfe hierzu, für die sich der Arzt nicht hergeben darf.

Aus Kreisen der Ärzteschaft sind in der Vergangenheit manchmal Bedenken gegen die Wartezeiten angemeldet worden. Wartezeiten sind grundsätzlich erforderlich, können aber nach korrekter ärztlicher Untersuchung erlassen werden. Dies kann jedoch nur dann reibungslos funktionieren, wenn die untersuchenden Ärzte, die hier eine Schlüsselstellung einnehmen, mit der gebotenen Sorgfalt die Voraussetzungen erfüllen und die Zeugnisse im Bewußtsein ihrer Verantwortung ausstellen.

Alkoholikerfibel für den Arzt *

von OMR I. R. Dr. med. Felix St e m p l i n g e r

(Fortsetzung)

VI. Familie und Alkoholiker

Die heutige Familie steckt in einer schweren Krise. Die patriarchalische Großfamilie wurde von der Kleinfamilie der Industriegesellschaft abgelöst, in der unsere Alten keinen Platz mehr finden. Gruppenfamilie und Gruppensex sind Versuchsmodelle des modernen Zusammenlebens. In dem Kampf gegen jede Autorität, Kirche und Staat huldigt man der freien Liebe und der wilden Ehe. Im Zuge dieser Entwicklung haben sich trotz Ausschaltung früherer Tabus die Spannungen nicht vermindert und die Neurosen nicht aufgelöst. Die Alkoholikerfamilie entwickelt zwar von jeher ihren eigenen Lebensstil, kann jedoch von den Zeiterscheinungen nicht ganz unberührt bleiben.

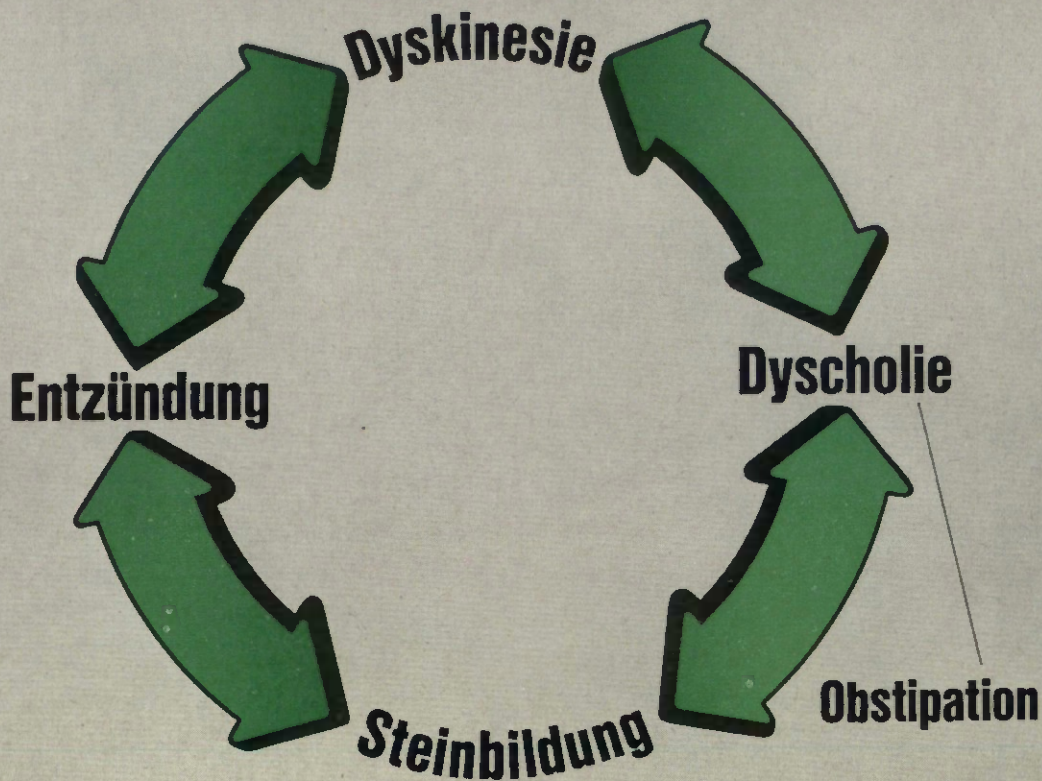
Die Ehe ist gewiß keine geeignete Einrichtung, um labilen Persönlichkeiten Halt und seelisches Gleichgewicht zu vermitteln; denn der Alkoholiker bringt

nicht nur minderwertiges Erbgut, sondern zumeist auch noch die Erscheinungen der eigenen seelischen Fehlhaltung in die Ehe, die durch sein Verhalten wieder an seine Kinder weitergegeben werden. So bewahrheitet sich der Satz, daß sich die „Sünden der Väter bis ins 4. Geschlecht vererben“. Da er sich nach der biologischen Partnerregel (gleicher Charakter, gleiche Intelligenz, gegensätzliches Temperament und Äußeres) einen seinen Problemen und seiner Haltung komplementären Partner sucht, summieren sich die ungünstigen Anlagen und sozialen Bedingungen.

Obwohl er im allgemeinen anlehnungsbedürftig ist, heiratet er durchschnittlich später als andere Männer, während $\frac{1}{4}$ = mehr als der Durchschnitt es vorzieht, ledig zu bleiben. Die Zahlen der Bremer Verhältnisse sind 2 : 1 (St. WIESER).

Zu Beginn der Ehe bleibt der Partner ziemlich ahnungslos, wenn sich der Mißbrauch noch in verhältnismäßig tragbaren Grenzen hält. Unter Alkoholeinwirkung zeigen sich sehr bald brutale Seiten, Mangel an Verantwortungsbewußtsein, so daß der Alkoholiker kaum als beherrschbarer Partner erscheint. Bei seiner ego-

*) Wegen des großen Umfanges wird diese Arbeit in Abschnitten veröffentlicht, die dann in einer Broschüre im Rahmen der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe zusammengefaßt wird.



spasmo-gallo-sanol[®] unterbricht den pathogenetischen Kreis an jeder Stelle

Denn spasmo-gallo-sanol wirkt cholekinetisch, choleretisch, spasmolytisch, bakterizid und mild laxierend

Zusammensetzung:

1 Dragée enthält:
 N-(4-Diphenylmethyl)-atropiniumbromid 7,5 mg
 Fel. Tauri sicc. stand. 100 mg Extr. Frangulae sicc. 20 mg
 Extr. Aloes sicc. 10 mg Acriflaviniumchlorid 3 mg

Indikationen:

Bei allen Cholezystopathien

Dosierung:

2- bis 3mal täglich 1 bis 2 Dragées nach dem Essen

Kontraindikationen:

Verschuß-Ikterus, akute Hepatitis

Hinweis:

Bei fortgeschrittenen Fällen von Prostatahypertrophie kann eine Erschwerung der Blasenentleerung durch höhere Dosen des Spasmolytikums N-(4-Diphenylmethyl)-atropiniumbromid auftreten. Bei klinischen Prüfungen wurden allerdings substanzbedingte Entleerungsstörungen dieser Art nicht beobachtet.

Verschreibungsform:

Packung zu 50 Dragées DM 6,20 inkl. Mehrwertsteuer

Wenn das spastische Geschehen nicht im Vordergrund steht, bei allen Cholezystopathien, bei Völlegefühl, Druckschmerz, gestörter Fettverdauung und Obstipation das seit Jahren bewährte gallo-sanal.

Zusammensetzung:

1 Dragée enthält:
 Fel Tauri sicc. stand. 50 mg
 Magn. oleinic basic 50 mg
 Extr. Frangulae e cart. sicc. 20 mg
 Extr. Aloes sicc. 10 mg
 Acriflaviniumchlorid 3 mg
 Menthol 0,2 mg
 Ol. Menthae pip. 0,4 mg
 Ol. Carvi 0,2 mg

Dosierung:

2- bis 3mal täglich 1 Dragée vor den Mahlzeiten, bei gestörter Fettverdauung 1 bis 2 Dragées vor den Hauptmahlzeiten.

Kontraindikationen:

Verschuß-Ikterus, akute Hepatitis

Verschreibungsform:

Packung zu 50 Dragées DM 4,75 inkl. Mehrwertsteuer

Packung zu 100 Dragées DM 7,60 inkl. Mehrwertsteuer

spasmo-gallo sanol[®]

gallo sanol[®]

zentrischen Einstellung und einem recht geringen Einfühlungsvermögen wird sich kaum eine echte Liebes- und Lebensgemeinschaft aufbauen lassen. Partnerschaft bedeutet mehr: Anpassung, Hingabe, Hilfeleistung, Mitleiden, Opferbereitschaft.

In nüchternem Zustand kann er zuweilen weich, zutunlich aber mehr feige sein, so daß sich die Frauen sehr bald mit dem wechselnden Verhalten abfinden (Januskopf nach LINDEMANN). Trotzdem der Alkoholiker zumeist als Sündenbock in der Familie erscheinen mag, sollte sich der Hausarzt auch die übrigen Familienmitglieder genauer anschauen.

In 50 v. H. dominiert die Frau in der Familie, im übrigen leiden die verängstigten Frauen geduldig unter den traurigen Zuständen oder sie zeigen sich völlig uninteressiert — passiv. Wenn auch die Dominanz solcher Frauen zunächst stillschweigend geduldet wird, so kann im Laufe der Jahre die Überlegenheit solcher Frauen für den Alkoholiker unerträglich werden, namentlich, wenn sein Liebesbedürfnis keine genügende Erfüllung mehr findet. Trotz der schwierigen Verhältnisse halten solche Frauen aus, schon um den Ernährer der Kinder nicht zu verlieren. Kommt die Frau endlich unter dem Druck der Verhältnisse zur Beratungsstelle oder zum Arzt, dann entrollt sich das Bild einer Tragödie, die nach Abhilfe schreit. Trotzdem kommt es vor, daß sie aus Angst vor den Weiterungen für den Mann die angebotene Hilfe wieder ausschlägt. Mitunter sind auch die indolente und die duldende Frau gezwungen, im Interesse der Kinder die Führung in der Familie zu übernehmen.

Besonders schwierig werden die Verhältnisse, wenn beide Partner trinken und sich um die Kinder nicht kümmern, sie vernachlässigen oder mißhandeln, so daß die Behörde einschreiten muß (gerichtliche Bestrafung, Einweisung der Kinder ins Heim).

Verhängnisvoll kann auch ein sogenannter „Frauenüberhang“ werden, wenn die Ehefrau es nicht versteht, im Beisein ihrer Mutter, Tante oder Schwester ihrem Ehemann den gebührenden Platz innerhalb der Familie zu sichern. Kein Wunder, wenn der schüchterne, mehr passiv veranlagte Mann ins Wirtshaus flüchtet und seinen Ärger in Alkohol ertränkt, weil er nicht gewillt ist, das fünfte Rad am Wagen zu spielen. Was den Stellenwert in der Reihe der Sippenzugehörigen anbelangt, so wird der Kranke in der Regel am Schluß eingereiht oder als Mißgeburt gezeichnet.

Kritisch wird die Situation, wenn der Partner aus dem Krankenhaus oder der Heilstätte nach Hause kommt, die Verhältnisse unverändert vorfindet, die Frau nicht gewillt ist, das Regiment abzugeben, die Kinder abseits stehen, die erwartete freundliche Aufnahme ausbleibt und es nicht gelingt, eine Atmosphäre des gegenseitigen Vertrauens und guten Willens aufzubauen. Dann ist der erste Rückfall bereits fällig.

Nicht selten wird der erwachsene Sohn zum Feind Nr. 1, weil er die Mutter in Schutz nimmt, sie vor den früheren Brutalitäten des Vaters bewahren will, oder

Das Inhaltsverzeichnis für 1970 des „Bayerischen Ärzteblattes“ kann über die Schriftleitung, 8000 München 23, Königinstraße 85, angefordert werden.

die Tochter wird das Opfer der Blutschande, wenn sie nicht schon vorher in die Arme des Freundes geflüchtet ist und das erste außereheliche Kind zur Welt bringt. Die Behandlung solcher schwierigen sozialen Zustände setzt menschliches Einfühlungsvermögen, Geduld und Erfahrung voraus. Wer die Presse aufmerksam verfolgt, kann solche Vorfälle täglich, gelegentlich auch zwischen den Zeilen lesen. Wenn ein 11jähriger seinen Vater ersticht, um die Mutter zu schützen, dann sollte man in erster Linie an eine Alkoholikersippe denken. Der Durchschnittsbürger macht sich darüber wenig Gedanken und geht stillschweigend zur Tagesordnung über. Diese Methode, lästige Probleme einzelnen Gruppen von Idealisten zu überlassen, kann bei der heutigen Entwicklung der Suchterkrankungen nur als bedenklich angesehen werden.

Soll man als Arzt oder Sozialarbeiter den Rat geben, die Ehe zu trennen? Nein; denn damit würde man ja seine eigene Einflußmöglichkeit unterschätzen. Außerdem heißt unser Grundsatz: niemals und niemanden aufgeben, sperare contra spem (hoffen gegen alle Hoffnung! — RÖMER 4/18). Man wird demnach in erster Linie versuchen, den Kranken in ärztliche Behandlung zu bringen und die Zustände innerhalb der Familie zu sanieren. Sollte wider Erwarten der Erfolg ausbleiben, dann könnte man wenigstens das Los der Kinder erleichtern. Schließlich sind die Kinder wichtiger als die mögliche Besserung einer fortgeschrittenen Leberzirrhose. Daß dem Betrieb des Kranken ebenfalls Aufmerksamkeit zu schenken ist, kann wohl vorausgesetzt werden. Fühlungnahme mit dem Werkarzt, der Betriebsführung ist notwendig, wenn mit einem Dauererfolg gerechnet werden soll. Mitunter empfiehlt sich ein Betriebswechsel; denn am neuen Arbeitsplatz sind weniger taktlose Reden oder böswillige Reaktionen zu erwarten, z. B. das Zutrinken, um einen Rückfall herauszufordern. Dasselbe gilt naturgemäß auch für die Frauen; denn Frauen können einer alkoholgefährdeten Arbeitskollegin gegenüber viel grausamer und intoleranter sein als Männer in ihrem Kreise (St. WIESER).

VII. Arzt und Alkoholiker

Der Arzt befindet sich dem Alkoholiker gegenüber in einer wenig beneidenswerten Lage; denn der Kranke ist uneinsichtig, wehrt sich zumeist gegen jede Behandlung, weil er „seine Medizin“ nicht entbehren will, schlägt alle guten Ratschläge der Familie in den Wind, trinkt nötigenfalls heimlich und läßt sich höchstens unter dem Druck einer drohenden Scheidungs-

klage, der richterlichen Auflagen, von Anordnungen des Gesundheitsamtes, der bevorstehenden Entlassung aus dem Betrieb, herbei, den Arzt oder eine Beratungsstelle aufzusuchen.

Der Arzt weiß häufig nichts mit ihm anzufangen, selbst wenn die Diagnose bekannt wäre. Er hält ihn wohl für krank, ist aber infolge mangelhafter Orientierung über das Problem Alkoholismus völlig unsicher und versucht wahrscheinlich, den Kranken so rasch wie möglich an einen anderen Kollegen, einen Nervenarzt weiterzureichen. Diese ablehnende Einstellung ist ein Spiegelbild der Haltung der Gesamtbevölkerung dem Suchtproblem gegenüber (K. KRYSPIN-EXNER).

Wer Alkoholiker behandelt, braucht deswegen keineswegs selbst abstinent zu werden. Wenn er aber sich zu diesem Entschluß durchringen sollte, würde seine Abstinenz mitunter Wunder wirken; denn gerade das Aufhörenkönnen ist es, was der Kranke nicht kann, und was er daher am anderen so sehr bewundert, obwohl beim Normalverbraucher in dieser Beziehung ganz andere Voraussetzungen vorliegen.

Der Kranke wird im allgemeinen über nervöse Organbeschwerden klagen, meist ohne Bezugnahme auf die Ursache Alkohol. Man denke daher bei Leuten im mittleren Lebensalter, falls Leber, Magen, Darm usw. im Vordergrund stehen, auch an den Alkoholismus! Man schalte das Labor ein, überweise den Kranken an einen Facharzt oder zur klinischen Überprüfung in eine allgemeine Klinik, weil der Kranke sich wohl kaum dagegen sträuben wird. Man hüte sich, einen Kranken mit der falschen Diagnose Alkoholismus zu vergrämen! Auch schon dagewesen! Ich denke an eine Frau im Klimakterium mit den fliegenden Hitzten auf den Wangen oder an jene Frau, deren Mutter die Enkelin abgöttisch liebte und versuchte, über die Behörde das Sorgerecht für die Kleine zu bekommen, indem sie die eigene Tochter des Alkoholmißbrauchs bezichtigte. Umgekehrt erlebte ich, daß Krankenhausärzte sich gegen die von mir gestellte Diagnose stellten, bis durch den Leberbefund usw. sich meine Auffassung bestätigte. Dabei hatte ich Hunderte von leeren Chantreflaschen auf dem Dachboden vorgefunden, die sie sich im Laufe der Zeit selbst besorgt hatte.

Leider werden die ärztlichen Bemühungen vielfach verkannt und sabotiert. Der Arzt traue dem uneinsichtigen Kranken nicht, soweit er ihn nicht kontrollieren kann; denn er ist in dessen Augen ein Behördenspieler, ein Mann, dem man etwas vormachen kann, der ihn unter der Maske des Freundes und Helfers „ans Messer“ = Heilbehandlung mit Abstinenz liefern möchte. In dieser Zwitterstellung, nämlich der Verpflichtung helfen zu müssen bzw. dem Gefühl, nach Strich und Feden belogen, betrogen und hintergangen zu werden und daher kaum helfen zu können, resigniert gerade der gewissenhafte Arzt, weil er die nutzlosen Behandlungsversuche bzw. eine symptomatische Behandlung verständlicherweise ablehnen muß. Der einen Alkoholiker behandelnde Arzt muß sich damit

vertraut machen, daß jener undankbar, undurchsichtig, unberechenbar, verlogen und unzuverlässig durch und durch ist. Nur zur Krankmeldung erscheint er persönlich, während die Unterschrift für die Krankengeldanweisung bereits von der Ehefrau eingeholt werden muß. Die Zahlung privatärztlicher Atteste usw. wird grundsätzlich vergessen. Die Nervenkrankenhäuser können davon ein Lied singen, weil bei häufigen Arbeitsunterbrechungen die Zahlungsverpflichtung der einzelnen Kassen nicht gesichert ist. Mißerfolge sollten jedoch kein Anlaß sein, einen Alkoholiker aufzugeben; denn auch er hat ein Anrecht auf Hilfe und kausale Behandlung. Die Behörde müßte im Bedarfsfalle mit Hilfe gesetzlicher Maßnahmen dafür sorgen, daß er möglichst frühzeitig im eigenen und im Interesse der Gesellschaft ausreichend behandelt wird. Man sollte daher Personen, die sich für diese schwierige Arbeit opfern, nicht als weltfremde Sektierer bezeichnen, sondern in Dankbarkeit unterstützen; denn gerade die menschliche Zuwendung ist das, was der Kranke vielfach nicht ohne eigene Schuld am meisten entbehren muß, aber um so mehr ersehnt. Sozialarbeiter sind keine Ideologen, sondern täglich Zeugen von Menschenschicksalen, die sich hinter Wohnungswandern nebenan von uns abspielen, aber auch oft die Öffentlichkeit alarmieren. Nur selbstlose, geduldige Kleinarbeit von Mensch zu Mensch wird das Mißtrauen brechen und die vertrauensvolle Atmosphäre schaffen, die für den endgültigen Heilerfolg Voraussetzung ist. Wer also selbst sozial im Beruf, in der Familie versagte oder sich goldene Berge verspricht, wird sich für diese opfervolle Arbeit kaum eignen.

(Fortsetzung folgt)

Standesleben

Aufruf an alle künstlerisch tätigen Ärztinnen und Ärzte!

In der Konstituierenden Sitzung des Kammervorstandes wurde beschlossen, mich mit der Wahrnehmung der Interessen der künstlerisch tätigen Kollegen zu beauftragen.

Ich bitte daher alle Kolleginnen und Kollegen, die sich musikalisch oder im Rahmen der bildenden Kunst betätigen, sich bei mir schriftlich zu melden. Die schriftstellerisch tätigen Kolleginnen und Kollegen werden gebeten, dies beim Generalsekretär des Verbandes Deutscher Schriftstellerärzte, Dr. med. Hans Weigold, 8400 Regensburg, Adolf-Schmetzer-Straße 7, zu tun. Wenn ich einen Überblick über die Zahl der hier interessierten Kolleginnen und Kollegen habe, werde ich mit ihnen Kontakt aufnehmen und sie gelegentlich zu einem Treffen mit Aussprache über die hier interessierenden Dinge einladen.

Dr. Braun
Vizepräsident

46. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

vom 25. bis 27. September 1970

Leitung: Professor Dr. A. Schretzenmayr

(Zusammenfassung der wichtigsten Referate)

Professor Dr. H. H. JANSEN, Darmstadt:

„Der Wandel in der Pathologie der Krankheiten“

Der Referent legte nach Klärung der Begriffe Panoramawandel und Gestaltwandel die Änderung bei den Infektionskrankheiten im Laufe der Zeiten dar. Panoramawandel heißt Veränderung des gesamten ärztlichen Beobachtungsfeldes. Das Krankheitspanorama kann sich vom Standort des Arztes ebenso wie im Laufe der Zeiten ändern. Zum Teil ist der Panoramawandel bedingt durch Abnahme der Kindersterblichkeit und die Überalterung der Bevölkerung. Seuchen, ein großer Teil von akuten Infektionskrankheiten sowie Kropfoperationen und Appendizitis sind als Todesursache weitgehend verschwunden. Zugenommen hat Todesursache infolge Unfall, Fehlbildungen und Leukämien. Heute nimmt der Tod an Herz- und Gefäßkrankheiten mit 45 % die erste Stelle ein, gefolgt von den bösartigen Geschwülsten mit 20 %. Krankheiten wie die Chlorose und der Morbus MÖLLER-BARLOW sind heute völlig verschwunden.

Vom Panoramawandel abzugrenzen ist der Gestaltwandel der Krankheiten, womit die Veränderung im Erscheinungsbild der einzelnen Krankheiten gemeint ist. Man muß einen scheinbaren Gestaltwandel von einem echten Gestaltwandel unterscheiden. Zu ersterem sind vor allem die Therapieschäden und die Variationen zu rechnen, zum Teil gibt es jedoch auch einen echten therapiebedingten Gestaltwandel und eine Spontanpathomorphose.

Die Grippe zeigt nach Zeit und Ort ihres Auftretens oft einen erheblichen Gestaltwandel. Sie tritt sowohl als harmloser „grippaler Infekt“ auf als auch als verschorfende Tracheitis oder schwere hämorrhagische Pneumonie. Die Lobärpneumonie wies bereits vor der Sulfonamidära einen Rückgang der Mortalität auf. Durch die Einwirkung der Chemotherapie kommt es zu einer raschen und nachhaltigen Besserung der klinischen Symptomatologie, nicht aber zu einer Änderung des pathologisch-anatomischen Bildes der Lappenpneumonie.

Die Tuberkulose hat in ihrer Häufigkeit abgenommen; jedes Jahr wird jedoch bei mehr als 50 000 Menschen in der Bundesrepublik eine aktive Tuberkulose entdeckt. Der Prozentsatz an Tuberkulosesterblichkeit betrug von 1946 bis 1969 knapp 2 %, während er vor hundert Jahren noch 22 % ausmachte. Ein grundsätzlicher Wandel im Krankheitsablauf der Tuberkulose tritt unter der Chemotherapie nicht ein. Im zyklischen Ablauf der Tuberkulose behalten Primärinfektion, Generalisation und Organmanifestation auch

unter der Chemotherapie ihre grundsätzliche Bedeutung.

Die Lues hat im Laufe der Jahrhunderte immer mehr an Heftigkeit verloren. Haut- und Knochenformen sind milder und seltener geworden, während seit Beginn dieses Jahrhunderts die progressive Paralyse, Tabes und Aortenlues zugenommen haben. Es handelt sich hierbei wahrscheinlich um eine Spontanmetamorphose der Lues und um eine Verschiebung der relativen Häufigkeit der syphilitischen Organerkrankungen zugunsten der Metalues. Seit 1957 ist ein erneuter Anstieg der Luesinfektionen, besonders in außereuropäischen Ländern, zu verzeichnen. Als Ursache für eine Renaissance der Geschlechtskrankheiten werden neben zunehmender Promiskuität besonders Homosexualität, Änderung der sozialen Struktur der Bevölkerung und ein Anwachsen des Reiseverkehrs genannt.

Der Anteil der Arteriosklerose und durch Blutdruck bedingten Gefäßkrankheiten hat sich seit 1950 knapp verdoppelt. Tödliche Herzinfarkte sind mehr als doppelt so häufig wie vor 20 Jahren.

Bei den Organkrebsen hat sich in den letzten hundert Jahren ein bedeutender Panoramawandel gezeigt. Das Bronchuskarzinom ist an die erste Stelle gerückt, der Magen- und Darmkrebs ist nicht mehr am häufigsten. Noch Ende des vergangenen Jahrhunderts war das Bronchuskarzinom so selten, daß einzelne Beobachtungen im Schrifttum mitgeteilt wurden. Heute sterben 25 % der an Krebsleiden erkrankten Männer an einem Bronchuskarzinom. Das Geschlechtsverhältnis zwischen Männern und Frauen beim Bronchuskarzinom beträgt 8,3:1. Die Korrelation zwischen Tabakkonsum und Bronchuskarzinom ist erwiesen. Aber auch die Gefährdung der Frauen durch Lungenkrebs nimmt seit einigen Jahren zu. Dies kann mit der Tatsache zusammenhängen, daß der Anteil der Raucherinnen größer wird.

Die Arzneimittelschäden nehmen in dem Maße der Wirksamkeit der Medikamente zu. Am häufigsten finden sich Kortisonschäden, gefolgt von Schädigungen des hämatopoetischen Systems, der postantibiotischen Kolitis, den Blutungen durch Antikoagulantien und den Phenacetinschäden, die eine diffussklerosierende interstitielle Nephritis auslösen.

Manches spricht dafür, daß die in den letzten Jahrzehnten beobachtete Zunahme allergischer Krankheiten und bösartiger Geschwülste zum Teil wenigstens mit den ständig steigenden chemischen Schädigungen zusammenhängt.

Professor Dr. F. KÖLLER, Basel:

„Fettsucht, Hyperlipidämie und Gicht“

Am Beispiel des Schweizlers zeigte der Referent, daß das Durchschnittsgewicht des über 35 Jahre alten Mitteleuropäers 15 % höher liegt als das Idealgewicht mit der größten Lebenserwartung, was einem Zuviel an Fettgewebe von ca. 10 kg entspricht. Bei den Frauen nimmt das Übergewicht erst in einem höheren Alter zu, erreicht aber dann bis zum 55. Jahr ebenfalls im Durchschnitt 10 kg. Man neigt heute zur Ansicht, daß die Fettsucht auf eine Störung der Appetitregulation zurückzuführen sei. Normalerweise besteht eine sehr feine Anpassung des Appetits an die Bedürfnisse des Organismus. Eine Herabsetzung des Grundumsatzes ist nur bei einem kleinen Prozentsatz der Fettleibigen nachzuweisen, nämlich bei den Hypothyreosen. Bei der Mehrzahl der Adipösen lassen sich jedoch keinerlei hormonale Störungen nachweisen. Neben hereditären Faktoren spielen das beinahe unbegrenzte Angebot von Nahrungsmitteln, die Qualität der Zubereitung, die überaus große Zahl von Gaststätten und das materielle Wohlergehen beinahe aller Volksschichten eine wesentliche Rolle. Hinzukommt der immer mehr zunehmende Mangel an körperlicher Betätigung. Menschen, die wenig Liebe erfahren haben oder von Sorgen geplagt werden, suchen sich durch Vieleschen schadlos zu halten, der sogenannte „Kummerspeck“ ist also durch psychologische Faktoren ausgelöst.

Die Möglichkeit der Therapie ist beschränkt. Schilddrüsenhormone können nur ausnahmsweise und vorsichtig dosiert verwendet werden, wobei auf thyreotoxische Symptome wie Tachykardien, Nervosität und Schlaflosigkeit genau zu achten ist. Noch größere Vorsicht ist bei der Verwendung von Weckaminen wie Amphetamin und seinen Derivaten angezeigt. Sie können ebenfalls Blutdruckerhöhungen und Schlaflosigkeit hervorrufen. Harmloser sind die Füllstoffe wie z. B. Nestargel, das aus dem Samen des Johannisbrotbaumes hergestellt wird. Oft zeigt sich danach jedoch innerhalb relativ kurzer Zeit wieder starker Appetit. Die wesentlichste Möglichkeit der Verhütung und Behandlung von Fettsucht besteht in erster Linie in der Diät, weniger auch in der körperlichen Betätigung. Die Diät sollte kalorienarm sein, vor allem Gemüse und Obst enthalten, weiterhin sollte der Zucker möglichst vermieden werden, da er nach raschem Blutzuckeranstieg eine hypoglykämische Nachphase auslöst mit entsprechendem Hungergefühl (reaktiver Hyperinsulinismus). Wichtig ist die Tatsache, daß alkoholische Getränke als Kalienträger oft vernachlässigt werden. Ohne praktische Reduktion des Bierkonsums ist jede Abmagerungskur illusorisch.

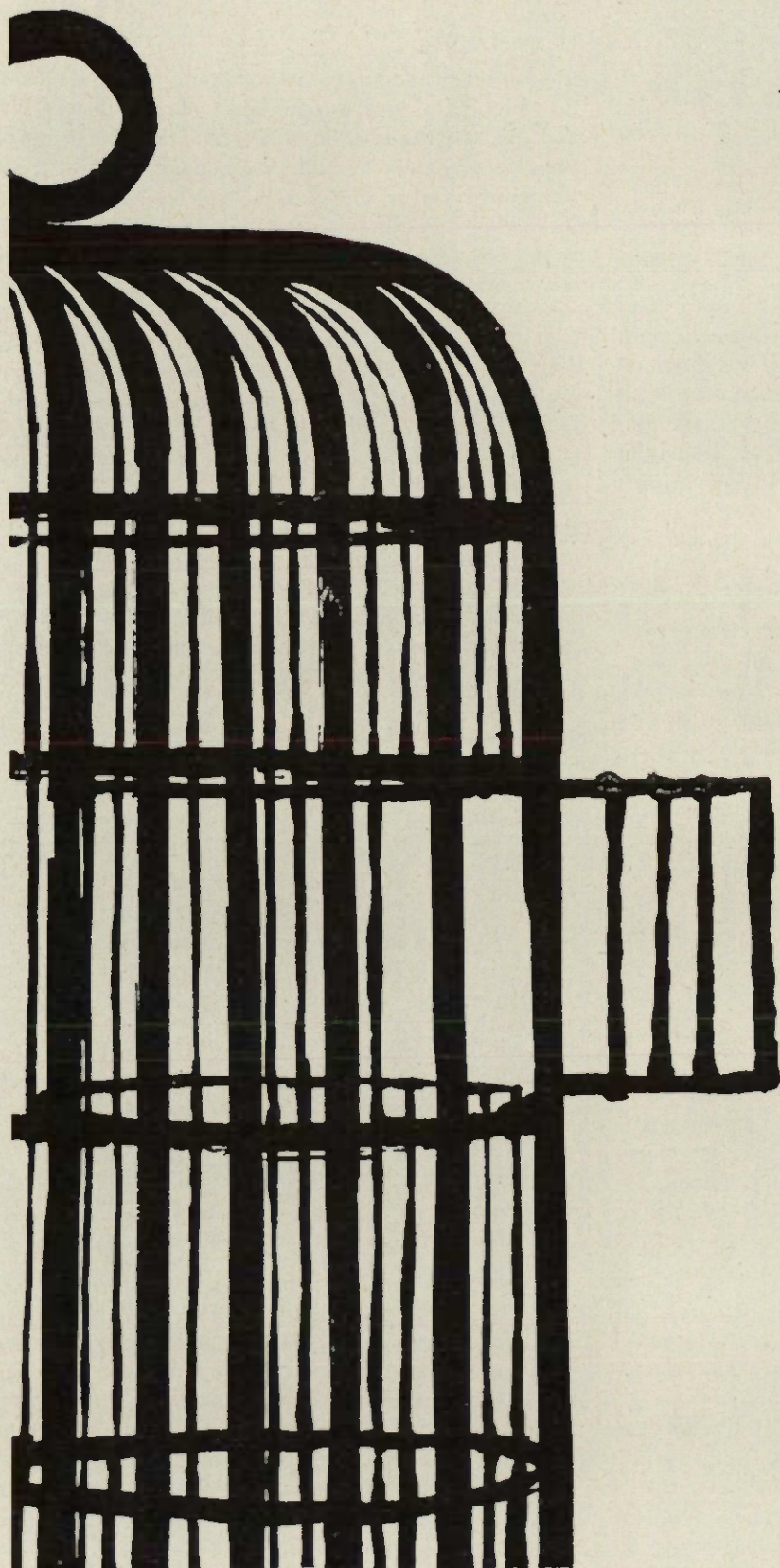
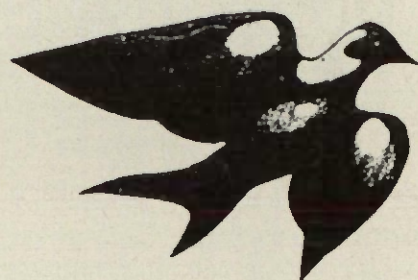
Die sogenannte 0-Kalorien-Diät, bei der nur Wasser, Vitamine und Mineralstoffe zugeführt werden und ein durchschnittlicher täglicher Gewichtsabfall von 0,6 kg bewirkt wird, sollte wegen der Gefahr der Azidose auf die Kliniken beschränkt werden.

Diabetes mellitus und primäre Hyperlipidämie werden oft durch Fettsucht erst manifest. Die Hyperlipidämien kommen sehr wahrscheinlich häufiger vor als der Diabetes mellitus.

Ebenfalls zu den Wohlstandskrankheiten gehört die Gicht, die einerseits auf einer hereditären Anomalie beruht, andererseits aber vor allem durch Überernährung und Alkoholgenuß wesentlich gefördert wird. Bei der Gicht wird nicht nur das Großzehengrundgelenk, sondern grundsätzlich alle distalen Gelenke bevorzugt, während Hüft-, Schultergelenke und Wirbelgelenke sehr selten betroffen sind. Findet sich nach einem operativen Eingriff eine Arthritis, so handelt es sich mit großer Wahrscheinlichkeit um eine Gicht. 95 % der Gichtkranken sind männlichen Geschlechts, weshalb die Diagnose bei Frauen mit Vorsicht gestellt werden sollte. Bei Frauen findet sich die Krankheit meist erst nach dem Klimakterium. Neben Operationen spielen auch andere Stress-Situationen wie akute Infekte, körperliche Überanstrengung, Erregungszustände und alkoholische Getränke eine Rolle. Auch Diuretika können einen akuten Gichtanfall auslösen. Typisch für die Gicht ist die Heftigkeit der Gelenkaffektion im Anfall und die Restitutio ad integrum nach dem Anfall. Weiterhin ist typisch für die Gicht eine isolierte Harnsäurevermehrung über 6 mg%. Nierenbedingte Harnsäureerhöhungen sollten durch Mitbestimmung des Harnstoffs ausgeschlossen werden. Eine gleichzeitige Harnstoffserhöhung durch sekundäre Gichtschäden der Nieren kommt vor, weshalb auch hier an die Gicht als primäre Ursache gedacht werden muß. Als Ursache der Gicht kommen neben einer vermehrten Synthese auch die verminderte Ausscheidung durch die distalen Nierentubuli in Frage. Die erste Ursache trifft wohl bei der Mehrzahl der Gichtkranken zu. Die vermehrte Bildung von Harnsäure beruht wahrscheinlich auf einem Enzymmangel, das die Purine an Phosphorsäure und Ribose koppelt.

Bei der Behandlung des akuten Anfalls wirkt Phenylbutazon sicherer und rascher als Colchicin; per os tritt die Wirkung nach eineinhalb bis drei Stunden, intramuskulär nach einer halben bis einer Stunde auf, Dosierung 3x 0,2 g pro Tag. Die Dosis wird reduziert, sobald die Schmerzen zurückgegangen sind. Besonders bei Niereninsuffizienz ist mit Butazolidin Vorsicht angezeigt. Eine Behandlung mit ACTH wird nur in Ausnahmefällen notwendig, wenn Butazolidin und Colchicin versagen. Im Intervall wird entweder mit Urikosurika, z. B. Benemid oder Anturano, behandelt. Besonders aber bei bereits vorliegenden Nierenschäden sollte den Synthesehemmern (Zyloric) der Vorzug gegeben werden. Diese wirken über eine kompetitive Hemmung der Xanthinoxidase, welche das Xanthin und Hypoxanthin in Harnsäure überführt. Gegenüber der sehr wirksamen medikamentösen Behandlung ist die diätetische Behandlung der Gicht sehr in den Hintergrund getreten. Purinreiche Nahrungsmittel wie die inneren Organe sollten jedoch gemieden, Eiweißträger überhaupt reduziert werden.

Neue Freiheit für den Rheumatiker



BRUFEN

Neues nicht hormonales
Antirheumatikum, hochwirksam und
äußerst gut verträglich.

BRUFEN

Verbessert die Greifkraft,
vermindert Steifheit und Schmerzen.

BRUFEN

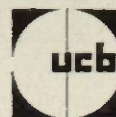
Gut verträglich —
auch bei Magenempfindlichen.

BRUFEN

Praktisch frei von Nebenwirkungen
und Kontraindikationen.

Zusammensetzung:
1 Dragée enthält 200 mg Ibuprofen
OP: 20 und 100 Dragées

UCB CHEMIE GMBH
5159 SINDORF BEI KÖLN





Prof. Dr. F. Koller
Basel



Prof. Dr. H. Mehnert
München

Professor Dr. H. MEHNERT, München:

„Diabetes mellitus, neue pathophysiologische, therapeutische und präventivmedizinische Aspekte“

Das Insulin muß im Mittelpunkt aller Betrachtungen über die Zuckerkrankheit stehen, da der Diabetes mellitus eine erbliche chronische Stoffwechselerkrankung darstellt, die auf einem relativen oder absoluten Mangel an Insulin beruht. Man kennt heute zahlreiche Substanzen, die entweder die Insulinsekretion fördern oder hemmen. Wichtig ist, daß bestimmte Aminosäuren und Aminosäuregemische, also auch Eiweißmahlzeiten, die Insulinsekretion verstärken können. Die bei der Nahrungszufuhr aktivierten gastrointestinalen Hormone können ebenfalls eine vermehrte Insulinsekretion veranlassen. Von den Substanzen, die die Insulinsekretion hemmen, ist das Diazoxid, ein Thiacidabkömmling, von besonderer Bedeutung. Seine Wirkung ist so bedeutend, daß es sogar in der Behandlung von Insulin sezernierenden Inselzelltumoren Verwendung findet. Der wohl bedeutsamste Hemmer der Insulinsekretion ist möglicherweise das Insulin selbst, indem es auf den biologischen Regelkreis einwirkt.

Im Vordergrund der Insulinwirkung steht die Beeinflussung verschiedener Transportvorgänge, z. B. die Förderung des Glukose-, Aminosäure- und Kaliumtransports. Auch die Protein-Synthese wird gefördert.

Das Leitsymptom Polydipsie ist eine Folge der Polyurie, die ihrerseits durch die Glukosurie im Gefolge der Hyperglykämie ausgelöst wird. Die allgemeine Schwäche und vorübergehende Gewichtsabnahme des Diabetikers beruht auf einer gestörten Eiweißsynthese unter Einschmelzung von körpereigenem Protein sowie auf den Glukose-Elektrolyt- und Wasserverlusten im Harn bis zur Exsikkose hin sowie auf dem Abbau des Fettgewebes und seinen Folgen (Ketoazidose).

Man unterscheidet drei verschiedene Stadien des Diabetes, nämlich den Prädiabetes, den latenten Diabetes und den manifesten Diabetes. Der latente Diabetes wird auch chemischer, asymptomatischer oder subklinischer Diabetes genannt. Die einfachste und zuverlässigste Probe zur Erfassung eines latenten Diabetes ist die orale Glukosebelastung mit 100g Traubenzucker in 400 ml Flüssigkeit. Es werden dazu neben einer Nüchternblut-

zucker-Bestimmung 4 weitere Blutzucker-Bestimmungen im Abstand von 30, 60, 90 und 120 Minuten empfohlen. Die Behandlung besteht, je nach Schweregrad der Erkrankung, in Diät oder der zusätzlichen Behandlung mit Tabletten oder/und Insulin. Eine optimale Therapie stellt heute die einzige Möglichkeit zur Prophylaxe von Zweiterkrankungen und Gefäßkomplikationen dar.

In der Behandlung mit oralen Antidiabetika hat sich in letzter Zeit eine bessere gastrointestinale Verträglichkeit bei den Biguaniden seit Einführung der Retard-Dragees ergeben. Bei der Behandlung mit Sulfonylharnstoffen (Tolbutamid) sollte man bleiben, wenn die Diabetiker damit gut eingestellt sind. Auf die neueren Präparate (Euglucon 5) sollte man wegen der Gefahr der Hypoglykämie nur bei schlecht eingestellten Diabetikern und bei Patienten zurückgreifen, die von Insulin auf orale Behandlung umgestellt werden sollen. Das Euglucon 5 hat den Vorteil einer besonders geringen Toxizität und einer noch geringeren Allergiequote als sie das Tolbutamid aufweist. Jugendliche Insulinmangeldiabetiker sind nach wie vor mit Insulin zu behandeln.

Bei der Behandlung des Diabetes mit Insulin sind die alten Probleme noch nicht gelöst worden. Das ideale Insulin, das seinen Wirkungsablauf der Blutzuckerkonzentration anpaßt, gibt es noch nicht und ist bei der derzeitigen Applikationsart auch nicht zu erwarten. Bei einer strengen Diabeteseinstellung, besonders bei jugendlichen Diabetikern, ist daher immer mit Hypoglykämien zu rechnen. Andererseits darf man sich das Fehlen von Hypoglykämien nicht mit einer schlechten Stoffwechselführung erkaufen. Außerdem kommt es infolge der Antigenwirkung des Insulins zur Bildung von Insulinantikörpern, die ihrerseits das Problem der antikörperbedingten Insulinresistenz auslösen. Die Insulinresistenz wird zum Teil mit Altinsulin i.v., Hungertagen, eventuell Kortison behandelt.

Professor Dr. A. MOLL, Rüsselsheim:

„Der Herzinfarkt – Therapie der ersten Stunden und Tage“

Folgende Faktoren sind für einen günstigen Behandlungserfolg von großer Bedeutung:

1. Diagnostische Treffsicherheit der Hausärzte,
2. frühzeitige Einweisung zur stationären Behandlung, also bereits innerhalb der ersten 24 Stunden nach Infarkteintritt,
3. sachgerechte Vorbehandlung durch die Hausärzte.

Eine entscheidende Rolle spielt also die Früherkennung und Frühbehandlung des Herzinfarktes. Der Wert des EKGs wird bei der Früherkennung vielfach überschätzt. In einer großen Anzahl von Fällen läßt sich in den ersten Stunden nichts Auffälliges feststellen, zum mindesten sind keine sicheren Infarktveränderungen erkennbar. Man darf sich also niemals allein auf das EKG verlassen, weil sonst für die Frühbehandlung des

Kranken entscheidende Zeit verloren wird. Richtungsweisend ist die Anamnese. Jeder unter Infarktverdacht angemeldete Patient muß ohne Rücksicht auf die Bettenlage sofort einbestellt und untersucht werden.

In der Differentialdiagnostik des Herzinfarktes ist in Praxis und Krankenhaus als wichtigstes sowohl an das perforierte Magengeschwür und die perforierte Gallenblase als auch an die akute Pankreatitis zu denken.

Die Basistherapie des akuten Herzinfarktes ist die sofortige Ruhigstellung mit Bettruhe, Sedativa und Schmerzbekämpfung. Jeder Kranke mit einem akuten Infarkt sollte sofort ruhiggestellt werden, d. h., er gehört augenblicklich ins Bett. In den ersten Stunden nach Eintritt des Infarktes drohen die Hauptgefahren: akute Herzrhythmusstörungen und kardiogener Kreislaufschock. Etwa 60 % aller Kranken, die dem Infarkt erliegen, sterben innerhalb der ersten Stunde nach Infarkteintritt. Schon bei geringsten Anstrengungen, wie beim Aufrichten oder Gang zur Toilette, kann der Tod eintreten. Zur Beruhigung und Schmerzbekämpfung müssen Sedativa und Alkaloide in hoher Dosierung angewandt werden.

Empfohlene Behandlung: Zunächst 1 bis 2 Ampullen Valium zu je 10 mg, wobei im akuten Stadium eine langsame intravenöse Anwendung bevorzugt wird; ebenso kann 1 ml Luminal-Natrium 1- bis 3mal täglich verabfolgt werden. Für die Nacht bewährt sich die Mischspritze aus Atosil, Megaphen und Dolantin. Dilaudid-Atropin wird bevorzugt, weil es Atemzentrum und Darm weniger lähmt als reines Morphin und durch den Atropinzusatz einem möglichen Erbrechen vorbeugt. In besonders dringlichen Fällen bei intensivsten Schmerzen ist es i.v. zu geben. Auch mit Polamidon i.m. oder langsam i.v. wurden gute Erfahrungen gemacht. Wichtig ist bei der Verabfolgung von Alkaloiden der Ausschluß eines akuten Abdomens. Es sollte versucht werden, den Schmerz unter allen Umständen zu beseitigen.

Bei Krankenhausbeobachtung sollte bei jedem frischen Infarktkranken eine Blutdruck- und Pulskurve geführt werden. Die Werte werden regelmäßig jede halbe oder ganze Stunde gemessen und auf der Kurve eingetragen. Bei Beurteilung des Blutdrucks ist die Kenntnis der Ausgangssituation besonders wichtig. Während beim Normotoniker erst Werte unter 100 gefährlich werden, könnte bei einem Hypertoniker schon ein Wert unter 120 bereits bedrohlich sein. Im allgemeinen gilt die 100/100-Regel, womit gesagt wird, daß der Blutdruck, der unter 100 mm Hg sinkt oder die Pulsfrequenz, die über 100/min steigt, einen drohenden Kreislaufschock andeutet.

Als Vorbereitung für den Transport wird empfohlen:

1. Sedierung und Schmerzlinderung wie oben beschrieben,
2. Sauerstoffverabreichung,
3. richtige Lagerung des Patienten,

4. eventuell Strophanthin-Injektion,
5. Dauertropf mit Plasma-Expander,
6. Xylocain-Injektion bei Rhythmusstörungen.

Da bei fast 90 % aller Herzinfarkte Rhythmusstörungen vorkommen und dadurch die Prognose entscheidend mitbeeinflusst wird, muß frühzeitig mit einer entsprechenden Therapie schon durch den Hausarzt behandelt werden. Gehäufte Extrasystolen, also mehr als 5 pro Minute, oder salvenartiges Auftreten von Extrasystolen müssen umgehend schon vom Hausarzt behandelt werden. Dabei hat sich Xylocain (Lidocain) als Mittel der Wahl herausgestellt. Es hilft zwar nur bei Kammerarrhythmien, schadet jedoch nicht bei Rhythmusstörungen des Vorhofs. Es kann daher auch dann gegeben werden, wenn die Differenzierung der Extrasystolen durch das Fehlen eines EKG-Geräts nicht ermöglicht werden kann. Dazu werden etwa 2,5 ml, also eine halbe Ampulle der 2 %igen Lösung in 2 bis 5 Minuten langsam injiziert. Der Wirkungseintritt findet sich nach 1 bis 2 Minuten, die Wirkungsdauer beträgt 15 Minuten. Danach wird eine neue Infusion notwendig. Man kann auch einer Infusionsflasche mit 500 ml 5 ccm einer 10 %igen Lösung beifügen. Bei der fehlenden Möglichkeit einer intravenösen Injektion, eventuell auch im Anschluß an eine intravenöse Injektion, könnte man 2 Ampullen der 2 %igen Lösung intramuskulär spritzen. Der Wirkungsbeginn liegt bei 20 bis 30 Minuten nach Injektion, Wirkungsdauer 2 Stunden. Als Kontraindikation der Xylocain-Behandlung ist ein a.v.-Block, erkenntlich am auffällig langsamen Puls, zu nennen. Sollte einmal Xylocain versagen, so bietet sich auch Isoptin i.v., eventuell auch Gilurytmal i.m. als Ersatz an. Mit der Strophanthin-Behandlung beim Infarkt ist Vorsicht angezeigt. Routinemäßig sollte Strophanthin nicht gegeben werden, nur wenn Zeichen einer Herzinsuffizienz vorliegen. Das Infarkttherz ist gegen Strophanthin und Digitalis besonders empfindlich. Fälle von Kammerflimmern, die sich unter Strophanthin entwickelt haben, sind bekannt. Die richtige Strophanthin-Dosierung liegt bei 1- bis eventuell 2mal täglich $\frac{1}{8}$ mg Strophanthin. Während Digoxin ebenfalls angewandt werden kann, allerdings mit verzögertem Wirkungseintritt, besteht für Digitoxin eine Kontraindikation.

Zur fakultativen Therapie des Infarktes gehören die antithrombotischen Maßnahmen, wozu zunächst am ersten Tag des Infarktes Heparin in sechsstündigem Intervall verabfolgt wird, später gefolgt von der Behandlung mit Dicumarol (Marcumar). Die Kontraindikationen für diese Behandlung sind dabei besonders zu beachten. Eine Sauerstoffzufuhr ist vor allem dann angezeigt, wenn Dyspnoe, Lippenzyanose oder Schocksymptome vorliegen. Die Zufuhr mit der Nasensonde ist dabei aus psychischen Gründen günstiger als mit einer Maske. Die Erfolge der Behandlung mit Koronartherapeutika beim frischen Infarkt wie die Behandlung mit Ildamen oder Intensain ist umstritten.

(Fortsetzung folgt)

Freie Kassenarztsitze in Bayern

Mittelfranken

Bechhofen, Lkr. Feuchtwangen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Dinkelsbühl: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Langenzenn, Lkr. Fürth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Wendelstein, Lkr. Schwabach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

Niederbayern

Breitenberg, Lkr. Wegscheid (Bayer. Wald): 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Durch Verzicht und Wegzug zum 1. April 1971 frei gewordene einzige Kassenarztstelle. Das Einzugsgebiet umfaßt etwa 4700 Einwohner.

Eggentelden: 1 Hals-, Nasen-, Ohrenarzt
1 Augenarzt

Freyung v. W., Lkr. Wolfstein: 1 Augenarzt

Einzige Augenarztstelle im Landkreis Wolfstein mit Belegmöglichkeit im Kreiskrankenhaus Freyung.

Grafenau (Bayer. Wald): 1 Augenarzt

Kehlheim/Donau: 1 Augenarzt

Landshut: 1 Kinderarzt

Neuschönau, Lkr. Grafenau (Bayer. Wald): 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Durch Verzicht und Wegzug frei gewordene einzige Kassenarztstelle.

Niederviehbach, Lkr. Dingolfing: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Zum 1. Juli 1970 frei gewordene Kassenarztstelle (bisher Gemeinschaftspraxis). Am Ort ist ein zweiter Praktiker niedergelassen.

Wurmannsquick, Lkr. Eggenfelden: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Durch Tod verwaiste einzige Kassenarztstelle; Einzugsgebiet ca. 3500 Einwohner.

Zwiesel, Lkr. Regen (Bayer. Wald): 1 Hals-, Nasen-, Ohrenarzt

Durch Wegzug des einzigen HNO-Arztes frei gewordene Kassenarztstelle. Es besteht die Möglichkeit, Belegbetten im Krankenhaus zu erhalten.

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

Oberbayern

Erding: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Gaimersheim, Lkr. Ingolstadt: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Garching, Lkr. Altötting: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Inchenhoten, Lkr. Alachach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Kirchseeon, Lkr. Ebersberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Kösching, Lkr. Ingolstadt: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Manching, Lkr. Ingolstadt: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Pförring, Lkr. Ingolstadt: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Puchhelm, Lkr. Fürstenfeldbruck: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Waldkralburg, Lkr. Mühldorf: 1 Augenarzt

Wartenberg, Lkr. Erding: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Es wäre günstig, wenn der Bewerber chirurgische Fachkenntnisse zur Versorgung des Belegkrankenhauses Wartenberg hätte.

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

Oberfranken

Enchenreuth, Lkr. Stadtsteinach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Hegnabrunn, Lkr. Kulmbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Eventuell auch im direkt angrenzenden Neuenmarkt.

Hof/Saale: 1 Kinderarzt

Kulmbach: 3 Allgemein-/Prakt. Ärzte

Münchberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Selb: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Scherneck, Lkr. Coburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Töpen, Lkr. Hof: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Wallentels, Lkr. Kronach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

Oberpfalz

Erbendorf: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Eschenbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Hahnbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Mitterteich: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Neumarkt: 1 Augenarzt

Roding: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Sulzbach-Rosenberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Vohenstrauß: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Weiden (Ortsteil Nord): 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Weiden: 1 Nervenarzt

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

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



neu

entschmerzt
entkrampft und
entspannt die Muskulatur
hemmt die Entzündung
kühlt wohltuend
mit erfrischender Duftnote
trocknet nicht aus
hält die Haut geschmeidig und elastisch

Thrombophob[®]-S Gel

für die sportliche Indikation

Das spitzendosierte besonders preisgünstige Heparin-Gel mit 30000 I. E.

Indikationen:

Sport- und Unfalltraumen, wie Blutergüsse, Prellungen, Quetschungen, Muskelkater und -schmerzen, Sehnenscheidenentzündungen

Handelsformen:

O. P.: Tuben mit 40 und 100 g
A. P.: 10 Tuben mit 100 g



NORDMARK-WERKE GMBH HAMBURG
WERK UETERSEN/HOLSTEIN

Schwaben

Alerheim, Lkr. Nördlingen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Augsburg (Ortsteil 4): 1 Augenarzt

Augsburg-Herrenbach (Ortsteil 7): 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Wegzug des bisherigen Praxisinhabers. Wohn- und Praxisräume sind vorhanden.

Augsburg-Oberhausen-Süd (Ortsteil 16):

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Babenhausen, Lkr. Illertissen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Burghelm, Lkr. Neuburg/Do.: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Deiningen, Lkr. Nördlingen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Wiederbesetzung des Kassenarztsitzes.

Haus kann gemietet oder durch Kauf erworben werden.

Jettingen, Lkr. Günzburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Memmingen: 1 Augenarzt

Mindelhelm: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Neuburg/Do.: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Rennertshofen, Lkr. Neuburg/Do.: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Thannhausen, Lkr. Krumbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

Unterfranken

Aldhausen, Lkr. Hofheim: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Gieselbach, Lkr. Alzenau: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Miltenberg: 1 Augenarzt

Schneeberg, Lkr. Miltenberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Wohn- und Praxisräume sind vorhanden.

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

Organisation und Aufgabenverteilung zwischen Chirurgen und Urologen

Die Gesellschaften und Berufsverbände der Deutschen Chirurgen und Urologen haben folgende Vereinbarung getroffen, die unabhängig von der medizinischen Ausbildung, vor allem der Abgrenzung der beiderseitigen Fachgebiete sowie Tätigkeitsbereiche zur Erleichterung der Arbeit in Krankenhaus und Praxis dient.

I.

Das Fachgebiet Urologie umfaßt die konservative und operative Behandlung der Mißbildungen, Erkrankungen und Verletzungen der Nieren, ableitende Harnwege, äußeren und inneren männlichen Genitalorgane, einschließlich der Sterilität des Mannes.

Die operative Behandlung der Erkrankungen und Verletzungen der äußeren männlichen Geschlechtsorgane steht sowohl dem Chirurgen als auch dem Urologen offen.

Chirurgische Operationen werden von Urologen nur dann ausgeführt, wenn das urologische Operationsziel es erfordert.

Chirurgen mit urologischen Kenntnissen wird die Tätigkeit auf urologischem Gebiet nicht verwehrt, solange ein Urologe nicht zur Verfügung steht. Das alte Recht ist zu wahren, Härten sind zu vermeiden. Das gleiche gilt für die Tätigkeit in freier und kassenärztlicher Praxis.

II.

Beide Fachgebiete begrüßen die Einrichtung selbständiger urologischer Krankenhausabteilungen.

III.

Beide Fachgebiete verzichten auf eine Katalogisierung

der einzelnen Operationen. Kataloge in Gebührenordnungen stellen keine Abgrenzung der Fachgebiete dar.

IV.

Beide Fachgebiete wachen gemeinsam darüber, daß Übergriffe in das andere Fachgebiet vermieden werden.

V.

In Streitfällen entscheidet eine Kommission, bestehend aus je zwei Mitgliedern beider Fachgebiete. Die Beteiligten unterwerfen sich der Entscheidung dieser Kommission.

VI.

Beide Fachgebiete werden in ständiger Konsultation gemeinsam interessierende Fragen beraten.

VII.

Diese Vereinbarung tritt nach Genehmigung durch die Organe beider Fachgebiete in Kraft. Sie ist dann der Bundesärztekammer, den Ärztekammern der Länder, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder, dem Westdeutschen Fakultätentag, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Verband der leitenden Krankenhausärzte und sonstigen in Betracht kommenden Organisationen bekanntzugeben.

VIII.

Eine etwaige Kündigung dieser Vereinbarung ist nur mit Jahresfrist möglich. Kommt danach eine Einigung nicht zustande, so gilt die gekündigte Vereinbarung noch auf weitere drei Jahre.

Wahl im Berufsverband Deutscher Anästhesisten

Am 6. März 1971 wurde anlässlich der 1. Bayerischen Anästhesisten-Tagung zum Landesvorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Wiederbelebung für Bayern gewählt:

Professor Dr. med. Erich Rügheimer, Vorstand der Abteilung für Anästhesie an der Chirurgischen Universitätsklinik, Erlangen;

1. Stellvertreter:

Professor Dr. med. Alfred Doenicke, Vorstand der Anästhesie-Abteilung der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik, München;

2. Stellvertreter:

Dr. med. Herbert Grimm, Oberarzt der Anästhesie-Abteilung an der Chirurgischen Universitätsklinik, Erlangen.

Zum Landesvorsitzenden für Bayern des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten wurde gewählt:

Dr. med. Othmar Zierl, Chefarzt der Anästhesie-Abteilung an der Krankenanstalt des Dritten Ordens, München-Nymphenburg;

1. Stellvertreter:

Dr. med. Hermann Schneider, Chefarzt der Anästhesie-Abteilung der Städtischen Krankenanstalten, Aschaffenburg;

2. Stellvertreter:

Dr. med. Otto-Heinz Schulte-Steinberg, Chefarzt der Anästhesie-Abteilung am Kreiskrankenhaus, Starnberg.

Fakultät

München

Medizinische Fakultät der Universität

a. o. Professor Dr. med. Rüdiger BEER, Vorstand des Instituts für Anästhesiologie an der Chirurgischen Klinik wurde zum „ordentlichen Professor für Anästhesiologie“ ernannt.

apl. Professor Dr. med. Kurt SEMM, leitender Oberarzt der II. Universitätsfrauenklinik, wurde zum „ordentlichen Professor für Gynäkologie und Geburtshilfe“ an der Universität Kiel ernannt.

apl. Professor Dr. med. Alfred DOENICKE, wiss. Assistent an der Chirurgischen Poliklinik, wurde zum „Abteilungsvorsteher“ ernannt.

apl. Professor Dr. med. Kurt Walter FREY wurde zum „Leitenden Oberarzt“ des Instituts und der Klinik und Poliklinik für Physikalische Therapie und Röntgenologie ernannt.

Privatdozent Dr. med. Dr. med. dent. Peter FUCHS wurde zum „Oberarzt“ an der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten ernannt.

Privatdozent Dr. med. Thomas GÜRTNER (bisher Regensburg) wurde an die Universität Frankfurt umhabilitiert.

Medizinische Fakultät der Technischen Universität

Privatdozent Dr. med. Alfred OBERDORFER wurde zum „ordentlichen Professor für klinische Chemie und klinische Biochemie“ unter gleichzeitiger Übertragung der Direktion des Instituts für Klinische Chemie und Klinische Biochemie ernannt.

Erlangen-Nürnberg

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt: Professor Dr. med. Kurt BACHMANN für „Innere Medizin“;

Privatdozent Dr. med. Wendelin WALTER für „Neurochirurgie“;

Privatdozent Dr. med. U. STEPHAN für „Kinderheilkunde“.

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt:

Dr. med. Erich LANG für „Innere Medizin“;

Dr. med. Jürgen Bertram VIERTH für „Neuropsychiatrie“;

Dr. med. Peter ZINK für „Rechtsmedizin“.

Professor Dr. med. Helmut VALENTIN, Direktor des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin an der Universität wurde zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin gewählt.

Würzburg

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Gerhardt BÖTTGER für „Chirurgie“;

Privatdozent Dr. med. Rudolf JUCHEMS für „Innere Medizin“;

Privatdozent Dr. med. Ludwig PIPPIG für „Innere Medizin“;

Privatdozent Dr. med. Willibald SCHMITT für „Innere Medizin“.

Zum „Abteilungsvorsteher“ wurden ernannt:

apl. Professor Dr. med. Anthineos PHILIPPOU (Institut für Pharmakologie und Toxikologie);

Privatdozent Dr. med. Martin SPERLING (Chirurgische Klinik).

Zum „Universitätsdozent“ wurden ernannt:

Privatdozent Dr. med. Hans HAUG für „Innere Medizin“;

Privatdozent Dr. med. Lutz VOLLRATH für „Anatomie“.

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt:

Dr. med. Wolfgang BREDT für „Medizinische Mikrobiologie“;

Dr. med. Achim REICHELT für „Orthopädie“.

Eu-Med[®]

gynäkologische Schmerzen
rheumatische Schmerzen
grippale Infekte
Kopfschmerzen

Dosierung
Erwachsene:
1-2 Tabletten bis zu 3 x 2
Tabletten oder bis zu 3 x 1
Suppositorium täglich.
Kinder:
je nach Lebensalter K-1 Ta-
blette oder bis zu 2 Supposito-
rien täglich.
Die Tabletten in etwas Wasser
zerfallen lassen oder vor dem
Einnehmen zerbeißen.

Zusammensetzung:
Tabletten/Suppositorien:
Aminophenazon,
Phenyldimethylpyrazolon,
Phenacetin 55 0,15/0,3 g,
Coffein 0,05/0,1 g.

Handelsformen:
10 Tabletten - DM 1,25
20 Tabletten - DM 2,25
6 Suppositorien - DM 2,-
Großpackung zu 100 Tabletten
Klinikpackungen zu 250 Tabletten
und 250, 500, und 1000 eingeseigelten
Tabletten sowie 50 Suppositorien.

Schmerzerlebnis verlangt
nach Schmerzbefreiung



MED
Pflüger
Berlin 31



Die Medizinalverfassung von 1808 für das Königreich Baiern*

von Dr. Walther Koerting

II. Titel.

Von den Stadtgerichts- und Landgerichtsärzten.

§. 8.

In einem jeden Landgerichte soll ein eigener Landgerichtsarzt, und in jeder größeren Stadt, in welcher ein eigenes Stadtgericht besteht, soll ein eigener Stadtgerichtsarzt angestellt werden, so daß künftig auch nicht der kleinste Distrikt in Unserm Reiche ist, welcher nicht seinen Gerichtsarzt besitzt.

Ein jeder dieser Gerichtsärzte ist, dem gesamten übrigen ärztlichen Personal seines Bezirkes, so wie dem Publikum überhaupt, in allen Gegenständen der Medizinal-Polizei das nächste Organ der Regierung, und er übt allein die gerichtliche Arzneiwissenschaft nach schon bestimmten oder noch zu bestimmenden Vorschriften in jenen Vorfällen aus, zu welchen derselbe von den Untergerichten seines Bezirkes requirirt wird. Diese Gerichtsärzte müssen deshalb verpflichtet, den Kreis-Kommissariaten untergeordnet, und auf besondere Instruktionen angewiesen werden.

Bei der Gleichheit der Geschäfte und Obliegenheiten der Stadtgerichtsärzte mit den Landgerichtsärzten, setzen Wir Erstere den Letzteren am Range, Auszeichnung und Uniform gleich, und werden auch eine verhältnismäßig gleichkommende Besoldung dafür ausmitteln lassen.

§. 9.

Diesen Stadt- und Landgerichtsärzten (§. 8.) wird das ganze in ihrem Bezirke befindliche, medizinische Personal (Tit. I. §. 2 bis 6.) ohne alle Ausnahme und ohne Unterschied des Ranges oder sonstiger Verhältnisse, was die Befolgung der erlassenen Verordnungen, so wie die medizinische Polizei überhaupt betrifft, zunächst zur Aufsicht untergeben.

Durch sie werden Wir Uns von dem Erfolge der im Fache des Medizinalwesens getroffenen Anordnungen, und die Erreichung Unserer diesfallsigen allerhöchsten Absichten überzeugen.

§. 10.

Das bisher Verordnete legt Uns die Nothwendigkeit auf, von diesen Stadt- und Landgerichtsärzten weit mehrere als bloß praktische Kenntnisse zu fordern, worüber sich dieselben vor ihrer Anstellung bei einer

*) Wegen des großen Umfanges wird diese Arbeit in Abschnitten veröffentlicht, die denn in einer Broschüre im Rahmen der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe zusemmengefaßt wird.

darüber jederzeit besonders zu bestimmenden Konkursprüfung nothwendig ausweisen müssen: ferner, eine Verbindung der Stelle eines Gerichtsarztes mit mancher andern, z. B. mit jener eines Medizinalraths, in einem Subjekte zu verbieten.

§. 11.

Die Pflichten, Obliegenheiten und Rechte der Gerichtsärzte setzen Wir vorzüglich auf nachfolgende Punkte fest:

a) Jeder Gerichtsarzt hat die in Unserm Regierungsblatt enthaltenen, oder durch sein Kreis-Kommissariat an ihn gekommenen Verordnungen augenblicklich und genau zu befolgen, und, im Falle sie das übrige ärztliche Personal betreffen, demselben jedesmal durch die Polizeibehörde des Distriktes, mittels Cirkular, mitzutheilen, diese geschehene Mittheilung durch die eigene Unterschrift eines jeden zu erheben, und über die Befolgung derselben zu wachen. Verstößt sich das eine oder andere der ärztlichen Individuen aus irgend einem Fache gegen Verordnungen, so erinnert der Gerichtsarzt dasselbe zuerst, und zeigt im weiteren Übertretungsfalle die Sache dem Kreis-Kommissariate pflichtmäßig an.

b) Jedes die Praxis beginnende ärztliche Individuum weiset bei seinem Antritte dem Gerichtsarzte seines Bezirkes das legale Prüfungszeugnis und die Erlaubniß des Kreis-Kommissariats vor, welches zur Ausübung in diesem Bezirke berechtigt.

c) Jeder Gerichtsarzt hält sich eine genaue Liste über alle in seinem Bezirke befindlichen ärztlichen Individuen aus allen Fächern, worin nebst der Anstellung das Alter und alle übrigen erheblichen Eigenschaften und Notizen aufgezeichnet, der Austritt durch Ortsveränderung oder Tod bemerkt, und die Anzeigen über beide letztere sogleich jederzeit an das General-Kreis-Kommissariat eingesandt werden müssen.

d) Der Gerichtsarzt erholt von allen Ärzten, Landärzten, Chirurgen, Hebammen und Thierärzten seines Bezirkes, die ihnen in ihren Instruktionen vorzuschreibenden Listen und Anzeigen, so wie diese und auch die Apotheker ihre Anstände, Klagen u. dgl. zunächst dahin zu dirigiren haben. Nur wenn sie von diesen Gerichtsärzten erweislich nicht hinlänglich gewürdigt werden sollten, steht der Rekurs zum General-Kreis-Kommissariate offen.

e) Die oben (lit. d) erwähnten Listen begreifen vorzugsweise in sich, die den Ärzten, Landärzten, Chirurgen und Hebammen in der Ausübung ihrer Wissenschaft vorkommenden Geburts- und Sterbefälle, die

letztern mit der noch besonders und allgemein anzuordnenden Leichenbeschau, welche dem Gerichtsarzte unverzüglich zuzusenden sind, und worüber bestimmte Vorschriften folgen werden. Der Gerichtsarzt redigirt aus denselben, mit Beisetzung der Zahl der in seinem Bezirke geschlossenen Ehen, welche Wir ihm von der geeigneten Stelle mittheilen lassen werden, nach einem zu erscheinenden Formular, vollständige Populationstabellen.

Auch die Anzeigen der Ärzte über die ihnen häufiger vorkommenden Krankheiten, vorzüglich contagiöser Art, und der übrigen medizinischen Merkwürdigkeiten, gehören hieher.

f) Besonders hat jeder Gerichtsarzt seine beständige Aufmerksamkeit auf den Gang und die Frequenz der gewöhnlichen sowohl, als außergewöhnlichen Krankheiten zu heften, und seine desfallsige Beobachtungen und Erfahrungen in ein besonderes Buch aufzuzeichnen.

Die in medizinischer und naturhistorischer Hinsicht seltenen und bemerkungswerthen Gegenstände und Erscheinungen, welche zur Kenntniß und Einsicht des Gerichtsarztes kommen, verdienen gleiche Rücksicht. Von vorzüglicher Wichtigkeit aber müssen dem Gerichtsarzte alle, an den Grenzen seines Bezirkes, oder in demselben vorkommenden Epidemien und Epizootien seyn.

Ueber diese Gegenstände hat der Gerichtsarzt jedesmal unverzüglich die Anzeige an das General-Kreis-Kommissariat zu machen, und sich die benöthigten speciellen Verfügungen zu erbitten.

In der Hauptsache werden Wir hierüber eigene Vorschriften, wie die Natur dieser Uebel zu erforschen, polizeiliche und medizinische Maaßregeln dagegen zu ergreifen sind, mit einer förmlichen Contumazordnung, folgen laßen.

g) Der Gerichtsarzt hat fortwährende Wissensbeobachtungen nach bestimmten Vorschriften anzustellen und zu sammeln, aus welchen derselbe nebst den für die Ausübung der Wissenschaft resultirenden Vortheilen, im Vereine mit andern hierauf Bezug habenden Gegenständen, das Material zu einer medizinischen Topographie seines Bezirkes gewinnt. Eine Hauptübersicht davon muß mit jedem Monatsberichte an das Kreis-Kommissariat eingesendet werden.

h) Ueber die den Gerichtsärzten obliegende gesetzliche Schutzpockenimpfung sind in der betreffenden Verordnung vom achten August v. J. die Vorschriften gegeben, und das ferner erforderliche werden Wir durch die General-Kreis-Kommissariate erlassen.

i) Auf die in dem Bezirke gelegenen, der Sanitätspolizei untergeordneten Staatsanstalten aller Art, als auf Krankenhäuser, Pfründnerhäuser, Gebärhäuser, Irrenhäuser, Krankenbesuchungsanstalten, Schulhäuser, Leichenhäuser, Begräbnisplätze, Gefängnisse, ferner auf die Verpflegung der dem Staate angehörig

Waisen bei Privaten, auf die Badeanstalten, Institute und Instrumente zur Belebung der Scheintodten, die für jeden Bezirk erforderlichen chirurgischen Instrumente, dann auf die Apotheken, Materialhändler, Kräutersammler u. dgl. hat der Gerichtsarzt eine besondere surveillirende Aussicht zu halten, und dem General-Kreis-Kommissariate ungesäumte Anzeige zu machen, wenn die über diese Gegenstände erschienenen oder nachkommenden Verordnungen überschritten werden, oder erhebliche Mißbräuche sich eingeschlichen haben sollten, welchen als einer Lokalanstalt nicht von der Lokal-Polizeistelle auf seine Erinnerung abgeholfen werden kann.

k) Der Gerichtsarzt hat die Apotheken-Visitationen mit Beziehung des dazu nach der künftigen Apotheker-Ordnung erforderlichen Personals, in seinem Bezirke in gesetzlicher Form vorzunehmen, und über die Befolgung der festzusetzenden Taxordnung zu wachen. In dieser Hinsicht muß sich derselbe mit der ersten Revision der Apotheker-Rechnungen, welche ihm zu diesem Zwecke zugestellt werden, befassen, und seine schriftlichen Bemerkungen darüber abgeben.

l) Auch auf die Festhaltung der, für die Verrichtungen des übrigen medizinischen Personals zu erscheinenden Taxordnung, hat der Gerichtsarzt zu sehen.

m) Derselbe hat nebstbei eine genaue Aufsicht auf alle in seinem Bezirke befindlichen medizinischen Pfücher zu halten, worunter alle Individuen verstanden werden, welche sich mit widerrechtlicher Ausübung irgend eines Zweiges der medizinischen Wissenschaften, besonders dem Handel mit Medikamenten, dem Ausgeben derselben, dem Verfertigen geheimer Mittel, dieselben mögen Privilegien haben oder nicht, befaßen; da Wir den Verkauf der Arzneimittel ausschließlich nur den ordentlichen Apotheken vorbehalten. Wir haben oben (I. Titel. §. 1-6. II. Titel § 11. Lit. b.) diejenigen, welche als medizinische Pfücher zu behandeln sind, genauer angegeben.

Der Gerichtsarzt requirirt dagegen die Abhülle schriftlich bei der Polizeistelle, und wenn diese säumet, ist pflichtmäßige Anzeige an das General-Kreis-Kommissariat zu machen.

Diesem gemäß darf auch fremden ausländischen Aerzten, Operateurs u. dgl. die Ausübung ihrer Kunst, ohne Vorweis eines eigenen Erlaubnis-Scheines des General-Kreis-Kommissariates nicht gestattet werden.

n) Die vorläufige Auswahl derjenigen Subjekte, welche auf Gemeinds-Kosten als Landärzte, Thierärzte und Kurschmiede in den Unterricht genommen werden wollen, dann die bestimmtere Erwägung der Fähigkeiten derjenigen, welche als Lehrlinge in Apotheken, oder zum Unterrichte in der Hebammenschule anzunehmen sind, steht gleichfalls dem Gerichtsarzte zu.

o) Demselben liegt auch die Aufsicht auf die Irren und Wahnsinnige seines Bezirkes ob, und er hat mit der

Polizeistelle gemeinschaftliche Maaßregeln zur Verhütung aller Nachtheile, welche diese Gattung Unglücklicher sich selbst oder andern zufügen könnte, zeitig genug zu treffen.

p) Nur der Gerichtsarzt ertheilet über die in seinem Bezirke vorhandenen, mit verschiedenen Arten der Gebrechen des Körpers oder der Seele behafteten, und deshalb allgemeine Rücksichten, z. B. zur Verpflegung als vollkommenen Arme, zur Aufnahme in ein Krankenhaus, oder in ein anderes der öffentlichen Institute der Wohlthätigkeit, erfordernden Individuen, (die Fälle, in welchen Wir ausdrücklich eine andere Bestimmung treffen werden, ausgenommen) ein vollgültiges Zeugnis, für welches er auch strenge verantwortlich bleibt.

q) In allen Fällen, in welchen die Lokal-Polizeistellen das Gutachten, die Entscheidung oder die Beihülfe eines Arztes nöthig haben, als z. B. sind: die Untersuchung verkäuflicher Nahrungsmittel, des Getränkes, das Bewohnen neugebauter Häuser u. d. m., ist der Gerichtsarzt des Bezirkes beizuziehen, und das Geeignete von ihm schriftlich dahin abzugeben.

r) Der Gerichtsarzt des Bezirkes muß zur Auswahl der militärpflichtigen Subjekte, jedesmal unfehlbar zugezogen, seine Gründe für oder wider die Tauglichkeit derselben vorgemerkt und im letztern Falle von ihm ein besonderes motiviertes Zeugniß ausgestellt werden.

s) Endlich haben die Untergerichte zur Ausübung der gerichtlichen Arzneiwissenschaft, d. i. zu forensen medizinischen Untersuchungen, Analysen, zu Leichenöffnungen und Wundbeschau, dann zur Ausstellung der über solche Gegenstände erforderlichen Parere, Gutachten und Zeugnisse, nur allein den Gerichtsarzt zu requiriren.

§. 12.

Für alle Gerichtsärzte des ganzen Reiches werden Wir unverzüglich umfassende, die vorgezeichneten Rechte, Pflichten und Obliegenheiten genauer bestimmende Instruktionen entwerfen, und die Formularien und Normen vorzeichnen lassen, nach welchen dieselben jeden Monat regelmäßig, bei außergewöhnlichen Ereignissen, oder auch außer diesem, Bericht an ihr General-Kreis-Kommissariat zu erstatten haben. Uebrigens sind die allgemeinen Dienstpflichten der Beamten auch auf die Gerichtsärzte anwendbar.

Eine vollständige Personal-Nomination aller Gerichtsärzte werden Wir unmittelbar folgen lassen, sobald die General-Kreis-Kommissariate in ihre Funktionen getreten sind.

III. Titel.

Von den Medizinal-Räthen
bei den Kreis-Kommissariaten.

§. 13.

Für die Bearbeitung der medizinisch-polizeilichen Gegenstände geben Wir Unsern General-Kreis-Kommissariaten einen, oder nach Umständen zwei Medizinalräthe bei.

Da die meisten der von ihnen zu behandelnden Gegenstände exekutiver Art sind, andere aber von den Gerichtsärzten schon vorgearbeitet worden, erwarten Wir von diesen Medizinalräthen, daß dieselben überall in ihrem Kreise die von uns festgesetzte Ordnung im Sanitätswesen herstellen und erhalten, die etwa nöthig erachteten geeigneten Vorschläge Uns vorlegen, und Unsern allerhöchsten Absichten entsprechen werden.

§. 14.

Da diese Unsere allerhöchste Bestimmungen wohl zur Förderung der medizinisch-polizeilichen Gegenstände überhaupt, nicht aber für die mit dem medizinischen Personale, vorzüglich den Aerzten und Apothekern vorzunehmenden Prüfungen, dann ferner, nicht zur Bearbeitung medizinisch-forensen Vorfällenheiten, über welche die in Unserm Reiche angeordneten Appellations-Gerichte Gutachten oder Entscheidung nöthig haben, hinreichend sind, so verordnen Wir, daß zu Bamberg, zu München und zu Trient eigene medizinische Prüfungs-Komiteen, welchen zugleich die Bearbeitung der in zweiter Instanz eine medizinische Beurtheilung oder Beleuchtung erfordernden forensen Vorfällenheiten zukommt, bestellt, und die Medizinalräthe dieser Kreise mit fähigen Assessoren, deren Bestimmungen und Ernennungen Wir Uns vorbehalten, auf vier oder fünf Glieder vermehrt werden.

Zu diesen Komiteen in den Hauptstädten München und Bamberg werden Wir die bisher in größerer Anzahl daselbst bestandenen Medizinalräthe verwenden, für die Hauptstadt Trient aber unverzüglich die hierzu benöthigte Anzahl von Assessoren Uns in Vorschlag bringen lassen, und den General-Kreis-Kommissariaten und Justizstellen die deshalb nöthigen Befehle ertheilen, damit in diesen beiden wichtigen Dingen keinem nachtheiligen Aufschube Platz gegeben werde. Nur für die eben erwähnten Gegenstände, d. i. die Prüfungen der Aerzte und Apotheker (da Wir die Prüfungen der Landärzte, Hebammen, Thierärzte und Kurschmiede in Zukunft an jenen Schulen, an welchen sie ihre Bildung erhalten haben, mit Zuziehung der Medizinalräthe des Kreises vornehmen lassen werden), — dann die Berathungen und Bearbeitungen der von den Appellationsgerichten begehrten Entscheidungen und Gutachten, versammeln sich sämmtliche Glieder an diesen medizinischen Komiteen kollegialisch. Die gewöhnlichen außer diesen vorkommenden Gegenstände werden von den General-Kreis-Kommissariaten den hierfür bestimmten Medizinalräthen gleich den übrigen Räthen zur Bearbeitung zugetheilt.

Für die Prüfungen werden Wir die (I. Titel §. 2.) erwähnten Vorschriften, und für die kollegialische Bearbeitung der medizinisch-gerichtlichen Gegenstände, die der neuen Gerichtsverfassung Unsers Reichs entsprechenden Normen bestimmen.

§. 15.

Die Stellen der Medizinalräthe bei den General-Kreis-Kommissariaten werden Wir in Zukunft nur mit solchen bereits angestellt gewesenen Gerichtsärzten besetzen, welche sich durch Vorzüglichkeit ihrer Kenntnisse, durch Thätigkeit und moralisch gutes Betragen auszeichnen.

§. 16.

Die Medizinalräthe bei den General-Kreis-Kommissariaten stehen in gleicher Kategorie mit den übrigen, daselbe konstituierenden Kreisräthen, und rouliren mit diesen nach dem Dienstesalter.

§. 17.

Der Geschäftsgang für die Gegenstände der Medizinal-Polizei ist der für die General-Kreis-Kommissariate überhaupt vorgezeichnete, nach welchem Einlauf, Zuthellung, Bearbeitung, Registratur, Kanzlei und Expedition besorgt wird.

In Gegenständen gemischter Art wird der General-Kommissar ein gemeinschaftliches Benehmen mit jenen Kreisräthen anordnen, in deren Fach dieselben zugleich einschlägig sind, und die Aufsätze gemeinschaftlich unterzeichnen lassen.

§. 18.

Die General-Kreis-Kommissariate haben überhaupt keine Verordnung, und deshalb auch keine in dem Fache der Medizinalpolizei für sich zu erlassen, und keine Verfügung zu treffen, über deren Vorwurf nicht bereits von Uns schon sanktionirte Normen bestehen. Diejenigen seltenen Fälle ausgenommen, in welchen eine unabänderliche Nothwendigkeit keinen Aufschub zuläßt, worüber aber die General-Kreis-Kommissariate jederzeit verantwortlich bleiben, und sogleich an Uns die Anzeige davon zu machen, und Unsere Bestätigung zu erholen haben.

Uebrigens haben die Medizinalräthe der General-Kreis-Kommissariate nur allein die von Uns im Fache des Medizinal-Polizeiwesens erlassenen Verordnungen zu vollziehen, die ihnen übertragenen Gegenstände zu bearbeiten, für die Befolgung der, den Gerichtsärzten und dem übrigen medizinischen Personal ihres Kreises ertheilten Instruktionen und Befehle zu wachen, die von den Gerichtsärzten an sie gelangten legalen Notizen und Anzeigen zu sammeln, gehörig vorzubereiten, und durch das General-Kreis-Kommissariat an Uns einzubefördern. Diesemnach liegt den Medizinalräthen bei den General-Kreis-Kommissariaten besonders ob:

a) Die Sorge für genaue Beobachtung der in dem Fache des Medizinalwesens bisher erlassenen, und die schleunige Exekution der von Uns künftig zu erlassenden Verordnungen, sie mögen die Medizinalräthe, oder das ihnen untergeordnete Personal betreffen:

b) die Sammlung aller von den Gerichtsärzten nach §. 11. Lit. c, d, e, f, g, h, i, k, m, n, theils mittels der monatlichen, theils mittels der außerordentlichen Berichte erstatteten, an sie gelangten Anzeigen und Notizen; welche sie genau zu ordnen, und nach Vorschriften, welche noch erscheinen werden, nach dem Ende eines jeden Vierteljahres, d. i. mit Anfang des Jänners, Aprils, Julys und Oktobers, durch das General-Kreis-Kommissariat Uns vorzulegen haben;

c) die Uebersicht und Kontrolle aller in dem Kreise befindlichen ärztlichen Individuen, besonders aber der Gerichtsärzte, derselben Geschäftsführung und Konduite;

d) die Oberaufsicht auf alle in ihrem Kreise befindlichen, der Sanitätspolizei untergeordneten Anstalten II. Titel §. 11. Lit. i.

e) die Bearbeitung einzelner besonderer Gegenstände, welche Wir ihnen auflegen werden;

f) die Begutachtung auf erledigte und wieder zu besetzende Stellen der Gerichtsärzte, der Aerzte an Instituten der Wohlthätigkeit u. s. w. Von jeder solchen Erledigung durch Tod oder Ortsveränderung müßen Wir unverzüglich in Kenntniß gesetzt werden.

g) die Bewilligung der Reiselizenzen, welche die Gerichtsärzte auf eine längere Zeit als vier Tage bei den General-Kreis-Kommissariaten, und im Falle einer Reise nach Unserer Residenzstadt, durch dasselbe bei Uns unmittelbar nachzusuchen haben.

Doch müßen die Gerichtsärzte in solchen Fällen, gleichwie bei einer sie befallenden anhaltenden Krankheit, ein annehmbares Provisorium treffen, welches in einem als fähig anerkannten Arzte, der in der Bittschrift zu benennen ist, zu bestehen hat;

h) die Begutachtung einer allenfallsigen Vermehrung oder Reduktion des einen oder andern Theiles des ärztlichen Personals, nach den Verhältnissen der Lokalität und der Volksmenge;

i) die Vorschläge und Begutachtungen zu verdienten Belobungen oder Ahndungen des medizinischen Personals ihres Kreises; die Entscheidung der auf das Wissenschaftliche oder Polizeiliche des Medizinalwesens Bezug habenden Zwiste desselben, wenn zu ihnen ein förmlicher Rekurs genommen wird;

k) die Oberaufsicht auf Medizinal- und Apothekertaxen, Apotheken-Visitationen, die Superrevision von dergleichen Rechnungen, wenn sie dazu aufgefordert oder damit beauftragt werden;

l) die Leitung der polizeilichen und medizinischen Vorkehrungen bei ausbrechenden Epidemien, ansteckenden Krankheiten, Viehseuchen u. dgl. worüber ebenfalls jedesmal sogleich an Uns Bericht zu erstatten ist;

m) die Ausmittlung, ob auswärtigen durch Ihre Kreise reisenden Aerzten, Operateurs u. s. w. Unseren gegebenen Verordnungen vom 3.ten August 1805. (Re-



„Das war sein letzter Heuler“
denn jetzt nimmt er
pecticept
das schmeckt gut und hilft

pecticept

der angenehm schmeckende
Langzeit-Hustensaft für den
banalen Husten.

- ausgezeichneter Geschmack
- zentrale Dämpfung ohne
Blockade
- Langzeitwirkung über 8–10 Std.

Das richtige Rezept, wenn Kinder
Husten haben:

pecticept

Kinder (6–12 Jahre) je ein Tee-
löffel morgens und abends,
Kleinkinder (2–5 Jahre) je ½ Tee-
löffel morgens und abends.

Handelsform Flasche mit 90 ml



Sanol-Arzneimittel
Dr. Schwarz GmbH
4019 Monheim/Rhld.

gierungsblatt 1805, St. XL. S. 1012. K.) zu Folge, die Ausübung ihrer Kunst zu gestatten sey.

§. 19.

Ueber alle den Medizinalräthen zugetheilte, von denselben erledigte, oder unerledigt gebliebene Gegenstände, wird der General-Kommissair des Kreises, in den vierteljährig seiner Instruktion gemäß einzusen-

denden Geschäftstabellen, gleichwie für die übrigen Rätthe, seine Bemerkungen machen.

§. 20.

In Hinsicht der Reiselizenzen und übrigen Verhältnisse bleibt es für die Medizinalräthe bei den in der angezogenen Instruktion enthaltenen Bestimmungen.

Aus aller Welt

Königliches Ärztekollegium schockiert Großbritannien und die restliche Welt

So und ähnlich zitiert und glossiert der bundesdeutsche Blätterwald den am 5. Januar 1971 veröffentlichten Bericht des „Royal College of Physicians“.

Das Rauchen von Zigaretten, so wird in diesem Bericht erklärt, ist heute als Todesursache den früher epidemischen Krankheiten Typhus, Cholera und Tbc gleichzusetzen. Der nach neun Jahren nunmehr vorgelegte 148-Seiten-Report hebt hervor, wie groß das Risiko in bezug auf Lungenkrebs, chronische Bronchitis und Herzkrankheiten für den Raucher ist und will erreichen, daß nun wirksame Gegenmaßnahmen von Ärzten und Regierung in Angriff genommen werden. Verglichen mit den Nichtraucher sei für den inhalierenden Zigarettenraucher die Lebenserwartung um 5 1/2 Jahre verringert. Im Zeitalter der vorbeugenden Medizin müsse versucht werden, die Menschen von der Schädlichkeit des Zigarettenrauchens zu überzeugen. Englands Volkswirtschaft könne so jährlich runde 2 Milliarden Mark durch verminderte Krankheitskosten einsparen.

Das Kollegium stellt fest, daß in Großbritannien fast 1/3 aller Männer, die 1968 vorzeitig im Alter zwischen 35 und 64 Jahren starben, Zigarettenraucher waren. Von den knapp 100 000 gestorbenen Männern dieser Altersgruppe würden noch 31 000 leben, hätten sie nicht geraucht, so die Ärzte. Mindestens die Hälfte, möglicherweise auch zwei Drittel dieser 31 000 Todesfälle sei unmittelbar auf das Rauchen zurückzuführen. Zusätzlich seien 1968 in derselben Altersgruppe 3500 Frauen dem Rauchen zum Opfer gefallen. Dieses Zahlenmaterial veranlaßte das dreizehnköpfige Ärztekollegium, Maßnahmen zu fordern, die diesem „Massenmord“ an über 20 000 Männern und Frauen im Alter zwischen 35 und 64 ein Ende setzen. So machten die prominenten Ärzte der britischen Regierung den Vorwurf, daß sie — obwohl seit 1962 durch den ersten Report bereits über die Gefährlichkeit der Zigarette orientiert — es trotzdem an einschneidenden Maßnahmen habe fehlen lassen. Das von Lord ROSENHEIM ge-

leitete Kollegium bezichtigt sie der Angst vor sinkenden Steuereinnahmen und stellt Regierung und Parlament vor die Wahl, sich zwischen Steuereinnahmen oder dem Schutz von Leben und Gesundheit der Menschen zu entscheiden.

Das Kollegium rät ein Überwecheln von Zigaretten auf weniger gefährliche Formen des Rauchens — so auf Zigarren und Pfeifentabak — steuerlich zu begünstigen, Zigarettenreklame zu verbieten, Ärzte und Lehrer sollten als Nichtraucher ein Beispiel geben, Zigarettenautomaten auf öffentlichen Plätzen zu verbieten, tarifliche Begünstigung von Nichtrauchern in Lebensversicherungen, warnende Aufschriften über Teer- und Nikotingehalt auf allen Zigarettenpackungen, Verbesserung der Erforschung der Methoden zur Entwöhnung von Rauchern, die Einführung des Rauchverbotes in Flugzeugen und bei öffentlichen Versammlungen und die Einrichtung von Raucherkliniken.

Obwohl neu, enthält dieser Bericht keine aufsehen-erregenden Erkenntnisse; doch hoffen die britischen Gesundheitsbehörden, daß er der Kampagne gegen das Rauchen wieder Auftrieb geben wird, einer Aktion, die seit 1965 kaum von Erfolg begleitet war, denn der Pro-Kopf-Zigarettenkonsum der Briten ist noch immer um 30 % höher als etwa in der Bundesrepublik.

Wenn man diese Vorschläge genauer besieht, tauchen einige Fragen bezüglich ihrer Durchsetzbarkeit und ihrer Effektivität auf, insbesondere, ob sie in dieser Form überhaupt geeignet sind, das gewünschte und geforderte Ziel zu erreichen.

Zunächst die Frage, ob man sich von einem Verbot der Zigarettenreklame allzuviel erwarten darf? Wenn man dies bejaht, so muß man von der Überzeugung ausgehen, daß die Zigarettenreklame die Menschen zu Rauchern macht und man vergißt die Tatsache, daß die Zigarettenreklame lediglich aus Konkurrenzgründen auf das Umwecheln von einer auf die andere Sorte abzielt. Es gehört eine gewisse Naivität dazu, zu

glauben, daß Raucher die Zigarette vergessen können, wenn sie keine Reklame mehr sehen.

Über den Erfolg des Verbotes der Zigarettenreklame liegen aus den USA einige Erfahrungen vor, die hier kurz aufgezeigt werden sollen. Seit 2. Januar 1971 ist Amerikas Fernsehen ohne Dunstglocke, denn Reklame für Tabakwaren ist verboten. Den Fernsehgesellschaften gehen damit 220 Millionen Dollar Werbeetat pro Jahr verloren. Was jetzt zu klären wäre, ist, wo die Fernsehgesellschaften finanziellen Ersatz finden und wo das „Zigarettengeld“ der Werbung hingehet. Die gedruckten Werbeträger, Magazine, Zeitungen usw. bereiten sich auf ihren Boom vor und auch die Plakatanschläger rechnen mit einem Teil jener jetzt sicher erhöhten Werbeetat-Posten, also auf eine für sie wirtschaftlich gesunde Zukunft. Aber auch zum Fernsehen werden die Tabakfirmen zurückkehren, zwar nicht als zahlende Gäste, jedoch in Form der Huckepack-Werbung. Sie haben nämlich bereits ihre Werbeetats umgegliedert und fördern jetzt große Veranstaltungen von Sportarten, die die Massen anziehen und die im Fernsehen übertragen werden. Die Fa. Winston/Saalem richtete z. B. das Kegeltturnier aus, das mit 80000 Dollar als erstem Preis ausgestattet ist. So beginnt eine neue Welle von Reklame, Wettbewerben und Spielen.

Nachdem der Kongreß seinen Anfall von Puritanismus verdaut hat, der eigentlich nur mit dem noblen Experiment des Alkoholverbotes zu vergleichen ist, das den USA das bestorganisierte Gangsterwesen der Welt bescherte, beginnen sich jetzt die Volksvertreter in Washington darüber Gedanken zu machen, ob sie nicht doch Geister gerufen haben, die sie nicht mehr los werden. Denn das Argument, daß die Öffentlichkeit ein Anrecht auf Unterrichtung über gefährliche oder gesundheitsschädliche Produkte habe, ist bereits ausgedehnt worden. Verbraucherverbände haben durchgesetzt, daß amtliche Warnungen über gefährliches Spielzeug vor Weihnachten ausgestrahlt werden. So kommt auf drei Werbe-Spots über die Puppe eine Warnung, daß sie Feuer fangen könne, wenn man ein Zündholz an ihren Minirock hält. Diese Beispiele können beliebig verlängert werden, denn wohl nichts ist in letzter Konsequenz unschädlich, wenn man es unsachlich behandelt oder wenn man zuviel davon nimmt.

„10 Millionen Amerikaner haben seit 1966 das Rauchen aufgegeben“ verkündete noch Ende 1970 der Chef der US-Registrierstelle für Rauchen und Gesundheit Dr. Daniel HORN. Doch der Jubel war verfrüht. 1970 inhalierten die Amerikaner wieder 3% mehr Zigaretten als 1969.

Eine weitere Frage ist, ob das Verbot von Zigarettenautomaten an öffentlichen Plätzen die Zahl der Raucher senkt, da sie ja hierdurch nach Ladenschluß keine Zigaretten mehr erwerben können, oder ob sie sich nicht während der Geschäftszeit mit Zigaretten reichlich eindecken.

Fraglich bleibt, ob ein Raucher, der ja rauchen will, die Aufschrift „Vorsicht, Rauchen schadet Ihrer Gesundheit“ ernst nimmt und ob sich der Raucher unter den Nikotin- und Teerangaben auf der Zigaretten-schachtel etwas vorstellen kann bzw. will. Zu diesem Ergebnis gelangte jüngst auch ein japanischer Regierungsausschuß, der seine Entscheidung – Hinweise auf Zigaretten-schachteln sind zwecklos – auf das Resultat von ärztlichen und psychologischen Untersuchungen stützte.

Wirkungsvoller und realistischer als die Forderungen des Royal College of Physicians, jener Vereinigung königlich-sozialisierter Ärzte, sind die Empfehlungen des amerikanischen Gesundheitsministeriums: „Um die Millionen von Rauchern, die nicht gewillt sind, das Rauchen aufzugeben, zu schützen, müssen wir unermüdlich fortfahren, weniger gefährliche Zigaretten zu entwickeln und die Raucher dazu zu erziehen, so zu rauchen, daß sie den geringsten Schaden erleiden.“

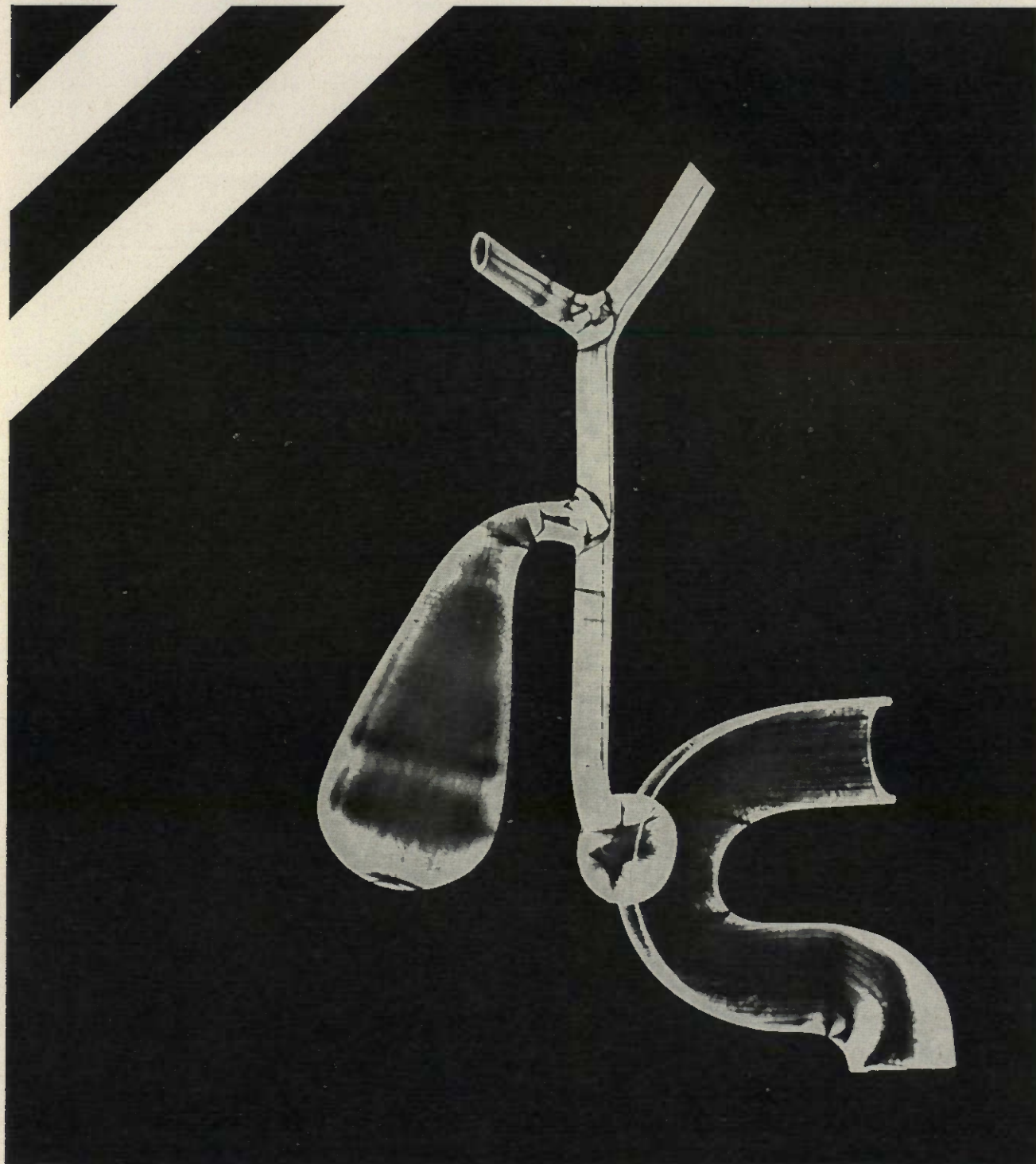
„An diesen weniger gefährlichen Zigaretten arbeitet man in der Bundesrepublik schon seit Jahren intensiv. Mit Hilfe wissenschaftlicher Forschung wird versucht, den Nikotin- und Kondensatgehalt zu reduzieren und auf dem deutschen Zigarettenmarkt werden seit längerem leichtere Zigaretten als in irgendeinem anderen Land angeboten“, so der Verband der Zigarettenindustrie in Hamburg. Mit den bisherigen Erfolgen in der „Entschärfung“ der Zigaretten und der vor fünf Jahren übernommenen Selbstbeschränkung in der Werbung habe die deutsche Zigarettenindustrie jene Entwicklung bereits vorangetrieben, die man nunmehr auch in Großbritannien als notwendig ansieht. Der deutsche Zigarettenraucher nimmt schon heute durch Produktverbesserung bereits 50% weniger Rauchinhaltsstoffe auf als noch vor 15 Jahren. Außerdem sei das Verhalten der Raucher in Großbritannien und der Bundesrepublik sehr unterschiedlich. Filterzigaretten werden in Deutschland zu 70% und in England zu 15% geraucht. Die Bundesrepublik und die Schweiz stehen mit einem Filteranteil von 85% der Produktion an der Spitze der Welt. Außerdem ist jede vierte deutsche Zigarette nikotinarm im Rauch. Ein weiterer Unterschied liege darin, daß der englische Raucher seine Zigaretten bis auf einen ganz kurzen Stummel raucht, was auf die hohen englischen Preise und Steuern zurückzuführen ist. Zudem raucht der Brite um 25% mehr Zigaretten pro Kopf als der Deutsche. Der Werbeetat der bundesdeutschen Zigarettenindustrie betrug 1970 210 Millionen DM, wovon nur 12% auf Fernsehwerbung, 33% auf Plakate und über die Hälfte auf Tageszeitungen, Magazine usw. entfallen. Der Deutsche raucht im Jahresdurchschnitt 1800, der Brite 2300 und der Amerikaner 2600 Zigaretten, wobei sich diese Zahlen auf die Gesamtbevölkerung beziehen.

Angesichts all dieser sicher nur skizzenhaft dargestellten Aspekte erscheint der Weg einer freiwilligen Selbstbeschränkung besser als jene Art von Reports, selbst wenn man ihre Vorschläge als praktikabel an-

Oddibil

Amphocholereticum

®



Beständig.....
Beständig fließt-----
Beständig fließt die Galle

Oddibil®

Amphocholereticum

**– und
beständig fließt
die Galle
wie in
guten Tagen**

Oddibil® regelt den Gallefluß. Als Amphocholereticum wirkt Oddibil® krankhaften Veränderungen des Galleflusses entgegen: bei Hypercholerese hemmend, bei Hypocholerese anregend. Je mehr der Gallefluß übersteigert ist, desto eindeutiger ist die Bremswirkung – und umgekehrt. Die Galle fließt durch diese amphocholeretische Wirkung beständig und gleichmäßig. Um die geringen Schwankungen des normalen Galleflusses kümmert Oddibil® sich nicht: der physiologische Gallefluß bleibt unangetastet. Diesen normativen Effekt der Cholerese-Einpendelung ergänzt eine kräftige Relaxation am Sphinkter Oddi: das Gallenvolumen kann abströmen. Jede Drucksteigerung im Gallenwegsystem wird durch diese Doppelwirkung vermieden. Oddibil®, Amphocholereticum und Sphinkter-Spasmolyticum, stellt die physiologische Exkretion sowie die normalen Druck- und Flußverhältnisse im Gallenwegsystem wieder her.

Indikationen

schmerzhafte Gallenblasen- und Gallenwegs syndrom (Cholezystopathie) und (Cholangiopathie)
Cholelithiasis und Choledocholithiasis
spastisch-hypertonische und hyperkinetische Dyskinesien
hypertonische Stauungsgallenblase
Dyscholie, vor allem Hypercholie mit schmerzhaften Stauungsbeschwerden
Verdauungsstörungen durch unregelmäßigen Gallefluß

Kontraindikationen

Keine; in zahlreichen tierexperimentellen und klinischen Prüfungen erwies sich Oddibil® bislang als atoxisch

Zusammensetzung

je Dragée 250 mg wäßriger Auszug aus *Fumaria officinalis*, sprühgetrocknet

Dosierung

Die Dosierung ist verschieden, je nachdem ob es sich um akute oder chronische Zustände handelt:

Akute Zustände:

Dyskinesien der Gallenwege, Gallenkolik durch Gallensteine, biliärer Migräneanfall:
4–6 Dragées auf einmal.

Chronische Zustände:

Dyskinesien der Gallenwege, Oberbauchschmerzen durch Gallensteine, biliäre Migräneanfälligkeit:
4 Dragées täglich; d.h. je 1 Dragée vor den Hauptmahlzeiten und 1 Dragée vor dem Schlafengehen.

Die Dauer der Verabreichung von Oddibil® wechselt je nach dem klinischen Zustand und erstreckt sich von zwei Wochen bis zu 2–3 Monaten. Die gute Verträglichkeit von Oddibil® gestattet erforderlichenfalls hohe Tagesdosen (6–8 Dragées) oder Kuren von mehrmonatiger Dauer.

A. Diedenhofen KG
Bonn-Bad Godesberg

Oddibil®

sieht. Alle Berichte dieser Art ließen bisher kaum einen nennenswerten Einfluß auf den Zigarettenverbrauch erkennen und so war die Reaktion auf den britischen Raucherreport 1962 ebenso flüchtig wie die auf den Terry-Report 1964 in den USA. Sie blieben alle ohne nachhaltigen Effekt, ähnlich wie die verdienstvolle Schrift von Professor Dr. Paul BERNHARD „Tabaksucht und ihre Bekämpfung“ oder die Schrift „Nikotin“, die Privatdozent Dr. Helmut SCHIEVELBEIN vor zwei Jahren herausgegeben hat. Die Wirkung dieser und ähnlicher Agitation ist also gering, denn Entsagung ist in unserer Triebbefriedigungsgesellschaft unpopulär. Da die Zigarette das beliebteste Massengenußgift unserer Zivilisation ist, kann die negative Reaktion des Publikums nicht verwundern, zumal in Westeuropa über die Hälfte der Bürger Raucher verschiedenster Grade ist.

Ganz am Rande noch ein weiterer Aspekt, der sich stellt: woher nimmt die Bundesrepublik die 6 Milliarden DM in ihrem Haushalt, wenn sie die Bundesbürger zu einem Volk von Nichtrauchern erzogen hat? Die Bürger unseres Staates rauchen in einem Jahr 100 Milliarden Zigaretten, 3,5 Milliarden Zigarren und 2000

Tonnen Pfeifentabak, wofür sie 11 Milliarden ausgeben, und mit 6 Milliarden ist der Staat dabei. „Eine weitere Extrabelastung käme auf alle Träger von Renten- und Pensionszahlungen zu, deren Größenordnung für Großbritannien mindestens 4 Milliarden jährlich beträgt, denn“, so die „Sunday Times“: „die Leute lebten dann ja die 5 1/2 Jahre länger.“

Winston CHURCHILL, bekanntlich ein passionierter Raucher, sagte einmal: „Ein leidenschaftlicher Raucher, der immer wieder von den Gefahren des Rauchens für seine Gesundheit liest, hört in den meisten Fällen auf – zu lesen.“

Quellenangabe

Spiegel	Nr. 4/71
Westdeutsche Allgemeine	vom 6. 1. 1971
Kölnische Rundschau	vom 6. und 7. 1. 1971
Frankfurter Allgemeine Zeitung	vom 6. und 13. 1. 1971
Münchner Merkur	vom 7. 1. 1971
tz	vom 7. 1. 1971
Handelsblatt	vom 7. und 11. 1. 1971
Die Welt	vom 11. 1. 1971
Rheinische Post	vom 11. 1. 1971
Süddeutsche Zeitung	vom 12. 2. 1971 und 3. 3. 1971

Dr. Stordeur

Amtliches

Entschließung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 2. März 1971 (I C 4 – 2505/4 a – 5)

Hubschrauber-Rettungsdienst Bayern

Transport von Blutkonserven

Nach der Bezugsentschließung steht der ADAC-Rettungshubschrauber auch für den Transport von Blutkonserven zur Verfügung. Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, daß der Hubschrauber für solche Transporte häufig auch dann angefordert wird, wenn die Blutkonserven auf einem anderen Beförderungsweg noch rechtzeitig an den Bestimmungsort hätten gebracht werden können.

Durch derartige Einsätze wird der Hubschrauber in einem nicht mehr vertretbaren Ausmaß den primären Aufgaben im Unfallrettungsdienst entzogen. Deshalb ist der Rettungshubschrauber für den Transport von Blutkonserven nur noch in medizinisch begründeten dringlichsten Notfällen anzufordern. Werden solche Einsatzanforderungen über die Polizei gestellt, so sollte eine entsprechende Erklärung des anfordernden Arztes verlangt werden. Bevor eine Einsatzanforderung weitergeleitet wird, muß sichergestellt sein, daß eine geeignete Beförderungsmöglichkeit auf dem Landweg nicht zur Verfügung steht. Der Allgemeine Deutsche Automobilklub e. V. hat sich vorbehalten, in den Fällen, in denen sich herausstellt, daß der Ret-

tungshubschrauber für den Transport von Blutkonserven ungerechtfertigt in Anspruch genommen wurde, die angefallenen Kosten zu erheben. Der Flugstundenpreis beläuft sich zur Zeit auf DM 600,—.

In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, daß auch die Polizei nur in Ausnahmefällen für Blutkonserventransporte herangezogen werden darf. Gemäß Ministerialentschließung vom 28. Mai 1963 – Nr. I C 1 – 2303/1–3 – sind Blutkonserven durch die Polizei nur dann zu befördern, wenn sie für lebensgefährlich Verletzte oder Erkrankte sofort benötigt werden und durch andere öffentliche oder private Einrichtungen nicht rechtzeitig an den Bestimmungsort gebracht werden können.

LSHD/erweiterter Katastrophenschutz

Honorar für ärztliche Untersuchung der Helfer

In Anpassung an die höheren Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen ist auf die Honorarsätze der Entschließung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern in der Fassung vom 3. Mai 1968 ein Zuschlag von 15 v. H. zu zahlen. Diese Regelung gilt für alle ärztlichen Untersuchungen, die nach dem 1. Januar 1971 durchgeführt wurden oder werden, bis zur Einordnung des Luftschutzhilfsdienstes in den Katastrophenschutz (§ 13 KatSG).

Brief aus Bonn

Reformen müssen sein. Niemand, der für eine vernünftige Entwicklung unseres Gemeinwesens ist, wird das bestreiten. Es ist auch gut, daß die Regierung mit einem solchen Nachdruck die Notwendigkeit innerer Reformen betont. In der Vergangenheit sind die Weichen oft falsch gestellt worden. Da ist dem Populären zu oft der Vorrang vor dem Notwendigen eingeräumt worden. Das, was gemeinhin mit dem Wort Sozialkonsum umschrieben wird, ist vielfach für wichtiger gehalten worden als die Entwicklung der sozialen Infrastruktur unseres Landes, deren gute Verfassung langfristig die Voraussetzung für weiteres wirtschaftliches Wachstum ist. Wenn diese Fehler heute gesehen werden, so darf andererseits auch nicht vergessen werden, daß in der Vergangenheit, daß nach dem Krieg die Prioritäten der Politik anders gesetzt werden mußten als heute. Diejenigen, die immer so gerne von den „Versäumnissen der Vergangenheit“ sprechen, haben kräftig daran mitgewirkt, daß eben einzelne Weichen falsch gestellt worden sind. Mehr Geld für Schulen, Krankenhäuser und Straßen, das hätte eben zur Konsequenz gehabt, die private Nachfrage zurückzudrängen, so z. B. durch niedrigere Alters- oder Kriegspferrenten, was in den letzten zwei Jahrzehnten kaum vertretbar noch politisch durchzusetzen gewesen wäre.

So wie die früheren Regierungen vor der Wahl standen, entweder täglich neue Wünsche und Forderungen zu erfüllen, oder aber die Infrastruktur unseres Landes zu verbessern, so wird auch die SPD-FDP-Koalition nicht daran vorbeikommen, sich für Schwerpunkte in ihrer Politik entscheiden zu müssen. Die Reformpolitik der großen Worte ist nicht mehr lange durchzuhalten. Noch einmal hat die Regierung versucht, um eine klare Zäsur in ihrer Reformpolitik herumzukommen. Die Opposition hatte ihr mit einer großen parlamentarischen Anfrage die Möglichkeit gegeben, Klarheit über das zu schaffen, was denn von den vielen Reformplänen wirklich in dieser Legislaturperiode, also bis Mitte 1973, durchgesetzt werden soll. Die Regierung hat tagelang über die Antwort an die Opposition beraten: das Ergebnis ist dennoch dürftig. Weiterhin wird der Öffentlichkeit der ganze Katalog der Reformpläne präsentiert. Über deren Finanzierung wird jedoch nichts gesagt. In der Öffentlichkeit werden Hoffnungen geweckt. Daß die Reformen ihren Preis haben werden, wird weitgehend unterschlagen.

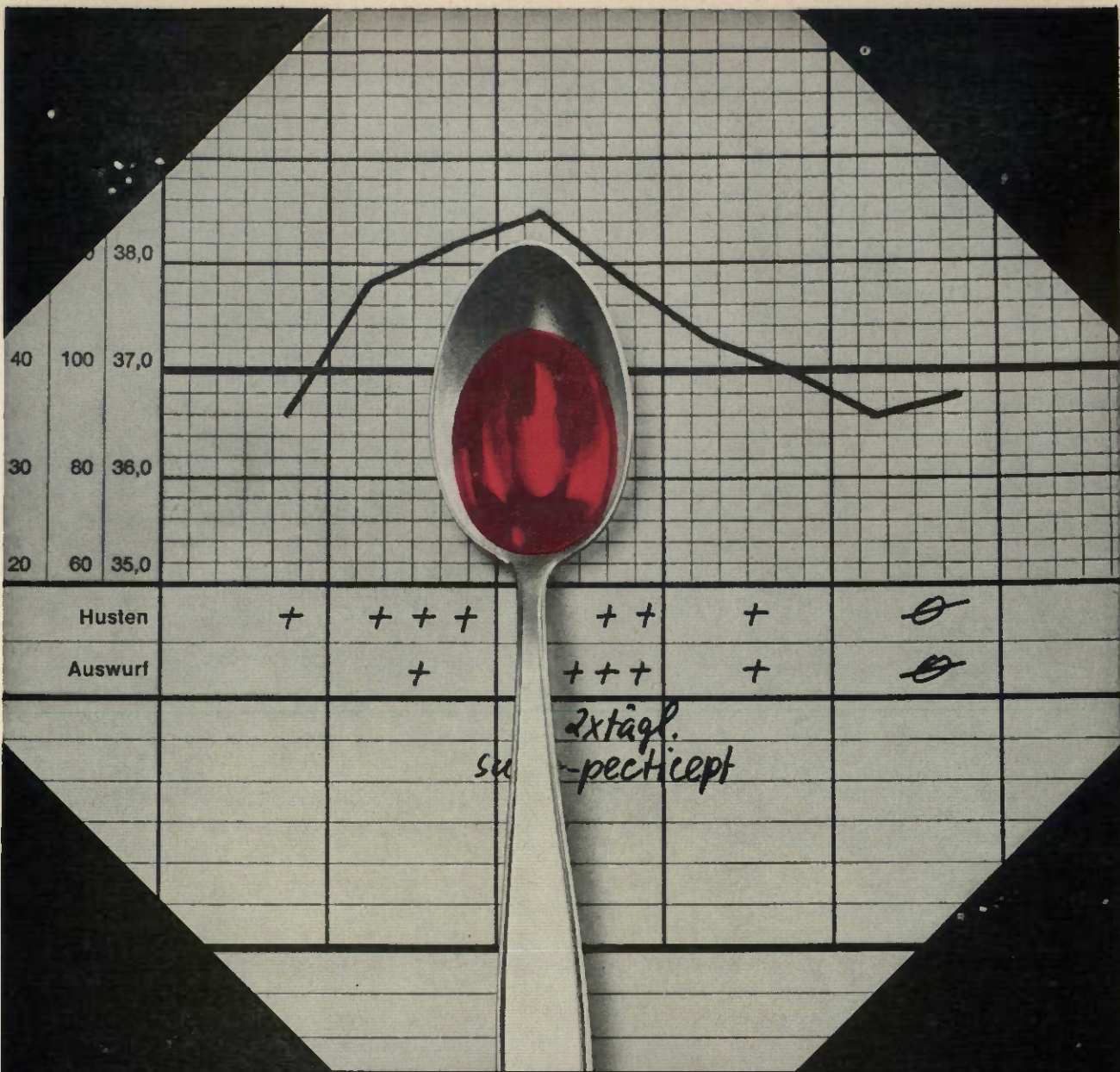
Dabei weiß jedermann, daß Steuererhöhungen folgen werden. Bereits jetzt wird über die Erhöhung der Tabaksteuer, der Branntweinsteuer, der Mineralölsteuer und schließlich auch der Mehrwertsteuer gesprochen. Umstritten ist lediglich der Zeitpunkt und das Ausmaß der Steuererhöhung. Die Beschlüsse werden im Herbst bei der Fortschreibung der Finanzplanung bis Ende

1975 gefaßt. Mit den ersten Steuererhöhungen ist schon 1972 zu rechnen. Der Anfang dürfte bei der Mineralölsteuer gemacht werden. Das Benzin wird dann um drei bis fünf Pfennig je Liter teurer werden. An die Strelchung der Ergänzungsabgabe denkt niemand mehr; sie soll bis 1974 weiter erhoben und dann in den Einkommensteuertarif im Rahmen der Steuerreform eingearbeitet werden.

Wie schwierig es ist, Reformen nicht nur anzukündigen, sondern auch zu verwirklichen, läßt sich am Beispiel der flexiblen Altersgrenze zeigen. Es gibt wohl niemanden, der es nicht für sinnvoll hielte, den Menschen die Wahl zu lassen, in welchem Alter sie sich zur Ruhe setzen wollen. Jedem sollte die Möglichkeit gegeben werden, entweder über die heutige Altersgrenze hinaus zu arbeiten oder aber früher aufzuhören. Die Frage ist nur, wie das finanziert werden kann. Entweder muß derjenige belastet werden, der den Vorteil erhält, seine Rente schon früher beziehen zu können, oder aber es hat die Versicherten-Gemeinschaft für die Mehrbelastung einzutreten.

Wenn eine Altersrente vorzeitig gewährt wird, so fallen Beitragszeiten aus. Für jedes Jahr wird man mit einem um 2,5 % geringeren Rentenanspruch rechnen können. Um etwa diesen Prozentsatz will das Arbeitsministerium beim Vorziehen der Rente diese kürzen. Aber es fallen ja nicht nur Beiträge aus, entscheidend ist, daß die Rente bei einem Vorziehen um zwei Jahre ja auch zwei Jahre länger gezahlt werden muß. Die Versicherungsmathematiker sind sich noch nicht ganz einig, um wieviel Prozent die Rente gekürzt werden muß, wenn nur der Versicherte, der den Vorteil der flexiblen Grenze nutzen will, belastet werden soll. Die Berechnungen schwanken zwischen etwa 4,5 % je Jahr (Heubeck) und 6 % (Schreiber und Allekotte). Auch in Schweden kennt man die flexible Altersgrenze; hier betragen die Abzüge sogar noch mehr als 6 % für jedes Jahr der vorgezogenen Rente.

Eine solche Lösung wird vom Arbeitsministerium abgelehnt, da man das Rentenniveau im allgemeinen nicht für ausreichend hält. Der Durchschnittsverdiener, der 40 Jahre Beiträge gezahlt hat, erhält gegenwärtig eine Rente von 42,5 % seines Erwerbseinkommens. Das ist nicht viel, selbst wenn man berücksichtigt, daß hier ein Netto-Einkommen mit einem Brutto-Einkommen verglichen wird. Zwar werden die Renten von 1973 an wieder rascher steigen. Aber sie können die Löhne, die in den letzten Jahren sprunghaft gestiegen sind, nicht einholen; es sei denn, dem Boom der letzten Jahre würde eine Konjunkturabschwächung folgen, die auch an der Lohnfront zu einer Atempause zwingt. Das Arbeitsministerium geht bei seinen neuen langfristigen Berechnungen über die finanzielle Entwicklung der Rentenversicherung nicht von einer solchen Wachstumspause aus. Vielmehr wird ein gleichbleibender Lohnanstieg von wenigstens 6 % im Jahr unterstellt. Da dies zudem über die Prämissen früherer Rechnungen hinausgeht, kommt man zu dem Ergeb-



Bei **sulfo-pecticept** spricht man über Produktvorteile

- Ausgesprochen angenehmer Geschmack
- Sehr gute Verträglichkeit
- Selektive Dämpfung des Hustenzentrums
- Sichere Wirkung bei fieberhaften Erkältungen durch Sulfadiazin-Komponente

sulfo-pecticept
die wohlschmeckende
Sulfonamid-Kombination
mit Langzeiteffekt
zur wirkungsvollen Therapie
aller fieberigen
Erkältungskrankheiten

Handelsformen
Flasche mit 90 ml
Packung mit 25 Tabletten



Sanol-Arzneimittel
Dr. Schwarz GmbH
4019 Monheim/Rhld.

nis, daß sich bis 1985 bei der Rentenversicherung eine Rücklage von 135 Milliarden Mark ansammelt. Bislang war nur mit 35 Milliarden Mark gerechnet worden. Dieses Geld steht vorläufig freilich nur auf dem Papier. Der Sozialbeirat hat daher zu Recht davor gewarnt, schon heute neue Ausgabenverpflichtungen einzugehen. Die Opposition hält sich in dieser Frage noch zurück. Falls sich in den nächsten Jahren zeigen sollte, daß tatsächlich zusätzlich Geld zur Verfügung steht, dann will man eher das Rentenniveau anheben, die noch vorhandenen Härten in der Rentenversicherung beseitigen und schließlich die Absicherung der Frauen verbessern, als eine flexible Altersgrenze einführen.

Tatsächlich ist bei der flexiblen Altersgrenze Vorsicht geboten, und zwar vor allem wegen der Taktik der Gewerkschaften. Sie setzen sich heute für die flexible Grenze ein und sind bereit, maßvolle Abschläge von den Renten bei einem Vorziehen der Altersrente hinzunehmen. Es ist aber bekannt, daß die Gewerkschaften nach Einführung der vorgezogenen Altersrente verstärkt auf die allgemeine Erhöhung des Rentenniveaus drängen wollen. Sicher ist aber, daß höhere Renten und die flexible Altersgrenze in den nächsten zehn Jahren nicht zu finanzieren sind, es sei denn um den Preis weiter steigender Rentenbeiträge oder höherer Bundeszuschüsse, die den Steuerzahler belasten würden. Wenn aber mehr Geld in die Rentenversicherung gesteckt wird, so fehlt es eben für den Ausbau der Infrastruktur unseres Landes.

bonn-mot

Askulap und Pegasus

Schon bald nach Abschluß seiner Berufsausbildung begann Dr. Wolfgang NITSCHKE, 8500 Nürnberg, Carl-von-Linde-Straße 30a, „aus entsprechenden Stimmungen heraus“ zu dichten und diese Verse später zu sammeln. Sie betreffen neben lyrischen Gedanken vor allem Dinge des Alltags, die ihm einer mehr oder weniger ironischen Betrachtung wert erscheinen. Er hat bisher kein Gedicht veröffentlicht, da sich nie eine rechte Gelegenheit dazu bot, nahm aber an den Lesungen der Bayerischen Landesgruppe des Bundesverbandes der Deutschen Schriftstellerärzte teil.

In den letzten Jahren hat sich außerdem bei ihm als eine Art Hobby die Computermedizin herauskristallisiert, über die er größere Arbeiten veröffentlicht hat (Med. Welt 21, Nr. 8/9), und der er weiterhin sein privates Augenmerk widmet.

Geboren wurde unser Kollege und Confrère Wolfgang Nitsche am 22. April 1926 in Lyk (Ostpr.) als Sohn eines Tierarztes. Ohne seine Heimat näher kennenzulernen, wuchs er hauptsächlich in Berlin auf, wo er 1944 das Abitur bestand. Nach einjähriger Dienstzeit bei der Marine und einem halben Jahr Gefangenschaft nahm er 1946 in Berlin das Studium der Veterinärmedizin

auf, bekam 1952 die Approbation und promovierte im Jahre 1956.

Nach neunjähriger Tätigkeit in der Lebensmittelhygiene (ebenfalls in Berlin) steht er seit 1960 in den Diensten der pharmazeutischen Industrie bei der Sandoz AG Nürnberg. Seit mehreren Jahren gehört er dort der Medizinischen Abteilung an.

Wir bringen von ihm das zarte lyrische Gedicht „Nebel“, die betrachtenden Gedanken über „Die drei Zeiten“ des Menschen und die zeitkritischen Verse zu zwei weitverbreiteten Gewohnheiten der Menschen in unserer Zeit, der Nachlässigkeit in der Gesundheitsfürsorge gegenüber sich selbst (Behandlung der Zuckerkrankheit) und der Außerachtlassung oft der einfachsten Umgangsformen (Das Benehmen).

Dr. Robert Paschke, 8535 Emskirchen

Aus dem schriftstellerischen Schaffen Nitsches

Nebel

Wie das Dorf am Weiher
atmet seine Ruh'
kommt des Nebels Schleier
schützend auf mich zu.

Du nur kannst mich tarnen
so wie ich es will;
mögen Menschen warnen,
um mich ist es still.

Ich fühl' mich geborgen
durch des Zaubers Kraft,
ledig aller Sorgen,
denn ich hab's geschafft.

Doch ich hab' Bedenken,
höre wie im Chor:
tu' dein Schicksal lenken!
Hält der Zauber vor?

Und die Nebel steigen
aus des Tales Grund,
tanzen ihren Reigen,
öffnen Abgrund's Schlund.

Die drei Zeiten

Der großen Zeiten gibt es drei
allhier auf dieser Erden,
von denen eine stets vorbei
und eine erst im Werden.

Die Gegenwart ist meist bescheiden:
viel böse Dinge uns begleiten,
und nur der Heuchler ist zufrieden
und voller Zuversicht hienieden.

Die Zukunft noch viel trüber scheint,
da Ungewisses sich vereint
zu tiefer, dunkler Nacht,
aus der so mancher nicht erwacht.

Doch das Vergang'ne will ich loben
und danke meinem Schöpfer droben,
daß er viel Schönes mir geschenkt,
mein Schicksal gütig hat gelenkt.

Am Ende bleibt nur eine Zeit,
die beiden andern sind zerstört,
und das ist die Vergangenheit,
die jedem Wesen einst gehört.

Behandlung der Zuckerkrankheit

Mir geht's recht gut auf dieser Welt,
doch hat man Zucker festgestellt.
Der Doktor würd' mich gern behandeln:
Mittels Diät, Bewegung, Sport,
da sollt' ich mich zum Schlanken wandeln.
Doch ist mir unbequem sein Wort.
Stattdessen eß' ich fröhlich weiter,
auch stört der Durst in keiner Weise;
er stimmt — im Gegenteil — mich heiter,
denn Bier ich über alles preise.
Erst wenn Gangrän, Gicht mich plagen,
möcht' so allmählich ich gesunden
und werde dann den Doktor fragen,
was an Arzneien man erfunden. —
Gäb's nicht das Wirtschaftswunder,
so lebten wir gesunder.

Das Benehmen

Kein Mensch wohl auf der weiten Welt
war so auf Sitten eingestellt
wie einst der Herr von Knigge;
er schloß die letzte Lücke:
Wie und wo man sitzt bei Tische,
wie zerlegt und ißt man Fische;
so gab jegliches Benehmen
für Herrn Knigge neue Themen.
Doch nach den Kriegen eins und zwei
war's mit den Sitten fast vorbei.
Es blieben nur die schlechten,
die heut' die Menschheit knechten.
Auch Frau Pappritz' neues Buch
blieb ein kläglicher Versuch ...
Wenn dies Herr Knigge wüßte,
er reformieren müßte.

Kongresse

Symposium Epidemiologie und epidemiologische Methodik

vom 11. bis 14. Mai 1971

(Im Rahmen des II. Sozialmedizinischen Kurses vom 19. April bis 14. Mai 1971)

Dienstag, 11. Mai 1971

8.30 — 9.30 Uhr:

Theorie epidemiologischer Untersuchungen

Prof. Dr. H. Schaefer, Direktor des I. Physiologischen Instituts der Universität Heidelberg, Institut für Sozial- und Arbeitsmedizin
— Diskussion —

10.30 — 11.30 Uhr:

Ergebnisse epidemiologischer Untersuchungen

Priv.-Doz. Dr. Maria Blohmke, Institut für Sozial- und Arbeitsmedizin der Universität Heidelberg, Abteilung für prospektive Epidemiologie
— Diskussion —

14.00 — 15.00 Uhr:

Soziologischer Bezugsrahmen von Befragungsergebnissen — Theorien mittlerer Allgemeinheit

Prof. Dr. Chr. von Ferber, Fakultät für Soziologie der Universität Bielefeld
— Diskussion —

Mittwoch, 12. Mai 1971

8.30 — 9.30 Uhr:

Modellfindung bei epidemiologischen Untersuchungen

Prof. Dr. H. Schaefer, Heidelberg
— Diskussion —

10.30 — 11.30 Uhr:

Der Fragebogen — Entwicklung, Standardisierung und Grenzen seiner Anwendung

Dr. L. von Ferber, Fakultät für Soziologie der Universität Bielefeld
— Diskussion —

14.00 — 15.00 Uhr:

Grundlagen und Anwendungen einiger statistischer Methoden

Dipl.-Phys. J. Kleinschmidt, Institut für medizinische Optik der Universität München
— Diskussion —

Donnerstag, 13. Mai 1971

8.30 — 9.30 Uhr:

Planung von Feldstudien

Priv.-Doz. Dr. Maria Blohmke, Heidelberg
— Diskussion —

10.30 — 11.30 Uhr:

Sprachsoziologische Methoden

Dr. R. Nippert, Fakultät für Soziologie der Universität Bielefeld
— Diskussion —

14.00 — 15.00 Uhr:

Grundlagen und Anwendungen einiger statistischer Methoden

Dipl.-Phys. J. Kleinschmidt, München
— Diskussion —

Freitag, 14. Mai 1971

9.00 — 10.00 Uhr:

Skalierungsmethoden

Dr. P. Ründe, Fakultät für Soziologie der Universität Bielefeld
— Diskussion —

13.00 — 15.00 Uhr:

Seminar: Besprechung des Modells einer geplanten Studie in Anwesenheit sämtlicher Referenten des Symposiums

Bei den meisten Referaten werden praktische Übungen durchgeführt.

Es wird darauf hingewiesen, daß für die Teilnahme an epidemiologischen Lehrgängen für junge, interessierte Kollegen die Möglichkeit einer finanziellen Förderung durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft besteht. Es wird gebeten, die Anträge nach vorheriger Befürwortung durch den Veranstalter direkt an die Deutsche Forschungsgemeinschaft in Bad Godesberg zu stellen.

Die Teilnahme am Symposium selbst ist kostenlos.

Zimmerbestellungen durch die Bayerische Akademie können nicht vorgenommen werden. Es empfiehlt sich daher, umgehend Quartierbestellung beim Fremdenverkehrsamt der Landeshauptstadt München, 8000 München 2, Rindermarkt 5 – Haus drei Rosen – vorzunehmen. Sie erhalten von dort entsprechende Unterlagen für Ihre Zimmerreservierung.

Tagungsort: 8000 München 22, Pfarrstraße 3

Auskunft: BAYERISCHE AKADEMIE FÜR ARBEITSMEDIZIN UND SOZIALE MEDIZIN, 8000 München 22, Pfarrstraße 3, Telefon (08 11) 21 84 / 259 - 260 – Dr. W. Brenner, Dr. E. Hoffmann.

21. Wissenschaftlicher Kongreß des Bundesverbandes der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

vom 22. bis 25. Juni 1971 in Bad Reichenhall

Vom 22. bis 25. Juni 1971 findet der 21. Wissenschaftliche Kongreß des Bundesverbandes der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes unter der Leitung von Obermedizinaldirektor Dr. Alfred Böhm, 1. Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, statt.

Thema:

Kur und Erholung – Der Mißbrauch von halluzinogenen Drogen – Hygiene im Kurort

Mit dem Kongreß ist eine Ausstellung verbunden. Parallelveranstaltungen für Tuberkulosefürsorgeärzte und Jugendzahnärzte.

Auskunft: Obermedizinaldirektor Dr. Alfred Böhm, 8000 München 19, Bothmerstraße 6/1, Telefon (08 11) 16 25 19 und Oberregierungsmedizinalrat Dr. Erich Schuster, 8240 Berchtesgaden, Gmundberg 7, Telefon (086 52) 2438

Kongreß über Anthrozoosen

vom 28. bis 30. April in Kosice

Die Tschechoslowakischen Gesellschaften für Infektionskrankheiten, für Mikrobiologie und Epidemiologie der Tschechoslowakischen Medizinischen Gesellschaft veranstalten vom 28. bis 30. April 1971 in Kosice einen Kongreß über Anthrozoosen mit internationaler Beteiligung.

Auskunft: Sekretär Dr. med. O. Bálint, Klinik für Infektionskrankheiten, Micklewiczova 13, Bratislava/CSSR

Symposium des Bayerischen Sportärzte-Verbandes

am 25./26. Juni 1971 in Pommersfelden bei Bamberg

Der Bayerische Sportärzte-Verband e. V. veranstaltet am 25./26. Juni 1971 in der Orangerie des Schlosses Pommersfelden bei Bamberg ein Symposium mit dem Thema „Sportmedizin-Turnphilologie“.

Teilnehmergebühr: DM 20,-

Auskunft und Anmeldung: Dr. Kurt J. Hofer, 8602 Steppach über Bamberg, Telefon (095 48) 236

Kurs über Methoden der Lungenfunktionsanalyse für Praxis und Klinik

vom 21. bis 23. Juni 1971 in Bad Reichenhall

Vom 21. bis 23. Juni 1971 findet im Klinischen Sanatorium Trausnitz der LVA Niederbayern/Oberpfalz ein Kurs über „Lungenfunktionsanalytische Methoden für Praxis und Klinik für Ärzte und Arzthelferinnen“ statt. Der Kurs soll in die Theorie und Praxis der heute gebräuchlichen Methoden der Lungenfunktionsanalyse einführen.

Die Kursteilnahme ist gebührenfrei.

Wegen der Beschränkung der Teilnehmerzahl ist umgehende Anmeldung erforderlich.

Auskunft und Anmeldung: OMR Dr. med. W. Günthner, Klinisches Sanatorium Trausnitz, 8230 Bad Reichenhall, Salzburger Straße 9–12



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

Dismenol

(Parasulfamidobenzoensäure 0,05 g, Oimethylamino-phenyldimethyl-pyrazolon 0,25 g)

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

3. Diagnostik-Woche in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

vom 5. bis 9. Mai 1971 in München - Messegelände -

Vorsitzender:	Prof. Dr. med. E. Fromm, Hamburg
Kuratorium:	Dr. med. F. Dauma, Wien, Präsident der Österreichischen Ärztekammer Dr. med. P. Nef, St. Gallen, Vizepräsident der Verbindung der Schweizer Ärzte Prof. Dr. med. H. J. Sewering, München, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer und Vizepräsident der Bundesärztekammer Dr. med. J. Thibaut, Luxemburg, 1. Vorsitzender der Association des Médecins et Médacins Dentistes du Grand-Duché de Luxembourg
Veranstalter und Auskunft:	Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik a. V., 7000 Stuttgart 70 (Degerloch), Hans-Nauffer-Weg 2, Telefon (07 11) 76 14 54
Ausstellung:	Internationale Fachausstellung „Medizin und Technik – Diagnostica – Therapeutica“ München – Messegelände
Eröffnung und Fastvortrag:	4. Mai 1971 – 20.00 Uhr – Kongreßhalle – Prof. Dr. med. Dr. med. h. c. Rudolf Zenker, Chirurgische Klinik, München Thema: „Medizin und Technik“
Anmeldung:	Münchener Messe- und Ausstellungsgesellschaft mbH 8000 München 12, Theresienhöhe 15, Telefon (08 11) 7 67 14 61
Quartiervermittlung:	Fremdenverkehrsamt der Landeshauptstadt München, Abt. Information und Betreuung 8000 München 2, Bahnhofplatz 2, Telefon (08 11) 55 58 81

Schwerpunkthemen der Halbtage

Mittwoch, 5. Mai 1971

- 9.00–12.30 **Diagnostik und Therapie der Nierenerkrankungen und der ableitenden Harnwege**
Halbtagspräsident: Prof. Dr. med. Klosterhalfen, Urologische Universitätsklinik und Poliklinik, Hamburg
- 14.30–18.00 **Medizin und Technik**
Halbtagspräsident: Dir. Dreyer, Erlangen, Siemens AG, Bereich Elektromedizin, Erlangen
Prof. Dr. Dr. med. E. H. Graul, Marburg/Lahn

Donnerstag, 6. Mai 1971

- 9.00–10.30 **Die Multimorbidität im Alter als diagnostisches Problem mit therapeutischen Konsequenzen**
Halbtagspräsident: Prof. Dr. med. B. Steinmann, Inselspital, Bern
- 11.15–13.00 **Die Frühdiagnose der Mammatumoren**
Halbtagspräsident: Prof. Dr. med. W. Gusek, Pathologisches Institut der Städt. Krankenanstalten, Karlsruhe
- 14.30–18.00 **Diagnostik der Gelenkserkrankungen mit therapeutischen Konsequenzen**
Halbtagspräsident: Prof. Dr. med. B. Schuler, Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie, Gersfeld

Freitag, 7. Mai 1971

- 9.00–12.30 **Diagnostik und Therapie der Anämie**
Halbtagspräsident: Prof. Dr. med. W. Stich, Institut für Hämatologie, München
- 14.30–18.00 **Diagnostische Probleme bei Lymphknotenmarkkrankungen**
Halbtagspräsident: Prof. Dr. med. W. Frommhold, Medizinisches Strahleninstitut der Universität Tübingen

Samstag, 8. Mai 1971

- 9.00–10.30 **Leitsymptom chronischer Durchfall durch Fehlverdauung (Maldigestion) und Fehlorosorption (Malabsorption) – Klinik – Diagnostik – Therapie**
Halbtagspräsident: Prof. Dr. med. G. A. Martini, Medizinische Klinik der Universität Marburg/Lahn
- 11.00–12.30 **Diagnostik der männlichen und weiblichen Sterilität mit therapeutischen Konsequenzen**
Halbtagspräsident: Prof. Dr. med. Oehlert, Frauenklinik Stadt Krankenhaus Hanau
- 14.30–18.00 **Klinisch-chemische Labordiagnostik zur Überwachung, Therapie- und Verlaufskontrolle chronisch Kranker**
Halbtagspräsident: Prof. Dr. med. L. Roka, Klinisch-chemisches Institut Gießen

Kopfschmerzfrei in Minuten für Stunden

durch

ergo **sanol**® **spezial**

KURZ (Schweizerische Rundschau für Medizin-Praxis, 4433:757, 1955) therapierte 70 Patienten mit ergo-sanol.

Ergebnis: (Die Wirkung tritt im allgemeinen nach 10–20 Minuten ein und hält 4–6 Stunden an.)

Bei ergo-sanol spezial noch schnellere Löslichkeit durch Kapselform, verstärkte Wirkung durch vierfachen Gehalt an Ergotamintartrat.

Wirkungsweise: Unmittelbarer Einfluss auf Kaliberschwankungen der A. temporalis, unterbindet den Brechreiz, distanziert vom Schmerzgeschehen. Schneller Wirkungseintritt durch besondere galenische Kapselform.

Vorteile: Kapseln und Suppositorien. Gute Verträglichkeit.

Zusammensetzung:

	pro Kapsel	pro Suppositorium
Ergotamintartrat	1 mg	1,5 mg
Aneurinnitrat	5 mg	5 mg
Phenyltoloxamindihydrogencitrat	25 mg	50 mg
Coffein	100 mg	100 mg
Dimethylaminophenyldimethylpyrazolon	250 mg	250 mg

Indikationen: Anfallsbehandlung der Migräne, Föhnbeschwerden, Wetterfühligkeit, postkommotionelle und posttraumatische Kopfschmerzen.

Kontraindikationen: Obliterierende Gefässerkrankungen; schwere Koronarsklerose mit Hypertonie; Gravidität und Thyreotoxikose.

Dosierung: Im Anfall 1–2 Kapseln/Suppositorien. Maximal 6 Kapseln/Suppositorien pro die.

Hinweis: Bei Dauerbehandlung sollte eine Tagesdosis von 2 Kapseln/Suppositorien nicht überschritten werden.

Verschreibungsformen:

ergo-sanol spezial, Packung zu 12 Kapseln
ergo-sanol spezial, Packung zu 5 Suppositorien

sanol

arznei-
mittel

SANOL ARZNEIMITTEL DR. SCHWARZ GMBH

Sonntag, 9. Mai 1971

- 9.00–12.30 Fehlermöglichkeiten bei der Diagnose von Stoffwechselkrankheiten mit therapeutischen Konsequenzen
Halbtagspräsident: Prof. Dr. med. H. Mehnert, III. Medizinische Abteilung des Städt. Krankenhauses München-Schwabing
- 14.30–18.00 Diagnostische Probleme zur Intensivtherapie
Halbtagspräsident: Prof. Dr. med. K. Hutschenreuter, Institut für Anästhesia der Universität des Saarlandes, Homburg/Saar

Folgende Kurse, Seminare und Demonstrationen werden auf der 3. Diagnostik-Woche durchgeführt:

Thema	Leitung
Allgemeine Innere Medizin	
5.–9. 5. 1. Diagnostische Methoden und deren Aussagekraft a) Einleitung und Blut b) Stoffwechsel c) Niere und Harnwege d) Leber- und Gallenwege e) Rheumatologie	Prof. Dr. med. Gross, Köln-Lindenthal
6. + 7. 5. 2. Endoskopie und Biopsie für die Praxis e) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes unter besonderer Berücksichtigung der Karzinomdiagnostik b) Erkrankungen der Leber c) Erkrankungen des Bronchialsystems	Prof. Dr. med. K. Heinkel, Stuttgart-Bad Cannstatt
9. 5. 3. Hämatologischer Untersuchungskurs Krankheiten des erythrozytären Systems	Prof. Dr. med. Huzly Prof. Dr. med. W. Stich, München
Kardiologie	
8. + 9. 5. 4. Das Herzenfell in der Praxis	Dr. med. Jörgen Schmidt-Voigt, Bad Soden/Teunus
5. 5. 5. EKG-Kurs a) Differentialdiagnose der Rhythmusstörungen	Prof. Dr. med. M. J. Haihuber, Bernried/Obb.
6. 5. b) Differentialdiagnose des Herzinfarkts im EKG	Prof. Dr. med. R. Günther, Innsbruck
7. 5. 6. Rhythmusstörungen des Herzens und ihre Behandlung	Prof. Dr. med. S. Effert, Aachen
Pulmonologie	
7. + 9. 5. 7. Lungenfunktionsprüfungen in der Praxis	Ob. Med. Rat Dr. med. W. Günthner, Bad Reichenheller
Leberkrankheiten	
5. 5. 8. Differentialdiagnose der Lebererkrankungen	Prof. Dr. med. Hens Ley, München Priv.-Doz. Dr. med. B. Frosch, Augsburg
Gefäßkrankheiten	
8. + 9. 5. 9. Diagnostik und Therapie der Venenerkrankungen in der Praxis a) Diagnostik der Venenerkrankungen in der Praxis b) Therapie der Venenerkrankungen in der Praxis	Dr. med. F. Hald-Fischer Dr. med. H. Hald, Stuttgart
6. + 7. 5. 10. Diagnostik und Therapie arterieller Durchblutungsstörungen der Extremitäten e) Akute Durchblutungsstörungen b) Chronische Durchblutungsstörungen	Prof. Dr. med. Maurar, München
Neurologie	
5. 5. 11. Klin. EMG mit Demonstrationen Elektrodiagnostik der Erkrankung peripherer Nerven, der Skelettmuskulatur und zentral-motorischer Störungen	Prof. Dr. med. A. Struppler, München
7. 5. 12. Ultrascheldiagnostik in der Inneren Medizin und Neurologie	Prof. Dr. med. A. Schrader, München

	Thema	Leitung
	Gynäkologie	
9. 5.	13. Hormonale Kontrazeption	Prof. Dr. med. Haller, Göttingen
6. 5.	14. Hormondiagnostik und Hormontherapie bei Störungen der Ovarialfunktion	Prof. Dr. med. R. Kaiser, München
5. 5.	15. Vitalzytologie in der gynäkologischen Sprechstunde	Prof. Dr. med. P. Stoll, Mannheim
8. + 9. 5.	16. Zytodiagnostik des Uteruskarzinoms mit praktischen Übungen	Priv.-Doz. Dr. med. Stegner, Hamburg
5.-7. 5.	17. Mikroskopische Übungen an vitalzytologischen Präparaten mit Einführung in die Entnahmetechnik – Fixierung – Färbung	Prof. Dr. med. Soost, München
5.-9. 5.	18. a) Differentialdiagnostik und Differentialtherapie der Kolpitis b) Der moderne Schwangerschaftstest in Klinik und Praxis	Cilag-Chemie GmbH, Alsbach Dr. med. Naß
	Dermatologie	
6./7./8. 5.	19. a) Allergiekurs (Diagnostik und Therapie in der Praxis) b) Praktisch-mykologische Übungen c) Konservativ-dermatologische Kosmetik	Prof. Dr. Dr. med. S. Borelli, München
	Pädiatrie	
5. 5.	20. Funktionale Säuglingsdiagnostik nach Hellbrügge-Pachstain	Prof. Dr. med. Th. Hellbrügge, München
	Laboratoriumsdiagnostik	
5.-7. 5.	21. a) Preiswerte Datenverarbeitung im Laboratorium b) Vereinfachung im Laboratorium (Photometrie) c) Vollautomatische Gerinnungsanalysen	Bio-Dynamics GmbH Hamburg Dr. med. Massmann
5.-9. 5.	22. 1. Das neuzeitliche Labor (Neue und bekannte Laboruntersuchungen in Theorie und Praxis) 2. Automation und Mechanisierung im klinisch-chemischen Laboratorium	Boehringer-Mannheim Dipl.-Chem. Dietz
9. 5.	22a Überwanderungs-Elektrophorese zum Nachweis des Australia-Antigens unter Einsatz der UGI-Apparatur	Desaga GmbH, Heidelberg Dr. A. Pfeiffer
5.-9. 5.	23. Permanente Demonstration und Beratung auf dem Ausstellungsstand unter Berücksichtigung individueller Wünsche auf den Gebieten: Klinische Chemie – Funktionsdiagnostik – Mikroskopie – Bakteriologie – Dünnschicht – Chromatographie	E. Merck, Darmstadt Dr. med. Franz Schindler
5.-9. 5.	24. Immunodiffusions-Verfahren auf Zellulose-Azetat-Membranen mit praktischen Demonstrationen	Sartorius-Membranfilter GmbH, Göttingen K. H. Vogel
5.-8. 5.	25. a) Der immunologische Schwangerschaftsnachweis b) Der LH-Test in der Diagnostik der männlichen und weiblichen Sterilität	Organon GmbH, München Dr. med. H.-P. Dietrich, München
6. 5.	26. Quantitative Immunglobulinbestimmungen mit Tri-Partigen unter besonderer Berücksichtigung der Qualitätskontrolle	Behring-Werke AG, Marburg/Lahn Dr. med. Baudner Dr. med. Bonacker
9. 5.	27. Elektrophorese-Kurs Zur Einführung und für Fortgeschrittene	Dr. med. Hans Fuhrmann OHG, Hamburg Dr. med. Jürgen Führ
7. + 8. 5.	28. 1. Konzentration von Körperflüssigkeiten zur elektrophoretischen Fraktionierung	Millipore Filter GmbH Neu-Isenburg



RECORSAN® - LIQUID. c. Rutin
 Rein phytologisches Cardiotonicum
 für die kleine Herztherapie
 Crataegus-Kombinationstherapie des Altersherzens

O.P. Tropfflasche zu 30 ml

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

Theme	Leitung
2. Kurzzeitelektrophorese mit neuen Zelluloseazetatstreifen und deren Auswertung mit dem Phorescope-Densitometer 5.+6. 5. 28a Einführung in die Methoden der Immunfluoreszenz in der Mikrobiologie und Immunologie Wh. 7.+8. 5.	Dipl.-Ing. S. Gallinger Fa. Carl Zeiss, Oberkochen Biologische Arbeitsgemeinschaft GmbH, Lich Priv.-Doz. Dr. med. G. Poetschke Dr. Trepp
Arbeits- und Sozialmedizin	
9. 5. 29. Lebermethoden in der sozialmedizinischen Begutachtung	Prof. Dr. med. H. Valentin, Erlangen
Datenverarbeitung und Automation	
5.-9. 5. 30. Von der Praxisrationalisierung zur Computeranwendung in der Medizin	Prof. Dr. Dr. med. Graul, Marburg/Lahn Deutsche Gesellschaft für angewandte Datenverarbeitung und Automation in der Medizin e. V., Köln
6. 5. 30a Automation und angewandte Datenverarbeitung in Klinik und Praxis 1. Aufbau eines Basis-Informationssystems in einem Klinikum 2. Die Anwendung der EDV in einer Laboratoriumspraxis 3. Verfahren der automatischen EKG-Auswertung 4. Der Computer als Diagnostik-Hilfe – dargestellt am Beispiel der Schilddrüsendiagnostik	Deutsche Gesellschaft für angewandte Datenverarbeitung und Automation in der Medizin e. V., Köln Prof. Dr. med. H. J. Lange, München Dr. med. D. Laue, Köln Prof. Dr. med. J. Dudeck, Gießen Arbeitsgruppen Ulm und München Prof. Dr. med. Oberla, Ulm Prof. Dr. med. ihm, Marburg
Elektronik	
6. 5. 31. Elektronik in der Medizin (Geräte für Diagnostik und Therapie)	Dr. med. H. A. Dittmar, Universitätsklinik Heidelberg
8. + 9. 5. 32. Einführung in den Gebrauch elektronischer Tischrechner	Dr. med. von Boroviczény, Freiburg i. Br.
Manuelle Medizin	
5.-9. 5. 33. Einführungskurs in die manuelle Therapie von Wirbelsäule und Gelenken	Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin Dr. med. H. D. Wolff, Trier
Anästhesie	
5. 5. 34. Anästhesie in der täglichen Praxis	Frau Dr. med. Ch. Lehmann, München
7.-9. 5. 35. Erste-Hilfe-Kurs 1. Wiederbelebung von Atmung und Kreislauf 2. Praxis der Infusionstherapie am Unfallort	Prof. Dr. med. K. Hutschenreuter, Homburg/Saar
Qualitätskontrolle im klinisch-chemischen Labor	
6. 5. 36. Qualitätskontrolle – Demonstration zur Qualitätskontrolle 1. Bedeutung und Durchführung der Qualitätskontrolle im klinisch-chemischen Labor 2. Einführung in die Statistik der Qualitätskontrolle	Gödecke AG, Freiburg Prof. Dr. med. Merten, Düsseldorf Dr. med. von Thun
5. 5. 36e 1. Praktische Qualitätskontrolle im med. Laboratorium 2. Eichgesetz und quantitative Bestimmung im Laboratorium 3. Statistische Qualitätskontrolle und Ringversuche 4. Einführung in die Praxis der Qualitätskontrolle	Dr. med. Philipp Merz & Dade, München Prof. Dr. med. Merten, Düsseldorf Dr. med. Fischer, München
Röntgendiagnostik	
8. 5. 37. Fortschritte in der Diagnostik mit jodhaltigen Röntgen-Kontrastmitteln	Schering AG, Berlin Prof. Dr. med. V. Teenzer

Die Besonderheit von **Facilus HämoTamps** garantiert ein Verbleiben des Therapeutikums am Ort der Hämorrhoidal-Erkrankungen.

Ein Spezialmull hält die nach Einführen des HämoTamp freiwerdenden Wirkstoffe am Erkrankungsort fest.

neu

Während Suppositorien in der Tiefe des Rektums verschwinden und Salbe vom Erkrankungsherd weggedrückt wird, erfüllt Facilus die Forderungen nach

- Therapie des Hämorrhoidal-Leidens unmittelbar am Ort der Erkrankung
- voller und langandauernder Versorgung mit Wirkstoffen
- Vermeidung mechanischer Reizung der Wundflächen
- anaesthesierender, thrombolytischer, antioedematöser und antiphlogistischer Wirkung.

Es bleibt, wo es hingehört.

Verschreibungsformen: 5 und 10 Stück Facilus HämoTamps

**Es bleibt
wo es hingehört**



Arznei Müller Bielefeld

Zusammensetzung: Lyophilisiertes Bienengift 4,17, Toxin der Lachesis muta 0,9 nanogramm, Frischpflanzenauszüge aus Aristolochia Clemat. und Echinacea angust. ää 350,0 mg, Hydroxypolyäthoxydodecan 75 mg, Heparin-Natrium 150 I. E.

	Thema	Leitung
	Rundtischgespräche mit Diskussionen und Demonstrationen	
8. 5.	38. 1. Die häufigsten Stoffwechselkrankheiten: Diabetes, Hyperlipämie, Gicht (Diagnostische Methoden und ihre Bewertung) 2. Nephrologisch-diagnostisches Kolloquium	Deutsche Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin Leverkusen
5. 5.	39. Probleme der Dosierung und Nebenwirkungen der gebräuchlichen Arzneimittel	Prof. Dr. med. H. P. Kuemmerle, Wiesloch bei Heidelberg
6. 5.	39a Labordiagnostik im Rahmen der Vorsorge-Medizin	Deutsche Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin, Leverkusen Deutsche Gesellschaft für Klinische Chemie, Frankfurt/M. Teilnehmer: Dr. med. E. Asshauer, Hamburg Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. H. Büttner, Hannover Prof. Dr. med. M. Eggstein, Tübingen Dr. med. A. Fenner, Hamburg Prof. Dr. med. H. J. Lange, München Dr. med. D. Laua, Köln Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Dr. med. D. Stamm, München
	Arbeitstagung	
7. 5.	40. Malabsorption – Maldigestion Magensaftanalyse – intrinsic factor Pankreassekretion – Serum. usw.	Deutsche Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin, Leverkusen
	Seminare ärztlicher Berufsverbände	
9. 5.	41. a) Die Diagnostik in der Allgemeinpraxis mit Hilfe von Untersuchungsstandards b) Die Bedeutung der Langzeitbeobachtung und der erlangten Anamnese für die Diagnostik in der Allgemeinpraxis	Berufsverband der praktischen Ärzte Deutschlands, Hamburg Dr. med. Heller, Klagenfurt Dr. med. Sturm, Thedinghausen
7. 5.	42. Schilddrüsen-Diagnostik a) Anamnese und Klinik b) Klinisch-chemische und humoralpathologische Diagnostik c) Nuklearmedizinische Diagnostik	Berufsverband Deutscher Internisten a. V., Wiesbaden Prof. Dr. med. L. Weisbacker, Kiel Priv.-Doz. Dr. K. Schemmel Dr. H. Lahrtz
5. 5.	39. Probleme der Dosierung und Nebenwirkungen der gebräuchlichen Arzneimittel 9.00– 9.25 Chemotherapie (Dosierungsfragen) 9.25– 9.50 Chemotherapie (Klinische Probleme) 9.50–10.15 Orale Antidiabetika und Insulin 10.15–10.30 Antirheumatika 10.30–11.15 Pause – Besuch der Ausstellung 11.15–11.40 Herz- und Kreislaufmittel 11.40–12.00 Dosierungsfragen – Nebenwirkungs- probleme bei der Anwendung von Antihypertonika und Diuretika 12.00–12.20 Antilipidämische Substanzen 12.20 Diskussion	Leiter: Prof. Dr. med. H. P. Kuemmerle, Wiesloch bei Heidelberg Stellvertreter: Doz. Dr. med. G. Hitzanberger, Wien Referenten: Prof. Dr. med. P. Naumann, Düsseldorf Prof. Dr. med. K. Spitz, Wien Prof. Dr. med. H. Mehnert, München Prof. Dr. med. H. Mathies, Bad Abbach bei Regensburg Priv.-Doz. Dr. med. W. Baedeker, München Doz. Dr. med. G. Hitzberger, Wien Doz. Dr. med. K. Irsigler, Wien

14.30–14.50	Psychopharmaka	Prof. Dr. med. H. Flegel, Düsseldorf
14.50–15.05	Antikoagulantien und Fibrinolytika (Innere Medizin und Chirurgie)	Prof. Dr. med. N. Goossens, München
15.05–15.20	Antikoagulantien und Fibrinolytika (Schwangerschaft und Gynäkologie)	Prof. Dr. med. H. Stamm-Scholer, Baden/Schweiz
15.20–15.45	Dermatologika	Prof. Dr. med. A. Luger, Wien
15.45–16.00	Diskussion	
16.00–16.45	Pause – Besuch der Ausstellung	
16.45–17.00	Dosierungs- und Nebenwirkungsprobleme in der Schwangerschaft	Prof. Dr. med. H. P. Kummerle, Wiesloch bei Heidelberg
17.00–17.20	Dosierungs- und Nebenwirkungsprobleme im Säuglings- und Kindesalter	Prof. Dr. med. W. Burmeister, Homburg/Saar
17.20–17.40	Dosierungs- und Nebenwirkungsprobleme im Alter	Priv.-Doz. Dr. med. W. Doberauer, Wien
17.40–18.05	Erfassen, Sammeln und Auswerten von Arzneimittel-Nebenwirkungen	Prof. Dr. med. J. Stockhausen, Bundesärztekammer Köln
18.05	Diskussion	

Das Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

veranstaltet vom 20. bis 23. Mai 1971 im Auftrage der Bayerischen Landesärztekammer die
46. Fortbildungsveranstaltung für Ärzte in Regensburg

Donnerstag, 20. Mai 1971

20.00 Uhr:

Festvortrag:

Prof. Dr. K.-H. Pollok, Rektor der Universität
Regensburg

Besonderheiten in der Erzähltechnik der russischen Literatur

Vortragssaal: Reichssaal des Alten Rathauses

Freitag, 21. Mai 1971

1. Hauptthema:

Praktische Probleme der Urologie

Tagesvorsitz: Prof. Dr. Sigel, Erlangen

Vortragssaal: Stadttheater

9.00 – 9.30 Uhr:

Begrüßung und Eröffnung der Ausstellung

9.30 – 9.40 Uhr:

Prof. Dr. A. Sigel, Vorstand der Urologischen Klinik
der Universität Erlangen-Nürnberg

Einführung

9.40 – 10.00 Uhr:

Prof. Dr. A. Rutishauser, Leiter der Urologie der
Chirurgischen Universitätsklinik Basel

Behandlung der Prostat hypertrophie

10.00 – 10.20 Uhr:

Prof. Dr. A. Sigel, Erlangen

Die Vorsorgeuntersuchung zur Diagnose des Prostatakarzinoms

10.20 – 10.50 Uhr:

Pause – Besuch der Ausstellung

10.50 – 11.10 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. H. Truckenbrodt, Kinder- und
Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg

Beurteilung und Behandlung von Harninfektionen im Kindesalter

11.10 – 11.40 Uhr:

Primarius Dozent Dr. H a s c h e k, Leiter der Urologi-
schen Poliklinik Wien

Die medikamentöse Therapie des chronischen Harninfektes

11.40 – 11.55 Uhr:

Prof. Dr. W. Hecker, Direktor der Chirurgischen
Universitäts-Kinderklinik München

Neue Gesichtspunkte zum Kryptorchismus

11.55 – 12.10 Uhr:

Prof. Dr. A. Sigel, Erlangen

Hodentorsion

12.10 – 12.40 Uhr:

Diskussion

12.40 – 15.00 Uhr:

Mittagspause

15.00 – 15.30 Uhr:

Wissenschaftlicher Film

(Farbtonfilm – Farbenfabriken Bayer AG – Leverkusen)
Die chronisch-rezidivierende Pyelonephritis

15.30 – 16.00 Uhr:

Dr. Schwille, Urologische Klinik der Universität
Erlangen-Nürnberg

Möglichkeiten und Grenzen der medikamentösen Ausslösung und Prophylaxe von Harnsteinen

16.00 – 16.30 Uhr:

Pause – Besuch der Ausstellung

16.30 – 18.00 Uhr:

Rundtischgespräch

Aktuelle Fragen der Praxis zum Tagesthema

Gesprächsleitung: Prof. Dr. A. S i g e l
unter Mitwirkung der Referenten des Tages

Samstag, 22. Mai 1971

2. Hauptthema:

Pharmakotherapie in der Praxis

Tagesvorsitz: Prof. Dr. H. J. D e n g l e r, Gießen
Vortragssaal: Stadttheater

9.00 – 9.45 Uhr:

Prof. Dr. H. J. D e n g l e r, Direktor an den Medizinischen Kliniken und Polikliniken der Universität Gießen
Die Probleme der gleichzeitigen Verabreichung mehrerer Medikamente

9.45 – 10.15 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. R a h n, Medizinische Universitätsklinik Mainz
Die Beeinflussung der Arzneimittelwirkung durch die Krankheit

10.15 – 10.45 Uhr:

Prof. Dr. E. G l a d t k e, Direktor der Universitäts-Kinderklinik Köln
Besonderheiten der Arzneimittelbehandlung im Kindesalter

10.45 – 11.15 Uhr:

P a u s e – Besuch der Ausstellung

11.15 – 11.45 Uhr:

Prof. Dr. G. K o r t i n g, Direktor der Dermatologischen Universitätsklinik Mainz
Dermatologische Nebenwirkungen von Arzneimitteln

11.45 – 12.15 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. W. P. H a r t l, Ltd. Arzt der Rheumaklinik Landesbad Aachen
Nebenwirkungen von Arzneimitteln auf Blut und Knochenmark

12.15 – 14.00 Uhr:

M i t t a g s p a u s e

14.00 – 14.30 Uhr:

Wissenschaftlicher Film

(Farbfilm – Boehringer Mannheim GmbH)
Risikofaktor Übergewicht

14.30 – 15.00 Uhr:

Prof. Dr. K. F. W e i n g e s, Medizinische Universitätsklinik und Poliklinik Homburg/Saar
Ist eine Neuorientierung der oralen Diabetesbehandlung nötig?

15.00 – 15.30 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. G. W. B a c h m a n n, Medizinische Kliniken und Polikliniken der Universität Gießen
Betablocker, eine neue Arzneimittelgruppe
Aktuelle Fragen zur Anwendung

15.30 – 16.00 Uhr:

P a u s e – Besuch der Ausstellung

16.00 – 16.30 Uhr:

Beantwortung der eingegangenen Fragen

16.30 – 18.00 Uhr:

Rundtischgespräch

Das Risiko bei der hormonalen Schwangerschaftsverhütung

Gesprächsleitung: Prof. Dr. H. K e w i t z, Direktor des Instituts für klinische Pharmakologie der Universität Berlin

Teilnehmer: Prof. Dr. J. H a l l e r, Göttingen, Prof. Dr. R. K a i s e r, München, Prof. Dr. K i n d, Zürich, Prof. Dr. K n ö r r, Ulm, Prof. Dr. K. Ü b e r l a, Ulm

Sonntag, 23. Mai 1971

3. Hauptthema:

Aktuelles über Schutzimpfungen

Tagesvorsitz: Prof. Dr. W i n d o r f e r, Erlangen
Vortragssaal: Stadttheater

9.00 – 9.15 Uhr:

Prof. Dr. A. W i n d o r f e r, Direktor der Universitäts-Kinderklinik Erlangen-Nürnberg
Einführung



*sichere
Prophylaxe
bewährte
Therapie!*

ROWA-WAGNER K.G. 506 BENSBERG

ROWACHOL®

bei
**Leber- u. Gallenleiden
Gallensteinen**

Handelsformen

Tropfen: 5 ml 3,50, 10 ml 6,75, AP 100 ml

Kapseln: 30 St. 3,50, 50 St. 4,95, AP 500 St.

comp.: 10 ml 6,75

Spasmo-Rowachol-Supp.: 5 St. 4,20, 25 St. 16,95

Sind Sie für oder gegen Sprechfunk?

Immer mehr Ärzte verwenden Sprechfunk, um im Wagen unterwegs die Praxis jederzeit zu erreichen und die Praxis den Arzt im Wagen. Zeitgewinn und schnelle Hilfeleistung bestimmten entscheidend den Entschluß, Sprechfunk anzuschaffen. Wie ist Ihre Meinung?

Bitte senden an: Motorola Funkgeräte GmbH, 6503 Mainz-Kastel, Postfach 104 Porto zahlt Empfänger.

ANTI

- Sprechfunk ist reine Spielerei
- viel zu teuer
- keine Reichweite
- ist nur etwas für Gewerbebetriebe
- hat keinen Nutzen
- Telefon genügt
- die Post gestattet es nicht
- zu störanfällig
- verschandelt das Fahrzeug
- für meine Praxis speziell nicht geeignet

- _____

- Wenn Sie meinen, mich trotzdem überzeugen zu können, versuchen Sie es.

PRO

- Ich habe bereits seit ____ Jahren Sprechfunk und habe festgestellt
- spart Zeit und Kosten
- erleichtert die Außenpraxis
- ist unentbehrlich im Notfall

- _____

- Bin grundsätzlich dafür, bisher gab es aber nicht das für uns geeignete System
- man hat mich noch nicht ausführlich informiert

- _____

- _____

weder/noch

- ich benötige noch genauere Informationen

A 14-2

Bitte hier als Absender Ihren Stempel einsetzen:



MOTOROLA
weltweit der größte Hersteller
von Sprechfunkgeräten

Der Gruppenversicherungsvertrag ihrer Ärztekammer mit der Vereinigten und Ihrer „Tochter“, der Saius Krankenhauskosten-Versicherungs-AG bietet ihnen wesentliche Vorteile für Krankentagegeld-Versicherungen bei Arbeitsunfähigkeit und zusätzliche Barleistungen bei einem Krankenhausaufenthalt.

Die Vereinigte ist Vertragspartner fast aller Ärztekammern im Bundesgebiet und des Marburger Bundes.



Vereinigte Krankenversicherung AG

Generaldirektion

8000 München 23, Leopoldstraße 24

9.15 – 9.45 Uhr:

Prof. Dr. R. Haas, Direktor des Hygiene-Instituts Freiburg

Die Mehrfachimpfungen und ihre Indikation

9.45 – 10.15 Uhr:

Prof. Dr. O. Vivell, Direktor der Städt. Kinderklinik Karlsruhe

Neue Gesichtspunkte bei Masern- und Rötelschutzimpfungen

10.15 – 10.35 Uhr:

Prof. Dr. W. Hennesen, Mitglied des Vorstandes der Behringwerke AG., Marburg

Zur Problematik der Grippeimpfung

10.35 – 11.00 Uhr:

Pause – Besuch der Ausstellung

11.00 – 11.25 Uhr:

Prof. Dr. W. Mohr, Chefarzt der Klinischen Abteilung des Bernhard-Nocht-Instituts für Schiffs- und Tropenkrankheiten, Hamburg

Schutzimpfungen im Hinblick auf Auslandsreisen und auf Einschleppung von Krankheiten

11.25 – 11.50 Uhr:

Prof. Dr. H. Stickl, Direktor der Bayerischen Landesimpfanstalt München

Rechtsfragen bei Schutzimpfungen

11.50 – 13.00 Uhr:

Rundtischgespräch

Impfprobleme der Praxis – Fragen und Antworten

Gesprächsleitung: Prof. Dr. A. Windorfer unter Mitwirkung der Referenten des Tages

Auskunft: Sekretariat des Regensburger Kollegiums für Ärztliche Fortbildung, 8400 Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5a

Ärztliche Fortbildung im Chiemgau im Jahre 1971

Mittwoch, 12. Mai 1971:

Prien am Chiemsee

Thema: „Das thrombotische Syndrom“

Referenten: Priv.-Doz. Dr. med. K. Breddin, Frankfurt, Frau Dr. med. J. Scharrer, Frankfurt

Mittwoch, 14. Juli 1971:

Prien am Chiemsee

Thema: „Koronarinsuffizienz unter besonderer Berücksichtigung der β -Sympathikolyse“

Referent: Prof. Dr. Michel, München

Mittwoch, 8. September 1971:

Prien am Chiemsee

Thema: „Die Grippe im Wandel der Zeiten“

Referent: Prof. Dr. med. H. W. Koeppe, München

Thema: „Prophylaxe und Therapie mit Immunglobulinen“

Referent: Priv.-Doz. Dr. med. Tympner, München
Im Anschluß an die Referate Gelegenheit zur Grippe-Schutzimpfung

19. September bis 2. Oktober 1971:

Mittelmeerkreuzfahrt auf M/S ISTRÄ (5500 BRT)
gemeinsam mit der Wiener Medizinischen Akademie
für ärztliche Fortbildung

Reiseroute: Venedig — Katakolon — Kreta — Kos —
Kusadasi — Istanbul — Dikili — Piräus — Korinth —
Korcula — Venedig

Thematik:

1. Allgemeinmedizin und Erkrankungen der zweiten Lebenshälfte
2. Akute und chronische Infektionskrankheiten im Mittelmeerraum und deren Folgen; ihre allgemeinmedizinischen, stomatologischen und zahnärztlichen Aspekte
3. Information über Art und Stand der zahnärztlichen Behandlung in den Heimatländern unserer Gastarbeiter

Wissenschaftliche Leitung: Professor Dr. Hirsch,
Traunstein, und Professor Spitzzy, Wien

Ferner Besuch von Kliniken und Krankenhäusern

27. September 1971: „Alfred-Marchionini-Symposion“
in der Universität Istanbul

Samstag/Sonntag, 16./17. Oktober 1971:

Bad Reichenhall

Gemeinsame Wochenendtagung mit der Salzburger
Ärztegesellschaft

Thema: Im Rahmen des Weltherzjahres: „Das kranke
Herz“ — Diagnostik und Therapie

Auskunft: Dr. med. H. Matusczyk, 8210 Prien
am Chiemsee, Kneippkurhotel Kronprinz,
Telefon (08051) 4482

**Veranstaltungskalender der Bayerischen
Akademie für Arbeitsmedizin und soziale
Medizin in München für die Jahre 1971/72**

10. 5. — 14. 5. 1971:

Lehrgang für Epidemiologie

3. 6. 1971:

Tagung „Nervliche und psychische Belastung am Arbeitsplatz“

Juni 1971 (genauer Termin liegt noch nicht vor):

„Gesundsein am Arbeitsplatz“ (Veranstaltung gemeinsam mit der Typographischen Gesellschaft München)

13. 9. — 8. 10. 1971:

A-Kurs für Arbeitsmedizin

11./12. 10. 1971:

Tagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin
gemeinsam mit der Bayerischen Akademie

8. 11. — 12. 11. 1971:

Sozialmedizinischer Informationskurs (I)

29. 11. — 3. 12. 1971:

Sozialmedizinischer Informationskurs (II)

7. 2. — 3. 3. 1972:

B-Kurs für Arbeitsmedizin

20. 3. — 24. 3. 1972:

Sozialmedizinischer Informationskurs (III)

24. 4. — 28. 4. 1972:

Sozialmedizinischer Informationskurs (IV)

5. 6. — 9. 6. 1972:

Lehrgang für Epidemiologie

18. 9. — 13. 10. 1972:

C-Kurs für Arbeitsmedizin

6. 11. — 10. 11. 1972:

Sozialmedizinischer Informationskurs (I)

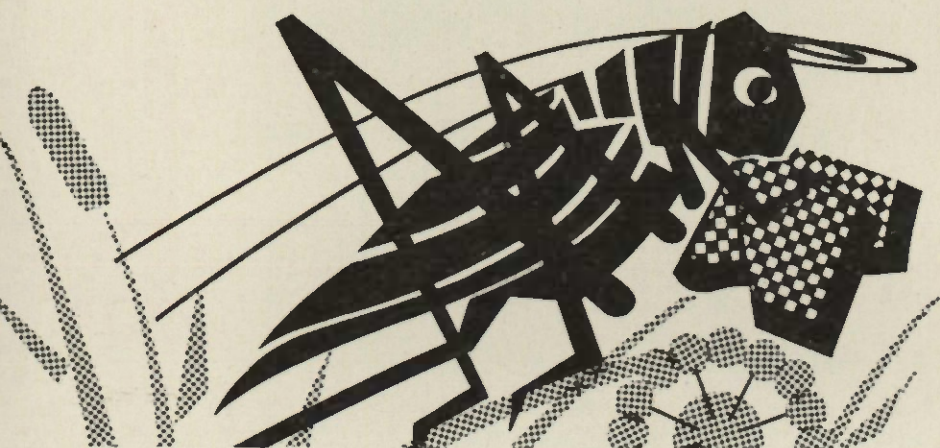
4. 12. — 8. 12. 1972:

Sozialmedizinischer Informationskurs (II)

Tagungsort: München 22, Pfarrstraße 3 (Haus
des Arbeitsschutzes)

Besondere Teilnahmebedingungen bestehen nicht,
eine Teilnahmegebühr wird nicht erhoben.

Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeitsmedi-
zin und soziale Medizin im Bayerischen Landesinsti-
tut für Arbeitsmedizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3,
Telefon (08 11) 21 84/2 59—2 60



Bei Heuschnupfen

Prosplen

Biologisches Antiallergikum

O.-P. 25 Dragées

O.-P. 100 Dragées

O.-P. 10 com Tropfen



IFAH GMBH • HAMBURG

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Februar 1971 *
(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Meldungen von Scharlacherkrankungen erfolgten im Februar häufiger als im Vormonat, in ähnlicher Zahl wie im Februar des vorigen Jahres, nämlich 61 Fälle auf 100 000 der Bevölkerung (umgerechnet auf ein Jahr). Etwas zurück ging die Erkrankungsziffer an übertragbarer Hirnhautentzündung, und zwar für Meningokokken-Meningitis von 6 auf 4, für die übrigen Formen der Meningitis von 10 auf 8 Fälle je 100 000 Einwohner.

Neben nur vereinzelt Fällen von Typhus, Paratyphus und Ruhr traten im Februar Erkrankungen an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) in nahezu gleicher Zahl wie im Januar auf. Die Erkrankungshäufigkeit an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) sank im gleichen Zeitraum von 43 auf 34 Fälle je 100 000 Einwohner.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 31. Januar bis 27. Februar 1971 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12			
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritida Infectiosa				Botulismus					
							Hirnhautentzündung		Gehirnentzündung								Salmonellose		übrige Formen							
							Meningokokken-Meningitis		übrige Formen										E		ST		E		ST	
E ¹⁾ ST ²⁾		E ST		E BT		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	—	—	236	—	—	—	9	1	21	—	—	—	1	—	1	—	4	—	29	—	1	—	—	—	—	—
Niederbayern	—	—	6	—	—	—	2	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	—	3	—	—	—	—	—
Oberpfalz	1	—	51	—	—	—	3	—	8	—	2	1	—	—	—	—	1	—	10	—	—	—	—	—	—	—
Oberfranken	—	—	60	—	—	—	2	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	2	—	—	—	—	—
Mittelfranken	—	—	58	—	—	—	6	—	8	2	2	1	—	—	1	—	1	—	10	—	2	2	—	—	—	—
Unterfranken	—	—	37	—	—	—	5	1	11	—	—	—	1	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—
Schwaben	—	—	54	—	—	—	3	—	6	—	—	—	1	—	—	—	5	—	17	—	17	—	—	—	—	—
Bayern	1	—	502	—	—	—	30	2	62	2	4	2	3	—	2	—	11	—	89	—	25	2	—	—	—	—
München	—	—	87	—	—	—	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	15	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	19	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—	—	1	—	—	—	1	—	1	1	—	—	—	—
Augsburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	6	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19	
	Hepatitis Infectiosa		Ornithose (übrige Formen)		Bengische Krankheit		Feldfliegar		Malaria-Ersterkrankung		Toxoplasmae		Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾	
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	BT	E	ST	E	ST
Oberbayern	75	1	3	—	—	—	1	—	3	—	1	—	—	5
Niederbayern	31	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—
Oberpfalz	36	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5
Oberfranken	21	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Mittelfranken	37	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Unterfranken	38	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Schwaben	41	—	—	—	—	—	—	—	3	—	1	—	—	12
Bayern	279	2	4	—	1	—	1	—	6	—	7	—	—	24
München	35	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
Nürnberg	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Regensburg	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

¹⁾ Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

³⁾ „ST“ = Sterbefälle. ³⁾ Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

Arznei Müller Bielefeld



Ossidal® bei Stauungsbeschwerden der unteren Extremitäten.

Ossidal® wirkt anders als ein Venenmedikament.
Ossidal® greift in den pathogenetischen Komplex der
Venenerkrankungen ein durch Blutstromverstärkung
in den nutritiven Kapillaren,
durch Steigerung der körpereigenen Abwehr gegen
Entzündungsvorgänge und
durch nachweisbare Senkung der Blutgerinnungs-
geschwindigkeit (innerhalb physiologischer Grenzen).

Verschreibungsformen:

Tropfen 50 und 100 ml · Tabletten 50 und 100 Stück · Klinikpackungen

Schwereprobleme *leicht gemacht*



Mitteilungen

Diabetes-Test für bayerische Landbevölkerung

Die Redensart vom „gesunden Landleben“ hat ihre Gültigkeit verloren. Ärztliche Reihenuntersuchungen ergeben immer wieder: Der Gesundheitszustand der Landbevölkerung ist häufig schlechter als bei vergleichbaren Gruppen von Stadtbewohnern.

Mit Unterstützung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern startete das „Bayerische Landwirtschaftliche Wochenblatt“ in diesen Tagen eine breitangelegte Aktion zur Früherkennung des Diabetes.

Am 27. März 1971 haben über 134 000 Wochenblatt-Abonnenten Diabetes-Teststreifen mit ausführlicher Gebrauchsanweisung erhalten. Jeder Leser kann sofort nach einer Harnprobe am Streifen erkennen, ob er zuckerverdächtig ist oder nicht. Innenministerium und Redaktion rufen die Landbevölkerung dazu auf, diese Chance zur Früherkennung der Zuckerkrankheit wahrzunehmen.

Tagesklinik für psychisch Kranke

Vor eineinhalb Jahren wurde in Stuttgart eine Klinik der offenen Tür für psychisch Kranke eröffnet. Die ersten Erfahrungen zeigen, wie berechtigt die seit Jahren erhobene Forderung namhafter bundesdeutscher Psychiater nach Tageskliniken für diese Patientengruppe ist. Die Klinik unter Leitung von Diplom-Psychologe Bruno Goldner wird täglich von durchschnittlich 15 Patienten aufgesucht. Die Bindung der Kranken an die Klinik wird schon nach kurzem Aufenthalt recht stark: Für die „Ehemaligen“ mußte ein eigener Klubabend arrangiert werden. Die verständliche Begründung: Bei dieser Gelegenheit finden diese meist gehemmten, depressiven Menschen was sie oft ein Leben lang entbehren mußten: Verständnis, Freundlichkeit, Gemeinschaft. Diejenigen Patienten, die zum

zweitenmal in eine Klinik überwiesen werden müssen, kann man nach Goldner an einer Hand abzählen.

Der Großteil der Patienten in der Stuttgarter Klinik ist von Neurologen überwiesen worden, andere haben eine stationäre Behandlung hinter sich und werden hier resozialisiert, eine Maßnahme, die oft über den Erfolg der Therapie entscheiden kann. Denn bei vielen Psychotikern und Neurotikern scheitert „eine Aushelung“ an den Ressentiments und Diffamierungen einer Gesellschaft, die dieser Patientengruppe weitgehend intolerant gegenübersteht. Verständlich auch, daß insbesondere die Kontaktgestörten, Introvertierten unter den Patienten einer behutsamen Resozialisierung bedürfen.

Eine wichtige Rolle spielt dabei das Gruppengespräch. Neutrale Themen werden ebenso angeschnitten wie persönliche Konflikte der einzelnen Patienten. In dieser Sphäre freier Kommunikation schwinden dann häufig Schüchternheit und Hemmungen sich mitzuteilen. Daneben bedient man sich in der Klinik der Beschäftigungstherapie und auch einer Reihe von Medikamenten aus der Gruppe der Psychopharmaka. Außerdem werden die Patienten ermutigt, den Malpinsel zu ergreifen oder zu musizieren. Die höchste Steigerung ist das Psychodrama. Dabei werden die Konfliktsituationen aus dem Stegreif gespielt. So stellt sich beispielsweise ein Patient in seiner (problemgeladenen) Haltung zu seinem Vater dar, wobei er meist unbewußt bisher unbekanntes Schattierendes seines Konfliktes preisgibt. Eine Rolle übrigens, die in Stuttgart häufig gespielt wird. Goldner findet es als geradezu deprimierend, wieviele der Konflikte der Patienten sich auf das Elternhaus zurückführen lassen. Es ist nur zu wünschen, daß das Stuttgarter Beispiel auch in allen anderen Städten Schule macht. Wie dringend nötig solche Tageskliniken sind, mag eine Stellungnahme der Bayerischen Gesellschaft für psychische Gesundheit be-

leuchten: „Die medizinische und soziale Hilfe für den psychisch Kranken ist in skandalöser Weise unzulänglich.“

Dr. med. Claude Durand (dgk)

Mitteilung der Münchener Universitätsgesellschaft

Die Gesellschaft von Freunden und Förderern der Universität München (Münchener Universitätsgesellschaft) e. V. konnte im Jahr 1970 der Münchener Universität einen Gesamtbetrag von rund DM 475 000,- zur Verfügung stellen. Im Jahr 1969 waren es DM 525 000,-. Damit setzte sich der 1968 beginnende Rückgang der Spendeneingänge fort und unterschritt erstmals seit 1964 die 500 000-DM-Grenze.

Daß das Spendenaufkommen 1970 nicht noch geringer war, ist nur der Tatsache zu verdanken, daß einige Unternehmen, Verbände und Persönlichkeiten die Universitäten gerade in ihrer heutigen Lage besonders unterstützen. So erhielten wir drei Großspenden in Höhe von je DM 40 000,-, die uns mit der Vielzahl der mittleren und kleinen Spenden und Beiträge unserer Mitglieder halfen, wieder eine Reihe finanzieller Engpässe an der Universität zu schließen.

Wir konnten z. B. der Chirurgischen Universitätsklinik einen Betrag von DM 40 000,- vermitteln, mit dem die Entwicklung und der Bau einer neuen Überwachungseinheit zur frühzeitigen Erfassung und Auswertung von Herzrhythmusstörungen, wie sie nach Herzinfarkten und Herzoperationen auftreten, finanziert werden kann.

Außerdem konnten wir aus den von unseren Mitgliedern aufgetragenen Beiträgen und Spenden der Kinderklinik der Universität einen Betrag von DM 48 000,- bewilligen, mit dem ein Meßplatz zur Lungenfunktionsdiagnostik beschafft werden konnte, durch den die Möglichkeiten bei der Untersuchung der Atemmechanik beim Neugeborenen und beim Kleinkind beträchtlich erweitert werden.

Sinupret®

schließt eine therapeutische Lücke

bei Sinusitiden

BIONORICA KG
NÜRNBERG

Zweiter Schwerpunkt bei der Verteilung von Spenden war die Naturwissenschaftliche Fakultät, wo besonders die Chemischen Institute einen erheblichen Zuschuß erhielten. Ein erheblicher Betrag wurde Lehraufgaben am Mathematischen Institut der Universität zur Verfügung gestellt.

Mit Hilfe kleinerer Spenden war es z. B. dem Institut für Öffentliches Wirtschafts- und Steuerrecht, dem Seminar für Deutsche Philologie II, dem Institut für Internationale Wirtschaftsbeziehungen, dem Institut für Histologie und Embryologie der Tiere und vielen anderen Einrichtungen der Universität möglich, über ihren Etat hinausgehende Anschaffungen von Geräten und Büchern zu finanzieren, die für die Fortführung ihrer Arbeit unerlässlich sind.

Stipendium als Fortbildungsbeihilfe

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie verleiht in diesem Jahre erstmals ein Stipendium als Fortbildungsbeihilfe in Höhe von DM 15 000,— für nichtselbständige Mitglieder der Gesellschaft oder der korporativ angeschlossenen wissenschaftlichen Gesellschaften.

Der Betrag wird zwei Stipendiaten mit je DM 7500,— zugeteilt. Das Stipendium wird als Beihilfe zu einer Forschungsreise zwecks Fortbildung in der Allgemeinen Chirurgie oder in einem Sondergebiet der Chirurgie gewährt. Ziel und Durchführung der Fortbildungsreise bestimmt der Stipendiat.

Der schriftlichen Bewerbung, die bis **1. Juni 1971** (Datum des Poststempels ist maßgebend) an den Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 1000 Berlin 15, Kurfürstendamm 179, einzureichen ist, sind beizulegen: Lebenslauf, Verzeichnis der veröffentlichten wissenschaftlichen Arbeiten, Plan zur Verwendung des Stipendiums und eine Beurteilung des Bewerbers durch den Klinikdirektor oder Chefarzt.

Die Bestimmungen über die Verleihung des Stipendiums können vom Bewerber über die Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 1000 Berlin 15, Kurfürstendamm 179, angefordert werden.

Film:

Risikofaktor Übergewicht

Jeder zweite Wohlstandsbürger ist hierzulande ab seinem vierzigsten Lebensjahr von lebensverkürzendem Übergewicht bedroht. Die Ärzte erkennen in dieser ständig wachsenden Fettsucht ein immer ernsteres Problem für die Volksgesundheit. Besonders Herz- und Kreislauferkrankungen werden dadurch zunehmend verursacht oder nachhaltig gefördert. Die von der Weltgesundheitsorganisation ausgerichtete Europäische Herzwoche war deshalb ein aktueller Anlaß, um am 26. Februar 1971 in Berlin einen neuen wissenschaftlichen Film von Boehringer Mannheim mit dem Titel „Risikofaktor Übergewicht“ vorzustellen.

Das neue Werk in der langen Reihe ärztlicher Fortbildungsfilm dieser pharmazeutischen Firma bestätigte wieder die besonderen Bemühungen um die Herz- und Kreislauforschung. Fettansammlungen in und zwischen den Körperzellen wirken sich auf erste lebenswichtigen Organe und ihre Funktionen nachteilig aus. Deshalb verringert sich insbesondere die Lebenserwartung von Herz- und Leber-

krenken bei gleichzeitigem Übergewicht erheblich. Auch die Ablagerung von Fett an den Wänden der Blutgefäße, im Film elektronenmikroskopisch nachgewiesen, sind ein heimtückischer Beginn gefährlicher Veränderungen.

Die Annahme, daß ein Dickwerden mit einer Störung der Drüsenfunktion zu tun habe, ist nach modernen Forschungsergebnissen nicht mehr allgemein zutreffend. Wenn ein Mensch fett wird oder bleibt, dann nimmt er ganz einfach zuviel Nahrung zu sich, auch wenn er noch so wenig zu essen scheint. Das Mißverhältnis zwischen wirklichem Hunger des Körpers und dem Appetit seines „Bewohners“ ist die wahre Hauptursache.

Gewohnheit und Gelegenheit, Brauch und Geselligkeit, bewußte oder unbewußte seelische Konflikte, simple Gedankenlosigkeit oder auch die reine Freude an dem „Gesellschaftsspiel Essen“ spielen dabei eine Rolle. Die Erziehung zum richtigen Essen sollte schon beim Kind beginnen, das aber immer noch durch Nahrungsentzug bestraft oder durch kalorienreiche, zusätzliche Leckerbissen belohnt wird. So entsteht schon früh der Glaube, Überernährung sei gut und erstrebenswert.

Das einmal erworbene Fett ist so leicht nicht wieder loszuwerden, und jeder übergewichtige Patient stellt dem Arzt schwierige Aufgaben bei der Ergründung der Ursachen und einer individuellen Behandlung. Der neue medizinische Fortbildungsfilm macht durch Trickaufnahmen die komplizierten Zusammenhänge zwischen Kalorienzufuhr und -verbrauch bei Gesunden und Kranken klar.



Sparkassen-Giro: Konto Bequemlichkeit.

Er lebt—wir zahlen: Er hat sein Girokonto bei uns. Wenn Sie wollen, zahlen wir auch für Sie. Immer und überall. Auch wenn mal nichts mehr „drauf“ ist. Informieren Sie sich über Ihr „Konto Bequemlichkeit“.

Es ist so einfach...
SPARKASSE



Kongreßkalender

Junli 1971

1. - 4. 6. in Freiburg:

33. Tegung der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie. Auskunft: Prof. Dr. H. G. Schlegel, 3400 Göttingen, Grisebacherstraße 8.

1. - 5. 6. in Nürnberg:

55. Tegung der Deutschen Gesellschaft für Pathologie. Auskunft: Prof. Dr. G. Seifert, 2000 Hamburg 20, Martinstraße 52.

1. - 6. 6. in Berlin:

20. Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung in Verbindung mit dem 4. Deutschen zehnrätlichen Fortbildungskongreß und der internationalen pharmazeutischen und medizinisch-technischen Ausstellung. Auskunft: Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung, 1000 Berlin 41, Postfach 410.

3. - 5. 6. in Innsbruck:

12. Tegung der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie. Auskunft: Prof. Dr. H. Reissigl, Chirurgische Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck, Allgemeines Krankenhaus.

3. - 6. 6. in München:

Jehrestegung der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie. Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie, 2000 Hamburg 20, Lehnertzstraße 9.

3. - 6. 6. in Westerland/Sylt:

Fortbildungstegung der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Ophthalmologie. Auskunft: Städtische Kurverwaltung, 2280 Westerland/Sylt, Postfach 43.

6. - 12. 6. in Meren:

IX. Internationaler Fortbildungskurs für praktische und wissenschaftliche Pharmazie der Deutschen Bundesapothekerkammer. Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Kongreßabteilung, 6000 Frankfurt/Main, Eschersheimer Landstraße 25/27.

7. - 9. 6. in Neuherberg:

Strahlenschutz-Ergänzungskure. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

10. - 12. 6. in Bad Aussee/Österreich:
17. Ausseer Symposion. Auskunft: Univ.-Prof. Dr. A. Holesek, A-8010 Grez, Medizinisch-Chemisches Institut.

10. - 13. 6. in Salzburg:

Gemeinsame Tegung der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde. Auskunft: Prof. Dr. R. Kaiser, 8000 München 15, Maistraße 11.

11. - 13. 6. in Erlangen:

2. International Congress of Maxillofacial Radiology. Auskunft: Prof. Dr. Sonnabend, 8000 München 15, Goethestraße 70.

11. - 14. 6. in Göttingen:

Tagung der Deutschen Gesellschaft für Neurologie zusemmen mit der Britischen Neurologischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. H. J. Bauer, 3400 Göttingen, v. Sieboldstraße 5.

14. - 18. 6. in Neuherberg:

Einführungskurs in den Strahlenschutz. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

16. - 23. 6. in Borkum:

25. Jubiläumskurs der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Auskunft: Ärztekammer Westfalen-Lippe, 4400 Münster, Kaiser-Wilhelm-Ring 4 - 6.

18. - 26. 6. in Langeoog:

Sportärzte-Fortbildungstegung. Auskunft: Kurverwaltung, 2941 Langeoog, Postfach 240.

19. - 20. 8. in Bed Reichenhall:

Kolloquium der Bed Reichenheller Forschungsenstelt. Auskunft: Med.-Dir. Dr. Schmidt, 8230 Bad Reichenhall, Klinisches Senetorium Trausnitz.

21. - 26. 6. in Innsbruck:

Einführung in die Hämetologie mit praktischen Übungen. Auskunft: Sekretariat der Medizinischen Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.

21. - 27. 6. in Höhenried:

Seminer über Präventivkardiologie. Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23 Königinstraße 85.

21. - 28. 6. in Westerland/Sylt:

34. Ärztliches Seminer für Meeresheilkunde. Auskunft: Prof. Dr. U. Jessel, 2280 Westerland, Lornsenweg 9.

22. - 25. 6. in Bed Reichenhall:

21. Wissenschaftlicher Kongreß des Bundesverbandes der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Auskunft: Obermedizinalkdirektor Dr. A. Böhm, 8000 München 19, Bothmerstraße 6/l.

24. - 26. 6. in Linz:

Kongreß für ärztliche Fortbildung. Auskunft: Prof. Dr. W. Pilgersdorfer, A-4020 Linz, Dinghoferstraße 4.

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigefügt:

**Chemiewerke Homburg, Frankfurt
Boehringer, Ingelheim
Swise-Pharme GmbH, Lörrech
Dr. R. Reil, Berlin**

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85/III, Telefon 332021, Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Leserbriefe stellen keine Meinungsäußerung des Herausgebers oder der Schriftleitung dar. Das Recht auf Kürzung bleibt vorbehalten.

Bezugspreise vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 5,5% = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Postcheckkonto Nr. 5252, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8000 München 15, Postfach, Sonnenstraße 29, Telefon 558081, Fernschreiber: 0523662, Telegrammadresse: atlas-press. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scherschinger, München.

Druck: Druckerel und Verlag Hens Zauner jr., 8060 Dachau.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrophotographie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

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