



Betreuung des chronisch Kranken in der Praxis

Vorschau auf den 48. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin vom 24. bis 26. September 1971

von A. Schretzenmayr

„Ist das schon chronisch, Herr Doktor?“ So lautet häufig die bange Frage eines Patienten, wenn eine Krankheit nicht gleich auf Anhieb weichen will. Der Laie verbindet mit dem Begriff der „chronischen“ Krankheit, bewußt oder unbewußt, die Vorstellung des unheilbaren, des schicksalhaft zum Tode führenden Leidens und auch die wissenschaftliche Medizin hat bis vor wenigen Jahren, bis zur Entwicklung des Begriffs „Rehabilitation“ den Trennungsstrich zwischen chronischen und „unheilbaren“ Krankheiten nicht immer so scharf gezogen wie heute. Diese Diffamierung des Wortes „chronisch“ durch Laien und Mediziner hat historische Hintergründe. Als sich unter Karl dem Großen zusätzlich zur bisher üblichen Almosengabe und Barmherzigkeit erstmals in der abendländischen Geschichte eine organisierte Fürsorge für den chronisch Kranken in den karolingischen Klöstern entwickelte, waren auch bauliche Maßnahmen zur Erfüllung dieser neuen Aufgabe notwendig. So sind wir durch den St. Gallener Klosterplan (Abb. 1), der als

Musterplan für alle karolingischen Klostergründungen anzusehen ist, nicht nur über die technischen Einrichtungen des damaligen Klosterkrankenhauses (Infirmieren) informiert, sondern wir können sogar – so unwahrscheinlich dies zunächst klingen mag – aus eben diesen technischen Zeichnungen sichere Rückschlüsse auf die medizinischen Anschauungen und besonders auf die Stellung des chronisch Kranken in der damaligen Gesellschaft ziehen! Um dies zu verstehen, müssen wir uns, falls notwendig, freimachen von antiquierten Vorstellungen über das frühmittelalterliche Kloster: das karolingische Kloster – es gab im Augsburger Raum 16 solche Zentren – war Träger der Kultur und Zivilisation für viele Jahrhunderte und war eine Leistungsgesellschaft, „schlimmer“ als unsere heutige es ist; ein Bienenkorb von Betriebsamkeit jeder Art, ein Selbstversorger auf allen wirtschaftlichen Sektoren, eine Zusammenballung von geistigen und politischen Aktivitäten mit einer Führungsschicht und einer Ausstrahlung in die nähere und weitere Umgebung, mit Einrichtungen und Ausbildungsmöglichkeiten auf allen Gebieten der Natur- und Geisteswissenschaften, wie dies erst viel später die Universitäten mühsam erreichten. Im Zentrum dieses karolingischen Klosters steht die Kirche Gottes und in der Erfüllung all der niedrigen und höheren Dienste dieser Leistungsgesellschaft sieht der karolingische Mönch seinen Beitrag zur Kirche, zur zentralen Idee seiner Zeit. Nichts von klösterlicher Abgeschlossenheit, nichts von Weltfremdheit, sondern *vita maxima!*

In dieser Leistungsgesellschaft war natürlich der Kranke ein Hemmschuh (auch in unserer Leistungsgesellschaft wird der Kranke nicht selten unter diesem Aspekt gesehen!). Für den akut Kranken gab es den karolingischen Mönch-Arzt, den einzigen gebildeten Arzt der damaligen Zeit, gab es die Aderlaß-Stube des St. Gallener Klosterplans, gab es das Heilpflanzen- und Gewürzgärtchen. Aber für den chronisch Kranken und den pflegebedürftigen Alten (*senectus ipse mor-*

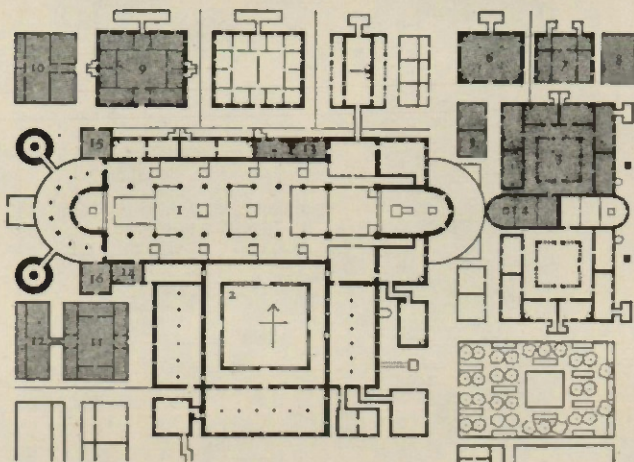


Abbildung 1

St. Gallener Klosterplan

(3 = Infirmierie, 4 = Kirche der Infirmierie, 6 = Aderlaß-Haus, 7 = Ärztehaus, 8 = Heilkräutergarten)

bus!) war in diesem brodelnden Kessel von Aktivität kein Platz. Für ihn, für den chronisch Kranken baute der karolingische Baumeister „das Kloster im Kloster“ – ein kleines, in den Gesamtkomplex eingefügtes claustrum, mit einer eigenen Kirche für die Kranken und Alten und darum herum die Baulichkeiten für eben die Bedürfnisse des chronisch Kranken, also ein eigenes Kloster für die *vita minima* dieser Mitglieder der großen Leistungsgesellschaft. Der chronisch Kranke sollte – wie in den Tagen seiner *vita maxima* – die Kirche im Zentrum seiner Welt haben, sollte seinen Trost und seine Hoffnung in dieser gewohnten Ordnung finden und, wenn auch nicht durch Arbeit, so durch Gebet und Geduld diesem zentralen Prinzip der damaligen Zeit bis zum Lebensende huldigen. Natürlich gab es in diesem karolingischen Klosterkrankenhaus pflegerische Maßnahmen, auch wird dann und wann ein Arzt gekommen sein, es wird galenische Medikamente aus dem Gewürzgärtchen gegeben haben und es wird auch einmal ein Insasse von der *vita minima* wieder in die *vita maxima* herüber gewechselt haben, aber – und das ist der springende Punkt – es war kein Krankenhaus wie unser heutiges! Das karolingische Klosterkrankenhaus war, so grausam es klingen mag, nicht primär zur Heilung von chronischen Krankheiten gebaut, nicht primär zur Therapie eingerichtet, nicht primär auf Entlassung nach Abheilung eingestellt. Der chronisch Kranke sollte wie der hinfällige Alte dort bis zum Lebensende verbleiben, er sollte im Sterben der gleichen Ordnung teilhaftig bleiben, der er im Leben gedient hatte und in dieser Haltung auch Trost und Hilfe für seine körperlichen Gebrechen finden. Da eine Heilung chronischer Krankheiten – außer durch ein göttliches Wunder – unbekannt war, kam man gar nicht auf den Gedanken, neben pflegerischen und lindernden Maßnahmen eine auf Heilung abzielende Therapie zu treiben.

Das karolingische Klosterkrankenhaus wurde in den folgenden Jahrhunderten immer mehr von kommunalen Einrichtungen gleicher Art abgelöst. So entstanden im Hochmittelalter und in der Renaissance in der architektonischen Gestalt der Hospitalhallen jene berühmten Krankenhausbauten, deren Namen und zum Teil auch deren Grundmauern noch heute bestehen und die so entscheidend in den folgenden Jahrhunderten unsere medizinische Entwicklung beeinflussen sollten.

Wer aber nun glaubt, daß mit der Ablösung des Klosterkrankenhauses durch kommunale Instanzen im Laufe des Spätmittelalters auch eine Änderung in der Grundeinstellung gegenüber dem chronisch Kranken erfolgt wäre, der sieht sich enttäuscht. Wie die Abbildung 2 zeigt, haben nicht medizinische, nicht seuchenhygienische, nicht pflegerische, nicht soziale Gesichtspunkte den architektonischen Aufbau des hochmittelalterlichen Hospitalbaues bestimmt, sondern einzig und allein die Frage, ob der chronisch Kranke von seinem Bett aus den Altar sehen könne – das sichtbare



Abbildung 2
Neapel, Hospital „Maria des Friedens“
(Hospitalhalle in der von jedem Bett der Blick zum Altar gegeben ist)

Zentrum der mittelalterlichen Idee vom Leben und Sterben. Die Hospitalhalle ist die zweckentsprechend architektonische Lösung für diese „Behandlung“ des chronisch Kranken damaliger Zeit. Es mag dies heute hart für unsere Ohren klingen, aber wer sich nur ein wenig bemüht hat, die Weltanschauung des Mittelalters zu verstehen, der wird die Architektur der hochmittelalterlichen Hospitalhalle ebenso logisch finden wie etwa den Bauplan eines modernen Krankenhausarchitekten für die Errichtung einer Intensivstation. Diese bewußt pointierte Formulierung soll den Wandel und den Fortschritt besser verdeutlichen.

Zu den vielfach bekannten Abbildungen der berühmten Hospitalhallen, als deren Repräsentanten wir das Hôtel Dieu zu Paris, das Heiliggeist-Hospital Lübeck (Abb. 3 und 4), das Hôtel Dieu Beaune (Côte-d'Or –

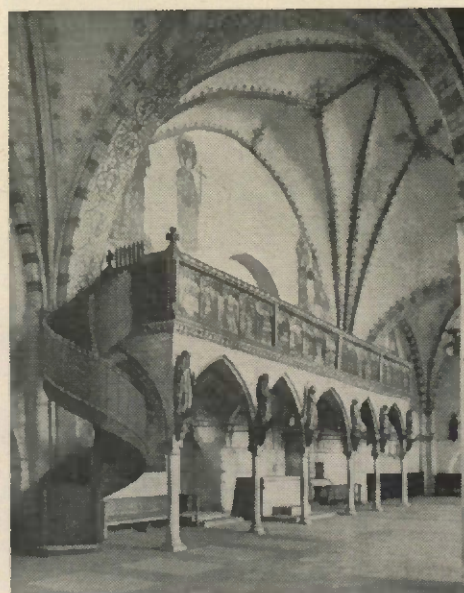


Abbildung 3
Lübeck, Heiliggeist-Hospital, erbaut 1268 – 1290,
bestehendes mittelalterliches Hospital. Inneres der
zugehörigen Kirche



Abbildung 4

Lübeck, Heiliggeist-Hospital, Einbau von hölzernen Zellen in die Hospitalhalle im 18. und 19. Jahrhundert

Abb. 5) oder auch unser Augsburger Heiliggeist-Hospital (Abb. 6) nennen, muß bemerkt werden, daß die in den heutigen Fotografien erkennbaren Trennungen der Betten durch Vorhänge (Abb. 4) oder die Bildung von Nischen und Kabinen ursprünglich nicht vorhanden und nicht vorgesehen waren; denn die Einbauten wären ja dem eigentlichen Sinn der Hospitalhalle — Aussicht auf den Altar für jeden chronisch Bettlägerigen — hinderlich gewesen. Dieser später vorgenommene, uns heute so rational erscheinende Einbau der sichtverhüllenden Trennwände ist de facto das Symbol dafür, daß die tragende Idee des Mittelalters — Gott im Zentrum aller menschlichen Freuden und Leiden — ihre Ausstrahlungskraft auch für die Hospitalhalle verloren hatte: aus der nach Gott orientierten



Abbildung 5

Beaune (Côte-d'Or, Frankreich), Hôtel Dieu, gegründet 1443, noch heute Krankenhaus. Breiter Durchblick zum Altar der Krankenhauskapelle von ellen Betten aus



Abbildung 6

Augsburg, Heiliggeist-Hospital, Teilansicht der dreischiffigen Pfeilerhalle für Frauen. Erbaut 1623 — 1631 von Elias HOLL als Hospital für Pfründner und Krenke, für Irre und Wöchnerinnen anstelle eines älteren Hospitals

tierten hochmittelalterlichen Hospitalhalle ist das Siechenkrankenhaus der Neuzeit geworden, in der sich der chronisch Kranke, einsam und verlassen, hinter einer schmucklosen Kabinenwand zu Tode quält, ohne daß ihm die noch unentwickelte Medizin Hilfe oder die noch in Gärung befindliche neue Renaissance-Idee — der Mensch im Zentrum aller Dinge — Trost, geschweige denn Ersatz hätte bringen können! Wir verstehen nun, warum noch heute dem Wort „chronisch“ ein solch schlechter Ruf anhaftet!

Aber noch ein zweiter Grund hierfür kommt hinzu, nämlich die rechtliche Stellung des chronisch-infektiös Kranken, der dieser im Mittelalter bis fast hinein in unsere jüngste Zeit unterworfen war. Chronisch-infektiös, das hieß im Mittelalter Aussatz. Mangels spezifischer Diagnostik wurden damals nicht nur ansteckende Lepröse, sondern auch viele unglückliche Träger von nicht-leprösen chronischen Hauterkrankungen jenen grausamen Gesetzen unterworfen.

Die Lepragesetzgebung Europas und fast der ganzen Welt geht zurück auf ein an sich großartiges, volksnahes und aus der Rechtspraxis entstandenes Gesetzwerk, dessen überragende Bedeutung für unser heutiges Recht viel zu wenig gewürdigt wird. Es handelt sich um das Gesetzbuch des Langobardenkönigs Rothari (Edictus Rotharis) aus dem Jahr 643, also um germanisches Recht, geschrieben für ein Volk, das 200 Jahre lang unter den härtesten Bedingungen um seine nackte Existenz kämpfte. Dies mag die Härte der Rechtsprechung erklären.

Im Kapitel 176 des edictus Rotharis steht: „Wer vom Gericht und vom Volk als aussätzig erkannt wird, der

wird aus seiner Gemeinde und seinem Haus vertrieben (expulsus) und er ist von diesem Augenblick an als Bürger tot (tamquam mortuus)!" Damit konnte der chronisch Kranke auch nicht mehr über sein Haus, sein Vermögen und Eigentum verfügen, wie ein „Toter“ wurde er „beerbt“, die „Hinterbliebenen“ sollten für seinen Unterhalt aufkommen, was jedoch nicht immer geschah oder nicht immer möglich war. Hinzu kamen schwere seuchenpolizeiliche Vorschriften, der Lepröse mußte außerhalb der Stadt, auf dem Feld hausen, er durfte nicht heiraten, er mußte eine spezielle Kleidung tragen, er mußte seine Annäherung mit der Aussätzigen-Klapper, mit Horn oder Glocke anzeigen (Abb. 7 bis 9).



Abbildung 7
Die Heilung des Aussätzigen (Evangelistar 1. Hälfte des 9. Jahrhunderts). Aussätziger mit Horn



Abbildung 8
Die Heilung des Aussätzigen (Echternacher Codex, 1040)



Rembrandt: Lazarus Klapp.

Abbildung 9
Aussätzigen-Klapper (Rembrandt, 1631)

Seit etwa 300 Jahren ist die Lepra in Mitteleuropa als Volksseuche ausgestorben; der chronisch Kranke mit der Leprosenklapper, der als heimat- und rechtloser „Toter“ bis dahin eine zwar alltägliche, aber zugleich schreckenerweckende Erscheinung für jeden Gesunden war, belagert nicht mehr bettelnd die Häuser der Reichen, die Stadttore und die öffentlichen Plätze. Geliebt aber ist die Angst vor dem Wort „chronisch“, dessen Geschichte soviel Schweres und Schauriges beinhaltet.

Die Stellung des chronisch Kranken in unserer heutigen Gesellschaft ist natürlich um ein Vielfaches anders und vielleicht auch besser als jene im Mittelalter. Dies gilt zunächst für die therapeutischen Möglichkeiten: chronische Infektionen wie die Tuberkulose, die Lepra, die Syphilis, die Malaria, die Leishmanosen sind heilbar geworden. Was nun die chronischen nichtübertragbaren Krankheiten betrifft, deren Träger früher die Siechenhäuser der Hospitalhallen füllten und heute noch die Überbelegung unserer Krankenhäuser verursachen, so bemüht sich das Programm des 48. Augsburger Fortbildungskongresses aufzuzeigen, in welcher Weise diesen chronisch Kranken durch überwiegend ambulante Behandlung zur Besserung und Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit verholfen werden kann. Die erste zu besprechende Gruppe sind die chronischen Rheumatiker der ärztlichen Praxis. Professor Dr. BÄUMER, Münster, informiert seine Hörer über entscheidende diagnostische Probleme der modernen Rheumatologie mit seinem Referat: „Rheuma als Diagnose und als Fehldiagnose“ und orientiert sie dann in einem zweiten Referat über die neuesten

Erfahrungen der „Rheumatherapie in der Praxis“, während Dr. G. STELLBRINK, Hamburg, den chirurgischen Beitrag zur Lösung des Rheumaproblems mit dem Referat „Chirurgische Diagnostik und Therapie bei den rheumatischen Erkrankungen“ übernommen hat.

Neben dem chronischen Rheumatiker beschäftigt heute den Arzt der Praxis vielfach eine große Krankheitsgruppe, die über Störungen im Bereich der Verdauungstraktes klagt: die chronisch Magenkranken, die Patienten mit ihrem stets wiederkehrenden Zwölffingerdarmgeschwür und ganz besonders die heute so häufigen chronischen Leber-Galle-Pankreas-Patienten. Gerade bei der letztgenannten Gruppe ist der Einfluß unserer Wohlstandsernährung unverkennbar und erklärt ihre Häufigkeit. Drei Referate sollen der zeitbedingten Herausforderung der ärztlichen Aktivität auf diesem Gebiet gerecht werden: Privatdozent Dr. VOLKHEIMER, Berlin: „Moderne Oberbauchdiagnostik in der Sprechstunde“, Professor Dr. DOHRMANN, BERLIN: „Fortschritte in der chirurgischen Behandlung gastroenterologischer Erkrankungen“ und nochmals Privatdozent Dr. VOLKHEIMER: „Betreuung von chronischen Magen-Darm-Leberkranken in der Sprechstunde“.

Zweifellos die größte Belastung der ärztlichen Allgemein- und Fachpraxis bedingen heute die chronischen Herzkreislaufkrankheiten. „Der Koronarkranke“ wird im gleichlaufenden Referat von Professor HALHUBER, Bernried, in allen seinen Erkrankungsformen, angefangen vom funktionellen Angina-pectoris-Patienten bis zum schweren Herzinfarktpatienten geschildert und es werden die modernen Erfahrungen über seine Diagnostik, Therapie und Rehabilitation zur Diskussion gestellt werden. Aber auch der Kranke mit der chronischen Herzinsuffizienz ist der typische Dauerpatient in der ambulanten ärztlichen Praxis. Er ist meist nicht krank genug, um stationär aufgenommen zu werden und doch ist er nicht in der Lage, seinen Verpflichtungen gegenüber Beruf, Familie und Gesellschaft gerecht zu werden. Sehr häufig handelt es sich bei den Herzinsuffizienzpatienten um Rentner, die zwar keine Berufsaufgabe mehr zu erfüllen haben, die aber auch nicht mehr den reduzierten Belastungen des Rentners gewachsen sind. All diesen Herzinsuffizienten ein lebenswertes Leben wiederzugeben und für viele Jahre zu erhalten, ist eine dankbare Aufgabe der ärztlichen Praxis. „Die mehrdimensionale Dauertherapie der chronischen Herzinsuffizienz“, meisterhaft dargestellt von Fortbildungs-„Ass“ Dr. SCHMIDT-VOIGT, verspricht die Lösung dieser therapeutischen Sorgen der Praxis.

Der chronisch Nierenkranke war bisher ein Dauerpatient der Klinik. Durch die Möglichkeit der ambulanten Durchführung der Dialyse, durch die sogenannte Heimdialyse und durch die Möglichkeit der Nierentransplantation sind neue diagnostisch-therapeutische Fragestellungen für den Arzt der Praxis entstanden. Über diese Problematik orientiert das Re-

ferat von Dr. V. H. HEIMSOTH, Essen: „Dialyse- und Transplantationsprobleme“.

Für die gefürchtete Schüttellähmung, nicht nur eine häufige Alterserkrankung (PARKINSONsche Krankheit), sondern auch bei jungen Menschen als Folge einer Gehirngrippe beobachtet, gibt es heute sowohl eine hochwirksame medikamentöse Therapie mit L-Dopa, einem biogenen Amin, wie auch eine chirurgische Zusatztherapie in Sonderfällen. Die an ein Wunder grenzenden Erfolge dieser internistisch-chirurgischen Zusammenarbeit bei einem bisher ziemlich aussichtslosen Krankheitsbild schildern die beiden Referate von Professor W. BIRKMAYER, Wien („Die biogenen Amine“) und Professor MUNDINGER, Freiburg („Stereotaktische Hirnoperationen und ihre Indikation in der L-Dopa-Ära“).

Traditionsgemäß ist das Kongreßende der Kinderheilkunde gewidmet. Unter der Leitung des Pädiaters der Universität Münster, Professor BACHMANN und seiner Mitarbeiter Professor SCHELLONG und Professor HILGENBERG wird bei einem Podiumsgespräch am Sonntagnachmittag folgendes Riesenprogramm durchgepaukt: „Kinder mit chronischer Bronchitis“, „Kinder mit chronischen Stoffwechselstörungen“, „Kinder mit Leukämie, Thrombozytopenie, Hämophilie“, „Kinder mit chronischer Pyelonephritis“, „Das chronisch herzkranke Kind“.

Nur ein kleiner Ausschnitt aus der unendlich großen Gruppe der chronischen Krankheiten können in Form von Referaten behandelt werden. Die chronischen Schilddrüsenerkrankungen, bei denen sich neue diagnostische und therapeutische Gesichtspunkte ergeben haben, werden in einem Seminar von Professor HORSTER, Düsseldorf, besprochen. Die neuesten therapeutischen Erfolge auf weiteren Teilgebieten des Themas werden durch Filme und ganz besonders durch die klinischen Visiten in allen Augsburger Krankenhäusern den Kongreßteilnehmern praxisnah und instruktiv vermittelt. Ein Laborseminar, ein wehrmedizinisches Seminar und eine umfangreiche Ausstellung der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie mit Sonderveranstaltungen ergänzen die sprudelnde Aktivität, zu der für drei Tage in sämtlichen Räumen des Augsburger Rathauses und in sämtlichen Augsburger Kliniken die Ärzte und ihre Mitarbeiter aus dem ganzen Bundesgebiet und dem angrenzenden Ausland eingeladen sind.

Die Stellung des chronisch Kranken in der Gesellschaft, deren Evolution im Laufe der Geschichte wir eingangs darzustellen versuchten, hat heute eine grundsätzliche Wandlung gegenüber früher erfahren: der lästige, gefürchtete, verfemte, almosenhelschende chronisch Kranke ist heute zum Lieblingskind sozialpolitischer Ideologie geworden. Wir Ärzte sollten diesen politisch gefärbten Versprechungen mit einer gewissen Skepsis gegenüberstehen, aber wir sollten und können heute in unserer Praxis dem chronisch Kranken viel mehr geben als dies früher der Fall sein

konnte: mehr Diagnostik, mehr Therapie, mehr Anpassung an sein Berufsleben trotz Krankheit und mehr Hoffnung auf weitere Entwicklungen. Das Podiumsgespräch „Präventiv- und Rehabilitationsaufgaben der ärztlichen Praxis“ umfaßt alle diese Probleme und wird den Teilnehmern aufzeigen, daß es nicht in erster Linie die Rehabilitationsklinik, nicht die Kurverschickung, nicht die Gesetzgebung ist, die den chronisch Kranken wieder zur *vita maxima* zurückführen kann, sondern, daß Vorbeugung und Rehabilitation in der

ärztlichen Sprechstunde, ihr frühzeitiger und gezielter Einsatz bei jedem einzelnen chronisch Kranken durch den Hausarzt und die ständige Betreuung im Laufe der vielstufigen Rehabilitationsmaßnahmen durch den Hausarzt überhaupt erst die Voraussetzungen dafür schaffen, daß eine große sozialpolitische Aufgabe unserer Zeit – Vorbeugung und Rehabilitation – einer Lösung näher gebracht wird.

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. med. A. Schretzenmayr, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2

Die Maske*

von W. Leibbrand

Man wird es vielleicht epatierend finden, wenn ich diese Aufgabe in kurzer Zeit so löse, daß ich möglichst wenig Ärztliches herbeiziehe, da der Film dies nachholen wird und eine Wiederholung des Bildhaften im vorangehenden Wort vielleicht zu wenig Modulations- oder Variationsbreite zur Folge haben würde. Es erstaunt, wie weitmaschig das Thema auch dann noch ist, wenn man einen kulturgeschichtlichen Rahmen benutzend „zu den Sachen“ selbstvordringen will, d. h., wenn man die Phänomene schildern und vielleicht auch verstehbar machen will, die diesen Begriff im Lauf der Zeiten ausgeweitet haben. Die Phänomene sind zumindest doppelsinnig, ja, vielsinnig, die definitiorische Seite zerschmilzt zugunsten einer Variabilität, die gerade dem Wesen der Maske besonders anhaftet.

Vom Wort her anvisiert ist feststellbar, daß es arabischen Ursprungs ist: *Mas-Chara* bedeutet Scherz, dann den Spaßmacher. Die italienische Gesichtsmaske *maschera* lebt begrifflich im bayerischen *Maschera* weiter neben dem Wort *Larve*. Im Mittellatein taucht *masca* schon etwa um 700 auf und zeigt gewissermaßen die Silbenamputation des orientalischen Wortes. So endet die Wortwandlung in dem französischen *masque*, wie auch im Englischen *Mask*. Kein Zweifel ist an der Bedeutungsnachbarschaft zum provençalischen *Masco* = Hexe, das in Form von *Masca* in den langobardischen Gesetzen auftritt, und die *Maskotte* ist ebenfalls ein Ableger, der Audran eine eigene Operette dieses Namens 1880 schrieb.

Doch gilt es, andere Untersuchungswege einzuschlagen: Eigentlich ist der *Ityphallos*, den sich der griechische Schauspieler in surrealistischer Weise vorband, ebenfalls eine Maske. Die Bocksgestalt war nicht minder ein solcher Ausdruck, und die Fruchtbarkeitstänze des Dionysosfestes fanden maskiert statt. Diese riesige Maske des Dionysos, die bei ihm selbst alle *ityphallischen* Momente überspielt, ist etwas

Wesensmäßiges. Geht man heutigentags vom linken Seitenweg des *Jardin de Luxembourg* auf das freie Rondell des Springbrunnens vor dem Schloß zu, so begegnet uns zuerst eine *Artemisstatue*, und vorn an der Baumlichtung steht ein nackter Jüngling, der selbst eine Maske in der Hand hält, während zu seinen Füßen eine Anzahl verschiedener Masken liegen. *Dionysos*, Gott des Weins und der Fruchtbarkeit ist zugleich der Wahnsinns- und Todesgott; er repräsentiert die dahinrasende Wandelbarkeit der Welt. Die Spuren seiner Festlichkeiten scheinen einen Katalog selbst krimineller Taten nicht auszuschließen, und so waren die Feste des *Deus Liber* dann bei den Römern, im März gefeiert, nicht selten Anstoß zu Verboten. *Varro* kann seine Abscheu von diesem Kult nicht stark genug betonen. Die späteren *Sebaziusfeste* waren Ausdruck der innigsten Vereinnung mystischer Art mit dem Gott.

Halten wir inne, da wir nicht über *Dionysoskulte* sprechen, sondern nur von dem Attribut der Maske: sie hat sakralen Wert. Und so wird man begreifen, daß die peruanischen Goldmasken, die ähnlichen des alten Ägyptens auf den Mumiengesichtern nicht etwa den Toten selbst repräsentieren, sondern seine charismatisch königliche Würde infolge seiner Urabstemmung von dem Gott selbst. So fand man in dem bekannten *Agamemnongrab* in *Mykenae* eben diese kleingeschnitzten Goldmasken.

Die Maske ist aber auch innerhalb der ethnologischen Forschung ein wichtiges Objekt: so hat *Andreas Lommel* hier in München als Verfasser eines besonderen Buches über „Masken“ die Tanzmaske eines Schamanen der Eskimos in Alaska gezeigt, die auf die Vision eines Geisthelfers hindeutet, der dem Schamanen im Trance erscheint und der die Tiere zu den Fangplätzen lockt. Der tschechische Emigrant *Andy Warhole* benutzt die Maske als Graphiker entpersönlichend, nur die Oberfläche als wesentlich akzentuierend, hinter der nichts ist.

Indessen wäre es falsch, die Maske nur als *Larve*, also als *Gesichtsverhüllung*, anonymer oder erschrecken-

*) Festvortrag anlässlich der Uraufführung des Films „Die Maske als psychiatrisches Phänomen“ von ORMR Dr. Heinz LIESER am 29. Januar 1971 in München.

der Art zu deuten. Und so müssen wir an schon Gesagtes erinnern, daß das arabische Wort Maschara mehr bedeutete, nämlich Scherz, Spaßmacher, kurzum etwas allgemein Darstellendes, sei es im typologischen Sinne oder zur Verdeckung des dahinter steckenden Menschen. Vor allem Ausdruck der ekstatischen Verwandlungslust wie bei den dionysischen Wahnsinnsfesten. Leicht bemerkbar wird also schon jetzt die Doppelsinnigkeit der Maske: sie verhüllt, sie verwandelt, sie prägt das sakrale Stigma auf das menschliche Antlitz, das dadurch entindividualisiert wird, wenn zugleich auch typische Gestalten entstehen. Die Maske engt das individuelle gestische Verhalten ein, da sie erstarrend wirkt, da sie den sprachlichen Ton der Kundgabe resonatorisch verändert; so ist das Personale, das Durchtönen gemeint, dessen sich der Akteur bedient, um stärker zu wirken, in jedem Fall den Naturalismus auszuschalten, überwirklich zu werden. Wir dürfen vielleicht zur besseren Konturierung aus unserer eigenen Erforschung der Etrusker und ihrer toskanischen Grabkultur folgendes kurz hinzufügen:

Es gibt auf den Grabkammerfresken der Etrusker eine seltsame Figur Phersu, die stets maskiert erscheint und dem Totenkult wie Charun angehört. Phersu ist gegenwärtig bei den Totenfestspielen, die recht grausam erscheinen. Bemerkenswert ist aber, daß beispielsweise in der Tomba della pulcinella eine ähnliche farbig kariert gekleidete Persönlichkeit auftritt in schwarzen und quadratischen Leppen, also schachbrettartig, die uns aus dem späteren Mimus der Römer bekannt ist als Possenreißer und der in dieser Gestalt in die Jahrhunderte der Commedia dell'arte eingeht. Phersu ist ein Unterweltsgott, er wird dann durch Charun abgelöst etwa in den Fresken der Tomba François. Aus dem maskierten Totengott wird der maskierte Possenreißer. Auf den erotischen Gehalt dieser Szenerien gehe ich nicht ein. Jedenfalls ist das etruskische Totenleben ein maskiertes Dasein in jeder Form, mit abgezikeltem Ritual, aus dem sich später etwa die Florealien in des Ovids Fasten im Frühjahr entwickeln. Leben in seinen beiden Polaritäten wurde bei den Etruskern oben auf der Erde, zugleich aber unten in den Nekropolen gelebt. Leben war ein maskiertes Schauspiel. Ohne Maske war Leben nicht denkbar, und gerade die Maske trägt hier ihren sakralen Gehalt. Ich darf daher sogleich ein modernes Exemplar bringen, dem wir in Paris in der Salle St. Louis der Concièrgerie begegneten, als man die ungeheuer passionelle Tragödie Racines Andromache in riesigen Plastikgehäusen von Menschengestalt aufführte, hinter denen einschließlich der Gesichtsmaske die Scheuspieler verborgen tönnten. Sie hatten nur am Schultergelenk gewissermaßen Armschlitze wie aus einem Gipsfuß; aus Ihnen heraus agierten sie mit den Armen. Hier zeigte sich insofern eine Über-Überfremdung, insofern die gewaltigen Leidenschaften, die passions der Racine-Zeit nicht mehr in der Attitude

der Rachei, des Talme oder später noch der Sarah Bernard und heutigen Vertreter des Rollenfachs der Comédie Française sichtbar werden. Die Bewegungsbeschränkung der Totalmaske, aus der nur, wie in der Antike, die Augen des Schauspielers durch die Schlitze durchleuchten und die Arme in äußerster Beschränkung der Bewegungen nach innen und außen auseinandergehen, überlassen die passionelle Wirkung nur der außerordentlichen Zucht der Vergestaltung durch die resonante Maskenstimme hindurch. Nebenfiguren erscheinen mit einer Maske, die sie an einem Stiel vor dem Gesicht halten, sofern sie sprechen.

Man denkt hier an des Novalis' Worte: „Die Skulptur und die Muse sind sich als entgegengesetzte Härte gegenüber. Die Skulptur das gebildete Starre.“

Dann vor allem ist und bleibt die Lerve, die Gesichtsmaske zwar von jeher etwas Sakrales, ein Fascinans und Tremendum zugleich, und so versteht man die völlig andersartige Wirkung des Augenspiels mit seinem mannigfachen Ausdruck, wie Novalis ebenfalls meinte. Diese Prävalenz des Augenspiels, das in der Maske dynamisch zurücktritt zugunsten der Starre des Tremendum und Fascinans überhöht alle Gesichtsgebärden oder Mienen, die, wie er sagt, nur die Konsonanten zu den Augenvokalen sind. Vom Sakralen der Maske, die über das einstige Antlitz des Agamemnon in Gold gelegt ist, um die königliche und damit göttliche Abkunft zu versinnbildlichen, bleibt das Tremendum und Fascinans, gewiß etwas allgemein Magisches, das allen Masken und ithyphallischen Darbietungen stets bis in die heutige Ethnologie anhafte. Aber die Verweltlichung dieses Sakralen in langsamem Schritt der Geschichte durch die Jahrhunderte mag der Phänomene wegen noch kurz geschildert sein.

Wo das Sakrale des dionysischen Wahnsinns der Maske einer Mäßigung des Szenischen gewichen ist, da muß die „karnevalistische Ader“ den ungestraften Genuß der Wirklichkeit einer schönen Lüge helfen. Und daher ist es kein Wunder, daß in diesem Säkularisierungsprozeß der Jahrhunderte neben dem Sakralen ein Bedeutungswandel zu Kunstgattungen sich vollzieht, die nur kurz angedeutet werden. Sie tragen zugleich eine Note der soziologischen Veränderung. Was zunächst übriggeblieben ist, ist die Verwandlungsmöglichkeit, sie ist dionysisch. Der Tänzer in der Maske bleibt ein verwandeltes Wesen. Oskar Bie hat das in seinem berühmten Werk über den Tanz klar erfaßt, weil er, selbst ein Unmaskierter, diese Sehnsucht des Maskenhaften genau erfüllt hat. Bie war ein mit mir bekannter kleiner untergesetzter, schwerer Mensch und vermochte sich in keine tänzerische Höhen zu verwandeln, daher seine Sehnsucht danach. Es war fast nach seinen eigenen Worten ein Schrei des Selbstvergessens, jener letzten Gnade des Menschen in Schmerz und Freude seines Daseins.

Die Maske vollzieht etwas Seltsames: ihre Benutzung ist ein transzendentaler Erlösungsfaktor aus dem

schalen Theater dieses Lebens. Der dionysische Wahnsinn als Wirklichkeit kehrt wieder in der Narretei der Meske, in der wir ein Als-Ob-Dasein führen können. Vom Mythos her bleiben die „festlichen Triebe“ als „uralte Selbstverständlichkeit“. Diese Grundphänomene werden historisch sichtbar und überspielen die Schranke ins Psychopathologische. Verfolgen wir also zunächst die Facette des Maskenproblems: Die Maske, deren Wirkungstrieb schon im 14. Jahrhundert in Europa beginnt, ist typischerweise dort lokalisierbar, wo eine besondere protokollarische Starre des Hofzeremoniells der maskierte Gegenpart ist, gegen den sie sich in eigenartiger Dialektik wendet. Gelegenheit dazu ist die Festlichkeit, in England gelegentlich die Langeweile der eiskalten Winternächte auf den Schlössern des protokollarisch erstarrten Adels. Hier bricht die Maske wie ein Sturmwind ein; ihre Träger sind Angehörige des Hofes selbst, noch längst nicht gleich Schauspieler. Indessen vermischen sie sich innerhalb der improvisierten Szenerie mit dem Zuschauer und am Ende, in festliche Gewänder mit Goldbrokat bei Kerzenlichter gehüllt, die von Pagen getragen werden, fordern sie höchst ungeziemlich die Hofdamen zum Tanz auf; manche geben diesem Aufbruch des Herkömmlichen nach, manche verwehren sich in dankender Geste der Absage. Aufputz und Tanz stehen im Mittelpunkt des Geschehens. Im 16. Jahrhundert werden die einstigen folkloristischen Formen dieses Raumnachtcharakters wieder geboren, sie verbreiten sich vom berühmten venezianischen Karneval über Frankreich und England. Der italienische Stil der „Vermummung“ ist überall deutlich. Und das angeblich so kühle England wird von diesem Elan vital erfaßt. Häufig wird eine eigene Szenerie mitgebracht oder ein festlicher Wagen fährt in die Schloßhöfe ein. Das tänzerische Gehabe wird bald nach pantomimischem Zusatz zur Sprache, wenn auch die Dekoration und Erklärung zunächst überwiegen. In Frankreich erscheint zu Ende des 16. Jahrhunderts schon eine Art Dramatik in Tanz und Schauspiel, so das berühmte „Balet comique de la Roynne“ mit seinen Najaden, Dryaden und Meerjungfrauen als mythischem unsterblichem Rest. Tritonen tanzen einher und die mythologische Figur der Zeuberin Circe spielt eine Rolle. Soziologisch gesehen, gibt es hier nicht wie im Theater das uns anerzogene Rahmengenüß. Die Maskierung schafft Einheit, Annäherung der Gesellschaftsstände, denn der Maskierte ist ein Amateur, kein Profi.

Der Übergang des 16. zum 17. Jahrhundert, also zum Barock, schafft schon die Maske als eine Stilform der mythischen Dramatik. Die eigentümlichen Figuren breiten sich in der Schloßhalle aus, verdichten den Vereinheitlichungsdrang zwischen Zuschauer und Akteur; der Maskenball, nicht etwa die Oper, erlangen Eigenständigkeit. Von Karl I., König Johann bis nach der Zeit des Langen Parlaments gedeiht dieser Lebensstil, und daran sind zwei nur wenige Jahre an Alter verschiedene und klanglich ähnliche Männer beteiligt.

Inigo Jones (1579 bis 1651) begann als Tischlerlehrling, zeigte Interesse für Mal- und Baukunst, so daß Pembroke sich seiner annahm, ihn nach Italien mitnahm, bis er nach Frankreich, Deutschland und endlich in den Hof Christian IV. nach Dänemark gelangte. Durch Freundschaft mit Karl I. geriet er in den Kerker. Er ist neben dem Bau des Hospitals von Greenwich der Architekt des Bankettsaals von Whitehall geworden. Stilistisch war er von Palladio beeinflusst, dessen Olympisches Theater heute noch in Vicenza zu sehen ist.

Der andere, Benjamin Jonson, 1574 geboren, war Maurerlehrling. Auch er machte mit dem Kerker Bekanntschaft, gelangte aber über die Universität Cambridge bis an den Hof Elisabeths, die ihn seines Mask „Cynthia“ wegen begünstigte. Eine von ihm verfaßte Hofsatire brachte ihn unter Jakob I. wieder hinter Mauern. Eine Menge von Mask-Stücken hat er geschrieben, wie denn auch der fromme Milton ein Mask namens Comus schrieb. Man muß sich auch Molières Bourgeois Gentilhomme mit folgendem Tanz als Form dieses Stils denken und der so schwer verständliche „Sturm“ Shakespeares ist eigentlich ein Mask.

Mit der Schminkekunst erst hat sich diese Stilistik langsam geändert.

Selbst im einst sakralen Bereich, der immer noch Reste zeigt, ist die Maske ein Gesellschaftsmoment, das über die Ekstase bis zum Wahnsinn geht. Keinesfalls darf der Mask mit Theater schlechthin verwechselt werden, trotz Musik hat er nichts mit Oper zu tun, so ausstattungsprächtiger er sich besonders im 16. und 17. Jahrhundert gerierte. Der Mask enthält ein Stück unausgesprochener Wahrheit, die zum Durchbruch drängt und dies in ekstatisch-festlichem Milieu der Verkleidung überhaupt. Rhythmische Momente sind stets zündend dabei wirksam. Das dionysische Moment zeigt sich etwa zur Zeit Heinrich III. in Frankreich durch die Geschlechtsverkleidungen, die man gerade beim König in isolierter Betrachtungsweise des vergangenen Jahrhunderts als Transvestitismus brandmarkte; aber dieses Dionysische versucht die Sexualsphären zu sprengen, um aus der Enge in die Weite des Erlebens zu gelangen. Schon die ersten Kapitel der Erinnerungen Casanovas in Venedig geben dafür Beispiele.

Das 18. Jahrhundert verfeinert die Maske im Leben. Zugleich wirkt sie auf das sozial recht bedenkliche Los der Frau befreiend in ihrer Anonymität. Die Frau tritt aus der ihr aufgezwungenen Etikette für mehrere wilde Stunden in eine Befreiung, hinter der Maske kann sie ihre geheimen Wünsche offenbaren. Venedigs Piazzetta wird zum Brennpunkt der europäischen Vermummungsausstrahlung. Aus einstiger Meskenstarre wird unter Benutzung dieser ein individuelles unkontrollierbares Dasein. Das ist der Sinn der venezianischen Sala di ridotto.

Die Vielschichtigkeit der Maske ist damit nicht erschöpft. In ihr gründen die sozialpsychopathologischen Anliegen. Man kann ausgehen von jenem Traktatabschnitt A. Schopenhauers „Von dem, was einer vorstellt“. Diese Vorstellungsgewohnheit wird nämlich dann zu einer Maskenprägung. Man könnte zitieren: „Die Szene wird zum Tribunal“, insofern dieses Tribunal der Maßstab des Lebens selbst ist. Was einer vorstellt, so Schopenhauer, bezieht sich auf seine Wirkung auf andere, also auf ein „fremdes Bewußtsein“. Zugleich wird damit aber auch das Betreten der anderen zu uns bestimmt und dies in der Mensur der Distanz. Es gibt eine Bemerkung Goethes über die Titel – er war bekanntlich selbst Geheimrat und Minister –, die doch so unbedeutend seien. Goethe war anderer Meinung. Titel seien erforderlich und zweckmäßig, sie ermöglichen in ihrem Formalismus die Distanzierung denen gegenüber, die zu nahe kommen. Darin steckt eine echte Lebenswahrheit. Freilich geht dies bis zur Maskierung; denn die Art, wie Daumier die einzelnen Berufssparten dargestellt hat, seien es Ärzte oder Advokaten, sind typische Masken, typisch im engsten Sinne des Wortes, denn Typos ist das Geprägte. Es ist also so, daß Menschen durch ihre Lebenstätigkeit getypt, also maskiert werden. Der tönende Staatsanwalt, der joviale Richter, der mit allerlei Zwängen ausgeprägte Pauker, der salbadernde Pfarrer, der Wirkliche Geheime Intendantzrat Ritter von Possart, das alles sind Spielformen von Alltagsmasken, geprägt durch die Tätigkeit. Wir befinden uns an dieser Stelle schon hert an jener Grenze, an der die Berufseigenschaften, etwa der dozierende Professor, zum Zwang, also zur Maske, gefrieren können. Der Psychiater muß einen intuitiven Blick dafür haben, denn wieder einmal, wie so oft, sind die Irrationalen Erkenntnisse eigentlich unwissenschaftlich und dies seit der Zeit der Renaissance im Gebiet all dessen, was man Physiognomik nennt, die beim Aristoteles-Schüler Theophrastus beginnt, sich bei Porta fortsetzt, zu Lavater gelangt in seinen berühmten Fragmenten, um in die Lehre vom Körperbau und Charakter Kretschmers auszulaufen. Einer von denen, die ein besonderes Genie für diese Maskenseite des Daseins besaß, war Ludwig Klages, der daher auch die ernsthefte Graphologie als Ausdruckskunde schuf. Und gerade er, so sehr er sich von der Medizin entfernte, war Arzt, Physiognomiker, also Maskendeuter des Lebens, kam er doch ebenfalls vom Mythos her.

Schopenhauer sagte: „Die höchsten Stände, in ihrem Glanz, in ihrer Pracht und Prunk und Herrlichkeit und Repräsentation jeder Art können sagen: unser Glück liegt ganz außerhalb unserer Selbst: sein Ort sind die Köpfe Anderer.“

Diese Maske kann aber in unwiderstehlichem Zwang der Gewohnheit der Alltagsarbeit zur Maske werden, die schwer zu lüften ist. Im großen Ganzen muß man alles Modische hier einbeziehen. Mini, Midi oder Maxi sind Leibgefühle; sie können enthüllen oder verber-

gen, sie können prangen oder armselig wirkend werden, sie lehnen sich teilweise an Vergangenes an wie etwa die heute wieder gekommenen Schnürstiefel der Damen, die in russischen Georgierhosen stecken. In jedem Fall spielt man Maske, freilich nicht nur in Abwehr, oftmals um des erotischen Reizes willen. In der Kosmetik wird Maske gemacht; man läuft herum, als stehe man im Rampenlicht der abendlich lichtdurchfluteten Bühne. Dort also, von wo die Maske einst ausging, als Dionysos sie trug, dorthin kehrt sie zurück nach dem Umweg über die Bühnenrampe. Jeder sein eigener Schauspieler. Der Eros der Verwandelbarkeit ist zwingend. Freilich kann das Zwingende dann auch zum Zwang selbst werden, zu einer Verselbständigung und somit Einschränkung der Daseinsform oder zu deren ersehnter Erweiterung.

Der Barock hätte dies nicht sozialpsychiatrisch ausgedrückt, sondern unter die allgemeine Vanitas vanitatum vanitas subsumiert. Die tiefgründige Frage, die aus dem Maskenbereich aufbricht, ist die: Wer ist der Narr auf diesem Weltenschiff, wer behandelt wen? so nannte ich einmal einen Essaiausschnitt. Und so gelangen wir zur sozialen Seite des Arzt-Krankenverhältnisses.

Zwischen der so schwierigen Kommunikation, an deren Verarmung gerade heute nicht zu zweifeln ist, steht die Maske des Arztmantels und dem Kunstverhalten des Patienten. Das Gespräch, die Beobachtung der Maske, soll dem Arzt die Möglichkeit an die Hand geben, hinter die Maske zu schauen; ein Unternehmen, das im Fall des Gelingens etwa das glatte Verhalten des Diplomaten zerbrechen müßte, um ihn zugleich damit zu disqualifizieren. Ihm freilich hilft der Botschafterfrack, der Degen und der Dreispitz bei offiziellen Gelegenheiten. Der Kranke hat es schwerer, sich im eigenen Interesse zu verbergen. Und zugleich könnte es auch sein Interesse sein, demaskiert zu werden, ein Ausdruck, der zum Weltbild des positivistischen vergangenen Jahrhunderts von Kierkegaard bis Nietzsche gehört. Bei aller Demaskierungssucht sagte er aber: „Jeder tiefe Geist braucht eine Maske, um jeden tiefen Geist wächst fortwährend eine Maske.“ Ganze literarische Richtungen im Naturalismus dienten der Demaskierung der Gesellschaft, so etwa der sogenannte Naturalismus von Zola, Bourget bis Gerhart Hauptmann und Ibsen. Sie alle glaubten zu demaskieren. Zola, angeregt durch die aufstrebende Physiologie Magendies und Claude Bernards, versuchte es mit biologischen Metaphern in seinem Experimentalroman und schwor auf die Erkundung der Wahrheit durch den Untersuchungsrichter. Wieweit dies glückte, mag hier beiseite bleiben. Hauptmanns dramaturgischer Naturalismus versuchte es in der Detaillierung. Bekannt ist seine Regieführung des Wilhelm Tell, die er wie ein Arbeiterdichter auffaßte, wenn er die Heloten des Geslerschen Zwingburgbaus dehnte, um den Sozialcharakter des Schillerschen Anliegens zu verstärken. Auch dies blieb Maske.

Die Durchdringung der Patientenmaske seitens des Psychiaters ist die allerschwerste Sozialleistung. Sie setzt mannigfaches voraus: Das Milieu trägt immer an sich den Schaden des Künstlichen, das wieder die Maskierung steigert. Die Möglichkeit, hinter die Maske vorzustoßen, gelingt grundsätzlich nur beim Willen zur Kommunikation. Diese wiederum erfordert das Medium einer gemeinsamen Sprache von Arzt und Krankem. Wird sie nicht gefunden, so verbleibt die Patientenmaske so hart wie Gold, Holz oder Leder der Ägypter oder Peruaner. Die Kommunikationsmittel selbst können auch auf seiten des Arztes zur Maske führen, sofern diese Maske gewünscht wird, also etwa Autorität, Nichtautorität, Suggestionenwirkungen, kurzum, eine große Maskerade steht einer anderen gegenüber. Wann endlich kommt es zum kurzen individuellen Augenzwinkern, das bedeutet: Hier bin ich! Häufig wird es ersetzt durch psychotherapeutische Dogmen, an die beide Parteien glauben müssen, um ihre Sprache zu verstehen.

Mein alter Lehrer Friedrich Kraus aus Bodenbach, einst Grazer Professor und schließlich Berliner Ordinarius vor 1933, pflegte in seinem böhmackelnden Dialekt zu sagen: „Ei nun, da gibt es auch noch die Psychotherapie. Sie geschieht oft so, wie wenn man einen Hund streichelt oder wie wenn man sich wie Sekt gebärdet.“

Gewiß, mancher läßt die Maske fallen beim Streicheln, mancher im Gedanken an den dionysischen Sekt. Sehr oft fällt die Maske nie und sei es nur eine Sonnenbrille, die man aufsetzt, wie der Vogel Strauß den Kopf in den Sand steckt. Wir müssen den Mut zum Bekenntnis haben, daß wir zwar sozial manches bessern können, daß wir aber oftmals mit der Maske von uns selbst und des Patienten zu Rande kommen müssen. Sozialpsychiatrie ist eben auch nur ein Teilerfolg, Individuum ineffabile!

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. med. Werner Leibbrand, 8000 München 13, Nordendstraße 2

Die Grenzen zwischen ärztlicher und rechtlicher Beurteilung*

von W. Bischoff

I.

a) Unterschied zwischen ärztlicher und juristischer Denkweise

In vielen Rechtsfällen, besonders im Sozialrecht, müssen Verwaltungs- und Gerichtsbehörden bei der Aufklärung des Sachverhalts die Fachkunde der Ärzte in Anspruch nehmen. Die hier notwendige Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Juristen kann aber nur dann zu dem gewünschten Erfolg führen, wenn bei der Behandlung der sich im Einzelfall ergebenden medizinischen und nichtmedizinischen Fragen eine zweckvolle Abgrenzung vorgenommen wird, so daß sowohl der Arzt als auch der Jurist weitgehend auf sein eigenes Fachgebiet beschränkt bleibt. Bei der Erörterung des gestellten Themas wird man davon auszugehen haben, daß sich die juristische und die medizinische Denkweise grundsätzlich von einander unterscheiden. Wie HENNIES („Der Medizinische Sachverständige“, 1968, Heft 10) zutreffend ausführt, bedient sich der Arzt bei seiner Tätigkeit der induktiven Methode, während sich der Jurist vorwiegend von einem deduktiven Denken leiten läßt. Der Arzt ist bemüht, bei seinem Patienten Symptome zu registrieren, Befunde zu erheben und aus vielen Einzelheiten die Diagnose aufzubauen, um auf diese Weise zu der gerade für den jeweiligen Individualfall erfolgversprechenden Therapie fortzuschreiten. Demgegenüber hat

der Jurist von Rechtsnormen auszugehen; er sucht zunächst die gesetzliche Grundlage für den geltend gemachten Anspruch, legt Gesetze und Rechtsbegriffe aus und subsumiert den ermittelten Sachverhalt unter die passende Gesetzesvorschrift. Da der Arzt weiterhin den gegebenen Fall häufig nur unter dem Gesichtspunkt der Wahrscheinlichkeit oder Möglichkeit beurteilen kann und bisweilen auch die Grenzen seiner Wissenschaft offen zugeben muß, wird er zwangsläufig auch einmal zu dem Ergebnis gelangen, daß die ihm vorgelegte Frage nicht zu beantworten ist. Im Gegensatz hierzu hat der Richter in jedem Falle eine Entscheidung zu treffen, er darf keinen Fall unentschieden lassen und hat erforderlichenfalls nach dem im Sozialrecht geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast zu befinden, wonach die Folgen der Beweislosigkeit derjenige zu tragen hat, der aus der unbewiesenen gebliebenen Tatsache Rechte für sich herleiten will.

b) Aufgabe und Stellung des medizinischen Sachverständigen

Als medizinischer Sachverständiger hat der Arzt die Aufgabe, die Behörden bei der ihnen obliegenden Pflicht, den Sachverhalt weitgehendst aufzuklären, zu unterstützen. Seine Mitwirkung besteht in der Hauptsache darin, Befunde zu erheben, Diagnosen zu stellen, Erwerbsminderungsfragen zu beantworten und den Ursachenzusammenhang nach medizinischen Gesichtspunkten zu beurteilen. Der ärztliche Sachverständige wird als Helfer oder — noch besser — als

*) Vortrag entliehen des I. Sozialmedizinischen Kurses am 17. November 1970 vor der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin in München.

Berater des Gerichtes bezeichnet; ein wirklicher Berater des Richters kann er aber nur dann sein, wenn er von diesem selbst ausgewählt und beauftragt wird, also regelmäßig nicht in den Fällen, wo das Gericht laut gesetzlicher Vorschrift dem Antrag des Klägers entsprechend von einem bestimmten Arzt ein Gutachten einholen muß (vgl. NATHO, Der Medizinische Sachverständige, 1967, Heft 1). Der Tätigkeit des Sachverständigen sind Grenzen gesetzt durch die ihm von der Verwaltung oder dem Gericht gestellten speziellen Fragen, zu denen er sich aufgrund seiner beruflichen Kenntnisse und Erfahrungen gutachtlich äußern soll. Verständlicherweise haben für die zu treffende Entscheidung solche Gutachten wenig Wert, die nicht voraussetzungslos der medizinisch-wissenschaftlichen Wahrheit dienen, sondern nach dem vom Gutachter für gerecht und wünschenswert gehaltenen Ausgang des Verfahrens ausgerichtet sind, ebenfalls solche, die etwa anstelle der geltenden juristischen und medizinischen Lehre selbstherrlich andere Auffassungen und Begriffe setzen (REICHARDT, Einführung in die Unfall- und Rentenbegutachtung, 1958, S. 106).

II.

Die Grenzen zwischen ärztlicher und rechtlicher Beurteilung

In den zahlreichen Fällen, wo die Entscheidung von der Klärung medizinischer Tatumsstände mit abhängt, hat der ärztliche Sachverständige, wie schon gesagt, die Aufgabe, bei der Feststellung des Sachverhaltes mitzuwirken. Da nun im Einzelfall Tatsachen medizinischer und nichtmedizinischer Art zu klären sind, die eng zusammenhängen und sich gegenseitig bedingen, und bei der Sachaufklärung auch Rechtsbegriffe ausgelegt und angewandt werden müssen, setzt die erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Behörde und Arzt eine Abgrenzung und Spezifizierung der verschiedenartigen Fragen voraus. Die dem Sachverständigen vorzulegenden Fragen müssen also gezielt und zweckentsprechend sein, damit nicht diesem praktisch die Rechtsentscheidung aufgebürdet wird und er sich nicht veranlaßt sieht, auf Probleme einzugehen, die allein der Beurteilung des Gerichtes unterliegen. Aufgabe des Gutachters ist es also beispielsweise nicht, zum Nachweis eines schädigenden Ereignisses oder Unfalles Stellung zu nehmen, seine Beurteilung erstreckt sich also nicht auf die Prüfung, ob ein schädigender Vorgang erwiesen ist, ob also eine diesbezügliche Behauptung im Hinblick auf den gesamten Inhalt der Verhandlungen und eines etwaigen Beweisergebnisses für wahr oder nicht wahr zu erachten ist (vgl. § 286 ZPO). Wenn beispielsweise ein Sachverständiger in seinem Gutachten ausführt, daß die beim Kläger bestehende anazide Gastritis anerkannt werden muß, weil dieser heute im Gegensatz zu früher behauptete, im Jahre 1943 eine Ruhr durchgemacht zu haben, so beurteilt er praktisch die Glaubhaftigkeit der widerspruchsvollen Angaben eines Prozeßbeteiligten und

trifft im Ergebnis selbst die Feststellung, daß ein behauptetes schädigendes Ereignis als erwiesen zu betrachten ist. Mißverständnisse können sich auch aus den Worten des Gutachters ergeben, daß eine Gesundheitsstörung anerkannt werden muß, oder daß er nunmehr das Leiden als Schädigungsfolge anerkennt. Denn ein Gutachten ist niemals bindend und enthält immer nur einen Vorschlag, und eine Anerkennung wird stets nur durch die Behörde, nicht aber durch den Sachverständigen ausgesprochen. Hingegen kann ein ärztliches Gutachten zur Feststellung eines schädigenden Ereignisses einen wertvollen Beitrag leisten; ist z. B. nachgewiesen, daß eine truppenärztliche Behandlung stattfand und dabei bestimmte Krankheitssymptome beobachtet wurden, so kann der Mediziner unter Umständen über die Art der Erkrankung Auskunft geben und somit darüber, ob es sich im gegebenen Falle auch tatsächlich um die behauptete Krankheit gehandelt hat. Bei der Erstattung seines Gutachtens muß der medizinische Sachverständige immer von den durch Verwaltung oder Gericht getroffenen Tatsachenfeststellungen ausgehen, und dem Sachverständigen muß daher auch stets klar gesagt werden, welchen Sachverhalt er seiner ärztlichen Beurteilung zugrunde legen muß. Mitunter werden dem zum Sachverständigen ernannten Arzt von einer Partei Personen zugeführt, die er vernehmen und deren Angaben er seiner Beurteilung zugrunde legen soll. Kommt der Gutachter solchen Wünschen nach, so greift er praktisch dem Gericht vor und übernimmt eine nicht zu seinem Aufgabengebiet gehörende Funktion. Das auf solche eigene Ermittlungen gestützte Gutachten muß zudem problematisch sein, insbesondere dann, wenn sich die Angaben der explorierten Personen nicht in das Ergebnis der bisherigen amtlichen Feststellungen einfügen lassen. Von zweifelhaftem Wert ist daher auch das Gutachten, welches ein Arzt auf Wunsch eines Klägers in dessen Sozialrechtsstreitsache ohne jede Kenntnis des Inhaltes der einschlägigen Akten anfertigt. Die Anforderung eines medizinischen Gutachtens ist erst dann sinnvoll, wenn vorher sämtliche rechtlich relevanten — außermedizinischen — Tatsachen, wie z. B. wichtige Einzelumstände einer Schädigung oder eines Unfalles, der militärische oder militärähnliche Dienst, die Tatsache der Kriegsgefangenschaft oder Internierung, die Berufszugehörigkeit, die Art oder Dauer einer bestimmten beruflichen Tätigkeit zweifelsfrei geklärt sind.

Das ärztliche Gutachten ist ein Beweismaterial für bestimmte medizinische Tatumsstände; deshalb muß es auch auf medizinische Feststellungen und Erwägungen beschränkt bleiben. Ist in einem Falle die Todesursache zweifelhaft, so kann der Sachverständige seine Stellungnahme nicht damit begründen, daß die Unterlassung einer Sektion dem Beklagten anzulasten sei und daher die von der Gegenpartei behauptete Todesursache als bewiesen gelten müsse. Die hier aufgeworfene — in der Entscheidung des Bundessozialgerichtes vom 28. Juli 1961 (RV 145/59 = KOV

1962/185) erörterte — Frage, ob und inwieweit der aus § 444 ZPO entwickelte allgemeine Rechtsgedanke, daß die schuldhafte Vereitelung der Beweisführung der gelungenen Beweisführung gleichsteht, auch im Sozialgerichtsverfahren Platz greifen kann, ist prozeßrechtlicher Natur und entzieht sich der medizinischen Beurteilung. Dasselbe gilt, wenn ein medizinisches Gutachten etwa damit abschließt, daß die geltend gemachte Verschlimmerung eines Leidens gleichfalls eine Wehrdienstbeschädigung darstelle, weil ja auch das Grundleiden als Schädigungsfolge im Sinne der Entstehung anerkannt sei. Da im übrigen nach der Rechtsprechung (BLVA in Bayr. Abl. 1953 S. B. 144; Urteil BSG vom 27. 12. 1957 — 10 RV 925/55) jede Verschlechterung eines auch im Sinne der Entstehung anerkannten Leidens selbständig auf ihren Zusammenhang mit der anerkannten Schädigungsfolge geprüft werden muß, hat das Gericht in solchen Fällen stets eine medizinische Klärung herbeizuführen und kann seine Entscheidung nicht einfach auf die in dem Gutachten gezogene — rechtliche — Schlußfolgerung stützen. Ist also beispielsweise eine mit „rheumatische Beschwerden“ bezeichnete Gesundheitsstörung als Schädigungsfolge anerkannt, so bedarf es der medizinischen Feststellung, welches Leiden dieser Anerkennung eigentlich zugrunde lag, welchen Ursprungs die als „Verschlimmerung“ geltend gemachten Beschwerden sind, und ob letztere auch wirklich mit dem ursprünglichen Leidenszustand, der zu der erwähnten unklaren Anerkennung führte, zusammenhängen.

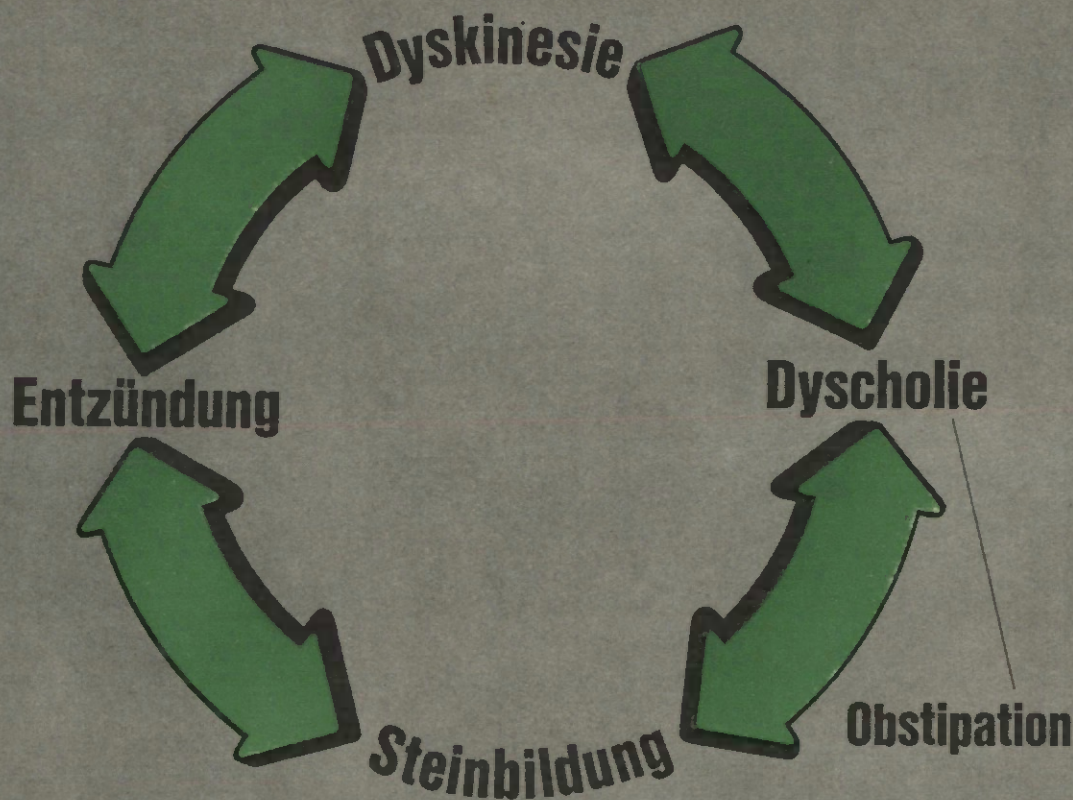
Die Rechtsentscheidung im Einzelfall hängt nicht zuletzt auch von der Mitwirkung des medizinischen Sachverständigen bei der Tatbestandsermittlung ab; der Erfolg dieser Mitwirkung wiederum ist häufig abhängig von der Zweckmäßigkeit der an den Arzt gerichteten Fragen. Bei der in der Praxis immer wieder zu prüfenden „besonderen beruflichen Betroffenheit“ im Sinne des § 30 Abs. 2 BVG spielen neben medizinischen insbesondere auch berufskundliche, soziale, wirtschaftliche und konjunkturelle Fragen eine entscheidende Rolle. Der ärztliche Sachverständige hat sich hier gewöhnlich darüber auszulassen, welcher Funktionsverlust durch eine Schädigung hervorgerufen ist, ob ein bestimmter Beruf infolge der Schädigung nur noch mit außergewöhnlichem Kräfteaufwand ausgeübt werden kann, oder ob die anerkannte Schädigung die Verrichtung bestimmter Tätigkeiten noch gestattet. Für die Beurteilung des verhinderten beruflichen Aufstieges, des sozialen Abstieges, der Notwendigkeit eines Berufswechsels, einer behaupteten Einkommensminderung — im Zusammenhang mit der erlittenen Schädigung — sind jedoch überwiegend andere — nichtmedizinische — Gesichtspunkte maßgebend. Da ferner die Erhöhung der Minderung der Erwerbsfähigkeit aus beruflichen Gründen eine besondere berufliche Beeinträchtigung voraussetzt und bei Anwendung dieses unbestimmten Rechtsbegriffes vor allem außermedizinische Gesichtspunkte ins Gewicht fallen, erscheint es nicht zweckdienlich, dem ärztlichen Sach-

verständigen einfach die Frage vorzulegen, ob der Kläger beruflich besonders betroffen ist. Andernfalls kann es geschehen, daß etwa der Ohrenarzt einen Kläger mit einem als Schädigungsfolge anerkannten Gehörleiden als besonders beruflich betroffen bezeichnet, weil dieser in seinem Beruf als Schreiner einmal eine telefonische Bestellung eines Kunden falsch verstanden hat. In solchen Fällen würde das Gutachten zudem bei den Beteiligten Hoffnungen erwecken, die sich dann nicht erfüllen, wenn das Gericht in der — letztlich nach rechtlichen Gesichtspunkten zu treffenden — Entscheidung über den beruflichen Schaden zu einem anderen Ergebnis gelangt.

Auch die für die Pflegezulage erforderliche Hilflosigkeit im Sinne des § 35 BVG (§ 558 RVO) ist nach der Rechtsprechung nicht nach ärztlichen Schlußfolgerungen allein zu beurteilen, sondern aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrungen unter Berücksichtigung aller in Betracht kommender Umstände des Einzelfalles (RVG 12 Bd. Anh. 315; Urteil BSG vom 11. 6. 1959 — 11/10 RV 126/57). Die Feststellungen des medizinischen Sachverständigen sind hier für das Gericht vor allem insofern von Bedeutung, als es sich um die Befunde und die hieraufgegründete Diagnose einschließlich des ursächlichen Zusammenhanges handelt (Urteil LSG Schleswig vom 29. 10. 1956 L 1—W 531/56). Weiter hat der Sachverständige auf Befragen darzutun, zu welchen Verrichtungen des täglichen Lebens der Beschädigte gewöhnlich nicht mehr ohne Hilfeleistung fähig und welcher Grad der Hilfeleistung eventuell erforderlich ist. Jedoch sollte ihm nicht schlechthin die Frage vorgelegt werden, ob eine Hilflosigkeit besteht.

Den Begriff der Hilflosigkeit auszulegen und auf den gegebenen Sachverhalt anzuwenden, gehört nicht zu den eigentlichen Obliegenheiten des Sachverständigen. Ob der Beschädigte also für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang fremder Hilfe dauernd bedarf, ob also alle diejenigen Merkmale vorliegen, die der Gesetzgeber mit dem Begriff der Hilflosigkeit verbindet, ist der abschließenden Beurteilung des Gerichtes vorbehalten. Dieses hat hierbei auch zu prüfen, ob eine Hilfsperson in so erheblichem Maße in Anspruch genommen werden muß, daß deren Hilfe oder Hilfsbereitschaft einen wirtschaftlich meßbaren Wert darstellt, der durch die Rente nicht als mit abgegolten anzusehen ist (RVG 7, 218).

Bei der in der KOV und Unfallversicherung meist im Vordergrund stehenden Frage des Ursachenzusammenhanges handelt es sich an und für sich um eine Tatsachenfeststellung; weil jedoch bei dieser Feststellung Rechtsbegriffe anzuwenden sind, muß der ärztliche Gutachter zwangsläufig auch zu den geltenden kausalen Rechtsnormen Stellung nehmen. Der Rechtsbegriff der Ursache ist in der Judikatur entwickelt worden und hat in den einzelnen Rechtsdisziplinen eine — der Eigenart des jeweiligen Gebietes entsprechende — Auslegung erfahren. In dem hier in-



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

Denn spasmo gallo-sanol[®] wirkt cholekinetisch, choloretisch, spasmolytisch, bakterizid und mild laxierend.

Zusammensetzung:

1 Dragée enthält:	
N-(4-Diphenylmethyl)-otropiniumbromid	7,5 mg
Fel Touri sicc. stond.	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:

Verschluß-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.

Verschreibungsfarm:

Packung zu 50 Dragées DM 6,20 inkl. Mehrwertsteuer

spasmo gallo sanol[®]

teressierenden Sozialrecht sind unter Ursache diejenigen Bedingungen zu verstehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben; haben mehrere Umstände zu einem Erfolg beigetragen, so sind sie rechtlich nur dann nebeneinanderstehende Mitursachen, wenn sie in ihrer Bedeutung und Tragweite für den Eintritt des Erfolges annähernd gleichwertig sind; kommt einem der Umstände gegenüber den anderen eine überragende Bedeutung zu, so ist dieser Umstand allein Ursache im Rechtssinne (BSG Bd. 1, S. 72, 150, 157).

Der juristische Ursachenbegriff ist ein anderer als der medizinisch-naturwissenschaftliche. So hatte schon das Kammergericht (KG, JW 1938, S. 318) in Erläuterung des Begriffes der Ursache ausgesprochen, „es komme hierbei nicht ausschlaggebend auf die exakt naturwissenschaftlichen Erkenntnisse der Ärzte an, sondern auf juristische Werturteile, die wesentlich auf menschlicher Erfahrung, allgemeiner Lebensanschauung und Abwägung der widerstreitenden Interessen beruhen“. Wie REICHARDT (aaO S. 12) zur medizinischen Gutachtertätigkeit treffend ausführt, muß der ärztliche Sachverständige, weil ja die auf medizinischem Gebiet liegende Zusammenhängefrage zu einer Rechtsfrage geworden ist, nicht nur seine ärztlich-helfende Haltung, sondern auch seine zweckfreie — rein wissenschaftliche — Einstellung aufgeben und sich bei seiner Mitwirkung bei der Rechtsfindung den Zwecken der Rechtspflege unterordnen; dazu gehört, daß er eine auf deren Zwecke abgestimmte Auswahl unter der Gesamtheit der kausalen Faktoren trifft, die wesentlichen nach ihrer Wichtigkeit für den Erfolg rangmäßig ordnet und die unwesentlichen eliminiert. Die erfolgreiche Abfassung eines medizinischen Gutachtens setzt also auf jeden Fall voraus, daß der Sachverständige auch mit den kausalen Rechtsnormen vertraut ist.

Von den Versorgungsärzten werden solche Kenntnisse in den einschlägigen Anhaltspunkten ausdrücklich verlangt. Aber auch bei sonstigen erfahrenen und bewährten Gutachtern, die von Verwaltungsstellen und Gerichten regelmäßig in Anspruch genommen werden, wird man entsprechende Kenntnisse voraussetzen können. Im Zweifel empfiehlt es sich aber, im Gutachtensauftrag die für den Sachverständigen bestimmten Fragen kurz zu kommentieren. In seinem Gutachten hat sich der Sachverständige — unter Beachtung der medizinischen Lehrmeinung — damit auseinanderzusetzen, welche Umstände vom medizinischen Blickpunkt aus in kausaler Hinsicht wesentlich sind, also als wesentliche Bedingung und damit als Ursache oder — bei annähernder Gleichwertigkeit — als wesentliche Teilursache in Betracht kommen. Auf welche Faktoren der unbestimmte Rechtsbegriff „wesentlich“ zutrifft, hat dann das Gericht unter Würdigung sämtlicher Umstände des einzelnen Falles zu entscheiden. Hält der ärztliche Gutachter diesen oder jenen Faktor für wesentlich, so beantwortet er die an ihn gerichtete Frage

nach der „Ursache“ oder nach der „wesentlichen Teilursache“ aus der Sicht des Mediziners; es kann jedoch nicht die Rede davon sein, daß diese ärztliche Beurteilung bereits einen „schlichten Akt der Rechtsanwendung“ deshalb darstellt, weil der Arzt zu den rechtlichen Kausalitätsbegriffen Stellung genommen hat.

Denn die im Gutachten mitgeteilte Ansicht ist nur ein Vorschlag und nicht ein „Präjudiz“ für den Richter, der bei Prüfung des in kausaler Beziehung „Wesentlichen“ vielleicht aus rechtlichen Erwägungen zu einem anderen Resultat gelangt. Entscheidet das Gericht im Sinne des ärztlichen Gutachtens, so deckt sich in diesem Falle die juristische Ursachenbeurteilung mit der medizinischen. Bei der Beurteilung der Kausalität stehen in der Praxis jedoch keineswegs immer nur medizinische Tatfragen zur Debatte, sondern es sind häufig noch andere — außermedizinische — Gesichtspunkte hinsichtlich ihrer kausalen Bedeutung in Betracht zu ziehen. Beispielsweise ist nach der Rechtsprechung (Urteil BSG vom 18. 3. 1964 — in SGB 1964, S. 140, Nr. 25) eine anerkannte Schädigungsfolge dann nicht mehr wesentliche Bedingung im Rechtssinne, wenn ein zurechnungsfähiger Beschädigter aus den einem tödlichen Unfall vorausgegangenen drei Kraftfahrzeugunfällen die Lehre ziehen mußte, daß er ein Kraftfahrzeug nicht mehr führen durfte; hat er trotzdem am Unfalltag den Kraftwagen gefahren, dann kommt diesem Verhalten gegenüber einer möglichen Auswirkung seiner Schädelverletzung die überragende Bedeutung zu. Ähnlich ist die Rechtslage, wenn ein Schwerhöriger, dem beiderseitige Schwerhörigkeit als Schädigungsfolge anerkannt ist, verbotswidrig einen Fahrdamm betritt, das Nahen eines von hinten kommenden Zuges nicht hört und überfahren wird; hier ist der Tod versorgungsrechtlich nicht durch die Schwerhörigkeit, sondern durch die grobe Fahrlässigkeit des Beschädigten verursacht worden, weil dieser den Bahndamm überhaupt nicht, besonders aber nicht als Schwerhöriger betreten durfte (Handbuch des Bundesversorgungsrechts v. THANNHEISER — WENDE — ZECH, Teil I, Erl. zu § 1 BVG). Fälle dieser Art kennzeichnen sich dadurch, daß hier jeweils medizinische und außermedizinische Gesichtspunkte in ihrer kausalen Bedeutung zu würdigen und gegeneinander abzuwägen sind. Es kommt also hier letzten Endes darauf an, ob die medizinisch festgestellten Folgen der Kriegsbeschädigung etwa den gleichen Anteil an dem Unfall hatten wie die übrigen dabei mitwirkenden Faktoren.

Hier können sich Differenzen ergeben zwischen der ärztlichen Stellungnahme und der abschließenden juristischen Beurteilung, in der ja neben der medizinischen Betrachtung auch die weiteren in kausaler Beziehung zu berücksichtigenden Umstände gewürdigt werden müssen. Nun ließe sich sicher auch vom Standpunkt des mit den kausalen Rechtsbegriffen vertrauten medizinischen Sachverständigen über Ausmaß und Bedeutung der Kriegsbeschädigung im Zusammen-

hang mit dem späteren Unfall streiten und gegebenenfalls auch erörtern, ob das Versorgungsleiden eine wesentliche Teilursache eines zivilen Unfalles darstellt. Jedoch werden in Fällen der genannten Art bei der Entscheidung über den Ursachenzusammenhang häufig Gesichtspunkte wie die ellgemeingültigen Erfahrungssätze, die Gebote des praktischen Lebens und Verschuldensfragen, also letztlich rechtliche Gesichtspunkte, gegenüber — möglicherweise enderslautenden — medizinischen Beurteilungen in den Vordergrund treten. Die Entscheidung über die „wesentliche“ oder „überragende“ Bedingung erfordert deshalb hier jeweils eine Abwägung der widerstreitenden Interessen, wobei insbesondere Art und Schwere der Kriegsbeschädigung und ihr etwaiges Mitwirken — speziell bei dem jeweiligen Unfallgeschehen — der Grad des Verschuldens des Verunglückten, das Verschulden Dritter und die Erfahrungen des Lebens zu würdigen sind. Einer medizinischen Stellungnahme wird es stets bedürfen, wenn die gesamten Umstände des Einzelfalles ernsthafte Erwägungen darüber zulassen, ob auch die angeschuldigte Kriegsbeschädigung in kausaler Hinsicht für den Unfall von maßgeblicher Bedeutung war. Sprechen die Umstände im gegebenen Fall jedoch von vornherein eindeutig dafür, daß den Beschädigten ein überwiegendes Verschulden trifft, oder daß sich der Unfall auch ohne die erlittene Kriegsbeschädigung zugetragen hätte, so wird sich eine medizinische Begutachtung überhaupt erübrigen.

Im Gutachten über den Ursachenzusammenhang hat der Sachverständige stets auch zur Frage der Wahrscheinlichkeit Stellung zu nehmen. Während nach der Rechtsprechung die Tatsache des schädigenden Ereignisses selbst bewiesen sein muß, wozu ein so hoher Wahrscheinlichkeitsgrad erforderlich ist, daß darauf die Überzeugung von der Wahrheit gegründet werden kann, und die Prüfung dieses Nachweises ausschließlich der Behörde obliegt, genügt zum Nachweis des Ursachenzusammenhanges nach dem Gesetz die Wahrscheinlichkeit schlechthin (Urteil BSG vom 31. 7. 1962 — 9 RV 174/58; § 1 Abs. 3 BVG). Für die Auslegung des Begriffes „wahrscheinlich“ ist der allgemeine Sprachgebrauch maßgebend; eine Wahrscheinlichkeit liegt vor, wenn nach der geltenden ärztlich-wissenschaftlichen Lehrmeinung mehr für als gegen einen Zusammenhang spricht (WILKE, Handkom. zu § 1 BVG). Von dieser Wahrscheinlichkeit ist die bloße Möglichkeit zu unterscheiden, die immer dann besteht, wenn die einzelnen Umstände insge-

samt überwiegend nicht für einen Zusammenhang sprechen. In der Praxis zeigt sich nun, daß diese notwendige Abgrenzung der Wahrscheinlichkeit von der bloßen Möglichkeit den Sachverständigen bisweilen Schwierigkeiten bereitet. Da es sich hier um die Beurteilung medizinisch-naturwissenschaftlicher Fakten handelt, läßt sich selbstredend eine präzise und exakte Abgrenzung nicht vornehmen; es ist also letzten Endes eine Frage der Abschätzung und Abwägung, wenn der Gutachter in Würdigung aller für und gegen einen Zusammenhang sprechenden Umstände zu dem einen oder anderen Ergebnis gelangt. Wie der Arzt im Einzelfall die Wahrscheinlichkeitsfrage beurteilt, hängt erfahrungsgemäß mit davon ab, ob und inwieweit es ihm gelingt, die sachlich-nüchterne Haltung des Gutachters einzunehmen. Wenn die eigentliche Aufgabe des Arztes nun auch ohne Zweifel darin besteht, dem von ihm betreuten Patienten nach Möglichkeit zu helfen, so muß sich andererseits der von der Verwaltung oder von dem Gericht als Gutachter in Anspruch genommene Arzt stets dessen bewußt sein und bleiben, daß er ja ein Helfer oder Berater dieser Behörden ist.

Hierzu gehört auch, daß er, wie bereits gesagt, bei seinen Beurteilungen die herrschende medizinische Lehrmeinung und die geltenden Kausalitätsnormen beachtet und sich bemüht, die an ihn gerichteten Fragen — ohne Ansehen der Person des Betroffenen — möglichst objektiv zu beantworten. Daß über den Begriff der Wahrscheinlichkeit und deren Grenzen nicht selten Unklarheiten bestehen, geht nicht zuletzt aus gewissen in Gutachten immer wieder gebrauchten Formulierungen hervor. Hier wird erfahrungsgemäß nicht selten von einer „ziemlichen“, einer „gewissen“ oder von „einiger“ oder mitunter sogar von der „Möglichkeit und Wahrscheinlichkeit“ gesprochen. Wenn ferner im Einzelfall objektiv nur von einer Möglichkeit die Rede sein kann, so wird dies bisweilen zunächst auch ganz richtig erkannt und etwa mit den Worten zum Ausdruck gebracht, daß ein Ursachenzusammenhang „nicht ausgeschlossen“ sei; trotzdem wird dann bisweilen im Schlußsatz eine Wahrscheinlichkeit bejaht. Gelangt beispielsweise ein Gutachten zu dem Ergebnis, daß eine Epilepsie ungeklärter Genese vorliegt und sich weder für eine traumatische noch für eine genuine Entstehung irgendwelche Anhaltspunkte finden lassen, so kann dann logischerweise in der abschließenden Beurteilung nicht die Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhanges mit einem angeschuldigten schädigenden Ereignis bejaht werden. Allen diesen

Liquirit[®]

Magentabletten

Volle Wirksamkeit auf therap. Breite

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

KP 30/OP. 60 Tabl.

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

Fällen ist gemeinsam, daß hier offenbar über den Wahrscheinlichkeitsbegriff unklare Vorstellungen bestehen. Eine „gewisse“ oder „einige“ Wahrscheinlichkeit kann es begrifflich nicht geben; es gibt nur eine Wahrscheinlichkeit schlechthin und daneben noch die Alternative der bloßen Möglichkeit. Wenn im Einzelfall die gesamten Umstände ganz überwiegend für eine bestimmte Tatsache sprechen, so ist es natürlich gerechtfertigt, von einer „höchsten“ oder einer „hochgradigen“ Wahrscheinlichkeit zu reden. Gelegentlich kommt es vor, daß in einem Gutachten zwar der medizinische Ursachenzusammenhang eindeutig verneint wird, dann aber abschließend Betrachtungen über Sinn und Zweck der einschlägigen Gesetze angestellt werden mit der Empfehlung, hier doch „gerechterweise“ die begehrte Leistung zu gewähren. In diesem Falle hat der Sachverständige bereits die Grenzen seines medizinisch-naturwissenschaftlichen Beurteilungsbereiches überschritten. Denn die Prüfung, ob im Einzelfall ein solcher Sachverhalt gegeben ist, der nach den in Betracht zu ziehenden Gesetzesbestimmungen und Ministerialerlassen vielleicht eine Ermessensleistung unter dem Gesichtspunkt einer „besonderen“ Härte rechtfertigt, bleibt der Verwaltung vorbehalten.

Im Rahmen dieser Abhandlung sollen abschließend auch noch einige Worte über die richterlichen Kompetenzen bei der Beurteilung medizinischer Tatsachen gesagt werden. Da der Richter in jedem Falle auch über die sich ergebenden medizinischen Tatfragen mit zu entscheiden hat, muß er sich auch über solche Fragen ein Urteil bilden können. Deshalb hat er sich mit den einschlägigen medizinischen Grundbegriffen, Lehrmeinungen und Erfahrungssätzen vertraut zu machen. Ebenso wie – weiterhin – der ärztliche Gutachter beispielsweise die geltenden Kausalitätsnormen kennen und beachten muß, so hat andererseits auch der Richter bei Würdigung der vorliegenden ärztlichen Beurteilungen die herrschende Lehrmeinung und die gewonnenen medizinischen Erkenntnisse zu berücksichtigen, und er darf trotz des geltenden Grundsatzes der freien Beweiswürdigung einen medizinischen Sachverhalt nicht willkürlich beurteilen. Ferner darf er bei der Zusammenarbeit mit dem Arzt nicht zu tief in dessen Fachgebiet eindringen wollen. In einem von RAUSCHELBACH (Der Medizinische Sachverständige 1968, Heft 10, S. 220) zitierten Fall hatte sich der Richter in seiner Entscheidung ausführlich darüber ausgelassen, daß nach seiner Ansicht aufgrund der Gutachten, die er in anderen Verfahren beigezogen habe, der γ -Globulinvermehrung in der Elektrophorese, wenn sie den einzigen von der Norm abweichenden Befund darstelle, gar keine pathologische Bedeutung beigezogen werden könne, und daß er deshalb dem in diesem Falle erstatteten Gutachten nicht folgen könne. Hier läßt sich der Richter als medizinischer Laie zu sehr in medizinische Erörterungen ein und übernimmt praktisch schon selbst die Aufgaben des Sachverständigen. Nicht viel anders ist es,

wenn er etwa die sich auf eine Reihe von Spezialbefunden stützende ärztliche Diagnose „vegetative Ausgleichsstörungen“ in Abrede stellt und meint, daß hier richtigerweise eine Myokardschaden angenommen werden müsse. Selbstredend hat der für die Entscheidung letzten Endes zuständige und verantwortliche Richter die ihm vorliegenden ärztlichen Begutachtungen jeweils darauf zu prüfen, ob diese bei der gegebenen Sachlage, insbesondere anamnestisch und erfahrungsmedizinisch, folgerichtig aufgebaut und darin alle wesentlichen Fragen erschöpfend erörtert sind. Es ist jedoch bedenklich, wenn er eine rein medizinische Beurteilung durch eigene medizinische Argumente widerlegen will, anstatt – bei aufkommendem Zweifel – den Fall medizinisch weiter klären zu lassen. Auch wenn er sich innerhalb seines Tätigkeitsbereiches notwendigerweise häufig mit medizinischen Problemen befassen muß und sich gewisse theoretische Kenntnisse auf diesem Gebiet angeeignet hat, muß er sich doch stets dessen bewußt bleiben, daß er hier kein Sachverständiger ist. Er sollte deshalb auch nicht den Ehrgeiz haben, ärztliche Spezialbefunde aus eigener Sachkunde auf ihre Richtigkeit zu prüfen. Will er in einer rein medizinischen Frage eine ärztliche Ansicht nicht gelten lassen, so muß er sich dabei auf andere ihn mehr überzeugende ärztliche Beurteilungen in der gleichen Sache stützen können. Er wird sich allerdings – ungeachtet der ärztlichen Meinung – ein eigenes Urteil über die Brauchbarkeit eines Gutachtens bilden können, wenn z. B. in diesem die Vorgeschichte nicht richtig ausgewertet oder von unrich-

Übertragung von lymphozytärer Meningitis

Im Winter 1970/71 sind im Frankfurter und Kölner Raum eine Anzahl von Erkrankungen an lymphozytärer Choriomeningitis aufgetreten. Die in Deutschland sehr seltene Erkrankung wurde durch den Besitz infizierter Goldhamster übertragen. Die Infektion verläuft meist als lymphozytäre Meningitis, zum Teil mit hohen Liquorzellzahlen, gelegentlich aber auch als Enzephalitis oder subklinisch mit grippalen Erscheinungen und Lymphknotenschwellungen. Viele epidemiologische Einzelheiten der Infektion sind noch unklar.

Falls Sie im letzten $\frac{3}{4}$ Jahr Patienten mit verdächtigen Symptomen behandelt haben wird um Kontaktaufnahme gebeten mit Privatdozent Dr. W. Stille, Zentrum der Inneren Medizin, 6000 Frankfurt, Ludwig-Rehn-Straße 14, Telefon (0611) 610011 (Apparat 5036).

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

Ein Spezialmull hält die nach Einführen des HämoTamp freierwerdenden
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 4,1%, 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.

tigen Tatsachen ausgegangen ist, wenn medizinische Befunde unbeachtet oder wesentliche medizinische Fragen unerörtert geblieben sind, unlogische Schlüsse gezogen oder allgemeine Erfahrungssätze nicht beachtet wurden, oder wenn der Sachverständige vielleicht zu Fragen Stellung nimmt, die im Einzelfall nicht streitig sind. Der Richter muß jedoch bei alledem stets darauf bedacht sein, daß er bei seiner eigenen Würdigung eines medizinischen Sachverhaltes die einem Nichtsachverständigen naturgemäß gesetzten Grenzen nicht überschreitet. Wenn sich eine zur Entscheidung berufene Instanz, wie es zumindest in der Zeit vor Inkrafttreten des Sozialgerichtsgesetzes gelegentlich vorkam, über gleichlautende ärztliche Fachgutachten hinwegsetzt, entweder mit einer völlig laienhaften Begründung oder vielleicht gar einzig und allein mit dem Hinweis auf das ihr ja zustehende freie Ermessen, so überschreitet sie damit die Grenzen der freien Beweiswürdigung. Ähnliches dürfte für die Fälle gelten, wo einem mit anerkannten medizinischen Erfahrungssätzen eindeutig im Widerspruch stehenden Außenseitergutachten der Vorzug gegeben wird gegenüber anderen – schlüssig begründeten – medizinischen Fachgutachten. Solche Entscheidungen halten sachlicher Kritik nicht stand, mag es sich nun darum handeln, daß sich der Richter für zu sachkundig hält und medizinische Fragen zu selbständig beurteilt, oder daß bei seiner Beurteilung im Grunde sachfremde Gesichtspunkte mitspielen.

Zusammenfassung

In den zahlreichen Streitfällen, wo es bei Aufklärung des Sachverhaltes der Zusammenarbeit von Ärzten und Juristen bedarf, wird der hinzugezogene Arzt als medizinischer Sachverständiger tätig. Als solcher hat er die Stellung eines Beraters der Verwaltungs- und Gerichtsbehörden. Er hat die Aufgabe, speziell zu den Fragen Stellung zu nehmen, die an ihn gerichtet werden. Die Entscheidung hängt im Einzelfall häufig mit davon ab, wie der Sachverständige befragt wird und wie die an ihn gerichteten Fragen formuliert werden. Da in den Einzelfällen meist eng zusammenhängende medizinische und nichtmedizinische Tatsachen festzu-

stellen und im Rahmen der Sachaufklärung häufig auch Rechtsbegriffe anzuwenden sind, erfordert die erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Behörden und Ärzten eine zweckvolle Spezifizierung und Abgrenzung der sich jeweils ergebenden Fragen. Es ist also zwischen ärztlichen und rechtlichen Beurteilungen eine Grenze zu ziehen. Auf diese Weise wird vermieden, daß der Mediziner veranlaßt wird, zu außerhalb seines Beurteilungsbereiches liegenden Problemen Stellung zu nehmen, deren Beurteilung ausschließlich dem Juristen vorbehalten ist. Bei den in der Praxis besonders häufig auftretenden Kausalitätsfragen hat sich der Mediziner unter Beachtung der herrschenden Lehrmeinung und geltenden kausalen Rechtsnormen zum medizinischen Ursachenzusammenhang zu äußern; er hat dazu Stellung zu nehmen, welche Faktoren – medizinisch gesehen – für einen bestimmten Erfolg wesentlich sind. Der Richter hat wiederum abschließend unter Würdigung sämtlicher medizinischer und rechtlicher Gesichtspunkte zu entscheiden, welche Umstände im Einzelfall als Ursache im Rechtssinne in Betracht kommen. Da der Richter letzten Endes auch über die sich jeweils ergebenden medizinischen Fragen mit entscheiden muß, hat er sich mit der einschlägigen medizinischen Materie vertraut zu machen und muß zumindest in der Lage sein, die vorliegenden ärztlichen Beurteilungen sachgerecht zu würdigen und auf ihre Überzeugungskraft zu prüfen. Bei der ihm ebenfalls obliegenden Beurteilung medizinischer Sachverhalte darf er jedoch nicht die Grenzen überschreiten, die für ihn als Nichtsachverständigen naturgemäß bestimmt sind.

Anschr. d. Verf.: Senatspräsident Dr. W. Bischoff,
8000 München 22, Odeonsplatz 1

Berichtigung zu Heft 6/1971

Der Vortrag „IDM – Aufgaben und Ziele“ wurde nicht anlässlich der Eröffnung des Institutes für Medizinische Dokumentation, Statistik und Datenverarbeitung der Technischen Universität München, sondern anlässlich der Eröffnung des Institutes für Medizinische Datenverarbeitung der GSF am 5. März 1971 gehalten.



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

Dismenol

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

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

Alkoholikerfibel für den Arzt*

von OMR i. R. Dr. med. Felix Stemplinger

(Fortsetzung)

d) Soziotherapie

Der Akzent der Behandlung hat sich entsprechend der Vielschichtigkeit der Krankheit Trunksucht und der wachsenden Bedeutung der sozialen Einflüsse auf den Krankheitsverlauf von der medikamentös-klinischen nach der ambulant-sozialpsychiatrischen Seite verschoben. Die sozialpädagogisch und psychotherapeutisch orientierten Sozialarbeiter werden immer mehr in eine Art Feuerwehrrolle hineingedrängt. Die Aussichten, helfen zu können, sind gestiegen. Der bisherige Behandlungsnihilismus konnte durch die neueren sozialpsychiatrischen Erkenntnisse überwunden werden.

Die Abstinenz ist bekanntlich nur ein Anfang. Sie entlastet die Leber und vermeidet eine weitere Vergiftung. Der trocken gelegte Alkoholiker ist damit noch lange nicht gesund. Endziel ist die innere Umkehr, der Aufbau einer gesunden Persönlichkeit, der Ersatz des bisher geltenden Lustprinzips durch ein Realitätsprinzip, also eine Art geistiger Revolution oder grundsätzlichen Bekehrung (ZUTT), eine echte Metanoia, ein Umdenken, das durch keinen einzelnen Willensakt, sondern durch einen gelstigen Erneuerungsprozeß vor sich geht. Dadurch soll jeder Anlaß zu einem krankhaften Lusthunger in Wegfall kommen. Der Kranke muß – mit anderen Worten – lernen, Schwierigkeiten auf normale Weise zu überwinden, Spannungen abzureagieren und nicht mehr mit Hilfe des Surrogats Alkohol. Dadurch wird er geistig mündig und reif. Diese kombinierte Methode erzielte in der Schweiz in $\frac{4}{5}$ der Fälle eine soziale Heilung, ohne Psychotherapie nur in $\frac{1}{5}$. Insofern genügt die mehrmonatige Ausnüchterung in einer Haftanstalt nicht, da die Suchtkriterien latent bleiben. Immerhin dauert schon die körperliche Entgiftung an die 2 bis 3 Monate. Dann erst ist der Kranke für eine psychotherapeutische Behandlung ansprechbar. Gleichzeitig setzt erfahrungsgemäß $\frac{1}{4}$ Jahr nach Beginn der Abstinenz eine gewisse Krise ein. Der Kranke fühlt sich körperlich-seelisch erholt und glaubt daher, auf jede weitere Behandlung verzichten zu können. Wie können wir weiterhelfen:

aa) Durch eine religiös-weltanschauliche Betreuung: eine echte Heilung ist nur dann möglich, wenn der Mensch in seiner Ganzheit angesprochen wird (P. FOURNIER, V. E. FRANKL). G. R. HEYER hält einen Menschen ohne metaphysische Bindung, ohne tragenden Sinn im Leben für defekt. Der religiöse Mensch wird in schwierigen Lagen seine Zuflucht zu Gott nehmen und vielfach auch die Kraft finden, seeli-

sche Belastungen zu ertragen und zu überwinden (LEMERE, St. WIESER, Verfasser); denn jede Bindung an höhere Werte, die im Glauben liegt, hilft dem Menschen, Konflikte zu verarbeiten. Hier liegt ein großes Feld der Seelsorge noch brach (P. KIELHOLZ).

Dabei muß man allerdings behutsam vorgehen. Jeder Druck oder Zwang wäre von Übel, solange der Kranke nicht zur Aufnahme bereit ist. Die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Sozialarbeiter ist daher zu pflegen. In solchen Situationen sieht sich der Arzt mitunter gezwungen, in unserer säkularisierten Welt die Rolle des Seelsorgers zu übernehmen.

bb) Sozialpsychiatrische Einstellung des Behandlers: Bei der Übernahme einer Behandlung sind die sozialen Verhältnisse des Kranken (Alter, Geschlecht, Entwicklung, Beruf, Ehe) und sein seelisches Zustandsbild (guter Wille, Einsicht, Kontaktfähigkeit, Leidensdruck) zu erkunden. Auflösung der Familiengemeinschaft, Entlassung aus dem Betrieb und Erkrankung an Tuberkulose verschlechtern die Heilungsaussichten (Sozioanalyse).

Arzt und Sozialarbeiter vermeiden zunächst alle moralischen Akzente, da nicht die Würdigkeit, sondern der Grad der Hilfsbedürftigkeit entscheidet. Man drohe nicht mit den zu erwartenden Alkoholschäden oder mit Zwangsmaßnahmen, spreche nicht von schuldhaftem Versagen, verspreche selbst nicht zu viel, male den Zustand des Kranken nicht zu hoffnungslos, da sonst alle guten Ansatzmöglichkeiten verschüttet und der gute Wille gelähmt werden. Der Kranke soll den Eindruck gewinnen, daß er selbst sein Geschick bestimmen könne und keineswegs nur Objekt, sondern vielmehr gleichberechtigter Partner an der Arbeit der Wiedergenesung sei. Dadurch wird das Selbstvertrauen gehoben und die gesellschaftliche Isolierung beseitigt.

Die Tätigkeit des Sozialarbeiters ist demnach im wesentlichen eine Hilfe zur Selbsthilfe und keineswegs nur mehr eine caritative Hilfeleistung in materieller Not. Er muß weiterhin das Gefühl erwecken, daß er jederzeit für seinen Schützling da ist und namentlich bei den notwendigen Aussprachen ein geduldiger Zuhörer sei. Auf diese Weise gewinnt er das Vertrauen, die erste Voraussetzung für jede psychotherapeutische Arbeit.

Man wird dem Kranken glauben dürfen, er habe sich gelegentlich eines Rückfalls sich nicht betrinken, sondern nur seine Toleranz prüfen wollen. Es wäre auch falsch, ihm dauernd ein Krankheitsgefühl einimpfen zu wollen. Man muß ihm vielmehr versichern, er sei durchaus in der Lage, das gesteckte Ziel zu erreichen und sich selbst verantwortlich. Also aktive Mitarbeit! Wer selbst die Hände in den Schoß legt und die Ge-

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

nesung von dritter Seite erwartet, wird mit keinem Erfolg rechnen dürfen.

Wann ist überhaupt mit einem Rückfall zu rechnen? Er tritt erfahrungsgemäß nicht unerwartet von heute auf morgen ein, sondern hat seine Vorgeschichte, d. h., er meldet sich seiner wachsamem Umgebung durch bestimmte Anzeichen an: Wesensveränderung in der Familie und im Betrieb, zunehmende Reizbarkeit und Überempfindlichkeit, schlechter Schlaf, Schwierigkeiten beim Essen, zunehmende Isolierung von den Angehörigen und Freunden, um sich den bestehenden Spannungen zu entziehen, ein Besuch der alten Stammlokale, um zu beweisen er sei gesund. Schließlich folgt das erste Glas Bier. Schuld daran ist nicht der Alkohol, sondern die bestehende labile Situation. Oder liegt es an der mangelhaften Betreuung seitens des Sozialarbeiters? Jedenfalls sollte man erst die Ausnüchterung abwarten, ehe man sich zu Vorwürfen entschließt. Eine längere Aussprache in ruhig-sachlichem Ton und in der Atmosphäre gegenseitigen Vertrauens wäre jedenfalls besser. Schließlich bedeutet der Rückfall noch keine Katastrophe. Nichts wäre für den Kranken selbst schlimmer als der Verlust der bisherigen Gemeinschaft oder die dauernde Mißbilligung seitens der Umgebung. Die Vereinsamung wäre höchstens ein neuer Anlaß zum Trinken. Mißtrauen, vorwurfsvolles Schweigen, Verachtung, beschämende Szenen, tägliches Wühlen in der Vorgeschichte würden jeden guten Willen und alle Vorsätze ersticken. Die täglichen kleinen Ärger im Beruf, die eigene Angst vor dem Versagen belasten ihn ohnehin schwerstens. Vom Berufswechsel ist schon gesprochen worden.

Über den Belangen des Kranken darf die Familie, besonders die Kinderschar nicht vernachlässigt werden. Die Kontakte mit der Umgebung sind zu pflegen und zu festigen, um eine Isolierung in einem Ghetto zu verhindern.

e) Seelische Behandlung (Psychotherapie)

Die Vorstellungen über die Erfolgsaussichten einer systematisch durchgeführten Psychotherapie sind vielfach noch geteilt. Die einen vertreten den absoluten Nihilismus, die anderen erwarten die Wiedergeburt des vollkommenen Menschen. Ein verlorenes Glied kann nicht wieder ersetzt werden. Ebenso wenig lassen sich beim Süchtigen Grundstörung und süchtige Fehlhaltung, die Ausgangspunkte jeder Suchtmanifestation völlig beheben, wohl aber beherrschen. Wir werden uns daher begnügen müssen, die Sucht wieder in das Stadium der Latenz zurückzuführen, d. h., den Zustand vor der Suchtmanifestation wieder herzustellen und ihn unter allen Umständen zu erhalten versuchen; denn auch die latenten Suchtkriterien wirken weiter und verlangen eindeutig die Abstinenz, ein Beweis, daß der Kranke auch weiterhin gefährdet ist. Wenn es gelingt, eine innere Umstellung zu vollziehen und die ungünstigen Umwelteinflüsse auszuschalten, dann sind alle Voraussetzungen für eine soziale Heilung gegeben.

Es wird daher unsere Aufgabe sein, aus dem Kranken nicht etwa einen Supermenschen oder Normalverbraucher zu manipulieren, sondern ihn zu veranlassen, sich selbst anzuerkennen und anzunehmen, d. h., sich mit all seinen Fehlern und Schwächen abzufinden, seine bisherigen Masken abzulegen, ohne vor der Wirklichkeit auszuscheren. Erst dann „wird es mit ihm stimmen“ (G. R. HEYER).

Man wird dem Kranken von vornherein sagen müssen, er müsse sich mit einer kombinierten Langzeitbehandlung vertraut machen. Man wird berücksichtigen müssen, daß bislang der Alkohol die einzige „Medizin“ war. Es wäre daher psychologisch falsch, mitunter schockierend zu sagen: „Ab heute ist für Dich jeder Tropfen tabu!“ Günstiger erscheint der Grundsatz der kurzen Verzichte, der kurzfristigen Zielsetzung auf die Dauer von 24 Stunden, weil dadurch der seelische Spannungsbogen (O. MAAS) wie durch kleine Brückenpfeiler weitergespannt und die Fähigkeit des Verzichts, des Ertragens von Unlustgefühlen gesteigert wird. Vor allem muß das durch die Abstinenz geschaffene seelische Vakuum mit neuen positiven Zielen und Wertvorstellungen und dem Geschmack für andere, natürliche Genüsse ausgefüllt werden. Diese Hilfe zur Selbsthilfe ist Aufgabe des Psychotherapeuten und Sozialarbeiters.

1. Psychoanalyse

Jede seelische Behandlung soll den Menschen von unbewußten Komplexen freimachen. Die Aufdeckung des ins Unbewußte Verdrängten erfolgt durch Aussprache (KATHARSIS), Analyse und Traumdeutung, die via regia ins Unbewußte (FREUD). Die Erkennung des Unbewußten ist jedoch nicht gleichbedeutend mit einer Heilung. Dazu bedarf es einer inneren Verarbeitung. Erfahrungsgemäß haben Analysen bei Alkoholikern häufig versagt, zum Teil wohl wegen der ungenügenden inneren Bereitschaft des Kranken. Bei der großen Zahl der neurotischen Alkoholiker und der geringen Anzahl der geschulten Psychotherapeuten sowie dem überhöhten Kosten- und Zeitaufwand können heute längere analytische Verfahren ohnehin kaum durchgeführt werden.

Zu den Grundlehren der Psychoanalyse zählt einmal die Erziehung zur Triebbeherrschung bzw. zum Verzicht durch Ablenkung eines Teiles niederer Triebansprüche auf höhere, wertvollere und kulturelle Ziele (Sublimierung), ferner die Bildung eines Über-Ichs, des inneren Gewissens als moralische Instanz, das die mahnende Stimme des Erziehers allmählich ablösen soll.

Sie bedarf jedoch der Ergänzung durch die Logotherapie (Existenzanalyse – V. E. FRANKL), durch die auch metaphysische Bezüge, höhere Wertordnungen des Lebens angesprochen, religiös-sittliche Kräfte geweckt und für den Heilvorgang wirksam werden. Spiritus contra spiritum: Geist (Gott) gegen Weingeist! Für den Hausarzt haben daher die zudeckenden, aktiv-klinischen Verfahren der Wachsuggestion, des

autogenen Trainings, der Hypnose und der gestuften Aktivhypnose um so größere Bedeutung gewonnen.

Das autogene Training ist keineswegs nur ein gymnastisches Entspannungsverfahren, sondern eine sehr differenzierte Anleitung zur Selbsthypnose. Von der ärztlich geleiteten Hypnose, deren großer praktischer Wert für die Behandlung des neurotischen Alkoholikers immer noch unterschätzt wird, unterscheidet sich das autogene Training dadurch, daß hier nicht eine feste Führung durch den suggerierenden Arzt vorliegt, sondern eine Anleitung zu einer schrittweisen, wachsende Gelassenheit vermittelnden, selbsthypnotischen Entspannung. Wie jede Trainingsarbeit vermittelt auch das autogene Training ihre wirklichen Werte nur bei jahrelangem, konsequenten Üben. Benutzt wird anstelle von Gebots- oder Verbotsformeln die Indifferenzhaltung im Sinne von Gleichgültigkeit, wodurch eine Blockade gegenüber schmerzlichen und Unlustgefühlen erzeugt wird.

Neben den sechs Grundformeln soll sich der Alkoholiker die Abstinenzformel aneignen und täglich wiederholen: Ich weiß, daß ich keinen Tropfen Alkohol mehr trinke, zu keiner Zeit, an keinem Ort, in keiner Form, in keiner Stimmung, in keiner Verstimmung, bei keiner Gesellschaft und bei keiner Gelegenheit. Wenn andere Alkohol trinken, ist es gleichgültig. Mir ist der Alkohol völlig gleichgültig. Jeder Augenblick ist wichtig, ich bin ganz ruhig, absolute Null-Linie, keinen Tropfen Alkohol, geringe Mengen sind Gift für mich.

Zur Selbstübung kann das kurzgefaßte Übungsbuch von J. H. SCHULTZ empfohlen werden. Doch ist eine Anweisung durch einen erfahrenen Kollegen zweckmäßig.

Neuerdings wird die Verhaltenstherapie im Sinne einer Entspannung, z. B. durch Desensibilisierung, mit Erfolg praktiziert (EYSENCK/RACHMANN). Das menschliche Verhalten ist ja Ausdruck seines Innenlebens und kann durch solche Heilmaßnahmen korrigiert werden.

Dasselbe Ziel verfolgt auch die ärztliche Hypnose, deren Durchführung eine spezielle Ausbildung und Erfahrung voraussetzt.

2. Gruppenbehandlung

Neben der Einzelarbeit am Alkoholkranken in der Familie, dem Betrieb und in der Sprechstunde hat im Hinblick auf die große Zahl der Kranken und die beschränkte Zahl der Ärzte und Sozialarbeiter die Bedeutung der Gruppe zur Vorbeugung und Heilung im Rahmen sozialpsychiatrischer und psychotherapeutischer Bestrebungen immer mehr an Bedeutung gewonnen.

Die Gruppe bot schon zu allen Zeiten, in allen Kulturkreisen den Rahmen zu religiöser Erbauung, zu mystischer Ergriffenheit, zu wundervollen Heilungen, aber auch zu philosophischen Diskussionen. Wäre die Ur-

gruppe, die Familie durch die moderne Entwicklung nicht zu Schaden gekommen, dann würde sich vermutlich die Gruppenarbeit im wesentlichen ersparen. Sie hat sich in den letzten Jahren gerade bei der Behandlung von Alkoholikern besonders bewährt, deren Rückführung in die Gemeinschaft eine vordringliche Aufgabe ist. Sie ist keineswegs nur die Summe von Einzelbehandlungen, sondern eine eigene Ganzheit. Im Milieu der Gruppe wird infolge des affektiven und intellektuellen Bezugs zu den übrigen Gruppenmitgliedern Wirkkreis und Erlebniswelt des einzelnen erweitert. Er kann zu Selbsterkenntnissen, Erfahrungen und Einsichten, Vergleichsmöglichkeiten mit Leidensgenossen gelangen, wie ihm dies auf sich allein gestellt nicht möglich wäre. Der einzelne erfährt im Rahmen einer Behandlungsgruppe eine Stärkung seiner Persönlichkeit, empfindet die gemeinschaftliche Verbundenheit und die Möglichkeit zu aktiver Mitarbeit. Seinen Diskussionsbeiträgen, Handlungen und Verhaltensweisen wird im Kollektiv der Gruppe ein Echo zuteil, das sie isoliert geäußert nicht finden kann (R. BATTEGAY). Trotzdem bedeutet das Kollektiv keineswegs den Verlust der Verantwortung, sondern den Anruf zu aktiver Mitarbeit und Selbstverantwortung. Kein Wunder, daß sich der Kranke unter seinesgleichen verstanden und daher wohl fühlt. Es kommt allmählich zur Aufgabe der Protesteinstellung gegenüber der Gesellschaft, zur Selbsterkenntnis, daß die Sucht eine Krankheit und sein größter Feind ist. Durch den Spiegel der Gruppe stellt sich der Sinn für Ordnung im eigenen Bereich und im Kollektiv ein.

Kein Wunder, daß er sich wieder in seinem Gehäuse fühlt; denn er wird ernstgenommen, niemand macht ihm Vorwürfe, er ist nicht schlechter und besser als die übrigen, die wieder in die Reihe kamen. Vertrauen und Selbstsicherheit wachsen. Damit ist ein erneutes Ausweichen in den Rausch überflüssig geworden.

Bei den Gruppenübungen sind naturgemäß einige Spielregeln zu beachten: Schweigen über die Vorgänge in der Gruppe, das Recht auf freien Dialog, Vermeidung eines Dauerdialogs von zwei Mitgliedern, eine Beeinflussung durch den unbeteiligten Leiter. Die Mitglieder kommen zweckmäßigerweise wöchentlich 1 bis 2 Stunden zusammen.

Die Gruppenbehandlung wird vor allem von den sogenannten Anonymen Alkoholikern (A. A.) gepflegt. Jedes einzelne Mitglied bekundet jeweils, es sei mit Rücksicht auf die latente oder potentielle Gefährdung Alkoholiker. Sie kennen sich nur mit dem Vornamen und beachten die sogenannten 12 Stufen, die ein Selbstbekenntnis betonen, dem Alkohol verfallen zu sein, aber auch der Hoffnung Ausdruck verleihen, daß sie mit Hilfe einer höheren Macht wieder genesen, d. h., ein neuer Mensch werden wollen. Als eine wichtige Aufgabe gilt ihnen, andere zur Abstinenz zu gewinnen. Maßgebend ist der Grundsatz: Wer sich selbst helfen will, muß anfangen, anderen zu helfen (Mc CAN).

(Fortsetzung folgt)

Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

(Schluß)

3. Tagesthema: Psychiatrie und Psychotherapie in der Praxis

Professor Dr. Dr. H. E. RICHTER, Gießen:

Familienkonflikte und Krankheit:

Man betrachtet heute den Patienten mehr in seiner sozialen Situation und zieht aus dieser Rückschlüsse auf die Krankheit. Die Anerkennung von Krankheiten als Folge eines sozialen Geschehens bedeutet eine tiefe geistige Umorientierung in der Medizin.

Wie hat die Familie Einfluß auf den Verlauf und die Entstehung von Krankheiten? Viele seelisch bedingte Störungen können nicht richtig behandelt werden, wenn man sie nur auf den Patienten selbst bezieht. Vielmehr sind innere seelische Schwierigkeiten oft von Gruppenproblemen her bedingt:

1. Bei Kindern kommen neurotische Fehlentwicklungen als Folge von Störungen in der Familie vor.
2. Jugendliche Schizophrene stammen oft aus Familien mit wechselseitigen Kommunikationsstörungen. Die individuelle Behandlung muß hier durch Familientherapie ergänzt werden.
3. Beziehungen bestehen zwischen psychischen Erkrankungen und Ehekonflikten. Ehepaarberatung und -behandlung ist hier nötig und erfolgreich.

Psychosoziale Abwehrmechanismen sind unbewußte Methoden, um Spannungen mit Hilfe der Familie zu vertuschen und abzureagieren. Es kommt damit zur Verleugnung des sozio-kulturellen Familienhintergrundes.

Es gibt zwei Arten von Familien:

1. Solche mit einem relativ starken, stabilen Gleichgewicht, die dann mit organischen Krankheiten hilfreich umzugehen wissen.
2. Solche, bei denen Belastungen
 - a) zu einen pathologischen Spaltungsprozeß oder
 - b) zu pathologischer Verwöhnung führen.

Bei beiden kommt es zu seelisch bedingten Krankheiten.

Die Familien der Gruppe 2a kann man wieder in solche unterteilen, die ein schwaches Familienmitglied aussondern = ausstoßende Familien. Sie haben Angst, durch das kranke Mitglied gestempelt zu werden; in solche, die ein krankes Familienmitglied brauchen, um keine interfamiliären Spannungen aufkommen zu lassen. Man hilft dem kranken Mitglied nicht, dieses wiederum hilft dem dominierenden Familienmitglied,

dessen Konflikte zu vertuschen. Wird der Patient gesund, wirft er die Opferrolle ab, dann kommt es zu Schwierigkeiten; in solche, bei denen ein klagsamer Patient die übrigen Familienmitglieder zu den gleichen Beschwerden induziert. Die andern sollen Rücksicht nehmen. Alle machen sich zu Patienten, sie wetteifern um die Rolle, der Kränkste zu sein.

Unter den charakternervösen Familien findet man: Hysterische Familien: eine hysterische Zentralfigur organisiert die ganze Familie ins Hysterische um, alle werden krank. Paranoide Familien: Die Zentralfigur zwingt ihre wahnhaften Ideen den übrigen Familienmitgliedern auf, es kommt zur Übersolidarisierung, oft zu fanatischen Ideologien. Angstneurotische Familien: Die Patienten wollen keine Trennung von der Familie, alle andern sollen aber fern bleiben, weil die Abschirmung die Angst mindert. Die ganze Familie leidet darunter. Die ständigen hypochondrischen Befürchtungen erzeugen bei den anderen Familienmitgliedern Angst. Die Familie wird risikofeindlich.

Dr. H. JUNKER, Gießen:

Moderne Möglichkeiten der Beratung und Behandlung von Ehepaaren

Indikation: Im Bereich vegetativer Beschwerden sowie funktioneller Syndrome mit stark wechselnder Symptomatik kommen beide Partner meist bereitwillig zur Beratung. Dies stellt eine prognostisch günstige Ausgangsposition dar. Geringer ist die Bereitschaft zu gemeinsamen Besuch bei klar abgegrenzten Neurosen eines Familienmitglieds und bei psychosomatischen Erkrankungen. Hier wird mit einem Familienmitglied zunächst die Aufklärungsarbeit versucht. Der zunächst gekommene Patient, der sich häufiger als der schwächere Partner fühlt, beginnt, seine Ängste abzubauen und kann seinen Partner zu einem gemeinsamen Besuch motivieren. Bei starker Konflikthäufung empfiehlt es sich, dann den anderen Partner zunächst allein zu sehen.

Es hat sich bewährt, wenn Partner gemeinsam kommen, beide gleichermaßen als Patienten zu betrachten. Beratungsgespräche: Das mangelhafte Aufeinander-eingehen in der Ehe bringt den einen Partner dazu, eine immer lärmendere Symptomatik, den anderen, eine immer größere seelische Taubheit zu entwickeln. Die Taubheit ist dann auch ein Symptom, hat Krankheitswert. Eine einmalige Eheberatung kann hier unter Umständen einen Circulus vitiosus immer neuer Überweisungswünsche an vorwiegend internistische Kliniken, z. B. wegen „Übelkeit und Schwindel“, durchbrechen.

24. Bayerischer Ärztetag

vom 12. bis 14. November 1971 in Nürnberg

Tagesordnung:

1. Geschäftsordnung für die Bayerischen Ärztetage
2. Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer
3. Bestätigung der vom Vorstand gebildeten Ausschüsse
4. Finanzen der Bayerischen Landesärztekammer
 - a) Rechnungsabschluß 1971
 - b) Voranschlag 1972
5. Berufsordnung für die Ärzte Bayerns
 - a) Zusatzbezeichnungen (§24 Abs. 3 BO Ärzte 1971)
 - b) Änderungen im Bereich der Weiterbildungsordnung
6. Wahl des Tagungsortes des 25. Bayerischen Ärztetages 1972

Gruppenpsychotherapie mit Ehepaaren: Größeren therapeutischen Aufwand bedürfen vegetative Neurosen sowie fest umrissene Psychoneurosen. Die Gruppe ermöglicht es, daß Konflikte zwischen den Partnern aussprechbar werden, die bisher nie offen thematisiert, oft sogar entschieden verleugnet worden waren. Bei der Gruppenaussprache wird in der ersten Phase jeweils der andere Partner als der Schuldige bezeichnet. Der affektive Druck verstärkt sich dann. Später wird die Diskussion auf der Schuldebene durch eine auf der Verstehensebene ersetzt.

Privatdozent Dr. P. STRUNK, Marburg:

Rauschmittelprobleme bei Jugendlichen und Familienkonflikte

Die derzeitige Drogensucht bei den Jugendlichen ist wie eine Epidemie zu behandeln! Dabei sind verschiedene Gesichtspunkte zu berücksichtigen: ein epochal typischer Aspekt: unsere Gesellschaftsstruktur. Jeder Jugendliche, der es will, kann heute an Drogen gelangen. Ein phasenspezifischer Gesichtspunkt ist der, daß die Pubertät gewissermaßen ein leichtes endokrines Psychosyndrom darstellt. Schließlich ein individuell-biographischer Gesichtspunkt.

Haschisch steht an erster Stelle des Drogenverbrauches. Meist werden mehrere Drogen genossen. Jugendliche aus sozial besser gestellten Schichten überwiegen bei weitem. Das Familienmilieu ist meist belastet. Die Patienten kommen sehr jung, meist mit etwa 15 Jahren zum erstenmal mit Drogen in Berüh-

rung. Es ist eine hohe Zahl an Suizidversuchen zu verzeichnen. Die Mehrzahl der Patienten werden von ihren Angehörigen schon als primär psychisch auffällig geschildert. Oft sind Jugendliche betroffen, die zu früh zu einer Verselbständlichung kamen oder Jugendliche, die aktiv das Elternhaus flohen. Oft bestehen Selbstwertkonflikte bei mittelmäßig Begabten, die unbedingt eine „standesgemäße“ Schulbildung haben sollen und dabei überfordert sind. Sie haben oft hohe Ansprüche an sich selbst aber nur knappe schulische Erfolge, sie lehnen sich gerne an linksradikale Gruppen an, die ihnen in politischer Ebene Möglichkeiten bieten. Auch überdurchschnittlich Begabte mit einer nihilistischen Lebenseinstellung sind unter den Drogenabhängigen zu finden. Jugendliche ohne weitere seelische oder familiäre Störungen gelangen schließlich nur durch das Spiel mit der Droge in diese Kreise, sind dann aber ohne ideologische Abhängigkeit. Das Spielverhalten ist nur in gesicherter Existenz möglich.

Dr. M. BERGENER, Düsseldorf:

Der geriatrische Patient als Familienproblem

Die in industriell-strukturierten Gebieten generell überwiegende Haushaltstrennung von jungen und älteren Generationen ist nicht mit der Auflösung der Mehrgenerationsfamilie gleichzusetzen, vielmehr ist die Mehrzahl der Alten durch häufige Besuche und gegenseitige Hilfeleistungen einbezogen. Alleinstehend heißt nicht vereinsamt. Die öffentlichen Hilfen ergänzen die Familienhilfe, können und wollen diese aber nicht ersetzen. Am häufigsten führen Hilfs- und Pflegebedürftigkeit zum Eintreten öffentlicher Hilfsmittel. Das Zusammenleben mit ihren Kindern bezeichnen viele Befragte als Notlösung. Positive Beziehungen zwischen verschiedenen Generationen sind dann am ehesten gewährleistet, wenn „innere Nähe durch äußere Distanz“ ausgedrückt wird. Gebrechliche neigen viel mehr dazu, zu den Kindern zu ziehen. Soziale Kontakte werden dann weitgehend innerhalb der Familie gepflegt, was eine zunehmende Isolierung zur Folge hat. Inwieweit die bei den Kindern wohnenden Eltern diesen zur Last fallen, hängt von mehreren Faktoren ab, die sich gegenseitig beeinflussen und verstärken. Die Persönlichkeitsstruktur, die Lebenszufriedenheit, die Struktur der sozialen Umwelt, die psychische Distanz der Angehörigen und das Ausmaß der Gebrechlichkeit sind von Bedeutung.

Die in psychiatrischen Krankenhäusern Hospitalisierten werden sozial negativer bewertet als Patienten in Allgemeinkrankenhäusern. Die psychische Distanz zwischen Patienten und Angehörigen nimmt mit der Dauer der Hospitalisierung zu. Eine Rückgliederung ist meist nicht mehr realisierbar, weil die Angehörigen, beherrscht vom negativen Vorurteil gegenüber solchen Institutionen, sich nunmehr ein sogenanntes Anrechtsdenken gegenüber öffentlichen Einrichtungen zu eigen machen.

Faktoren, die im Alter einen pathologischen Prozeß in Gang bringen können, sind nach LINDEN eine negative Einstellung gegenüber dem Alter, nach SCHIMMELPENNING die Funktionslosigkeit der alten Menschen.

Professor Dr. A. JORES, Hamburg:

Umgang mit dem nervös Kranken

Schon aus der Schilderung der Beschwerden kann man den Schluß ziehen, daß es sich um funktionelle und nicht organisch bedingte Störungen handelt: die Zahl der Beschwerden, die ausschmückende Schilderung, der Anfallcharakter oder die Periodizität. Zunächst ist eine organische Untersuchung nötig. Geringe Normabweichungen dürfen dabei dem Patienten keinesfalls gesagt werden, weil dieser seine Beschwerden dann organisch fixiert. Man muß dem Patienten vielmehr sagen, daß es sich um funktionelle Störungen handelt, von seiten des vegetativen Nervensystems, daß man prüfen müsse, ob sich nicht in der Lebenssituation Dinge finden, die für diese Beschwerden verantwortlich gemacht werden können. Zwar ist das Krankheitserlebnis sehr deutlich, aber es besteht keine Gefahr, daß solche Anfälle organische Schäden hinterlassen. Medikamentöse Behandlung ist zu Beginn immer erforderlich. Dabei sollen keine Mittel gegeben werden, die sich auf das betreffende Organ be-

ziehen; es kommen Tranquilizer, Neuroleptika, Thy-moleptika in Frage. Wichtig ist es, dem Patienten gegenüber die Symptomatik zu bagatellisieren. Eine Hilfe kann auch die paradoxe Intension sein: wenn man das Entstehen solcher Symptomatik mit aller Kraft des Willens herbeiführen will, tritt sie nicht ein! Eine weitere Möglichkeit ist die intensive Zuwendung zu einer Tätigkeit.

Eine am Symptom orientierte Gesprächspsychotherapie kann sehr hilfreich sein. Bei psychovegetativ-dystonen Patienten sind die zugrunde liegenden Konfliktsituationen bewußtseinsnah und können schon in einem unmittelbaren Gespräch zutage gefördert werden. Dabei gelten drei Regeln:

1. Der Patient sieht die psychologischen Zusammenhänge seiner Symptomatik nicht.
2. Die psychologisch relevanten Ereignisse gehen einer Verschlechterung des Zustandes unmittelbar voraus.
3. Es gibt eine Spezifität: Kopfschmerzen, wenn man vor einer Aufgabe steht, die man nicht meistert, Herzbeschwerden bei Männern, denen die mütterliche Liebe der Frau fehlt, Magenbeschwerden durch nicht geäußerten Ärger, Asthma bei Ablehnung der Welt, Husten bei unterdrückter Aggressivität.

Dr. med. FriebeI, Nürnberg

Freie Kassenarztsitze in Bayern

Mittelfranken

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

Dinkelsbühl: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Feuchtwangen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

Merkendorf, Lkr. Gunzenhausen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

In einem stadteigenen Haus (Obergeschoß) stehen Wohn- und Praxisräume mit zusammen 144 qm zur Verfügung und werden für einen Arzt freigehalten.

Nürnberg-Langwasser: 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

Seit 1. April 1971 frei gewordene einzige Kassenarztstelle. Das Einzugsgebiet umfaßt etwa 4700 Einwohner.

Eggenfelden: 1 Hals-, Nasen-, Ohrenarzt

Ergolding, Lkr. Landshut: 1 Allgemein/Prakt. Arzt
Dritte Kassenarztstelle für Ergolding, einer ständig wachsenden Vorortgemeinde von Landshut, mit entsprechendem Einzugsgebiet. Die Gemeinde ist bei der Beschaffung von geeigneten Räumlichkeiten behilflich.

Freyung v. W., Lkr. Wolfstein: 1 Augenarzt
Einziges Augenarztstelle im Landkreis Wolfstein. Belegmöglichkeit im Kreiskrankenhaus Freyung.

Grafenau (Bayer. Wald): 1 Augenarzt

Kelheim/Donau: 1 Augenarzt
Belegmöglichkeit im Krankenhaus.

Neuschönau, Lkr. Grafenau (Bayer. Wald): 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Durch Verzicht und Wegzug frei gewordene einzige Kassenarztstelle.

Niederviehbach, Lkr. Dingolfing: 1 Allgemein/Prakt. Arzt
Seit 1. Juli 1970 frei gewordene Kassenarztstelle (bisher Gemeinschaftspraxis).

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

Oberbayern

Bad Heilbrunn, Lkr. Bad Tölz: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Eine badeärztliche Tätigkeit ist möglich.

Bruckmühl, Ortsteil Heufeld, Lkr. Bad Aibling: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Erding: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

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

Inchenhofen, Lkr. Aichach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

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

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Oberbayern —, 8000 München 80, Mühlbaustraße 16/II, zu richten.

Oberfranken

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

Hot/Saale: 1 Kinderarzt

Kulmbach: 3 Allgemein-/Prakt. Ärzte

Münchberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Seybothenreuth, Lkr. Bayreuth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

Töpen, Lkr. Hof: 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

Floß bei Neustadt/WN: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Freihung: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Grafenwöhr: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Hahnbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Kastl bei Amberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Mittertelch: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Neumarkt: 1 Augenarzt

Neumarkt: 1 Lungenarzt oder 1 Internist mit dem Teilgebiet Lungen- und Bronchialheilkunde

Roding: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Sulzbach-Rosenberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

Welden: 1 Nervenarzt

Weitere Kassenarztsitze für das Fachgebiet Augenkrankheiten, Kinderkrankheiten und für Allgemeinmedizin sind zu besetzen.

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

Schwaben

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

Blessenhofen, Lkr. Marktoberdorf: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Praxisräume sind vorhanden. Bei Beschaffung der Wohnung ist die Gemeinde behilflich.

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

Delningen, Lkr. Nördlingen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Wiederbesetzung des Kassenarztsitzes.

Haus kann gemietet oder durch Kauf erworben werden.

Memmingen: 1 Augenarzt

Mering, Lkr. Friedberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Mindelheim: 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. Hoheim: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Faulbach, Lkr. Markthelfendorf: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

Mainaschaff: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Für die sich ständig vergrößernde Gemeinde wird eine dritte Kassenarztstelle ausgeschrieben. Mainaschaff liegt im Einzugsgebiet der Stadt Aschaffenburg, in der alle Schulen vorhanden sind. Praxis und Wohnräume können von der Gemeinde gestellt werden, ebenfalls will die Gemeinde bei späteren Bauabsichten behilflich sein.

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.

Einführungslehrgang in die Kassenpraxis

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet im Zusammenwirken mit den Landesverbänden der RVO-Kassen in Bayern am **Samstag, 20. November 1971**, in München einen Einführungslehrgang in die Kassenpraxis.

Nähere Auskunft erteilt: KVB-Bezirksstelle Oberbayern, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Fakultät

Erlangen - Nürnberg

Privatdozent Dr. med. Gerhard LEHNERT, Oberarzt am Institut für Arbeits- und Sozialmedizin, hat den Ruf auf den o. Lehrstuhl für Arbeitsmedizin und Industriehygiene an der Universität Hamburg angenommen.

Dr. med. Hans-Joachim WOITOWITZ wurde zum „Privatdozent für Arbeitsmedizin“ ernannt.

apl. Professor Dr. med. Rolf ZEILHOFER, Oberassistent an der Medizinischen Klinik und Poliklinik wurde zum „Leitenden Oberarzt“ ernannt.

Privatdozent Dr. med. Meinhard CLASSEN, wiss. Assistent an der Medizinischen Klinik und Poliklinik wurde zum „Oberassistenten“ ernannt.

Privatdozent Dr. med. Lutz KOBES (Klinik für Mund-, Zahn- und Kieferheilkunde) wurde zum „Oberarzt“ ernannt.

Zum „Akademischen Direktor“ wurden ernannt:

Dr. med. Robert DITTMAYER, Akademischer Oberrat an der Frauenklinik mit Poliklinik und Hebammenschule;

Dr. med. Gerhard KEMMERER, Akademischer Oberrat an der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik.

Zum „Akademischen Oberrat“ wurden ernannt:

Dr. med. Leonhard BAUER, Akademischer Rat am Pathologischen Institut;

Dr. med. Heribert DAUN, Akademischer Rat an der Nervenklinik mit Poliklinik;

Dr. med. Berta SPIES, Akademische Rätin an der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik;

Dr. med. Johannes STRAUCH, Akademischer Rat an der Medizinischen Poliklinik;

Privatdozent Dr. med. H. WARNATZ, Oberarzt an der Medizinischen Klinik und Poliklinik.

apl. Professor Dr. med. Dr. med. dent. Walter GRÄF, Vorstand der Abteilung für experimentelle Hygiene am Institut für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie, ist mit der vertretungsweisen Wahrnehmung des ao. Lehrstuhls für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie II beauftragt worden.

Professor Dr. med. Helmut VALENTIN, Vorstand des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin und Poliklinik für Berufskrankheiten, wurde auf Vorschlag des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit von der Weltgesundheitsorganisation zum „Berater für epidemiologische Untersuchungen über industrielle Vergiftungen“ ernannt.

Professor Dr. med. Dr. phil. Emil WEINIG, Vorstand des Instituts für Rechtsmedizin, wurde in die Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina aufgenommen.

München

Medizinische Fakultät der Universität

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt:

Privatdozent Dr. med. Manfred SCHMIDT-MENDE für „Chirurgie“;

Privatdozent Dr. med. Friedrich ARNHOLDT für „Urologie“.

apl. Professor Dr. med. Kurt Walter FREY, Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Radiologie, wurde das Amt des „Abteilungsvorstehers“ der Zentralen Röntgenabteilung bei der Poliklinik übertragen.

Privatdozent Dr. med. Peter MEISTER, wiss. Assistent am Pathologischen Institut, wurde zum „Universitätsdozenten“ ernannt.

Privatdozent Dr. med. Enno CHRISTOPHERS (Dermatologische Klinik) wurde zum „Oberarzt“ ernannt.

Zum „Akademischen Oberrat“ wurden ernannt:

Privatdozent Dr. med. Peter Christian SCRIBA, Akademischer Rat an der II. Medizinischen Klinik;

Dr. med. Helmut WOLFF, Akademischer Rat an der Dermatologischen Klinik und Poliklinik.

Dr. Ing. Oskar HÖFER, Oberkonservator und Akademischer Oberrat an der I. Frauenklinik und Staatlichen Hebammenschule, wurde zum „Akademischen Direktor“ ernannt.

Dr. med. Kej KREJCI, wiss. Assistent am Institut für Physiologische Chemie und Physikalische Biochemie, wurde zum „Akademischen Rat“ ernannt.

Privatdozent Dr. med. Dietrich TÖNNIS wurde an die Universität Münster umhabilitiert.

em. o. Professor Dr. med. Hans v. BRAUNBEHRENS wurde von der Japanischen Radiologischen Gesellschaft – Nippon Societas Radiologica – zum Ehrenmitglied ernannt.

o. Professor Dr. med. Otto BRAUN-FALCO, Direktor der Dermatologischen Klinik, wurde von der Schwedischen Dermatologischen Gesellschaft zum korrespondierenden Mitglied berufen. Ferner wurde er zum Präsidenten der European Society for Dermatological Research gewählt.

Medizinische Fakultät der Technischen Universität

Professor Dr. med. Georg MAURER, Direktor der Chirurgischen Klinik rechts der Isar der Technischen Universität München und Dekan der Medizinischen Fakultät, wurde zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs-, Versorgungs- und Verkehrsmedizin auf der Jahrestagung in Freiburg gewählt.

Am 1. März 1971 wurde die Psychiatrische Poliklinik rechts der Isar der Technischen Universität München eröffnet; Direktor ist der ordentliche Professor für Psychiatrie Dr. med. Max KAESS.

apl. Professor Dr. med. Hans Jürgen SOOST (bisher Medizinische Fakultät München) wurde zum „ordentlichen Professor“ unter gleichzeitiger Übertragung der Direktion des Instituts für Klinische Zytologie ernannt.

Umhabilitiert wurden:

Privatdozent Dr. med. Peter BOTTERMANN für „Innere Medizin“ (bisher Medizinische Fakultät München);

Privatdozent Dr. rer. nat. Heinz KRIEGL für „Strahlenbiologie“ (bisher Medizinische Fakultät München).

Die Bezeichnung der Lehrbefugnis des Privatdozenten Dr. med. Hans SCHÄFER wurde von „Chirurgie“ in „Chirurgie und Anästhesie“ geändert.

Würzburg

apl. Professor Dr. phil. nat. Erhard WINTERSBERGER, Abteilungsvorsteher am Physiologischen Institut, wurde zum „außerordentlichen Professor für Physiologische Chemie“ ernannt.

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Franz JAISLE für „Geburtshilfe und Frauenheilkunde“;

Privatdozent Dr. med. Maschallah NADJMI für „Neurologie“.

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt:

Dr. phil. nat. Friedrich GEHRING für „Experimentelle Zahnheilkunde“;

Dr. med. Dieter GEKLE für „Kinderheilkunde“;

Dr. med. Ernst-August SCHNIEDER für „Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde“.

Zum „Abteilungsvorsteher“ wurden ernannt:

Universitätsdozent Dr. phil. Christoph JUNGWIRTH (Virologisches Institut);

Professor Dr. med. Kurt STUCKE (Chirurgische Klinik);

Professor Dr. med. Günter VIEHWEGER (Chirurgische Klinik).

Umhabilitiert wurden:

Privatdozent Dr. med. Heinrich KASPER (bisher Universität Gießen) für „Innere Medizin“;

Dr. med. Heinrich LIEHR (bisher Universität Gießen) für „Innere Medizin“;

Privatdozent Dr. med. Ernst RICHTER (bisher Universität Gießen) für „Innere Medizin“;

Professor Dr. med. Athineos PHILIPPOU (bisher Universität Bochum) für „Pharmakologie und Toxikologie“.

Professor Dr. med. Werner WACHSMUTH, em. Direktor der Chirurgischen Klinik, wurde zum Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie gewählt.

Professor Dr. med. Ernst WOLLHEIM, em. Direktor der Medizinischen Klinik, wurde zum Ehrenpräsidenten der Internationalen Gesellschaft für Innere Medizin, zum Mitglied des Sachverständigenbeirates für Herz- und Gefäßkrankheiten der Weltgesundheitsorganisation für eine weitere Periode von zwei Jahren und zum Ehrenmitglied der Nephrologischen Gesellschaft gewählt.

Amtliches

Mitteilung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 20. Juli 1971 (Nr. III 7 – 5455/16 – 17)

Phenterminhaltige Arzneimittel

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft hat am 19. Juli 1971 auf einer Sitzung in Hamburg folgende Verlautbarung beschlossen:

„Von einer wissenschaftlichen Kommission der Deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung wurde der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft und dem Bundesgesundheitsamt mitgeteilt, daß zwei Erkrankungsfälle an Lungenhochdruck an Patientinnen beobachtet worden seien, die phenterminhaltige Appetitzügler eingenommen hatten. Wenn auch diese beiden Einzelfälle nicht beweisend für einen ursächli-

Sinupret®

schließt eine therapeutische Lücke

bei Sinusitiden

BIONORICA KG
NÜRNBERG

chen Zusammenhang sind, so muß doch angenommen werden, daß der Verdacht einer erheblichen Gesundheitsschädigung nicht ausgeschlossen werden kann. In einer von der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft einberufenen Besprechung, an der auch Vertreter des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, des Bundesgesundheitsamtes und der Länderbehörden sowie der Herstellerfirmen teilgenommen haben, wurde es für erforderlich befunden, die Einführung der Rezeptpflicht für alle phenterminhaltigen Arzneimittel vorzuschlagen. Außerdem wurde angeregt, daß sich der Beirat Arzneimittelsicherheit beim BMJFG mit der Frage der Einführung von Warnhinweisen nach § 38 a AMG schnellstens befassen solle. Eine entsprechende Aufforderung wird die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft an das Bundesministerium richten.

Phenterminhaltige Appetitzügler:

Mirapront, Netto longcaps, Schlankheitskapseln Rolec, Schlank-Schlank Eßbremse

Weitere phenterminhaltige Arzneimittel:

Raucherstop, Schnüpfli

Neufassung der Satzung der Bayerischen Ärzteversorgung

Nach Genehmigung der vom Landesausschuß der Bayerischen Ärzteversorgung am 19. Dezember 1970 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen durch die Aufsichtsbehörden wurde die Neufassung dieser Satzung im Bayerischen Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 12 vom 29. Juni 1971, S. 210ff, veröffentlicht.

Die Neufassung wird als Sonderdruck von der Verwaltung der Anstalt allen ihren Mitgliedern in nächster Zeit zugesandt.

Als wichtigste Änderungen und Ergänzungen sind folgende zu erwähnen:

*Bildung eines Verwaltungsausschusses,
Neuregelung der Beitragsrückgewähr,
Erhöhung der Schutzfrist bei Frühinvalidität,
Erhöhung des Ruhegeldes bei Frühinvalidität von DM 900,— auf DM 1000,—,
Einführung des obligatorischen Ruhegeldes vom vollendeten 67. Lebensjahr an,
Erhöhung des Kindergeldes von DM 50,— auf 10% des Ruhegeldes,
Wegfall der Verheiratetenklausel bei Kindern und Weisen,
fakultative Bestimmungen für Rehabilitationsleistungen.*

Brief aus Bonn

Mit der „Ruhe an der Rentenfront“ ist es vorbei. Der Rentner ist wieder einmal zum umworbenen Objekt der Parteien geworden. Das bringt eine der bedeutenden politischen Leistungen der Großen Koalition, nämlich der Rentenversicherung eine solide Finanzgrundlage gegeben zu haben, in Gefahr. Der Streit zwischen Koalition und Opposition hat sich vordergründig am 14. Renten Anpassungsgesetz entzündet. In den vergangenen Jahren waren die Rentenerhöhungen immer mehr zur Routine geworden. Der Gesetzgeber vollzog ohne größere Diskussion, was die Rentenformel vorschrieb. So wurden die Renten jeweils im zeitlichen Abstand von vier Jahren der allgemeinen Einkommensentwicklung angepaßt. Seit der Rentenreform im Jahr 1957 sind die Leistungen der Rentenversicherung um mehr als 150 % erhöht worden. Es gab Jahre, in denen die Rentenerhöhungen über die Zuwachsraten bei den Einkommen der Erwerbstätigen hinausgingen; es gab Jahre, in denen die Renten hinter den Löhnen zurückblieben. Bis 1970 haben die Renten jedenfalls annähernd mit der allgemeinen Einkommensentwicklung Schritt gehalten.

Doch seit sich die Lohn-Preis-Spirale immer rascher dreht, besteht für die Rentner die Gefahr, den Anschluß zu verlieren. 1970 stiegen die Einkommen der Erwerbstätigen um 12,1 %, die Renten aber nur um 6,4 %. In diesem Jahr wird der Einkommensanstieg wiederum 12 % übertreffen; die Renten sind zum Jahresbeginn jedoch nur um 5,5 % angehoben worden. Die Rentner spüren erst jetzt in vollem Ausmaß die Folgen der wirtschaftlichen Rezession in den Jahren 1967/68. Der Abstand zu den Erwerbseinkommen ist also noch gewachsen. Dazu kommt der Preisanstieg, der gerade in diesem Jahr alle früheren Zuwachsraten übertrifft. Die letzte Rentenerhöhung ist jedenfalls vom Preisanstieg nahezu völlig aufgezehrt worden. Die Realeinkommen der Rentner stagnieren, während sonst allenthalben der Lebensstandard steigt.

Das neue Renten Anpassungsgesetz sieht nunmehr eine Rentenerhöhung zum 1. Januar 1972 um 6,3 % vor. Das entspricht der Rentenformel und der durchschnittlichen Lohnentwicklung in den Jahren von 1967, 1968 und 1969. Das Ende der Preiswelle ist noch nicht in Sicht; die Zuwachsraten bei den Arbeitsentgelten schrumpfen nur langsam zusammen. Trotz fühlbarer Rentenerhöhungen hat sich damit das Einkommen der Rentner im Vergleich zum Lebensstandard der Erwerbstätigen verschlechtert. Die Rentner werden auch kaum damit zu trösten sein, daß die Rentner von 1973 an die Lohnentwicklung des letzten Booms nachholen werden. Die Rentner werden nur dann eine Chance haben, den Vorsprung der Löhne einzuholen, wenn es zu einem konjunkturellen Einbruch mit einer Stagnation bei den Löhnen kommen sollte. Gelingt es jedoch der Bundesregierung, die Konjunktur im „Gleit-

H-TARIFE

ein DKV-TOP-SCHUTZ
für Ärzte und Zahnärzte

Wie stehen Sie da, wenn SIE mal liegen?

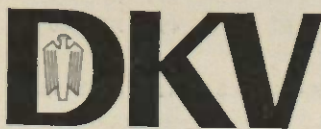
Dieser neue Krankheitskostenschutz ist speziell für Sie und Ihre Familie geschaffen worden. Deshalb auch freie Kombinationsmöglichkeiten nach Ihren individuellen Wünschen. Sie können wählen:

- 100%ige Erstattung bei ambulanter Behandlung ohne Arzthonorar.
- 100%ige Erstattung bei ambulanter Behandlung mit Arzthonorar.
(Selbstbeteiligung maximal 250,- DM)
- 100%ige Erstattung bei stationärer Heilbehandlung ohne Arzthonorar.
Freie Wahl der Pflegeklasse.
- 100%ige Erstattung bei stationärer Heilbehandlung mit Arzthonorar.
Freie Wahl der Pflegeklasse.
- 50%ige Erstattung bei zahnärztlichen Leistungen. Kein Höchstsatz.

Die DKV ist Gruppenvertragspartner vieler Ärzte- und Zahnärzteorganisationen. Im Rahmen dieser Verträge bieten wir Ihnen auch Tagesgeldversicherungen zu besonders günstigen Bedingungen.

Informationen erteilen alle Geschäftsstellen der DKV im Bundesgebiet und in Westberlin.

*Die größte private
Krankenversicherung
Europas!*



DEUTSCHE KRANKEN-VERSICHERUNGS-A.-G.
5000 Köln 41 • Aachener Straße 300 • Telefon 57.81

flug“ in eine normale Wachstumsphase zu steuern, so wird sich auch künftig der Abstand zwischen Löhnen und Renten nur wenig verringern. Das liegt in der Rentenformel begründet.

Bei der Rentenreform hatten sich die Politiker das Ziel gesteckt, dem Arbeitnehmer nach etwa 40 Versicherungsjahren einen Rentenanspruch in Höhe von etwa 60 % des Brutto-Einkommens oder etwa 75 % des Netto-Einkommens eines vergleichbaren Erwerbstätigen zu verschaffen. Dieses Ziel ist mit der Rentenreform nicht erreicht worden. Es war zu hoch gesteckt. Heute kann der Erwerbstätige nur noch damit rechnen, nach etwa 40 Jahren eine Rente zu erreichen, die etwa 42 % seines letzten Erwerbseinkommens beträgt. Das ist wenig, auch wenn man berücksichtigt, daß die Rente praktisch ein Netto-Einkommen ist und der Rentner auch für seine Krankenversicherung nichts zu bezahlen hat. So tief ist das Rentenniveau seit der Rentenreform noch nie abgesunken. Für jedermann wird nun deutlich, daß der Rentner auch mit der dynamischen Rentenformel nicht völlig gegen sich überschlagende inflationäre Entwicklungen geschützt sind.

Es ist klar, daß die Opposition versucht, daraus politisches Kapital zu schlagen. Die Versäumnisse der Regierung in der Konjunkturpolitik geben ihr die Legitimation dafür. Die CDU/CSU hat daher verlangt, die Renten nicht nur um 6,3 %, sondern um 11,3 % zu erhöhen. Die Rentenanpassung des Jahres 1958, die einzige, die bisher ausgefallen ist, sollte 1972 zur Hälfte nachgeholt werden. Die CDU hatte ihren Antrag geschickt angelegt: das Rentenniveau sollte verbessert werden, ohne die Rentenformel anzutasten. Die Opposition hat die Koalition in sichtliche Verlegenheit gebracht, auch wenn sich am Ende die knappe Mehrheit der Koalition im Bundestag durchsetzte und die Bremsmanöver der CDU im Bundesrat keine Chancen haben. Es ist aber nicht unbekannt geblieben, daß sich die SPD-Fraktion erst nach langer Debatte auf den Regierungskurs festlegen ließ. So mancher Abgeordnete im Lager der Koalition hätte gerne mit der Opposition gestimmt.

Die Regierung konnte der CDU nicht einmal vorwerfen, daß ihr Antrag finanziell nicht abgesichert sei, obwohl er bis 1985 die stattliche Summe von 50 Milliarden Mark gekostet hätte. Arbeitsminister Arendt hatte der Opposition selbst die Munition geliefert, als er im Renten Anpassungsbericht vorrechnete, daß die Rentenversicherung bis 1985 Überschüsse von 140 Milliarden erzielen würde, also rund 100 Milliarden Mark mehr als noch vor zwei Jahren angenommen wurde. Der Boom hat die Beitragseinnahmen der Rentenversicherung anschwellen lassen. Hinzu kommt, daß Arendt kurzerhand die Annahmen über die langfristige Lohnentwicklung und die Zahl der Beschäftigten zu seinen Gunsten korrigiert hat. Die 100 Milliarden Mark mehr stehen freilich vorläufig auf dem Papier. Bei einem konjunkturellen Einbruch würden diese Rücklagen rasch zusammenschmelzen. Außerdem wird unterstellt, daß die Rentenbeiträge, wie 1969 beschlossen, 1973 von 17 % auf 18 % angehoben werden. Wenn Arendt dem Antrag der CDU widersprochen und in seiner Fraktion dagegen gekämpft hat, so nur, um sich den von ihm erhofften Wahlschlager für 1973 nicht nehmen zu lassen. Arendt will 1973 die flexible Altersgrenze einführen. Das kostet viel Geld, da die Renten nicht gekürzt werden sollen, wenn sie früher bezogen werden. Die CDU hält diese Konzeption für falsch. Sie meint, daß es nicht mit dem Gedanken der Solidarität vereinbar sei, wenn Arbeitnehmer, die vorzeitig aus dem Arbeitsleben ausscheiden, gegenüber denen begünstigt werden, die länger arbeiten. Die Opposition will sich mehr an dem schwedischen Beispiel orientieren. Dort wird die Rente um 7,2 % gekürzt, wenn sie ein Jahr früher bezogen wird. Die Union sagt nicht zu Unrecht, daß man erst dann sinnvoll über die Einführung der flexiblen Altersgrenze reden könne, wenn man zuvor das Rentenniveau verbessert habe. Dann könne man auch Abschläge von der Rente bei vorzeitigem Bezug hinnehmen und damit jede Diskriminierung anderer Versicherter vermeiden.

Mit der Rentendebatte sind ohne Zweifel die Startlöcher für den nächsten Bundestagswahlkampf im



**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

Jahre 1973 gegraben worden. Die CDU hat die Position bezogen, die größere Breitenwirkung verspricht. Ihr kommt zugute, daß ihre Anträge auch von der Sache her besser zu begründen sind. Denn niemand soll sich täuschen lassen: wenn Arendt seine Konzeption durchsetzt, dann wird die politische Diskussion um das Rentenniveau nach 1973 verstärkt einsetzen. Die Taktik der Gewerkschaften ist klar: erst flexible Altersgrenze à la Arendt, dann höhere Renten. Das ließe sich aber nur finanzieren, wenn die Rentenbeiträge fühlbar über 18% erhöht würden. Die Anträge der CDU gäben eine gewisse Chance, die flexible Altersgrenze in sachgerechter Form ohne zusätzliche Beitragserhöhungen einzuführen.

bonn-mot

Äskulap und Pegasus

Unser Confrère Carl Eberhard KNETSCH, Arzt für Allgemeinmedizin, 8662 Helmbrechts/Ofr., Luitpoldstraße 20, ist am 4. Dezember 1909 in Marburg an der Lahn geboren und studierte in Marburg, München und Münster. Nach dem Staatsexamen in Marburg ergriff er die aktive Sanitätsoffizierslaufbahn und schied Ende des Krieges als Oberstabsarzt a. D. aus. Seit 1945 ist er als Praktischer Arzt in Helmbrechts tätig.

Seine Hobbys sind Musik (Violine und Flöte), die Jagd, Genealogie und das Verseschmieden. Im Februar 1970 schwer erkrankt, das Verseschmieden begann eigentlich erst richtig unter dem Eindruck der damaligen Erkrankung. Seit 1969 hat er drei nette Gedicht-Hefte im Selbstverlag herausgebracht: „Gedacht, gereimt, versucht“, „Weiter gedacht, gereimt, versucht“ und „Ernst, heiter, weiter versucht“. Knetsch will seine in flüssige Versform gebrachten Gedanken vor allem seinen Freunden und Bekannten zugänglich machen, weil vielleicht mancher von diesen auch daran seine Freude haben wird. Und er meint sehr richtig, daß manche Ergebnisse des Hobbys zu schade dafür seien, in Vergessenheit zu geraten und so reimt er:

„Malen, Dichten, Musizieren
kurz, was man so Hobby nennt,
ist zu schade zum Verlieren,
wenn den Namen niemand kennt
dessen, der dies Gärtchen hegte.
Deshalb riet ein kluger Mann,

den dieses Problem bewegte:
Jeder, der's im Alter kann
soll berichten, wie und wann
er, was lieb ihm, sorgsam pflegte.“

So gesehen, gewinnt jedes ernsthaft betriebene Hobby nicht nur an Wert für den Ausführenden selbst, sondern es kann auch dem Zuhörenden, Zuschauenden wertvolle Anregungen geben, ja, für ihn sogar zu einem inneren Erlebnis werden. Denn nicht immer sind es nur die weltbewegenden Gedanken der Großen in der Geisteswelt, die uns zum Nachdenken anregen und uns Trost geben. Die Gedanken unseres Confrères Knetsch, auf der Jagd im Walde erdacht und in Reime gefaßt, mögen dem einen oder anderen Leser dieser Zeilen Freude bereiten.

Dr. med. Robert P a s c h k e, 8535 Emskirchen

Aus dem lyrischen Schaffen

Diese Plastik stellt zu Schau
eine völlig nackte Frau.
Dies kann wohl ein jeder sehn. —
„modern art“ ist zwar nicht schön,
wenn sie wie in diesem Fall
Frauenteile überall
zeigt mit technischer Verbrämung,
Luxation und Nervenlähmung
allerseits an den Gelenken.
Trotzdem tut Beachtung schenken
jeder, der da kommt vorbei.
Einer tut, als einerlei
sei es ihm, der andere lacht
verstohlen, weil's ihm Freude macht,
steckt die Faust in's hohle Becken,
will die Ehefrau mal necken,
streichelt im Vorübergehn
beide Busen, will verstehn
etwas vom modernen Schaffen:
dabei hält die Welt zum Affen
Schöpfer dieses Werks doch nur:
vom Künstlerfunken keine Spur!

Es sind nicht nur die alten Namen
der Dörfer, Städte an der Lahn,
es ist nicht nur der Widerwille
der aufgezwungenen Lebensbahn,
die ohne eigenes Verschulden
die Tage hier verrinnen läßt.
Es ist ein tieferes Gefühl,
Verwurzung in der Ursprungserde,
das wieder in die Heimat will,
damit der Kreis vollendet werde!
Jahrzehnte sind ja schon vergangen
in Krieg und Frieden, voller Müh';

80 Tabl. (30 Tage) 9,35 DM
160 Tabl. (60 Tage) 15,40 DM

COGITAN

Bei arbeits- und altersbedingter Leistungsminderung, Konzentrationsmangel, Gedächtnisschwäche, nervöser und seelischer Erschöpfung

Synthera

BIOLOGISCHE
HEILMITTEL

bewährt seit über 30 Jahren!

DR. FRIEDRICHS & CO · 5630 REMSCHEID - LENNEP · POSTFACH 156



COGITO ... ERGO SUM

die Sorge um die anvertrauten,
um Frau und Kind verließ mich nie.
Dem Schicksal immer nur zu grollen,
undankbar wär's, nicht recht getan,
auch Gutes hat es für uns wollen.
Den Krieg ließ es uns überstehn,
in Krankheit niemals untergehn.

Aufrut

Kampf dem Alltag! Schach dem Fluch
der Gewohnheit!
Nimm ein Buch!
Tu' was, schreib' was,
säume nicht!
Sonst verlöscht sehr bald das Licht
deines Geistes völlig:
Spießer, Faulpelz wirst du sein,
dir und deiner Umwelt Pein!

Pensionatstöchter

In Marburg stand manch altes Haus,
(es war in meiner Jugend)
da schauten hübsche Mädchen raus,
(es war ein Haus der Tugend).
So manches junge Töchterlein
aus den gehob'nen Schichten,

es sollt' hier lernen brav und fein
der Ehefrauen Pflichten.

Es lernte Kochen, Bügeln, Waschen,
Klavierspiel'n und ein fein Benehmen,
doch an der Liebe Früchte naschen,
das wollte ihr die Leitung nehmen.

Und Lieb' und Neugier fanden Wege. —
Zwar schwierig war und unerlaubt
das Rauskommen aus dem Gehege:
so mancher Kuß ward doch geraubt.
Vorbei ist nun auch diese Zeit.
Beruf lernt heut das junge Mädchen.
Zur Liebe ist sie auch bereit,
hieran verdreht die Zeit kein Rädchen!

Zum Thema Umweltschutz

Auf dem abendlichen Gang
durch den Wald, die Felder lang,
stoß ich überall auf Müll!
Ob der liebe Gott dies will?
Blech und Plastik, Autotrümmer,
alte Betten, was auch immer
überflüssig und im Weg,
alt, verbraucht und nichts als Dreck,
raus damit in Wald und Flur,
Platz ist viel in der Natur!?

Kongresse

A-Kurs für Arbeitsmedizin

vom 13. September bis 8. Oktober 1971 in München

Welterbildung für die Erlangung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“
gemeinsam veranstaltet mit der Bayerischen Landesärztekammer

Montag, 13. September 1971

9.00 – 9.45 Uhr:

Berufsbedingte Infektionskrankheiten

Prof. Dr. Dr. H. Eyer, Direktor des Max-von-Pettenkofer-Instituts der Universität München

10.00 – 10.45 Uhr

11.00 – 11.45 Uhr:

Mitarbeiter erkennen, beurteilen und führen

Prof. Dr. H. R. Lückert, Pädagogische Hochschule der Universität München

14.00 – 16.00 Uhr:

Medizinische Grundlagen des Strahlenschutzes

anschließend Filmvorführung:

SI I-Reaktorunfall

Dr. K. Niklas, Oberarzt am Institut für Strahlenschutz bei der Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung mbH, München, Neuherberg

Dienstag, 14. September 1971

9.00 – 9.45 Uhr

10.00 – 10.45 Uhr:

Arbeitsplatzgestaltung

Prof. Dr. Dr. J. Rutenfranz, Direktor des Instituts für Arbeitsmedizin der Universität Gießen

11.00 – 11.45 Uhr:

Berufskrebse

Prof. Dr. H. Oettel, Ludwigshafen am Rhein

13.30 Uhr Abfahrt:

Großverzinkerel Schörg, Fürstenfeldbruck-Buchenau, Industriestraße 12

Mittwoch, 15. September 1971

9.00 Uhr Abfahrt:

Krauss-Maffel AG, München-Allach, Krauss-Maffel-Straße 2

Donnerstag, 16. September 1971

9.00 – 9.45 Uhr:

Inhalationsdiagnostik beim berufsbedingten allergischen Asthma bronchiale

Priv.-Doz. Dr. H.-J. Woitowitz, Institut für Arbeits- und Sozial-Medizin der Universität Erlangen-Nürnberg

10.00 – 10.45 Uhr:

Asthma bronchiale durch berufliche Schädigungen

Prof. Dr. H. Valentin, Direktor des Instituts für Arbeits- und Sozial-Medizin der Universität Erlangen-Nürnberg

11.00 – 11.45 Uhr:

Zur Pathogenese des Emphysems und seine Beziehungen zu Staublungerkrankungen

Prof. Dr. H. Otto, Direktor des Pathologischen Instituts der Krankenanstalten Dortmund

13.30 Uhr Abfahrt:

Großbaustelle Olymplagelände München

Führung: Dipl.-Ing. Getsberger, Gewerbeinspektor am Gewerbeaufsichtsamt München-Stadt

Arznei Müller Bielefeld



Ossidal®-Salbe

zur Therapie
beim varikösen Symptomenkomplex

oedemausschwemmend • tiefengängig
durchblutungsfördernd • analgesierend

Verschreibungsformen:
Salbe 40 und 100 g • Klinikpackungen

Bis tief in die Venen hinein



Freitag, 17. September 1971

9.00 – 9.45 Uhr:

Lärmschädigungen des Gehörs

Dr. E. Hoffmann, Oberregierungsmedizinalrat, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, München

10.00 – 10.45 Uhr:

Gewerblich bedingte Augenkrankheiten

Prof. Dr. H.-J. Merte, Direktor der Augenklinik der Technischen Universität München

11.00 – 11.45 Uhr:

Faktoren der physischen Leistungsfähigkeit

Prof. Dr. W. Müller-Limmroth, Direktor des Instituts für Arbeitsphysiologie der Technischen Universität München

Montag, 20. September 1971

9.00 – 9.45 Uhr:

Erkrankungen durch Blei

Dr. G. Bühlmeier, Medizinaldirektor und Leiter der Zweigstelle Nürnberg des Bayerischen Landesinstituts für Arbeitsmedizin

10.00 – 10.45 Uhr:

Das Berufsbild des Werksarztes und seine vertragliche Stellung

Dr. P. Rosenberger, Vorstandsmitglied des Verbands Deutscher Werksärzte e.V., Raunheim

11.00 – 11.45 Uhr:

Unfallverhütung und Hellverfahren als Aufgaben der Berufsgenossenschaften

Dr. R. Asanger, Direktor des Landesverbandes Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften

14.00 – 16.00 Uhr:

Arbeitsmedizinisches Seminar

(Thema wird noch bekanntgegeben)

Exkursion Schleswig-Holstein

Dienstag, 21. mit Donnerstag, 23. September 1971:

Besichtigung arbeitsmedizinisch bedeutsamer Dienstposten im Bereich von Bundesluftwaffe und Bundesmarine sowie der Howaldtwerft in Kiel.

Das detaillierte Programm liegt noch nicht vor. Die Teilnahme an dieser Exkursion ist begrenzt.

Freitag, 24. September 1971

9.00 – 9.45 Uhr:

Ermüdung in physiologischer Sicht

Prof. Dr. W. Müller-Limmroth, München

10.00 – 10.45 Uhr:

Staublungenerkrankungen

Dr. H. Schneider, Obermedizinaldirektor und Leiter des Bayerischen Landesinstituts für Arbeitsmedizin München

11.00 – 11.45 Uhr:

Arbeitsmedizinische Probleme in einem Großbetrieb der Starkstromtechnik

Dr. R. Rothlauf, Betriebsärztlicher Dienst der Transformatoren-Union AG, Werk Nürnberg

Montag, 27. September 1971

9.00 – 9.45 Uhr

10.00 – 10.45 Uhr:

Geschichte der Arbeitsmedizin

Dr. G. Hall, Oberregierungsmedizinalrat im Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin München

11.00 – 11.45 Uhr:

Berufliche Intoxikationen durch Kohlenmonoxyd

Dr. M. von Claramann, Leitender Arzt der Toxikologischen Abteilung im Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München

13.30 Uhr Abfahrt:

AGROB AG, Werk Ismaning bei München

Dienstag, 28. September 1971

9.00 – 9.45 Uhr:

Gewerblich bedingte Erkrankungen des Zahn- und Kiefersystems

Prof. Dr. Dr. F. Brachmann, Direktor der Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Technischen Universität München

10.00 – 10.45 Uhr:

Berufsdermatosen: Ekzem und Akne

Dr. M. Acker, Medizinaldirektor im Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin München

11.00 – 11.45 Uhr:

Arbeitsmedizinische Bestrebungen in Bayern

Dr. M. Thür, Ministerialrat im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung München

13.30 Uhr Abfahrt:

Süddeutscher Verlag GmbH, München 23, Wartburgplatz 9

Mittwoch, 29. September 1971

9.00 – 9.45 Uhr:

Erkrankungen durch Methanol und Glykole

Dr. G. Hall, München

10.00 – 10.45 Uhr:

Chemische Nachweismethoden in der Arbeitsmedizin

Prof. Dr. G. Lehner, Direktor des Zentralinstituts für Arbeitsmedizin Hamburg

11.00 – 11.45 Uhr:

Haltungsschäden im Beruf

Prof. Dr. A. Geob, Oberarzt der Orthopädischen Poliklinik der Universität München

13.30 Uhr Abfahrt:

MD Papierfabriken Heinrich Nicolaus GmbH, Dachau

RECORSAN[®] - HERZSALBE
Die älteste Herzsalbe,
aber allen neuzeitlichen Forderungen entsprechend
O.P. Tube zu 30 g
Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

Donnerstag, 30. September 1971

9.00 – 9.45 Uhr:

Anoxieschäden durch Blockierung der Atemfermente
Dr. M. von C l a r m a n n, München

10.00 – 10.45 Uhr:

Gesundheitliche Gefährdung bei Schweißarbeiten

Dr. H. W i t t g e n s, Arbeitsschutzarzt der Deutschen Bundesbahn, Frankfurt am Main

11.00 – 11.45 Uhr:

Psychische Beanspruchung bei Überwachungs- und Kontrolltätigkeiten

Prof. Dr. C. G r a f H o y o s, Lehrstuhl für Angewandte Psychologie der Universität Regensburg

13.30 Uhr Abfahrt:

Südbayerisches Portland-Zementwerk Gebr. Wiesböck & Co. GmbH., Rohrdorf-Rosenheim

Freitag, 1. Oktober 1971

9.00 – 9.45 Uhr

10.00 – 10.45 Uhr:

Grundsätze des Arbeitsstudiums und der Arbeitswissenschaft

W. P o l l a k, Oberingenieur bei MAN, Werk Augsburg

11.00 – 11.45 Uhr:

Der alternde Mensch im Erwerbsleben

Dr. G. F u c h s, Werksarzt der Krauss-Maffei AG, München

Montag, 4. Oktober 1971

9.00 – 9.45 Uhr:

Wachheitsgrad, Aufmerksamkeit und Psychopharmaka
Prof. Dr. W. M ü l l e r - L i m m r o t h, München

10.00 – 10.45 Uhr

11.00 – 11.45 Uhr:

Staublungenerkrankungen und deren Bekämpfung im Betrieb

Prof. Dr. H. J. E i n b r a d t, Vorstand der Abteilung Hygiene und Arbeitsmedizin der Medizinischen Fakultät der Rhein.-Westf. Techn. Hochschule Aachen

13.30 Uhr Abfahrt:

F. X. Mittermaier & Söhne, Akkumulatorenfabrik, Isen bei München

Dienstag, 5. Oktober 1971

8.00 Uhr Abfahrt:

Glaswerke Neuburg KG, Neuburg an der Donau

Mittwoch, 6. Oktober 1971

8.00 Uhr Abfahrt:

Süddeutsche Zucker Aktiengesellschaft, Werk Rain am Lech

Donnerstag, 7. Oktober 1971

9.00 – 9.45 Uhr:

Technische Probleme bei der Anwendung Ionisierender Strahlen

Dipl.-Ing. H. K o t z u r, Ministerialrat im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung München

10.00 – 10.45 Uhr:

Arbeitsmedizinische Probleme bei der Anwendung ionisierender Strahlen

Dr. R. Z i m m e r, Oberregierungsmedizinalrat im Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin München

11.00 – 11.45 Uhr:

Arbeitsschutz als Aufgabe des Staates

Dr. O. L a n g, Gewerbedirektor und Leiter des Bayerischen Landesinstituts für Arbeitsschutz München

13.30 Uhr Abfahrt:

Stahigruber-Gummlwerke, Werk Poing bei München

Freitag, 8. Oktober 1971

9.00 – 9.45 Uhr:

Berufskrankheitenverordnung und Durchführung

Dr. W. B r e n n e r, Obermedizinalrat im Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin München

10.00 – 10.45 Uhr:

Der psychiatrische Notfall am Arbeitsplatz

Dr. H. L i e s e r, Medizinaldirektor bei der Landesversicherungsanstalt Oberbayern, München

Kursleitung: Dr. W. B r e n n e r, Geschäftsführer der Akademie

Bunte Kinderbilder fürs Wartezimmer



Coupon
Schicken Sie mir bitte
kostenlos eine Mappe mit
8 Kinderbildern
(DIN A 3).

Name _____

Adresse _____

8 der schönsten Kinderbilder aus dem Malwettbewerb „Mein Papi ist Arzt“ gibts jetzt als Vierfarbdrucke. Fürs Wartezimmer. (Schicken Sie uns einfach den Coupon.)



VEREINIGTE
Krankenversicherung AG
8 München 23
Leopoldstraße 24

Kursgebühr wird nicht erhoben.

Für die Teilnahme am Gesamtkurs wird um schriftliche oder telefonische Anmeldung gebeten.

Vortragsveranstaltungen können auch einzeln besucht werden. Eine Urkunde über die Teilnahme am Kurs wird jedoch nur bei Teilnahme am Gesamtprogramm ausgehändigt.

Für die Besichtigungen können in der Regel nur Teilnehmer am Gesamtprogramm zugelassen werden. Bei den Veranstaltungen wird eine Haftung der besichtigten Betriebe oder der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin ausdrücklich ausgeschlossen.

Zimmerbestellungen können von der Bayerischen Akademie nicht vorgenommen werden. Wir bitten Sie, sich an das Fremdenverkehrsamt der Landeshauptstadt München, 8000 München 2, Rindermarkt 5, Telefon (08 11) 2 48 43 49, zu wenden.

Auskunft: BAYERISCHE AKADEMIE FÜR ARBEITS-MEDIZIN UND SOZIALE MEDIZIN, 8000 München 22, Pfarrstraße 3, Telefon (08 11) 21 84 / 259 - 260

Tagungsort: 8000 München 22, Pfarrstraße 3 (Haus des Arbeitsschutzes)

Der nächste Kurs für Arbeitsmedizin (B) findet vom **7. Februar bis 3. März 1972** statt.

Kongreß-Kreuzfahrt mit ärztlicher Fortbildung

vom 19. September bis 2. Oktober 1971

Die Wiener Medizinische Akademie für ärztliche Fortbildung und die „Ärztliche Fortbildung im Chiemgau“ veranstalten vom 19. September bis 2. Oktober 1971 unter der wissenschaftlichen Leitung von Professor Dr. K. H. Spitzzy, Wien, und Professor Dr. W. Hirsch, Traunstein, eine Kongreß-Kreuzfahrt mit ärztlicher Fortbildungstagung.

Wissenschaftliche Veranstaltungen finden in allen angefahrenen Häfen statt. Es werden die dort befindlichen Kliniken besucht und die Einrichtungen der Spitäler studiert. Die Teilnahme an Visiten, Demonstrationen am Krankenbett sowie Kolloquien ist an den Universitätskliniken vorgesehen.

Wissenschaftliches Programm:

I. Erkrankungen der zweiten Lebenshälfte

Sonntag, 19. September 1971

16.00 Uhr: Abfahrt von Venedig

17.00 Uhr: Begrüßung der Teilnehmer

Montag, 20. September 1971

9.00 Uhr:

Eröffnung und Einleitung der Fortbildungstagung durch die wissenschaftlichen Leiter

9.15 – 12.00 Uhr:

Chefarzt Dr. H. Kaiser, Augsburg
„Der Mensch im Alter“

Prim. Dr. K. Stellamör, Wien
„Röntgenologischer Beitrag über die sogenannten Abnützungserkrankungen der Wirbelsäule und der Gelenke“

Prof. Dr. C. Steffen, Wien
„Immunologische Probleme beim Menschen im Alter“

Prof. Dr. H. W. Koeppe, München
„Unsere Risikofaktoren“

16.00 – 19.00 Uhr:

Prof. Dr. J. Moeller, Hildesheim
„Die Stoffwechsellistung jenseits der Spannkraft (Diabetes, Gicht und Hepatose)“

Prof. Dr. H. W. Koeppe, München
„Der Blutdruck – unser Schicksal“

Dienstag, 21. September 1971

8.00 Uhr: Ankunft in Katakolon

Landprogramm mit Besichtigung der Sanitätsstation

16.00 Uhr: Abfahrt von Katakolon

17.00 – 19.00 Uhr:

Vorführung wissenschaftlicher Filme

Mittwoch, 22. September 1971

8.00 Uhr: Ankunft in Kreta

Besuch des Krankenhauses (in Zusammenhang mit dem Programm an Land Studium der volksgesundheitlichen Einrichtungen)

Donnerstag, 23. September 1971

8.00 Uhr: Ankunft in Kos

Erneuerung des Hippokratischen Eides unter Teilnahme einer griechischen Delegation im Asklepieion „2500 Jahre Eid des Hippokrates“ – Gründung einer Internationalen Gesellschaft zur Erneuerung des Hippokratischen Eides.

23.00 Uhr: Abfahrt von Kos

Freitag, 24. September 1971

8.00 Uhr: Ankunft in Kusadasi

Fahrt nach Ephesos zur Besichtigung der Überreste aus der Antike und der damaligen Einrichtungen für Sauberkeit und Hygiene

13.00 Uhr: Abfahrt von Kusadasi

16.00 – 19.00 Uhr:

Prof. Dr. Dr. K. Dietrich, München
„Die Erkrankungen des Enddarms im Alter“ und
„Das Brustdrüsenkarzinom“

Samstag, 25. September 1971

9.00 – 11.00 Uhr:

Prof. Dr. J. Moeller, Hildesheim
„Das Schicksal des Hypertonikers“

Prof. Dr. E. Deutsch, Wien

„Die Venenerkrankungen des alternden Menschen, Thrombose, Embolie“

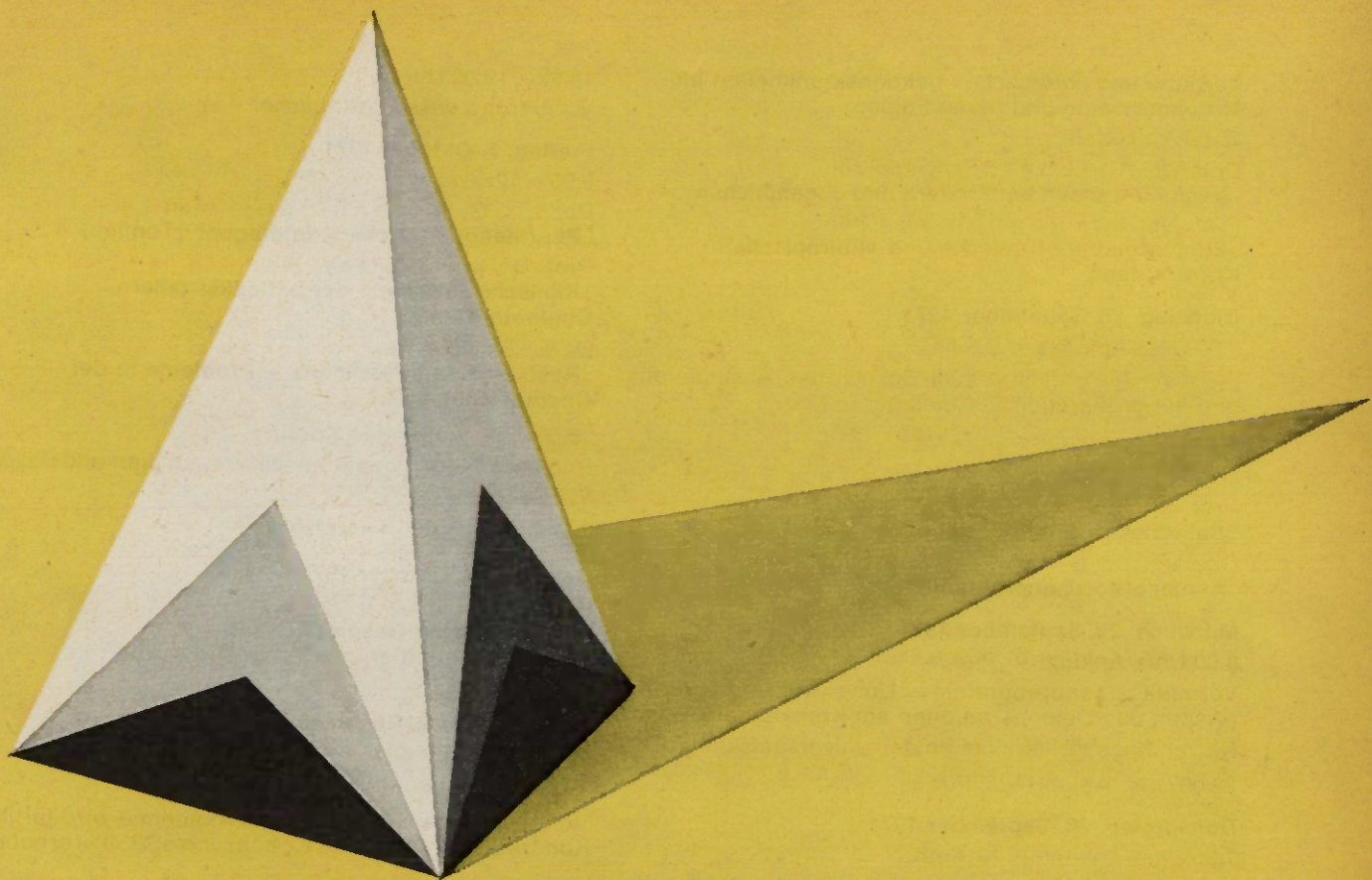
12.45 Uhr: Ankunft in Istanbul

Landprogramm mit Besuch der Klinik und Besichtigung der Einrichtungen

Montag, 27. September 1971

„Alfred Marchionini Symposium“ in der Universität Istanbul

13.00 Uhr: Abfahrt von Istanbul



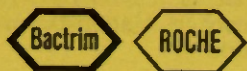
Angina,
Sinusitis,
Bronchitis,
Pneumonie,
Cystitis,
Pyelonephritis,
Darminfektionen

BACTRIM[®] ROCHE
BACTRICID

Keimvernichtung durch
Doppelblockade

schnell, sicher, stark

Bactrim Roche: Trimethoprim + Sulfamethoxazol



Hoffmann-La Roche AG · 7889 Grenzach

Packungen und Preise:

20 Tabletten DM 18,15 m. U. St.
20 Kindertabletten DM 5,70 m. U. St.
Sirup 100 ml DM 12,50 m. U. St.

Bei Verordnung neu eingeführter Pharmaka ist die kritische Konsultation der Basisdokumentation in Zweifelsfällen unerlässlich. Auch ROCHE-Mitarbeiter sind auskunftsbereit.

II. Akute und chronische Infektionskrankheiten im Mittelmeerraum und deren Folgen

16.00 – 19.00 Uhr:

Doz. Dr. A. Huber, Schwaz/Tirol
„Vaginalmykosen bei Kindern und Jugendlichen“
Prof. Dr. H. W. Koeppe, München
„Eingeschleppte tropische und subtropische Krankheiten“

Dienstag, 28. September 1971

7.00 Uhr: Ankunft in Dikili

Fahrt nach Pergamon zum Besuch des Asklepieions und der großartigen Burganlage

13.00 Uhr: Abfahrt von Dikili

16.00 – 19.00 Uhr:

Prof. Dr. H. W. Koeppe, München
„Bakterielle Darmerkrankungen“
Chefarzt Dr. H. Kaiser, Augsburg
„Aktuelle Kortisonprobleme“

Mittwoch, 29. September 1971

8.00 Uhr: Ankunft in Piräus

Vormittags Landprogramm – Universitätsklinik Athen (Visiten und Demonstrationen am Krankenbett)

Nachmittags Kolloquium an der Universitätsklinik

22.00 Uhr: Abfahrt von Piräus

Donnerstag, 30. September 1971

7.00 Uhr: Ankunft in Korinth

Fahrt nach Epidaurus zur Besichtigung des Asklepios-Heiligtums mit den antiken „Kuranlagen“

17.00 Uhr: Abfahrt von Korinth

18.00 – 19.00 Uhr:

Vorführung wissenschaftlicher Filme

Freitag, 1. Oktober 1971

9.00 – 12.00 Uhr:

Doz. Dr. G. Hitzemberger, Wien
„Pharmakokinetische Grundlagen“ (Tonfilm)
Prof. Dr. K. H. Spitzzy, Wien
„Klinische Probleme der antibakteriellen Chemotherapie“

Dr. E. Lang, Wien

„Resistenz und Persistenz – Probleme in der Chemotherapie“

16.00 Uhr: Ankunft in Korçula

Rundgang durch das kleine Inselstädtchen und Besuch des Spitals

19.00 Uhr: Abfahrt von Korçula

Samstag, 2. Oktober 1971

9.00 – 10.30 Uhr:

1. Round-Table-Gespräch
„Erkrankungen der zweiten Lebenshälfte“

10.30 – 12.00 Uhr:

2. Round-Table-Gespräch
„Moderne Therapie der Infektionskrankheiten“

14.00 Uhr: Ankunft in Venedig

Von der Wiener Medizinischen Akademie wird für ihre Kongreßteilnehmer eine Gebühr von öS 350,— erhoben.

Auskunft: Sekretariat der „Ärztlichen Fortbildung im Chiemgau“, Dr. med. H. Matusczyk, 8210 Prien/Chiemsee, Rathausstraße 9, Telefon (08051) 4482

48. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

vom 24. bis 26. September 1971 im Retheus der Stadt Augsburg

Thema: Betreuung des chronisch Kranken in der Praxis mit Laborseminar und Qualitätskontrollkurs
Kongreßleiter: Professor Dr. A. Schretzenmayer, Augsburg

Filmabend, Referate, Seminare und Podiumsgespräche finden im Vortragssaal, Oberer Rathausfletz, statt.

Freitag, 24. September 1971

16.00 Uhr

Klinische Visiten im Westkrankenhaus

16.00 Uhr

Laborseminar im Fürstenzimmer, II. Stock

20.00 Uhr

Filmabend im Vortragssaal, Oberer Rathausfletz

Samstag, 25. September 1971

8.00 – 9.00 Uhr

Besichtigung der Industrieausstellung im Unteren Rathausfletz und im Goldenen See

Thema I: Der Rheumatiker in der ambulanten Praxis

9.00 – 9.30 Uhr

Prof. Dr. A. Bäumer, Münster: Rheumatisches Diagnose und als Fehldiagnose

9.30 – 10.00 Uhr

Dr. Gr. Stellbrink, Hamburg: Chirurgische Diagnostik und Therapie bei der chronischen Polyarthrit

10.00 – 10.30 Uhr:

Prof. Dr. A. Bäumer, Münster: Praxistherapie des chronischen Rheumatikers

Thema II: Der „Magenkranke“ in der Sprechstunde

11.00 – 11.30 Uhr

Priv.-Doz. Dr. G. Volkheimer, Berlin: Moderne Oberbauchdiagnostik in der Sprechstunde

11.30 – 12.00 Uhr

Prof. Dr. R. Dohrmann, Berlin: Fortschritte in der chirurgischen Behandlung gastroenterologischer Erkrankungen

12.00 – 12.30 Uhr

Priv.-Doz. Dr. G. Volkheimer, Berlin: Betreuung von chronischen Magen-Darm-Leberkranken in der Sprechstunde

UNRUHE

INDIKATIONEN:

Neurasthenie – innere Unruhe, nervöse Reizbarkeit, Übererregbarkeit (auch sexuelle). Schwindelzustände, unruhiger Schlaf mit schweren Träumen, nervöse Erschöpfungszustände. Klimakterische Störungen – Angstzustände, nervöse Verstimmungen, depressive Stimmungslagen, Hitzewallungen, Schweißausbrüche. Nervöse Kopfschmerzen, Schlafstörungen.

ZUSAMMENSETZUNG pro Dragée:

Natr. diaethylbarbituric. 100 mg, Acid. phenylaethylbarbituric. 10 mg, Aminaphenazan. 6 mg, Kal. bromat. 10 mg, Calc. glucanic. 15 mg, Extr. Valerian., Humul. lup., Visc. alb., Adanid. vernalis 20 mg.

KONTRAINDIKATIONEN:

Akute Alkohol-, Schlafmittel-, Analgetika- und Psychopharmaka-Intoxikationen, Parphyrie, schwere Nieren- und Myokardschäden.

HANDELSFORMEN:

OP zu 50 Dragées.

Verschreibungspflichtig

Preis: DM 2,95 lt. A.T.

NERVO-OPT®

DIE INSEL DER RUHE

DR. BRAUN & HERBERG
2407 BAD SCHWARTAU



14.00 – 15.15 Uhr

Podiumsgespräch: „Präventiv- und Rehabilitationsaufgaben der Praxis“

15.15 – 17.00 Uhr

Prof. Dr. F. A. Horster, Düsseldorf: **Seminar über Schilddrüsenerkrankungen: Der Struma-Patient in der Praxis**

17.00 – 18.30 Uhr

Wehrmedizinisches Seminar (Leitung: OFA. Dr. E. Kattler); Referat: Die hyperbare Sauerstoffbehandlung bei Gasödem mit anschließender Filmdemonstration

9.00 – 12.00 Uhr und 14.00 – 17.00 Uhr

Qualitätskontrollkurs im kleinen Sitzungssaal

15.30 Uhr bzw. 16.00 Uhr

Klinische Visiten in den Augsburger Krankenanstalten

Sonntag, 26. September 1971

8.00 – 9.00 Uhr

Besichtigung der Industrieausstellung im Unteren Rathausfließ und im Goldenen Seel

Oberer Rathausfließ

8.00 – 9.00 Uhr

Prof. Dr. F. A. Horster, Düsseldorf: **Seminar über Schilddrüsenerkrankungen: Der Hypothyreose-Patient in der Praxis**

Thema III: „Der chronische Nierenkranke“

9.00 – 9.30 Uhr

Dr. V. Heimsoth, Essen: **Möglichkeiten der Prexils, sowie Dialyse- und Transplantationsprobleme**

Thema IV: „Der chronische Herzkreislaufkranke in der Praxis“

9.30 – 10.00 Uhr

Prof. Dr. M. J. Halhuber, Bernried: **„Der Koronarkranke“**

10.00 – 10.30 Uhr

Dr. J. Schmidt-Volgt, Bad Soden: **Die mehrdimensionale Dauertherapie der chronischen Herzinsuffizienz**

Thema V: „Der Parkinsonkranke“

11.00 – 11.30 Uhr

Prof. Dr. W. Birkmayer, Wien: **Die blogenen Amlne**

11.30 – 12.00 Uhr

Prof. Dr. F. Munding, Freiburg: **Stereotaktische Hirnoperationen und Indikationsstellung in der L-Dopa-Äre**

14.00 – 15.15 Uhr

Podiumsgespräch

Einleitende Kurzreferate:

Prof. Dr. K. D. Bachmann, Münster:

- e) „Kinder mit chronischer Bronchitis“
- b) „Kinder mit chronischen Stoffwechselstörungen“

Prof. Dr. G. Schellong, Münster:

- a) „Kinder mit chronischen Blutkrankheiten (Leukämie, Thrombozytopenie, Hämophilie)“
- b) „Kinder mit chronischer Pyelonephritis“

Prof. Dr. F. Hilgenberg, Münster:

„Das chronisch herzkranke Kind“

Auskunft und Anmeldung: „Sekretariat des Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin“, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2, Telefon (0821) 22777

Internationaler Kongreß über das Planen und Bauen von Augenkliniken

vom 23. bis 25. September 1971 in Würzburg

In der Zeit vom 23. bis 25. September 1971 findet in der Universitäts-Augenklinik im Kopfklinikum Würzburg ein Internationaler Kongreß über das Planen und Bauen von Augenkliniken statt.

Am 26. September 1971 wird ein internationales Gespräch am runden Tisch über „Glaukom“ durchgeführt. **Auskunft und Anmeldung:** Kongreßbüro Dr. Reinke, Universitäts-Augenklinik im Kopfklinikum, 8700 Würzburg, Josef-Schneider-Straße 11

Kurs für Röntgenheiferinnen

vom 11. bis 22. Oktober 1971 in Erlangen

Der nächste von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Kurs für Röntgenheiferinnen findet in der Zeit vom 11. bis 22. Oktober 1971 in Erlangen statt.

Teilnahmevoraussetzung: Nachweis einer dreijährigen praktischen Tätigkeit im Röntgenbereich.

Auskunft und Anmeldung: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (0811) 476087 (Apparat 90)

Fortbildungstagung der Bayerischen und Österreichischen Röntgengesellschaft

am 16./17. Oktober 1971 in Bozen

Am 16./17. Oktober findet eine gemeinsame Fortbildungs- und Arbeitstagung der Bayerischen und Österreichischen Röntgengesellschaft in Bozen (Haus der Kultur „Welther von der Vogelweide“) statt.

Themen:

1. Der Unfall in radiologischer Sicht und seine diagnostischen Probleme
2. Die Kollagenosen im Röntgenbild

Auskunft: ORMR Dr. W. Ralsch, 8580 Bayreuth, Rosestraße 13, Telefon (0921) 3826

Kurs für gastroenterologische Endoskopie, Biopsie und Zytologie

vom 25. bis 28. Oktober 1971 in Erlangen

Der 7. Erlanger Kurs für gastroenterologische Endoskopie, Biopsie und Zytologie findet am 25. bis 28. Oktober 1971 unter der Leitung von Privatdozent Dr. med. M. Classen an der Medizinischen Universitätsklinik in Erlangen statt.

Wegen der beschränkten Teilnehmerzahl ist baldige Anmeldung erwünscht.

Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12, Telefon (09131) 853374

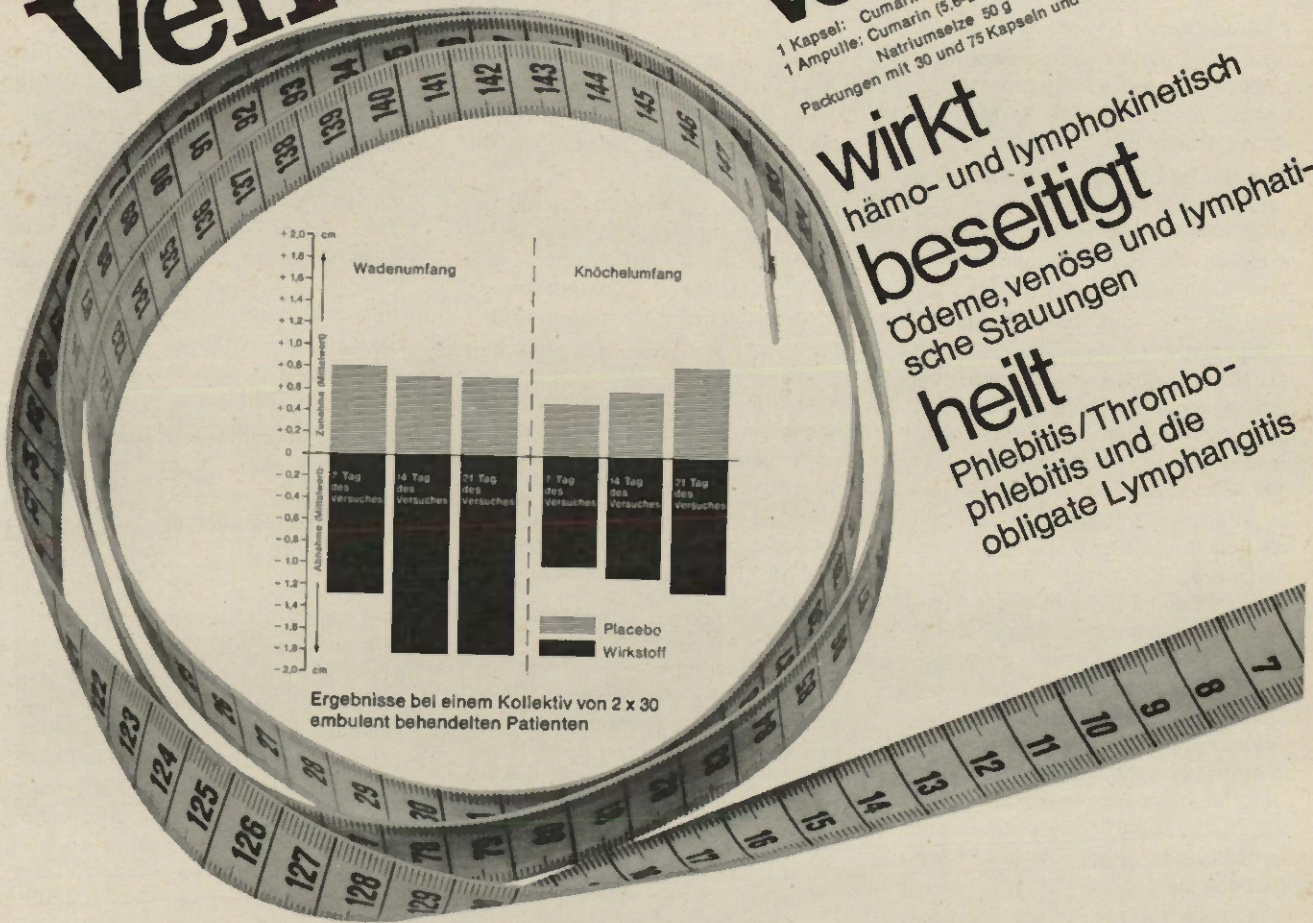
Der Erfolg ist meßbar

Venalot[®] - Erfolg ist meßbar

Venalot[®]

1 Kapsel: Cumarin (5,6-Benzo-a-pyron) 5 mg, Rutin 25 mg
 1 Ampulle: Cumarin (5,6-Benzo-a-pyron) 3 mg, Rutinschwefelsäureester-Natriumseize 50 g
 Packungen mit 30 und 75 Kapseln und 5 Ampullen, Anstaltspackungen

wirkt hämo- und lymphokinetisch
 beseitigt Ödeme, venöse und lymphatische Stauungen
 heilt Phlebitis/Thrombophlebitis und die obligate Lymphangitis



(Klücken, N.: Eine klinische Doppelblindstudie zum Versuch einer Objektivierung der Therapie mit Venopharmaka. Therapiewoche 21, 72 [1971])

Zur Langzeittherapie

Venalot[®] Depot

die 1 Dragee pro Tag –
 die 1 Dragee pro Nacht-Therapie

1 Dragee: Cumarin (5,6-Benzo-a-pyron) 15 mg, Tri-(hydroxyethyl)-rutin 90 mg
 Packungen mit 20 Dragees und 50 Dragees, Anstaltspackungen



Schaper & Brümmer
 Salzgitter-Ringelheim

Kurs für praktische Gastroenterologie

am 29./30. Oktober 1971 in Erlangen

Am 29./30. Oktober 1971 findet an der Medizinischen Universitätsklinik in Erlangen unter der Leitung von Professor Dr. med. L. Demling der 6. Kurs für praktische Gastroenterologie statt.

Auskunft: Privatdozent Dr. med. M. Classen, Medizinische Universitätsklinik, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12, Telefon (0 91 31) 85 33 74

Kurs für Laborhelferinnen

vom 2. bis 12. November 1971 in Nürnberg

Der nächste von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Kurs für Laborhelferinnen findet in der Zeit vom 2. bis 12. November 1971 in Nürnberg statt.

Teilnahmevoraussetzung: Nachweis einer dreijährigen praktischen Tätigkeit im Laborbereich.

Auskunft und Anmeldung: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (08 11) 47 60 87 (Apparat 90)

Buchbesprechungen

P. Goldschmidt: „Logopädische Untersuchung und Behandlung bei frühkindlich Hirngeschädigten“. 130 S., 2 Abb., kart. DM 4.90, C. Merhold Verlag, Berlin.

Dieses „Heft 2“ der Schriftenreihe zur Körperbehindertenpädagogik und ihren Grenzgebieten (Herausgeber: Professor Dr. Hens Wolfgart) ist ein sehr anspruchsvolles Buch.

Im ersten Teil des Buches wird das logopädische Untersuchungs- und Arbeitsgebiet bei frühkindlichen Hirnschädigungen dargestellt. Dabei geht der Autor von der normalen Sprechentwicklung aus, die mit der Geburt des Kindes beginnt; er schildert sie in ihren wesentlichen Grundzügen bis zum Ende des 5. Lebensjahres. Sodann wendet er sich den motorischen Störungen, der Ätiologie, Häufigkeit und Symptomatik bei Enzephalopathie, dem Anteil der Hör-, Sprech- und Sprechstörungen bei frühkindlich Hirngeschädigten, den Abweichungen bei passivem und aktivem Hören und bei Sprechverlust, den funktionellen Leistungsschichten und deren Entwicklung und schließlich der logopädischen Untersuchung zu.

Der zweite Teil hat die logopädische Behandlung bei frühkindlicher Hirnschädigung zum Inhalt. Die Unterkapitel haben folgende Thematik: Gewöhnung des Kindes an das Menipulieren des Therapeuten, das Erlernen des Saugens und dessen willkürliche Hemmung, das Lautieren, die Beherrschung des Kauens und die des Speichelflusses, das Pleppern, die Verbesserung der gestörten Sprechmung, der sprachliche Kontakt, die individuelle und soziale Initiative und schließlich Hilfen bei der Sprachentwicklung. Ein reichhaltiges Literaturverzeichnis mit 178 Einzeltiteln füllt die letzten Seiten die-

ses äußerlich schmalen, inhaltlich aber höchst konzentrierten und nicht immer leicht zu lesenden Buches. Das besondere Anliegen des in der Praxis wie in der Theorie gleichermaßen erfahrenen Autors ist es, auf die Wichtigkeit der frühen Betreuung hirngeschädigter Kinder hinzuweisen, die schon im ersten Lebensjahr beginnen sollte.

Jeder Logopäde wird dieses gehaltvolle Buch mit großem Gewinn lesen, sofern er die Voraussetzungen mitbringt, die ihm die Lektüre dieses anspruchsvollen Buches abverlangt.

R. Fischer, Bad Kissingen

Asta von Mümmann: „Krankengymnastik bei Verletzungsfolgen am Bewegungsapparat“. 1970, 4., neubearbeitete und wesentlich erweiterte Auflage. 248 S., 88 Abb. und zahlreiche Zeichnungen, lam. Kartonband DM 16.80. Richard Pfeum Verlag, München.

Das vorliegende Werk ist als Heft 2 der Schriftenreihe von Einzeldarstellungen aus dem Gebiet der Krankengymnastik „Aus Theorie und Praxis der Krankengymnastik“ erschienen. Die Verfasserin legt aus ihrer großen Erfahrung und mit der ihr eigenen pädagogischen Fähigkeit eine Fülle von Stoff gut gegliedert und mit kleinen Abbildungen ausgestattet vor.

Immer wieder wird im Text darauf hingewiesen, welche Entscheidungen über den Ablauf der Therapie dem Arzt vorbehalten sind, doch wünschte man sich in vielen Fällen bei der Beurteilung von Verletzungen und in der Therapie den erfahrenen Rat einer so guten Krankengymnastiklehrerin, wie es die Verfasserin ist.

Daß das Buch in der vierten Auflage erscheint, spricht für sich selbst. Allen, die mit der Behandlung chirurgischer Erkrankungen befaßt sind, sei es empfohlen. Der Preis ist angesichts des mitgeteilten Stoffes eher niedrig zu nennen.

Mitteilungen

Film:

Herzinsuffizienz

Die Zahl der Herzerkrankungen nimmt in den industrialisierten Ländern erschreckend zu — ein Anlaß für die Weltgesundheitsorganisation, sich diesem Problem besonders zuzuwenden. Mit dem neuen Fortbildungsfilm „Herzinsuffizienz“ liefert das pharmazeutische Unternehmen Boehringer Mannheim einen weiteren Beitrag zu dem weltweit interessierenden Thema.

An der traditionellen Uraufführung vor der Berliner Ärzteschaft am 14. April 1971 nahmen zahlreiche bedeutende Wissenschaftler und Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens teil.

Der neue Fortbildungsfilm befaßt sich mit den Ursachen dieser Herzerkrankung und ihrer Diagnose. Wegbereiter sind z. B. rheumatisches Fieber, Bluthochdruck, Arteriosklerose, Fettsucht oder chronische Infektionskrankheiten, vor allem der Atemwege. Es gilt also, solche Ursachen einer beginnenden Herzschwäche so früh wie möglich zu diagnostizieren. Das schwere Endstadium einer Ruheinsuffizienz läßt sich nur dadurch verhüten, daß der Arzt rechtzeitig eine bereits vorhandene Belastungsinsuffizienz erkennt und eine konsequente Dauerbehandlung einleitet.

Viele Krankenhäuser verfügen heute in ihren kardiologischen Abteilungen über Spezialmethoden zur exakten Herzdiagnostik. Der neue Film zeigt, daß es aber auch dem Praktischen Arzt möglich ist, eine Belastungsinsuffizienz frühzeitig festzustellen und mit entsprechenden Medikamenten so zu behandeln, daß der Patient ein weitgehend normales Leben führen kann.

ESDESAN®

Dragées und Tropfen
bei nervöser Unruhe und
Schlafstörungen, Neur-
asthenie und vegeta-
tiven Dysregulationen

Packungen mit 30 und 60 Dragées
Flaschen mit 25 und 50 ml
Klinikpackungen

Schrifttum und Muster auf Anfrage



AKTIENGESELLSCHAFT FÜR MEDIZINISCHE PRODUKTE
1 BERLIN 65

Zielen Sie auf unser günstiges Baugeld.




Wir geben Baudarlehen zu nur 5% Zins. Günstiger gibt Ihnen kaum ein Geld. Zum Hausbau oder zum Kauf einer Eigentumswohnung. Zum Renovieren oder Entschulden. Mit unserer Hilfe haben Sie Ihr Ziel schon so gut wie erreicht.

An unser beehrtes Baugeld kommen Sie aber nur über einen Bausparvertrag. Den müssen Sie einfach haben. Auch weil es keine bessere Sparform gibt, um das notwendige Eigenkapital für eigene vier Wände anzusammeln.

Denn der Staat hilft Ihnen. Mit Wohnungsbauprämie oder durch Steuervorteile. Mit Zusatzprämie und der 624-Mark-Anlage für Arbeitnehmer. So sind Gewinne bis zu 1.500 Mark im Jahr möglich.

Lassen Sie sich gründlich informieren. Fragen Sie unseren Fachberater oder bei der Sparkasse nach den Vorteilen des Bausparens. Auf Wunsch senden wir Ihnen auch gerne unsere ausführliche Broschüre „Geld gut anlegen – Bausparen“.

Landes 
Bausparkasse

 Wir sind die Bausparkasse der Sparkassen

8 München 2 · Karolinenplatz 1 · Tel. 21721

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

Scharlacherkrankungen wurden im Juni geringfügig häufiger als im Mai gemeldet; die Erkrankungsziffer stieg von 37 auf 40 Fälle je 100 000 Einwohner (auf ein Jahr umgerechnet). Gegenüber dem Vormonat praktisch unverändert war die Erkrankungshäufigkeit an übertragbarer Hirnhautentzündung.

Auch im Juni erkrankten nur vereinzelt Menschen an Typhus, Paratyphus und Ruhr. Erkrankungsfälle an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) wurden ebenso häufig wie im Mai – 22 Fälle je 100 000 Einwohner – berichtet. Die Erkrankungsziffer an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) sank von 26 Fällen im Mai auf 23 Fälle im Juni, jeweils auf 100 000 Einwohner.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 30. Mai bis 3. Juli 1971 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		8		7		8		9		10		11		
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Gehirnentzündung		Typhus abdominale		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				
							Hirnhautentzündung		Salmonellose										Übrige Formen				
	Meningokokken-Meningitis		Übrige Formen		E		ST		E		ST		E		ST		E		ST		E		ST
E)	ST)	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	—	—	175	—	—	—	12	—	39	—	—	2	—	—	—	2	—	79	—	—	—	—	—
Niederbayern	—	—	22	—	—	—	1	—	4	3	—	—	—	—	1	—	2	26	1	6	—	—	—
Oberpfalz	—	—	38	—	—	—	3	—	6	—	—	—	—	1	—	—	—	30	—	1	—	—	—
Oberfranken	—	—	51	—	—	—	5	1	5	—	1	—	—	1	—	—	—	19	2	3	—	—	—
Mittelfranken	1	—	48	—	—	—	4	—	4	—	2	1	—	8	—	—	—	28	—	7	—	—	—
Unterfranken	—	—	20	—	—	—	4	—	13	1	—	—	—	5	—	1	—	25	—	—	—	—	—
Schwaben	—	—	58	—	—	—	6	—	4	—	—	—	1	—	1	—	—	15	—	1	—	—	—
Bayern	1	—	412	—	—	—	35	1	75	4	3	1	3	—	17	—	5	222	3	18	—	—	—
München	—	—	84	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	54	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	18	—	—	—	—	—	2	—	1	1	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	4	—	—	—	4	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		
	Botulismus		Hepatitis infectiosa		Ornithose (übrige Formen)		Leptospirose				O-Fieber		Toxoplasmose		Wundstarrkrampf		Verdachtsfälle von Tollwut ²⁾		
							Well'sche Krankheit		Feldfieber										
	E		ST		E		ST		E		ST		E		ST		E		ST
E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	—	—	82	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	1	—	—	—
Niederbayern	—	—	19	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberpfalz	3	—	29	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	4	—
Oberfranken	—	—	16	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mittelfranken	—	—	28	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—
Unterfranken	—	—	27	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
Schwaben	—	—	35	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—
Bayern	3	—	236	6	1	—	2	—	1	—	1	—	4	—	1	2	—	13	—
München	—	—	41	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

¹⁾ Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.
²⁾ „E“ = Erkrankungen (einschl. der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle.
³⁾ „ST“ = Sterbefälle. ⁴⁾ Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

Kongreßreisen

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

Studienreise in die Sowjetunion für Gynäkologen

vom 5. bis 17. September 1971

Reiseroute: Frankfurt — Moskau — Tiflis — Erewan — Leningrad — Frankfurt

Reisepreis pro Person: DM 1816,—
Der Reisepreis beinhaltet folgende Leistungen: Flugreise internationaler Luftverkehrsgesellschaften, Unterbringung in Hotels I. Klasse, 3 Mahlzeiten täglich, alle Besichtigungen lt. Programm, Reiseleitung.

Studienreise in die Sowjetunion für Radiologen

vom 18. bis 29. September 1971

Reiseroute: Frankfurt — Leningrad — Tiflis — Erewan — Moskau — Frankfurt

Reisepreis pro Person: DM 1856,—
Der Reisepreis beinhaltet folgende Leistungen: Flugreise internationaler Luftverkehrsgesellschaften, Unterbringung in Hotels I. Klasse, 3 Mahlzeiten, alle Besichtigungen lt. Programm, Reiseleitung.

Ausführliche Programme stehen auf Anforderung zur Verfügung.

Auskunft: Bayerisches Ärzteblatt, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon 47 60 87

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

Kongreßkalender

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

Oktober 1971

1.—2. 10. In Höhenried:

4. Wissenschaftliches Symposium über Probleme und Praxis der Gesundheitsbildung. Auskunft: Sekretariat der Klinik Höhenried, 8131 Bemried.

1.—3. 10 in Darmstedt:

2. Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Pathologie. Auskunft: Prof. Dr. G. Seifert, Direktor des Pathologischen Instituts der Universität Hamburg, 2000 Hamburg 20, Martinistraße 52.

2.—3. 10. In Bad Neuhelm:

Fortbildungskongreß der Landesärztekammer Hessen, verbunden mit einem Laborkurs für Arzthelferinnen. Auskunft: Landesärztekammer Hessen, 6000 Frankfurt, Broßstraße 6

2.—3. 10. In Salzburg:

Fortbildungstagung der Radiologisch-Technischen Assistentinnen Österreichs und der Röntgenassistentinnen Bayerns in Salzburg. Auskunft: Frau Ilse Dörner, A-1070 Wien, Keyongasse 21/19.

3.—7. 10. In Köln:

50. Jahreslagung der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin. Auskunft: Institut für Gerichtliche Medizin der Universität zu Köln, 5000 Köln, Zulpicher Straße 47.

4.—6. 10. In Berlin:

Internationaler Kongreß für Detekterverarbeitung in der Medizin, 16. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Dokumentation und Statistik. Auskunft: Geschäftsstelle der GMDS, 6900 Heidelberg, Berliner Straße 27.

7.—8. 10. In Bratislava (CSSR):

VI. Tschechoslowakisch-polnische Symposium über Kindertuberkulose und Atemwege-Krankheiten des Kindesalters. Auskunft: Dr. F. Sýkora, CSc. Ustav pro tuberkulosu a choroby dychacich cest, Podunejske Biskupice, CSSR.

7.—9. 10. In Davos:

4. Internationales Symposium des Ärztevereins Davos. Auskunft: Sekretariat der Thurg.-Scheffh. Hellstätte, CH-7270 Davos-Platz.

7.—10. 10. In Regensburg:

47. Fortbildungsveranstaltung des Kollegiums für ärztliche Fortbildung. Auskunft: Sekretariat für ärztliche Fortbildung, 8400 Regensburg, Altes Rathaus.

7.—9. 10. In Stuttgart:

Tagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechsellkrankheiten, gemeinsam mit der Schweizerischen Gesellschaft für Gastro-Enterologie. Auskunft: Prof. K. Heinkele, Krankenhaus Stuttgart-Bad Cannstatt, Medizinische Klinik.

8.—9. 10. In Frankfurt:

2. Jahrestagung und zugleich ordentliche Mitgliederversammlung der Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e.V. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. med. W.-H. Wagner, Farbwerke Hoechst AG, 6000 Frankfurt/Main 80.

Hypotheken: Heute bauen — morgen zahlen.

Mit einer Hypothek von uns bekommen Sie schneller ein eigenes Dach über den Kopf. Sprechen Sie mit uns über die „Finanzierung aus einer Hand“.



wenn's um
Geld geht —
SPARKASSE

8. – 9. 10. In München:

12. Jahrestagung der Vereinigung Deutscher Strahlenschutzärzte. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. O. Meseerschmidt, 7800 Freiburg, Albertstraße 23.

8. – 13. 10. in Mexico:

V. internationaler Kongreß für Nephrologie. Auskunft: Instituto Nacional de Cardiología Ave. Ceuuhtemoc 300 Mexico 7, D. F., Mexico.

9. – 10. 10. In Marburg:

3. Kongreß für gastroenterologische Endoskopie. Auskunft: Sekretariat Dr. med. H. Lindner, Medizinische Abteilung des DRK-Krankenhauses, 2000 Hamburg 13, Beim Schlump 84.

9. – 10. 10. In Bad Wiessee:

19. Fortbildungskurs in praktischer Medizin. Auskunft: Dr. K. Neresheimer, 8182 Bad Wiessee, Neureuthstraße 4.

10. – 11. 10. In Salzburg:

2. Österreichische Internistenagung. Auskunft: Sekretariat der Medizinischen Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.

11. – 16. 10. In Innsbruck:

17. Praktischer EKG-Kurs. Auskunft: Frau M. Boida, Sekretariat Medizinische Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.

11. – 29. 10. in Berlin:

Strehlenschutzkurs für Ärzte. Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83.

13. – 16. 10. In Essen:

Deutsch-Italienischer Angiologen-Kongreß in Zusammenarbeit mit der italienischen Gesellschaft für Angiologie. Auskunft: Prof. Dr. med. N. Klücken, 4300 Essen, Hülendstraße 55.

15. – 16. 10. In Salzburg:

4. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Gefäßchirurgie. Auskunft: Dr. K. Preinner, I. Chirurgische Abteilung, A-5020 Salzburg, Landeskrankenanstalten.

16. – 17. 10. in Innsbruck:

Klinisches Wochenende. Auskunft: Frau M. Boida, Sekretariat Medizinische Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.

16. – 17. 10. In Bad Reichenhall:

Klinisches Wochenende. Auskunft: Dr. med. H. Metuszyk, 8210 Prien, Kneippkurhotel Kronprinz.

18. – 19. 10. In Innsbruck:

Übungskurs in klinischer Elektrokardiographie. Auskunft: Frau M. Boida, Sekretariat Medizinische Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.

18. – 21. 10. in Marseille:

8. Europäischer Kongreß der Allergologie. Auskunft: Prof. J. Cherpin, Hôpital Sainte-Marguerite, F-13 Marseille 9^e.

18. – 22. in Madrid:

6. internationaler Kongreß für Hygiene, Präventiv- und Sozialmedizin. Auskunft: Prof. G. A. Canaperia, 37, Via Filippo Civinini, J-00197 Rom.

18. – 22. 10. in Neuherberg:

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

18. – 23. 10. in Innsbruck:

Hämatologiekurs für Fortgeschrittene mit praktischen Übungen. Auskunft: Frau M. Boida, Sekretariat, Medizinische Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.

21. – 23. 10. in Baden-Baden:

15. Baden-Badener Herbsttagung für Balneologie und physikalische Therapie. Auskunft: Bäder- und Kurverwaltung, 7570 Baden-Baden.

23. – 24. 10. in Weißenhorn:

6. Klinisches Wochenende. Auskunft: Dr. med. E. Thäle, Ärztlicher Direktor des Krankenhauses, 7912 Weißenhorn.

24. – 30. 10. in Baden-Baden:

Hauptversammlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands – Hertmannbund. Auskunft: Sekretariat, 5320 Bad Godesberg, Kölner Straße 40.

25. – 29. 10. In Neuherberg:

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

25. 10. – 12. 11. in Neuherberg:

Strehlenschutzkurse, Einführungs- und 2. Fortbildungskurs. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

25. – 30. 10. In Wien:

25. Österreichischer Ärztekongreß – Van-Swieten-Tagung. Auskunft: Österreichische Ärztekammer, Referat für ärztliche Fortbildung, A-1011 Wien, Weihburggasse 10 – 12.

29. – 31. 10. in Bad Nauheim:

EKG-Fortbildungskurs der Landesärztekammer Hessen – Grundlagen der Technik und der vektoriellem Deutung des EKG nach Frank. Auskunft: Obermedizinaldirektor Dr. A. H. Lemmerz, 6350 Bad Nauheim, Ernst-Ludwig-Ring 2.

28. – 31. 10. in Stuttgart:

8. Stuttgarter Fortbildungskongreß für praktische Medizin der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg mit Heilmittelausstellung. Auskunft: Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, 7000 Stuttgart 70, Hans-Neuffer-Weg 2.

29. – 31. 10. in Köln:

8. Tagung der Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie. Auskunft: Dr. K.-D. Ebel, Röntgenabteilung des Kinderkrankenhauses der Stadt Köln, 5000 Köln, Amsterdamer Straße 59.

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe ist ein Prospekt beigelegt der Firma:

Chem. Fabrik Tempelhof, Berlin außerdem ist einer Teileufgabe ein Prospekt beigelegt der Firma: **Pythia-Retsen, München**

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (0811) 47 60 87, 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.

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 5,5% = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Postscheckkonto Nr. 52 52, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8000 München 15, Postfach, Sonnenstraße 29, Telefon 55 80 81, Fernschreiber: 05 236 62, Telegrammadresse: atlas-press. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfing, München

Druck: Druckerei und Verlag Hans Zauner Jr., 8060 Dechou.

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.