



# Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Dezember 1971

## Zum Jahreswechsel

*Liebe Kolleginnen und Kollegen!*

Kaum waren die festlichen und wohl auch ruhigeren Tage der Weihnachts- und Neujahrszeit zu Ende, traten bereits die gewählten Delegierten der bayerischen Ärzteschaft zur konstituierenden Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer zusammen. Man konnte viele neue Gesichter sehen. Es war unverkennbar, daß eine junge Ärztegeneration den Weg in die ärztliche Standespolitik gefunden hatte. Kein Wunder, daß schon die ersten Diskussionen besonders lebhaft wurden. Sie waren in manchem gekennzeichnet durch ein gewisses Mißtrauen und Erscheinungen, die sich nur dadurch erklären lassen, daß man sich eben noch nicht kannte. Wer daraus nur negative Schlüsse zog, wird am Ende dieses Jahres sagen können, er habe sich getäuscht. Schon der Bayerische Ärztetag in Nürnberg zeigte allen, daß die von uns gewünschte und inzwischen eingetretene Verjüngung sich fruchtbar auswirkt auf die Arbeit für unseren Stand. Das gibt uns die Hoffnung, daß wir in den kommenden Jahren gute gemeinsame Arbeit für unsere Kollegen, aber auch für unsere Mitmenschen werden leisten können. Diese positive Feststellung muß am Anfang stehen.

Im übrigen hat der Ablauf dieses Jahres gezeigt, daß unsere vielleicht etwas düster erscheinenden Worte am Ende des vergangenen Jahres leider voll berechtigt waren. Die negative Einstellung in der Öffentlichkeit des Arztes schlechthin und zum freipraktizierenden Arzt im besonderen hat sich eher verstärkt. Gerade in den letzten Wochen dieses Jahres sind Äußerungen bekanntgeworden und Artikel geschrieben worden, die sich an Börsartigkeit geradezu überschlagen. Wir wollen an dieser Stelle nicht im einzelnen darauf eingehen.

Es zeichnen sich zwei Tendenzen ab, die gleichermaßen gefährlich sind sowohl für die Freiheit des Arztes als auch – und das in unmittelbarer Konsequenz – für den Patienten. Die einen preisen das Geschäft mit der Gesundheit und suchen kapitalkräftige Leute, die hohe Renditen erwarten, die anderen verdammen das „spätkapitalistische“ Geschäft mit der Gesundheit und bieten zugleich Modelle an, die nichts anderes sind als eine nackte Sozialisierung unseres Berufsstandes. Wenn wir uns gegen solche Tendenzen erfolgreich zur Wehr setzen wollen, dann wird das nur möglich sein, wenn jeder Kollege die Gefahr erkennt, welche uns droht, und bereit ist, aktiv an ihrer Bekämpfung mitzuwirken. Mit Ablehnen allein ist es dabei allerdings nicht getan. Wir müssen unserer Bevölkerung zeigen, daß der Arzt auch heute mit den Fortschritten der Medizin Schritt hält. Wir müssen durch größtes Pflichtbewußtsein Tag für Tag beweisen, daß wir in der Lage sind, die ärztliche Versorgung unserer Bevölkerung sicherzustellen, ohne daß es einer Reglementierung oder staatlicher Eingriffe bedarf.

Es ist für uns nicht angenehm, zum Jahresende so harte Tatsachen aussprechen zu müssen. Es möge sich aber jeder darüber klar sein, daß wir nur dann bestehen können, wenn auch der letzte unserer Kollegen bereit ist, den Kampf aufzunehmen für die Freiheit unseres Berufes. Denken wir einen Augenblick zurück an die ersten fünfziger Jahre. Auch damals ging es um die Freiheit des deutschen Kassenarztes. Wir haben sie gewonnen und bis heute bewahrt. Möge uns das kommende Jahr die Kraft geben, sie auch für die Zukunft zu retten.

Gerade deshalb, weil wir diese Kraft für die Zukunft benötigen, wünschen wir allen unseren Kolleginnen und Kollegen für das Jahresende einige ruhige, erholsame und besinnliche Stunden.

Ihnen und Ihren Familien ein gesegnetes 1972!

Ihre

Professor Dr. Sewering

Dr. Hermann Breun

## Weihnachtsaufruf der ärztlichen, zahn- und tierärztlichen Organisationen für die Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“

Sehr verehrte Frau Kollegin!  
Sehr geehrter Herr Kollege!

Wieder rufen wir Sie zum Weihnachtsfest auf, mit einer Spende die Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ zu unterstützen und damit die Fortsetzung dieses Gemeinschaftswerkes der westdeutschen Heilberufe zu ermöglichen.

Im vergangenen Jahr hat die Stiftung über 900 Kollegenkinder aus der DDR und der BRD unterstützt und ihnen so die Berufsausbildung ermöglicht. An die Stelle derjenigen, die in den Beruf eintreten konnten, kamen 102 neue Schützlinge. In jedem Einzelfall wird die Bedürftigkeit geprüft und werden alle Unterstützungsmöglichkeiten anderer Art voll ausgeschöpft, ehe die Stiftung mit ihrer Förderung einsetzt. Und darum kann jede Spende steuermindernd geltend gemacht werden.

Mehrere hundert Kollegenkinder konnten bisher durch die Hilfe der Stiftung ihre Berufsausbildung abschlie-

ßen. Dies bedeutete gleichzeitig eine ganz große Erleichterung für die Kollegenfamilien im anderen Teil Deutschlands, die ihren Kindern eben nicht helfen können. Und ebenso sind Kolleginnen aus unserem Teil des Vaterlandes vielfach nicht in der Lage, die Ausbildung ihrer Kinder zu bezahlen und sind deshalb auch weiterhin auf unsere Hilfe angewiesen. Die Stiftung ist das Instrument einer freiwilligen, kollegialen und ohne allen Aufwand an Worten und Pathos geleisteten Hilfe der Heilberufe für ihre in Not geratenen Kollegenkinder. Den Dank, den sie von den Schützlingen und ihren Angehörigen erhält, gibt sie auch bei dieser Gelegenheit an alle Spender und Helfer weiter.

Ihre beständige Mithilfe und Ihr Verständnis in all den Jahren läßt uns sicher sein, daß wir auch an diesem Weihnachtsfest nicht vergeblich bitten. Eine einmalige Spende oder vielleicht sogar eine laufende Unterstützung von Ihnen ermöglicht unseren Kollegenkindern auch im kommenden Jahr die weitere Ausbildung im selbstgewählten Beruf!

Mit vorzüglicher kollegialer Hochachtung

Professor Dr. Fromm  
Präsident der Bundesärztekammer und des  
Deutschen Ärztetages

Dr. Muschallik  
1. Vorsitzender der Kassenzentralen  
Bundesvereinigung

Dr. Metzner  
Vorsitzender des Verbandes der Ärzte Deutschlands  
(Hartmannbund)

Dr. Odenbach  
1. Vorsitzender des Marburger Bundes,  
Verband der angestellten und beamteten Ärzte  
Deutschlands, Bundesverband

Dr. Roos  
Bundesvorsitzender des Verbandes der  
Niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV)

Frau Minister a. D. Dr. Lena Ohnesorge  
1. Vorsitzende des Deutschen Ärztinnenbundes

Dr. Walther  
1. Bundesvorsitzender des Deutschen  
Kassenarztverbandes

Dr. Heupt  
Vorsitzender des Berufsverbandes der  
Praktischen Ärzte Deutschlands

Dr. Freigang  
1. Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft fachärztlicher  
Berufsverbände (AFB) – Verband der Fachärzte  
Deutschlands

Professor Dr. Hopf  
1. Vorsitzender des Verbandes der  
leitenden Krankenhausärzte Deutschlands

Obermedizinaldirektor Dr. Böhm  
Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärzte  
des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V.

Dr. Veigel  
Präsident des Bundesverbandes  
der Deutschen Zahnärzte

Dr. Dr. Wald  
Bundesvorsitzender des Freien Verbandes  
Deutscher Zahnärzte

Dr. Schulz  
Präsident der Deutschen Tierärzteschaft

Für die Avisierung Ihrer Spende benutzen Sie, bitte, die beiliegende Spendenkarte bzw. den Spendenschein. Für Ihre Direktüberweisung stehen Ihnen die Konten Dresdner Bank Stuttgart Nr. 49 79 77 – Württembergische Landessparkasse Stuttgart Nr. 59 194 – Städtische Girokasse Stuttgart Nr. 2481 218 – Postscheckkonto Stuttgart Nr. 41533 zur Verfügung.

## 24. Bayerischer Ärztetag in Nürnberg

vom 12. bis 14. November 1971

Mit einem Festakt im kleinen Saal der Meistersingerhalle wurde am 12. November 1971 der 24. Bayerische Ärztetag eröffnet, der vom Horvath-Quintett umrahmt wurde.

Der 1. Vorsitzende des Ärztlichen Kreisverbandes Nürnberg und Umgebung, Herr Dr. med. Ernst BAUER, begrüßte zugleich im Namen der mittelfränkischen Ärzteschaft in sehr herzlichen Worten die Gäste.

Senator Professor Dr. med. Hans Joachim SEWERING, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, hieß die 211 Delegierten der rund 21 000 Ärzte Bayerns und die zahlreichen Ehrengäste, an deren Spitze als Vertreter der Bayerischen Staatsregierung den Staatsminister für Arbeit und Sozialordnung, Herrn Dr. Fritz PIRKL, den Präsidenten des Bayerischen Senats, Freiherrn POSCHINGER von FRAUENAU, und vertretungsweise für alle weiteren Senatoren den Vizepräsidenten des Bayerischen Senats, Herrn Professor Dr. SCHEUERMANN, sowie den Oberbürgermeister der Stadt Nürnberg, Herrn Dr. URSCHLECHTER, herzlich willkommen, ferner Frau Bundesminister STROBEL als Mitglied des Bundestages, die Mitglieder der Bayerischen Landtagsfraktionen von CSU, SPD und FDP, als Vertreter des Bayerischen Staatsministeriums des Innern den Leiter der Gesundheitsabteilung, Herrn Ministerialdirigent Dr. HEIN, sowie den Leiter der Gesundheitsabteilung des Sozialministeriums, Herrn Senator Ministerialrat Dr. KLÄSS, und Ministerialrat Dr. MIESBACH, den Vorsitzenden des Verbandes der freien Berufe in Bayern, Herrn Senator Rechtsanwalt WIRSCHINGER, den Präsidenten der Industrie- und Handelskammer, Herrn Senator Konsul BRAUN, und den Vorsitzenden des Bayerischen Landesgesundheitsrates, Herrn Dr. SOENNING. Verbunden mit einem herzlichen Dank für die wertvolle Unterstützung beim Zustandekommen des Bayern-Programms begrüßte Professor Sewering den Präsidenten der Bayerischen Landesbodenkreditanstalt Herrn Staatsminister a. D. JUNKER, zugleich als Träger des Ehrenzeichens der Deutschen Ärzteschaft, weiter den Rektor der Universität Erlangen-Nürnberg, Herrn Professor Dr. FIEBINGER, Herrn Professor Dr. SPANN als Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität München, Herrn Professor Dr. WEIS als Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg, Herrn Professor Dr. Dr. BORELLI in Vertretung des Rektors und des Dekans der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München, Herrn Professor Dr. SCHMID, Direktor des Universitätsseminars für Geschichte der Medizin, von der evangelischen Kirche Herrn Oberkirchenrat LUTHER, als Vertreter der Regierung von Mittelfranken Herrn Kollegen Medizinaldirektor Dr. HUBER;

weiter begrüßte der Präsident die Vertreter der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin, den Kommandeur der Akademie des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr, Herrn Generalarzt Dr. REBENTISCH, die Mitglieder des Stadtrates der Stadt Nürnberg, den Präsidenten des Bayerischen Obersten Landesgerichts, Herrn Präsident SCHÄFER, den Vorsitzenden des LandesberufsgERICHTES für die Heilberufe, Herrn Senatspräsident WEICHMANN, Herrn Sozialgerichtspräsident REITZENSTEIN, den Präsidenten der Bayerischen Versicherungskammer, Herrn Staatssekretär a. D. Dr. WEHGARTNER, den Herrn Vizepräsidenten Dr. SCHMITT-LERMANN, den Vorsitzenden der Bayerischen Krankenhausgesellschaft, Herrn Oberbürgermeister a. D. FISCHER, den Leiter der Bayerischen Ärzteversorgung Herrn Oberregierungsdirektor Dr. HÖNIG, den Präsidenten der Bayerischen Landesapothekerkammer, Herrn Apotheker RIEMERSCHMID, Herrn Vizepräsident WINTER von der Bayerischen Landeszahnärztekammer, den Präsidenten der bayerischen Landestierärztekammer, Herrn Professor Dr. Dr. h. c. BAYER, ferner die Vertreter der Betriebs-, Innungs-, Landkrankenkassen und Ersatzkassen sowie der örtlichen Krankenkassen, ebenso die Vertreter von Behörden, Körperschaften und Schulen der Stadt Nürnberg.

Ein besonderer Gruß galt den Trägern der Paracelsus-Medaille sowie den Trägern des Ehrenzeichens der deutschen Ärzteschaft. Sehr herzlich begrüßte der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer seinen Kollegen Herrn Professor Dr. Dr. h. c. FROMM, Präsident des Deutschen Ärztetages und der Bundesärztekammer, die übrigen Mitglieder des Vorstandes der Bundesärztekammer und die Präsidenten der weiteren Landesärztekammern, ferner den Vorsitzenden des Verbandes der Ärzte Deutschlands – Hartmannbund –, Herrn Kollegen Dr. METZNER, den Vorsitzenden des Bundesverbandes der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Herrn Kollegen Obermedizinaldirektor Dr. BÖHM, den Vorsitzenden des Bayerischen Landesverbandes der angestellten und beamteten Ärzte Deutschlands – Marburger Bund –, Herrn Kollegen Obermedizinalrat Dr. MÖHLEISEN, den Vorsitzenden des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins, Herrn Kollegen Medizinaldirektor Dr. WALTHER, den Vorsitzenden des Landesverbandes Bayern des Hartmannbundes, Herrn Vizepräsidenten Dr. BRAUN, die Mitglieder des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, den Präsidenten des Bundesverbandes deutscher Schriftstellerärzte, Herrn Kollegen Dr. SCHAUWECKER, sowie die Vertreter von Presse, Funk und Fernsehen und alle erschienenen Kolleginnen und Kollegen.



Erste Reihe von links nach rechts:

Senator Oberbürgermeister Dr. Urschlechter - Frau Bundesminister Strobel - Professor Dr. Dr. Fromm - Staatsminister Dr. Pirkl - Senator Professor Dr. Sewering - Direktor Rösner - Professor Dr. Schmid - Vizepräsident Dr. Braun

In seiner Eröffnungsansprache ging Professor Dr. Sewering auf einige akute Probleme ein, wobei er aus zwei sehr verschiedenen Blickrichtungen die ambulante ärztliche Versorgung unserer Bevölkerung aufzeigte. Zunächst berührte er das Problem der gleichmäßigen ärztlichen Versorgung auch außerhalb der Ballungsräume. Professor Sewering führte die gestiegene Zahl der Gesamtärzte in Bayern an (1946 – 9300, 1971 – 20200), sowie die Zahl der niedergelassenen Ärzte (1946 – 5152, 1971 – 9100) und betonte, daß die Gründe für die ungleichmäßige Verteilung von Arztpraxen auf dem Lande sehr vielgestaltig und ein weltweites Problem seien. Erfreulicherweise ist als eine der verschiedenen Förderungsmaßnahmen am 1. Oktober 1971 das sogenannte „Bayern-Programm“ in Kraft getreten, wobei er der Bayerischen Staatsregierung und ganz besonders herzlich Herrn Minister Pirkl dankte. In seinen Dank schloß er auch den Präsidenten der Landesbodenkreditanstalt, Herrn Minister a. D. Junker, für seine so besonders positive Mitarbeit ein. Die Größenordnung der dringlich zu besetzenden Kassenarztsitze in Bayern beträgt maximal 100, und schon jetzt, sechs Wochen nach Verkündung, könne ein großes Interesse junger niederlassungswilliger Ärzte verzeichnet werden.

Dieser so positiven Entwicklung steht jedoch ein anderes und sehr ernstes Problem entgegen. Mit Steuervorteilen und großzügigen Bar-Rendite-Versprechungen werden Diagnosezentren propagiert und „unternehmerische Leute“ aufgefordert, Kapital zu zeichnen: „Mit Ihrer Beteiligung partizipieren Sie an der Sicherheit des Arztberufes – er kennt keine Krisen“. Hier stellt sich die Frage, ob dies ein guter Weg ist, unserer Bevölkerung die Möglichkeiten moderner Medizin anzubieten. „Die bayerische Ärzteschaft befaßt sich sehr intensiv mit allen Wegen, die geeignet sind, Schritt zu halten mit der technischen Entwicklung, um unseren Patienten unter Erhaltung eines bewährten freiheitlichen Systems freipraktizierender Ärzte Vorsorgemedizin anzubieten“. Ein weiteres Problem stellt sich darin, daß diese Diagnosezentren auch von der Gewerkschaft gefördert werden, allerdings nicht auf der oben zitierten spätkapitalistischen Grundlage. Die Realisierung letzterer Forderung würde große Bereiche fachärztlicher Tätigkeit nur noch in Form der Anstellung in Zentren ermöglichen. Die Allgemeinärzte müßten sich auf Einfachdiagnosen beschränken und würden zu Befund-Empfängern und Zulieferern der Zentren. Dies bedeutet: die totale Umstrukturierung des ärztlichen Berufes. Wir sind bereit, auch Opfer zu

bringen, wenn wir die Gewißheit haben, daß es dadurch zu einer besseren ärztlichen Versorgung für die Patienten kommt; aber alle Beispiele (u. a. Schweden) bezeugen das Gegenteil. Die Qualität der ärztlichen Versorgung des deutschen Kassenpatienten wird von keinem anderen System erreicht oder übertroffen. Die freipraktizierenden Ärzte haben im Wissen und in der Technik Schritt gehalten mit dem Fortschritt.

„Es gibt keine Form ambulanter ärztlicher Versorgung, die besser wäre als die durch freipraktizierende Ärzte“ — mit diesen Worten schloß Professor Sewering seine Ausführungen.

Der Oberbürgermeister der Stadt Nürnberg, Herr Dr. Andreas URSCHLECHTER, entbot den Willkommensgruß einer Stadt mit einer 900jährigen, reichen Tradition, die heute zu einer Verkehrs-, Industrie- und Handelszentrale des nordbayerischen Raumes geworden ist. Als Stadtoberrhaupt einer Stadt, die mit ihren Städtischen Krankenhäusern über das größte Kran-

kenhauszentrum der Bundesrepublik verfügt, freue er sich ganz besonders, daß diese Veranstaltung der bayerischen Ärzteschaft in deren Mauern stattfindet.

Es sei zwar nicht ganz programmgemäß, wenn eine Bundesministerin auf einem Bayerischen Ärztetag das Wort ergreife, aber nachdem Nürnberg ihre Heimatstadt sei, fühle sie sich hierzu verpflichtet, so begann Frau Bundesminister STROBEL ihre kurze Rede, in der sie auf ein wachsendes Informationsbedürfnis in gesundheitlichen Fragen einging, und eindringlichst alle Beteiligten und auch die Ärzte aufforderte, für eine objektive Information Sorge tragen zu wollen. Gerade die Ärzteschaft müsse es als eine ihrer wesentlichen Aufgaben ansehen, in Fragen des Lebens und der Gesundheit für eine entsprechende Information zu sorgen.

Im Anschluß daran hielt der Bayerische Staatsminister für Arbeit und Sozialordnung, Herr Dr. Fritz PIRKL, die nachstehend wiedergegebene Ansprache.

## **Ansprache des Bayerischen Staatsministers für Arbeit und Sozialordnung**

„Meine sehr geehrten Damen und Herren!

Der alljährliche Bayerische Ärztetag ist ein wichtiges Ereignis für unser Land. Die dreiundzwanzig zurückliegenden Veranstaltungen haben ihn einen Rang im bayerischen Kongreßkalender erreichen lassen, der verpflichtet. Außerdem besitzen wir in diesem Ärztetag eine jener bayerischen Spezialitäten, die auch in anderen Ländern der Bundesrepublik geachtet — und im Begriffe sind, übernommen zu werden.

Gewiß stehen die Standesinteressen des ärztlichen Berufes ganz im Vordergrund. Dennoch glaube ich, feststellen zu können: der Bayerische Ärztetag ist stets auch ein Tag der Patienten, auch ein Tag der potentiellen Patienten. Er geht somit wirklich alle Bürger unseres Landes an. Die Tatsache, daß sich der Dialog mit Staat und Öffentlichkeit, um den sich der Bayerische Ärztetag jeweils bemüht, eben nicht auf die eigenen ärztlichen Berufsinteressen beschränkt, sondern auch andere wesentliche Sachfragen der Gesundheitspolitik aufgreift, macht dies deutlich.

Es gibt wenige Berufe, die ungeachtet der Verschiedenheit ihrer Ausübung über ein derartiges, einheitliches Forum verfügen. So kennen wir etwa keinen bayerischen Juristentag und keinen bayerischen Kaufmannstag. Ich hoffe, daß der Bayerische Ärztetag weiterhin die — bei aller Pluralität interner Richtungen — bestehende Einheit des Arztiums und damit die Geschlossenheit unserer Ärzteschaft gewährleistet; ich weiß, daß sich diese Solidarität der bayerischen Ärzte gewiß nicht nur auf materielle Belange beschränkt. Es sind dies Gegebenheiten und Werte, die heute bereits weniger selbstverständlich sind, als

mancher von uns annehmen mag. Wir brauchen nur manche Entwicklungen (auch) im freien Teil Europas zu beobachten.

Auf dem letzten Bayerischen Ärztetag in Passau durfte ich aus Ihrer Hand, Herr Professor FROMM, das Ehrenzeichen der Deutschen Ärzteschaft entgegennehmen und komme nun mit der verpflichtenden ‚Last‘ der Leudatio, die Sie mir damals widmeten, hierher. Ich freue mich natürlich besonders darüber, daß der erste Bayerische Ärztetag nach der Neuverteilung der ministeriellen Zuständigkeiten auf dem Gebiet des bayerischen Gesundheitswesens gerade in meiner Heimatstadt Nürnberg stattfindet, in der ich Sie — der Herr Oberbürgermeister möge mir diesen kleinen Übergriff nachsehen — sehr herzlich willkommen heiße.

In Vertretung des Herrn Ministerpräsidenten Dr. GOPPEL überbringe ich Ihnen die besten Grüße der Bayerischen Staatsregierung. Als früherer Gesundheitsminister und auch als Arztvater fühlt sich der bayerische Regierungschef der Ärzteschaft besonders verbunden.

Lassen Sie mich diese Gelegenheit gleich nützen, dem Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer in aller Form dazu zu gratulieren, daß er von der 25. Generalversammlung des Weltärztebundes vergangenen September in Ottawa zum Schatzmeister gewählt wurde. Mit dieser Verlagerung und Verlängerung Ihres verantwortungsvollen Wirkens in der Spitze dieser weltumspannenden Organisation kommt deutlich zum Ausdruck, welch hohes fachliches Ansehen und welch bemerkenswerten politischen Kredit Sie, lieber Herr Professor SEWERING, als deutscher Arzt international

genießen. Die Staatsregierung hat diese ehrenvolle Berufung des bayerischen Kammerpräsidenten und bayerischen Senators mit großer Freude zur Kenntnis genommen. Allerdings müssen wir Sie bitten, freundlicherweise nicht damit rechnen zu wollen, daß der neue Schatzmeister des Weltärztebundes — zwar unwahrscheinliche, aber doch nie völlig auszuschließende — Defizite in seiner Kasse fortan aus dem Bayerischen Staatshaushalt abdecken kann...

Ich erwähnte vorhin die im vergangenen Sommer vollzogene Neuverteilung der ministeriellen Zuständigkeiten auf dem Gebiete des Gesundheitswesens in Bayern. Sie ist der Hauptgrund dafür, daß ich heute zu Ihnen spreche. Eigentlich ist es mir schon fast leid, zu diesem Thema erläuternde Anmerkungen zu machen. Da ich hier vor der Gesamtrepräsentation der bayerischen Ärzteschaft stehe, kann ich mich dieser Aufgabe indessen kaum entziehen.

Die Neuordnung bedeutete, wie jeder mit der Materie Vertraute weiß, keine erstmalige Teilung. Schon zuvor kam ja die ministerielle Kompetenz auf dem Gebiete des Gesundheitswesens zwei Ressorts zu.

So fielen bereits nach der alten Regelung, wie die meisten von Ihnen sicherlich wissen, große Teilbereiche des Gesundheitswesens in die Zuständigkeit des Sozialministeriums. Ich erinnere nur an die gerade jetzt so aktuelle (parlamentarische) Verantwortung für die ärztliche Versorgung der Bevölkerung als Folge meiner Aufsicht über die Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigung — ich werde auf dieses Thema noch zu sprechen kommen —, an die umfangreichen Aufgaben der Arbeitsmedizin, an das außerordentlich weitverzweigte Gebiet der Sozialmedizin und schließlich an die Versorgungsmedizin, die bei nach wie vor etwa einer halben Million Anspruchsberechtigten aus der Kriegsopferversorgung in Bayern auch heute noch eine weit größere Bedeutung hat, als man meist vermutet.

Was geschah, war also eine Verlegung der Grenzmarken zwischen den beteiligten Ministerien. Eine Entwicklung, die Sie in allen Ländern der Bundesrepublik beobachten können. Parteipolitische Unterschiede bestehen hier — entgegen einer erscheinend verbreiteten Meinung — gerade nicht.

Ich weiß, daß diese Neuordnung bei Menschen keine Begeisterung ausgelöst hat. Sprechen wir das ganz offen aus. Andere Länder der Bundesrepublik, wie z. B. Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein, haben denn auch in jüngerer Zeit andere, 'größere' Lösungen gewählt. Nun, wir haben die zugrunde liegende Entscheidung des Bayerischen Landtags, die auf Antrag des Herrn Ministerpräsidenten mit den Stimmen der beiden großen Parteien gefällt wurde, zu respektieren.

Sinn des parlamentarischen Beschlusses war es, das zeigt die seinerzeitige Antragsbegründung des Herrn Ministerpräsidenten deutlich, einer säkularen politischen Entwicklung Rechnung zu tragen. Es handelt

sich hierbei darum, daß im sozialen Rechtsstaat des 20. Jahrhunderts — und zwar nach dem Verfassungsrecht wie nach der Verfassungswirklichkeit — die Gesundheitspolitik zusehends jene ordnungsstaatlichen Elemente verlor, von denen sie im liberalen Rechtsstaat des 19. Jahrhunderts geprägt war. Dagegen zeigten sich in immer stärkerem Maße breite Wechselbezüge zur Sozialpolitik. Jenes obrigkeitstaatliche Denken, aus dem heraus man (zumindest) im ansteckend kranken Menschen, auch im Süchtigen, primär einen 'Störer der öffentlichen Ordnung' sah, gehört der Vergangenheit an. Nicht das obrigkeitliche Eingreifen, also Gebote und Verbote, stehen in der Gesundheitspolitik unserer Tage im Vordergrund, sondern die ärztliche Sorge, die gesundheitliche Vor- und Fürsorge.

So geht nun der Landtagsbeschluß dahin, daß die ministerielle Zuständigkeit für diejenigen Aufgaben im Gesundheitswesen, die den Bereich der öffentlichen Sicherheit und Ordnung betreffen, beim Innenressort, und für jene Aufgaben im Gesundheitswesen, die den Bereich der öffentlichen Sicherheit und Ordnung nicht betreffen, beim Sozialressort liegt.

Ich sprach gerade von ärztlicher Sorge. Die ärztliche Sorge wird, wie wir alle wissen, in unseren Tagen zunehmend zu einer ärztlichen Vorsorge. Damit habe ich ein Stichwort genannt, das wohl kaum je auf einem Bayerischen Ärztetag aktueller war als diesmal. Nach richtungweisenden bayerischen Schrittmacherdiensten — an denen die Bayerische Landesärztekammer, der Bayerische Landesgesundheitsrat und vor allem die gesetzlichen Krankenkassen in Bayern maßgeblichen Anteil hatten — verfügen wir bekanntlich seit 1. Juli 1971 über ein Bündel von Vorsorgeuntersuchungen bei Mann, Frau und Kind, das den Kassenpatienten, also an die 90% unserer Bürger, kostenlos zu Gebote steht. Wenn Sie, Herr Präsident Sewering, aus ihrer internationalen Erfahrung heraus immer wieder darauf hinweisen, daß die ärztliche Versorgung des deutschen Kassenpatienten sich auf der ganzen Welt bestens sehen lassen könne, so wird diese Aussage durch die Erweiterung der gewährten Vorsorgeuntersuchungen noch unterstrichen.

Nun, ich gehöre zu jenen Politikern, die zerstörerische Kritik ablehnen, die aber gleichzeitig mit dem Erreichten nie zufrieden sind. Wie steht es in diesem Sinne mit der Praxis auf dem Gebiet der gesundheitlichen Vorsorge?

Eine Reihe der hier Anwesenden hat sicherlich vor einigen Tagen an der jüngsten Veranstaltung des Gesundheitsforums der Süddeutschen Zeitung in München teilgenommen. Dort hat man das Thema der Krebsvorsorgeuntersuchungen mit dem Untertitel 'Angebot ohne Nachfrage?' versehen. Ich möchte diese Frage (auch) hier und heute verneinen.

Bleiben wir einmal bei der Krebsvorsorge. In der Bundesrepublik haben derzeit etwa 16,7 Millionen Frauen und etwa 7,9 Millionen Männer Anspruch auf diese von

der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlten Untersuchungen. Noch verfügen wir über keine Landes- oder Bundesstatistik, die uns umfassenden Aufschluß darüber gäbe, wieviele Versicherte von dieser Untersuchungsmöglichkeit Gebrauch gemacht haben. Die vorliegenden Statistiken, etwa einzelner Ersatzkassen, erfassen nur Teilbereiche. Sie haben deshalb, auf das Ganze gesehen, nicht genügend Aussagekraft. Im Augenblick sind wir also noch auf Schätzungen unserer Experten angewiesen. Diese gehen dahin, daß sich vor der bundeseinheitlichen Regelung im Sommer 1971 knapp 20 % der anspruchsberechtigten Frauen untersuchen ließen. Für die Zeit nach diesem Stichtag lautet die Schätzung auf etwas über 20 % der anspruchsberechtigten Frauen und knapp 10 % der anspruchsberechtigten Männer. Wie gesagt, das sind nur vorsichtige Schätzungen; aber immerhin solche von Fachleuten.

Sollten wir nun resigniert von einer betrüblichen Situation sprechen? Oder lieber optimistisch lediglich von einem schwachen Start? Ich meine, wir können uns auf den ‚schwachen Start‘ einigen. Noch – ich betone: noch – ist die Verantwortung des Bürgers, für seine Gesundheit selbst vorzusorgen, ungenügend ausgebildet. Sobald aussagekräftiges statistisches Material vorliegt, wird man mit allen legitimen Methoden der modernen Werbung nachhelfen. Die sozialen Krankenkassen folgen hier einem gesetzlichen Auftrag, der sie verpflichtet, im Zusammenwirken mit den Kassenärztlichen Vereinigungen die Versicherten mit allen geeigneten Mitteln und in bestimmten Zeitabständen über die zur Sicherung der Gesundheit notwendige Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen aufzuklären.

Wie ich sehe, steht auf diesem Ärztetag eine Entschließung zur Debatte, die sich mit den Vorsorgeuntersuchungen beschäftigt. Die darin enthaltenen Angaben über die Grausamkeit dessen, was durch regelmäßige und deshalb frühzeitige Vorsorgeuntersuchung nur zu oft vermieden werden kann, werden ihre Wirkung in der Öffentlichkeit nicht verfehlen. Das hoffe und wünsche ich sehr. Ohne mich in die Interna des Ärztetages einmischen zu wollen, möchte ich doch betonen, daß ich eine Verabschiedung und intensive publizistische Auswertung dieser Entschließung wärmstens begrüßen würde.

Darüber hinaus möchte ich bei dieser Gelegenheit an alle behandelnden Ärzte, gleich welcher Sparte, gleich ob freiberuflicher Arzt oder Krankenhausarzt, appellieren. Ich bitte sie alle nachdrücklich, im vertrauensvollen Gespräch mit ihren Patienten jede Gelegenheit zu nutzen, auf die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen hinzuwirken. Ich meine, ein derartiges Wort vom Arzt des persönlichen Vertrauens vermag hier oft mehr, als Massenaktionen öffentlicher Institutionen.

Nun gibt es in der Diskussion um die Vorsorgeuntersuchungen einzelne Stimmen, die da sagen: Seien wir

doch froh, daß all das so langsam anläuft; unsere Ärzteschaft wäre ja einem großen Ansturm von Patienten, die ihre jährliche Vorsorgeuntersuchung wünschen, in keiner Weise gewachsen. Da sind auch böse Leute, die da meinen, das Interesse vieler Ärzte, diese Vorsorgeuntersuchungen durchzuführen, sei relativ bescheiden. Schließlich wird behauptet, daß in Gegenden mit geringer Arztdichte die Möglichkeit für viele Bürger ohnehin nur auf dem Papier stünde.

Ich gebe diese Äußerungen hier ohne Abmilderung wieder, nicht deshalb, weil ich sie für richtig halte, sondern weil ich der Auffassung bin, daß wir uns mit ihnen sehr sorgfältig auseinandersetzen müssen. Nur so kann unseren Aufklärungs- und Werbeaktionen nämlich Erfolg beschieden sein. Gerade die Landesärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung müssen hier so bald wie möglich konkrete Klarheit schaffen. Dann werden wir mit unseren gemeinsamen Bemühungen weiterkommen. Mehr als bisher sollten wir wirklich Gewißheit haben, wo überall und inwieweit unsere niedergelassenen Ärzte, denen wir ja diese Vorsorgeuntersuchungen anvertraut wissen wollen, auch wirklich willens und in der Lage sind, diese (auch) im großen Stil durchzuführen. Mit anderen Worten: Jeder Appell, sich den Vorsorgeuntersuchungen zu unterziehen, setzt eine Ermittlung und Offenlegung der Kapazitäten auf diesem Gebiet voraus. Hier scheint mir noch einiges zu tun zu sein.

Es muß auch eine klare, überzeugende Linie hinsichtlich der Einschaltung von Krankenhausärzten und im öffentlichen Dienst stehender Ärzte, insbesondere Amtsärzte, gefunden werden. Ähnliches gilt für die Beteiligung der Betriebsärzte. Sie wissen, daß ich stets für die Erhaltung und Förderung der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit als freier Beruf eingetreten bin. Ich brauche dies nicht erst zu betonen. Daran hat sich selbstverständlich nicht das Geringste geändert. Eine solche Einstellung setzt aber stets eine faire Abgrenzung zu den Aufgaben der – lassen Sie es mich einmal pauschal sagen – angestellten Ärzte voraus. Es wird die so bitter notwendige gedeihliche Zusammenarbeit aller Gruppen von Ärzten nicht fördern, wenn wir einerseits sagen, der freiberuflich tätige Arzt soll von den angestellten Ärzten her keine (oder möglichst wenig) Konkurrenz erfahren, wenn wir aber dort, wo die Versorgung durch freiberuflich tätige Ärzte nicht entsprechend funktioniert, die angestellten Ärzte mit der gleichen Selbstverständlichkeit als Lückenbüßer willkommen heißen.

Meine Bitte an den Ärztetag geht also dahin, diese Frage freimütig zu diskutieren und zur Schaffung der notwendigen Klarheit beizutragen. Unser gemeinsames Anliegen auf dem Gebiet der Vorsorgemedizin muß ganz eindeutig das sein, nicht nur ein Pflichtsoll an Propaganda zu absolvieren, sondern tatsächlich etwas zu erreichen.

Eine höchst gefährliche Zeiterscheinung, an der gerade ein Ärztetag nicht vorbeisehen darf, ist der be-

ängstigend expensive Rauschgiftmißbrauch in unserem Lande. Sie wissen vielleicht um die einige Wochen zurückliegende Landtagsdebatte über dieses Thema. Durch sie wurde offenbar, daß wir in Bayern auf diesem Gebiet bisher nicht etwa geschlafen haben. Im Gegenteil. Trotzdem steht außer Zweifel, daß hier enorme Anstrengungen unternommen werden müssen, wenn kurz- und langfristige Folgen, die für uns alle verhängnisvoll werden können, abgewendet werden sollen.

Die Bekämpfung der Rauschgiftsucht ist nicht zuletzt ein Problem wirksamer Koordination aller hierfür kompetenten Kräfte. Und das sind nicht wenige. Die Staatsregierung ist im Begriff, ein Aktionsprogramm auszuarbeiten, das von der Schaffung des erforderlichen Netzes von Drogenberatungsstellen bis hin zur Drogenklinik reicht.

Ich habe vor einigen Wochen unter lebhafter Zustimmung vor dem Landesgesundheitsrat erklärt, daß von der Aufklärung bis zur Behandlung in dieser Frage der Arzt im Mittelpunkt stehe. Im Mittelpunkt: Das bedeutet nicht, daß er nicht vieler Partner bedarf. Das bedeutet nicht einmal, daß er bei allen Maßnahmen der Bestimmende sein müßte. Ich bin nur der Auffassung, daß von einem massiven und sachkundigen Engagement gerade seitens der Ärzteschaft her besondere Erfolgsaussichten gegeben sind. Es ist sicher kein Zufall, daß Präsident Nixon in das — wenn Sie so wollen — klassische Land des Rauschgiftmißbrauches, nämlich nach Südvietnam, als seinen Drogenbeauftragten gerade einen Arzt entsandt hat.

Daß wir Psychologen, Pädagogen, ja sogar Juristen und andere Berufe mehr kooperativ im Kampf gegen Drogengefahr benötigen, steht außer Diskussion. Trotzdem müssen wir uns immer wieder fragen: wie können wir (ohne selbst mitzuzuhähen!) das persönliche Vertrauen der Gefährdeten und derer, bei denen eine Umkehr ohne klinische Entwöhnung noch möglich ist, gewinnen? Und hier glaube ich, hat der Arzt die beste und die häufigst bestehende Chance. Die Phase der unverantwortlichen Verharmlosung, meine ich, ist vorbei. Gott sei Dank! Der Arzt tut sich heute sicherlich leichter, die gesundheitlichen Gefahren des Rauschgiftmißbrauches darzustellen, als noch vor ein oder zwei Jahren.

Arzt im Mittelpunkt: Der Hausarzt, jeder behandelnde Arzt, der Schularzt, der Betriebsarzt — um nur einige Beispiele zu nennen — müssen zumindest die vorbeugende Bekämpfung des Rauschgiftmißbrauches in ihre tägliche Arbeit fest mitaufnehmen. Wie gesagt, der Arzt ist derjenige, der am leichtesten an den einzelnen Menschen herankommt. Und schon vermöge seiner ärztlichen Schweigepflicht wirkliches Vertrauen genießt. Ohne Zweifel muß auch Massenaufklärung sein. Aber Angehörige labiler Gruppen werden sich — gemeinsam angesprochen — nur zu leicht gegenseitig moralisch ‚abstützen‘. Wenn wir bedenken, daß die gefährdetste Schicht unsere jungen Mitbürger sind,

so werden wir uns schnell einig sein, daß sich die Polizei als Aufklärer und Berater eben dieser Jugend von 1971 sicher am wenigsten eignet. Seien wir froh, wenn die Polizei für die kriminellen Aspekte des Problems genügend Spezialisten zur Verfügung hat! Ihre eigentliche Aufgabe auf diesem Gebiet, in deren Erfüllung sie jede nur erdenkliche Unterstützung verdient, ist schwer genug.

Sprechen wir dem Arzt eine wesentliche Rolle in dieser gesundheitspolitisch so ungeheuer weittragenden Aufgabe zu, so erhebt sich sofort die Frage nach seiner ausreichenden Ausbildung auf diesem Gebiet. Sicherlich wäre es unrealistisch, aus jedem Arzt einen Rauschgiftspezialisten machen zu wollen. Es ist dies auch gar nicht nötig. Aber ein wirkungsvolles Grundwissen in dieser Materie scheint mir für unsere Ärzte heutzutage — leider! — unentbehrlich zu sein. Deshalb richte ich an die Landesärztekammer die dringende Bitte, die (gesundheitlichen) Fragen des Rauschgiftmißbrauches so schnell wie möglich in ausreichendem Maße in ihre Fortbildungsbemühungen miteinzubeziehen. Mein Ministerium steht hier mit Anregung und Beratung jederzeit gerne bereit. Es ist mir erfreulicherweise gelungen, einen auf diesem Gebiet sehr versierten und erfahrenen Arzt für meine Gesundheitsabteilung zu gewinnen.

Auch auf dem Krankenhaussektor ist hier noch einiges zu tun. So wie die Dinge heute bedauerlicherweise liegen, muß j e d e s allgemeine Krankenhaus vom Wissensstand seiner Ärzte her in der Lage sein, bei einem akuten Fall der Einweisung eines Rauschgiftsüchtigen sofort die richtigen Maßnahmen zu ergreifen.

Damit bin ich beim Krankenhauswesen angelangt. Betrachte ich die verschiedenen meinem Ministerium kürzlich übertragenen Zuständigkeiten auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, so steht insbesondere auf diesem Gebiet ein ungeheurer Berg von Aufgaben vor mir. Im Hinblick auf die nächste Woche stattfindende Jahresmitgliederversammlung der Bayerischen Krankenhausgesellschaft will ich hier jedoch nicht zu sehr ins Detail gehen.

Was die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser anbelangt, so kommen wir demnächst in die Endphase des Ringens um das Krankenhausfinanzierungsgesetz. Ich habe die Hoffnung noch nicht aufgegeben, daß wir hier zu einer streng sachbezogenen Lösung gelangen können, die vom Bund u n d von den Ländern bejaht wird. Die nicht nur für den Bund, sondern e u c h für die Länder finanziell und verwaltungstechnisch realisierbar ist.

Mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz einerseits und mit der Gebietsreform andererseits steht in untrennbarem Zusammenhang unsere Krankenhausplanung. Sobald wir in beiden Bereichen definitive Klarheit besitzen, wird mein Haus daran gehen, ausgehend von der Denkschrift zur Krankenhausplanung in Bayern aus dem Jahre 1965 eine neue, zukunftsorientierte Konzeption zu erarbeiten. Hierbei geht es,



Arznei Müller Bielefeld



# Monapax®

Verschreibungsformen:

Monapax - Tropfen 20 und 50 ml

Monapax - Dragees 40 und 100 Stück

Monapax - Hustensaft 165 g

Monapax - Kinderzäpfchen 10 Stück

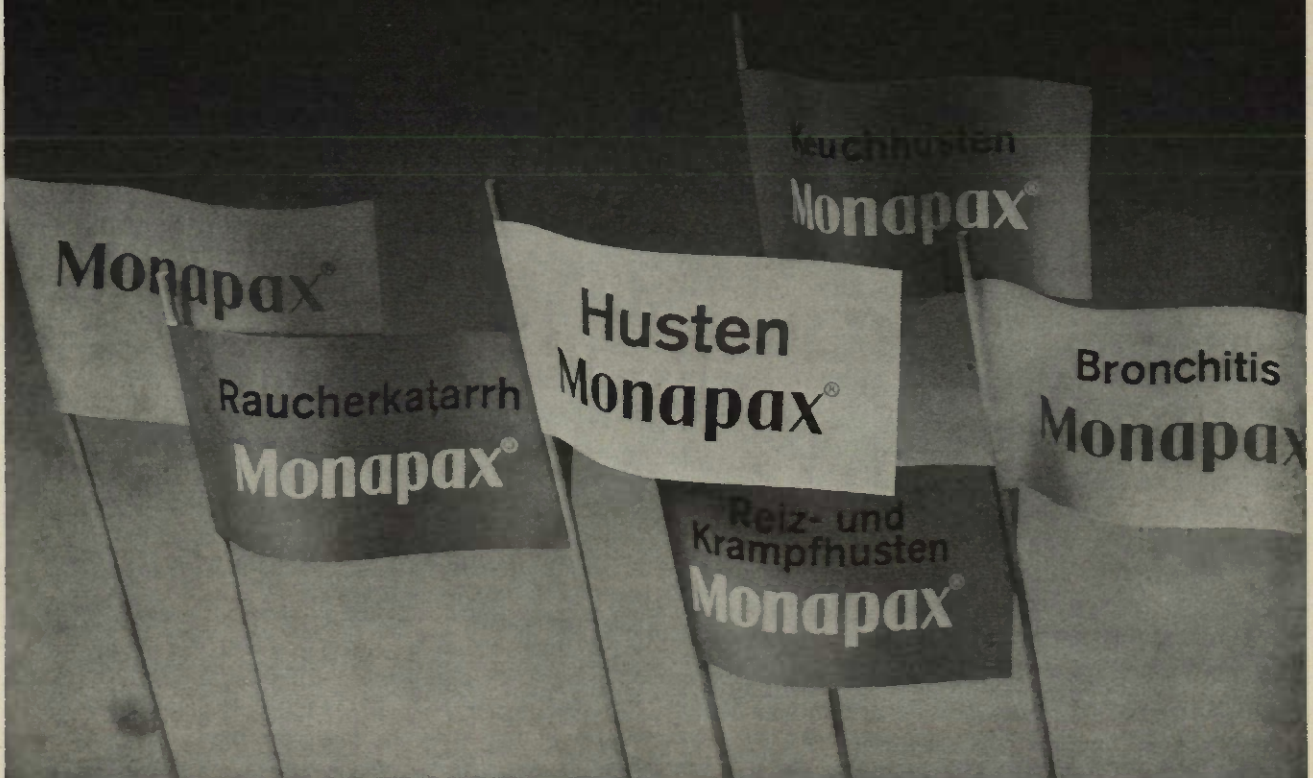
Monapax - Tropfen mit Dihydro-Codein 20 ml

Monapax - Saft mit Dihydro-Codein 100 g

Klinikpackungen

Alle Formen für Diabetiker geeignet

# Der Arzt bezwingt den Husten



das wissen Sie so gut wie Ich, nicht etwa nur um örtlich richtige Platzierung, um Größenordnungen und um fachliche Gliederung. So wird z. B. von verschiedenen Seiten die Frage nach der Krankenhausträgerschaft zur Debatte gestellt. Mit anderen Worten, die Überlegung, ob es auch in Zukunft in etwa bei unserer jetzigen Gewichtung der verschiedenen Krankenhausträger: private, freigemeinnützige und kommunale bleiben soll. Da sind Meinungen bekanntgeworden, daß die Landkreise hier mitunter überfordert seien und deshalb die Bezirke — über Ihre bisherige verdienstvolle Tätigkeit auf dem Gebiet der Nervenkrankenhäuser hinaus — eingeschaltet werden sollen. Im Hinblick auf spezielle Behandlungszentren, etwa für Herzkrankheiten oder Krebs, wird nach dem Staat als Krankenhausträger gerufen. Sie wissen um unser Projekt eines Herzzentrums in München.

Im Hochschulbereich sehen wir uns wesentlichen Entwicklungen gegenüber, die in die Krankenhausplanung integriert werden müssen: die Frage der Lehrkrankenhäuser im Zusammenhang mit der neuen Approbationsordnung und darüber hinaus die besonders in Bayern zahlreichen Universitäts-Neugründungen, die alle mit Klinikneubauten verbunden sind oder sein werden.

Angesichts der außerordentlichen personellen und finanziellen Aufwendigkeit der modernen Krankenhausbehandlung sehen wir uns vor die Notwendigkeit gestellt, für jene Akutfälle, in denen Diagnose und Therapie feststeht, weniger aufwendige Nachsorge-, oder, besser gesagt, Weiterbehandlungshäuser zu schaffen, möglichst in einem Verbundsystem mit den Haupthäusern. — Wir stehen vor der Aufgabe, das System der psychiatrischen Krankenhausversorgung neu zu durchdenken und eine gewisse Integration der Psychiatrie in Krankenhäuser der Haupt- und Zentralversorgung planerisch zu konzipieren. Hier hat sich bereits die Arbeitsgemeinschaft der Bezirkstagspräsidenten mit ihrer Denkschrift vom Oktober dieses Jahres große Verdienste erworben. — Um die Liste der Beispiele abzuschließen: Wir müssen in die Krankenhausplanung, gleichsam negativ, jene kleinen und meist veralteten Häuser einbeziehen, aus denen ein den heutigen Anforderungen genügendes Krankenhaus der Grundversorgung auch bei entsprechender Förderung nicht werden kann, und die deshalb auf die Dauer anderen — ähnlichen — Zwecken zugeführt werden müssen.

Vor und nach der stationären Krankenhausbehandlung steht meist die ambulante Betreuung durch den niedergelassenen Arzt. Hier nun machen uns eine Reihe von zu schwach versorgten Gebieten in Bayern Sorge. Wenn es sich auch um ein Problem handelt, das sich keineswegs auf Bayern und ebenso wenig etwa auf die Bundesrepublik beschränkt, so war es doch hohe Zeit, konkrete Schritte zur Abhilfe zu tun.

Wie Sie wissen, finden sich die kritischen Punkte meist in ländlichen Gegenden. Aber die Problematik begeg-

net uns beispielsweise auch am Rande mancher Ballungsgebiete. Die Schwierigkeit lag und liegt nicht etwa darin, daß die Praxisgründung, der Praxisbau, oder die Praxisübernahme in diesen Gebieten wirtschaftlich untragbar wäre. Ganz im Gegenteil! Es handelt sich in aller Regel um gute oder sehr gute Praxen, bei denen kein tüchtiger Arzt um sein Auskommen zu fürchten hätte. Die Gewährung einer Mindestumsatzgarantie, wie sie von mancher Seite als Lösung empfohlen und in einigen Ländern der Bundesrepublik auch eingeführt ist, stieße deshalb ins Leere — weil eben die Ärzte, die sich in den unterbesetzten Gebieten niederlassen, um einen hohen Umsatz gerade nicht besorgt zu sein brauchen. Es geht einfach darum, daß der Zug in die Ballungsgebiete auch unter den Ärzten so stark ist, daß sich bei gleichen wirtschaftlichen Bedingungen in bestimmten ländlichen Gegenden ein junger Arzt kaum noch niederlassen will. Sagen wir es rundheraus: Das Gebot der Stunde erschien dem Präsidenten der Landesärztekammer und auch mir zu sein, für die dauerhafte Niederlassung in den unterversorgten Gebieten gewissermaßen eine spürbare materielle Prämie zu gewähren. Diese Prämie glauben wir in Gestalt eines wirklich attraktiven Kreditsystems gefunden zu haben. Dieses gestattet dem Arzt, sich ohne Eigenkapital und ohne drückende spätere Belastung von vorneherein in einem eigenen Arzthaus mit modern eingerichteter Praxis niederzulassen. Das ‚Bayern-Programm zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung auf dem Lande‘, das über die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns läuft, ist in der Bundesrepublik einmalig. Die Tatsache, daß trotzdem in der laufenden Ausgabe des ‚Bayerischen Ärzteblattes‘ noch etwa 65 freie Kassenarztsitze in Bayern ausgeschrieben sind, braucht niemanden zu wundern. Das Programm ist erst im vergangenen Monat in Kraft getreten. Es muß erst in das Bewußtsein aller Ärzte, die sich in Bayern niederlassen wollen, eindringen. Immerhin ist die Zahl der Anfragen und Anträge, die jetzt schon vorliegen, recht verheißungsvoll.

Gewiß ist auch dieses Programm kein Allheilmittel und kann für sich allein die bestehenden Unterschiede in der Versorgung durch niedergelassene Ärzte nicht voll ausgleichen. Eine erhebliche Verbesserung und einen wesentlichen Schritt nach vorne erhoffe ich mir jedoch davon. Ich bin mir darin mit Herrn Professor Sewering einig. Nachdem nun hier wirklich etwas getan wurde, liegt es auch an der bayerischen Ärzteschaft selbst, in einer solidarischen Haltung an einer Erfüllung der ihr gestellten Aufgabe einer ausreichenden ärztlichen Versorgung unserer Bevölkerung in allen Teilen unseres Landes mitzuwirken.

Ich benutze die Gelegenheit dieses 24. Bayerischen Ärztetages, um an alle niederlassungswilligen Ärzte eindringlich zu appellieren, die Entscheidung über den Ort ihrer künftigen Praxis nicht zu treffen, ohne sich sehr sorgfältig über die Vorzüge, die dieses Bayern-

programm bietet, zu unterrichten. Ich bitte alle ärztlichen Standesvertretungen und Institutionen der ärztlichen Selbstverwaltung, insbesondere die Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigung mit ihren Unterorganisationen, die Arbeit mit diesem Programm nicht als Routineangelegenheit zu betrachten, sondern sich mit überzeugendem Schwung verantwortungsbewußt für die Erreichung des gemeinsam gesteckten Zieles einzusetzen.

Wenn ich die letzten Ärztetage überdenke — München Kissingen, Amberg, Passau — so handelte es sich immer um ein Forum, auf dem und von dem aus die Freiheit des Arztiums beschworen wurde. Ich habe diese Tendenz, diese Einstellung stets voll und ganz bejaht und mich zu ihr bekannt. Herr Professor STOCKHAUSEN schrieb vor eineinhalb Jahrzehnten einmal: '... auch in der Entwicklung zum Wohlfahrtsstaat... seien es immer drei Grundprinzipien der ärztlichen Berufsausübung, die in Gefahr geraten: die ärztliche Schweigepflicht, die freie Arztwahl und die Entscheidungsfreiheit des Arztes in seiner Berufsausübung.' Nun, ich hoffe sehr, Herr Professor Stockhausen, daß Sie in dieser Beziehung euch diesmal wieder beruhigt aus Bayern nach Hause fahren.

Es ist meine Auffassung, daß die freie Arztpraxis ein typisches Beispiel ist, an dem die Freiheitlichkeit unserer Gesellschaftsordnung gemessen werden kann. Die Verteidigung dieser freien, dieser freiberuflichen Arztpraxis, wird aber nur dann erfolgreich sein, wenn sich die Ärzte stets bewußt sind, daß jede Freiheit ihren Preis hat. Der Preis der freien ärztlichen Berufsausübung ist die dauerhafte Sicherung der ambulanten ärztlichen Versorgung unserer Bürger in allen Gegenden unseres Landes. Die Verantwortung dafür ist untrennbar mit der Freiheit verbunden. Wer sie leugnet oder sie nicht auf sich nehmen will, gibt zumindest auf längere Sicht diese Freiheit auf und fördert automatisch die Stärkung staatsmedizinischer Tendenzen. Die Verteidigung der ärztlichen Tätigkeit als freien Beruf kann nie darin bestehen, eine Verbindung der Vorteile des freien Berufes mit den Vorteilen eines Arbeitnehmer-Berufes unter möglicher Ausschaltung der Nachteile beider anzustreben. Ich glaube, daß wir uns darin einig sind. Hier muß Klarheit des Standpunktes herrschen, sonst gewinnen kollektivistische, staatsmedizinische Tendenzen sehr schnell die Oberhand, wie wir aus mancher derzeitigen Entwicklung in Europa erkennen können.

Es ist zu hoffen, daß die Entschlußkraft junger Ärzte, sich freiberuflich niederzulassen, wieder wächst. Die freiberuflich ausgeübte Arztpraxis ist, so meine ich, auch im Zeichen expandierender medizinischer Technik die adäquate Form der ambulanten ärztlichen Versorgung der Bevölkerung. Arthur JORES' Worte von der Medizin, welche, die enorme geistig-seelische Evolution des Menschen noch nicht eingeholt, welche, den Anschluß verpaßt, habe, und vom 'heutigen Menschen', der, in seinem Kranksein nicht nur von naturwissen-

schäftlicher Sicht her erfaßt werden könne, mögen hart sein, sollten uns aber gerade in diesem Zusammenhang aufrütteln. Jedenfalls verlangt die Zunahme der Technik in der Medizin geradezu nach einer Intensivierung der menschlichen Beziehung zwischen Arzt und Patienten, nach einer Stärkung des persönlichen Vertrauensverhältnisses. Und hierfür bieten freie Arztwahl und freiberuflich ausgeübte ärztliche Praxis auf dem Boden unseres auch international vorbildlichen Systems sozialer Sicherung die besten Chancen.

Mögen auch das Durchschnittsalter der Ärzte in der freien Praxis im letzten Jahrzehnt gestiegen und des Durchschnittsalter der angestellten Ärzte gesunken sein, so sollten wir das nicht als unaufhaltsamen Trend ansehen. Jedenfalls nicht in unserem Staat, der sich zur freien Arztpraxis bekennt, sie schützt und soweit notwendig, auch fördert.

Der freipraktizierende Arzt, und das beweist die Zusammensetzung der Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer sehr deutlich, existiert und wirkt nicht für sich allein. Er kann es gar nicht, und er will es gar nicht. Er braucht den Krankenhausarzt, er braucht den Amtsarzt, er braucht den Gewerbearzt, er braucht den Betriebsarzt, um nur einige Beispiele zu nennen. Aus dieser Richtung darf ich zum Ausgangspunkt meiner Worte zurückkommen: dem Bayerischen Ärztetag als einer eindrucksvollen Repräsentation und Demonstration ärztlicher Gemeinsamkeit. Ihm überbringe ich, wie dies eine schöne Sitte geworden ist, den Dank der Bayerischen Staatsregierung an die bayerische Ärzteschaft für ihr hervorragendes Wirken. Dank und Anerkennung gelten nicht zuletzt der Bayerischen Landesärztekammer und ihren Unterorganisationen, an Ihrer Spitze dem Präsidenten Professor Sewering, der ein bayerischer Glücksfall ist und weiterhin bleiben möge.

### **Professor Fromm überreicht Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft an Herrn Direktor Rösner**

Professor Dr. Dr. h. c. E. FROMM, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, überbrachte die Grüße der deutschen Ärzteschaft und den Dank für das, was die Ärzte Bayerns für die gesamte Ärzteschaft geleistet haben. Er freute sich ganz besonders, daß die Bayerischen Ärztetage immer Anlaß waren in ihrem Vorlauf für eine Sitzung des Vorstandes der Bundesärztekammer. Er dankte Professor SEWERING für seine aufopferungsvolle Arbeit und Hilfe in fachlichen Fragen, die er trotz seiner großen sonstigen Belastung immer uneigennützig und im Blick auf das Ganze zur Verfügung stellte. Er rühmte seinen Mut zur Inangriffnahme auch unpopulärer Thematik, wie z. B. sein Einsatz für die Realisierung und Verabschiedung der Facharztordnung.



Prof. Fromm (rechts) bei der Übergabe des Ehrenzeichens

Professor Fromm verlieh – unter Erwähnung der Verdienste des Herrn Kollegen Dr. REICHSTEIN um den Aufbau der Tumorkliniken Bayerns – im Auftrag des Vorstandes der Bundesärztekammer das Ehrenzeichen der Deutschen Ärzteschaft Herrn Direktor Hans RÖSNER. Er führte dazu aus:

„Während die Primärbehandlung von Tumorkranken durch Operation und Bestrahlung in allen vergleichbaren Ländern in vergleichbarer Weise und gut erfolgt, gibt es für eine gute klinische Weiterbehandlung solcher Kranker zu wenig Möglichkeiten. Diese Tatsache wird leider vielfach ausgenutzt und den Krebskranken weitere Hilfe für teures Geld angeboten, die – wie die Erfahrung uns gelehrt hat – oft mehr als problematisch ist und im übrigen sehr häufig auch noch zum finanziellen Ruin der Kranken und ihrer Familien führt.

Die Bayerische Landesärztekammer hat diese Situation stets mit großer Sorge betrachtet und war bemüht, für die Krebskranken auch die erforderliche klinische Weiterbehandlung zu schaffen, wie sie dem heutigen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse entspricht.

Sie hat daher 1968 die Bereitschaft von Herrn Hans Rösner sehr begrüßt, eine Klinik in enger Zusammen-

arbeit mit der Kammer und der Arbeitsgemeinschaft zu errichten und zu führen. In dieser Klinik sollten die krebserkrankten Patienten nach Operation und Bestrahlung eine gute klinische Weiterbehandlung erfahren. Da diese Möglichkeiten allen Krebskranken ohne Rücksicht auf ihre wirtschaftlichen Verhältnisse zur Verfügung stehen müssen, haben wir es dankbar begrüßt, daß auch die Krankenkassen in Bayern diesen Gedanken sofort positiv aufnahmen und sich zum Abschluß von Pflegesatzvereinbarungen bereit erklärten.

Bereits im Juli 1968 konnte dann die erste Tumorklinik in Oberaudorf-Bad Trißl mit 80 Betten eröffnet werden, deren Bettenzahl durch einen modernen Neubau im Mai 1970 auf 145 erhöht wurde. Hervorzuheben bleibt, daß Herr Hans Rösner während der gesamten Zeit – von der Planung bis zur Errichtung, von der Inbetriebnahme bis zum heutigen Tag – alle Wünsche für eine optimale ärztliche Versorgung der Patienten erfüllt hat, wobei er das gesamte finanzielle Risiko allein getragen hat und trägt.

Diese fruchtbare Zusammenarbeit in den letzten 3 1/2 Jahren und die solide Tätigkeit dieser Klinik hat ihren guten Ruf begründet. Die Klinik Bad Trißl ist ein lebendiges Beispiel dafür, was auch in der heutigen Zeit mit Privatinitiative, Mut und Verantwortungsbewußtsein geschaffen werden kann. Zweitausend Tumorkranke wurden bisher dort behandelt, die sich in dieser Klinik, bei ihren Ärzten und Schwestern, in guten Händen wußten.

Der Vorstand der Bundesärztekammer ist deshalb dem Antrag von Herrn Kollegen Sewering gerne gefolgt, Herrn Rösner das Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft zu verleihen. Darin soll Dank und Anerkennung zum Ausdruck kommen.“

„Dürer und die Medizin“ war das Thema des Festvortrages von Herrn Professor Dr. Magnus SCHMID. In einer weit ausholenden, geschichtlich sowie philosophisch profunden Rede umriß er die mannigfaltigen Beziehungen Dürers in seinem Werke zur Anatomie. „Dürers Kenntnisse über Heilmittel und Heilpflanzen sind in sein bildnerisches Werk eingegangen.“

**Der vom Ärztetag erstattete Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer sowie die Beschlüsse und Entschlüsse werden in Heft 1/1972 des „Bayerischen Ärzteblattes“ veröffentlicht werden.**

**Lediglich die beschlossenen Änderungen und Ergänzungen der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns sind aus Fristgründen bereits in dieser Nummer unter der Rubrik „Amtliches“ – Seite 1192 – abgedruckt.**

# Der Arzt von morgen\*

von Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering  
Vizepräsident der Bundesärztekammer und Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

Das Thema „Der Arzt von morgen“ ist so weit gespannt, daß man damit einen Kongreß füllen könnte und ich bin sicher, daß man es auch dann nicht vollständig abhandeln würde. Es gibt so viele Ausblicke, so viele Vorhersagen, die gemacht werden könnten, daß man wirklich nicht in der Lage ist, im Rahmen eines Festvortrages auch nur das Notwendigste dazu zu sagen. Ich will mich deshalb auf einige wenige Überlegungen beschränken und Ihnen einige Gedanken und Sorgen darlegen über die möglichen Auswirkungen der Entwicklung der Medizin und der Gesundheitspolitik auf den Arzt, sowie auf die Formen der ärztlichen Berufsausübung von morgen.

Dabei könnte ich mich natürlich in die Futurologie stürzen und das hätte – jedenfalls für mich – den bestechenden Vorteil, daß man dann über meine Aussagen nicht streiten kann. Ich bleibe aber lieber gewohnheitsmäßig auf dem Boden der Realitäten, denn die nächste Generation wird auf unseren Schultern stehen, so wie wir auf den Schultern der vor uns Gewesenen. Die Entscheidungen über das, was morgen sein wird, was den Arzt von morgen bilden und beeinflussen wird, fallen heute.

Ein kurzer Blick zurück: Vor 140 Jahren setzte sich zwischen Nürnberg und Fürth die erste Dampflokomotive in Bewegung, ein ganz großes, europäisches Ereignis. Aber noch bedeutender ist die Erkenntnis, daß bis zu diesem Zeitpunkt über Jahrtausende hinweg die einzigen Mittel der Fortbewegung im wesentlichen Pferd und Wagen waren, also bis dahin kein wesentlicher technischer Fortschritt erzielt worden ist. In diesen 140 Jahren ging es dann in einer rasanten Entwicklung voran über den Schnellzug, das Auto, das Flugzeug, bis hin zur Rakete, welche die Raumkapsel zum Mond trägt. Ich glaube, für jeden, der noch zu empfinden vermag, eine atemberaubende Entwicklung.

Aber gleiches erleben wir in dieser Zeit auch auf anderen Gebieten, ob es die Physik und die Atomphysik ist, oder die Entwicklung von der einfachen Magnetspule, der einfachsten Rechenmaschine zur Elektronik, zum Computer.

Hat die Medizin eine andere Entwicklung genommen? Keineswegs! Es kann angenommen werden, daß in den vergangenen 50 Jahren mehr neue Erkenntnisse und Fortschritte erzielt wurden in der Medizin als vorher von Hippokrates über Paracelsus bis hinein in die ärztlichen Jugendjahre eines Friedrich von Müller, eines von Bergmann oder eines Sauerbruch. Unser Wissen über Physiologie und Pathophysiologie, über Krankheitsvorgänge und Heilungsmöglichkeiten hat sich in einem rasanten Tempo entwickelt. Die Klavia-

tur, auf der wir spielen, um mit operativen oder pharmakologisch wirksamen Mitteln oder Röntgenstrahlen Krankheiten zu heilen, hat sich in dieser kurzen Zeitspanne von wenigen Tönen auf viele Oktaven erweitert.

Der Sanitätsrat im ersten Jahrzehnt dieses Jahrhunderts hatte als wesentliches Instrumentarium sein Hörrohr, und wenn er sehr modern war, auch schon ein Blutdruckmeßgerät, das Riva Rocci im Jahre 1896 als „einen Apparat mit Gummimanschetten zur Blutdruckmessung“ erstmals angegeben hat. Wenn er heute plötzlich in unsere Praxis käme, würde er sich nicht mehr zurechtfinden. Daß sich angesichts solcher rasanter Entwicklungen der letzten 50 Jahre die Futurologie als moderne Wissenschaft auch der Medizin und des Menschen in diesem Zusammenhang annimmt, ist kein Wunder.

Herr Kollege GRAUL hat zusammen mit FRANKE ein Buch herausgegeben unter dem Titel „Die unbewältigte Zukunft“. In diesem Buch hat er nicht nur eigene Vorstellungen und Ideen wiedergegeben, sondern es ist auch eine Fundgrube für das, was andere in dieser Richtung gesagt haben. Ich möchte einiges davon zitieren, u. a. einen Kollegen namens CREECH, einen Präsidenten der amerikanischen Chirurgenvereinigung. Er sieht für den Arzt folgende Zukunftsentwicklung:

„Die private ärztliche Behandlung wird es nicht mehr geben. Die Krankenbehandlung geht nach Art der Fließbandarbeit vonstatten. Die Berufselbständigkeit der Ärzte wird natürlich aufgegeben. Die Ärzte werden wahrscheinlich Angestellte der Staaten oder anderer geographischer Einheiten sein, welche für die vollständige Gesundheitsfürsorge aller ihrer Mitglieder verantwortlich sind. Die Honorierung der ärztlichen Leistung erfolgt entweder durch staatliche Pauschale oder durch Angestelltengehalt. Die Diagnosestellung wird fast ausschließlich nur noch über den Computer gehen, individuelle Diagnose erfolgt nur noch selten. Die Gesundheits- und Krankheitsgeschichte jedes einzelnen Staatsangehörigen wird von Geburt bis zum Tode ständig überwacht, das gespeicherte Material ist jederzeit abrufbar. Die Speicherung erfolgt elektronisch in medizinischen Informationszentralen, insbesondere können die Informationen bei Erkrankungen sofort zur Verfügung stehen.“

Soweit Herr Creech, bezogen auf den Arzt. Man findet aber auch im medizinischen Zusammenhang für das Schicksal und die Situation des Menschen einige interessante Dinge, so in einer Arbeit von GOERTTLER in einem Aufsatz „Die Züchtung von menschlichem Leben“. Er schreibt:

\*) Festvortrag anlässlich der Öffentlichen Kundgebung des 2. Hessischen Ärztetages am 23. Oktober 1971 in Wiesbaden

# Kopfschmerzfrei in Minuten für Stunden

durch

**ergo** **sanol**<sup>®</sup> **spezial**

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

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

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

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

**Vorteile:** Kapseln und Suppositorien. Gute Verträglichkeit.

**Zusammensetzung:**

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

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

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

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

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

**Verschreibungsformen:**

ergo-sanol spezial, Packung zu 12 Kapseln

ergo-sanol spezial, Packung zu 5 Suppositorien

sanol

arznei-  
mittel

SANOL ARZNEIMITTEL DR. SCHWARZ GMBH

„Bald wird ein (etwa noch bestehender) Kinderwunsch ohne lästige Schwangerschaft realisierbar sein. Eizellen werden dann entweder aus der eigenen Produktion entnommen oder sind käuflich zu erwerben. Ihre Befruchtung kann aus der Samenkonserve eines Wunschvaters erfolgen. Anstelle einer Eigenschwangerschaft wird man entweder auf Ammen zurückgreifen, welche die Austragung gegen Bezahlung stellvertretend übernehmen, falls man sich nicht gleich zu einem Retortenkind eigener Wahl entschließt, dessen Entwicklung durch Zugabe von Wirkstoffen wunschgemäß gesteuert werden kann. Unerwünschte Entwicklungen in der Retorte wären durch Abschalten der Brutkammer zu selektionieren.“

Soweit Herr Goertler. Kollege Graul selbst, einer der beiden Verfasser des Buches, führt aus:

„Genetiker haben ausgerechnet, wie lange es noch dauert, bis 10 Prozent der Menschheit debil, also leicht schwachsinnig sein werden; ein Zustand, der weder für die Gesunden noch für die Kranken erträglich ist. Die Frist, die wir noch haben, wird verschieden eingeschätzt, doch gibt es keinen Zweifel, daß keine Zeit mehr besteht, um auf die molekularbiologische Reparatur von krankem Erbgut zu warten.“

Und Kollege Graul fährt fort:

„Ist die Menschheit durch den weiteren Verfall ihres Erbgutes und durch das immer häufigere Auftreten von Erbkrankheiten gezwungen, die Forderungen der Genetik zu berücksichtigen, so könnte es zu Veränderungen in allen Gebräuchen und Verhaltensnormen kommen, die mit Partnerwahl, Heirat und Nachwuchs zu tun haben. Je später man sich auf seine Verantwortung gegenüber den künftigen Populationen besinnt, um so radikaler wird die Umstellung sein müssen. Zu den auffälligsten Abweichungen von unseren heutigen Gepflogenheiten würden dann folgende gehören:

Viele Menschen werden zur Vermehrung nicht zugelassen. Ehepartner und Fortpflanzungspartner sind nicht unbedingt identisch. Die Zuordnung der Fortpflanzungspartner wird nach genetischen Gesichtspunkten von einem Fachausschuß getroffen. Der Frau wird vorgeschrieben, wieviele Schwangerschaften sie als Mutter oder Amme zu vollziehen hat — später extrauterine Aufzucht.“

Soweit die Zitate aus futurologischen Überlegungen. Wenn ich an diese Menschen von morgen und in dieser Zukunft denke, dann wird mir bange. Denn die wissenschaftliche, die medizinische Entwicklung soll doch nicht Selbstzweck sein, sie soll dem Menschen dienen, sie soll vor allem menschenwürdig bleiben. Deshalb möchte ich die Frage stellen: Was ist eigentlich bisher angesichts einer doch ebenfalls schon sehr rasanten Entwicklung aus dem Menschen geworden?

Man kann verallgemeinernd sagen, an alle diese Entwicklungen haben sich Menschen angepaßt, nützen sie, beherrschen sie, entwickeln sie weiter. Die Menschen selbst sind in ihren Grundgewohnheiten eigentlich gar nicht viel anders geworden. Wenn Sie den Passagier im Düsenflugzeug beobachten, wie er bei 1000 Kilometer in 12 000 m Höhe sein Wurstpaket auspackt und verzehrt, dann unterscheidet er sich in keiner Weise von dem Fahrgast, der früher einmal bei 40 km im Bummelzug fuhr. Und ich bin sicher, der Astronaut, der aus dem Weltall zurückkehrt, hat dieselben Vorfreuden und Gefühle wie sein früherer Vorfahre, der Lokomotivführer. Ich möchte annehmen, beide freuten und freuen sich gleichermaßen auf ihre Frau, die derzeit ja noch Geliebte und Fortpflanzungspartnerin in einer Person ist, oder auch auf sein Steak (wenn er ein Münchner wäre, auf seinen Leberkäs).

Insofern ist also bei den Menschen nicht vieles anders geworden. Der Mensch in einem hochzivilisierten Land hat natürlich heute eine Wohnung mit Bad und Komfort, worauf sein Großvater noch verzichten mußte. Aber beiden — dessen bin ich sicher — ist gemeinsam, daß die Intensität ihrer Behausung, die Behaglichkeiten in ihren vier Wänden, das Entscheidende war und auch geblieben ist. Wenn Sie wollen, könnten wir also sagen: das Lebenschenken und das Morden, das Glücklichein, das Hoffen und Verzagen hat sich im Grunde nicht verändert. Nur wenn wir sehr genau hinschauen, werden wir feststellen, daß die Entwicklung doch nicht ganz spurlos an uns Menschen, an unseren Mitmenschen vorübergegangen ist.

Auf einem Kongreß der Bundesärztekammer in Davos im vergangenen Jahr mit dem Thema „Medizin 1980“ haben qualifizierte Wissenschaftler der Medizin über die zukünftige medizinische Entwicklung gesprochen und vorgetragen. Ihre Prognosen waren sehr vorsichtig und trotzdem sehr hoffnungsvoll. Es sprach auch der Wiener Professor BIRKMAYER, und er zeichnete das Bild des Menschen von heute in seiner psychischen Erscheinungsform und analysierte den Wandel der dem Menschen innewohnenden Aggression, einer natürlichen Veranlagung unter dem Einfluß einer sich wandelnden Umwelt. Ich kann nur einige für uns wesentliche Sätze zitieren. Birkmayer sagte:

„Die soziale Sicherheit in der modernen menschlichen Sozietät ist so fixiert, daß die Ausschaltung der Lebensangst, der Aggression zur Sicherung des Reviers, der Gruppenbildung mit biologischer Rangordnung, zum Freiwerden von Energie führt, die im Leerlauf zur biologisch sinnlosen Aktivität konvertiert wird. Die im Kampf um den Sozialstatus nicht benötigte Aggressionsenergie wird umgewandelt und richtet sich nun sinnlos gegen Familienmitglieder oder noch sinnloser gegen sich selbst, mit dem Resultat eines Magenulkus oder anderer psychosomatischen Fehlhaltungen. Fehlt der soziale Druck, dann entsteht eine Blockade der lebens- und arterhaltenden Instinkte.“

Die freigewordene Energie äußert sich in Leerlauf, einer Sucht, einer konvertierten Aggression oder auch in einer kollektivödiopalen Reaktion, wie wir sie besonders bei der heutigen Jugend sehen. Die moderne Zivilisation schafft Lebensbedingungen, die die Aggressionsenergie zur Erhaltung des Lebens nicht verbraucht. Im Leerlauf richtet sie sich konvertiert gegen falsche Ziele.“

Soweit Birkmayer auf diesem Kongreß. Ich glaube, es war gut, daß er diesen Vortrag gehalten hat, gerade auf einem Kongreß, von dem jeder sich zunächst einmal futurologische Höhenflüge der naturwissenschaftlichen Medizin, der medizinischen Technik erwartete. Denn auch der Arzt, das müssen wir bekennen, ist nicht unberührt geblieben von der Faszination der Entwicklung des letzten halben Jahrhunderts. Wir Ärzte wurden hineingezogen in diesen Strudel rein naturwissenschaftlichen Denkens, denn jeder von uns mußte den Ehrgeiz haben – ob als Lehrer oder Schüler, als Student, als praktizierender Arzt im Krankenhaus oder in der Praxis –, den Anschluß an diese Entwicklung nicht zu verlieren.

Der Mensch als biologischer, als physiologischer Zellverband hat dabei zweifellos gewonnen. Der Mensch als geistig bestimmtes Wesen ist ebenso sicher dabei zu kurz gekommen. Banaler Ausdruck dieser Entwicklung ist die Tatsache, daß Psychologie erst in der neuesten Approbationsordnung für Ärzte Lehrgegenstand geworden ist. Die Gefahr, in welche Ärzte geraten, wenn sie das Spannungsfeld, in dem sie ihren Beruf ausüben, verkennen, wenn sie diese doppelseitige Aufgabe nicht sehen, die Ihnen gestellt ist, hat der Leipziger Kliniker BÜRGER einmal – als ihm die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft verliehen wurde – in seinen Dankworten zum Ausdruck gebracht, als er sagte: „Wir werden mit immer moderneren Geräten und Maschinen die Herzen untersuchen – und wir laufen dabei immer mehr Gefahr, das Herzeleid zu übersehen, das dahinter stehen kann.“

Wenn ich diese Stimmen zitiere, dann nicht etwa deshalb, weil ich die Medizintechnik, die moderne Diagnostik, also die naturwissenschaftliche Medizin und ihre Entwicklung, abwerten möchte. Ich will auch keine Gefühlsduselei treiben, aber es ist ein Faktum, das wir erkennen müssen, wenn wir die Aufgabe des Arztes heute und morgen verstehen, wenn wir über Änderungen oder Fortentwicklungen in der Form der ärztlichen Versorgung unserer Menschen sinnvoll nachdenken wollen. Der Mensch ist nun einmal eine psychosomatische Einheit. Was im Somatischen liegt, können wir durch moderne Medizin, durch Medizintechnik weitgehend erfassen, diagnostizieren und vieles auch heilen. Sobald der psychische Bereich, der Mensch als geistiges Wesen, angesprochen wird, versagt aber die Technik, und das Verhältnis Arzt-Patient bleibt wie eh und je eine rein menschliche, auf Vertrauen ruhende Verbindung. Wenn wir das übersehen

und vergessen, werden viele unserer Mitmenschen in Resignation von uns ziehen und anderweitig Hilfe suchen.

Der Arzt von heute, und noch mehr der von morgen, muß also zwei Förderungen gerecht werden: Er muß den Patienten die moderne naturwissenschaftliche Diagnostik und Therapie für seinen somatischen Bereich anbieten, und er muß ihm sein Einfühlungsvermögen als Mensch und von Mensch zu Mensch zur Verfügung stellen. Darauf können Sie aber heute sehr prompte Antworten lesen und hören, die sich in einem Satz zusammenfassen lassen, nämlich: „Das kann der arme Onkel Doktor doch gar nicht.“

Und das wird auch begründet: zum einen sagt man, so teure Apparate, wie sie heute notwendig sind, kann er sich doch gar nicht leisten, und andererseits, wenn er sich mit Technik befaßt, hat er ja gar keine Zeit mehr für das Gespräch, für die seelische Betreuung. Der stellvertretende Vorsitzende des Deutschen Gewerkschaftsbundes, Herr MUHR, hat gerade erst vor wenigen Wochen dazu sehr eindeutige Ausführungen gemacht. Er sieht die Lösung in der „Befreiung“ des Arztes von der Technik. Ich darf ihn zitieren:

„Seine Praxis wird von technischen Funktionen entlastet, so daß er sich viel besser auf seine ureigensten Aufgaben, nämlich das Gespräch, die Beratung und den persönlichen Kontakt mit dem Patienten, konzentrieren kann. Gerade diese Kontakte werden doch angesichts der zunehmenden psychologischen Verlagerungen der Krankheitsbilder immer wichtiger. Hier liegt doch heute schon ein erheblicher, vor allem von Ärzten beklagter Mangel. Die Ärzte sind ja mit Recht selbst unzufrieden darüber, wie wenig Zeit für sie vorhanden ist, um die Zusammenhänge zwischen der Krankheit und Minderung der Leistungsfähigkeit einerseits und der sozialen Erlebniswelt ihrer Patienten andererseits, sei es im Betrieb, in der Familie oder sonstwo, nachzugehen.“

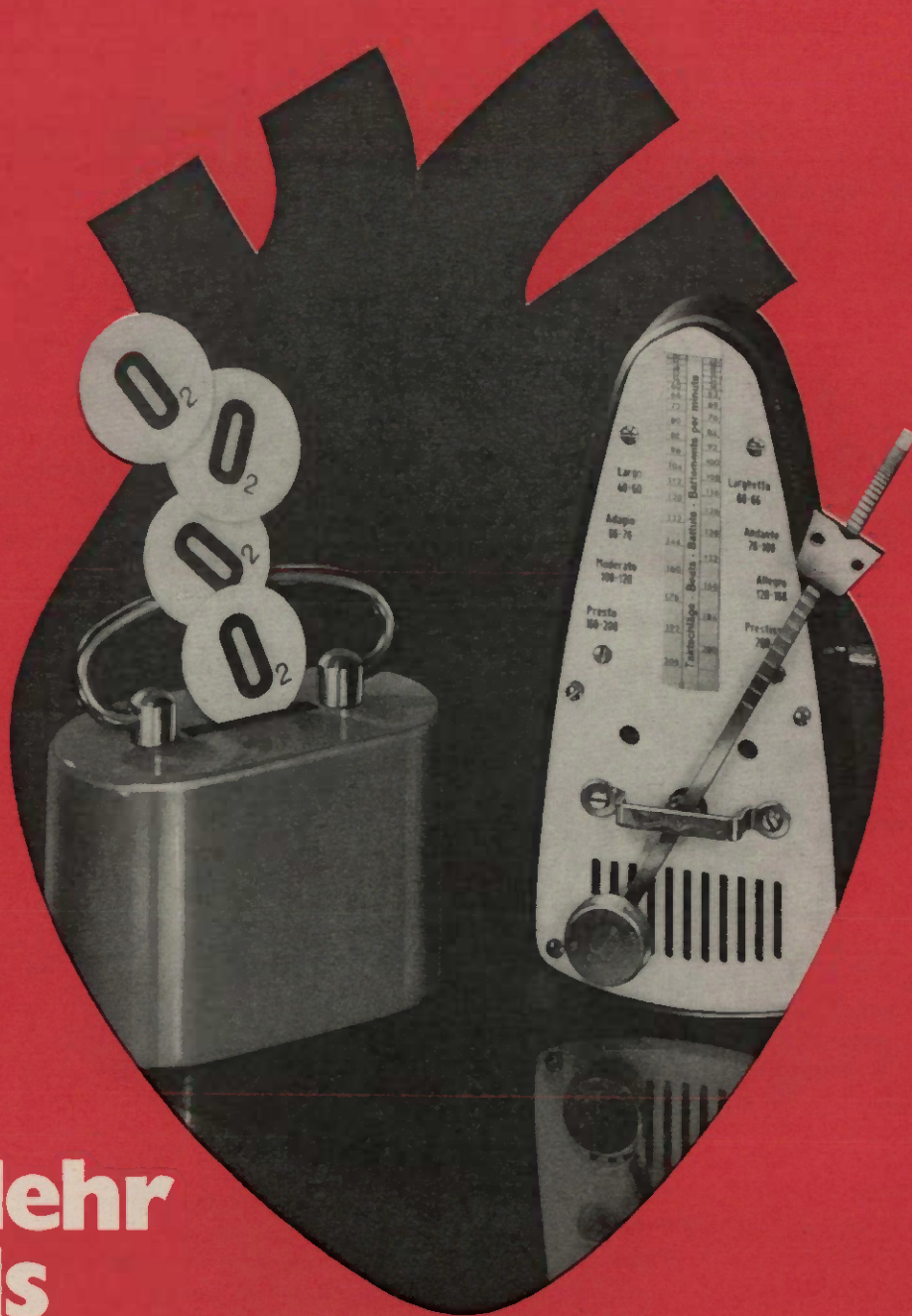
Die Möglichkeit, daß freipraktizierende Ärzte etwa durch Formen des Zusammenschlusses oder Zusammenwirkens – sei es in der Gemeinschaftspraxis, in der Praxisgemeinschaft oder sonst – sowohl den Forderungen moderner Medizin als auch der Kontaktpflege gerecht werden, verneint der Sprecher der Gewerkschaften und er sagt weiter:

„... daß die moderne Medizin der diagnostischen Entwicklung Möglichkeiten bietet, die in der Einzel-, aber auch in der größeren Gemeinschaftspraxis, selbst in einem großen Krankenhaus, nicht mehr sinnvoll ausgenutzt werden können“

und fährt dann fort:

„Außerdem setzt sich die Erkenntnis durch, daß die Entwicklung zu immer größerer Technisierung der einzelnen Gemeinschaftspraxis sicher nicht der Weisheit letzter Schluß ist.“





# Mehr als Glykosid und Koronardilatator

## Gradulon®

Digoxin + Isoptin® + Tranquilizer

## Gradulon® s.t.

Digoxin + Isoptin®

**Zusammensetzung:**  
**Gradulon® a.T.:** 1/8 bzw. 1/4 mg Digoxin +  
 50 mg Isoptin® (DBP u. Wz Knoll).  
**Gradulon®:** wie oben und zusätzlich  
 75 mg Trimetozin (=minor tranquillizer)

**Indikationen:**  
 Herzinsuffizienz, Koronarinsuffizienz,  
 Tachyarrhythmien.

**Kontraindikationen:**  
 Glykosidintoxikation.

**Dosierung:**  
 Bei Herzinsuffizienz nach Glykosid-  
 bedarf. Bei Koronarinsuffizienz und  
 Rhythmusstörungen nach klinischen  
 Erfordernissen. Wahlweise Verordnung  
 der 1/4 (1/8)-Form ermöglicht  
 individuelle Wirkstoffdosierung.

**Hinweis:** Bei Verlängerung der AV-  
 Überleitung und extremen Bradykardi-  
 formen ist Gradulon mit Vorsicht  
 anzuwenden. Gradulon enthält als  
 Tranquillizer Trimetozin; Alkohol kann  
 wie bei allen psychoaktiven  
 Substanzen – das Wirkungsbild  
 unkontrolliert verändern.

**Prelae:** 20 Drag., 50 Drag.  
 Gradulon® s.T. 1/8 DM 4,35, DM 9,7  
 Gradulon® s.T. 1/4 DM 4,65, DM 10,6  
 Gradulon® 1/8 DM 4,45, DM 9,9  
 Gradulon® 1/4 DM 4,75, DM 10,6

**Positiv inotrop**

**Koronaraktiv**

**O<sub>2</sub>-sparend**

**Rhythmisierend**



Die Lösung sieht Herr Muhr in der Errichtung von Diagnostik- und Vorsorgezentren. Er wünscht sie lediglich nicht auf privatkapitalistischer Basis, sondern als Gemeinschaftseinrichtungen von Sozialversicherung, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern. Herr Muhr zitiert auch eine ärztliche Quelle, als für seine Meinung beweisend, in der allerdings nicht von Diagnostikzentren, sondern von Einrichtungen der Laboratoriumsdiagnostik die Rede ist.

Was versteht man nun eigentlich und was verstehen die Gewerkschaften unter dem Begriff „Diagnostik- und Vorsorgezentren“? Meint man – und das ist wohl die durch Tagespresse, Illustrierte und andere Publikationen weitverbreitete Vorstellung – ein Haus, in dem möglichst viele Spezialisten (natürlich nur „Superspezialisten“) tätig sind? Meint man ein Haus, in dem diesen Spezialisten dann auch Supereinrichtungen zur Verfügung stehen? Ein Haus, in das man hingeht, von Facharzt zu Facharzt geredet und – wie man heute so schön sagt, gründlich von Kopf bis Fuß – durchuntersucht wird, wobei dann der Hausarzt selbstverständlich den Bericht mit allen Details erhält und erleuchtet (wie vom Heiligen Geist an Pfingsten) dann endlich gezielte Therapie betreiben kann? Oder stellt man sich lediglich ein sogenanntes medizinisches, technisches Erfassungszentrum vor, in dem man in Reihenuntersuchungen Blut abnimmt und dem Autoanalyser zuführt, wo man am laufenden Band EKGs schreibt, die durch den Computer ausgewertet oder, richtig gesagt, ausgemessen werden; wo man Röntgenschirmbilder anfertigt und vielleicht ebenfalls einmal elektronisch abtastet und wo man programmierte Anamnesen ausfüllen und dann wiederum auswerten läßt? Ein solches Zentrum hätte aus mancher Sicht wohl den entscheidenden Vorteil, daß es überhaupt keinen Arzt mehr benötigt und rein mit technischem Personal betrieben werden kann.

Ich will keine weiteren Modelle mehr ansprechen, aber fragen will ich: Was läßt sich denn heute zu derartigen Modellvorstellungen sagen, nach dem, was wir heute wissen? Zu den Diagnostikzentren, glaube ich, gibt es nicht so viel zu sagen. Sie bringen überhaupt nichts grundlegend Neues. Es sind Fachärzte, wie wir sie überall haben in unserem Land. Sie haben Geräte, wie wir sie überall haben in unseren Städten und in unserem Land. Es wird dort (wie bei uns allen) auch nur mit Wasser gekocht, und die Effektivität des Durchschleusens ist zumindest bis jetzt noch nicht erwiesen. Auch die Anziehungskraft beim Publikum, das durch computer-geschriebene Werbebriefe an zahlungskräftige potentielle Kunden offenbar gewonnen werden soll, scheint nicht überwältigend zu sein. Es sind natürlich viele Ärzte unter einem Dach – das ist eine Überlegung, die wir einbeziehen müssen. Aber immerhin hat sich auch hier schon gezeigt, daß man das, was man überall in unserem Lande in Tagen erledigen muß, in solchen Zentren nicht in wenigen Stunden tun kann.

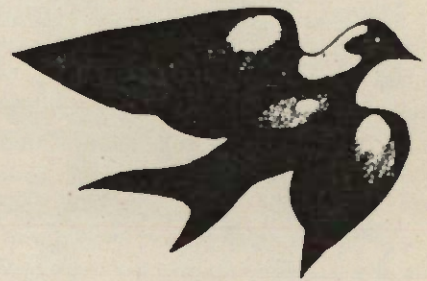
Zum Autoanalyser ist zu sagen, daß sich hier tatsächlich eine Entwicklung anbahnt, die für Massenuntersuchungen von Blutseren voraussichtlich sehr geeignet sein wird, daß Großkliniken sich dieser Maschine bedienen werden, wobei noch weitere Nutzungsmöglichkeiten darin stecken, daß also hier eine echte Entwicklung im Gange ist, mit der wir uns zu beschäftigen haben. Aber in einem Stadium, das man noch allgemein als Versuchsstadium bezeichnen muß, schon zu fordern – wie das geschehen ist –, die vorhandenen Kapazitäten auch für die normale Labordiagnostik, die täglich in der Arztpraxis bei der Krankenbehandlung anfällt, nützen zu müssen, dies erweckt zumindest den Verdacht, daß hier der Wunsch, dem Arzt die Labordiagnostik wegzunehmen, der Überlegung voraus eilt, ob es überhaupt nützlich ist oder nicht sogar schädlich, wenn man das tun würde.

Wenn unsere verschiedenen Gesprächspartner Wert darauf legen – mit Recht Wert darauf legen –, daß wir ihnen ehrenwerte Gründe unterstellen, dann sollte man doch auch uns Ärzten unterstellen oder zumindest zubilligen, daß die Zunahme der Labordiagnostik in der ärztlichen Praxis einem echten Bedürfnis nach verbesserter Behandlung entspricht und nicht primär vom Gelderwerb gesteuert wird. Die EKG-Auswertung durch Computer ist eine ernsthafte wissenschaftliche Frage und man arbeitet daran. Aber ich glaube, man kann heute sagen, daß es keinen Wegweiser gibt, der dahin deutet, daß diese Auswertung – oder richtiger gesagt, Ausmessung – jetzt schon in Massen, und damit also für große Untersuchungen, möglich wäre. An diesen Begriffen „Auswerten“ und „Ausmessen“ könnte man vielleicht auch dem Laien im übrigen zeigen, wo die Grenze zwischen Maschine und Arzt liegt.

Ich möchte also zusammenfassend sagen, daß es zweifellos Versuche gibt, daß es technische Entwicklungen gibt, die Beachtung verdienen, deren Einsatzmöglichkeit und Nutzen wir weiter untersuchen müssen und die möglicherweise der Medizin dienstbar gemacht werden können. Aber niemand wird heute ernsthaft sagen können, daß er bereits praktikable Vorschläge für eine grundlegende Änderung der medizinischen Diagnostik im Sinne einer Verbesserung machen kann. Daß ich mit diesen skeptischen Bemerkungen nicht allein stehe, hat mir vor wenigen Tagen eine Bundestags-Drucksache gezeigt, in der der Staatssekretär ROHDE auf Anfrage eines Abgeordneten zum Diagnostikzentrum folgendes antwortet:

„Die Forderung nach Einrichtung der von Ihnen genannten Diagnosezentren hat in jüngster Zeit in zunehmendem Maße die öffentliche Diskussion beschäftigt. Dabei hat sich herausgestellt, daß über den Begriff selbst, wie auch über die Aufgabenstellungen und die Organisationsformen, unterschiedliche Vorstellungen bestehen. Es wäre der Sache dienlich, die fachlichen Erörterungen unter dem Gesichtspunkt zu vertiefen, welche allgemeinen Folgerungen für den Bereich der sozialen Kranken-

# Neue Freiheit für den Rheumatiker



## BRUFEN

Neues nicht hormonales  
Antirheumatikum, hochwirksam und  
äußerst gut verträglich.

## BRUFEN

Verbessert die Greifkraft,  
vermindert Steifheit und Schmerzen.

## BRUFEN

Gut verträglich –  
auch bei Magenempfindlichen.

## BRUFEN

Praktisch frei von Nebenwirkungen  
und Kontraindikationen.

Zusammensetzung:  
1 Dragée enthält 200 mg Ibuprofen

OP: 20 und 100 Dragées

UCB CHEMIE GMBH  
5159 SINDORF BEI KÖLN



versicherung zu ziehen sind. Unser Haus wird anregen, daß in der Sachverständigen-Kommission zur Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung der von Ihnen genannte Problemkreis erörtert wird."

Er fährt dann fort:

„Bemühungen der für die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung verantwortlichen Beteiligten, die dazu beitragen können, die kassenärztliche Versorgung zu verbessern, verdienen besondere Aufmerksamkeit. Ich möchte in diesem Zusammenhang auch auf die verschiedenen Formen der gemeinschaftlichen Praxisausübung und Kooperation unter den Ärzten hinweisen.“

Dieser Antwort schließe ich mich gerne an. Denn sie stellt die Notwendigkeit, Einsatzmöglichkeiten und Nutzen sogenannter Diagnostikzentren erst einmal klar zu untersuchen, bevor man sie fordert, neben den positiven Hinweis auf Entwicklungen, die sich in der freien Praxis bereits angebahnt haben.

Neben der technischen Entwicklung der Medizin wird als Begründung für die Forderung nach solchen Zentren aber auch noch auf die Entwicklung der Gesundheitsvorsorge, auf den Ausbau der Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen, hingewiesen; ebenfalls eine in die Zukunft weisende Entwicklung, die sich voll erst für den Arzt von morgen auswirken wird.

Auch dazu einige Anmerkungen. Ich glaube, wir Ärzte können betonen, daß Vorsorge von uns nicht einfach nur bejaht wird. Sie wurde von uns seit Jahren gefordert, und zwar schon in einer Zeit, als wir noch ausnahmslos taube Ohren dafür fanden. Wir können also nicht in den Verdacht kommen, diese Entwicklung heute bremsen zu wollen. Aber wir müssen die Realitäten auch auf diesem Sektor sehen und dabei in erster Linie bedenken, daß wir mit dieser Arbeit gerade erst begonnen haben.

Die Untersuchung der werdenden Mütter, die ja schon etwas länger läuft, hat bereits eine hohe, aber noch keineswegs eine vollständige Beteiligung. Die Krebsuntersuchungen für Frauen laufen an; bis jetzt ist die Beteiligung und das Interesse noch erschreckend und bedrückend gering. Das gleiche gilt für die Untersuchungen für Männer. Auch die Untersuchungen der Säuglinge und Neugeborenen haben eben erst begonnen. Aber alle diese bisherigen und noch keineswegs bewältigten Programme zeichnen sich aus durch ihre Einfachheit, sie benötigen keinen besonderen technischen Aufwand und sie haben dabei eine außerordentlich hohe Chance der Effizienz. Bei den Krebserkrankungen der Frauen ist das bereits durch Modellversuche statistisch gesichert. Unser nächster Schritt müßte also nun sein, daß wir die Bevölkerung erst einmal gewinnen für diese Untersuchungen, daß wir ihnen den Wert bewußt machen, daß wir eine höchstmögliche Beteiligung anstreben, denn erst dann werden sich überhaupt Auswirkungen auf die Volksgesundheit als Ganzes ergeben können.

Dann sollten wir weiter ausbauen. Und hier gibt es noch vieles, was getan werden kann mit höchster Effizienz, ohne Zentren und ohne technischen Aufwand. Ich will das nur an zwei Beispielen aufzeigen:

Wenn man die Programme der Frauenuntersuchungen und der Männeruntersuchungen ergänzt durch eine einfache Blutdruckmessung, die bei jeder dieser Untersuchungen mit vorgenommen werden kann, dann bekommen wir allein dadurch das gesamte Hypertonieproblem, das so große Bedeutung für die Volksgesundheit hat, in den Griff und wir brauchen von der Erfassung her keine weiteren Maßnahmen ergreifen.

Zum zweiten Beispiel: Denken Sie an den Diabetes, dieses große Problem unserer Volksgesundheit. Wir haben durch Modellversuche bewiesen, daß mit der Anwendung der Teststäbchen eine Methode zur Verfügung steht, die so gut wie nichts kostet, die keinen technischen Aufwand erfordert und eine ausgesprochen effektive Methode zur Erfassung neuer Diabetesfälle darstellt. Wenn endlich einmal unsere Mitbürger bereit wären, zweimal im Jahr sich ein solches Stäbchen zu kaufen, dann würden wir damit allein schon das ganze volksgesundheitliche Problem Diabetes bewältigen können und hätten einen großen Schritt nach vorne getan.

Wir haben aber noch ein ganz anderes vordringliches gesundheitspolitisches Problem in diesem Bereich: Wir müssen die Untersuchungen intensivieren über die Auswirkungen der Verhaltensweise unserer Menschen auf ihr eigenes Lebensschicksal. Es gibt wissenschaftliche Grundlagen, die besagen, daß Ernährung, Rauchen, Alkohol und Rauschgift Faktoren sind, die das Lebensschicksal, die Volksgesundheit im ganzen stärkstens beeinflussen. Wir haben das Freizeitproblem, das immer stärker auf uns zukommt. Schon heute wird berichtet, daß fünf Millionen Bundesbürger im Durchschnitt jeden Abend drei Stunden vor dem Fernsehapparat verbringen und aus den USA hört man, daß bei einem 18jährigen im allgemeinen angenommen werden kann, daß er in diesem Alter 12 000 Stunden Unterricht hinter sich hat, aber bereits 20 000 bis 22 000 Stunden am Fernsehschirm.

Wir sagen so stolz — und manchmal zu selbstsicher — unsere Lebenserwartung habe sich verdoppelt. Wenn wir die Zahlen analysieren, so stellen wir fest, daß bei den 30- bis 40jährigen diese Lebenserwartung seit 1870/80 sich um knappe acht bis zehn Jahre erweitert hat und daß eine rückläufige Tendenz besteht. Hier liegen nach unserer Meinung hohe Aufgaben für Gesundheitspolitiker und Ärzte von morgen, die keines technischen Aufwandes bedürfen und trotzdem effektiv sind und für die Volksgesundheit nutzbringend. Es ist natürlich nicht populär, wenn man dem einzelnen sagen muß: „Du mußt selbst zu Deiner Gesunderhaltung beitragen.“ Es ist viel schöner zu sagen: „Wir überziehen dieses Land mit einem Netz von Zentren, wo Du untersucht wirst!“ und lösen damit die Reak-

tion aus: „Dann brauchst Du ja selber gar nichts zu tun, man wird es schon rechtzeitig entdecken.“

Zusammenfassend ist also festzustellen, daß wir Schritt für Schritt vorangehend erst einmal das lösen sollen, was sich anbietet und dann erst Zukunftspläne entwickeln, für die heute die Unterlagen noch nicht vorhanden sind.

Damit lehne ich die Forderung nach Vorsorgeuntersuchungen für Herz, Kreislauf und Stoffwechsel keinesfalls ab. Ich möchte mich nur bemühen, sie in die richtige Reihenfolge und Rangordnung zu stellen. Das Naheliegende zu verwirklichen, wäre das, was wir hier zu unserer Aufgabe machen sollten. Es wurde vorhin gesagt, bei diesen Bemühungen darf es nicht nach Rentabilität gehen. Dem stimme ich zu. Für die Gesundheit gibt es sicher keine Rentabilitätsfrage. Trotzdem glaube ich, daß bei den Untersuchungen, die gemacht werden müssen, bei zukünftigen Plänen auch die Kosten-Nutzen-Frage nicht vernachlässigt werden darf. Wir können jede Mark schließlich nur einmal ausgeben und wir sollten sie dort für die Gesundheit ausgeben, wo sie am sinnvollsten verwendet werden kann.

Wenn ich also diese beiden Dinge zusammenfasse — auf der einen Seite die Erfordernisse einer modernen Diagnostik, auf der anderen Seite die Entwicklung der Vorsorgemedizin —, dann glaube ich, daß niemand heute dazu berechtigt sein kann, die freie Praxis als geeignete Form für zukünftige Entwicklungen abzulehnen oder eine sogenannte Aufgabenteilung oder Abtrennung medizinisch-technischer Aufgaben zu propagieren. Die Forderung nach einem Netz von Diagnostik- und Vorsorgezentren, die den Arzt davon „entlasten“ sollen, Techniker und Laborant zu sein, muß damit geradezu den Verdacht erwecken, daß es darauf primär gar nicht ankommt, sondern in erster Linie und vorwiegend darauf, zunächst einmal das System der ärztlichen Betreuung grundlegend zu ändern.

Daß dieser Verdacht nicht aus der Luft gegriffen und nicht leichtfertig ausgesprochen wird, beweisen ja auch andere Forderungen, die in diese Richtung

gehen, nämlich die Forderungen nach Einführung der ambulanten Voruntersuchung und Nachbehandlung im Krankenhaus. Auch hier haben sich bisher keine echten Anhaltspunkte dafür ergeben, daß dadurch die Situation des Kranken verbessert werden kann. Darüber haben wir bereits eingehend diskutiert.

Aber beide Modelle, sowohl die Zentren als auch diese ambulante Voruntersuchung und Nachbehandlung, haben für diejenigen, die sie fordern, den Vorteil, daß sie keine freie ärztliche Praxis sind. Wenn solche Entwicklungen heute eingeleitet werden, so bestimmt sich damit nicht nur die Art der medizinisch-technischen Betreuung unserer Mitmenschen, sondern es wird gleichzeitig auch über das System der ärztlichen Betreuung und die Stellung des Patienten und seines Arztes von morgen in diesem System entschieden. Wenn ich das so bewußt betone, dann tue ich es wiederum nicht ohne Grund. Denn genau das, wogegen wir Ärzte uns wehren, womit ich mich hier auseinandersetze — also die Tendenz der Austrocknung der freien Praxis, die Umwandlung des Systems der gesundheitlichen Versorgung, die Überführung aller Ärzte in ein Arbeitnehmerverhältnis —, alles dies ist in einem unserer EWG-Nachbarländer, nämlich in Italien, bereits in vollem Gange.

Man hat dort die Ärzte zunächst einmal gespalten. Die Krankenhausärzte sind nicht mehr Mitglieder der Ärztekammern, für sie schafft man einen Angestelltenstatus ohne jede Nebentätigkeitsmöglichkeit und — das ist der Kern dieses Gesetzgebungsprogramms — das ganze Land soll mit Sanitätszentren überzogen werden, die mit allen Einrichtungen und mit angestellten Fachärzten ausgestattet sind. Sogenannte Gemeindeärzte werden nur noch als Zulieferer um die Zentren herum zugelassen, soweit man auf sie nicht verzichten kann. Für den Facharzt gibt es in diesem System, wie es die Pläne der italienischen Gesetzgebung vorsehen, keine Möglichkeit mehr, in freier Praxis als freier Arzt tätig zu sein. Die Lenkung und Verwaltung dieser neuen Organisation, die in Italien



**Zeit ist Geld**

**31.12.** **Kommen Sie bis zum 31. 12. zu uns. Dann kassieren Sie Ihre Prämien und Zinsen 6 Monate früher.**

Beim prämiengünstigsten Sparen sind es 20–42% Sparprämien. Bei der vermögenswirksamen Anlage verbuchen Sie außerdem 30 bzw. 40% Arbeitnehmer-Sparzulage auf der „Haben-Seite“ Ihres Kontos. Jeweils plus unseren Zinsen! Kommen Sie deshalb bis zum 31. 12. zu uns.

**Denn: Zeit ist Geld. Vor allem beim Vermögen bilden.**



Wenn's um Geld geht  
**SPARKASSE**

geschaffen werden soll, geschieht durch Gremien, die sich von einem Rätssystem nicht unterscheiden und in denen die Ärzte natürlich praktisch keine Mitwirkungsmöglichkeit haben.

Sie sehen also, daß das, was ich hier aufzeige, keine Illusion, sondern eine Realität ist, die nicht etwa drüben hinter dem Eisernen Vorhang geschieht, sondern in unserer nächsten Nähe, in einem EWG-Land, in einem Land, mit dem wir engstens verbunden sind. Da sich gerade im EWG-Raum die Entwicklungen untereinander beeinflussen, bleibt abzuwarten, welche Zukunftsaspekte sich daraus auch für die Bundesrepublik und die anderen EWG-Länder ergeben. Möglicherweise wird es eine Massenauswanderung italienischer Ärzte in ein Land, in dem es ihnen besser geht, zur Folge haben. Sehen Sie nach England, wo mindestens ein Viertel der jungen Ärzte auswandert. Es könnte genauso gut sein, daß im Sinne der Angleichung der Systeme man nicht etwa den Italienern sagt: „Ihr dürft das nicht!“, sondern daß man sagt: „Dieses System muß auch auf unser Land übernommen werden.“ Manche Vorschläge, die ich hier ansprach, gehen in diese Richtung.

Ich möchte nicht den Eindruck entstehen lassen, als ob ich rückschrittlich wäre oder einfach nichts aufkommen lassen will an Entwicklung. Ich bin keineswegs der Meinung, daß alles beim alten bleiben soll, aber ich bin der Überzeugung, daß die Ärzte bisher auf der Basis unseres derzeitigen Systems – also der freien Praxis für die ambulante Versorgung und des Krankenhauses für die stationäre Behandlung – Schritt gehalten haben mit der Entwicklung der Medizin. Und ich glaube, man muß feststellen (und das wird ja auch heute kaum mehr ernsthaft bestritten), daß die Betreuung der deutschen Kassenpatienten entsprechend unserem System durch kein anderes System der Welt übertroffen wird. Wir heben also ein Anrecht darauf, unser bestehendes freiheitliches System, zu dem unlösbar die freie Praxis gehört, weiterzuentwickeln, ohne daß es dem Grundsatz nach geändert werden muß.

Was haben wir in dieser Richtung bisher getan? Für den Arzt: Wir haben uns bemüht, die ärztliche Ausbildung zu verbessern. Wesentliche Anregungen für die heutige moderne Form der ärztlichen Ausbildung, die gerade anläuft, sind aus unserer Mitte gekommen. Wir haben die Weiterbildung der Ärzte für ihr eigentliches Berufsziel, also die sogenannte Spezialisierung, von Anfang an in eigener Zuständigkeit vorangetrieben und entwickelt. Es gibt seit 1924 eine Facharztordnung in Deutschland, die allein von uns gestaltet wurde, und vor drei Jahren haben wir auf dem Deutschen Ärztetag in Wiesbaden eine neue, moderne Weiterbildungsordnung beschlossen, um die medizinische, die ärztliche Versorgung wiederum zu verbessern, der medizinischen Entwicklung gerecht zu werden. Wir können feststellen, daß der deutsche Facharzt heute einen Vergleich mit ausländischen Kollegen nicht

scheuen müßte. Auch die Einführung der Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin zielt in diese Richtung der künftigen Entwicklung.

Aber auch die Fortbildung der praktizierenden Ärzte wird von uns mit allen Mitteln gefördert. Das Angebot an medizinischer Literatur wird von den Ärzten genutzt und jeder tut, was er kann. Schwarze Schafe jedoch, die man uns vor die Nase hält, kennzeichnen nicht die Bemühung, die gibt es überall. In Hessen geht man neue Wege. Wir brauchen also keinen Staat und keine fremde Hilfe, um in der Zukunft der Entwicklung gerecht zu werden.

Auch in den Formen der Praxisausübung sind wir nicht stehengeblieben. Wir sind in eine neue Entwicklungsphase eingetreten. Die Einzelpraxen unserer Ärzte sind heute in einer Weise ausgestattet, wie man das nie für möglich gehalten hätte. Die Formen des Zusammenwirkens – sei es in der Gemeinschaftspraxis, sei es in der Praxisgemeinschaft, in der gemeinsamen Nutzung von Geräten, in der Arbeitsteilung – werden von uns gefördert. Wir sind es, die hier die Anfänge machen. Der Arzt nach uns, der Arzt von morgen, wird in diese neuen Formen hineingewachsen sein. Wir haben Vorschläge gemacht für eine Koordinierung der Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Praxis. Wir sind bereit, über diese Dinge zu reden, wir sind bereit, mitzuwirken bei der Rationalisierung im Rahmen der Krankenhausbehandlung, aber dazu benötigen wir die Bereitschaft der anderen Seite. Das Wohl des Kranken muß hierbei freilich im Mittelpunkt stehen und nicht der Wunsch nach Ambulatorien, sonst haben wir keine Gesprächsbasis dafür.

Wir sind keine Weber, die in Verkennung des technischen Fortschritts Entwicklungen verhindern wollen, und auch der Computer hat einen breiten Platz in diesen unseren Überlegungen. Ich stehe, und wir sicher alle, bewußt hinter einer Aussage von FELLINGER, der sagte:

„Es kann heute kein Zweifel mehr sein, daß Datenverarbeitungssysteme dem Arzt in Wissenschaft, Diagnostik und Therapie, aber auch bei größeren Aufgabenkreisen, wie der Kontrolle volksgesundheitlicher Entwicklung, eine Hilfestellung geben können, wie es bisher nicht vorstellbar war. Ich bin überzeugt, daß in wenigen Jahren ein moderner, wissenschaftlich-klinischer Betrieb ohne die Hilfe derartiger Anlagen kaum mehr denkbar sein wird.“

Man muß aber, wenn man über den Computer in der Medizin spricht, auch andere Überlegungen kennen. Ich zitiere BUCKINGHAM, der sagte:

„Keine noch so große Merk- und Lernfähigkeit kann sich je auf die Höhe des Denkens erheben. Keine Maschine kann Ideen hervorbringen, Nachdenken, geistig Erfassen, abstrakt Analysieren, nicht eigens programmierte komplizierte Situationen deuten oder Schlüsse ziehen, ob richtige oder falsche.“



# codicept®

## für Ihren ungehorsamen Huster

- Zuverlässige Hustenblockade für 8-10 Stunden
- Protrahierte, gleichmäßige Codein-Abgabe aus programmierten Wirkstoffeinheiten
- Keine Müdigkeit, da ohne Antihistaminzusatz

**codicept® Kapseln**  
1 Kapsel = 42,5 mg reines Codein  
morgens und abends nur 1 Kapsel unzerkaut einnehmen. Packung mit 10 Retardkapseln

**codicept® Retardsaft**  
Retardsaft (1 Eßlöffel = 15 ml) enthält 42,5 mg reines Codein (gebunden an Ionenaustauscher)

morgens und abends nehmen  
Kleinkinder im Alter von 1-3 Jahren je 1/2 Teelöffel  
Kinder im Alter von 3-6 Jahren je 1 Teelöffel  
Kinder im Alter von 6-12 Jahren je 2 Teelöffel  
Erwachsene und Jugendliche ab 12 Jahren je 1 Eßlöffel  
Flasche mit 90 ml Retardsaft

sanol

arznei-  
mittel

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

Und lassen Sie mich schließlich noch eine dritte Stimme zitieren. Auf unserem schon erwähnten Kongreß in Davos sagte der Arzt und Anästhesist Professor DÖNIKE:

„Vor der Operation oder danach auf der Intensivstation ist es für den einsamen Patienten unter der unpersönlichen Obhut von Automaten und Computern eine große Erleichterung, einen menschlichen Kontakt zu finden. Das ist das Wichtigste, was wir als Anästhesisten dem Kranken, dem Schwerstkranken, mitunter teils dem Atemgelähmten oder auch Sterbenden geben können, dieser menschliche Kontakt, diese Hilfe von Mensch zu Mensch. Das ist eine Aufgabe, die nicht nur dem Anästhesisten, sondern jedem Arzt auch in der Zukunft zufällt.“

Ich glaube, aus der Gesamtsicht solcher Zitate muß sich für uns die Einstellung zum Computer und seiner medizinischen Nutzung entwickeln. Denn hier zeigt sich wiederum die Verbindung der beiden Aufgaben, die wir zu erfüllen haben, die — ich muß es wiederholen — sowohl in der Entwicklung der Medizintechnik als auch in der seelischen Erfassung und Betreuung des Menschen als Wesen liegt. Ich kann hier an dieser Stelle keinen Besseren zitieren als den nicht nur von mir hochverehrten Arzt und Frankfurter Kliniker Ferdinand HOFF. Er schreibt in seinen Erinnerungen einen Abschnitt, den ich zitieren möchte:

„Die seelischen Werte sind das Wesentliche, das den Menschen von den anderen Geschöpfen unterscheidet. Dieses Wesentliche gehört zu den höheren Ordnungen, welche mit wissenschaftlichen Messungen nicht erfaßt werden. Anatomie, Physiologie, Biochemie, die naturwissenschaftlichen Methoden der Medizin erklären den Menschen wie vor 200 Jahren als ‚homme machine‘. Die Sinfonie, die auf diesem, nach physikalischen Gesetzen gebauten Instrument gespielt wird, die menschliche Existenz zwischen Zwang und Freiheit, zwischen Schicksal und Verantwortung, wird von dieser Analyse nicht erfaßt. Über das Schicksal des Menschen mit seiner Beglückung und Verzweiflung, mit Liebe und Haß, mit Glaube und Zweifel, mit Mut und Angst sagt das kausalmaterialistische Weltbild nichts aus. Wer sich allein nach diesem Weltbild

auszurichten versucht, muß enttäuscht werden und viele sind es bereits. In das Menschenleben greifen seelische, charakterliche, moralische Kräfte ein. In unserer abendländischen Kultur ist die geistige Tradition des Christentums lebendig. Nächstenliebe, Hilfe für kranke und sozial Schwache, das Krankenhauswesen, die staatliche Fürsorge, die Ächtung von Grausamkeit und Gewalt und viele sittliche Grundregeln des menschlichen Gemeinschaftslebens sind das Erbe dieser Tradition, an der auch viele Menschen teilhaben, die keine Bindung an kirchliche Gebräuche mehr besitzen.“

Der Arzt, und auch der Arzt in der freien Praxis, ist sich dieser doppelten Aufgabenstellung bewußt und ich möchte behaupten, er ist ihr auch gewachsen. Die freie ärztliche Praxis ist nicht starr, ihre Möglichkeiten sind nicht erschöpft, sie ist ausbau- und entwicklungs-fähig und wir Ärzte sind bereit, den Weg weiterzugehen, Schritt zu halten mit dem Fortschritt der Medizin! Unter der einen Voraussetzung allerdings, daß man uns die Entwicklungsmöglichkeit der freien Praxis nicht abschneidet, daß man uns den Boden, auf dem sie verankert ist, nicht austrocknet.

Ein Lippenbekenntnis zur „Grundstruktur der bisherigen ärztlichen Versorgung“ oder zur „freien Arztwahl“ nützt uns für sich allein gar nichts, wenn gleichzeitig Forderungen erhoben werden, die in ihrem Ergebnis genau das Gegenteil bewirken müssen. Wenn der frei praktizierende Arzt verschwindet oder wenn er zum Satelliten von medizinischen Zentren abgewertet und damit zur Farce gemacht wird, dann ändert sich grundlegend das Gesamtbild des Arztes in unserer Gesellschaft.

Der Leidtragende einer solchen Entwicklung — das, glaube ich, beweisen alle Beispiele, die wir kennen — werden der Arzt und der Patient von morgen sein. Und sie beide, der Arzt von morgen und sein Patient von morgen, standen für mich im Mittelpunkt der Sorge bei diesen Ausführungen und sie müssen im Mittelpunkt unserer Bemühungen und unserer Sorgen in diesen Tagen stehen. Denn eines sollte uns bewußt sein: Die Weichen für ihrer beider Schicksal, für ihre Freiheit und für ihre Menschenwürde werden heute gestellt.

### **Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen vom 18. August 1971 (gültig ab 1. Januar 1972)**

Der zwischen der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen einerseits und der Deutschen Angestellten-Gewerkschaft und dem Verband der weiblichen Angestellten andererseits abgeschlossenen Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen vom 18. August 1971 tritt am 1. Januar 1972 in Kraft.

Der Wortlaut dieses Vertrages wurde in Heft 39, S. 2623/2626, des „Deutschen Ärzteblattes“ vom 23. September 1971 abgedruckt. Im gleichen Heft ist dazu auf den Seiten 2575 mit 2577 eine Erläuterung enthalten.



## Zu den Sensationsberichten über die Schloßbergklinik

Illustrierte und Boulevard-Blätter berichteten in der letzten Zeit unter sensationellen Überschriften über die Schloßbergklinik in Oberstaufen. Diese Überschriften lauteten u. a.:

„Das Todeshaus im Allgäu“ (STERN)

„Schwere Vorwürfe eines Arztes: Menschenversuche in deutschen Krankenhäusern“ (BILD-Zeitung)

„Ein Chefarzt warnt: Das ist eine Todesklinik“ (NEUE REVUE)

Die letztgenannte Illustrierte weist im übrigen durch die Überschriften anderer Artikel beeindruckend auf ihren Rang und ihre Bedeutung in der deutschen Publizistik hin. Die Überschriften in der gleichen Nummer lauten nämlich: „Nackt wollte sie sich Männer angeln“ — „Partnertausch im Wartezimmer“ — „Der nackte Abend wird modern“ — „Wie manche Schulkinder ihre Körper verkaufen“ — „Aktfotos im do-it-yourself-Verfahren“ — „So verführt man reiche Tanten“ — „Mit Sex macht man Mäuse“ — „Sie fordert durchs Telefon zu Sexspielen auf“.

Die ganze Pressekampagne geht offenbar auf Herrn Dr. med. KLAUS MEYERHOFF, Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde in Oberstaufen, ehemals Chefarzt dieser Klinik, zurück. Er ist der Erfinder des Mittels „Livonkon“, das nach seiner Meinung bei der Krebsbehandlung verwendet werden sollte. Eine beeindruckende Begründung, dieses Mittel bei allen Tumorkranken (als Einlauf) anzuwenden, ist seine Beteiligung am Umsatz dieses Mittels.

Die erwähnten Sensationsberichte sind eine irreführende Darstellung von Vorgängen aus der Zeit vom Sommer des vergangenen Jahres.

Die angesprochene Klinik ist die Schloßbergklinik in Oberstaufen, ein Spezialkrankenhaus zur Weiter- und Nachbehandlung von Krebskranken, die von der Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern betreut wird. Chefarzt dieses Krankenhauses war bis zum Mai 1970 der genannte Dr. Meyerhoff. Ihm mußte am 15. Mai 1970 aus wichtigem Grund zum 30. Juni 1970 gekündigt werden. Am Kündigungstag, also am 15. Mai 1970, wurde ihm jedoch bereits das Betreten der Klinik untersagt.

Der Nachrichtendienst der bayerischen Ärzteschaft sprach daher im Hinblick auf die Pressekampagne wohl zu Recht von einem Racheakt eines entlassenen Chefarztes, des Herrn Dr. Meyerhoff, der sich im übrigen in der letzten Zeit mündlich und schriftlich für eine Tätigkeit in dieser Klinik wieder selbst empfiehlt!

In einem im September 1971 ergangenen Urteil in einem Arbeitsgerichtsprozeß, den Herr Dr. Meyerhoff wegen seiner Kündigung angestrengt hat, ist auch der Satz über Herrn Dr. Meyerhoff zu lesen, „er habe eine

groß angelegte Pressekampagne eingeleitet, um Dr. Reichstein zu vernichten“. Gegen Dr. med. W. REICHSTEIN, den Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft, hat Herr Dr. Meyerhoff inzwischen Strafanzeige wegen Nötigung und Erpressung erstattet. Die Nötigung soll darin liegen, daß Herr Dr. Reichstein die Träger des Hauses „genötigt“ haben soll, Herrn Dr. Meyerhoff zu entlassen. Die Staatsanwaltschaft hat das Verfahren eingestellt. Herr Dr. Meyerhoff hat dagegen Beschwerde eingelegt und dabei seine Anzeige erweitert auf den Vorwurf der fahrlässigen Tötung und des Betrugs an Krebskranken (1). Diese Behauptungen sind so offensichtlich unsinnig und wider besseres Wissen, daß Herr Dr. Meyerhoff inzwischen wegen falscher Anschuldigung und Verleumdung angezeigt werden mußte.

In der Sache beziehen sich die erhobenen Vorwürfe auf Vorgänge im Juli/August 1970 in der Schloßbergklinik. Die Staatsanwaltschaft prüft zur Zeit, ob ein damals dort verantwortlich tätiger Abteilungsarzt und Facharzt für Innere Medizin, der hervorragende Zeugnisse über sein Können und seine Erfahrungen auf dem Gebiete der Tumorthherapie besitzt, fahrlässig gehandelt hat. Die Arbeitsgemeinschaft und deren Geschäftsführer Dr. Reichstein hatten im übrigen damals am gleichen Tage, als der Verdacht geäußert wurde, die Behandlung könnte zu risikoreich sein, veranlaßt, daß diese Therapie nicht mehr fortgeführt wird. Die gesamten Vorgänge befinden sich bei der Staatsanwaltschaft, deren Ermittlungen abzuwarten sind.

Zu den sensationellen Berichten über die Todesfälle in dieser Klinik ist noch folgendes zu sagen: Diese Berichte und deren Überschriften sind nicht nur ohne jede Rücksicht auf die in der Klinik befindlichen rund 200 krebserkrankten Patienten veröffentlicht worden, sondern auch ein Musterbeispiel für schlechte Journalistik. Der Reporter einer Illustrierten hat dem Besitzer eines Leichentransportgeschäftes in Oberstaufen DM 100,— dafür geboten, wenn er einmal zum Spaß den Leichenwagen herausfährt. Patienten dieser Klinik haben aus Zorn über die Art der Berichterstattung einen Foto-Reporter auf dem Gelände der Klinik verprügelt.

Im übrigen sind Todesfälle in einer Krebsklinik, für sich allein betrachtet, noch kein Kriterium zur Beurteilung einer solchen Klinik, die stets eine große Zahl sehr schwerkranker Patienten hat.

In der fraglichen Zeit sind u. a. Patienten verstorben, bei denen folgende Diagnosen vorlagen:

Fall 1: Mammakarzinom mit Metastasen im knöchernen Schädel, im Groß- und Kleinhirn, in der Leber, im Becken, im Ober- und Unterschenkel;

Fall 2: Inoperables Magenkarzinom mit Metastasen in der Leber und im Abdomen;

Fall 3: Rektumkarzinom, massive Bauchmetastasen mit rezidivierendem paralytischen Ileus;

Fall 4: Mammakarzinom, Metastasen in der Wirbelsäule, im Becken, pathologische Oberschenkelhalsfraktur;

Fall 5: Ovarialkarzinom, Apoplexie, Aszites;

Fall 6: Mammakarzinom, Pleuritis carcinomatosa, beiderseits Lungenmetastasen;

Fall 7: Malignes Synovialom, Metastasen in den Lungen, im Oberschenkel, im Becken, Pleuritis.

Im übrigen haben die inzwischen getroffenen Feststellungen Anlaß gegeben, das Verhältnis zwischen den Sterbeziffern und der Belegung des Hauses unter dem ehemaligen Chefarzt Dr. Meyerhoff eingehend zu untersuchen.

Inzwischen haben auch die Träger der Schloßbergklinik, mit denen die Zusammenarbeit immer schwieriger wurde, gewechselt. Mit den neuen Trägern sind die Voraussetzungen für eine vertragsgerechte Zusammenarbeit gegeben.

## Standesleben

### Stellungnahme der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zur Ablehnung von Honorarforderungen der Kassenärzte für das Jahr 1972

Mit Erstaunen und Enttäuschung haben die bayerischen Kassenärzte aus der Presse von der ablehnenden Haltung des Landesverbandes der Ortskrankenkassen zu den Honorarforderungen für das Jahr 1972 Kenntnis genommen.

Die Begründung, daß durch ärztliche Honorarforderungen volkswirtschaftlich nicht vertretbare Beitragserhöhungen notwendig seien, wird mit aller Entschiedenheit bestritten. Die Ausgaben der Krankenkassen für ärztliche Behandlung sind ein relativ kleiner Teil der Gesamtausgaben einer Krankenkasse. Außerdem ist diese Begründung so lange nicht stichhaltig, als in allen anderen Bereichen, die die Volkswirtschaft erheblich mehr belasten, laufend empfindliche Preissteigerungen in der Tagesordnung sind.

Die Krankenkassen müßten wissen, daß es sich bei den ärztlichen Einnahmen um Umsätze handelt, die durch die erheblichen Steigerungen der Betriebsausgaben, wie auch durch die gestiegenen Lebenshaltungskosten zunehmend doppelt belastet werden. Wenn die Krankenkassen die Höhe der Einkommen der Ärzteschaft für ihre Ablehnung anführen, so lassen sie außer acht, daß auf die zum Vergleich herangezogenen Gehälter mindestens DM 3000,- monatlich, wie in den letzten Tagen der international anerkannte Versicherungsmathematiker Dr. HEUBECK errechnet hat, zugerechnet werden müßten, um zu einer vergleichbaren Basis zu kommen. Derartige Nettoeinkommen erreichen aber die bayerischen Kassenärzte im Durchschnitt bei weitem nicht.

Der Anstieg der Kessenaufwendungen hängt erheblich von Faktoren ab, die nicht die Ärzte zu verantworten haben. Die gesundheitspolitischen Maßnahmen, das Gesundheitsbewußtsein der Versicherten, die Zu-

nahme der Beanspruchung ärztlicher Leistungen und die Weiterentwicklung der medizinischen Wissenschaft verursachen laufend mehr Kosten und fordern von den Ärzten mehr Leistungen. Die Bundesregierung selbst hat festgestellt, daß die erhöhte Inanspruchnahme durch die Versicherten die eigentliche Ursache für die Kostensteigerung darstellt. Moderne Medizin und Vorsorgemaßnahmen, die mit Recht auch den Sozialversicherten zugute kommen sollen, kosten, wie alle anderen Güter, mehr Arbeit und ihren Preis. Das sollten auch die Krankenkassen bei den bevorstehenden Vertragsverhandlungen berücksichtigen.

Die Ärzteschaft verwahrt sich gegen die Verallgemeinerung von Einzelergebnissen, die sich zudem nur auf ein einziges Quartal beziehen. Fest steht, daß sich die Einfachsätze der Gebührenordnung seit deren Erlaß im Jahre 1965 nicht einmal um 20 % erhöht haben, während im gleichen Zeitraum die Erträge in der Wirtschaft ebenso wie die Einkommen der Arbeitnehmer erheblich höhere Steigerungssätze aufweisen. Hinzu kommt noch, daß zwischenzeitlich auch höhere Einkommensklassen der sozialen Krankenversicherung beitreten können und bei Erlaß der Gebührenordnung im Jahr 1965 für die Ärzteschaft ein erheblicher Nachholbedarf bestand.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns ist durchaus bereit, auch ihrerseits einen Beitrag zur Stabilität zu leisten und maßvolle Forderungen für das Jahr 1972 zu stellen. Es liegt aber letztlich im Interesse der Versicherten, daß die Ärzteschaft alle modernen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auch den Sozialversicherten zur Verfügung stellen kann.

Dr. Meider  
Stellv. Vorstandsvorsitzender



# Die praxisnahe Lösung: getrennte Tag- und Nachttherapie in einer Packung

**'In der Regel ist es besser, die schleimlösenden Substanzen und die hustenstillenden Mittel nicht in Kombinationen, sondern getrennt zu verschreiben, weil man sie dann entsprechend den Bedürfnissen der Expektorationserleichterung am Tag und der Hustenstillung im Schlaf individuell dosieren kann.'**

(F. Hoff, Behandlung Innerer Krankheiten)

Zur Therapie beim akuten und chronischen bronchitischen Syndrom  
Empfohlene Dosierung: morgens und mittags je eine gelbe Tagkapsel (90 mg Guejakolglycerinaether, 75 mg Etamiphyllin HCl)  
ebends: eine blaue Nachtkapsel (35 mg Codeinum siccum, 20 mg Chlorphenoxamin HCl)  
- durch unverwechselbare Farbgebung

ohne Risiko von Einnahmefehlern - Nebenwirkungen: bisher keine bekannt  
Kontraindikationen - für Codein: Emphysem, Asthma, Atemdepression.  
Longtussin I.O.P. zu 20 Kapseln (12 Tag- und 8 Nachtkapseln) DM 9.80 m. MWSt.



**Teeschner & Co. 8831 Kipfenberg**  
Seit 80 Jahren mit der Problematik des Hustens vertraut.

## 100 Jahre Ärztlicher Kreisverband Traunstein

Am 8. Oktober 1971 konnte der Ärztliche Kreisverband Traunstein seine vor 100 Jahren erfolgte Gründung festlich begehen.

Der Vorsitzende des Ärztlichen Kreisverbandes Traunstein, Herr Kollege Dr. med. Chr. GRUBER, Augenarzt in Traunstein, konnte über 200 Ehrengäste und Kollegen willkommen heißen.

Die Grüße der Bayerischen Landesärztekammer überbrachte deren Präsident, Herr Senator Professor Dr. Hans J. SEWERING.

Den Festvortrag „Medizin in unserer Zeit“ hielt Herr Professor Dr. W. HIRSCH, Chefarzt des Städtischen Krankenhauses Traunstein.

Herr Dr. Paul KELLNER, Traunstein, hat in den „Chiemgau-Blättern“, eine Beilage zum „Traunsteiner Wochenblatt“, den nachstehend wiedergegebenen Rückblick geschrieben, der den Wandel des Arztberufes in den zurückliegenden 100 Jahren deutlich werden läßt: „König Ludwig II. hatte 1871 durch eine Kabinettsorder die ärztlichen Bezirksvereine ins Leben gerufen und damit das Interesse des Staates an der ärztlichen Arbeit und am Zusammenschluß der Ärzte erstmals dokumentiert. Auf der einen Seite erwartete der Staat vom Arzt einen tüchtigen und zuverlässigen Helfer für Kranke und Verletzte und auf der anderen Seite auch für die Gesunderhaltung der Bevölkerung. Den Ärzten versprach er einen gewissen Schutz der ärztlichen Tätigkeit, der beruflichen Belange und er hob das Ansehen der Ärzteschaft erheblich über das bisherige Maß. Der Begriff des ‚Wundarztes‘ wurde endgültig beseitigt und die Arbeit des Arztes von der der Hebamme und des approbierten Baders deutlich abgegrenzt. Der Staat schlug sich endgültig und eindeutig auf die Seite des approbierten Arztes und damit auf die Seite der klaren, verstandes- und vernunftgemäßen, beweisführenden Naturwissenschaft.

Ungefähr zu dieser Zeit wurde auch die vielerorts geübte Bedingung verlassen, bei der Wiederbesetzung eines verwaisten Arztsprengels die Arztwitib ehelichen zu müssen; dies war eine einfache, aber grobe Art der Versorgung ärztlicher Hinterbliebener.

Der große Arztmangel der damaligen Zeit veranlaßte reichere Gemeinden und insbesondere Schloßherrn, das sogenannte Doktorhaus kostenlos zur Verfügung zu stellen und Deputate in Form von Lebensmitteln und Holz zu gewähren. Ganz ausgestorben ist diese Art, Ärzte zu gewinnen nicht; eher lebt sie wieder auf. In Grabenstätt war es ähnlich. Zu diesem Arztsprengel gehörte seit alter Zeit das untere Achenal und das Trauntal bis Ruhpolding. Erst 1841 wurde Ruhpolding selbständig mit der Auflage, das isolierte österreichische Unken mitzuversorgen. Das geht über unsere heutige Vorstellungskraft. Allmonatlich, möglichst bei Vollmond, fuhr den letzten, der noch diese Bürde tragen mußte, den damals noch jungen Dr. Pauer, den

späteren Traunsteinern allseits beliebten und bekannten Sanitätsrat Dr. Pauer, der Kutscher mit der Doktorchaise zum Staubfall. Dort wartete ein zuverlässiger, wegekundiger Jäger und begleitete ihn nachts mit der Laterne hinauf ins Heutal. Beim damals steilen und schwierigen Abstieg brachte ihn ein Österreicher hinter zum Kramerwirt, wo ihn im Morgengrauen Bader und Hebamme zu Rat und Anweisung erwarteten. Eine mehr oder minder große Schar von Verunglückten und Kranken suchten seine Hilfe. Auch das ‚Zahnbrechen‘ mußte gekonnt sein, wenn die Baderkünste versagt hatten. Zum damals noch oft geübten Aderlaß war keine Zeit; das war Sache des Baders. Einmal war es dem Dr. Pauer nicht möglich, zur Abendzeit rechtzeitig den Rückweg anzutreten. Er vermochte in schwerer Arbeit eine Kreißende zu entbinden (wir würden heute sagen: nach Braxton-Hicks). Trotz der späten Nachtstunde nahm der Arzt den achtstündigen Rückmarsch auf sich.

Sein Kollege in Reit im Winkl, der Vorgänger des Kollegen Hailer, hatte es da noch etwas leichter. Er konnte alle paar Wochen von Reit im Winkl, das damals das bayerische Sibirien hieß, mit Pferd und Wagen über das österreichische Kössen und den noch recht unwirtlichen Klobensteinpaß nach Schleching ins Bayerische zur Arbeit fahren. Auf der Rückfahrt war er dann Gast bei seinem ebenso trinkfreudigen Kollegen in Kössen. Noch vor dem zweiten Weltkrieg wurde in Reit kolportiert, das gescheite Roß habe seinen vom Geist des Tiroler Roten noch gefangengehaltenen Herrn sicher durch die Schlucht hinauf und ins Bayerische gebracht.

Die Landpraxis war schon immer körperlich schwer und anstrengend und forderte robuste Naturen. Wahrscheinlich gehen die Anekdoten vom groben Landdokter zum Teil darauf zurück.

Bei ihren oft tagelangen Überlandfahrten mußten sie auch in der Apothekerei erfahren sein. Apotheken gab es ja noch weniger als Ärzte. Sie führten deshalb eine Reiseapotheke mit sich, um an Ort und Stelle notwendige Medikamente zubereiten zu können. Die Rezepte von damals sind auch für heutige Apotheker schwer lesbar. Sie enthalten, wie wir uns überzeugen konnten, meist bis zu 25 einzelne Medikamente, die in verschiedener Weise zubereitet und dann gemischt wurden.

Die Reiseapotheken entsprachen ihrer Form und Einrichtung nach fast den Reisealtärchen, denen sie wahrscheinlich nachgebildet wurden. Es waren kubische Kästchen, die man nach Aufklappen des gewölbten Deckels wie Flügel nach beiden Seiten öffnen konnte. In Schublädchen und Nischen waren Gefäße für Tinkturen und Pulver untergebracht. Durch das Öffnen der Flügel wurde ein schmales Tischchen frei, auf dem mit feiner, zierlicher Waage, die sich mit den alten Gewichten im Sockel befand, gearbeitet wurde.“



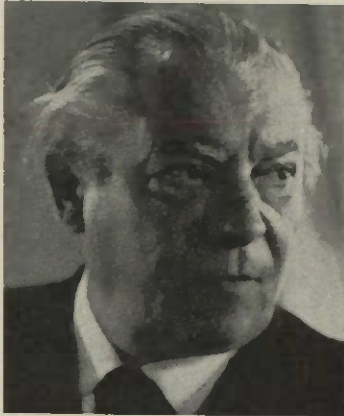
# ARZT UND ATHLET

SPORTMEDIZIN IN STADION UND PRAXIS  
BEILAGE ZUM BAYERISCHEN ÄRZTEBLATT

Nummer 4

München, Dezember 1971

6. Jahrgang



## OMR Dr. Franz Friedrich 75 Jahre

Am 9. November 1971 konnte Herr Obermedizinalrat Dr. med. Franz FRIEDRICH, Allgemeinarzt in München, seinen 75. Geburtstag feiern. Herr Kollege Friedrich befaßte sich schon während des Studiums mit der Sportmedizin. Bereits im Jahre 1930 wurde ihm das Sportarzt-Diplom verliehen. Im gleichen Jahr erfolgte die Herausgabe des ersten Lehrbuches für den Sanitätsdienst der Deutschen Bergwacht. Dazu kommen zahlreiche Arbeiten aus dem Gebiete der Sportmedizin.

Vom Deutschen Sportärztebund wurde Herr Kollege Friedrich zum Referenten für Wintersport und Bergsteigen bestellt und mit der Leitung von Ausbildungskursen für diese Sportgebiete betraut. Die „Friedrich-Kurse“ sind über die Grenzen der sportmedizinischen Vereinigungen und der Bundesrepublik hinaus bekannt geworden. 1959 wurde ihm vom Deutschen Sportärztebund die Ruhemann-Plakette verliehen. Dieser folgte dann die Verleihung des Goldenen Ehrenskies.

Vor einigen Wochen wurde Herr Kollege Friedrich während der Delegiertenversammlung des Deutschen Sportärztebundes in Würzburg zum Ehrenmitglied vorgeschlagen.



*Allen Kolleginnen und Kollegen*

*wünscht*

*die Vorstandschaft des*

*Bayerischen*

*Sportärzte-Verbandes e.V.*

*frohe Weihnachten*

*und ein gutes neues Jahr!*

*Dr. med. Eugen Gossner*

*Landesvorsitzender*

# Ein Beitrag zur Alterssportmedizin\*

von J. Schmidt

In einem Streitgespräch sagt der Münchener Komiker Karl VALENTIN über seinen Sohn Pepperl: „I war doch aa amal jung, vielleicht jünger wie der daa...“. Dieser komische Satz würde hintergründig, wenn ihn die alten Langstreckenläufer im Hinblick auf uns sprächen: „Wir weren aa amal jung, vielleicht jünger wie die...“, weil diese Alten nämlich, als sie so jung waren wie wir, bereits gelaufen sind. Und wer läuft, wer sich täglich ausreichend bewegt, der ist jünger als ein anderer, und mag der noch so „gleichaltrig“ sein.

In dieser Erkenntnis steckt ein Programm für uns Alternde, und es zeigt, wie wir in unseren zwar interessanten, aber voller Gefährdungen steckenden Zeiten einen guten Weg zu einem lebenswerten Alter finden können.

Denn eines ist wohl klar: eben jene Technik und die Errungenschaften einer großartigen angewandten Wissenschaft, die uns helfen, das Leben um Jahrzehnte zu verlängern, leisten einen unheimlichen Beistieg, durch vielerlei Lasten und Belastungen diese gewonnenen Jahre wieder zu kürzen oder schwer erträglich zu machen.

Wenn ich autgetordert worden bin, etwas zum Thema „Sport und Alternsforschung“ zu sagen, so weiß ich mich angesprochen gleichsam als Dolmetscher und Interpret zugleich, der übersetzen und erklären soll, was Wissenschaft und Erfahrung dazu bisher zu sagen haben.

Ich will zunächst einige der interessanten Forschungsergebnisse vortragen, werde dann sagen, welche Konsequenzen sich daraus ergeben, und schließlich, welche Bedeutung den Ergebnissen eines vernünftigen Alterssports dem Sport überhaupt zukommt.

## Die biologische Wirkung des Langstreckenlaufes

1. Zunächst muß ich noch einmal kurz den Hintergrund aufrollen, auf dem sich Sport und Alternsforschung begegnen; sie finden nämlich ein gegenseitiges Interesse an der einfachen Tatsache, daß mit dem Altern

die körperliche Leistungsfähigkeit und die biologische Anpassung nachlassen. Denn es entsteht die Frage, ob das denn ein unabdingbarer Ablauf sei. Sie kennen wahrscheinlich die graphische Darstellung der körperlichen Leistung in den Lebensaltern: Die Leistungskurve steigt in der Jugend an, hat etwa in den zwanziger Jahren ihren Höhepunkt und fällt dann mit der Neigung zum Ende des dritten Lebensjahrzehntes schon wieder ab, um weiterhin mehr oder weniger langsam aber ständig abzusinken.

Dieser ganz offensichtlich altersabhängige Leistungseffekt ist aber nicht auterzwungenes Schicksal. Es gibt zwar ein in der Anlage begründetes Altwerden, und ein Mann, der im 90. Lebensjahr die 5000 m noch im 7-km-Tempo läuft, hat eben auch die richtigen Eltern gehabt; aber, was nützen ihm die besten Erbanlagen für ein hohes Alter, wenn er selbst das Talent, in Gesundheit alt zu werden, nicht ausgegraben und mit Eifer gemehrt hätte. Auch die guten Veranlagungen müssen wir im Grunde erst erwerben, um sie zu besitzen. Es gehört, wie ich meine, zum Bedeutendsten im Leben überhaupt, die ureigenen Anlagen und Möglichkeiten richtig zu entfalten, und es wäre eine eminent wichtige pädagogische, vielleicht medizinisch-pädagogische Aufgabe, das zu erkennen und hervorzuholen, was für den einzelnen das Richtige ist. Wer weiß denn heute noch, daß „Tugend“, dieses abgegriffene Wort, eigentlich „richtig leben“ heißt?

Das ist also das eine, die gute Anlage, und das zweite ist, das Angelegte richtig zu entfalten.

2. Im übrigen eber läuft die Lebens- und Leistungskurve doch bald mehr oder weniger steil abwärts. Und da hat sich etwas Merkwürdiges gezeigt: je mehr die biologischen Kräfte in Anspruch genommen werden, um so stärker können sie sich entfalten. Ein bestimmter Reiz lockt nämlich eine entsprechende Reaktion hervor, und die ist so, daß — auf die Dauer — der nächste Reiz schon stärker sein muß, um überhaupt noch wirksam zu werden.

Auf die richtigen Reize kommt es an! Der beste Reiz

tür das Herz z. B. ist — Sie können es sich wohl denken — ein guter Dauerlauf! Nichts macht das Herz so schlagkräftig, den Puls so ruhig, den Kreislauf so stabil in nüchternen Äußerungen heißt das so:

Die am besten auf Ausdauer Trainierten haben die größten und leistungsfähigsten Herzen, und zwar bis in ein hohes Alter hinein; — bis in das siebte Lebensjahrzehnt ist die mit dem Körpergewicht verglichene Herzgröße nachweislich trainierbar, und bis in dieses Alter erbringt der Trainierte mit der gleichen Herzgröße eine wesentlich bessere Leistung als der Untrainierte.

Und weiter: Das Herz schlägt bei den Trainierten in Ruhe ausgeglichener und das heißt, langsamer; aber in Arbeit und beim Sport ist es zu einer weit schnelleren Tätigkeit fähig als das der nicht Trainierten, bei denen die höchstmögliche Herzschlagzahl in der Zeit mit zunehmendem Alter immer kleiner und deshalb die Leistungsfähigkeit immer geringer wird.

Wir selbst haben feststellen können, daß die Herzen alternder Langstreckenläufer auch in einem viel regelmäßigeren Rhythmus schlagen als bei anderen und nicht die häufige Unregelmäßigkeit des alternden Herzens festzustellen ist. Dr. LANG, einem Meister in der Erforschung der Herzarbeit, ist sogar der Nachweis gelungen, daß die Pumparbeit des Herzens bei den Trainierten wesentlich besser ist als bei denen, die nicht so viel laufen. Auch der Blutdruck ist bis in das siebte Lebensjahrzehnt bei den Läutern niedriger als bei den nicht laufenden Gleichaltrigen. Vor allem sind die Adern der Läufer geschmeidiger; ihre Pulswellengeschwindigkeit ist langsamer, und die elastischeren Arterien können die Arbeit des Herzens besser unterstützen. Auch konnte nachgewiesen werden, daß die Beine der Trainierten besser durchblutet sind als die der Nichttrainierten.

Nochmals und in einem zusammenfassenden Satz: der Kreislauf, der heute bei den Alten am häufigsten vom schnellen und vorzeitigen Altern betroffen wird, ist bei den meisten der alten Langstreckenläufer biologisch erstaunlich jung geblieben. Und das Blut in diesem Kreislauf enthält — auch das haben unsere Untersuchungen ergeben — nicht so viel Fett, die-

\*) Vortrag anläßlich einer Festveranstaltung zu Ehren der alten Langstreckenläufer in Bad Brückeneu am 26. September 1970.

sen für die Arterienverkaikung so verhängnisvollen Stoff. Auch die Atmungsleistung, die ja im Alter die Leistung zunehmend begrenzt, ist bei Ausdauersportlern besser und ökonomischer.

Alle diese Erkenntnisse, die aus neuen und neuesten Untersuchungen und zum größten Teil aus den in Bad Brückenau bei unseren Untersuchungen gewonnenen Meßwerten stammen, sind wie ein Aufruf an uns alle, uns doch diese jung erhaltende „Medizin“ nicht entgehen zu lassen und Ausdauersport zu betreiben, und für uns Ärzte im besonderen ist es ein Aufruf, dieses gute Medikament auch zu verordnen. Ich selbst bin dabei, es anzupreisen, aber, wie könnte ich das besser als dadurch, daß ich auf viele aktive Läufer verweise. Sie haben Konsequenzen aus jenen Erkenntnissen gezogen, und davon soll nunmehr kurz die Rede sein.

#### **Laufen, bis ins hohe Alter sinnvoll**

Am besten, ich spreche in Kernsätzen, die gleichzeitig Richtlinien bedeuten:

a) Jede zumutbare sportliche Betätigung ist bis in ein hohes Alter hinein sinnvoll. Am wirksamsten zur Hemmung der Alternsvorgänge aber ist zweifelsfrei jedwedes **Ausdauertraining**.

b) Es gibt kein besseres Mittel, die hohe Leistungsfähigkeit der zwanziger Jahre aufrechtzuerhalten, als ein kontinuierlicher, ununterbrochener oder doch zumindest nicht zu lange Zeit ausgesetzter **Ausdauersport**. Er ist zugleich risikolos und am besten geeignet, Kreislauf und Stoffwechselforgänge zu stabilisieren.

c) Wer es bisher versäumt hatte, kann bis ins höchste Alter sich seiner Fähigkeiten zu mehr Bewegung bewußt werden und seinem Körper etwas mehr zumuten als bisher. Nachweislich effektiv, gemessen an der höchstmöglichen Sauerstoffaufnahme, ist der Beginn einer vermehrten Dauerbelastung allerdings nur bis ins siebte Lebensjahrzehnt.

Bei älteren Teilnehmern am 5000-m-Lauf haben wir eine kontinuierlich gute und nur langsam abfallende Leistung sogar bis zur Hälfte des achten Lebensjahrzehntes feststellen können.

d) Je älter der Mensch, desto vorsichtiger und um so langsamer stei-

gernd sollte ein Ausdauertraining vorgenommen werden.

e) Die am besten geeignete Sportart ist zweifellos das Laufen, zumal, wenn es der Alternde aus einem immer ausgiebigeren Gehen, beginnend mit dem Entschluß zum täglichen Spazierengehen, entwickelt, und zwar über ein abschnittsweise schnelleres Gehen, vielleicht auch mit kleinen Steigungen.

f) Je höher das Alter, desto skeptischer sind Sportarten mit abrupten Belastungen zu wählen. Dazu gehören Spiele und auch das Turnen. Wer aber von Jugend auf turnt und spielt, der wird mit zunehmendem Alter mehr den Ärger mit Uneinsichtigen zu fürchten haben als einen wohl-dosierten Sport.

Das ist es: ein wohltuender, ein freundlicher Sport, spielerisch und besonnen zugleich, der dem Leben jene Würze gibt, die es lebenswerter macht.

#### **Absichtsloser Sport**

Und mit dieser Feststellung möchte ich eine dritte, eine, wie ich meine, entscheidende Bedeutung der Verknüpfung von Sport und Altersforschung ansprechen, und zwar in jener noch kaum bedachten, aber interessanten Frage formuliert, die da lautet: welche Bedeutung haben der Alterssport und die mit ihm gewonnenen Erfahrungen für den Sport überhaupt? Einmal die Frage gestellt, kommt eine Fülle von bemerkenswerten Antworten, denen ich gern etwas nachgehen will.

Da finde ich erstens: der Sport der Alten ist Sport um des Sportes willen; er hat mehr mit Muße zu tun als mit Arbeit. Er ist in sich selbst sinnvoll, und er ist am schönsten und richtigsten, wenn er nicht mit einem „um zu“, nicht mit einem „damit“ verknüpft wird, nicht „um zu gewinnen“ oder „damit ich etwas bestimmtes erreiche“; ja, eigentlich nicht einmal, „damit ich gesund bleibe“. Wer den Sport so absichtslos betreibt, der bleibt einfach gesund und gesünder als jeder andere. Verstehen Sie jetzt, warum ich meine, daß, wer den Sport um seiner selbst willen betreibt, einfach mehr von ihm hat? Das ist etwas, das man im allgemeinen Sport mehr, viel mehr verstehen sollte; er würde entkrampfter, wie gesagt, freundlicher, und das kann er vom Alterssport lernen.

Zweitens zeigt der Alterssport, daß

der Sport für jeden da ist und einem jeden möglich ist. Er gehört doch zum Menschen notwendig, weil der Mensch ein bewegungsbedürftiger ist und er gehört wesentlich zu ihm, weil der Mensch ein spielerischer ist und eben auch etwas ohne ausgesprochenen Zweck, einfach nur, weil es ihm gefällt, tun kann.

Drittens kennt ein alter Mensch im Sport die Maßstäbe. Das ist ein Grundsatz für den Aitherrrenlauf in Bad Brückenau. Jeder läuft das ihm angemessene, das von ihm durch häufiges Laufen erworbene Tempo. Jeder freut sich, wenn er gewinnt, aber er ist nicht hier um des Gewinns willen, und er wird nie leichtfertig das Risiko des letzten sich Ausgebens einsetzen. Ganz im Gegenteil, er ist hier, einfach um teilzunehmen, um der Freude willen, so viele Gleichgesinnte zu finden und mit ihnen Gedanken und Erfahrungen auszutauschen; er ist auch hier, um seine Leistung an der der anderen zu messen, aber nicht, um der bessere zu sein, sondern einfach, um zu sehen, wo derzeit sein Platz ist.

Von dieser Grundhaltung her kann der Sport etwas lernen. Nicht der Leistungssport, das versteht sich von selbst; aber der Leistungssport ist ja der Sport sehr junger Jahre und nur einer verhältnismäßig kurzen Zeit, und er ist, jedenfalls als Hochleistungssport, einseitig und insofern ganz und gar nicht beispielhaft. Doch ist der Hochleistungssport wie ein großartiges Experiment für das, was ein Mensch an extremer körperlicher Leistung vermag.

Für den Sport eines jeden aber ist nicht der auf Hochleistung betriebene, sondern der auf eine gute und angemessene Leistung bedachte Sport der richtige. Wenn mancher einsichtiger wäre, hätte er größere Aussichten, durch Sport an Gesundheit zu gewinnen.

Dr. SCHNABEL, der hervorragende Läufer der Ältesten, hat vor einem Jahr auf unserer Konferenz so eindringlich und uns Jüngere überzeugend von der Sophrosynä, von der Besonnenheit, gesprochen, und ich meine, diese sollte auch die Jugend in ihre Freude am Risiko und am Ehrgeiz mischen.

Und noch etwas, viertens: Wir sind in unserem Tun und Lassen bereits von so vielerlei Einflüssen „aufgelenkt“ und verbildet, und wir finden uns schon nicht mehr gut

zurecht, so daß der weise Satz des Sokrates „Tugend ist Wissen“ heute eine ganz aktuelle Bedeutung gewinnt. Er besagt: „Wie man recht ist“ und „wie man es richtig macht“, hängt davon ab, daß man etwas zur Sache weiß. Und Wissen erhält der Mensch heute nur durch gute, wohl abgewogene und immer auf den ganzen Menschen blickende, glaubwürdige Informationen von Fachleuten. So weiß wir es selbst können, wollen wir gerne diese Wissensvermittlung mit allen Kräften geben und fördern und uns auch etwas einfallen lassen, damit sie besser sei und besser ankomme.

Das scheint mir für den Alfernden und Alfen besonders wichtig zu sein, daß er gut informiert wird. Geht es doch darum, zu verstehen, daß es weniger darauf ankommt, wie alt ein Mensch ist, sondern vielmehr darauf, wie er alt ist, denn, und dieser Satz, zu einem Alten gesprochen, ist einer Wiederholung wert: „Das Beste liegt noch vor Dir, des Lebens Rest, auf den der Anfang zielte“ \*).

## Symposium Sportmedizin – Turnphilologie

Zum dritten Male bot die Orangerie des Schlosses Weißenstein in Pommersfelden eine imposante Kulisse für die gemeinsame Tagung der Sportmediziner, Turnphilologen und Lehrer, die in einem Symposium zwei Tage lang zusammen waren, Referate hörten und diskutierten, inwieweit man die bestehenden Verordnungen den Turnunterricht betreffend durch praktische Vorschläge ändern und dadurch verbessern könnte. Die Tagungs- und organisatorische Leitung hatte wiederum Dr. K. J. HOFER aus Steppach.

Der Landesvorsitzende des Bayerischen Sportärzte-Verbandes Dr. E. GOSSNER, Haunstetten, konnte ca. 120 Teilnehmer, die Referenten, sowie den Hausherrn des Schlosses, Graf Dr. SCHÖNBORN, und den Landrat Dr. G. DASSLER, Höchstädt/Aisch, begrüßen. Besonders herzlich empfangen wurden Professor Dr. GROLL, Wien, und Professor Dr. SCHÖNHOLZER, Magglingen/Schweiz. Das Generalthema des diesjährigen Symposiums war die „Forderung nach der täglichen Turnstunde“.

Professor Dr. Groll, Leiter des Hochschulinstitutes für Leibeserziehung in

Folgendes noch als fünftes zum Schluß: Der Alterssport fördert den Dialog zwischen den Generationen mehr, als manches andere das zu tun vermag. Pflegen und bewahren wir – auch im Sport – bewußt diese Aussprache, damit sie nicht durch eine Auflehnung der Jungen abgebrochen oder durch ein autoritäres Gebaren der Alten unterbunden werde.

Auch der Jugendliche ist – obgleich er es nicht bewußt sieht – ein auf das Alter Zugehender, und er bemerkt, daß er in seiner Jugend die Ansätze finden muß, damit dieses – sein Alter – überhaupt ersrebenswert wird. Die elfen Langstreckenläufer zeigen ihm, welche Lampe er mitnehmen sollte in seinen Lebensabend.

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. J. Schmidt, Medizinische Universitäts-Poliklinik, 8520 Erlangen, Östliche Stadtmauerstraße 29

\*) Robert BROWNING, zit. E. SCHOMBURG: Frohes Alter durch seelische Gesundheit. In: F. HEIN und K. FRANKE: Der vorzeitig verbrauchte Mensch. Stuttgart (Enke) 1964, S. 340.

Wien, nahm gleich als erster Referent dieses Thema auf und sprach über „Ergebnisse eines Schulversuches mit einer täglichen Turnstunde aus pädagogischer Sicht“. Die Bedenken gegen die tägliche Turnstunde sollten nach seiner Ansicht durch ständige Aufklärung beseitigt werden. Dazu hat ein Schulversuch in den Jahren 1964/65 in Wien wertvolle Erkenntnisse geliefert.

Es sollten folgende Fragen geklärt werden: Welchen Einfluß hat eine tägliche Turnstunde auf Lernbereitschaft und Schulfreudigkeit? Welche Absicht hat sie auf die motorischen Leistungen der Schüler? Welchen Einfluß hat sie auf die Lernleistungen? Wie wird sie von Kindern, Eltern und Lehrern aufgenommen? und schließlich: Wird der Schulbetrieb dadurch beeinträchtigt oder gefördert?

Zu diesem Versuch wurden vier Versuchsklassen und vier Kontrollklassen an zwei Stadtrandschulen und zwei Schulen im Stadtkern herangezogen. Dabei mußte das Wochenstundenmaß von 28 Stunden eingehalten werden.

Für die vermehrten Turnstunden entfielen Stunden im Lesen und anderen

Schulfächern. Die Kontrollklassen hatten ihre üblichen zwei Wochenstunden Turnen, die Versuchsklassen fünf. Am Anfang, in der Mitte und am Ende des Versuches wurden Tests nach einem Punktsystem durchgeführt. Die Ergebnisse waren sehr interessant.

An dem Gesundheitszustand der Versuchsklassen gegenüber den Kontrollklassen ergab sich keine wesentliche Veränderung. Zwar schnitten bei den Turnleistungen die Versuchsklassen besser ab, doch war der Unterschied in den Leistungszunahmen nicht beträchtlich.

Unverkennbar war der günstige Einfluß der vermehrten Turnstunden auf die Prägung des Persönlichkeitsbildes im Arbeitseifer, in der Lern- und Schulfreudigkeit, in der Kontaktfähigkeit, der Schuldisziplin und im Gruppenverhalten in und außerhalb der Schule. Die Lernleistungen der Turner hielten einen Vergleich mit anderen Stand, ja, sie übertrafen diese sogar.

Als besonders erfreulich wertete der Referent die Tatsache, daß auch die Gegenübersetzung von einzelnen Schülern günstigere Ergebnisse in den Lernleistungen und im Persönlichkeitsbild erbrachten. Aus Elternkreisen kamen zustimmende Urteile. Die Eltern berichteten, daß die Kinder daheim viel leichter zu bändigen seien, weil sie sich in der Schule austoben konnten. Die Lehrkräfte wurden zwar physisch stärker belastet, aber die Führung des Unterrichtes wurde durch die tägliche Turnstunde besser.

So ergab dieser Versuch, wie ähnliche in anderen Ländern, keinerlei pädagogische Bedenken gegen eine tägliche Turnstunde. Allerdings erfordert es eine Umstellung des altingesessenen Stoffkanons zugunsten der Leibesübungen.

### Für die tägliche Turnstunde

Ähnliche Ergebnisse brachten Versuche an der Realschule in Herrenberg, über die Privatdozent Dr. H. RIECKERT, Ulm, berichtete. Hierbei wurde im Jahre 1968 aus vier Klassen eine Sportklasse ausgewählt, die in der Woche sechs Turnstunden hatte, gegenüber zwei in einer Kontrollklasse.

Auf dem Sportplatz zeigte sich kein Trainingseffekt dieser täglichen Turnstunden, weil die Kinder der Kon-



trollklasse am Nachmittag so viel Bewegungsfreiheit hatten, daß sich ihr Bewegungsmangel vom Vormittag ausglich. Nur durch ein Höchstleistungstraining, bei dem der Puls eine Frequenz von 180 bis 200 Schlägen pro Minute erreicht, wäre ein Trainingseffekt zu erzielen. Ein solches Training bedeutet keine Gefahr für ein Kind, denn es hört auf, wenn es überbelastet wird. Die Sportklasse von Herrenberg wurde auch mit einer Klasse aus Winnenden verglichen. In den Dauerleistungen waren beide Schulklassen gleich, nur in der Geschicklichkeit zeigte sich ein Trainingseffekt.

Allerdings bezogen sich die Befunde bei diesen Untersuchungen lediglich auf das kardio-pulmonale System. Am Schluß plädierte jedoch der Referent für die Einführung der täglichen Turnstunde, da diese dem Haltungs- und Bewegungsapparat und somit der Gesamtheit der körperlichen Ertüchtigung zugute kommt.

Professor Dr. Schönholzer referierte über des Thema „Ab welchem Alter und in welchen Sportarten ist Leistungssport in den Schulen vertretbar, ohne körperliche Schäden (Herz und Kreislauf) zu nehmen“. Dazu gab er einen umfassenden Überblick über die einzelnen Entwicklungsphasen des Menschen. Mit dem sechsten Lebensjahr kommt das Kind in die Phase der motorischen Fähigkeiten wie Hüpfen, Springen und Werfen. Vom zehnten Lebensjahr an kann sich der Mensch manipulieren und erreicht vom 16. bis 21. Lebensjahr seine optimale Leistungsfähigkeit, die künstlich gesteigert werden kann. Doch bringt das zweite Lebensjahrzehnt die größten Schwierigkeiten, weil es auch die Pubertätszeit umfaßt. Als Bewegungsanreize müssen hohe Anforderungen gestellt werden, unerschwellige Reize sind wirkungslos, überstarke schädlich. Hauptziele des Schulsports sind die Vermittlung der nötigen Bewegungsreize, die Vermeidung von Zivilisationsschäden, die Fixierung einer guten Gewohnheit der körperlichen Aktivität und die Angewöhnung einer vernünftigen Lebensweise.

Der Redner wies dann in kurzen Worten auf die gemeinsamen Ziele in der Schweiz und in der BRD das Schulturnen betreffend hin: Das Schulturnen muß als obligatorischer Unterricht aktiviert werden. Der Schulsport

als fakultative Möglichkeit im Rahmen der Schule soll allgemein eingeführt werden, unter Bildung von Wahlgruppen. Der systematische Lehrlingssport muß eingeführt werden, wobei die Berufsschulen für den Sportunterricht verpflichtet werden sollen.

Nach der Frage der Sportarten sagte der Referent, daß die Aktivität im Interesse der allgemeinen Fitness liegen soll und daher nicht zu früh und zu ausgesprochen nur in einer Spezialisierung betrieben wird. Der Spitzensport soll als Einzelfall gefördert werden.

Im wesentlichen soll durch den Schulsport, vor allem in der zweiten Dekade, die Gewohnheit sportlicher Aktivität für das ganze Leben fixiert werden. Um dieses Ziel zu erreichen ist ein praktisch-sportlich, pädagogisch und biologisch vorgebildeter Lehrer Voraussetzung.

#### Viel Unlust

Oberstudiendirektor E. WAHL, Leiter des Hochschulinstituts für Leibesübungen an der Universität Erlangen, sprach über die Wechselbeziehungen zwischen der praktischen Sportbetätigung und den biologischen Wirkungen und Auswirkungen innerhalb einer Unterrichtsstunde. Er wies eingangs auf die Sorgen der Sportpädagogen hin wie mangelnde Übungsstätten, sinkendes Interesse, Unlust vor jeder Anstrengung. Bei den biologischen Auswirkungen ist die Pelette sehr breit gefächert.

Je mehr die technisierte Welt auf die leibliche Tätigkeit verzichtet, um so mehr nehmen zivilisatorische Krankheiten zu, die durch sportliche Betätigung ausgeglichen werden können. Neben die Vermittlung sportlicher Fertigkeiten tritt heute die Förderung motorischer Grundeigenschaften wie Kraft, Ausdauer und Gewandtheit, welche die aus gesundheitlichen Gründen notwendige Reizwirkung vermitteln. Als Gefahren der heutigen Zeit sah der Referent die Politisierung des Sports in der Schule, die Überbetonung des Leistungssportes, die Einseitigkeit oder zu große Vielseitigkeit durch mangelnde Planung und falsch verstandene Freizügigkeit und die Unterbelastung der biologischen Anforderungen.

Die tägliche Sportstunde wäre eine gute Lösung. Für viele Kinder und Jugendliche ist die Unterrichtsstunde

Im Sport die einzige Zeit, in der sie sich bewußt körperlich bewegen. Dabei sind solche Leibesübungen besonders wertvoll, die mehrere Aufgaben erreichen. Hier ist das Spiel von besonderer Bedeutung. Zur Leibeserziehung gehört Verzicht auf Bequemlichkeit, körperliche Anstrengungen sollen nicht vermieden, sondern sportlich gesucht werden. Zu den Beweggründen gesundheitlicher Art müssen als andere Motive Freude und Geselligkeit kommen.

Sportliche Askese ist weder lebensfeindlich noch unfroh, sondern aktiv und initiativ. Sie richtet sich nicht gegen die Welt, sondern nimmt sie voll in Anspruch. Echte Leibeserziehung ermöglicht ein erfülltes Leben.

„Leistungssport bei Mädchen, inwieweit gemeinsamer Sport und Wettkampfsport mit der männlichen Jugend“, lautete das Thema des Vortrages von Frau Dr. I. BAUSENWEIN, Dozentin für Sportmedizin an der Universität Erlangen. Sie ging von der bisherigen Auffassung aus, daß im Leistungssport für Jungen und Mädchen Unterschiede bestehen. Während man früher die Verschiedenartigkeit der Geschlechter in den Vordergrund gestellt hat, bemüht man sich heute um die Gemeinsamkeiten. Diese nivellierende Tendenz spiegelt sich auch im Leistungssport wider.

Da sich im Schulsport durch die koedukative Erziehung Vorteile ergeben, stellte Frau Dr. Bausenwein die Frage: Was sagt die Sportmedizin dazu? Sie berichtete über einen großangelegten Versuch an amerikanischen High-Schools mit einschlägigen Ergebnissen. Danach wollte die Hälfte der Jungen lieber mit Gegnern ihres Geschlechtes kämpfen, während zwei Drittel der Mädchen männliche Gegner bevorzugten. An Hand genauer medizinischer Daten legte die Referentin dar, daß die Mädchen in ihrer Pubertätsentwicklung den Knaben zwei Jahre vorausellen.

Vom medizinischen Standpunkt ist eine gemeinsame sportliche Betätigung bis zum elften Lebensjahr durchaus möglich. Bis zum 13. Lebensjahr kommen die Mädchen nahe an die Leistungen der Knaben heran, weshalb dieser Abschnitt mehr als bisher für die Leistungen zu nutzen ist. Später beträgt der Leistungsunterschied zwischen Jungen und Mädchen 20% und kann auch nicht durch Training ausgeglichen werden.

### Problem der Freistellung

Ein unangenehmes Problem in der Leibeserziehung, das sich in den letzten Jahren immer mehr bemerkbar macht, brachte Oberstudienrat H. SCHATZ, Fachleiter für Leibeserziehung am Studienseminar Darmstadt, zur Sprache, als er auf die Befreiung von der Turnstunde einging. Er legte in gründlicher Weise die Aufgaben der Leibeserziehung in gesundheitlicher und musischer Sicht, im partnerschaftlichen Verhalten und im Bereich des Spiels dar. Bei einer Freistellung sind juristische, medizinische und pädagogische Aspekte zu berücksichtigen. Juristisch gesehen enthält die Schulpflicht auch die Teilnahme am Fach Leibeserziehung. Die Bestimmungen über die Befreiung

sind von Land zu Land verschieden. Sie kann nur vom Schulleiter oder Lehrer aufgrund eines ärztlichen Attestes ausgesprochen werden.

Der Hinweis des Referenten auf Gefälligkeitsatteste führte am Ende seines Vortrages zu einer engagierten Diskussion, in der die Problematik zutage trat, mit der ein Arzt zu tun hat, wenn er ein Attest zur Befreiung vom Turnunterricht ausstellen soll. Als pädagogische Gründe nannte Oberstudienrat Schatz Unlustgefühle, die auf negative Erwartungen zurückzuführen sind, fehlendes Geschick der Lehrer, mit schwerfälligen Schülern umzugehen und die Förderung von Spitzensportlern unter Vernachlässigung der anderen.

Dr. Kurt J. Hofer, Steppach

agogischen Hochschulen und Volksschulen) sowie im sportlichen Bereich (Referate und Unterrichtsmaterial für die Lendessportverbände, Fachverbände, Trainer, Athleten und Vereine) wird ein späterer Artikel gewidmet sein. Mit großer Freude sei heute festgestellt, daß der Sportarzt in die Weiterbildungsordnung der Bayerischen Landesärztekammer aufgenommen wird und damit auch der Titel anerkannt. Wir danken dafür Herrn Professor Dr. SEWERING, dem Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer und seinen Mitarbeitern.

Forschung und Praxis seien in zwei Schaubildern, den Tabellen 1 und 2, dargestellt, die insbesondere auch die institutionelle Seite deutlich darstellen.

Aus diesen Schaubildern geht die grundsätzlich verschiedene Aufgabenstellung deutlich hervor. Eine Zusammenlegung beider Institutionen durch eine gemeinsame Leitung ist nicht opportun. Dagegen sprechen verwaltungstechnische und medizinische Gründe. Die ganze Apparatur würde auch zu schwerfällig werden. Auch im Klinikbau ist längst das Departementsystem eingerichtet.

Noch ein Wort zur finanziellen Situation: Das Forschungsinstitut müßte durch die Universität bzw. das Kultusministerium getragen werden. Einnahmen werden durch die Bettenstation und die ambulante physikalische Therapie und Beratung (Poliklinik) möglich.

Die Untersuchungsstelle müßte durch die Bezahlung der Untersuchung von Leistungssportlern (DSB und Fach-

### Der Kommentar

In dieser Spalte spricht Dr. Eugen GOSSNER Theman an, die die Sportärzte und den Bayerischen Sportärzte-Verband besonders interessieren. Durch die sehr weite Verbreitung unseres neuen Blattes glauben wir, hier ein besseres Echo zu finden wie bisher, wo wir nur einen geringen Teil der Öffentlichkeit, der Ärzte, aber auch der Vereinsfunktionäre erreichen konnten. Wir werden Themen bringen, die uns sowohl als Sportler wie auch als Ärzte auf den Nägeln brennen.

## Sportmedizin Bayerns im Ausbau

Die Sportmedizin bedeutet für den sportlichen Bereich: Hilfe zu guter Leistung durch Beratung von Fachverbänden, Trainern und Athleten, Verhütung von Schäden durch exakte Erste Hilfe und spezielle Therapie sowie Beratung von Fachverbänden, Landessportverbänden und Vereinen.

Im medizinischen Bereich: Erarbeitung von wissenschaftlichen Daten für Klinik und ärztliche Praxis, Funktionsmedizin, präventive Medizin, und Rehabilitation.

Daher ist die Sportmedizin wie ein Brückenbauer zwischen zwei Ufern zwischen Medizin und Sport. Der Sportarzt und dessen Organisation steht mit einem Bein im Sport, mit dem anderen in der Medizin. Er hat ständig zu koordinieren, auszugleichen und zu jonglieren.

Von beiden werden Ansprüche gestellt, die jeweils mit dem anderen Partner abgestimmt werden müssen. Eine volle Integration in einer der oberen Bereiche ist nicht möglich. Und Ausgleich ist immer eine undankbare Sache.

Drei Grundsäulen sind vorhanden:

1. Forschung
2. Lehre
3. Praxis

Der Lehre im medizinischen Bereich (Universitäten, Fachhochschulen, päd-

#### Zentrales Untersuchungs- und Beratungsinstitut

Träger: Landesverband (BLSV) – DSB

Leitung: Beauftragter Sportarzt. Ihm unterstellt: Assistenten und zugezogene Ärzte (z. B. Orthopäde, Radiologe)

Verwaltung: Verwaltungsleiter nebenamtlich und eine Schreibkraft. Ärztliches Hilfspersonal: 1 MTA und Funktionsassistentin

#### Einweisende Stellen:

Fachverbände	örtliche Leistungszentren	Bayerische Sportakademie	praktische Sportärzte kommunale Untersuchungsstelle	Wasser-, Bergwecht Verheiraten-sport-Verband Filiegerärzte u.a.
--------------	---------------------------	--------------------------	---	---

- Unterabteilungen:
1. Aus- und Fortbildung: Trainer – Jugendleiter – Masseur – Vereinsfunktionäre – Stellung von Referenten
  2. Trainingsberatung allgemeine hygienische Fragen
  3. Talentsuche – Schulturnen
  4. Unterrichtsmaterial (Bildreihen – Filme – Referatensammlung)
  5. Dokumentation

Tabelle 1

Träger: Universität – Kultusministerium

Leitung: O. Professor für Sportmedizin (München: Orthopäde) mit Assistenten und wissenschaftlichem Beirat (Kinder-, Frauen-, Innere-, Sozialmedizin u. a.)

Unterabteilungen

Bettenstation	experimentelle Orthopädie mit Bewegungsstudio (Biomechanik)	physikalische Abteilung Therapie und Praxis Sportgeräteprüfung	Dokumentation
---------------	---	--	---------------

Tabelle 2

verbände) sowie Zuschüsse vom Kultusministerium, DSB und BLSV durchgeführt werden.

Diese Konzeption ist praktikabel und sollte von allen entscheidenden Stellen angestrebt werden.

**Kurz und Interessant**

Ein Problem für sich:

**Bayerischer Landessportbeirat**

Die erste Sitzung des Ausschusses für Fregen des Schul- und Jugendsportes am 7. Juli 1971

Die Sitzung sollte am Vormittag um 10.00 Uhr im Maximilianeum stattfinden. Ich habe meine Arbeit in der Klinik gar nicht aufgenommen und bin voll Begeisterung nach München gefahren. Ich dachte mir, daß hier grundsätzliche Dinge besprochen werden, über die Stellung des Sports in Theorie und Praxis sowie über Bildungs- und Werdegang der Sportlehrer. Nach meiner Ansicht sind für rein administrative Aufgaben die Herren des Kultusministers besser unterrichtet und auch zuständig. Es ist wohl keinem möglich, der sonst einen Beruf hat, hier mit Verordnungen sich so vertraut zu machen, daß er echt mitsprechen kann.

Ich dachte mir aber doch, daß dies das Gremium ist, um echte Meinungen zu hören, Diskussionen zu führen und zu Grundsatzbeschlüssen zu kommen.

Der Schlußsatz des Protokolls über diese Sitzung lautet: Da der Ausschuß durch die Anwesenheit von nur vier Mitgliedern nicht beschlußfähig war, wurde die Sitzung durch den stellvertretenden Vorsitzenden auf einen späteren Zeitpunkt vertagt.

Wie ich hörte, sollte die Sitzung im Herbst stattfinden. Schade um die

Zeit, schade die Bereitschaft, hier echt mitzuwirken. Gerade in einer Zeit, wo Gesundheit und Vitalität nicht mehr Instinkt, sondern Wissen ist. Und wer soll dieses Wissen vermitteln, wenn nicht die Schule. Die Erwachsenenfortbildung hat in dieser Richtung, wie Untersuchungen des sozialmedizinischen Instituts in Bern gezeigt haben, nur eine geringe Wirkung. Man kann nur hoffen, daß der Ausschuß in Zukunft doch noch zu einem echten diskutier- und beschlußfreudigen Gremium zur Beratung des Kultusministeriums wird!

Dr. E. G.

**Rettung durch Froschmänner und Hubschrauber**

Ein neuartiges Bergungs- und Rettungssystem wird bei den Olympischen Segelwettbewerben 1972 in Kiel erhöhte Sicherheit bieten. Am Rande der drei Regattabahnen wird jeweils ein Bergungszentrum verankert, von dem aus Rettungseinsätze koordiniert werden.

Die Vorteile dieses Systems: Bei Unfällen wird eine wirkungsvollere und schnellere Hilfe geleistet. Verletzte Sportler erhalten eine erste ärztliche Versorgung bereits in unmittelbarer Nähe der Regattabahnen. Die Segelbote werden zum Bergungszentrum und nach der Regatta geschlossen ins Olympiezentrum geschleppt.

Mutterschiffe der Bergungszentren sind über 40 m lange und fast 10 m breite Landungsboote, die bis zu 30 havarierte Finn-Dinghies und Flying Dutchmen an Deck ziehen können. Schwieriger ist die Bergung von Kielbooten; sie werden an der Backbordseite des Bergungszentrums festgemacht und abgeschleppt.

Wenn ein Boot manövrierunfähig geworden ist oder ein über Bord gegangener Segler Hilfe benötigt, werden Froschmänner zur Unfallstelle eilen. Ihnen stehen Schlauchboote mit Außenbordmotoren zur Verfügung, die Geschwindigkeiten bis zu 60 Stundenkilometern erreichen.

Bei Verletzungen werden Ärzte und Sanitäter bereits im Bergungszentrum Erste Hilfe leisten. Bei schweren Unfällen werden auch Hubschrauber eingesetzt, die auf dem nur wenige Kilometer entfernten Flugplatz Holtenua bereitstehen.

Erprobt wurde das neue Bergungs- und Rettungssystem erstmals bei den internationalen Kieler Regatten der Olympischen Klassen vom 28. August bis 4. September 1971, also genau ein Jahr vor dem ersten Start zu den Olympischen Segelwettbewerben.



Das Chemisch-analytische Institut Professor Dr. Fresenius, Wiesbaden, hat durch regelmäßige Kontrollen und eine Reihe von Stichproben eine bedenkliche Verschmutzung nicht nur der Seen, Flüsse und deutschen Küsten, sondern teilweise auch der Frei- und Hallenbäder nachgewiesen. In den Gewässern konnten die Industrieabwässer, pathogene Keime und in den Mündungen deutscher Flüsse sogar Wurmeier nachgewiesen werden.



Professor Dr. Josef SCHMIDT, Leiter der sportmedizinischen Abteilung der medizinischen Poliklinik in Erlangen, wurde in den wissenschaftlichen Beirat für die Olympischen Spiele in München berufen. Es ist ein umfangreiches wissenschaftliches Untersuchungsprogramm geplant, das die bisher bei Olympischen Spielen vorgenommenen Untersuchungen weiterführen, verbessern und durch neue Methoden ergänzen soll.

# Als Sportmediziner bei den deutschen Kanumeisterschaften

von H. Metthäus

Wie die beiden vorolympischen Wettkämpfe auf dem neuen Eiskanal in Augsburg zeigten, ist ein Kanuslalom durchaus ungefährlicher als etwa im Vergleich dazu ein Skiabfahrtslauf. Die gefährlichen und vorausgesagten Verletzungen auf dem sehr schweren 600 m langen Kurs sind ausgeblieben. Dies besagt viel, wenn man bedenkt, daß die Olympische Strecke am Eiskanal wohl die schwierigste Kanuslalomstrecke ist, die zur Zeit auf der Welt existiert. In früheren Zeitungsmeldungen wurde berichtet, daß die Strecke viel zu schwer und zu gefährlich sei. Diese Voraussagen haben sich nicht bestätigt. Obwohl das Wasser keine Balken hat, kann man bereits schon jetzt feststellen, daß die jüngste Disziplin im Olympischen Sport, der Kanuslalom, weit weniger gefährlich ist als manch andere Sportart.

Bei den beiden Veranstaltungen, den Internationalen Slalommeisterschaften, war der Wasserrettungsdienst pausenlos im Einsatz und es wurden an manchen Tagen bis zu 80 Boote, mit und ohne Fahrer, aus dem Wasser gezogen. Dabei gab es praktisch keine ernsthaften Verletzungen. Im Kanusport ist es Vorschrift, daß, insbesondere bei Wettkampferveranstaltungen, ein Sturzhelm getragen wird. Dies ist sicher ein wesentlicher Grund, daß es keine Kopfverletzungen gab. Der Sturzhelm ist insbesondere in dem Augenblick wichtig, wo der Fahrer kentert und mit dem Kopf unter Wasser kommt.

Jeder Wettkampffahrer beherrscht heute die sogenannte Eskimorolle, d. h., die Technik, sich nach der Kentertung mitsamt dem Boot wieder aufzurichten. Dabei bleibt der Kopf eine Zeitlang unter Wasser und ist dort Verletzungen durch im Wasser liegende Steine, Felsvorsprünge usw. ausgesetzt. Die künstlichen Hindernisse im Eiskanal sind jedoch so glatt und abgerundet, daß es kaum zu einer Kopfverletzung kommen kann. Das Wiederaufrichten im schweren Wasser mit der Eskimorolle erfordert einerseits eine ausgefeilte Paddeltechnik, andererseits einen erheblichen Kraftaufwand im Schultergürtel, in der Wirbelsäule und in der Hüftmuskulatur. Je nach Können und

Wasserschwierigkeiten müssen die Fahrer diese Eskimorolle während des Abfahrtslaufes mehrfach durchführen. Dabei kam es gelegentlich zu vorübergehenden akuten Halswirbelsäulensyndromen mit stark schmerzhaften Muskelverspannungen im Bereich des Schultergürtels (M. levator scapulae), der langen Rückenstrecker im Bereich der oberen Brustwirbelsäule und der Halsmuskulatur. Einige Fahrer zeigten Distorsionen im Schultergelenk bei dem mißlungenen Versuch, die Eskimorolle auszuführen.

Die häufigsten Verletzungen zeigten sich am Kniegelenk und am Unterschenkel, besonders bei den Kanadierfahrern. Der Kanadierfahrer hat durch seine besondere Sitztechnik im Boot und durch die sehr enge Luke oft Schwierigkeiten, nach der Kentertung und mißlungenen Eskimorolle, aus dem Boot zu steigen, so daß es zu Hautabschürfungen im Bereich des Kniegelenkes, an den Schlenkeinkanten, sowie an der Wadenmuskulatur kommt. Wesentliche Verletzungen des Bandapparates am Kniegelenk traten nicht auf, lediglich leichte Zerrungen. Hautabschürfungen und Weichteilverletzungen der Füße gab es beim Rettungsdienst, da eine Reihe der Rettungsschwimmer barfuß in das Wasser gingen, so daß es an den rauen Betonoberflächen, Wasserhindernissen und an den Uferflächen zu verhältnismäßig stark blutenden Hautabschürfungen kam. Bedingt durch die scharfen Betonkanten der Uferfassungen des Eiskanals, kam es mehrfach zu stark blutenden Hautabschürfungen der Hände, insbesondere bei den Kanadierfahrern.

Eine Reihe von Fahrern klagte im Trainingsintervall, also erst in den Erholungspausen zwischen den Trai-

ningszeiten und den Wettkämpfen, über Schmerzen in der vorderen Schultermuskulatur im Verlauf der langen Bizepssahna unmittelbar über der Schultergelenkskugel, sowie im Ansatz der kurzen Bizepsehne und der vorderen Deltamuskulatur. Bei den übertrainierten Fahrern traten erhebliche Muskelhärten im Bereich der Unterarmmuskulatur auf, welche so schmerzhaft wurden, daß sie zu einem erheblichen Leistungsabfall führten. Bei den Internationalen Meisterschaften, wo also durchwegs nur Spitzenfahrer am Start waren, wurden Pulszählungen am Ziel durchgeführt. Es gab erstaunliche Pulswerte von 130 bis 200 Schläge pro Minute. Blutdruckmessungen konnten wegen des sehr schlechten Wetters im strömenden Regen nicht durchgeführt werden, jedoch ergab der bloße Pulstastbefund auch hier erhebliche Unterschiede. Bei Pulswerten etwa ab 180 pro Minute war der Pulsschlag am Handgelenk kaum noch fühlbar. Mehrere Fahrer waren so erschöpft, daß sie kaum noch aus dem Boot steigen konnten. Die niedrigsten Pulswerte ergaben sich erstaunlicherweise bei den Holländern. Die Holländer lagen jedoch leistungsmäßig im Mittelfeld, so daß dieser Aussage kein größerer Wert beizumessen ist. Andererseits gab es Pulswerte von 190 Schläge pro Minute, die noch eine außerordentlich kräftige Füllung zeigten, Werte von 150 mit einer ausgesprochen schwachen Pulsfüllung. Geneuere sportärztliche Untersuchungen wären hier sicher interessant, sie gingen jedoch über den Rahmen meines rein sportärztlichen Unfalldienstes hinaus.

Kanuslalom ist noch eine sehr junge olympische Sportart, welche technisch und sportlich außerordentlich faszinierend ist und welche es verdient, daß man sich von sportärztlicher Sicht intensiv um sie bemüht.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. H. Metthäus, 8900 Augsburg, Holbeinstraße 12

#### Bayerischer Sportärzte-Verband e. V.

Landesvorsitzender des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e. V.: Cheferzt Dr. Eugen Gossner, 8901 Zusmarshausen, Zusemklmnik, Telefon (0 82 91) 461

Geschäftsstelle: 8000 München 19, Nymphenburger Straße 81, Telefon (0811) 18 35 03 (Dienstzeiten: Montag und Mittwoch von 14.00 bis 18.00 Uhr und Donnerstag von 8.00 bis 12.00 Uhr und 13.00 bis 15.00 Uhr)

Konten: Postcheckkonto München 555 54; Münchner Bank GmbH, 8000 München 2, Briener Straße 53, Konto-Nr. 4950

Geschäftsstellenleiter: Dr. Wilhelm Funke, Cheferzt für innere Krankheiten (jeden Mittwoch von 15.00 bis 17.00 Uhr anwesend)

# Freie Kassenarztsitze in Bayern

## Mittelfranken

**Dinkelsbühl:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Vierte seit 1. Oktober 1970 nicht besetzte Kassenarztstelle. Einzugsgebiet 12 Gemeinden mit ca. 11 000 Einwohnern. Gymnasium und Handelsschule vorhanden.

**Feuchtwangen:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Vierte durch Tod des Kassenarztes seit Ende 1970 nicht wieder besetzte Kassenarztstelle in einer Stadt mit ca. 5500 Einwohnern und einem großen Einzugsgebiet. Realschule vorhanden.

**Herrieden, Lkr. Feuchtwangen:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Dritte seit 1. Oktober 1969 durch Verzicht und Wegzug nicht besetzte Kassenarztstelle in einem Ort mit ca. 2540 Einwohnern und einem großen Einzugsgebiet. Nächstgelegene Schulmöglichkeit in Ansbach.

**Hersbruck:** 1 Augenarzt

Einzige Augenarztstelle im Landkreis Hersbruck. Seit 1. April 1969 nicht besetzt. Es besteht die Möglichkeit, Belegbetten im Krankenhaus zu erhalten. Gymnasium vorhanden. Einzugsgebiet ca. 32 500 Einwohner.

**Iphofen, Lkr. Scheinfeld:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Zweite ab 1. Oktober 1971 unbesetzte Kassenarztstelle in einem Ort mit ca. 2400 Einwohnern.

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

Vierte seit 1. April 1970 durch Tod nicht mehr besetzte Kassenarztstelle in einem Ort mit ca. 5100 Einwohnern. Es besteht die Möglichkeit, Belegbetten im Krankenhaus zu erhalten.

**Lehrberg, Lkr. Ansbach:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Einzelarztsitz mit ca. 1650 Einwohnern, der ab 1. April 1972 dringlich zu besetzen ist.

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

Einzelarztsitz, der durch Verzicht und Wegzug des einzigen Arztes seit 1. Juli 1971 verwaist ist. In einem stadteigenen Haus (Obergeschoß) stehen Wohn- und Praxisräume mit insgesamt 144 qm zur Verfügung und werden für einen Arzt freigehalten. Einwohnerzahl ca. 1200.

**Nürnberg-Langwasser-Neuselsbrunn:** 2 Allgemein-/Prakt. Ärzte

Es handelt sich um neue Kassenarztsitze in einer ca. 30 000 bis 36 000 Einwohner zählenden ständig wachsenden Trabantenstadt. In Nürnberg alle Schulmöglichkeiten gegeben.

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

## Niederbayern

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

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

**Deggendorf:** 1 Hals-, Nasen-, Ohrenarzt

Dringend zu besetzende zweite Kassenarztstelle für einen HNO-Arzt. Belegmöglichkeit ist vorhanden.

**Eggenfelden:** 1 Hals-, Nasen-, Ohrenarzt

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

Einzige Augenarztstelle im Landkreis Wolfstein. Belegmöglichkeit im Kreiskrankenhaus Freyung.

**Grafenau (Bayer. Wald):** 1 Augenarzt

**Haldmühle, Lkr. Wolfstein (Bayer. Wald):** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Kelheim/Donau:** 1 Augenarzt

Belegmöglichkeit im Krankenhaus.

**Kirchberg, Lkr. Regen (Bayer. Wald):** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Zweite Praktikerstelle für Kirchberg. Das Einzugsgebiet umfaßt etwa 5000 Einwohner. Die Gemeinde ist gegebenenfalls bereit, einen erschlossenen Baugrund zur Verfügung zu stellen.

**Metten, Lkr. Deggendorf (Bayer. Wald):** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Die bisherige zweite Praktikerstelle ist ab sofort dringend zu besetzen. Einzugsgebiet ca. 8700 Einwohner.

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

Durch Verzicht und Wegzug frei gewordene einzige Kassenarztstelle.

**Pfarrkirchen:** 1 Hals-, Nasen-, Ohrenarzt

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

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

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

## Oberbayern

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

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

**Eching, Lkr. Freising:** 1 Kinderarzt

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

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

**Inchenhofen, Lkr. Alchach:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

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

### Oberfranken

**Gaustadt, Lkr. Bamberg:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

**Hof/Saale:** 1 Kinderarzt

**Kronach:** 1 Kinderarzt

**Kulmbach:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Münchberg:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Marktrechwitz:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

**Schmeck, 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

**Grafenwöhr:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Hahnbach:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Kastl bei Amberg:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Neumarkt:** 1 Augenarzt

**Mitterteich:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

**Roding:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Suizbach-Rosenberg:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

**Weiden:** 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 (Ortstell 4):** 1 Augenarzt

**Augsburg-Oberhausen-Süd (Ortstell 16):**  
1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**Augsburg-Oberhausen-Nord (Ortstell 17):** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Wiederbesetzung eines durch Todesfall unerwartet vakant gewordenen Arztsitzes. Praxisräume sind vorhanden.

**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

**Donauwörth:** 1 Kinderarzt

Neugründung eines Arztsitzes.

**Ichenhausen, Lkr. Günzburg:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
Wiederbesetzung eines durch Todesfall unerwartet vakant gewordenen Arztsitzes. Praxis- und Wohnräume sind vorhanden.

**Marxhelm, Lkr. Donauwörth:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
Neugründung eines Arztsitzes.

**Meitingen, Lkr. Wertingen:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt  
Neugründung eines Arztsitzes.

**Memmingen:** 1 Augenarzt

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

**Nördlingen:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Wiederbesetzung eines durch Todesfall unerwartet vakant gewordenen Kassenarztsitzes.

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

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

**Untermeitingen, Lkr. Schwabmünchen:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Die Gemeinde kann Mietobjekte vermitteln und Grundstücke zum Kauf anbieten.

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

### Unterfranken

**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.

**Rothenfels, Lkr. Marktheidenfeld:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

**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.

# Bronchicum Tropfen mit Codein

neu

## hochaktiv

durch die Kombination von hochdosiertem Codein mit pflanzlichen Wirkstoffen. ● Stillt Reiz- und Krampfhusten, beseitigt den Hustenschmerz. ● Verflüssigt das Bronchialsekret und sorgt für eine ausreichende Expektoration. ● Heilt die Entzündungen der Bronchialschleimhaut.

**Indikationen:**

Reiz- und Krampfhusten, akute und chronische Bronchitis.

**Kontraindikationen:**

Zustände, die mit Atemdepressionen einhergehen und chronische Obstipation.

**Zusammensetzung:**

100 ml enthalten: Codein phosphoricum 1,5 g, Tct. Quebracho 14 ml, Tct. Saponariae 19 ml, Tct. Thymi 22 ml, Menthol 0,25 g.

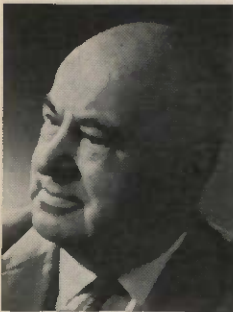
**Packungsgröße:**

Originelpackung zu 30 ml  
DM 6,90 (Apoth.-Verk.-Preis m. Mwst.).



## Personalia

### Dr. med. Josef Seidl 70 Jahre



Am 31. Dezember 1971 kann Herr Dr. med. Josef SEIDL, Scheuern, Lkr. Pfaffenhofen/Ilm, seinen 70. Geburtstag begehen. Im niederbayerischen Eichendorf, Lkr. Landau/Isar, geboren, erhielt er 1927 in München die Bestallung als Arzt. Nach einer Tätigkeit als Assistenzarzt in Straubing

und Pilsting ließ er sich im März 1928 als Praktischer Arzt in Scheuern nieder, wo er — der Beständigkeit seines Wesens entsprechend — noch heute in einer Gemeinschaftspraxis zusammen mit seiner Frau und seinem Sohn tätig ist. Trotz seiner großen Landpraxis, die er auch in den für ihn sehr schweren Jahren des Dritten Reiches mit vollem Einsatz versorgte, hat er sich sofort nach dem Zusammenbruch für die berufständische Selbstverwaltung zur Verfügung gestellt. Herr Kolege Seidl gehört heute zu den dienstältesten Mitarbeitern in der ärztlichen Berufsvertretung Bayerns. Bereits 1946 übernahm er das Amt des Vorsitzenden des Ärztlichen Kreisverbandes Pfaffenhofen. In diesem Amt wurde er bis heute immer wieder

bestätigt. Seit vielen Jahren ist er Vorsitzender des Ärztlichen Bezirksverbandes Oberbayern und auch Vorstandsmitglied der Bayerischen Landesärztekammer. Bereits seit acht Jahren ist er der zweite Vorsitzende der Bezirksstelle Oberbayern der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Seit 15 Jahren gehört er dem Berufungsausschuß für den Arztregisterbezirk Bayerns an, außerdem ist er Vorsitzender des Prüfungsausschusses Oberbayern der RVO Kassen.

In seiner Praxis und in seinen Ehrenämtern zeichnen ihn Vitalität und Kollegialität aus, aber auch ein manchmal sehr offenes Wort in schwierigen Situationen. In sein nächstes Lebensjahr begleiten ihn unsere herzlichsten Glückwünsche und die Achtung und der Respekt seiner Kollegen.

### Ehrenzeichen am Band des DRK für Dr. Lothar Sluka

Herrn Dr. med. Lothar SLUKA, Hauptgeschäftsführer der Bayerischen Landesärztekammer, wurde das Ehrenzeichen am Band des Deutschen Roten Kreuzes verliehen.

## Geschichte der Medizin

### Nürnberger Medizin von der Dürerzeit bis zur Medizinalordnung

Zum Andenken an Robert Herrlinger

von Professor Magnus Schmid

Vorstand des Seminars für Geschichte der Medizin der Universität Erlangen-Nürnberg

(Fortsetzung)

Es ist nun ein Blick auf die Aufgaben zu werfen, die den so vielseitig durchgebildeten Ärzten speziell in Nürnberg aus der Praxis erwachsen.

#### 4.

Diese Nürnberger Physici des 16. Jahrhunderts haben durchwegs eine große Praxis, jeder von ihnen hat Patienten in der Stadt und auswärts. Der Weg zu den auswärtigen Kranken ist zu Pferd zurückzulegen. Manchmal begleitet ein Stadtknecht den Arzt auf gefährlichen Wegen. Bis zu 50 km und weiter reiten die Ärzte. Heinrich Wolff schreibt an Sebald Havenreuter

im Mai 1557, er werde tagsüber wie auch des Nachts über seine Kräfte beansprucht und sei er endlich mit seinen Patientenbesuchen in der Stadt fertig, so liege schon wieder ein Abruf vom Rat vor, der ihn zu einem adligen Herrn extra muros reiten heiße<sup>62</sup>). Lappalien halber werde er oft genug gerufen, viele Meilen lege er zu Pferd zurück, nur um vielleicht einem hypochondrischen Landadeligen den Urin zu beschauen — „cacatores, recacatores et iterum cacatores“, empört er sich einmal 1569<sup>63</sup>). (Die Inspektion der Körperausscheidungen spielt in der damaligen Medizin eine wichtige Rolle). Zu aller Plage kommt, daß der Rat von Nürnberg manchmal so rücksichtslos ist. Anfang 1569



kommt Wolffs Frau nieder, Mutter und Kind schweben in Gefahr; Wolff bittet den Rat, ihm einen auswärtigen Krankenbesuch zu erlassen, doch der Rat nötigt den Doktor, diesen auszuführen, zum Pfalzgrafen Ludwig nach Amberg zu reiten. Wie der Arzt heimkommt, ist sein Kind gestorben<sup>64</sup>). In dieser Weise spielt sich der Alltag im Wechsel von Freud und Leid ab. 1582 stellt Wolff fest: „die Vielzahl der Kranken ist so angewachsen, daß ich kaum Zeit finde, die tägliche Nahrung zu mir zu nehmen.“<sup>65</sup>) Trotz seiner Überlastung weigert er sich, Ferndiagnosen zu stellen, „über Feld baden und artzneyen ist nit gut, habt ihr Etwas im sinn, kombt selbst zu uns und bringt die Sach zum End“, schreibt er freimütig der Gräfin in Ellingen<sup>66</sup>). Er ist bei all seiner Mühe ein wohlhabender Mann.

Neben dieser städtischen und auswärtigen Praxis war 1486, ermöglicht durch eine Stiftung, die Tätigkeit des Hausarztes am Heiliggeistspital getreten<sup>67</sup>). Berühmt war ein zweites Nürnberger Spital: das Deutschordensspital St. Jakob und St. Elisabeth<sup>68</sup>). Im Anfang des 13. Jahrhunderts gegründet, war es das Hauptspital des Deutschen Ordens in den deutschen Ländern. Die Namengebung verband dieses Spital mit der heiligen Landgräfin von Thüringen und mit dem Apostel, zu dessen Heiligtum im baskischen Compostella seit Generationen die Pilger zogen. Das Nürnberger Deutschordensspital wurde durch den Niedergang des Deutschen Ordens beeinträchtigt und von der Änderung der gesellschaftlichen Verhältnisse im 16. Jahrhundert in Mitleidenschaft gezogen. Es war schließlich nur mehr eine Anstalt für Pfründnerinnen. Eine günstigere Entwicklung nahm dagegen das Spital zum hl. Geist, das während der Regierung Kaiser Ludwigs des Bayern gestiftet worden war. Der in lateinischer Sprache abgefaßte Stiftungsbrief des Nürnberger Bürgers Konrad Groß vom 13. Januar 1339 spricht eingangs von den Werken der Barmherzigkeit, die Christus zuliebe mit frommem Eifer erfüllt würden; im Spital „wird dem Hungrigen das Brot gebrochen und dem Durstigen der Trank gereicht, wird der Nackte bekleidet, der Sieche getröstet, der heimatlose und gebrechliche Fremde aufgenommen und in einer geeigneten Kammer untergebracht; dort werden auch die durch Schicksalsschläge Verängstigten durch liebevolle Pflege und Sorgfalt sozusagen aus dem Gefängnis befreit“<sup>69</sup>). Noch vor 1500, als Hartmann Schedel als Arzt in Nürnberg wirkte, begann die Stadt mit einem Neubau des Spitals, der der Pracht der Metropole des Reiches würdig war, aber erst 1525 vollendet wurde. Das neue Spital soll in der Lage gewesen sein, zweihundert Sieche aufzunehmen, doch tatsächlich hätten sich durchschnittlich hundert Kranke und Leidende verschiedener Art im Spital befunden, aufgenommen Lepröse, Pestkranke und Franzosenkranke (Syphilitiker). Menschen, die an diesen Erkrankungen litten, wurden wegen der Ansteckungsgefahr nicht aufgenommen<sup>70</sup>). Im Spital wohnte auch der Arzt. Hausarzt am Neuen Spital war von 1549–1562 Melchior

Ayrer<sup>71</sup>), den wir als Astronomen und Sammler von Kunstgegenständen kennengelernt haben. Vom Spital aus wurden auch Kranke, die in der Stadt wohnten, versorgt. Die Rezepte des Hausarztes fertigte der Spitalapotheker aus. Die Spitalapotheke war 1498 eingerichtet worden, 1635 wurde sie verkauft. Bei der jährlich zweimal durch zwei Ärzte und zwei Mitglieder des Rats stattfindenden Apothekenschau war sie die letzte Apotheke (in der Mitte des 16. Jahrhunderts gab es acht Apotheken in Nürnberg). Ein kräftiges Mahl beim Spitalpfleger bildete den angenehmen Ausklang<sup>72</sup>).

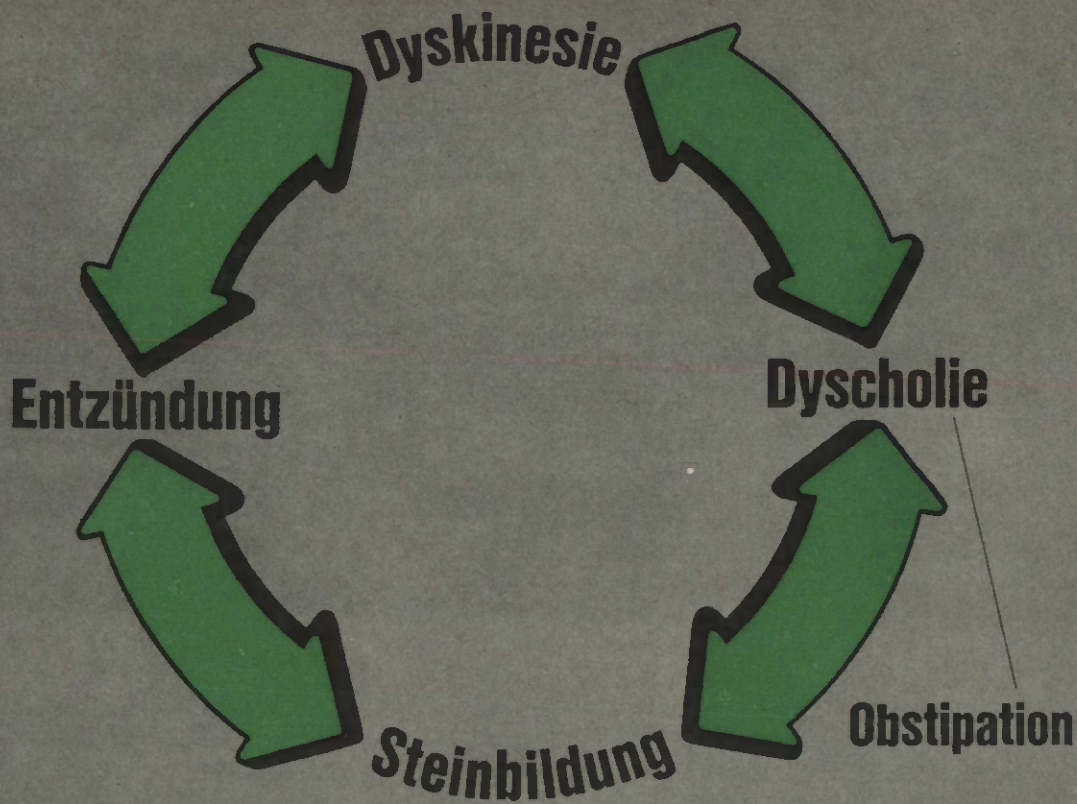
Eine außergewöhnliche Aufgabe, die Nürnbergs Ärzte schwerlich unbeteiligt gelassen haben kann, ergab sich durch die wiederholten, auch längere Zeit sich hinziehenden Kaiserbesuche: von Friedrich III. (1442, 1444, 1471, 1474, 1485, 1487) und Maximilian I. (1489, 1491, 1500, 1501, 1512)<sup>73</sup>). Kaiser Karl V., der „die lutherische Stadt“ mied, besuchte Nürnberg erst 1541 und weilte in ihr mit einem Teil seines Heeres im März und noch einmal im Juli 1547, wobei sich blutige Zwischenfälle zwischen Soldaten und Bürgern ereigneten, so daß die Wundärzte zu tun hatten. Kaiser Karls Bruder Ferdinand besuchte Nürnberg als Erzherzog 1521, als Römischer König 1540 und 1558, Kaiser Maximilian II. weilte im Juni 1570 und um die Jahreswende 1570/71 in Nürnberg. Vom ärztlichen Alltag während der Kaiserbesuche ist uns nichts bekannt, doch ist daran zu denken, daß der Zustrom von zahlreichen Besuchern, darunter angesehenen Persönlichkeiten, für die Ärzte mannigfache Pflichten brachte.

Um so reichlicher fließen die Nachrichten über die Seuchen, die Nürnberg im 15. und 16. Jahrhundert heimsuchten. Die Ereignisse und die Maßnahmen, die getroffen wurden, gleichen im wesentlichen denen in anderen größeren deutschen Städten. Vier Nürnberger Chroniken führt J. Bloch<sup>74</sup>) an, die berichten, daß 1495 die Franzosenkrankheit aufgetreten sei. „Anno 1495: Ist eine boese gravsame vor unerhorte Krankheit die Frantzosen genant von den Landsknechten aus Frankreich in das Teutschland gebracht worden.“ Eine dieser Chroniken erwähnt ausdrücklich das Auftreten der Seuche in Nürnberg. Hier ist alles bestürzt. Der Stadtarzt Dietrich Ulsen beschreibt die neue Krankheit in humanistischer Manier in dem oben schon genannten Gedicht, das vom 1. August 1496 datiert ist. Er nennt die Krankheit „epidemica scabies“<sup>75</sup>). Den Namen „Syphilis“ gab ihr der Arzt Girolamo Fracastoro in seinem Gedicht „Syphilis sive Morbus Gallicus libri III“ (Verona 1530). Wie ist die Krankheit entstanden? Die Verhängnisse des Himmels haben sie geschickt. Auf dem Bilderbogen, der Ulsens Gedicht beigegeben ist, und einen von der epidemica scabies befallenen Mann zeigt, ist über dem Kopf des Elenden der Himmelskreis angedeutet mit dem Hinweis auf die verhängnisvolle Konjunktion des Jupiter mit dem Saturn im Jahr 1484. Ulsen stimmt mit anderen Berichterstatern darüber ein, daß die Krankheit einen planetarischen Anfang gehabt habe und dieser 1484 einge-

treten sei<sup>76</sup>). Diese Anschauung vom astralen Ursprung der Syphilis haben die Nürnberger Ärzte des 16. Jahrhunderts, wahrscheinlich auch schon Hertmann Schedel, sicher nicht mehr vertreten, da sie sogleich von angesehenen italienischen und deutschen Gelehrten bekämpft wurde, auch von Mattioli in einer 1535 herausgegebenen Schrift<sup>77</sup>). Die ersten Maßnahmen gingen von den Erfahrungen aus, die sich in der Pest und beim Aussatz bewährt hatten. Der Rat von Nürnberg verbot daher schon 1496 die Zulassung der Franzosenkranken zu den öffentlichen Bädern<sup>78</sup>). Arme Kranke werden in das Pilgrimsspital zum hl. Kreuz gebracht und dort ärztlich betreut; der Rat schießt den „Arztlohn“ vor. Drei Jahre später bestimmt er, wer nach zwei Monaten nicht geheilt sei, den solle man „fürder schaffen“, falls er gehen könne<sup>79</sup>). So pflegte man mit Geisteskranken zu verfahren, die unbequem geworden waren. Später wird eine Baracke für die „Franzosenkranken“ eingerichtet. Der Wundarzt Meister Pflock nimmt 1522 Kuren vor<sup>80</sup>). In der Mitte des Jahrhunderts gibt es immer noch zahlreiche frische Erkrankungen. Wiederum wendet sich der Rat an die Bader, befiehlt ihnen, die Bäder und die Aderlaßgeräte rein zu halten, keine Franzosenkranken einzulassen. Wie man diese ärztlich behandelte, erfahren wir durch den Stadtwundarzt Franz Renner, der nach Proksch als erster deutscher Wundarzt über die Syphilis geschrieben hat<sup>81</sup>). Sein „Handbüchlein gemeiner Practick... so wider die erschöckliche, abscheuliche Kranckheit der Frantzosen“, Nürnberg 1557, das nach Proksch bis 1609 in 7 Auflagen erschien, zeugt von der Erfahrung des Autors und seiner kritischen Anwendung der damaligen therapeutischen Möglichkeiten: Quecksilber in verschiedenen Anwendungsformen – Sublimat zum Pinseln, Salbe, Räucherung mit Zinnober, Schmierkur –, Purgantien, Aderlässe, blasenziehende Pasten und Salben, um die „scharffe übelriechende feuchten“ auszulassen, Besuch der „armen Wiltbäder“ zu Gastein und Plombières in den Vogesen, zurückhaltende Anwendung des Guajakholzes in leichten Formen, das man gewöhnlich als Absud für Bäder und zum Trinken verwendete. Demnach konnte sich Paracelsus mit seiner Gegnerschaft gegen das Guajakholz in Nürnberg nicht durchschlagend behaupten. Seine in Nürnberg gedruckten Syphilisschriften studierte Georg Palma, obwohl dieser dem Paracelsus keineswegs freundlich gesinnt war; er ließ sogar die Syphilisschriften des längst verstorbenen von den spöttischen Randbemerkungen frei, mit denen er sonst die Schriften des Paracelsus zu versehen pflegte<sup>82</sup>). Palma setzte alles daran, um die Krankheit zu studieren, reiste 1579 nach Padua, blieb dort längere Zeit und schrieb drei Vorlesungsreihen über die Syphilis nieder, nämlich von Girolamo Capi-vaccio, Geronimo Mercuriali und Bernardino Paterno<sup>83</sup>). Auch von anderen Nürnberger Ärzten, so von Heinrich Wolff, sind Nachrichten über die Syphilis überliefert. Andere neue Krankheiten des 16. Jahrhunderts sind der Englische Schweiß (Sudor englicus), der 1529 dem

Marburger Religionsgespräch ein Ende bereitete und auch nach Franken kam<sup>84</sup>), und das Fleckfieber („Bedechie“), das in Nürnberg 1564 aufgetaucht ist<sup>85</sup>), aber schon früher vorgekommen sein dürfte. Diese Seuchen werden bei weitem übertroffen durch die Pest. Bei der Vielzahl der Nachrichten hierüber genügt es, sich nur soweit damit zu befassen, daß die Größe der ärztlichen Aufgabe ersichtlich wird. Im Zeitraum, mit dem wir uns befassen, suchte die Pest in mehreren Seuchenzügen Nürnberg heim: 1461, 1494, 1520, 1527 – 1529, 1561 – 1563, 1574 – 1575, 1585<sup>86</sup>). Während der Seuche von 1494 läßt der Rat gedruckte Zettel mit Verhaltensmaßregeln an die Einwohner verteilen<sup>87</sup>). In der Seuchenkatastrophe von 1561 – 63, der schwersten, die Nürnberg heimgesucht hat, beauftragt der Rat die Stadtärzte, ein „Kurtz Regiment“ zu entwerfen, das in 6000 Exemplaren an die Bürger verteilt wird. Die Kranken werden in Pesthäuser verbracht, in der Stadt die Straßen gesäubert, die Häuser gelüftet; die Fenster des Rathauses bleiben offen, damit die frische Luft durchzieht. Der Stadtarzt Heinrich Wolff erbittet brieflich von allen Seiten Rat und Heilmittel, doch die Seuche fordert bei einer Zahl von 30 000 bis 40 000 Einwohnern über 9000 Tote<sup>88</sup>). Wer damals bestallter Pestarzt war, erfüllte eine Pflicht, der er nicht gewachsen war. Der Seuche von 1585 fielen in der Stadt und den Vororten Wörth und Gostenhof über 5000 Menschen zum Opfer, in den Monaten September, Oktober und November waren täglich oft über 50 Tote zu beklagen, darunter der Pestarzt Dr. Johannes Richthausen, „der Karfunkel, Bubonen und ganz schwarze Flecken aufwies und in heißem Gebet fromm im Herrn starb; indem er alle ohne Ansehen des Standes getreu dem Gesetz seines Berufes besuchte, erwies er sich keineswegs gefeierter als sie“, berichtet Georg Palma in einem Brief<sup>89</sup>).

Die andere traditionelle ansteckende Krankheit, die in Nürnberg eine große Rolle spielt, ist der Aussatz. Die Aussätzigen werden wie andernorts in isoliert stehende Leprosenhäuser verwiesen. Im 16. Jahrhundert sollen in der domus leprosorium von St. Johannis (gegründet 1234) noch bis zu 15, in St. Jobst (gegründet 1308) im Jahr 1574 noch 31 Sieche gelebt haben<sup>90</sup>). Eine Besonderheit bildete in Nürnberg die jährliche Sondersiechenscheu in der Karwoche, die 1394 von drei Nürnberger Bürgern gestiftet worden war und zum letztenmal im Jahr 1663 stattfand<sup>91</sup>). Die Siechen kamen von weit her. Am Dienstag Nachmittag wurden sie eingelassen, am Karfreitag nach Tisch mußten sie die Stadt wieder verlassen. Während ihres Aufenthaltes in der Stadt wurden sie in besonderen Herbergen untergebracht, öffentlich verköstigt, mit Kleidung, Almosen und einem Zehrpennig versehen; auf einem Platz war eine Kanzel errichtet, von der ihnen gepredigt wurde. Geistliche spendeten die Sakramente der Beichte und Kommunion. Am Mittwoch nach Tisch und am Antlaßtag (Gründonnerstag) wurden sie (so im Jahr 1562) von den Stadtärzten beschaup. Nur wer für leprös befunden wurde, erhielt die Vergünstigungen, dabei das



## spasmo gallo-sanol<sup>®</sup> unterbricht den pathogenetischen Kreis an jeder Stelle

Denn spasmo gallo-sanol<sup>®</sup> wirkt  
cholekinetisch, choloretisch, spasmolytisch,  
bakterizid und mild laxierend.

#### Zusammensetzung:

1 Dragée enthält:	
N-(4-Diphenylmethyl)-atropiniumbromid	7,5 mg
Fel Tauri sicc. stand.	100 mg
Extr. Frongulae sicc.	20 mg
Extr. Aloes sicc.	10 mg
Acridflaviniumchlorid	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 Prostatahypertraphie kann eine Erschwerung der Blasenentleerung durch höhere Dosen des Spasmolytikums N-(4-Diphenylmethyl)-atropiniumbromid auftreten. Bei klinischen Prüfungen wurden allerdings substanzbedingte Entleerungsstörungen dieser Art nicht beobachtet.

#### Verschreibungsform:

Packung zu 50 Dragées DM 6,20 inkl. Mehrwertsteuer

spasmo gallo sanol<sup>®</sup>

EBzeichen der barmherzigen Stiftung. Wer als aussätzig gegolten hatte, aber von den Ärzten für rein erachtet wurde, dem wurde dies durch ein Attest bestätigt. Um die Mitte des 15. Jahrhunderts stellte man sich auf etwa 600 ein, die zur Schau nach Nürnberg kamen. Diese Zahl wuchs immer mehr an. Landstreicher, Bettler, Simulanten mischten sich darunter, um in den Genuß der Almosen zu gelangen. 1574 zählte man 2540 Lepröse und 700 Bettler. Die Luft war erfüllt von üblem Geruch und dem „jämmerlich schreien und Heulen der armen leutt, welche von wegen des almosen alle Siech zu sein begeren“ und vom „fluchen und Schelten“ der Abgewiesenen, schreibt Palma<sup>92</sup>). Die Nürnberger Stadtärzte, im 16. Jahrhundert durchschnittlich sechs bis acht, sahen sich kaum noch in der Lage, gewissenhaft ihre Pflicht zu erfüllen und die Diagnose zu stellen; Coiter zufolge war „der rechte aussatz, von gemeine frantzosen, vund andern reutte, kretz vund frembden krankheiten im gar ehlich“ zu unterscheiden<sup>93</sup>). Verschiedene, die für leprös erklärt wurden, obwohl sie dies ihrer Meinung nach nicht waren, beschwerten sich gegen die Ärzte „mit unwahrhaftiger anzeigung“<sup>94</sup>). Man konnte die Mißstände nicht länger treiben lassen, der Rat der Stadt erließ 1572 eine Rundfrage an die Stadtärzte Georg Palma, Melchior Ayrer, Weller, Joachim Camerarius, Justinus Müller, Johannes Schenk, Georg Rucker, Volcher Coiter und Erasmus Flock und holte von ihnen Gutachten ein, hielt sich dann aber nicht an die von den Ärzten gemachten Vorschläge, sondern behielt die herkömmlichen Termine bei, nur daß die Sondersiechenschau künftig nicht mehr in der Stadt, sondern außerhalb stattfand<sup>95</sup>). Bei der letzten Schau im Jahr 1663 kamen noch 242 Personen<sup>96</sup>).

##### 5.

Die aus den Problemen der Sondersiechenschau sich ergebenden Reformbemühungen förderten bei den Ärzten die bereits in Gang befindlichen Bestrebungen nach einer Medizinalordnung, die es ihnen ermöglichen sollte, die Standesinteressen zu wahren<sup>97</sup>).

Die Vorgeschichte der Nürnberger Medizinalordnung ist in den letzten Jahren, besonders aufgrund der Aus-

wertung der Aufzeichnungen des Stadtarztes Palma durch R. Herrlinger, Kl. König und E. Philipp von neuem erschlossen worden. Es hat sich herausgestellt und bestätigt, daß die Ärzte Camerarius, Palma, Coiter, Ayrer und Wolff an den Vorbereitungen beteiligt gewesen sind<sup>98</sup>).

Für eine weitergehende Betrachtung wird man die ganze Entwicklung des Nürnberger Rechtswesens überblicken und seine Meilensteine beachten<sup>99</sup>): die Nürnberger Rechtsreform von 1479 (1484), „eine vorzügliche Kodifikation des Stadtrechts“ nach Liermann, mit der römisches, genauer italienisches Rechtswesen übernommen wurde, ferner den Druck von Justinians Gesetzsammlungen bei Anton Koberger in den Jahren von 1484 bis 1504, dem „die erste historisch-kritisch-philologische Gesamtausgabe des Corpus iuris civilis“ mit Unterstützung des Nürnberger Rates durch Gregor Haloander in den Jahren 1527 bis 1529 folgte; man wird an das Nürnberger Handelsamt, das „Bankoamt“ denken, das 1562 aus der Gerichtsbarkeit der obersten Marktherren hervorging und in Mitteleuropa einzig in seiner Art war. Zuletzt seien die Geleitsordnungen erwähnt, die in der Mitte des 16. Jahrhunderts im „Nürnberger Geleitsbuch“ zusammengefaßt werden und Bestimmungen über die nach Frankfurt ziehenden Meßkarawanen betreffen<sup>100</sup>). Diese Einzelheiten ließen sich ergänzen, um das Bild noch mehr anzureichern, das zeigt, wie in Nürnberg in zunehmendem Maße das gesellschaftliche Leben durch das Wirken hervorragender juristischer Praktiker gesetzlichen Normen unterstellt wurde.

Unausbleiblich erscheint es bei solchen gesellschaftlichen Voraussetzungen, daß auch das gesamte Medizinalwesen einer generellen gesetzlichen Regelung entgegenging. Längst gab es zwar Verordnungen, die einzelne Bereiche des verzweigten Heilwesens betrafen, nämlich Verordnungen für Wundärzte, Hebammen und besonders für die Apotheker in der Apothekerpflicht vom 7. 1. 1955<sup>101</sup>). Mit den Stadtärzten schloß der Rat seit je bei der Amtseinführung einen Dienstvertrag ab<sup>102</sup>). Nürnbergs Medizinalwesen galt als vorbildlich. Im 15. Jahrhundert orientierten sich daran die



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

Städte Nördlingen, Ulm, Amberg, Ingolstadt, Regensburg, und 1539 erbat Straßburg diesbezüglich Informationen<sup>103</sup>). Eine Verwarnung des Rates von Nürnberg im Pestjahr 1562 an pflichtvergessene Ärzte<sup>104</sup>), die schon erwähnten Bemühungen um die Reform der Sondersiechenschau, aber auch die Notwendigkeit, die immer noch ungelösten Probleme des Apothekenwesens zu bereinigen, gehören zur Vorgeschichte der Gründung des Collegium medicum und damit auch zu der neuen Medizinalordnung Nürnbergs oder stehen damit in Zusammenhang<sup>105</sup>). Andere Probleme, die eine Lösung erforderten, waren der Kampf gegen die Pfuscher, gegen die Melanchthon 1531 mit seiner in Wittenberg gehaltenen Rede „Contra medicos empiricos“ aufgetreten war<sup>106</sup>), Fragen des ärztlichen Honorars, die abzulehnende Polypragmasie mancher Ärzte, die Überwachung der Barbieri, Bader, Wundärzte, Blasensteinschneider und Starstecher (Oculisten), der Verkauf von gifthaltigen Arzneien<sup>107</sup>).

Wesentlich ist, daß die Ärzte selbst die Initiative ergreifen. Hierbei erweist sich Joachim Camerarius als der führende Kopf. Beratungen werden gehalten, die Rechtslage erörtert und geklärt. Camerarius weiß Bescheid über die Medizinalverhältnisse und diesbezüglichen Bestrebungen in Augsburg und Ulm, in Mailand, Genua, Verona, Florenz und Neapel. Er beruft sich auf die Verhältnisse im Medizinalwesen dieser Städte<sup>108</sup>

in der Denkschrift, die er am 27. Dezember 1571 dem Rat der Stadt Nürnberg übergibt<sup>109</sup>): „kurzes und ordentliches bedencken, welcher gestalt in einem wohlgeordneten regiement es mit den ärzten und artzneyen sambt allen andern darzu nottwendigen stücken möcht geordnet und gehalten werden.“ Nach einführenden Worten, wobei er erklärt „optandum est, ut sit mens sana in corpore sano“, begründet er sein Vorhaben: „... nachdem aber zu unseren letzten zeiten von wegen unserer sünden und der leut bosheit in geistlichen und wetlichen sachen allerlei confusion und unordnung einreißet und sich mehret, wöllen sich leider, was die heilsame artzney belanget, an vielen orten auch nicht geringe mangel und mißbräuch erzaigen, welches dann vielen guetherzigen und treuen ärzten (die dadurch nicht allein oftmahl verhindert werden, irem ambt, wie sich gebüret und sie auch gern tun wollen, treulich vorzustehen, sondern auch deswegen bey dem gemainen volk unschuldigerweise verkleinert und in große verachtung kommen) ganz beschwerlich ist...“ Diese Worte beleuchten nicht nur den damaligen Zustand der Nürnberger Gesellschaft oder deren Wertung durch Camerarius, sondern ebenso die Einstellung, welche die Nürnberger Ärzte veranlaßt hat, sich so intensiv um die Neuordnung des Medizinalwesens zu bemühen. „Heu male nunc Artes medicas haec saecula tractant“, schreibt Palma unter

## Sylvester ist Ihre Prämie futsch.

Handeln Sie, bevor es knallt. Bringen Sie Ihre 71er Prämie in Sicherheit.

Wenn Sie jetzt bei uns bausparen, haben Sie schon die Super-Jahresprämie gewonnen. Dazu Sparzulage durch die 624-Mark-Anlage. Gewinne zwischen 400 und 1.587 Mark. Oder beachtliche Steuervorteile. Jahr für Jahr.

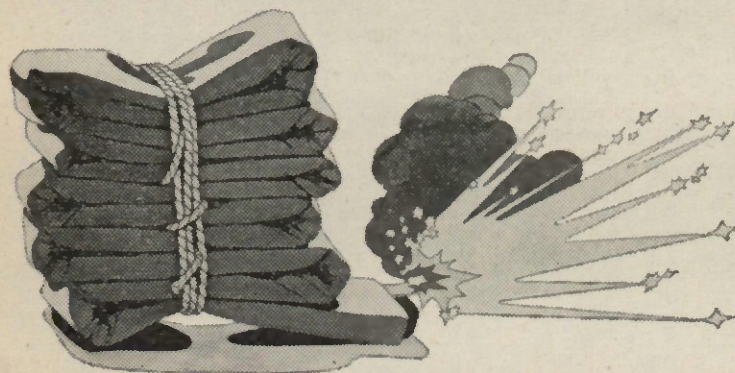
Lassen Sie sich von uns sagen, wie hoch der Gewinn in Ihrem Fall ist. Und welche Möglichkeiten Sie mit unserem günstigen Bau-

darlehen haben. Hausbauen ist nur eine von vielen.

Worauf warten Sie noch? Kommen Sie bis zum 31. 12. zu uns. In eine unserer Beratungsstellen oder zur Sparkasse.


Oder schreiben Sie uns:  
8 München 2, Postfach. Wir schicken Ihnen sofort ausführliches Informationsmaterial.

Handeln Sie, bevor es knallt. Dann fängt das neue Jahr gut an.



Landes   
Bausparkasse

8 München 2 · Karolinenplatz 1 · Tel.: 21721

 Wir sind die Bausparkasse der Sparkassen

## Die Deutsche Universität in Prag

Die letzten 100 Jahre Ihrer Medizinischen Fakultät

von Dr. Walther Koerting †

Ist als Band 11 unserer Schriftenreihe erschienen. 301 S., 33 Abb., broschiert.

Bestellungen können an die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, unter Befügung von DM 1,— in Briefmarken als Schutzgebühr, gerichtet werden.

den Titel der Denkschrift Camerarius' in der Abschrift, die er davon gemacht hat<sup>110)</sup>. Sein Ausruf würde ebenso sehr an den Anfang der vorausliegenden hundert Jahre passen, als Erhard Windsberger 1491 die erwähnten „Recepta concordiae“ den Nürnberger Ärzten übersandte. Die ärztlichen Schulrichtungen der zweiten Hälfte des 16. Jahrhunderts sind Gegenstand einer Schrift des Ingolstädter Professors Cyriacus Lucius de Clas. „De variis medicorum sectis, nunc in Re Publica vigentibus“ (Ingolstadt 1583)<sup>111)</sup>. Dem Autor geht es um den rechten Gebrauch der Wissenschaft (rectus scientiae usus), worunter damals in Nürnberg noch die „doctrina veterum Hippocratica et Galenica“ verstanden wurde, denn die anderen Lehrmeinungen, z. B. die der „Theophrastei“ oder „Paracelsistae“, schaden eben. Darum geht es auch den Stadtärzten Nürnbergs, weshalb sie danach trachten, die Dinge von Grund auf zu ordnen. Es wäre nun erforderlich, die Denkschrift des Camerarius und die von ihm gebrachten Zitate aus der Bibel und Augustinus, Plato und Aristoteles, Hippokrates und Galen, Avenzoar, Fernel, Vallerioli und Trinquavelli, Botallio, Mattioli und anderen zu untersuchen. Ohne diese Analyse hier zu geben, kann doch einiges festgestellt werden.

Mit den ersten Worten des oben zitierten Textes treten zunächst düstere Züge vom Menschenwesen ins Bild. Durch „unsere Sünden und der Leut bosheit“ ist Konfusion und Unordnung eingerissen. Dann ist die Rede von den guten Ärzten, die in ihrer Tätigkeit behindert werden. Dem bösen Menschen steht der gute Arzt gegenüber. Er ist Vorbild beim Schwören des Eides, den die Stadtärzte von Nürnberg leisten. Der Anfang lautet: „Der Geschworenen Leibartzett zu Nürnbergk Aydtt. Ein Yeder der Statt Nürnbergk besteller Leibartztt, soll geloben und zu gott schweren, das er in Zeitt seiner bestellung, alle khrancken, zu denen er gefordert würde, fürderlich unnd ohne Widerrede, be- sehen unnd bsuchen unnd denen mitt allen nottürftigen Dingen vleisgich und nach seiner höchsten Verstandnus pflegen unnd rathen wolle...“<sup>112)</sup>. Diese Verpflichtung erfüllte, wie berichtet, der Stadtarzt Johannes Richthausen im Pestjahr 1585; er starb an der Pest: „indem er alle ohne Ansehen des Standes getreu dem Gesetz seines Berufes besuchte, erwies er

sich keineswegs gefeierter als sie.“ Für Camerarius und die Kollegen, die an der Vorbereitung der Denkschrift beteiligt waren, gehört zum guten Arzt außerdem kollegiales Verhalten. Andererseits braucht der gute Arzt, um als solcher wirksam werden zu können, die Medizinalordnung. Cyriacus Lucius de Clas betont, „daß der Staat (Res Publica) von guten und erprobten Ärzten überhaupt nicht im Stich gelassen wird, wenn jene in ihm nur so, wie sie es auch verdienen, begünstigt werden“<sup>113)</sup>.

Die Medizinalordnung stellt das unumgänglich notwendige Regulativ dar gegenüber der durch „der leut bosheit“ eingerissenen, durch sie drohenden Konfusion. Die Durchführung der Medizinalordnung soll überwacht werden durch das Collegium medicum mit dem Dekan an der Spitze, der im Auftrag der Stadtregierung handelt, während diese ihrerseits ebenfalls an die gesetzliche Norm der Medizinalordnung gebunden ist. In jahrzehntelangem beharrlich und klug geführtem Ringen mit dem allzu bedächtigen Rat der Stadt und gegen den Widerstand der Apotheker erreicht Camerarius das erstrebte Ziel. Die am 27. Mai 1592 genehmigte Medizinalordnung basiert auf der Gründung eines Collegium Medicum, dessen Mitglieder ausschließlich vom Rat der Stadt Nürnberg angenommene „Doctores der Arznei“ sind; „die Medici von Altdorf, da sie erfordert würden, von diesem Collegium nicht sollen ausgeschlossen sein“<sup>114)</sup>. An der Spitze des Kollegiums steht der Dekan. Dem Kollegium sind zwei Mitglieder des Rates beigeordnet. In den Einzelausführungen der Medizinalordnung werden die besonderen Pflichten der Ärzte festgelegt und wird die Aufsicht über die nicht akademischen Heilstände und die volle Autorität über die Apotheker geregelt.

Es läßt sich heute wohl kaum mehr feststellen, inwieweit an den einzelnen Formulierungen der Medizinalordnung Camerarius, inwieweit juristische Hand gewirkt hat. Dies ist hier auch nicht wichtig. Wesentlich ist die Motivierung, die für Camerarius, die ihn beratenden Kollegen und den Rat der Stadt Nürnberg letztlich den Ausschlag gab.

### Anmerkungen

- 62) Erechtold 41. — 63) a. a. O. 107, 111. — 64) a. a. O. 106. — 65) a. a. O. 57. — 66) a. a. O. 147. — 67) Mummenhoff, 1896, 52. — 68) Mummenhoff, 1898, 31 ff.; Schrötter. — 69) Löhlein 67, a. a. Schultheiß, 1939. — 70) Mummenhoff, 1898, 54. — 71) Wolfangel 15. — 72) Peters 105. — 73) a. Kircher. — 74) Bloch I. Abt., 273 f. — 75) Sudhoff, 1912, 8–10; Proksch 9 f. — 76) Bloch 23 ff. — 77) a. a. O. 26. — 78) a. a. O. 9, 225. — 79) Mummenhoff 1898, 104; Geisteskranke: a. a. O. 73 ff. — 80) a. a. O. 105. — 81) Proksch, 125 ff. — 82) König 83. — 83) a. a. O. 43. — 84) Haeser 329. — 85) Brechtold 77. — 86) Sticker 83, 85, 89, 99, 101, 107. — 87) Liermann 14. — 88) Brechtold 59 ff. — 89) König 33. — 90) Mummenhoff 1898, 96. — 91) König 30 f. — 92) König 63. — 93) Herrlinger 125. — 94) König 63. — 95) Herrlinger 35. — 96) Mummenhoff 1898. — 97) Herrlinger 36. — 98) a. a. O. 36; König 51, 59; Philipp. — 99) Liermann 1936; ds. 1966. — 100) J. Müller. — 101) Philipp 61 f. — 102) a. unten, Anm. 112. — 103) Philipp 37 (nach Gengler 74). — 104) Philipp 75 f. — 105) a. a. O.; König. — 106) ed. Eretschneider XI 202–209; s. Kramm. — 107) hierzu Philipp 59 ff., dabei über die verderblichen „Gruben des Doktoera Jeremias Münzer“. — 108) a. a. O., 84. — 109) Ms. der Stadtbibliothek Nürnberg Cent. V 42, fol. 91 a; s. a. Philipp e. e. O. — 110) a. König 62. — 111) Schlenk. — 112) König 29. — 113) Schlenk 7. — 114) Solger 82–87 (Text der Nürnberger Medizinalordnung vom Jahr 1592).

(Schluß folgt)

Arznei Müller Bielefeld



## Contramutan®

- steigert die körpereigene Abwehr
- verstärkt die Serum-Bakterizidie
- aktiviert die Phagozytose
- verbessert Antibiotika- und Sulfonamid-Behandlung

Verschreibungsformen:

Tropfen 20 und 50 ml · Dragees 40 und 100 Stück

Suppositorien 10 Stück · Saft 165 g

Klinikpackungen

Auch für Diabetiker

# Gegen Grippe immun



## Amtliches

Der 24. Bayerische Ärztetag hat am 14. November 1971 die nachstehend wiedergegebenen Ergänzungen der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns beschlossen. Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat sie mit Entschleßung vom 24. November 1971 — Nr. III 9 - 5012 - 5/71 — genehmigt.

### Berufsordnung für die Ärzte Bayerns

#### a) Zusatzbezeichnungen

(zu § 24 Abs. 3 BO Ärzte 1971)

Für das Führen der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“ sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

1. die Teilnahme an einem dreimonatigen theoretischen Kurs über Arbeitsmedizin, der in höchstens drei Abschnitte geteilt werden darf,
2. zwölf Monate klinische oder poliklinische Tätigkeit auf dem Gebiet der Inneren Medizin,
3. neun Monate praktische Tätigkeit bei einem von der Ärztekammer ermächtigten hauptberuflichen Werkarzt, einem Gewerbearzt, einem arbeitsmedizinischen Universitätsinstitut, im ärztlichen Dienst der Arbeitsverwaltung oder einer anderen von der Ärztekammer ermächtigten Einrichtung.

Übergangsvorschriften sind nicht mehr erforderlich; Ausnahmeregelungen sind in der Berufsordnung § 24 „Praxisschilder“, Absatz 4, verankert.

Das Führen der Zusatzbezeichnung ist dem Arzt nur am Ort seiner arbeitsmedizinischen Tätigkeit gestattet.

Für das Führen der Zusatzbezeichnung „Badearzt“ oder „Kurarzt“ auf dem Arztschild sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

1. Teilnahme an einem einführenden allgemeinen Kurs für physikalische Medizin, Balneologie und Klimatologie von drei Wochen Dauer und einem weiteren Kurs von drei Wochen Dauer an einem Krankenhaus, einer Kurklinik oder einem Institut, welche geeignet sind, Kenntnisse über die Anwendung der physikalischen Medizin und der Balneologie zu vermitteln,
2. mindestens einjährige überwiegend balneologische Tätigkeit in dem amtlich anerkannten Bade- oder Kurort, in dem der Arzt die Bezeichnung „Badearzt“ oder „Kurarzt“ führen will.

Tätigkeiten in einem Heilbad mit gleicher oder ähnlicher Indikation können auf die vorgenannte Zeit angerechnet werden.

Die Landesärztekammer führt eine Liste der Krankenhäuser und Institute, an denen die vorgenannte Tätigkeit im Kammerbereich abgeleistet werden kann.

Für das Führen der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ auf dem Arztschild sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

1. Teilnahme an drei Kursen über naturgemäße Heilweisen von je einer Woche Dauer,
2. zwei Monate ärztliche Tätigkeit in anerkannten Krankenhäusern oder Sanatorien für naturgemäße Heilweisen, in anerkannten Instituten für Kneipp'sche Heilweisen oder bei Ärzten, die die Voraussetzung zur Führung des Zusatzes „Naturheilverfahren“ und entsprechende Einrichtungen besitzen. Die zweimonatige Tätigkeit kann auch in Abschnitten durchgeführt werden.

Diese Voraussetzungen für das Führen der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ sind auch erfüllt, wenn der Arzt eine mindestens halbjährige Assistenzarztstätigkeit an einer der unter Nr. 2 genannten Einrichtungen nachweist.

3. Die Landesärztekammer führt eine Liste der Institute, Krankenhäuser und Ärzte, bei denen die vorgenannte Tätigkeit im Kammerbereich abgeleistet werden kann.

Für das Führen der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

1. für Ärzte, soweit sie nicht Internisten und Nervenärzte sind: 3 Jahre Weiterbildung, davon 1 Jahr Tätigkeit als Assistenzarzt auf dem Gebiet der Psychiatrie; 2 Jahre Tätigkeit als Assistenzarzt auf dem Gebiet der Psychotherapie;
2. für den Internisten und für den Kinderarzt: 2 Jahre Tätigkeit auf dem Gebiet der Psychotherapie unter der Voraussetzung, daß innerhalb des Weiterbildungsganges zum Internisten oder Kinderarzt 1 Jahr Tätigkeit auf dem Gebiet der Psychiatrie bzw. Kinderpsychiatrie nachgewiesen wird;
3. für den Nervenarzt: 1 Jahr Tätigkeit auf dem Gebiet der Psychotherapie unter der Voraussetzung, daß innerhalb des Weiterbildungsganges zum Nervenarzt 1 Jahr Tätigkeit auf dem Gebiet der Psychiatrie und 1 Jahr Tätigkeit auf dem Gebiet der Psychotherapie oder Psychosomatik nachgewiesen wird.

Für das Führen der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

1. Teilnahme an einem Einführungskurs von mindestens 4 Wochen Dauer, durch den der Bewerber in Theorie und Praxis mit den Leibesübungen vertraut gemacht wird,



2. einjährige praktische sportärztliche Tätigkeit an einem sportärztlichen Institut, einer sportärztlichen Abteilung oder in einem Fachverband oder einem Sportverein,
3. Teilnahme an sportmedizinischen Kursen von insgesamt mindestens 4 Wochen Dauer nach der einjährigen sportärztlichen Tätigkeit, in dem eine Vertiefung der während der praktischen Zeit erworbenen Kenntnisse durchgeführt wird.

**Übergangsbestimmungen:**

Ärzten, die bei Inkrafttreten dieser Bestimmung die Anerkennung als Sportarzt besitzen und mindestens drei Jahre sportärztliche Tätigkeit ausgeübt haben, kann die Landesärztekammer auf Antrag die Führung der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ genehmigen.

Für das Führen der Zusatzbezeichnung „**Stimm- und Sprachstörungen**“ auf dem Arztschild sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

1. eine mindestens halbjährige Weiterbildung in der diagnostischen Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde an einer Abteilung für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten,
2. eine halbjährige Weiterbildung in einer Fachabteilung für Stimm- und Sprachstörungen innerhalb einer Hals-, Nasen-, Ohrenklinik.

Für das Führen der Zusatzbezeichnung „**Tropenkrankheiten**“ auf dem Arztschild sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

1. eine mindestens einjährige Tätigkeit an einem Tropenkrankenhaus oder Tropeninstitut unter Leitung eines Arztes, der berechtigt ist, die Zusatzbezeichnung „Tropenkrankheiten“ zu führen;
2. eine mindestens einjährige Tätigkeit in einer Ambulanz oder auf einer allgemeinen Krankenstation in Ländern, in denen Tropenkrankheiten heimisch sind, unter Anleitung eines erfahrenen Tropenarztes.

Weist der Antragsteller eine mehrjährige praktische tropenärztliche Tätigkeit nach, so kann anstelle der Tätigkeit nach Nr. 1 die erfolgreiche Absolvierung eines Kurses an einem Tropeninstitut als ausreichend betrachtet werden.

**b) Ergänzungen im Bereich der Weiterbildungsordnung**

§ 33 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns Teil II Weiterbildungsordnung wird um folgenden Absatz 5 ergänzt:

**Bei pectanginösen Beschwerden**

zur Prophylaxe und Therapie von Angina pectoris nervosa, Stenocardien und Altersherz.



**Keine Nebenwirkungen. Kontraindikationen nicht bekannt.**

Zus. in 100 Tropfen: Extr. fld. Valerianae et Viscol albi EA 40 g, Sol. Papaverin. hydrochlor. (0,1:100) 15 g, Tinct. Strophanthi 4 g, Chloral. hydrat. 1 g, Nitroglycerin. sol. (1:100) 0,4 g, 1 Drag.; Extr. Valerianae 30 mg, Extr. Viscol albi 10 mg, Papaverin. hydrochlor. 1 mg, Methaqualon 30 mg, Erythroltetranitrat 1,5 mg.

Fleche mit 25 g DM 3,45 · Fleche mit 50 g DM 4,75  
30 Dragées DM 3,45 · 60 Dragées DM 4,75

Bestellschein an: AGM, 1 Berlin 65, Tegeler Straße 14  
Schrifttum und Muster von Esdesan cum Nitro erbeten

(bitte persönliche Unterschrift und Stempel)



**AKTIENGESELLSCHAFT  
FÜR MEDIZINISCHE PRODUKTE  
1 BERLIN**

„(5) Programmierte Untersuchungen zur Vorsorge oder zur Früherkennung von Krankheiten, die in verschiedene Fachgebiete fallen, dürfen diejenigen Ärzte durchführen, zu deren Fachgebieten wesentliche Teile des Programms gehören, wenn die Ärzte die notwendigen Kenntnisse, Erfahrungen und Einrichtungen auch für die Durchführung des übrigen Programms besitzen. Die Ärztekammer stellt für die einzelnen Untersuchungsprogramme fest, bei welchen Fachgebieten die Voraussetzungen nach Satz 1 gegeben sind.“

In der Anlage zur Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. Januar 1971 wird die Ziffer 11 wie folgt ergänzt:

„Abzuleisten sind:

1 Jahr Innere Medizin

4 Jahre Fachgebiet, davon mindestens

1 Jahr in der medizinischen Chemie,

1 Jahr in der medizinischen Mikrobiologie,

1 Jahr in der medizinischen Immunologie.“

**Die beschlossenen Ergänzungen treten am 1. des auf ihre Veröffentlichung im „Bayerischen Ärzteblatt“ folgenden Monats in Kraft.**

München, 26. November 1971

gez. Professor Dr. med. H. J. Sewering  
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

*Aufgrund der Veröffentlichung vorstehender Ergänzungen der Berufsordnung im Dezember-Heft 1971 treten diese am 1. Januar 1972 in Kraft.*

## Teilzeitweiterbildung von Ärzten

(§ 28 der BO für die Ärzte Bayerns vom 1. Januar 1971)

Der 24. Bayerische Ärztetag beschloß:

Der 24. Bayerische Ärztetag ermächtigt die Kammer, bis zur endgültigen Beschlußfassung auf dem nächsten Bayerischen Ärztetag nach folgender Regelung zu verfahren:

„Ärztinnen, die wegen zwingender familiärer Verpflichtungen keine Vollzeitweiterbildung ableisten können, haben das Recht, bis zu zwei Jahren der in dieser Weiterbildungsordnung vorgeschriebenen Gesamtweiterbildungszeit anstatt in ganztägiger in halbtägiger Stellung abzuleisten; die Dauer der Halbtagsstätigkeit wird jedoch nur zur Hälfte auf die Weiterbildung engerechnet. Zwingende familiäre Verpflichtungen im Sinne von Satz 1 liegen vor, wenn die Ärztin Kleinkinder im eigenen Hausstand zu versorgen hat, so daß eine ganztägige Berufstätigkeit ausgeschlossen ist. Das gleiche gilt für Ärzte bei entsprechenden Voraussetzungen.“

## Rechtsfragen

### Interviews für Zeitschriften und unzulässige Werbung des Arztes

Unter dem Motto, die Öffentlichkeit müsse „informiert“ werden über Heilmöglichkeiten und Heilerfolge eines Arztes, gewähren da und dort einzelne Ärzte Interviews an Journalisten für Tageszeitungen und auch für die Regenbogenpresse. In aller Regel kann ein solcher Arzt zumindest nicht verhindern, daß markt-schreierische Veröffentlichungen in Wort und Bild aus einem solchen Interview entstehen.

Nach wie vor ist das Verhalten eines solchen Arztes als standeswidrig zu kennzeichnen. Dies bestätigt das nachstehend wiedergegebene **Urteil des BerufsgERICHTES für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München vom 22. September 1971 (BG – Ä 5/71).**

Im vorliegenden Fall hatte der beschuldigte Arzt und Sanatoriumsinhaber – trotzdem gegen ihn gleichzeitig ein berufsgerichtliches Verfahren wegen unzulässiger Annoncenwerbung schwebte (das mit seiner rechtskräftigen Verurteilung endete) – hintereinander drei Interviews für verschiedene Zeitschriften gegeben. Die Begründung seiner neuerlichen Verurteilung (Verweis und Geldbuße in Höhe von DM 2000,—) läßt an Deutlichkeit nichts zu wünschen übrig.

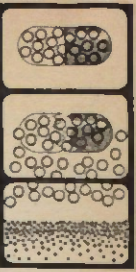
Aus den Gründen:

...

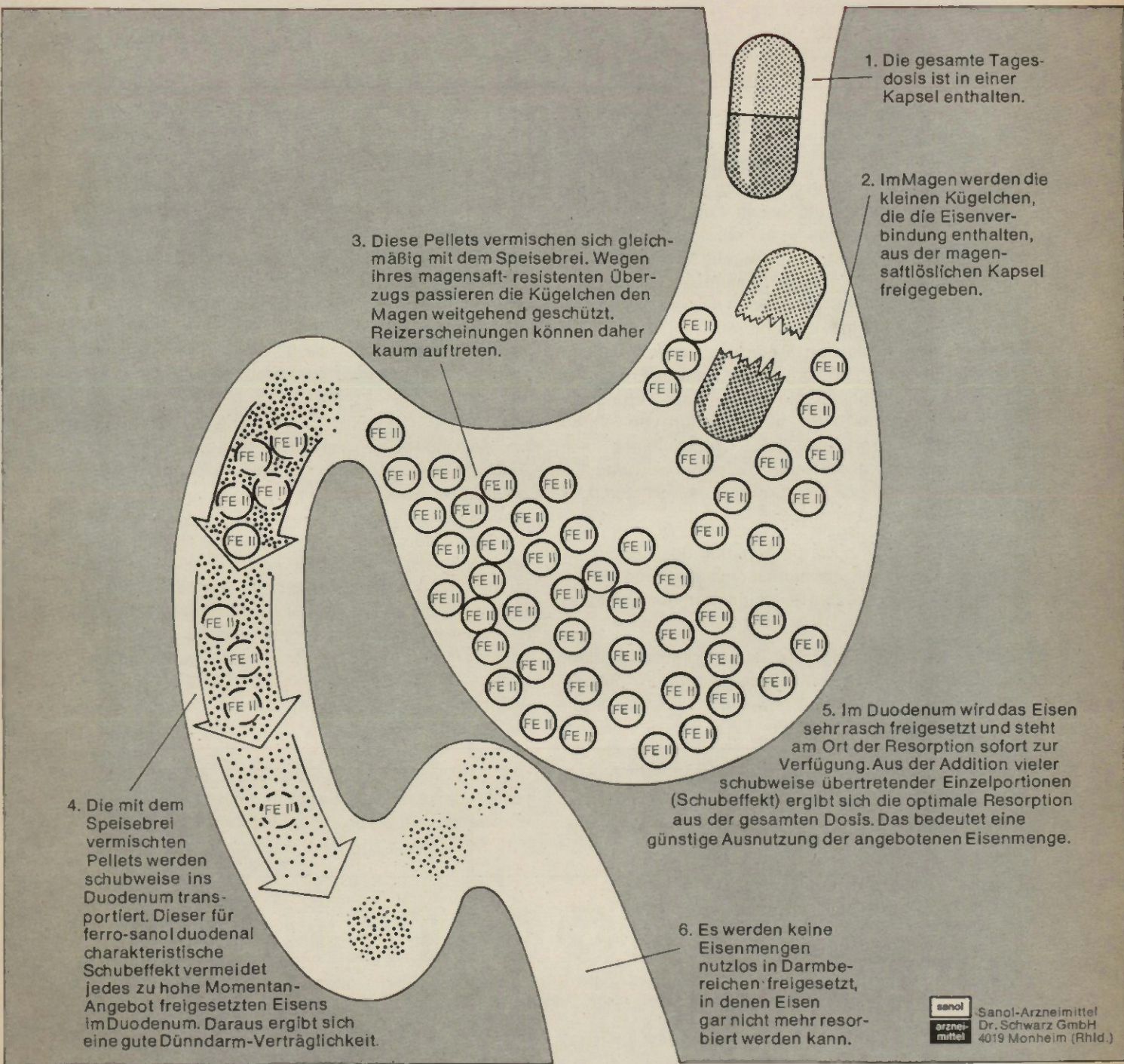
„Der Beschuldigte hat sich in allen Fällen einer Berufspflichtverletzung schuldig gemacht. Seine Interviews erfüllen objektiv den Tatbestand einer unerlaubten Werbung im Sinne des § 18 der Berufsordnung a. F. sowie des § 19 der Berufsordnung n. F. . . . Die beiden Fassungen stimmen, soweit sie hier einschlägig sind, im wesentlichen überein; da § 19 n. F. gegenüber § 18 a. F. in geringem Umfang milder ist, ist die Neufassung anzuwenden (§ 2 Abs. 2 Satz 2 StGB).

Als Werbung wird eine geschäftliche Anpreisung bezeichnet, die sich an einen größeren Personenkreis wendet (BAUMBACH-HEFERMEHL, 10. Aufl., Rdnr. 1 vor §§ 3–10 UWG). In diesem Sinne wirkten die in der Zeitschrift „X“ veröffentlichten Äußerungen, mögen sie im Interview selbst gemacht oder dem Reporter durch die Übergabe eines Buches bekanntgegeben worden sein, die Erfolgsquote betrage 90 %, die Behandlung bewirke eine Verjüngung, die Patienten fühlten sich wie neugeboren, werbend, ebenfalls die Veröffentlichung der Lichtbilder. Der mit Wissen und Willen erfolgte Abdruck eines umfangreichen Indikationsverzeichnisses verstößt ferner gegen § 19 Abs. 2 der Berufsordnung, wonach bei Werbungen für ein Sanatorium nur die Angabe des Hauptindikationsgebiets gestattet ist.

# Der neue Weg in der Eisen-Therapie



## ferro-sanol® duodenal



1. Die gesamte Tagesdosis ist in einer Kapsel enthalten.

2. Im Magen werden die kleinen Kügelchen, die die Eisenverbindung enthalten, aus der magensaftlöslichen Kapsel freigegeben.

3. Diese Pellets vermischen sich gleichmäßig mit dem Speisebrei. Wegen ihres magensaft-resistenten Überzugs passieren die Kügelchen den Magen weitgehend geschützt. Reizerscheinungen können daher kaum auftreten.

4. Die mit dem Speisebrei vermischten Pellets werden schubweise ins Duodenum transportiert. Dieser für ferro-sanol duodenal charakteristische Schubeffekt vermeidet jedes zu hohe Momentan-Angebot freigesetzten Eisens im Duodenum. Daraus ergibt sich eine gute Dünndarm-Verträglichkeit.

5. Im Duodenum wird das Eisen sehr rasch freigesetzt und steht am Ort der Resorption sofort zur Verfügung. Aus der Addition vieler schubweise übertretender Einzelportionen (Schubeffekt) ergibt sich die optimale Resorption aus der gesamten Dosis. Das bedeutet eine günstige Ausnutzung der angebotenen Eisenmenge.

6. Es werden keine Eisenmengen nutzlos in Darmbereichen freigesetzt, in denen Eisen gar nicht mehr resorbiert werden kann.

**sanol**  
arznei-  
mittel  
Sanol-Arzneimittel  
Dr. Schwarz GmbH  
4019 Monheim (Rhld.)

### Galenik + Physiologie = ferro-sanol® duodenal Schubeffekt

**Zusammensetzung:** 1 Kapsel enthält: FERRO GLYKOKOLL SULFAT Komplex 562,5 mg (=100 mg Fe<sup>2+</sup>)

**Dosierung:** Initial: 1-3 Wochen lang (je nach Schwere der Anämie) morgens 2 Kapseln nach dem Frühstück. Zur Auffüllung: 1 Kapsel nach dem Frühstück. Die Kapsel kann auch nüchtern genommen werden.

**Handelsformen:** Packung zu 20 Kapseln DM 7,95  
Packung zu 40 Kapseln DM 14,75

**Indikation:** Zur Therapie aller Eisenmangelzustände, besonders der

**Kontraindikationen:** keine  
**Nebenwirkungen:** sehr selten (unter 5% der beobachteten Fälle)

**Hinweise:** Bei Eisenverwertungsstörungen (z. B. sideroachrestische Anämie) oder Eisen-Überladungen (z. B. Hämochromatose, chronische Hämolyse) sollten orale Eisengaben nicht verabreicht werden. Eine im Verlaufe der Behandlung eul-

In der in der Zeitschrift „Y“ erschienenen Artikelserie stellten unabhängig von den Übertreibungen des Journalisten W. die vom Beschuldigten stammenden Teile eine Werbung dar, nämlich die Angabe der Erfolgsquote und die Zulassung des Abdrucks von Dankschreiben. Wenn auch der Beschuldigte dem W. die Dankschreiben nicht selbst zur Verfügung stellte, so wußte er doch, daß er sie in seinem Buch zitiert hatte; es entspricht weder dem Berufsethos noch der Gepflogenheit, daß Ärzte in rein wissenschaftlichen Abhandlungen derartige Dankschreiben abdrucken; für die Unterrichtung anderer Ärzte sowie auch interessierter Laien genügt es vielmehr, die ärztliche Diagnose, die eingeleitete Therapie und den Erfolg dieser Behandlung nüchtern darzustellen.

Im Zusammenhang mit diesem Interview ist dem Beschuldigten vorzuwerfen, daß er einem Mitarbeiter einer Zeitschrift wie „Y“ überhaupt Angaben machte, ohne sich vor dem Interview dagegen zu sichern, daß seine Angaben nicht aufgebauscht oder zur Erzielung höherer Verkaufserfolge verfälscht würden. Dagegen ist dem Beschuldigten die Übergabe von Lichtbildern durch seine Ehefrau nicht anzulasten, ferner nicht der Umstand, daß er das Erscheinen weiterer Nummern nicht unterbunden hat; nach der aus der Aussage des Zeugen W. ersichtlichen Einstellung der Mitarbeiter von „Y“ ist es fraglich, ob er das weitere Erscheinen verhindern konnte; auf die bloße Aufforderung, die Serie abubrechen, hätte die Redaktion von „Y“ mit Sicherheit nicht reagiert. Ob der Beschuldigte, nachdem er tatsächlich ein Interview gegeben hatte, bei Gericht den Abbruch der Serie hätte rechtzeitig erreichen können, ist ungewiß.

Schließlich stellten auch die Angaben des Beschuldigten gegenüber dem Zeugen G. eine Werbung dar, da mit ihnen die Erfolge des Beschuldigten herausgestellt wurden.

Gegen die Einlassung des Beschuldigten, er habe nicht werben wollen, weil seine Sanatorien ohnehin auf Monate hinaus belegt gewesen seien, spricht die im Urteil vom ... festgestellte Tatsache, daß er noch bis Ende 1970, also auch noch nach den Interviews durch R. und G. Werbeaufträge erteilt hat. Selbst wenn ihm aber bei Gewährung des Interviews nicht daran gelegen haben sollte, neue Patienten für seine Sanatorien zu gewinnen, war er jedenfalls bestrebt, nicht

nur die Frischzellentherapie bekanntzumachen, sondern auch seine eigene Tätigkeit öffentlich anpreisen zu lassen. Nach § 19 der Berufsordnung ist dem Arzt jegliche Anpreisung untersagt; es ist standesunwürdig, öffentliche Danksagungen oder anpreisende Veröffentlichungen zuzulassen. Auch wenn der Beschuldigte selbst nicht werben wollte, durfte er nach § 19 Abs. 3 der Berufsordnung nicht dulden, daß Berichte und Bildberichte mit werbendem Charakter über seine ärztliche Tätigkeit angefertigt und mit Verwendung seines Namens und seiner Anschrift veröffentlicht wurden.

Gegen diese Vorschriften hat der Beschuldigte verstoßen. Er ist daher vom Berufsgericht zu bestrafen.

Der Ahndung des vorliegenden Sachverhalts steht nicht entgegen, daß der Beschuldigte bereits am ... wegen unerlaubter Werbung verurteilt wurde, und daß die Interviews vor dieser Zeit liegen. Zwar schließt eine rechtskräftig verhängte berufsgerichtliche Maßnahme die nochmalige Verhängung einer Maßnahme wegen desselben Sachverhalts aus. Der Sachverhalt, d. h. der geschichtliche Vorgang, ist jedoch nicht identisch, auch nicht im Sinne des für das Strafrecht geltenden Begriffs der fortgesetzten Handlung. Der Beschuldigte wurde wegen Werbung durch Zeitungsanzeigen und durch ein Praxishinweisschild bestraft; davon sind die gewährten Interviews zu unterscheiden (vgl. BEHNKE, Rdnr. 30/32 zu § 32 BDO).

Die Verurteilung vom ... kann bei der Bemessung der nach Art. 38 KaG zu verhängenden Maßnahmen nicht erschwerend berücksichtigt werden, da sie dem nunmehr abzuurteilenden Sachverhalt nachfolgte. Das damalige Verfahren ist nur insoweit von Bedeutung, als der Beschuldigte bei Gewährung der Interviews bereits wußte, daß gegen ihn wegen unzulässiger Werbung vorgegangen wurde und daß er daher Anlaß gehabt hätte, sich besonders vorsichtig zu verhalten, insbesondere gegenüber einer Zeitschrift wie „Y“. Gerade durch die in dieser Zeitschrift erschienene Artikelserie wurde dem Ansehen der Ärzteschaft erheblicher Schaden zugefügt. Auch wenn dem Beschuldigten ein großes Maß an Gutgläubigkeit und Naivität zuzugute zu halten ist, hätte er beim Studium des damaligen § 18 der Berufsordnung, das auch einem vielbeschäftigten Arzt und Sanatoriumsleiter nicht erspart bleiben kann (§ 2 Abs. 2 Satz 1 der Berufsordnung a. F., § 1 Abs. 4 Satz 1 der Berufsordnung n. F.)

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

# 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 Erfüllung seiner ärztlichen Berufspflichten nicht hinter sein Streben nach Publicity zurückstellen dürfen, das in allen drei Fällen offenkundig geworden ist. Unter Berücksichtigung aller Umstände, insbesondere auch des hohen Einkommens des Beschuldigten, hält das Gericht einen Verweis und eine Geldbuße von DM 2000,- für angemessen.

Rechtsanwalt Poellinger, München

## Brief aus Bonn

In Bonn rückt die Sozialpolitik, um die es in den letzten Monaten ruhig geworden war, wieder stärker in den Vordergrund. Im Mittelpunkt steht ohne Zweifel das von Minister Arendt präsentierte und vom Kabinett im Schnellverfahren beschlossene Rentenreformgesetz. Von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist aber auch der nunmehr vorliegende Regierungsentwurf für die Einführung der landwirtschaftlichen Krankenversicherung. Beide Gesetzentwürfe berühren die Interessen der Selbständigen und insbesondere der Ärzte. Im Mittelpunkt des Rentenpakets von Minister Arendt steht die Einführung der flexiblen Altersgrenze. Versicherte, die 35 Versicherungsjahre nachweisen, werden aller Voraussicht nach von 1973 an zwei Jahre früher als heute, also nach Vollendung des 63. Lebensjahres ihre Altersrente beziehen können. Soweit, so gut. Das Prinzip der flexiblen Altersgrenze ist nicht umstritten. Alle sozialpolitischen und gesundheitspolitischen Überlegungen sprechen dafür, die bisher starre Altersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung aufzulockern. Umstritten ist nur die Form der flexiblen Altersgrenze. Sehr vereinfacht geht es um die Frage, ob derjenige, der den Nutzen aus der flexiblen Altersgrenze zieht und zwei Jahre früher die Erwerbstätigkeit aufgibt, die Kosten dieses sozialen Fortschritts tragen soll, oder ob die Erwerbstätigen, also auch diejenigen, die bis zum 65. Lebensjahr arbeiten, die Kosten der flexiblen Altersgrenze aufbringen sollen. Arendt hat sich für den zweiten Weg entschieden; er will die Beitragszahler zur Kasse bitten. Damit schafft Arendt einen starken Anreiz, früher in Pension zu gehen; er benachteiligt zugleich diejenigen, die länger arbeiten wollen.

Es gibt viele, die das nicht für vertretbar halten. Selbst das sozialistische Musterland Schweden gibt sich nicht

so progressiv wie die Bundesregierung. Da gilt heute noch eine Altersgrenze von 67 Jahren. Wer will, kann jedoch früher aufhören. Er hat dafür aber Abschläge von der Rente hinzunehmen, und zwar von etwa 7 % je Jahr. Auf diese Weise wird sichergestellt, daß jeder Mann, auf die gesamte Rentenbezugszeit gerechnet, einen gleich hohen Rentenanspruch hat. An dem Modell der Schweden orientieren sich z. B. die Arbeitgeberverbände bei ihren Vorschlägen. Aber eine solche Lösung, so scheint es, hat in der Bundesrepublik keine Chance, auch wenn sie die Logik für sich hat.

Jedermann muß sich jedoch über die finanziellen Konsequenzen der von Arendt vorgeschlagenen Lösung im klaren sein: sie belastet die Rentenversicherung und damit die Beitragszahler in den nächsten 15 Jahren mit rund 70 Milliarden Mark. Die CDU/CSU Fraktion steht demgegenüber nach wie vor auf dem Standpunkt, daß dieses Geld, das aufgrund der inflationär aufgeblähten Löhne und Gehälter nach den Vorausberechnungen des Arbeitsministeriums zur Verfügung stehen wird, zur Erhöhung des Rentenniveaus eingesetzt werden sollte, um den von den Preissteigerungen besonders hart betroffenen Rentnern einen Ausgleich zukommen zu lassen. Die CDU/CSU hat sich damit bislang nicht durchsetzen können.

Der zweite wichtige Punkt in Arendts Reformpaket ist die Öffnung der Rentenversicherung für die Selbständigen. Die Regierung will den Selbständigen von 1973 an das Recht einräumen, sich freiwillig in der Rentenversicherung zu versichern. Es kann nicht mehr daran gezweifelt werden, daß noch in dieser Legislaturperiode den Selbständigen der Beitritt zur Rentenversicherung gestattet wird. Ein entsprechender Gesetzentwurf der Opposition liegt ja schon seit Monaten auf dem Tisch. Die Vorschläge der Regierung und der Opposition weichen in wichtigen Punkten von einander ab, doch sind die Unterschiede nicht so gravierend, als dadurch die Verabschiedung des Gesetzentwurfes gefährdet werden könnte. Die Regierung stellt den Selbständigen frei, wieviel Beiträge sie entrichten wollen. Entgegen früheren Plänen wird jedoch vom Selbständigen verlangt, daß er einkommensgerechte Beiträge entrichtet. In den ersten Jahren gelten Beiträge in Höhe des Durchschnittsverdienstes (1971 = DM 172,- monatlich) als einkommensgerecht; nach 1977 sollen im Regelfall Beiträge der zweithöchsten Beitragsklasse entrichtet werden. Beitragsfreie Versicherungsjahre, wie Ausfallzeiten, werden nur berücksich-

**RECORSAN**<sup>®</sup>

**- LIQUID .c. Rutin**

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

O.P. Tropfflasche zu 30 ml

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

tigt, wenn die Selbständigen, ähnlich wie die Pflichtversicherten, regelmäßig Beiträge entrichten.

Die Opposition stellt es den Selbständigen dagegen frei, ob sie der Versicherung beitreten wollen oder nicht. Wer sich jedoch für den Beitritt entschließt, ist verpflichtet, regelmäßig einkommensgerechte Beiträge zu entrichten. Maßgeblich ist jeweils der letzte Steuerbescheid. Beide Lösungen haben Vor- und Nachteile. Die Konzeption der Union stellt tatsächlich sicher, daß der Selbständige, der der Rentenversicherung beiträgt, auch tatsächlich eine Grundversorgung für das Alter erreicht. Das Konzept der Regierung schließt unzureichende Renten nicht aus, es vermeidet jedoch die Schwierigkeiten, die durch die Zwangseintreibung von Beiträgen entstehen können.

Die Regierung hat daran festgehalten, für die Land- und Forstwirte eine eigenständige Pflichtversicherung einzuführen. Als Termin hat man sich die Jahresmitte 1972 vorgenommen. Das erscheint aber höchst fraglich. Die Opposition hatte bereits im letzten Jahr beantragt, allen Landwirten die bestehenden gesetzlichen Kassen zu öffnen. Der Bauernverband hat sich zwar bei früherer Gelegenheit mit knapper Mehrheit für die berufsständische Lösung ausgesprochen; die Regierung hat sich daran gehalten. Sie glaubt, daß sich auch solche eigenständigen landwirtschaftlichen Versicherungen auf die Dauer behaupten können. Genau das wird aber weithin bestritten. Es kann doch keinen Zweifel geben, daß die Zahl der aktiven Landwirte von Jahr zu Jahr weiter zurückgehen wird. Damit wird die Altersstruktur dieser Kassen ungünstiger sein als in anderen Kassen. Die Regierung hat nach Ansicht sachverständiger Kritiker nicht ausreichend bedacht, daß eine Versicherung um so gesünder ist, je breiter die Risiken gestreut sind. Das muß sich langfristig in höheren Beiträgen niederschlagen. Ob den Bauern damit wirklich gedient ist, muß bezweifelt werden. Auch scheint sich bis heute noch niemand ernstlich mit der Frage auseinander gesetzt zu haben, wie sich denn die Einführung einer solchen Pflichtversicherung langfristig auf die ärztliche Versorgung auf dem Lande auswirken muß.

bonn-mot

## Äskulap und Pegasus

Unser Confrère Dr. med. Otto MOLZ, 8420 Kelheim/Donau, Mitterfeldstraße 16, ist Praktischer Arzt, Gründungsmitglied des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte, Mitglied der Regensburger Schriftstellergruppe, Mitglied des französischen Verbandes des écrivains médecins sowie Leiter der Volkshochschule Kelheim. Er hat also neben dem nicht leichten Berufe eines Arztes für Allgemeinmedizin in seinem Nebenberufe eine umfangreiche kulturelle Tätigkeit sich erwählt, die seine karge Freizeit mehr als ausfüllt. Con-

frère Molz erblickte am 10. August 1910 in Wiesbaden das Licht der Welt, verlebte seine Kindheit in Halle an der Saale, Beginn des Medizinstudiums ebendort, dann in Frankfurt, Kiel, Königsberg und Marburg. An letzterer Universität promovierte er über die Konstitutionspsychologie des Infantilismus.

Aus der Lebenserfahrung Thomas Manns, daß das tiefer begründete Lachen das beste der Welt sei, in einer bedrohten Welt, in der es für den einzelnen nicht allzuviel zu lachen gibt, liebt er die helle Seite der Welt. Ihre dunkle ist dem jetzt 61jährigen nur allzu sehr vertraut. Er liebt den Sommer, Kinder, Barockmusik, Kristalle, Gespräche, Zeit-haben und Gedichte. Bei den letzteren die echten und aussagenotwendigen, die Achtung vor der Einmaligkeit des Menschen und seiner Mitmenschlichkeit stärkenden, die leisen, heiteren „Schmunzelgedichte“.

Darin ist er Meister und er schreibt darüber: „Manchmal gelingt mir selbst eines, ganz ohne Anspruch auf literarische Wertigkeit, ein Pinselstrich nur, gemischt aus dankbarem Schauen und Erlebensfreude. Anlaß zum Schauen und Erleben gibt es in der 33jährigen Allgemeinpraxis wahrlich genug und Immer wieder Anlaß zum Schmunzeln.“

Veröffentlicht hat er Gedichte im „Deutschen Ärzteblatt“, in der Zeitschrift „Die Oberpfalz“ und in der kürzlich im Banaschewski Verlag erschienenen „Anthologie deutschsprachiger Ärzte der Gegenwart“, die Confrère Armin Jüngling in geschickter Zusammenstellung und ansprechender Form herausgegeben hat. Mit dem dort u. a. veröffentlichten „Gebet eines Arztes“ hat Molz eine moderne Interpretation des elten hippokratischen Eides gegeben, der weiteste Verbreitung zu wünschen ist. Seine „kleine Liebeserklärung an den Liebesbrief“, erschienen im Prosaband (Anthologie 2), der Regensburger Schriftstellergruppe zeigt, daß er auch die Prosasprache beherrscht. Aus seinen „Schmunzelgedichten“ bringen wir einige Proben, die uns zeigen, welcher tiefgründiger Humor auf der heiteren Seite unseres Daseins vorhanden sein kann.

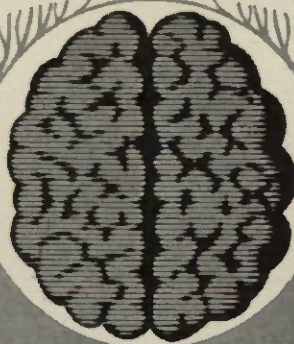
Dr. med. Robert Paschke, 8535 Emskirchen

## Aus dem schriftstellerischen Schaffen Molz'

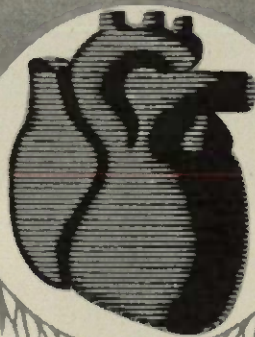
### Der Arzt als Patient

Der Arzt, falls krank, erkennt erschreckt „Ich bin Patient“!  
Da seine Krankheit ja die schwerste,  
ist er zu Hause nun der Erste.  
Schleichend auf den Zehenspitzen,  
Frau und Kinder Angstsweiß schwitzen,  
da er beginnt, sein Fieber, Rheuma, Mandeln,  
fachkundig selber zu behandeln,  
um bald darauf doch zu erkennen,  
daß dies Kollegen besser können.  
Der Arzt, falls krank, vergißt zuweilen:  
er kann sich gar nicht selber heilen,  
denn seine eigne Therapie  
befolgt er nie!

**Weil das Mehr  
und die "Güte"  
der Gesamt-  
durchblutung  
entscheidend  
sind**



**Theokal®**



**zur  
Therapie  
peripherer  
und zentraler  
Durch-  
blutungs-  
störungen**

**Bilaterale  
Gefäß-  
aktivierung**

durch Steigerung der Gesamtdurchblutung und Verbesserung der Herzleistung, durch Anregung des Gefäßwand- und Gewebestoffwechsels

**Indikationen:**

Akute und chronische periphere, zerebrale und koronare Durchblutungsstörungen

Prophylaxe, Therapie und Nachbehandlung von Stenokardien, Angina pectoris, Koronarinsuffizienz, Myokardinfarkt, Asthma cardiale, Zerebralsklerose, Apoplexie,

Kombination mit Strophanthin, Digitalis oder Antikoagulantien ist möglich.

Kontraindikationen sind nicht bekannt.

**Dosierung:**

3 x täglich 2 Dragées bzw. bis zu 3 x täglich 1-2 Ampullen i.v. oder i.m.

**Zusammensetzung:**

1 Dragée Theokal® enthält:  
Cumarin 2,5 mg  
Tri-(hydroxyäthyl)-rutin = Troxerutin 15,0 mg  
7-(β-Hydroxypropyl)-theophyllin = Proxiphyllin 60,0 mg

1 Ampulle zu 2 ml Theokal® enthält:  
Cumarin 3,0 mg  
Rutinschwefelsäureester-Natriumsalze 50,0 mg  
7-(β-Hydroxypropyl)-theophyllin = Proxiphyllin 240,0 mg

Packungen mit  
50 Dragées DM 7,60  
128 Dragées DM 15,50  
5 Ampullen DM 7,75  
Klinikpackungen



Schaper & Brümmer  
Salzglitter-Ringelheim

## Aesculap und Pegasus

Einstmals, als sich Pegasus  
den Fuß verstaucht,  
hat er Aesculap, den Medikus  
unbedingt gebraucht.  
Der bandagierte, wie bewährt,  
damit es rascher ginge,  
und sagte „Altes Dichterpferd  
mach nicht zu große Sprünge!  
Bleib, wie es Tradition  
in den Wolken schweben,  
das hast Du sonst davon  
und trittst daneben.“  
Pegasus darob empört,  
trabt durch die Lande weiter:  
„Bin ich ein altes Dichterpferd,  
bist Du ein Halsabschneider!“

## Ein Neandertaler rief an

Gestern rief, wenn auch mit Schwierigkeiten  
mich ein Neandertaler an,  
um zu hören was an Neuigkeiten  
sich denn so getan . . .  
„Getan hat sich, mein lieber Alter“  
sagt ich und fühlt mich in der Enge,  
„von Dir bis zum Atomzeitalter  
bestimmt 'ne ganze Menge.  
Der Mensch, ob auch zu seinem Wohl?,  
entdeckte viel, das ihn erstarkt:  
das Rad, das Pulver und den Alkohol  
und stirbt jetzt meist am Herzinfarkt.  
Er rennt und sucht und sucht,  
jagt, tötet“, murmelt ich,  
„und immer ist er auf der Flucht  
am meisten wohl vor sich.“  
„Da“ — rief da der Hochofrenute,  
„dann ist ja alles so geblieben,  
vom Neandertal bis heute,  
mit Jagen, Töten, Lieben.“  
Drauf ich: „Der Unterschied ist nur,  
wenn man's genau bedenkt,  
wir nennen das Kultur.“  
Da hatte er schon eingehängt.

## Geparkte Oma

Jedes Jahr zur Urlaubszeit —  
man hat gespart sein liebes Geld —  
gehts nun in die Ferne weit  
mit dem Auto und dem Zelt,  
nach Meran und Roma,  
doch wohin mit der Oma?  
Zur rechten Zeit genug  
beim Doktor früh am Morgen  
bestellt man einen Hausbesuch,  
weil man so sehr in Sorgen,  
ob Kolik oder Koma  
bestehe bei der Oma.  
Man spricht ihm seinen Kummer aus,  
weil plötzlich auf den Tag genau,  
erkrankt im wohlbekanntem Haus  
die kerngesunde alte Frau, —  
an Psyche oder Soma? —  
die stillvergnügte Oma.  
„Ach, Herr Doktor, Sie verstehen,  
wir kennen unsre Kindespflicht,  
sie soll ins Krankenhaus nur gehen,  
ins Altersheim muß sie ja nicht;  
sie braucht 4 Wochen nur zu bleiben,  
dann sind zu ihrem Glück  
vom Urlaub wir zurück!“

## Kongresse

### Seminar über Präventiv-Kardiologie

vom 17. bis 22. Januar 1972 in Höhenried

Da das „Seminar über Präventiv-Kardiologie“ in Höhenried im Sommer 1972 ausfallen muß, machen wir alle interessierten Ärzte auf die Möglichkeit der Teilnahme am Januar-Kurs 1972 für Sportärzte in Höhenried aufmerksam.

Anmeldung: Bayerischer Sportärzte-Verband e. V., 8000 München 19, Nymphenburger Straße 81, Telefon (08 11) 183503

### Kolloquium der Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten der Universität Würzburg

am 26. Januar 1972 in Würzburg

Am 26. Januar 1972 findet ein Kolloquium der Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten der Universität Würzburg statt.

Auskunft: Privatdozent Dr. Eva Müller, 8700 Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2

### Fortbildungstage in Praktischer Medizin

vom 17. bis 19. Februar 1972 in Erlangen

Vom 17. bis 19. Februar 1972 finden die Fortbildungstage in Praktischer Medizin unter der Leitung von Professor Dr. med. L. Demling in Erlangen statt.

Tagesthemen: Intensivmedizin — Klinische Visiten — Labormethoden — Präventivmedizin/Geriatrie  
Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitäts-Klinik, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12, Telefon (0 91 31) 85 34 25

### 5. Einführungskurs in die Wiederherstellungschirurgie der Nase und der Nasenscheidewand

vom 21. bis 26. Februar 1972 in Erlangen

Vom 21. bis 26. Februar 1972 findet in der Universitäts-Hals-Nasen-Ohren-Klinik Erlangen der 5. Einführungskurs in die Wiederherstellungschirurgie der Nase und der Nasenscheidewand statt.

Vorgesehen sind Operationsdemonstrationen, Übungen an der Leiche und theoretischer Unterricht.

Auskunft und Anmeldung: Privatdozent Dr. H. Masing, 8520 Erlangen, Universitäts-Hals-Nasen-Ohren-Klinik, Waldstraße 1

### Kurs für Röntgenhelferinnen

vom 21. Februar bis 3. März 1972 in Erlangen

Der nächste von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Kurs für Röntgenhelferinnen findet in der Zeit vom 21. Februar bis 3. März 1972 in Erlangen statt. Teilnahmevoraussetzung: Nachweis einer dreijährigen praktischen Tätigkeit im Röntgenbereich.  
Anmeldung: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (08 11) 47 60 87 (Apparat 87)



## Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat September 1971 \*

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Im September traten wieder bedeutend mehr Scharlacherkrankungen auf als im August. Die Erkrankungsziffer (je 100 000 der Bevölkerung und umgerechnet auf ein Jahr) lag mit 36 mehr als doppelt so hoch wie im August (15).

Örtliche Häufungen von Erkrankungen an bakterieller Ruhr sowie an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) im Regierungsbezirk Oberbayern ließen die Erkrankungszahlen und -ziffern für das Land insgesamt überdurchschnittlich ansteigen.

Die Erkrankungshäufigkeit an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) hat sich gegenüber dem August kaum verändert.

### Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 29. August bis 2. Oktober 1971 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11	
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa			
							Hirnheutentzündung		Salmonellose										übrige Formen		Salmonellose	
	E <sup>1)</sup> ST <sup>1)</sup>		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	2	—	129	—	—	—	3	1	22	—	2	—	1	—	3	—	29	—	184	—	—	—
Niederbayern	—	—	4	—	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	5	—	29	—	17	—
Oberpfalz	—	—	29	—	—	—	7	—	4	—	—	—	2	—	—	—	5	—	38	—	—	—
Oberfranken	—	—	49	—	—	—	1	—	8	1	1	1	—	—	—	—	—	—	26	1	5	—
Mittelfranken	1	—	86	—	—	—	2	—	7	—	1	—	1	—	—	—	—	—	28	—	1	—
Unterfranken	—	—	26	—	—	—	2	—	6	—	—	—	2	—	—	—	1	—	27	—	—	—
Schwaben	—	—	50	—	—	—	5	—	7	—	—	—	—	—	2	—	7	—	32	—	3	—
<b>Bayern</b>	<b>3</b>	<b>—</b>	<b>373</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>22</b>	<b>1</b>	<b>54</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>—</b>	<b>5</b>	<b>—</b>	<b>47</b>	<b>—</b>	<b>364</b>	<b>1</b>	<b>26</b>	<b>—</b>
München	2	—	69	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—	—	1	—	12	—	59	—	—	—
Nürnberg	—	—	38	—	—	—	1	—	5	—	1	—	1	—	—	—	—	—	12	—	—	—
Augsburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	2	—	—	—
Regensburg	—	—	10	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21	
	Botulismus		Hepatitis infectiosa		Mikrosporidie		Bang'sche Krankheit		Leptospirose				Malaria Erst-erkrankung		Toxoplasmosis		Wundstarrkrampf		Verdachtsfälle von Tollwut <sup>2)</sup>	
									Well'sche Krankheit		übrige Formen									
	E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	1	—	94	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	4	2	—	—
Niederbayern	—	—	25	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	5	3	—	—
Oberpfalz	—	—	28	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	5	—
Oberfranken	—	—	35	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	3	—	1	—	—	—
Mittelfranken	—	—	43	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	1	8	—
Unterfranken	—	—	29	2	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	10	—
Schwaben	—	—	43	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	1	2	—
<b>Bayern</b>	<b>1</b>	<b>—</b>	<b>297</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>—</b>	<b>1</b>	<b>—</b>	<b>1</b>	<b>—</b>	<b>1</b>	<b>—</b>	<b>2</b>	<b>—</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>25</b>	<b>—</b>
München	—	—	37	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	22	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—

<sup>1)</sup> Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

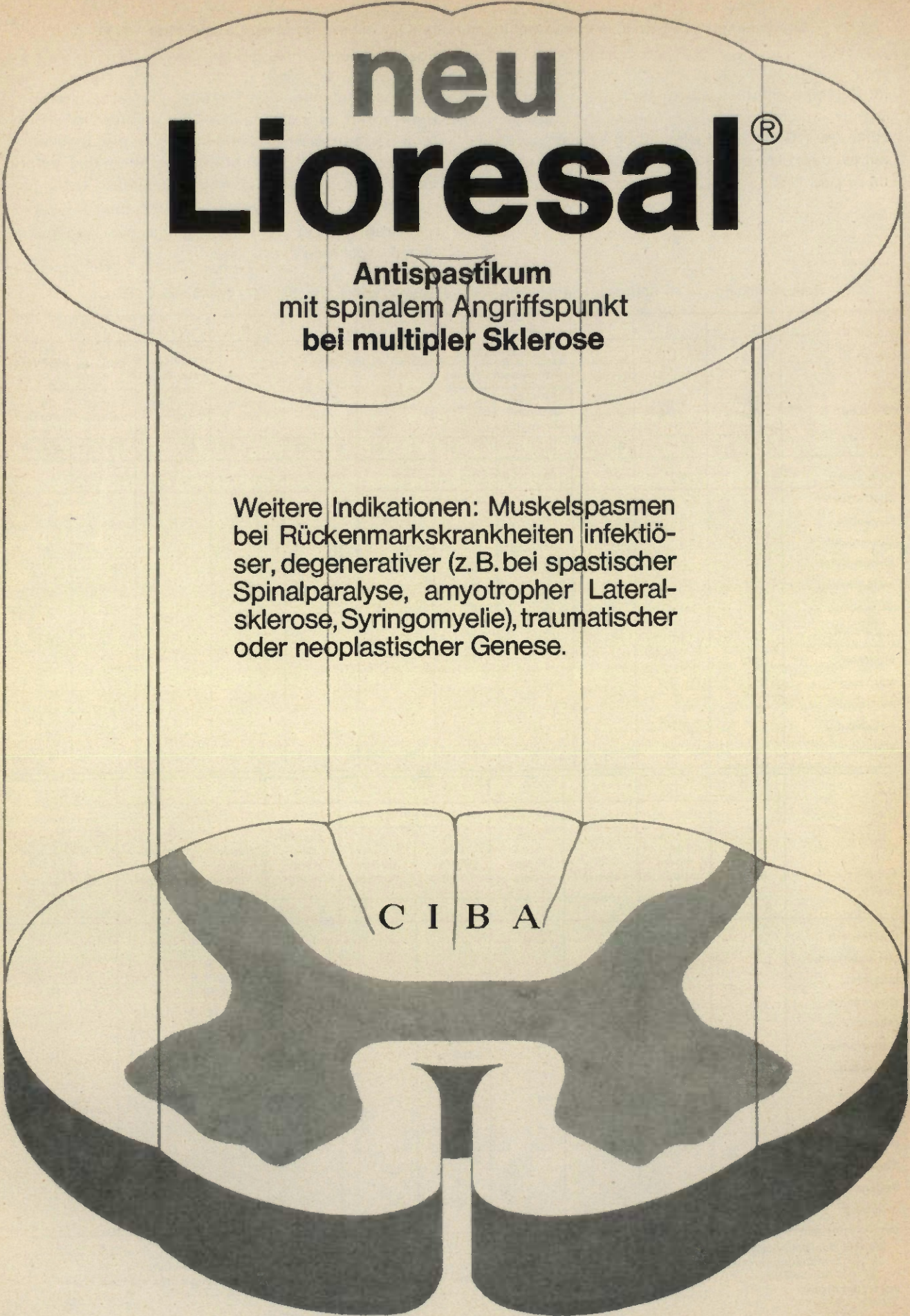
<sup>3)</sup> „ST“ = Sterbefälle. <sup>4)</sup> Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

# neu **Liioresal**®

**Antispastikum  
mit spinalem Angriffspunkt  
bei multipler Sklerose**

Weitere Indikationen: Muskelspasmen bei Rückenmarkskrankheiten infektiöser, degenerativer (z. B. bei spastischer Spinalparalyse, amyotropher Lateralsklerose, Syringomyelie), traumatischer oder neoplastischer Genese.

C I B A



## neu Lioresal®

**Antispastikum**  
mit spinalam Angriffspunkt  
bei multipler Sklerose

**Zusammensetzung:** 4-Amino-3-(p-Chlor-phenyl)-buttersäure: Tabletten mit 10 und 25 mg  
**Eigenschaften:** Lioresal enthält einen völlig neuartigen Wirkstoff, nämlich ein Derivat der Gamma-Aminobuttersäure. Aufgrund seiner pharmakologischen Eigenschaften unterscheidet sich dieses Antispastikum von allen bekannten Myorelaxantien.

**Kontraindikation:** Epilepsie.  
**Nebenwirkungen:** Bei individueller, dem jeweiligen Fall angepasster Dosierung wird Lioresal im allgemeinen gut vertragen. Es ist somit auch für eine langfristige Behandlung geeignet. — Als Nebenwirkungen können Tagessektion, Übelkeit, Erbrechen und Schwindel auftreten. Gelegentlich beobachtet man bei Patienten mit zerebralen Durchblutungsstörungen sowie bei alten Menschen depressive Verstimmung, Euphorie, Verwirrtheit und Halluzinationen. Eine unerwünschte Muskelschwäche, die die Fähigkeit des Patienten zur Selbsthilfe vermindert, kann durch Dosisanpassung gehoben werden.

**Dosierung:** Um unerwünschte Nebenwirkungen zu vermeiden, ist die Dosierung dem individuellen Fall anzupassen. Man leitet die Behandlung gewöhnlich mit 3mal täglich 5 mg ein und steigert alle drei Tage um jeweils 3mal 5 mg bis zur Erreichung der optimalen Tagesdosis, die meist zwischen 60 und 75 mg/die liegt. — Nur bei hospitalisierten Patienten dürfen in Ausnahmefällen mehr als 100 mg täglich verabreicht werden. Damit das Präparat im Magen-Darm-Trakt gut vertragen wird und eventuelle Reizercheinungen wie Erbrechen oder Durchfälle vermieden werden, sind die Tabletten während den Mahlzeiten oder mit Milch einzunehmen.

**Zu beachten:** Da bei Patienten mit spastischen Zuständen zerebraler Genese öfters eine Tagessektion auftritt, die die Rehabilitation erschweren kann, und da überdies die Gefahr psychischer Nebenwirkungen größer ist, darf Lioresal in solchen Fällen nur unter klinischer Kontrolle und in vorsichtiger Dosierung verabreicht werden. — Für die Behandlung des Morbus Parkinson kommt Lioresal nicht in Betracht. — Weiterhin ist zu beachten, daß Psychosen unter Lioresal exazerbieren können. — Werden gleichzeitig Antihypertonika verabreicht, ist eine besonders sorgfältige Blutdruckkontrolle angezeigt. Bei Patienten mit Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür ist Vorsicht geboten.

**Handelsformen und Preise:** Tabletten mit 10 mg 50 Stück — DM 23.—; Tabletten mit 25 mg 50 Stück — DM 48.80; Anstaltspackungen

## Veranstaltungskalender der Bayerischen Akademie für Arbeits- medizin und soziale Medizin in München für das Jahr 1972

7. 2. — 3. 3. 1972

B-Kurs für Arbeitsmedizin

20. 3. — 24. 3. 1972

Sozialmedizinischer Informationskurs III  
(Suchtstoffe — ein sozialmedizinisches Problem)

April 1972

Lehrgang für ärztliche Gutachter bei Gericht: „Auswirkungen von Alkohol im Blut“

24. 4. — 28. 4. 1972

Sozialmedizinischer Informationskurs IV  
(Freizeit und Urlaub — ein wesentlicher Faktor unserer Gesundheit)

5. 6. — 9. 6. 1972

Lehrgang für Epidemiologie

18. 9. — 13. 10. 1972

C-Kurs für Arbeitsmedizin

6. 11. — 10. 11. 1972

Sozialmedizinischer Informationskurs I

November 1972

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin gemeinsam mit der Bayerischen Akademie

4. 12. — 8. 12. 1972

Sozialmedizinischer Informationskurs II

Neben diesen Veranstaltungen werden von Fall zu Fall noch Einzelveranstaltungen durchgeführt. Sämtliche Kurse und Lehrgänge können von allen daran interessierten Ärzten und auch anderen Interessenten besucht werden.

Die Kurse für Arbeitsmedizin sind Bestandteil der Weiterbildung zur Erlangung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“ und werden in regelmäßigen Abständen in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer abgehalten.

Eine Kursgebühr wird nicht erhoben. Besondere Teilnahmebedingungen bestehen nicht. Um telefonische oder schriftliche Anmeldung wird gebeten.

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

Tagungsort: 8000 München 22, Pfarrstraße 3

Auskunft und Programmversand:

Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3, Telefon (08 11) 21 48 / 2 59 — 2 60

## Veranstaltungskalender der „Ärztlichen Fortbildung im Chiemgau“

26. Januar 1972

20.00 Uhr — Prien am Chiemsee

Thema: Haut und innere Erkrankungen

9. Februar 1972

20.00 Uhr — Prien am Chiemsee

Thema: Notfälle in der Kinderheilkunde

16. Februar 1972

20.00 Uhr — Prien am Chiemsee

Thema: Die Grundlagen der Auto-Aggressionskrankheiten

1. März 1972

20.00 Uhr — Prien am Chiemsee

Thema: Pneumonia

15. März 1972

20.00 Uhr — Prien am Chiemsee

Thema: Mißbrauch von Rausch- und Arzneimitteln

12. April 1972

20.00 Uhr — Prien am Chiemsee

Thema: Gesichtsschmerz — Trigeminusneuralgie, Migräne

22./23. April 1972

Salzburg

9. Fortbildungstagung der Salzburger Ärztesgesellschaft gemeinsam mit der „Ärztlichen Fortbildung im Chiemgau“

6. bis 28. Mai 1972

Fortbildungskongreß an Bord von TS Hanseratik, Mittelmeer-Kreuzfahrt zum Schwarzen Meer mit dem Deutschen Kassanarztverband

Thema: Beherrschung der Notfallsituation ohne klinische Hilfsmittel — Erkrankungen im Mittelmeerraum

Fahrttrouta vom 6. bis 19. Mai 1972 zum Schwarzen Meer: Genua - Malta - Istanbul - Jalta - Odessa - Constanza - Piraeus - Genua vom 19. bis 27. Mai 1972: Genua - Valencia - Malaga - Lissabon - Cuxhaven

24. Mai 1972

20.00 Uhr — Prien am Chiemsee

Thema: Wirbelsäulenkrankungen

10. Juni 1972

Prien am Chiemsee

Thema: Notfallsituation außerhalb des Krankenhauses

14. Juni 1972

20.00 Uhr — Prien am Chiemsee

Thema: Eisenstoffwechsel

28. Juni 1972

20.00 Uhr — Prien am Chiemsee

Thema: Probleme der Gastroenterologie

Auskunft: Dr. med. H. Matusczyk, Kneipp-Sanatorium Kronprinz, 8210 Prien am Chiemsee, Telefon (0 80 51) 44 82

# 49. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

vom 24. bis 26. März 1972

Thema: „Onkologie für die Praxis“ – Kongreßleitung: Professor Dr. A. Schretzenmayer, Augsburg

## Freitag, 24. März 1972

16.00 Uhr:  
Klinische Visiten in den Augsburger Kliniken  
16.00 Uhr:  
Laborseminar  
20.00 Uhr:  
Filmabend

## Samstag, 25. März 1972

8.00 – 9.00 Uhr:  
**Besichtigung der Industrieausstellung**  
im Unteren Rathausfletz und im Goldenen Saal  
9.00 – 9.30 Uhr:  
Prof. Dr. H. Fleischhacker, Wien:  
**Theorien der Krebsentstehung**  
9.30 – 9.50 Uhr:  
Priv.-Doz. Dr. J. Sander, Tübingen:  
**Kanzerogene Substanzen**  
9.50 – 10.30 Uhr:  
**Aktuelle onkologische Kurzreferate:**  
a) Frau Prof. Dr. G. Dallenbach, Mannheim:  
Langzeitanwendung der Pille, Nutzen und Schaden  
b) Frau Priv.-Doz. Dr. E. Schmidt, Hannover:  
Gibt es einen Karzinom-Wassermann?  
c) Dr. J. Klemm, München:  
Hirnszintigramm und Hirntumor  
10.30 – 11.00 Uhr:  
P a u s e  
11.00 – 11.30 Uhr:  
Prof. Dr. F. Stelzner, Hamburg:  
**Das Mammakarzinom**  
11.30 – 12.00 Uhr:  
Prof. Dr. J. G. Moormann, Homburg:  
**Das urologische Malignom**  
12.00 – 14.00 Uhr:  
M i t t a g s p a u s e  
14.00 – 15.15 Uhr:  
**Podiumsgespräche:**  
1. Praxisprobleme bei der gynäkologischen Vorsorge-  
untersuchung  
Einleitendes Kurzreferat: Prof. Dr. P. Stoll, Mann-  
heim  
2. Die Betreuung der unheilbar Krebskranken  
Einleitendes Kurzreferat: Prof. Dr. H. Fleisch-  
hacker, Wien:  
Zytostatische Behandlung in der Praxis

15.15 – 16.15 Uhr:  
Prof. Dr. F. A. Horster, Düsseldorf:  
**Schilddrüsenseminar: Hyperthyreose in der Praxis**

## Sonntag, 26. März 1972

8.00 – 9.00 Uhr:  
**Besichtigung der Industrieausstellung**  
im Unteren Rathausfletz und im Goldenen Saal  
8.00 – 9.00 Uhr:  
Prof. Dr. F. A. Horster, Düsseldorf  
**Schilddrüsenseminar: Schilddrüsenentzündungen und  
-tumoren in der Praxis**  
9.00–9.30 Uhr:  
Prof. Dr. H. Fleischhacker, Wien:  
**Diagnose und Therapie der malignen Erkrankungen  
des blutbildenden Systems**  
9.30 – 10.00 Uhr:  
Prof. Dr. J. Oehme, Braunschweig:  
**Krebs bei Kindern und Jugendlichen**  
10.00 – 10.35 Uhr:  
Prof. Dr. E. Ungeheuer, Frankfurt:  
**Früherfassung, Früherkennung und Frühbehandlung  
der Bronchial-Ca's (mit Film)**  
10.35 – 11.00 Uhr:  
P a u s e  
11.00 – 11.30 Uhr:  
Priv.-Doz. Dr. G. Volkheimer, Berlin:  
**Moderne Diagnostik der Ca's im gastroenterologi-  
schen Bereich**  
11.30 – 12.00 Uhr:  
Prof. Dr. W. Siegenthaler, Zürich:  
**Hormoneil aktive Tumoren mit spezieller Berücksichti-  
gung der paraneoplastischen Syndrome**  
12.00 – 14.00 Uhr:  
M i t t a g s p a u s e  
14.00 – 15.15 Uhr:  
**Podiumsgespräch mit 10-Minuten-Kurzreferaten:**  
a) Prof. Dr. J. Berendes, Marburg:  
Das Ca im HNO-Bereich  
b) Prof. Dr. F. A. Horster, Düsseldorf:  
Der kalte Knoten der Schilddrüse  
c) N. N.:  
Das Ca im ophthalmologischen Bereich  
d) N. N.:  
Pseudomyxom peritonei  
Auskunft und Anmeldungen: Sekretariat des  
Augsburger Fortbildungskongresses für praktische  
Medizin, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2, Telefon  
(08 21) 2 27 77

*Sinupret*<sup>®</sup>

schließt eine therapeutische Lücke

bei *Sinusitiden*

BIONORICA KG  
NÜRNBERG

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

Die Zahl der Meldungen von Scharlacherkrankungen stieg im Berichtsmonat, jahreszeitlich bedingt, weiter an; auf 100 000 Einwohner entfielen im September 36, im Oktober 67 Fälle (umgerechnet auf ein Jahr). Erkrankungen an übertragbarer Hirnhautentzündung traten etwas weniger häufig auf als im Vormonat.

An Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) erkrankten im Oktober weniger Personen als im Vormonat. Die Erkrankungsziffer sank von 36 auf 24 Fälle. Das Auftreten von Hepatitis-Erkrankungen (übertragbare Leberentzündung) blieb gegenüber dem Vormonat unverändert.

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

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Typhus abdominalis		Pertyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				Botulismus			
							Hirnhautentzündung		Gehirnentzündung								Salmonellose		übrige Formen					
							Meningokokken-Meningitis		übrige Formen										Salmonellose		übrige Formen			
E <sup>1)</sup> ST <sup>2)</sup>		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	—	—	201	—	—	—	3	—	12	—	—	—	6	—	—	—	15	—	90	—	1	—	—	—
Niederbayern	—	—	26	—	—	—	1	—	2	—	—	—	1	—	2	—	—	—	9	2	3	—	—	—
Oberpfalz	—	—	20	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	1	—	21	—	—	—	—	—
Oberfranken	—	—	78	—	—	—	—	1	7	—	1	—	—	—	—	—	—	—	27	—	3	—	—	—
Mittelfranken	—	—	87	—	—	—	2	—	4	—	1	—	1	—	—	—	3	—	17	—	—	—	—	—
Unterfranken	—	—	52	—	—	—	1	—	11	—	—	—	1	—	—	—	3	—	18	—	—	—	—	—
Schwaben	—	—	80	—	—	—	2	2	1	—	—	—	1	—	—	—	3	—	15	1	4	—	—	—
<b>Bayern</b>	—	—	544	—	—	—	9	3	43	—	2	—	10	—	2	—	25	—	197	3	11	—	—	—
München	—	—	98	—	—	—	2	—	1	—	—	—	3	—	—	—	10	—	57	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	40	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Regensburg	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis Intec-tiosa		Ornithose				Brucellose				Leptospirose				O-fieber		Toxo-plas-mose		Wund-starr-krampf				Ver-dachts-fälle von Toll-wut <sup>3)</sup>	
			Psittacose		übrige Formen		Beng'sche Krank-helt		Melta-Fieber		Well'sche Krank-helt		Feld-fieber											
E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	100	1	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	3	—	1	1	—	—	—	—
Niederbayern	26	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—
Oberpfalz	21	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	10	—
Oberfranken	19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—
Mittelfranken	33	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	6	—
Unterfranken	18	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	44	—
Schwaben	35	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15	—
<b>Bayern</b>	252	3	1	—	2	—	1	—	1	—	1	—	1	—	1	—	5	—	5	3	—	—	76	—
München	56	1	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	17	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	16	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

<sup>1)</sup> Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

<sup>3)</sup> „ST“ = Sterbefälle. <sup>4)</sup> Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

## 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.

Januar 1972

16. – 22. 1. in Bernried:

**Seminar über präventive Kardiologie**, veranstaltet vom Deutschen Sportärztebund. Auskunft: Bayerischer Sportärzte-Verband e. V., 8000 München 19, Nymphenburger Straße 81/4.

17. – 21. 1. in Neuherberg:

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

17. – 28. 1. in Neutrauchburg:

**Einführungslehrgang in die manuelle Wirbelsäulen-Therapie**. Auskunft: Dr. med. K. Seil, 7972 Neutrauchburg.

17. 1. – 4. 2. in Neuherberg:

**Strahlenschutzkurs. Einführungskurs, 1. und 2. Fortbildungskurs**. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

22. 1. – 5. 2. in Madonna di Campiglio:

**XLI. Fortbildungslehrgang des Deutschen Sportärztebundes im Wintersport (Friedrich-Kurs)**. Auskunft: OMR

Dr. Friedrich, 8000 München 23, Wilhelmstraße 16.

24. – 29. 1. in Zermatt:

**14. Alpines EEG-Meeting**. Auskunft: Dr. F. Martin, Chemin Vert, CH 1253 Chougny-Vendoevres Genève.

**Bellegenhinweis:**

Dieser Ausgabe ist ein Prospekt der Firma **UBC-Chemie, Sindorf**, beige-lügel.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 18, Telefon (08 11) 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 2, Postfach, Sonnenstraße 29, Telefon 55 80 81, 55 82 / 41 - 48, Fernschreiber: 05 / 23 662, Telegrammadresse: atlas-press. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfing, München.

Druck: Druckerei und Verlag Hans Zauner jr., 8060 Dachau.

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

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

# Terrassen- Eigentumswohnungen in München-Solln



Weitere Eigentumswohnungen aus unserem Bauträgerprogramm in München/Olympiedorf, Fürstenfeldbruck bei München, Bad Kissingen, Lindeu-Bei Schachen, Passau-Neustift, Neu-Ulm, Memmingen und Neuheus/Schliersee.

Nur 6 km von der Stadtmitte (Marienplatz) entfernt entsteht an der Noëstraße in parkähnlicher Umgebung eine exklusive, villenartige Wohnanlage. In drei Gehminuten erreicht man die Stadtbushaltestelle und in sechs den S-Bahnhof Solln. Ein Teil der Wohnungen wird noch 1971 bezugsfertig, daher Abschreibung noch für dieses Jahr möglich.

### 3- und 4-Zimmer-Wohnungen

105 bis 160 qm Wohnfläche, DM 201 366,- bis DM 313 925,- inkl. Garage

Auf Wunsch kann nach Vereinbarung eine Musterwohnung besichtigt werden. Auskunft, Finanzierungsberatung und Verkauf:

### Beulendbeschaffungs-Gesellschaft mbH

Eine Einrichtung der Bayerischen Landesbausparkasse  
8000 München 2, Kerollnenplatz 1, Telefon (08 11) 2 17 21