



Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Junii 1972

Moderne Jugend im Bann der Rausch- und Genußgifte

von J. Herrmannsdörfer

In der nahen, wie auch in der fernen Vergangenheit war schon oft der zwischenmenschliche Gruß ein richtungsweisendes Charakteristikum eines Zeitalterschnittes.

Unsere moderne Jugend begrüßt sich in zeitnaher Weise mit „high“. Ein großer Teil wünscht sich damit natürliches Wohlbefinden. Der andere Teil offeriert mit diesem Gruß jedoch den Wunsch nach Erfüllung des Drogenrausches.

Wie der Gruß, hat sich zeitgemäß auch das Drogenmilieu geändert. Sofern vorerst der Alkohol als Droge der Geselligkeit ausgeklammert wird, spielte sich der Rauschmittelkonsum noch vor 6 bis 10 Jahren im Verborgenen und als Geheimnis der einzelnen Person ab. Heute verlangt der Rauschdrogengebrauch das Milieu der konsumierenden Gemeinschaft, das spezifische Image der Gleichgesinnten, sowie die entsprechende optische und akustische Kulisse für die Rauschdrogenzene. Ebenso ist das Durchschnittsalter der gewohnheitsmäßigen Drogenkonsumenten in den letzten Jahren rapid gesunken. Die meisten Jugendlichen nehmen bereits im Alter von 12 bis 15 Jahren Drogen zu sich. Wer älter als 25 Jahre ist, zählt in der Szene schon nicht mehr zu den Gleichgesinnten. Jeder Person im Alter über 30 Jahre wird mit abweisendem Mißtrauen begegnet. Nur in seinem spezifischen Milieu kann der Jugendliche das aus seinem Drogentrip machen, was er sich vorstellt oder vorübergehend erhofft.

Aus dieser Sicht verwundert es nicht, daß von dieser kommenden Generation ein entsprechender Drogenjargon geprägt wurde, der sich ebenso wie die Drogenwelle überwiegend aus dem Amerikanischen ableitet. Um mit diesen Jugendlichen Kontakt zu gewinnen, ist es auch für den Arzt unumgänglich, die „Drogensprache“ dieser Subkultur zu beherrschen. Aus eigener Erfahrung kann ich berichten, daß bei der Exploration, wie auch im therapeutischen Gespräch, sich die abweisende, mißtrauische und ablehnend-frostige Verhaltensweise der jugendlichen Drogenkonsumenten weitaus leichter und rascher lösen läßt, wenn man ihre eigene Ausdrucksform benutzt.

Hier möchte ich jedoch nicht die sicher zum Teil schon bekannten Vokabeln des Wörterbuches Rauschgiftabhängiger bringen. Allerdings soll darauf hingewiesen werden, daß die Beratungsstelle für Rauschmittelfragen in Frankfurt das Rotwelsch der Drogenabhängigen zusammengestellt hat. Eine Veröffentlichung findet sich u. a. im „Deutschen Ärzteblatt“, Heft 15/1971⁽¹⁾ und in der Sonderausgabe des Magazins der Weltgesundheitsorganisation „Rauschdrogen“.

Die Frage, warum greift die Jugend von heute zu den Drogen, wurde mit vielen Hypothesen, Testergebnissen, Untersuchungen, Überlegungen und Meinungen belegt.

Da in Amerika die Rauschgiftwelle früher angelaufen ist als bei uns, finden sich auch in der amerikanischen Literatur die verschiedensten Versuche zur Klärung der Frage.

Nach MacLEAN vom National Institut of Mental Health in Bethesda sind Gemütszustand und emotionelles Verhalten von den Gehirnarealen des limbischen Systems und vom Hypothalamus programmiert. Ein Gehirnzentrum sei zur Selbsterhaltung im Sinne der Nahrungsaufnahme, das andere zur Arterhaltung durch den Geschlechtstrieb verantwortlich. Der Selbsterhaltungstrieb sei durch einen Glukostaten reguliert, der Arterhaltungstrieb sei durch einen komplexen Mechanismus dirigiert. Das Stillen dieser beiden Grundtriebe könne vom Individuum abgewandelt und konditioniert werden. Die Absättigung der beiden Grundtriebe werde dann von einer Person mit Rauschgift versucht, wenn sie die gewünschte Entspannung durch natürliche Befriedigung der Triebimpulse nicht erreicht⁽²⁾.

David E. SMITH aus San Francisco unterscheidet beim Drogengebrauch die frühe experimentelle Phase, die periodische Genußphase und die zwanghafte Genußphase. Die Jugend nehme Rauschmittel nicht aus einem psychopathologischen Bedürfnis, sondern unter dem Druck der Gleichaltrigen nach dem Motto: „Wer mitreden will, muß selber geschluckt oder gespritzt haben“⁽³⁾.

Frau Dr. DENSEN-GERBER, Ärztliche Direktorin vom Odyssey House in New York City, sieht in der Sucht-

welle den „Aufschrei einer isolierten und entfremdeten Jugend“. Jugendliche von heute würden sich wie „Ratten in der Falle“ verhalten; entweder sie bringen sich selbst um, oder sie greifen alles blindwütig an. Frau Dr. Densen-Gerber fürchtet, daß der autoaggressive, wie auch der fremdzerstörerische Trieb unter den Jugendlichen noch anwachsen wird⁽⁴⁾.

Der Rauschmittelexperte Allan M. FOX von der Temple University in Philadelphia hält die Entfremdung zwischen der Jugend und der älteren Generation für einen Wegbereiter zur Rauschmittelwelle⁽⁵⁾.

Th. ROTHMANN, Professor für Psychiatrie an der University of Southern in Los Angeles, sieht im Anstieg des Rauschmittelgebrauches einen Rückfall in die Vorzeit und leitet Zusammenhänge aus der Urangst des primitiven Menschen ab. Schon in der Vorzeit habe der Mensch versucht, seine konstante Angst durch heidnische Beschwörungen unterstützt vom Genuß pflanzlicher Rauschmittel zu verdrängen⁽⁴⁾.

Völlig anderer Meinung waren die amerikanischen Soziologen bei einer Diskussion mit Psychologen und Medizinern in Chicago im Dezember 1970. Die Soziologen lehnen zwar Heroin, Morphin und Kokain ab, exkulpierten jedoch den Gebrauch der Cannabisdroge und fordern deren Legalisierung mit folgenden Argumenten: Die junge Generation habe im Denken und Fühlen einen Quantensprung erlebt und greife deshalb zu Marihuana und Haschisch. Der Charakterwandel sei die Ursache und nicht erst die Folge von Rauschmittelgebrauch. Der ethische Abrutsch der rauschgiftkonsumierenden Jugend sei allenthalben der Gesellschaft anzulasten⁽²⁾.

Viele amerikanische, wie auch die überwiegende Zahl der europäischen Autoren sehen in der häufigen „broken-home“ Situation der Jugend von heute die Grundnoxe für den Rauschmittelmißbrauch dieser Gesellschaft von morgen.

Dr. Dr. REMSCHMIDT und Diplompsychologe DAUNER aus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Marburg/Lahn schließen sich in tiefenpsychologischer Sicht den Analysen von MENG über pathologische Mutter-Kindbeziehungen im Sinne der übermäßigen Mutterbindung an. Es bestehe eine Parallele zwischen den drogenabhängigen Menschen und dem Säugling: „Beide wollen in passiver Weise mühelos genießen.“ Damit sei ein seelisches „Hängenbleiben“ des Süchtigen an der Mutter interpretiert. Aus den Ergebnissen testpsychologischer Untersuchungen von FISCHMANN und GILBERT leiten die beiden Autoren folgende typische Persönlichkeitszüge jugendlicher Drogenabhängiger ab: Psychopathie, depressive Grundstimmung, Unsicherheit, psychoneurotische Symptome und Aversion gegen eine beständige interpersonelle Kontaktaufnahme. Weitere Ursachen für den Rauschmittelgebrauch Jugendlicher sehen Remschmidt und Dauner in pathologischen Familienverhältnissen und den damit verbundenen Konflikten, inkonsequentem Erziehungsstil, somatischen Erkrankungen,

Verführung durch Gleichaltrige, Frustrationserlebnisse, Enttäuschungen und Überforderungssituationen. Phasenspezifisch seien ursächlich das Suchen nach Identität, die Selbstwertproblematik und die Flucht in die Phantasiewelt zu werten, wo die Realität nicht zu bewältigen ist⁽⁶⁾.

Professor Dr. H. DIETRICH von der Universitätsklinik München weist darauf hin, daß sich die Psychopathie in psychodynamischer Auffassung über den Ich-Trieb, das Ich-Ideal, das Über-Ich und die Objektbeziehungen im Alter von 15 bis 25 Jahren zum Süchtigen, Kriminellen und Sexuell-Perversen ausfächern kann. Das Trieb- und Affektleben der Rauschdrogenkonsumenten sei von einem passiv-rezeptiven Verhalten und einer hochgradigen Frustrationsintoleranz geprägt⁽⁷⁾.

Professor Dr. KIELHOLZ, Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel, stellt folgende Fakten als Disposition für den Griff zur Droge in den Vordergrund: Broken-home-Situation, verbunden mit gehemmter Persönlichkeitsentwicklung infolge fehlender Leitbilder, berufliche Frustration, Flucht vor den Lebensanforderungen, zunehmende Opposition und Aggression gegen die bestehende Gesellschaftsordnung der älteren Generation und die Griffnähe der Droge⁽⁸⁾.

Ursache und Ziel des Rauschmittelgebrauches werden von Professor Dr. Dr. EHRHARDT aus Marburg/Lahn mit dem Fluchtbestreben aus der Wirklichkeit interpretiert⁽⁹⁾.

Bei einer Podiumsdiskussion im Rahmen eines Fortbildungskongresses der Bundesärztekammer in Meran im April 1970 wurde einhellig die Ansicht vertreten, daß die heranwachsende Jugend infolge mangelnder Kritikfähigkeit meint, sie könne ihre Probleme nur mit Hilfe von Drogen bewältigen⁽¹⁰⁾.

Es kann hier nur ein kleiner Teil der Bemühungen namhafter Ärzte und Autoren um die Klärung der Frage, warum die Jugend Rauschmittel nimmt, wiedergegeben werden. Die mannigfaltige Verschiedenart der Problematik läßt erkennen, wie machtlos wir der Rauschmittelwelle bei Jugendlichen gegenüberstehen.

Die seit einem Jahr in der Justizvollzugsanstalt (JVA) Ebrach angestellten Untersuchungen bei 400 Strafgefangenen im Alter zwischen 17 und 24 Jahren ergaben folgendes: 27% aller zugehenden Jugendstrafgefangenen gaben unumwunden zu, daß sie bereits Rauschdrogen zu sich genommen haben. Dreiviertel davon bestätigten einen regelmäßigen Rauschdrogengebrauch, gemäß der periodischen Genußphase, für eine Zeitdauer von länger als drei Monaten. 60% von der vorgenannten Zahl sind zudem auf harte Drogen umgestiegen. Die Dunkelziffer dürfte bei allen Zahlen höher liegen. Die Exploration hat in 70% eine Broken-home-Situation und in 80% das Scheitern an der Erlernung eines Berufes ergeben.

Als besonderes Merkmal stand nahezu in allen Fällen eine stark abweisende Haltung gegen jede Ordnung und Unterordnung in sozialer, hygienischer und recht-

licher Sicht im Vordergrund. Damit war der Weg in den „underground“ bereits vorprogrammiert. Von den Drogenkonsumenten der Justizvollzugsanstalt Ebrach sind jedoch nur 5% wegen Vergehens gegen das Rauschgiftgesetz verurteilt. Davon kann abgeleitet werden, wie groß das Rauschgiftangebot in bestimmten Kreisen ist, und wie klein sich dagegen die Aufklärungsquote verhält.

Ausgeprägte psychopathisch-neurotische Wesenszüge boten sich nur bei dem kleinen Teil von 8 bis 10% der Drogenkonsumenten. Der Anteil der frustrationsintoleranten jungen Männer war nicht höher. Im Gespräch mit den jungen Strafgefangenen kam letztlich immer wieder zum Ausdruck, daß sie vor der Inhaftierung in ihrer reichlich bemessenen Freizeit häufig Langeweile hatten und durch die Reizflut der jetzigen Zeit nicht mehr befriedigt werden konnten. Offensichtlich ist Infolge des Überangebotes und der mühelos erreichbaren Häufigkeit von Reizimpulsen ein Gewöhnungseffekt entstanden, der im Sinne einer psychischen Toleranzsteigerung, mit Erhöhung der Reizschwelle für das natürliche Wunsch- und Triebempfinden einhergeht. Hier drängt sich jedoch ein typisches Zeichen unserer Zeit in den Vordergrund: Die jungen Männer lehnen es ab, sich durch Lern- und Leistungssteigerung höhere Reizwerte zu erwerben. In einer unausgereiften Eigenkritik gehen sie jedes Risiko ein, um zu einer mühelosen Verstärkung und Potenzierung von Reizeffekten zu gelangen. In dieser Situation bieten sich Rausch- und Genußgifte gerade an. Aus dem Gedankengut der jungen Leute ist immer wieder eine gewisse Unzufriedenheit zu entnehmen, daß ihnen das bisherige Leben einerseits zu wenig Gefahren und andererseits zu viel Überfluß geboten hat. In Unkenntnis belastender Notsituationen und Entbehrungen glaubt die Jugend, alle Erfahrungen und Überlieferungen der älteren Generation als lästigen Ballast abwerfen zu müssen, um dafür das Risiko zu suchen. Stellt das Leben jedoch harte Anforderungen, so scheitern gerade diese Jugendlichen an ihren Problemen. In unbeugsamem Stolz und Eigenüberschätzung weisen sie die Hilfe der älteren Generation zurück und gleiten in den Drogensog Gleichgesinnter. Sie glauben an die psychedelische Bewußtseinserweiterung und erhoffen das Wunder des Nirwana. Wenn im Leidensdruck der Drogenabhängigkeit das Fehlverhalten des eigenen Ich bewußt wird, ist es meist schon weitaus zu spät, die Umkehr aus eigenständiger Willenskraft zu erkämpfen. Die zwanghafte Genußphase nimmt ihren persönlichkeitszerstörenden Verlauf und kann nur noch durch Fremdzwang gestoppt werden.

Ein Arbeitsteam der freien Universität Berlin unter Leitung von Professor Dr. BSCHOR hat in umfangreichen Untersuchungen die Freude an der Erlebnis- und Genußsteigerung als Hauptgrund des jugendlichen Drogengebrauches ermittelt. Nur selten sei der Protest gegen die heutige Gesellschaft der Grund für einen „Trip“⁽¹¹⁾.

Die Drogenkonsumenten der älteren Generation forderten vom Drogengenuß die Beseitigung eines körperlichen oder psychischen Schmerzes, verbunden mit einer über alles erhaben-machende Euphorie. Diese Wunschvorstellung hat sich bei der heutigen drogenkonsumierenden Jugend grundlegend geändert, insbesondere bei jenem Teil, der bereits auf harte Drogen umgestiegen ist. Man fordert heute von der Drogenwirkung den bis an die Grenze des Wahnsinns getriebenen Reiz der Bewußtseinsstörungen und Sinnestäuschungen oder den Wechsel zwischen dem Hoch der äußersten körperlichen wie auch psychischen Aufpeitschung und der völligen Erschlaffung des Tiefs der Erschöpfung oder Narkose.

Die meist konsumierte Droge ist auch heute immer noch der Alkohol. Von der Jugend wird damit häufig die Wirkung der Amphetamine, der Tranquillizer, sowie der Schmerz- und Schlafmittel potenziert. Gleich darauf folgt Haschisch und Marihuana, deren Wirkstoff das Tetrahydrocannabinol ist. Diese Cannabisdroge wird zumeist mit Tabak vermischt geraucht, zuweilen aber auch als Tee getrunken oder in Gebäck vermischt gegessen. Nur in vereinzelten Fällen wird eine wässrige Lösung der Droge intrevenös oder subkutan gespritzt. Die Wirkung dieser Droge ist abhängig von der Dosierung, von der individuellen Drogenerwartung, der Drogendisposition des einzelnen und dem Image des Kultes Gleichgesinnter. In niedrigen Dosen hat Haschisch eine deutliche sedierende Wirkung, in höherer Dosierung stellt sich eine euphorisierende Wirkung ein, die sich bei häufigem Genuß in Halluzinationen, akustischen und farblichen Visionen, sowie Veränderung des Zeit- und Raumerlebens erweitert. Intoxikationen kommen meist nur durch das Genießen von Cannabissteeaufgüssen oder durch das Spritzen einer wässrigen Lösung der Droge vor. Sie zeigen sich in Rötung der Bindehäute, Dilatierung der Pupillen mit träger Reaktion auf Licht, Beeinträchtigung des Sehvermögens, Lichtempfindlichkeit, Tränenfluß, Lidflattern und Nystagmus, Schwindelgefühl, Tremor, Zuckungen, Schwanken, Steigerung der Reflexe, Berührungs-, Druck- und Schmerzempfindlichkeit, Pulsanstieg, wechselnd steigendem und abfallendem Blutdruck sowie zuweilen mit Erbrechen. Die psychischen Cannabiswirkungen äußern sich im Wechsel zwischen Empfindungen der wohligen Leichtigkeit und dem entspannenden Schweregefühl mit einem Davongleiten des Zeit- und Raumgefühls, begleitet von inhaltlosem Glücksgefühl, Freude am Lachen und Redefluß oder am stillen Dahindämmern⁽¹²⁾. Die Endphase des chronischen Haschischgenusses spiegelt sich in der Mentalität des Vorderen Orients und Indiens, inszeniert für die Gesellschaft mit der Vorstellung als Land des Lächelns.

Entziehungserscheinungen im Sinne einer physischen Abhängigkeit entstehen nach Entzug der Droge nicht. Bei chronischem Gebrauch tritt jedoch eine psychische Abhängigkeit zum Cannabis ein.

Der Amerikaner WHITE hat im Tierversuch an Katzen nachgewiesen, daß nach Gaben von Cannabis für einen Zeitraum von drei Wochen bis zu mehreren Monaten eine pathologische Veränderung der Hirnstrombilder entstand, die noch Wochen bis Monate nach dem Absetzen der Droge erhalten blieb.

Die Neurologen EBEL und GRALLA vom Evangelischen Johanneskrankenhaus Bielefeld publizierten Untersuchungen über EEG-Veränderungen nach Haschischgenuß bei Jugendlichen. Sie stellten krankhafte Veränderungen des Hirnstrombildes fest, jedoch nicht von spezifischer Art. Sie reihen allerdings die Veränderungen in den Bereich einer zerebralen Anfallsbereitschaft ein. Derartige krankhafte Hirnstrombildveränderungen mit mehr oder weniger schwerer Ausprägung fanden sie bei 70% junger Leute nach Haschischgenuß. Sie schließen in allen Fällen dieser EEG-Veränderungen auf Substanzschäden des Gehirns und erwarten dadurch einen nicht reparablen, bleibenden Restschaden, dem sie Krankheitswert beimessen⁽¹³⁾.

Bei chronischem Haschischgenuß und damit zunehmender Intoxikation werden in der Literatur paranoide Cannabispsychosen beschrieben. Wenn nach Cannabisentzug über Monate oder Jahre hinaus diese Psychosen andauern, sei anzunehmen, daß durch den Haschischmißbrauch Schizophrenien ausgelöst wurden, die nun eigengesetzlich ihren weiteren Verlauf nehmen⁽¹²⁾.

Unter diesen Umständen kann man beim Cannabisgebrauch nur in völlig sachlicher Unkenntnis von „the soft drug“ oder der weichen Droge sprechen.

Wie groß das Risiko und Reizbedürfnis der Jugend jedoch ist, geht daraus hervor, daß nach eigenen Untersuchungen 60% aller Cannabiskonsumenten der JVA Ebrach relativ bald durch diese Droge abgesättigt waren und zu weitaus wirksameren Drogen, insbesondere dem LSD, umgestiegen sind.

Die Herstellung von LSD ist in den USA wie auch in der BRD verboten. Dagegen ist in Italien der Verkauf frei. Dort kostet 1 kg LSD DM 40 000,—. Daraus könnten 20 Millionen Trips gemacht werden, die auf dem schwarzen Markt 300 Millionen DM einbringen würden. Das Darstellungsverfahren des LSD ist recht einfach: Lysergsäure und Diäthylamin (beide käuflich) werden zusammen eingefroren. Sie verbinden sich dabei zu dem gewünschten LSD (Lysergsäurediäthylamid), das anschließend aus dem Reaktionsgemisch mit Chloroform oder Waschbenzin extrahiert werden kann. Es handelt sich um eine geruch-, farb- und geschmacklose Substanz, sofern sie chemisch rein ist⁽¹⁴⁾. In den sogenannten Waschküchenlabors wird jedoch LSD für den Schwarzhandel fast ausschließlich mit chemischen Verunreinigungen dargestellt, die Dosierungen schwanken um das fünf- bis siebenfache.

Nach oraler Aufnahme von 70 bis 140 Millionstel Gramm von LSD treten nach ca. 20 Minuten zuerst körperliche

Symptome auf: Pupillenerweiterung, Puls- und Blutdruckerhöhung, Zittern, Brechreiz, Erbrechen, Erschlaffung der Muskulatur und Erhöhung der Körpertemperatur. Die psychischen Wirkungen zeigen sich erst nach 3 bis 4 Stunden in Verzerrung der Sinneswahrnehmungen mit verlängerten Nachbildern, gegenwärtige und frühere Wahrnehmungen verschmelzen und Synästhesien (Hören von Farben und Sehen von Tönen) leiten Halluzinationen ein. Das Zeiterleben ist im Sinne einer Zeitstreckung, das Empfinden der äußeren Raumbegrenzung durch Verschiebung und Teilaufhebung verändert. Es wird das „Selbstempfinden“ außerhalb der eigenen Person erlebt und damit einerseits die Angst vor dem Zerbrechen des persönlichen „Ich“ befürchtet, andererseits das Übervermögen des außerpersönlichen halluziniert. Damit ist zu erklären, daß der LSD-Berauschte vermeint, er könne fliegen oder er sei unverwundbar⁽¹⁵⁾.

Im allgemeinen klingen die LSD-Symptome nach 10 bis 12 Stunden ab, können jedoch in Einzelfällen bis zu 72 Stunden andauern. Der Verlauf des LSD-Trips ist zum Teil abhängig von den eigenen Vorstellungen und Erwartungen des Konsumenten. Es ist jedoch unberechenbar, welche Erscheinungen und Symptome das LSD auslöst. Die Reaktionsformen können von den optischen und akustischen Illusionen bis zum Horrortrip mit ausgeprägten, angstbesetzten psychopathologischen Phänomenen sowie den Erscheinungen einer paranoiden Schizophrenie variieren. Wie beim Cannabis ist auch beim LSD die Auslösung einer latenten Schizophrenie nicht ungewöhnlich, die dann eigengesetzlich weiterläuft.

Die Wirkungsweise des LSD ist noch ungeklärt. Radioaktiv markiertes LSD war nach Genuß im Magen, Leber und in den Nieren zu finden, jedoch nicht im Gehirn. Es wird deshalb angenommen, daß LSD irgendwelche Stoffwechselprozesse auslöst, die ihrerseits im Gehirn die Störungen hervorrufen. Diese Version bildet eine Parallele zu der Hypothese des noch nicht gefundenen Toxin X, welches die Psychosen erzeugen soll⁽¹⁶⁾.

Als Nachwirkung des LSD-Genusses wird der sogenannte Echoeffekt beschrieben. Man versteht darunter das ein- oder mehrmalige Nacherleben eines meist angstbesetzten LSD-Trips ohne erneute LSD-Einnahme. Dieser Nach- oder Spättrausch, in der Drogensprache „flash-back“ genannt, kann Tage, Wochen und Monate nach der letzten Drogeneinnahme auftreten und minuten- bis stundenlang dauern. Der „flash-back“ unterscheidet sich phänotypisch nicht von einer echten Drogenwirkung, kann aber nach einer solchen Latenzzeit nicht mehr drogenbedingt sein, sondern muß als psychogen angesehen werden. Man versucht, diesen Echoeffekt mit einer Bahnung im Sinne eines Lernvorganges durch eine häufige psychedelische Drogenwirkung zu erklären. Wenn auch beim Spättrausch die assoziative Auslösung einer solchen erlebnisreaktiven Schienung nicht immer erkennbar ist, so

fällt doch auf, daß der LSD-Gewohnte nach Alkoholgenuß häufig nicht einen Alkoholrausch, sondern einen typischen LSD-Trip erlebt. Der Echoeffekt tritt nicht nur nach LSD, sondern auch bei längerem Gebrauch anderer Phantastika, wie auch bei Weckaminen in hoher Dosierung auf⁽¹⁷⁾.

In der JVA Ebrach sind bei Heranwachsenden bisher drei Fälle eines „flash-back“ nach früherem häufigen LSD-Gebrauch aufgetreten. Der Spättrausch trat in einem Fall zwei Monate, im anderen drei Monate und im dritten Fall neun Monate nach der letzten LSD-Einnahme auf. Die Nachwirkungen dauerten nicht länger als 2 bis 3 Stunden. Bei einem der jungen Männer wiederholte sich der Echoeffekt mehrmals innerhalb von zwei Monaten.

Wenn ein derartiger Spättrausch länger als 72 Stunden andauert, muß mit einer eigenständigen Schizophrenie gerechnet werden. Die Behandlung des Drogenspättrausches beschränkt sich auf das therapeutische Gespräch sowie die Anwendung von Benzodiazepinen (Valium – Librium).

Wenn der Echoeffekt häufig und stark angstbesetzt auftritt, kann er derart quälend wirken, daß oft nur noch ein Ausweg im Suizid gesehen wird.

In die Gruppe der Halluzinogene gehören auch Meskalin (Wirkstoff aus dem Kaktus Peyotl) und Psilocybin (Wirkstoff aus dem Pilz Teonanacatl). Beide sind in der Wirkung schwächer als LSD. Meskalin kann auch synthetisch hergestellt werden. Ein chemisches Abwandlungsprodukt von Meskalin ist das von den Hippies STP genannte DOM (2,5-Dimethoxy-4-methylamphetamin). DOM wirkt weitaus stärker als Meskalin. Zur Auslösung von Halluzinationen sind 300 bis 500 mg Meskalin nötig. Diese Wirkung wird schon mit 5 mg DOM erreicht⁽¹⁸⁾. Ferner ist die Wirkung von DOM mehr als dreimal so lange als beim Genuß von LSD. Die Wirkungszeit von DOM beträgt ca. 72 Stunden. Diesem Umstand muß bei der Behandlung einer DOM-Intoxikation mit Benzodiazepinen besonders Rechnung getragen werden, da das Therapeutikum bereits nach 3 bis 6 Stunden seine Wirkung verliert⁽¹⁷⁾.

Der Weg zur Polytoxikomanie führt gewöhnlich über die Weckamine, von der Subkultur „Speeds“ genannt, weiter zu den Opiaten, insbesondere dem Heroin.

In die Gruppe der Weckamine gehören Benzadrin, Pervitin und Amphetaminderivate, wie Preludin, Captagon, Ritalin, Pipradol usw. Diese zentral stimulierenden Mittel werden vorwiegend körperlich erlebt und äußern sich mit motorischer Unruhe, vermehrter Aktivität, Arroganz, Macht- und Aggressionsgefühl, gesteigerter Konzentrations- und Assoziationsfähigkeit, verlängertem Orgasmus, überwachter Klarheit, gesteigertem Affekt und vermeintlich gesteigerter Einsichtsfähigkeit. Es können allerdings auch Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen mit paranoiden Verhaltensweisen auftreten. Nach oraler Aufnahme ist die Wirkung der Amphetamine geringer als nach intravenöser Verab-

25. Bayerischer Ärztetag vom 22. mit 24. September 1972 in Augsburg

reichung. Bei der intravenösen Anwendung kommt es sehr rasch zu einer psychischen Abhängigkeit von der Droge, die alle 2 bis 3 Stunden nach einer weiteren Injektion verlangt. Diese Drogenpeitsche wird tagelang fortgesetzt, bis es infolge völliger Erschöpfung zu einem Tiefschlaf von 10 bis 18 Stunden kommt. Bei langfristigem Abusus ist die Nachphase durch eine völlige Apathie und Erschöpfungsdepression gekennzeichnet^(17 und 15). Die Drogenkonsumenten selbst beschreiben die hochdosierte Amphetaminwirkung als „flash“ (Blitz) oder „rush“ (Sturm) oder „down high“ (Auf und Ab). Die orale Amphetaminwirkung wird zu meist durch zusätzlichen Alkoholgenuß gesteigert.

In der Wirkung bestehen wesentliche Parallelen zwischen den Amphetaminen und dem Kokain. Dominant ist bei beiden Drogen die Aggressionssteigerung mit Neigung zur Gewalttätigkeit. Deshalb gewinnen diese beiden Drogen besondere kriminologische Bedeutung.

Die Endstation des Drogenkonsums sind die Opiate mit all ihren Derivaten. Morphinum kann bereits nach wenigen Tagen und schon nach einer einmaligen Injektion eine psychische und physische Abhängigkeit mit Entzugssymptomen erzeugen. Infolge der Toleranzsteigerung werden immer höhere Dosen nötig und zwingen den Abhängigen, sich diesen Stoff unter allen Umständen zu beschaffen. Besonders rasche Toleranzsteigerung und quälende Entzugssyndrome werden von Heroin verursacht. Eingehende amerikanische Untersuchungen ergaben, daß sich die mütterliche Morphin- oder Heroinsucht bereits intrauterin überträgt. Entzugssyndrome treten beim Neugeborenen am ersten Lebenstag auf⁽²³⁾.

Da Heroin (außer in England und Belgien) nicht mehr legal hergestellt wird, kommt der Stoff ausschließlich aus den Untergrundlabors. Er ist chemisch verunreinigt und läßt jede genaue Dosierung vermissen. Daraus resultieren häufige Todesfälle, insbesondere durch Überdosierung. Das Intoxikationsbild kennzeichnen Koma, stechnadelkopfgroße Pupillen und Atemdepression. Eine Behandlung ist mit Antagonisten, wie Nalorphin oder Levallorphan (Lorphan), möglich. Akute Entzugssyndrome können mit Distaneurin sowie Librium und Valium sediert werden⁽¹⁷⁾. In den USA behandelt man Heroinabhängige mit Methadon (Polamidon). Man ersetzt damit zwar eine Sucht mit einer anderen, jedoch zeigt Polamidon keine Toleranzsteigerung und damit ist eine soziale Wiedereingliederung der Heroinsüchtigen möglich⁽¹⁹⁾.

In den ersten sieben Wochen des Jahres 1970 sind in New York mehr junge Leute an den Folgen einer Heroinsucht gestorben als an Infektionskrankheiten und anderen Krankheiten zusammen⁽²⁰⁾.

Die überwiegende Zahl der jugendlichen Drogenkonsumenten bleibt nicht bei einer Droge, sondern wird polytoxikoman. Zum Teil werden auch andere Drogen als Ersatzmittel für das gewohnte Mittel genommen. Dennoch zeigte sich die Jugend auch sehr aktiv in der Findung von Drogenersatzmitteln und Drogenvariationen. Besonders rührig betätigten sich dabei die Jugendlichen unter 16 Jahren aus Geldmangel. Die in geschlossenen Anstalten untergebrachten Jugendlichen und Heranwachsenden verfolgten das Ziel, die zwangsläufige Drogenentziehung zu durchbrechen.

Schon vor 15 Jahren war in den amerikanischen Beatkreisen die Kombination Coca-Cola-Aspirin als Mittel gegen den Marihuanakater beliebt⁽²¹⁾. Bald darauf wurde der Cole-Rausch pur bekannt, sowie seine Potenzierung mit konzentriertem Alkohol. Die Jüngsten und Finanzschwächsten bereuschten sich am „Schnüffeln“ organischer Lösungsmittel. Die Palette reichte vom Chloroform über Äther, Aceton, Nitrolösung und Trichloräthylen bis zu den verschiedensten Leimarten, die mit einem derartigen Lösungsmittel zubereitet waren. In Amerika begegnete man in den letzten drei Jahren diesem gefährlichen Rauschersatzmittelgebrauch zunächst wirksam durch einen Zusatz von Senföl, ohne daß dadurch die Leimqualität verändert wurde⁽²²⁾. Neuerdings wird jedoch aus den USA berichtet, daß die Jugend mit dem Einatmen von bestimmten Körper- und Haarsprays wiederum einen gefährlichen Ersatz für den vergällten Leim gefunden hat.

Die heranwachsende Jugend experimentiert unter Mißachtung eines jeden Risikos in oraler, wie auch in intravenöser Applikationsform mit den verschiedensten Drogenvariationen, u. a. dem Tranquillizer-Cocktail, einer Mischung aus Tranquillizern, Amphetaminen und Barbituraten. Aus der Schweiz wird über einen neuen Suchttrend mit Scambellin, einer Kombination aus Scopolamin, Bellafolin, Amphetamin und Phenobarbital berichtet⁽¹²⁾.

Besonders gefährlich ist die durch Essigsäure gestreckte und verschärfte Opiumtinktur, im Fachjargon H-Tinktur genannt. Erst in letzter Zeit sind durch den Gebrauch dieser H-Tinktur Todesfälle bekannt geworden.

Aus Österreich wurden in den letzten Jahren Fälle von intravenöser Alkoholinjektion bekannt⁽²¹⁾.

Wenn schon die Jugend in der Freiheit aus Mangel an gewohnten und klassischen Drogen nach Ersatzstoffen sucht, verwundert es nicht, daß die in geschlossenen Anstalten untergebrachten auf diesem Gebiet besonders tätig werden. Ferner finden sich in den Anstalten immer wieder Leute aus dem „underground“ ein, die über besondere Drogen Erfahrungen verfügen. Hier soll nur kurz über die bisherige Drogenersatzmittelle in der JVA Ebrach berichtet werden. Dass die jungen Leute immer wieder vom Arzt und Sanitätsbeamten Tranquillizer, sowie Schmerz- und Schlafmittel

in Überdosen verlangen, oder versuchen, Überdosen dieser Mittel zu sammeln, ist als ein gewohnter Umstand der täglichen Ambulanz bekannt.

Vor ca. acht Jahren klagten junge Gefangene immer wieder über Benommenheit, ohne daß irgend ein abnormer Befund erhoben werden konnte. Erst von Gefangenen, die vor der Entlassung standen, konnte ich dann erfahren, daß in all diesen Fällen Phenazetine, insbesondere das Temagin mit Tabak vermischt in der Pfeife geraucht wurde. Die Wirkung wurde mir als rauschähnlicher Zustand mit relativ starker Benommenheit geschildert, wobei die letztere Erscheinung länger andauerte. Zuweilen seien drei und vier Tabletten in einer Pfeife geraucht worden. Die Nachprüfung ergab, daß angezündetes Temagin spontan und restlos verbrannte. Nach Ersatz dieses Präparates durch Aspirin wurden von den Gefangenen sogar in Wasser aufgelöste Tabletten eingetrocknet, um genügend Substanz für eine parallele Anwendung zu haben, jedoch ohne Erfolg. Damit gingen auch prompt die häufigen Beschwerden über Benommenheit zurück.

Vor drei Jahren begann in der Anstalt die Welle des Schnüffeln von organischen Lösungsmitteln, begünstigt durch den Leim eines Unternehmerbetriebes der Schuhverarbeitung. Es war ein offenes Geheimnis, daß die Belegschaft ganzer Schläfsäle diesem Rauschersatzmittel frönte. Nachweisen konnte man jedoch nur die akuten Vergiftungsfälle. Die Betreuungsgruppenleiter der Anstalt, wie auch ein Teil der Gefangenen sprecher selbst schätzten die Durchschnittszahl der Schnüffler unter den Gefangenen auf mindestens 25%. Innerhalb eines Jahres traten als Folge des Schnüffeln in ca. 50 Fällen Vergiftungserscheinungen auf, davon sechs schwerste Intoxikationen mit akuter Lebensgefahr sowie zurückbleibenden Leber- und Nierenschädigungen. Eine Empfehlung, dem Leim wie in den USA Senföl beizumischen, war aus erzeugetechnischen Gründen angeblich nicht möglich. Der Welle des Schnüffeln konnte erst durch Kündigung des Schuhverarbeitungsbetriebes Einhalt geboten werden.

Nahezu gleichzeitig kam jedoch ein neues Mittel in Mode. Man brachte in Erfahrung, daß die Küche über genügend Muskatnußpulver verfügte. Mehrere Gefangene schilderten mir ziemlich gleichlautend die Wirkung des mit Tabak vermischten und gerauchten Pulvers als katatonen Zustand. Sehr anschaulich wurde berichtet, daß sie nach Inhalieren des Rauchgemisches nicht mehr zu einer Bewegung oder einer Antwort auf gestellte Fragen fähig gewesen seien. Dabei wären sie jedoch hellwach gewesen, hätten alles gesehen und gehört und das Empfinden der Sinnesimpulse sei verstärkt gewesen. Um so seltsamer und unwirklicher sei das Unvermögen einer Reaktion darauf gewesen. Das Gehirn habe zwar funktioniert, aber die Muskeln hätten nicht mehr dem Willen gehorcht. Der Block habe ca. 10 Minuten bis zu 1/2 Stunde angehalten. Das Gefühl des Schwebens habe die Angst vor der Bewegungsunfähigkeit verdrängt. Der Gebrauch des Mus-

ketnußpulvers ist auch bereits in Amerika als Rauschmittlersatz bekannt. Da durch dieses Mittel keine länger dauernden Intoxikationserscheinungen entstanden, kam mir begreiflicherweise auch kein derartiger motorischer Block zu Gesicht. Ich mußte mich deshalb mit dem Bericht der Gefangenen und einem sporadischen Hinweis aus den USA begnügen. Zwischenzeitlich konnte ich über das Bayerische Landeskriminalamt erfahren, daß in den letzten Monaten das „Myristicin“ als Wirkstoff des Muskatnußpulvers isoliert wurde. Dieser Wirkstoff habe eine nur ganz geringe Dosierungsbreite zwischen den vorbeschriebenen katatonen Erscheinungen und einer völligen Atemlähmung mit Exitus.

Mit Erweiterung der monatlichen Einkaufsmöglichkeit fanden die jungen Gefangenen sofort ein neues Mittel als Ersatz für Amphetamine. Pulverkaffee war plötzlich eine sehr begehrte Substanz. Die jungen Leute nahmen 50 bis 70 g Pulverkaffee trocken zu sich und spülten das Pulver mit wenig Wasser in den Magen. Die Erscheinungen waren ähnlich wie bei der Einnahme von „speeds“ in hoher Dosis. In mehreren Schlafsälen wurden diese „Kaffee-speeds“ mehrere Tage nacheinander bis zur völligen Erschöpfung genommen. Ein Teil dieser jungen Männer mußte wegen erhöhter Unfallgefahr tagsüber von den Arbeitsplätzen gewiesen werden, abends machten sie jedoch mit der Kaffeepfeitsche weiter. In mehreren Fällen kam es zu schweren Intoxikationserscheinungen mit enormer Pulsbeschleunigung bis zu einer Frequenz von 130/min, Erbrechen, räumliche wie zeitliche Koordinationsstörungen, Personenverkennungen, Erstickungsangst und Kollaps.

Nach zeitweiliger Sperre des Kaffee-Einkaufs wurde auf Bitten und Versprechen der Gefangenen wiederum Pulverkaffee zugelassen. Sofort trat wieder und noch häufiger als vorher der Mißbrauch damit ein, so daß endgültig die Sperre für Pulverkaffee veranlaßt werden mußte.

Ein Gefangener berichtete mir, daß er in Freiheit auch Kaffee gefixt habe, diese Lösung sei ihm aber besonders übel bekommen. Der gleiche Gefangene hat eine von Mitgefangenen in die JVA Ebrach eingeschmuggelte Dosis Rohopium mit Wasser und Essigsäure zur H-Tinktur aufbereitet und sich intravenös gespritzt. In Ermangelung einer Spritze verwendete er als Kanüle eine Kugelschreibermine, auf die er einen kleinen, mit der H-Tinktur gefüllten Plastikbeutel aufgebunden hatte. Durch Zusammendrücken des Beutels hat er sich die H-Tinktur in die vorher eingeschnittene Armvene gespritzt. Im anschließenden Drogenrausch brachte er sich dann gefährliche Schnittwunden bei.

Die Verwendung von Asthmazigaretten und Hustensaft als Ausweichmittel für Drogen ist bisher in der JVA Ebrach noch nicht bekanntgeworden.

Zur Erzeugung eines Rauschzustandes werden 4 bis 5 Asthmazigaretten gekaut oder ein Teeaufguß davon

gegurgelt und getrunken. Die Wirksubstanz ist Hyocyamin aus dem Stechapfel⁽⁹⁾.

Wie aus der Literatur zu entnehmen ist, wurden von Jugendlichen bisher zumeist codeinhaltige Hustensäfte⁽²⁴⁾, in Österreich der Hustensaft Peracon, als Ausweichmittel bevorzugt. Die Applikation erfolgte oral und intravenös. Peracon verursacht in Überdosierung epileptiforme Krampfanfälle mit Störung der Körpergefühlsphäre. Es werden „Gummifüße“ und „Auge rund um den Kopf“ beschrieben⁽²⁵⁾.

Nach den erweiterten Einkaufsmöglichkeiten wurde — wie erwartet — auch die Aufbereitung der Bananenschalen zu Rauschmittlersatz bei unseren Gefangenen bekannt. Wenn das Innere der Fruchtschalen von Bananen herausgeschält und gekocht wird, entsteht ein fast geruchloses, gallertartiges Produkt, dessen Wirkstoff Serotonin (5-Hydroxytryptamin) ist. Mit Tabak vermischt und geraucht, erzeugt es Kontraktionen der glatten Muskulatur, Wärmegefühl, Wechsel zwischen Hyper- und Hypotonie sowie eine deutlich euphorisierende Wirkung⁽²⁴⁾.

Wie Renschmidt und Dauner berichten, hat sich ein Jugendlicher während eines stationären Klinikaufenthaltes aus Drogenmangel häufig mit seinem Halstuch so lange gedrosselt, bis er in einen Zustand der Bewußtseintrübung kam, welchen er als lustvoll empfand⁽²⁴⁾. Diese Version muß künftig als Ursache von manchem Strangulierungsversuch Jugendlicher bei einer zwangsläufigen Drogenkarenz in Erwägung gezogen werden.

Abschließend kann gesagt werden, daß die derzeitige Rauschgiftwelle keineswegs mehr als eine vorübergehende Modellaune der Jugend zu werten ist.

Unreife, mangelnde Eigenkritik und moderne, vermeintlich progressive Wunschvorstellungen bieten die günstigsten Voraussetzungen für die Probier- und die periodische Genußphase. Damit ist der Weg zur Polytoxikomanie und zur zwanghaften Drogenabhängigkeit bereits eingeleitet. In der Qual des Drogenzwanges belügt sich die Jugend damit, daß ein kurzes, schönes Traumleben mit Drogen einem langweiligen Dasein ohne Rauschgift vorzuziehen sei. Deshalb sei jede Warnung vor gesundheitlichen Drogenschäden uninteressant.

Unter diesen Voraussetzungen und der progressiv ablehnenden Haltung der Jugend gegen die ältere Generation grenzen sich die Erfolgserwartungen im prophylektischen, erklärenden und therapeutischen Gespräch bereits deutlich ab. Wir werden also in der Zukunft lernen müssen, nicht nur mit den bisherigen Gesellschaftsgiften, Alkohol und Nikotin, sondern auch mit den verschiedensten Rauschdrogen leben zu können.

Literaturverzeichnis

- (1) Deutsches Ärzteblatt Nr. 15 vom April 1970, S. 1058 — 1058: Wörterbuch der Rauschmittelsüchtigen.
- (2) Selecta Nr. 16 vom 19. 4. 1971, S. 1345 — 1355: Das drogenveränderte Bewußtsein.

- (3) *Selecta* Nr. 18 vom 3. 5. 1971, S. 1570 – 1576: Zwischen Toleranz und Besorgnis.
- (4) *Selecta* Nr. 25 vom 21. 8. 1971, S. 2165 – 2168: Die Endstation heißt Heroinsucht.
- (5) *Selecta* Nr. 17 vom 25. 4. 1971, S. 1480 – 1484: Cannabis als Penazee der Jugend.
- (6) *Medizinische Klinik* Nr. 65 von 1970, S. 2078 – 2081: Klinische und soziale Aspekte der Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen, REMSCHMIDT und DAUNER.
- (7) *Münchener Medizinische Wochenschrift* Nr. 4 vom 22. 1. 1971, S. 109 – 116: Sucht und Heschlich – aus der Sicht des Psychiaters, DIETRICH.
- (8) *Deutsches Ärzteblatt* Nr. 25 vom 20. 6. 1970, S. 2046 – 2049: Fortbildungskongresse der Bundesärztekammer: Drogenabhängigkeit des modernen Menschen.
- (9) *Deutsches Ärzteblatt* Nr. 15 vom 11. 4. 1970, S. 1151 – 1157: Rauschgiftsucht – aktuelle Probleme und Aufgaben, EHRHARDT.
- (10) *Deutsches Ärzteblatt* Nr. 18 vom 28. April 1971, S. 1302: Podiumsdiskussion „Rauschmittel und Jugend“.
- (11) *Med. Klinik* 65 (1970) Nr. 45, S. 1997.
- (12) *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* Bd. 99, 1969, Nr. 27, S. 965 – 971: Orogenabhängigkeit vom Typ Cannabis, BATTEGAY, BAUMLER, GNIRS und LADEWIG, aus der Psychiatr. Univ.-Klinik Basel (Direktor Prof. Dr. Kleiholz) und dem Geriatrik. Med. Institut der Universität Basel (Direktor Prof. Dr. Obersteg).
- (13) *Süddeutsche Zeitung* Nr. 146 vom 19./20. 6. 1971, Seite 147: Das vergrößerte Gehirn.
- (14) *Selecta* Nr. 11 vom 5. 5. 1969, S. 1531 – 1533: Halluzinogene (IV) Realitätsgewinn durch LSD-Rausch.
- (15) *Bayerisches Ärzteblatt* 6/71, S. 573 – 585: Psychiatrische Aspekte des Rauschmittelmißbrauches, Priv.-Doz. Dr. W. FEUERLEIN.
- (16) *Selecta* Nr. 11 vom 21. 4. 1969, S. 1361 – 1363: Halluzinogene (III) Realitätsgewinn durch LSD-Rausch.
- (17) *Deutsche Medizinische Wochenschrift* Nr. 11 vom März 1971, S. 449 bis 453: Notfallsituationen bei jugendlichen Drogenkonsumenten, HASSE, SCHIEFGEN und SCHÖNHOFER, Nervenklinik und Pharmakologisches Institut der Universität Bonn.
- (18) *Pharmazeutische Zeitung* Nr. 36 vom 10. 9. 1970, S. 1278 – 1286: Halluzinogene Stoffe.
- (19) *Münchener Medizinische Wochenschrift* 112 (1970) Nr. 22, S. 1054 – 1058: Entziehungsprogramm für Rauschgiftsüchtige in den USA, NEUDECK.
- (20) *Materia Medica Nordmark* Nr. 23 (1971) S. 42 – 44: Heroin, eine neue Rauschgiftmode, SCHWEISHEIMER.
- (21) *Wiener Medizinische Wochenschrift* 119, Nr. 37 (1969), S. 604 – 608: Soziale Verläufe und Katamnesen rauschgift- und drogenabhängiger Jugendlicher, R. MAOE und W. SLUGA.
- (22) *Selecta* Nr. 12 vom 23. 3. 1970, S. 1074: Klebstoffe „Sniffing“ wird unterbunden.
- (23) *Praxis* Nr. 33 vom 19. 6. 1970, S. 8: Mütterliche Sucht überträgt sich auf den Feten.
- (24) *Medizinische Klinik* 65 (1970) Nr. 46, Seite 2045.
- (25) *Bayerisches Ärzteblatt* 5/71, S. 444 – 456: Zur derzeitigen Situation des Orogenmißbrauches, SCHUSTER.

Anschr. d. Verf.: Medizinaldirektor Dr. med. J. Hermensdörfer, Anstaltsarzt der Justizvollzugsanstalt, 8602 Ebrech über Bemberg, Lengäckerstraße 16

Aus der Universitäts-Frauenklinik Graz (Vorstand: Professor Dr. E. Navretil)

Die Frühstadien des Zervixkarzinoms *

von J. H. P i c k e l

Das Zervixkarzinom ist vermeidbar. Dies hängt vom rechtzeitigen Erkennen seiner Frühstadien ab. Die günstige anatomische Lage der Portio macht es dem Untersucher leicht, hier allererste Veränderungen zu erkennen, und zwar schon dann, wenn sich diese noch örtlich begrenzt innerhalb des Oberflächenepithels finden.

Der Mutterboden des Karzinoms ist das Epithelgewebe. Die Portio ist von einem vielschichtigen Plattenepithel, der Zervixkanal von einem einschichtigen Zylinderepithel überzogen. Es kann nun sowohl von der Basis des Plattenepithels als auch unter dem Zylinderepithel zu einer Proliferation einer andersartigen neuen Zellrasse kommen, die schließlich das darüber liegende Epithel ersetzt. Seinen Platz nimmt nun ein Epithel ein, dessen Einzelzellen mehr oder weniger ausgeprägte Zeichen der *A t y p i e*, d. h. Abartigkeit, aufweisen. Problematisch ist nun, ab welchem Grad der Atypieausprägung von einer karzinomatösen Atypie gesprochen werden kann. Eine Grenzziehung zwischen karzinomatöser und nicht karzinomatöser Atypie ist nicht möglich, da auch unspezifische z. B. durch Entzündungen verursachte reaktive Proliferationsprozesse des Epithels zum Teil ziemlich beträchtliche Atypien hervorrufen können. Diese sind kaum von karzinomatösen Atypien zu unterscheiden. Je stärker

aber die Atypie ausgeprägt ist, desto sicherer handelt es sich um eine karzinomatöse Atypie. Das atypische Epithel wird in die sogenannten *D y s p l a s i e n* und in das *O b e r f l ä c h e n k a r z i n o m* unterteilt. In unserem histologisch-diagnostischen Sprachgebrauch verwenden wir anstatt der Bezeichnung *D y s p l a s i e* die Termini *u n r u h i g e s* und *a t y p i s c h e s* Epithel. Das Oberflächenkarzinom entspricht dem Maximum der Epithel-atypie. Es handelt sich hier praktisch mit Sicherheit um eine karzinomatöse Veränderung. Bei den *D y s p l a s i e n* ist lediglich die Wahrscheinlichkeit, daß es sich um eine karzinomatöse Veränderung handelt desto größer, je stärker die Atypiezeichen ausgeprägt sind. Ein Teil der *D y s p l a s i e n*, bei denen es sich um unspezifische Epithelproliferation handelt, bildet sich zurück. Wir können aber nicht voraussagen, welcher Fall sich reversibel verhalten und welcher persistieren wird. Daher müssen die *D y s p l a s i e n* als ein ernster Befund gewertet werden. Das Oberflächenkarzinom ist von einem invasiv wachsenden Plattenepithelkarzinom nicht zu unterscheiden: Es fehlt lediglich das Einwuchern in das darunter gelegene Bindegewebe; das hochgradig pathologische Plattenepithel ist auf die Oberfläche beschränkt. Daß es sich bei dem Oberflächenkarzinom aber tatsächlich um ein Vorstadium des invasiven Plattenepithelkarzinoms handelt, wird durch die Tatsache belegt, wonach beginnend invasiv-

* Vortrag enläßlich des 16. Bad Ausseer Symposions am 29. April 1972.

ves Wachstum immer von einem Oberflächenkarzinom bzw. atypischen Epithel ausgeht.

Der erste Schritt zum invasiven Plattenepithelkarzinom geht so vor sich, daß sich von dem Belag des Oberflächenkarzinoms kleinste Epithelknospen in das darunter liegende Bindegewebe einzusenken beginnen. Sie zeigen oft ein charakteristisches Aussehen, das sie deutlich von dem Mutterepithel unterscheidet. Bei zunehmendem Tiefenwachstum bilden sich Komplexe aus invasiv wuchernden Epithelverbänden, die sich bereits zu abgrenzbaren Tumoren formieren. Diese werden auch als Mikrokarzinome bezeichnet.

Die viel selteneren Drüsenkarzinome der Cervix uteri beginnen gleichfalls intraepithelial. Es finden sich hier hochgradige Atypien des Zylinderepithels in Drüsen sowie Übergänge zu kleinen Drüsenkarzinomen. Letztere kann man ebenso als Mikrokarzinome bezeichnen. Die Diagnose eines Adenocarcinoma in situ der Zervix wird nur sehr selten gestellt, da es noch weitgehend unbekannt ist und da dieses Bild nur nach besonders exakter Aufarbeitung von Biopsiematerial gefunden werden kann. Wir haben aus unserer Klinik allerdings bereits eine Reihe von Fällen beschrieben.

Wie können nun diese Frühstadien des Zervixkarzinoms erfaßt werden? Es werden zwei verschiedene Methoden benutzt. Erstens die Suchmethoden und zweitens die diagnostischen Methoden.

Die Suchmethoden dienen dazu, Fälle mit Verdacht auf eine maligne Veränderung aufzufinden. Dagegen haben die diagnostischen Methoden den Zweck, die Gewebsveränderungen, die den gefundenen Verdachtsfällen zugrunde liegen, endgültig zu definieren. Als Suchmethoden stehen die Zytologie und die Kolposkopie zur Verfügung. Ihr Ergebnis ist stets eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose, die erst histologisch gesichert werden muß. Die zytologische Diagnose beruht auf der Beurteilung von Veränderungen in einzelnen Zellen, die durch Abstrich von der Portio bzw. aus dem Zervikalkanal gewonnen werden.

Aufgabe der Kolposkopie ist es, die Portiooberfläche mit Lupenvergrößerung zu betrachten, die Epithelveränderungen aufzudecken, aus ihnen zu exzidieren und der histologischen Diagnostik zuzuführen. Der Zervikalkanal allerdings ist mit dem Kolposkop nur schlecht zu überblicken, wo doch etwa 15% aller Frühfälle lokalisiert sind. Diese Tatsache ist besonders bei der Abstrichentnahme, die der Kolposkopie stets enggeschlossen werden muß, zu beachten.

Die Treffsicherheit bei der Anwendung der zytologischen und kolposkopischen Suchmethode beträgt 90% bzw. 80%, beider zusammen über 99%.

Ein geäußerter Verdacht auf Bösartigkeit ist nur durch die histologische Untersuchung zu erhärten. Zur Orientierung kann man gezielte kleine Biopsien machen, die nach Möglichkeit unter dem Kolposkop

durchgeführt werden sollen. Zur endgültigen Abklärung hat die Konisation zur Anwendung zu gelangen.

Unter Konisation versteht man einen Eingriff, durch den Portiogewebe zirkulär um den äußeren Muttermund konusförmig entfernt wird. Entscheidend für die richtige Ausführung der Konisation ist die Schnittführung. Der Schnitt soll so gelegt werden, daß die gesuchte Frühveränderung in ihrem ganzen Umfang erfaßt wird, daß also im Gesunden exzidiert wird. Anderenfalls ist eine optimale histologische Diagnostik nicht möglich. Um die Ausdehnung des veränderten Epithels an der Portiooberfläche zu erkennen, führt man vor jeder Konisation die SCHILLERSche Jodprobe, d. h. die Anfärbung mit LUGOLscher Lösung, aus. Der zirkuläre Kreisschnitt außen auf der Portio muß so gelegt werden, daß das ganze jodnegative Epithel innerhalb der Schnittführung liegt. Der Konus soll nicht weniger als zwei Drittel des Zervikalkanals umfassen.

Die histologische Aufarbeitung des entfernten Konus soll Aufschluß darüber geben, ob die Veränderung präinvasiv oder invasiv ist; ferner soll ihre Lokalisation bestimmt werden. Schließlich ist die Frage zu beantworten, ob die Veränderung im Gesunden entfernt worden ist oder nicht. Diese Fragen werden am besten beantwortet, wenn der Konus durch Stufenserienschnitte bei sagittaler Schnittführung aufgearbeitet wird. Diese Art der Aufarbeitung gewährleistet, daß man die Veränderungen stets ganz überblicken kann. Bei invasiven Veränderungen z. B. kann das Ausmaß der Invasion in allen drei Dimensionen festgestellt werden.

Damit ist die Grundlage für eine wirklich selektive Therapie der Frühstadien des Zervixkarzinoms gegeben. Diese Therapie besteht heute bei weitem nicht mehr nur in radikalen Operationen. Ein weiterer Sinn der Stufenserienuntersuchung liegt darin, daß exakt nachgewiesen werden kann, ob alle Resektionsränder des Konus im Gesunden liegen, d. h., ob alle Epithelveränderungen ganz entfernt worden sind. Wird nämlich festgestellt, daß z. B. ein Oberflächenkarzinom der Portio durch die Konisation gänzlich entfernt worden ist, so muß kein weiterer Eingriff durchgeführt werden. Der diagnostische Eingriff der Konisation ist damit auch zum therapeutischen Eingriff geworden. Das Großartige daran ist, daß in solchen Fällen die weibliche Genitalfunktion, vor allem auch die Fertilität, voll erhalten bleibt.

Wir sind demnach heute in der Lage, Veränderungen, die mit Sicherheit als erste Stadien der Karzinomkrankheit zu bezeichnen sind, durch einen Minimal-eingriff zu heilen. Wird also bedacht, daß dies sogar unter Erhaltung der Fertilität möglich ist, so wird man zugeben müssen, daß dies einen Fortschritt darstellt, der vor noch nicht allzu langer Zeit nicht einstellbar war.

Anschr. d. Verf.: Dr. J. H. Pickel, Assistenzarzt an der Universitäts-Frauenklinik, A-8020 Graz

Ausschreibung freier Kassenarztsitze in Bayern

Über das Förderungsprogramm (Bayern-Programm) werden Ärzten, die sich zur Niederlassung in den nachstehend aufgeführten freien Kassenarztsitzen entschließen, zinsverbilligte Darlehen (5%) gewährt, die eine 100%ige Finanzierung von Arzthäusern ermöglichen. Darüber hinaus werden vielfach die Gemeinden bei der Beschaffung eines Grundstückes unterstützend tätig.

Interessierten Ärzten wird empfohlen, sich gegebenenfalls wegen weiterer Auskunft über örtliche Verhältnisse und sonstige weitere unterstützende Maßnahmen mit der zuständigen Bezirksstelle der KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG BAYERN (siehe jeweilige Angabe der Anschrift mit Telefonnummer) in Verbindung zu setzen.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERN

Bezirksstelle Niederbayern
8440 Straubing, Lilienstraße 5-7
Telefon (09421) 7053

Bad Füssing, Lkr. Griesbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Brettenberg/Bayer. Wald, Lkr. Wegscheid: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Deggendorf: 1 Augenarzt

Eggenfelden: 1 Hals-, Nasen-, Ohren-Arzt

Frauenau/Bayer. Wald, Lkr. Regen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Freyung v. W., Lkr. Wolfstein (Bayer. Wald): 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Frontenhausen, Lkr. Vilsbiburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

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

(Neugründung, Alleinarztsitz)

Kelheim: 1 Augenarzt

(Neugründung, Besetzung wegen der dort ansässigen chemischen Industrie vordringlich)

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

Rottenburg/Leber: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Wildenberg, Lkr. Rottenburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Zwiesel, Lkr. Regen (Bayer. Wald): 1 Augenarzt

Zwiesel oder Regen (Bayer. Wald): 1 Hals-, Nasen-, Ohren-Arzt

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

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERN

Bezirksstelle Oberpfalz
8400 Regensburg, Landshuter Straße 49
Telefon (0941) 57033

Erbendorf: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Eschenbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

Hahnbech: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Kastl bei Amberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Krummenneeb: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Mitterfelch: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Neumerkt/Opf.: 1 Augenarzt

1 Internist mit der Teilgebietsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde

Tiefenbech: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Welden: 1 Nervenarzt oder Neurologe oder Psychiater

Wiesau: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERN

Bezirksstelle Oberfranken
8580 Bayreuth, Bürgerreuther Straße 7 a-9
Telefon (0921) 23032

Bad Steben, Lkr. Nalle: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Kronach: 1 Kinderarzt

Kulmbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Marktredwitz: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Münchberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Selb: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

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

Schirnding, Lkr. Wunsiedel: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Oberfranken, 8580 Bayreuth, Bürgerreuther Straße 7 a-9.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERN

Bezirksstelle Unterfranken
8700 Würzburg, Hofstraße 5
Telefon (0931) 50303

Großheubach, Lkr. Miltenberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

Rothenfels/Main, Lkr. Lohr/Main: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

Schöllkrippen, Lkr. Aizenu: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Unterfranken, 8700 Würzburg, Hofstraße 5.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS
Bezirksstelle Schwaben
8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2
Telefon (08 21) 31 30 31

Augsburg-Oberhausen (Ortsteil 16, 17): 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

Donauwörth: 1 Kinderarzt

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

Marxheim, Lkr. Donauwörth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Mettingen, Lkr. Wertingen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Memmingen: 1 Augenarzt

Neu-Ulm: 1 Augenarzt

Nördlingen: 1 Allgemein-Prakt. Arzt

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

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS
Bezirksstelle Mittelfranken
8500 Nürnberg, Keßlerplatz 5
Telefon (09 11) 53 37 71

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

Dinkelsbühl: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Feuchtwangen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

Hersbruck: 1 Augenarzt

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

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

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

Nürnberg-Langwasser, Neuselsbrunn-Rangierbahnhof: 2 Allgemein-/Prakt. Ärzte

Nürnberg-Gebersdorf, Birkenwald-Neumühle: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Siegersdorf, Lkr. Veltsbronn, Fürth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Trautskirchen, Lkr. Neustadt/Aisch: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS
Bezirksstelle Oberbayern
8000 München 80, Mühlbauerstraße 16
Telefon (08 11) 47 60 87

Ebenhausen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Gemeinde Echting: 1 Kinderarzt

Gemeinde Galmersheim: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Gemeinde Oberpfammern: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Garching a. d. Alz/Ortsteil „Hart“: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Markt Inchenhofen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Markt Pförring: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Vaterstetten: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

Internationale Fortbildungskongresse der Bundesärztekammer 1972

17. Juli bis 5. August 1972 in Badgastein:

I. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin

Thema: „Prävention, Therapie, Rehabilitation in der ärztlichen Praxis“

28. August bis 9. September 1972 in Meran:

XX. Internationaler Fortbildungskongreß (Lehrgang für praktische Medizin)

Thema: „Notfalldiagnostik und Notfalltherapie in der ärztlichen Praxis“

3. bis 16. September 1972 in Grado:

VI. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin

Thema: „Diagnostisch-therapeutische Probleme der ärztlichen Praxis“

A u s k u n f t : Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410 220,
Telefon (02 21) 41 32 41 - 43

75. Deutscher Ärztetag

vom 29. Mai bis 3. Juni 1972 in Westerland/Sylt

Die Delegierten der deutschen Ärzte hatten sich vom 29. Mai bis 3. Juni 1972 zum 75. Deutschen Ärztetag in Westerland/Sylt versammelt.

In der Öffentlichen Kundgebung am 2. Juni 1972 konnte der Alterspräsident des 75. Deutschen Ärztetages, Herr Dr. med. C. WASSMUND, eine große Zahl von Ehrengästen begrüßen.

Als Vertreter des Deutschen Bundestages war der Vorsitzende des Bundestagsausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit, Herr Rudolf HAUCK, MdB, erschienen.

Die Grüße der Bundesregierung übermittelte der Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, Herr Kollege Professor Dr. L. v. MANGER-KOENIG.

Für das Land Schleswig-Holstein sprach dessen Ministerpräsident, Herr Dr. Gerhard STOLTENBERG.

Der Präsident des Deutschen Ärztetages und der Bundesärztekammer, Herr Professor Dr. E. FROMM, verkündete in seiner Rede die Arbeitsergebnisse der Beratungen des Ärztetages.

Auf die eingehende Berichterstattung über den 75. Deutschen Ärztetag und die Öffentliche Kundgebung im „Deutschen Ärzteblatt“ wird verwiesen.

Paracelsus-Medaille für verdiente Ärzte

Die beim 55. Deutschen Ärztetag 1952 in Berlin gestiftete Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft wird seither jährlich vom Präsidium des Deutschen Ärztetages an Ärzte verliehen, die sich durch ihre vorbildliche ärztliche Haltung, durch besondere Verdienste um Stellung und Geltung des ärztlichen Standes oder durch außerordentliche wissenschaftliche Leistungen hervorgetan haben.

Während der Öffentlichen Abschlußkundgebung des 75. Deutschen Ärztetages am 2. Juni 1972 in Westerland wurden mit der Paracelsus-Medaille ausgezeichnet:

**Professor Dr. med. habil. Dr. rer. nat. h. c.
Gerhard Küntscher**

Die deutschen Ärzte ehren in Gerhard KÜNTSCHER einen Arzt und Wissenschaftler, dessen Lebenswerk in der operativen Chirurgie weltweit Geltung und Anerkennung erlangt hat. Die von ihm entwickelte Methode der Knochenmarknagelung ist als „Küntscher-Nagel“ ein unentbehrliches Standardverfahren der

modernen Unfallchirurgie geworden. Zur Nagelung des frischen Knochenbruchs trat inzwischen die Behandlung veralteter, ungeheilter Frakturen und Pseudarthrosen hinzu. Mit der Erfindung und Entwicklung der „Markraum-Innensäge“ wurde ein weiteres Gebiet der Knochenchirurgie erschlossen. Die wissenschaftlichen Arbeiten Gerhard Küntschers zählen zu den ganz großen Fortschritten der Medizin und in ihr der Chirurgie seit 1940. Sie sind für die gesamte Menschheit von Bedeutung geworden, und ihre segensreiche Anwendung bleibt für immer mit dem Namen Gerhard Küntscher verbunden. Gerhard Küntscher hat sich um den Fortschritt der Medizin und um die Heilung zahlloser Menschen verdient gemacht.

Er wurde am 6. Dezember 1900 in Zwickau als Sohn des kaufmännischen Direktors einer Maschinenfabrik geboren. Nach dem Besuch der Volksschule und des Reformgymnasiums in Chemnitz studierte er Medizin in Würzburg, Hamburg und Jena. Das Staatsexamen legte er 1925 in Jena ab, wo er ein Jahr später auch promovierte. Danach war er tätig als Assistenzarzt am Stadtkrankenhaus Freiberg in Sachsen, an der Medizinischen Universitätspoliklinik in Jena (Professor Lommel) und an der Chirurgischen Universitätsklinik Kiel (Geheimrat Anschütz, später Professor A. W. Fischer). Gerhard Küntscher habilitierte sich 1935 und wurde 1942 zum a. o. Professor für Chirurgie der Universität Kiel ernannt. Während des Krieges war er vier Jahre lang im Osten als Chirurg auf Hauptverbandsplätzen und in Lazaretten tätig. Nach Kriegsende war er bis 1957 Chefarzt des Kreiskrankenhauses Schleswig, danach bis 1965 Ärztlicher Direktor des Hafenkrankenhauses in Hamburg. Seit 1957 wirkt Professor Küntscher als Gastarzt am St. Franziskus-Krankenhaus in Flensburg.

Die Daten seiner wichtigsten Erfindungen: Marknagelung (1939), Markhöhlenbohrer (1947), Innensäge (1962), Trochanternagel (1964) und Verriegelungsnagel (1971). Aus seiner Feder sind mehr als zweihundert wissenschaftliche Arbeiten erschienen, darunter drei Monographien: „Die Marknagelung“, „Praxis der Marknagelung“ (ins Spanische, Englische und Japanische übersetzt) und „Das Callusproblem“ (ins Japanische übersetzt). 1951 wurde er mit dem Danis-Preis, Paris, der Société Internationale de Chirurgie, ausgezeichnet. Professor Küntscher ist Ehrenmitglied und Korrespondierendes Mitglied von mehr als zwanzig in- und ausländischen wissenschaftlichen Gesellschaften.

**Professor Dr. med. Dr. med. dent. Dr. med. h. c.
Karl Schuchardt**

Die deutschen Ärzte ehren in Karl SCHUCHARDT einen Arzt und Zahnarzt, Kliniker und Forscher, der auf dem Gebiet der plastischen Chirurgie in hervorragender Weise zum Fortschritt der Medizin beigetragen hat. Karl Schuchardt hat innerhalb der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde die wissenschaftliche Entwicklung in Deutschland und in der Welt maßgeblich beeinflusst. Selbst ein genialer Operateur, hat er seine Kunst über seine Schüler weitergegeben und damit ihre Anwendung in der ganzen Welt verbreitet. Zahlreichen Patienten, die durch Kriegsverletzungen, Unfälle oder zerstörende Krankheiten schwere Entstellungen erlitten hatten, hatte er im wahrsten Sinne des Wortes ein menschliches Gesicht wiedergegeben. Ebenso hat er für die Beseitigung angeborener Defekte im Bereich von Kiefer und Gaumen neue Wege eröffnet. Sein großes Fachwissen und seine reichen Erfahrungen hat Karl Schuchardt in zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten und Handbüchern sowie über viele Schüler, denen er ein begeisterter Lehrer war, an die internationale Medizin weitergegeben. Die von ihm unter den besonders widrigen Umständen der Nachkriegszeit übernommene Universitäts- und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten in Hamburg hat er zu weltweiter Anerkennung geführt. Karl Schuchardt hat sich um seine Patienten wie um die Entwicklung der Medizin hervorragende Verdienste erworben.

Er wurde am 24. Dezember 1901 in Itzehoe in Holstein geboren. Nach der Schulzeit studierte er in Freiburg, Kiel und München Medizin und Zahnheilkunde, wurde 1925 als Zahnarzt, 1928 als Arzt approbiert und promovierte anschließend in Kiel zum Dr. med und Dr. med. dent. Nach Assistenzarzt-Tätigkeiten in Berlin (am Rudolf-Virchow-Krankenhaus, an der Charité und am Krankenhaus Neukölln) übte er von 1934 bis zum Krieg eine Praxis als Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten aus und leitete zugleich die Kieferabteilung am St. Norbert-Krankenhaus in Berlin. Von 1939 bis zum Kriegsende versorgte er Kriegsversehrte als Leiter der Abteilung für Kiefer- und Gesichtschirurgie verschiedener Reservelazarette. In diese Zeit fällt die Entfaltung seiner Fähigkeiten in der wiederherstellenden Chirurgie des Gesichtes. Seine Habilitationsarbeit (1944) „Der Rundstiellappen in der Kiefer- und Gesichtschirurgie“ machte ihn weltbekannt.

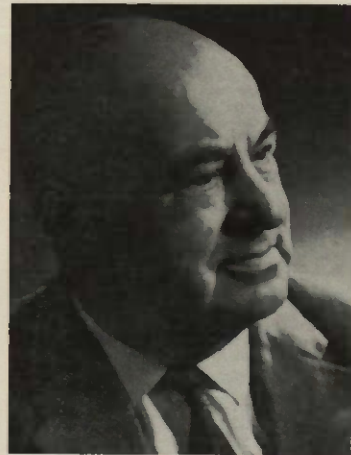
Nach Kriegsende wurde er Direktor der Nordwestdeutschen Kieferklinik Hamburg, wo er die fast tausend Kriegsverletzten aus seiner Lazarettätigkeit weiterversorgen konnte. 1946 wurde er als Ordinarius für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Hamburg berufen und zum Direktor der Universitätsklinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten ernannt. Professor Schuchardt war 1951/52 De-

kan der Medizinischen Fakultät Hamburg, 1954 bis 1964 Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie, deren Ehrenvorsitzender er seit 1966 ist. Seit 1965 wirkt er als Mitglied des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer. Die Ehrendoktorwürde der Universität Helsinki wurde ihm 1966 verliehen; 1969 wählte ihn die Deutsche Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie zu ihrem Vorsitzenden. Seit seiner Emeritierung 1970 ist Professor Schuchardt weiterhin tätig: in eigener Praxis und im Bethanien-Krankenhaus, Hamburg. Außerdem hält er Vorlesungen an der Universität Hamburg über Plastische Chirurgie des Gesichtes.

Dr. med. Josef Seidl

Arzt für Allgemeinmedizin in Scheyern/Oberbayern

Mit Josef SEIDL ehren die deutschen Ärzte einen Kollegen, der seit über vierzig Jahren zusammen mit seiner ebenfalls als Ärztin tätigen Frau als Landarzt wirkt. Seine dabei stets bewiesene vorbildliche ärztliche Haltung hat ihm über den Dank seiner Patienten hinaus die Zuneigung der von ihm betreuten Bevölkerung gebracht und damit wesentlich dazu beigetragen, das Vertrauen der Menschen zu ihren Ärzten zu stärken.



Trotz schwerer politischer Verfolgungen nach 1933 hat sich Josef Seidl sofort nach dem Zusammenbruch für den Wiederaufbau der ärztlichen Standesorganisation zur Verfügung gestellt. Seit 1946 ist er Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Pfaffenhofen und seit vielen Jahren auch Vorsitzender des Ärztlichen Bezirksverbandes Oberbayern und Mitglied des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer. In der Kasernenärztlichen Vereinigung Bayerns hat sich Josef Seidl um die Entwicklung des Prüfwesens große Verdienste erworben. An zahlreichen schwierigen Entscheidungen des Berufungsausschusses für den Ärztebezirk Bayern hat er schon seit langen Jahren maßgeblichen Anteil. Josef Seidl hat sich durch sein ärztliches Wirken, seine Kollegialität und seine persönliche Lauterkeit um die von ihm ärztlich betreuten Menschen, um seinen Berufsstand und um das Gesundheitswesen seiner Heimat verdient gemacht.

Josef Seidl wurde am 31. Dezember 1901 als sechstes Kind eines Landwirts und Mehlhändlers in Eichendorf an der Vils, Landkreis Landau an der Isar, in Niederbayern geboren. Nach dem Besuch der Volksschule absolvierte er das Humanistische Gymnasium in Passau, wo er 1921 die Reifeprüfung ablegte. Danach studierte er Medizin in München, wo er 1926 mit dem Staatsexamen abschloß und 1927 promovierte. In den Krankenhäusern Straubing und Pilsting war er anschließend als Assistenzarzt tätig und ließ sich 1929 als Praktischer Arzt und Geburtshelfer in Scheyern in Oberbayern nieder. 1930 heiratete Josef Seidl die Ärztin Dr. Johanna Löwin. Bis heute wirkt er als Landarzt in Scheyern, seit 1945 ist er ehrenamtlich in der Standesorganisation tätig.

Entschliefungen des 75. Deutschen Ärztetages

In seiner mehrtägigen Beratung faßte der 75. Deutsche
Ärztetag u. a. folgende Entschliefungen:

Gesundheitswesen und ärztliche Berufsausübung

„Der 75. Deutsche Ärztetag beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer, unter Hinzuziehung von Vertretern der im Präsidium des Deutschen Ärztetages vertretenen ärztlichen Organisationen und Verbände die gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der Ärzteschaft unter Berücksichtigung der Vorschläge, die hierzu von den Deutschen Ärztetagen und den ärztlichen Organisationen und Verbänden erarbeitet wurden, systematisch zusammenzufassen und dem Deutschen Ärztetag 1973 vorzulegen.“

Zur „Aktionsgemeinschaft der deutschen Ärzte“ wurden zwei weitgehend gleiche Entschliefungen gefaßt: „Der Deutsche Ärztetag spricht der ‚Aktionsgemeinschaft der deutschen Ärzte‘ für ihren eindringlichen und wirkungsvollen Aufruf zur ‚Aktion Freiheit für Arzt und Patient‘ Dank und Anerkennung aus.

Er empfiehlt allen deutschen Ärzten, die Aktion mit allen Kräften zu unterstützen, um das gesteckte Ziel einer sachlichen Information der Bevölkerung zu erreichen.“

„Der Deutsche Ärztetag anerkennt die Bemühungen, die zu der ‚Aktion Freiheit für Arzt und Patient‘ geführt haben.

Er empfiehlt den deutschen Ärzten, diese Aktion mit allen Kräften zu unterstützen, um das gesteckte Ziel einer sachlichen Information der Bevölkerung zu erreichen.“

Zusammenarbeit Krankenhaus — freie Praxis

„Die Fortschritte der Medizin in Diagnostik und Therapie machen die Zusammenarbeit der Ärzte aller Fachrichtungen im Krankenhaus und in freier Praxis in verstärktem Umfang notwendig. Auf Dauer gesehen wird es nur durch enge Kooperation möglich sein, die steigenden Möglichkeiten der Medizin in Diagnose und Therapie voll zu nutzen. Nur durch weiter verstärkte Kooperation der Ärzte kann auch die für

den Heilerfolg nötige Einheit von Diagnose und Therapie erhalten und damit eine den Erfolg ärztlichen Handelns beeinträchtigende Institutionalisierung wesentlicher Teile freier ärztlicher Berufsausübung verhindert werden.

Der 75. Deutsche Ärztetag appelliert erneut an die in Krankenhaus und freier Praxis tätigen Ärzte, alle Möglichkeiten enger Zusammenarbeit auch über den technischen Bereich zu nutzen. Neben den immer notwendigen und üblichen Gesprächen von Arzt zu Arzt sollte der Austausch von Informationen und Befunden verstärkt werden. Schon bei der Einweisung von Patienten ins Krankenhaus sollten den dort tätigen Ärzten alle in Zusammenarbeit von niedergelassenen Allgemein- und Fachärzten erhobenen Befunde übermittelt werden, um zeitraubende, kostspielige und oft auch unangenehme Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Umgekehrt sollte die Klinik sie auch voll ausnutzen und nicht wiederholen, nur um auf eigene Befundergebnisse zurückgreifen zu können. Auch bei der Entlassung aus dem Krankenhaus sollte in verstärktem Maße sichergestellt werden, daß Befund- und Behandlungsberichte unverzüglich zum weiterbehandelnden niedergelassenen Arzt gelangen, damit die Behandlung nahtlos fortgesetzt werden kann.

Zur Sicherung der medikamentösen Versorgung aus dem Krankenhaus entlassener Patienten bis zur ersten Inanspruchnahme des Hausarztes wird ein zeitlich beschränkt verwendbares ‚Krankenhausesentlassungsrezept‘ vorgeschlagen, mit dem der Krankenhausarzt die für die nahtlose Fortsetzung der Behandlung erforderlichen Arzneimittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verschreiben kann.“

Vorsorge- und Diagnosezentren

„In letzter Zeit sind sogenannte ‚Vorsorgezentren‘ auf privatwirtschaftlicher Basis gegründet worden, die mit zum Teil lautstarker Werbung der Bevölkerung schematisierte Programme für sogenannte ‚Vorsorgeuntersuchungen‘ anbieten. Daraus entsteht in der Öffentlichkeit ein verzerrtes Bild über Wege und Möglichkeiten der Gesundheitsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung.

Der Deutsche Ärztetag stellt dazu fest:

Das Bedürfnis der Bevölkerung nach Gesundheitsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung darf nicht zum Renditeobjekt interessierter Kapitalanleger werden. Viele der mit vorwiegend kommerzieller Zielsetzung angebotenen Untersuchungsprogramme solcher ‚Diagnosezentren‘ ergeben lediglich augenblicksbezogene, in ihrer medizinischen Aussage mit Zufälligkeiten belastete Befunde. Sie bergen darüber hinaus die Gefahr in sich, dem nach solchen Schema untersuchten Menschen ein falsches Sicherheitsgefühl über seinen tatsächlichen Gesundheitszustand zu vermitteln.

In diesem Zusammenhang sei betont, daß die für Gesundheitsvorsorge durch programmierte Krankheitsfrüherkennung und entsprechende Beratung notwendige persönliche Kenntnis und Beurteilung des Menschen durch den Arzt seines Vertrauens nicht durch perfektionierte Medizintechniken oder Apparaturen ersetzt werden kann.

Die gleichen schwerwiegenden medizinischen Bedenken bestehen gegen die Errichtung der in den letzten Monaten wiederholt vorgeschlagenen ‚Medizinisch-technischen Diagnosezentren (MTZ)‘. Diese Vorschläge sind offensichtlich Ausdruck einer gesellschaftlichen Grundkonzeption, die eine kollektivierte und institutionalisierte Medizin an die Stelle

Magen-Probleme?

**Gelusil-Lac eine Schutzschicht
für die Magenschleimhaut!**

Indikationen:

Gastritis	akute + chronische
Säurebeschwerden	wie z. B. Hyperazidität, Sodbrennen, medikamentös bedingte Übersäuerung, saurer Aufstoßen, Völlegefühl
Reizmagen	nervöser Magen
Ulcus	Ulcus pepticum bzw. Ulcus ventriculi et duodeni, Stressulcus

Refluxoesophagitis

in der Gravidität,
bei Hiatushernie,
bei Schwangerschafts-
erbrechen,
bei gehäuften Erbrechen
anderer Art

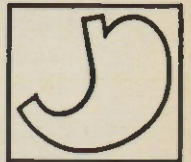
„verdorbener Magen“

nach Ernährungsfehlern,
Alkohol- und Nikotinabusus

Kortikoid-Therapie

zur besseren Magenver-
träglichkeit systemisch
gegebener Kortikoide bei
Erkrankungen z. B. des
rheumatischen, broncho-
spastischen oder nephroti-
schen Formenkreises.

Gelusil[®]-Lac



GÖDECKE

Gelusil-Lac-Tabletten

1 Tablette: Magnesiumaluminium-Silikat-
hydrat 0,5 g und 0,3 g fettfreies Milch-
pulver. 40 Tabletten DM 4,60 m. MWSt.,
100 Tabletten DM 9,90 m. MWSt.

Gelusil-Lac-Pulver

1 g enthält Magnesiumaluminium-Silikat-
hydrat 0,156 g in fettfreiem Milchpulver.
10 Beutel zu 6,5 g DM 4,75 m. MWSt.,
Dose mit 150 g DM 7,90 m. MWSt.

Gelusil-Lac-Quick

1 g Granulat: Magnesiumaluminium-Sili-
kathydrat 0,1 g und 0,9 g fettfreies Milch-
pulver. 10 Beutel zu 4,5 g DM 4,75 m. MWSt.,
Dose mit 100 g DM 7,90 m. MWSt.

Gelusil-Tabletten

1 Tablette: Magnesiumaluminium-Silikat-
hydrat 0,55 g, ohne Milchkomponente.
40 Tabletten DM 3,85 m. MWSt.,
100 Tabletten DM 7,90 m. MWSt.

Keine Kontraindikationen – Vorsicht bei urämischen Zuständen – Weitere Informationen siehe wissenschaftlicher Prospekt.

Essaven ultra

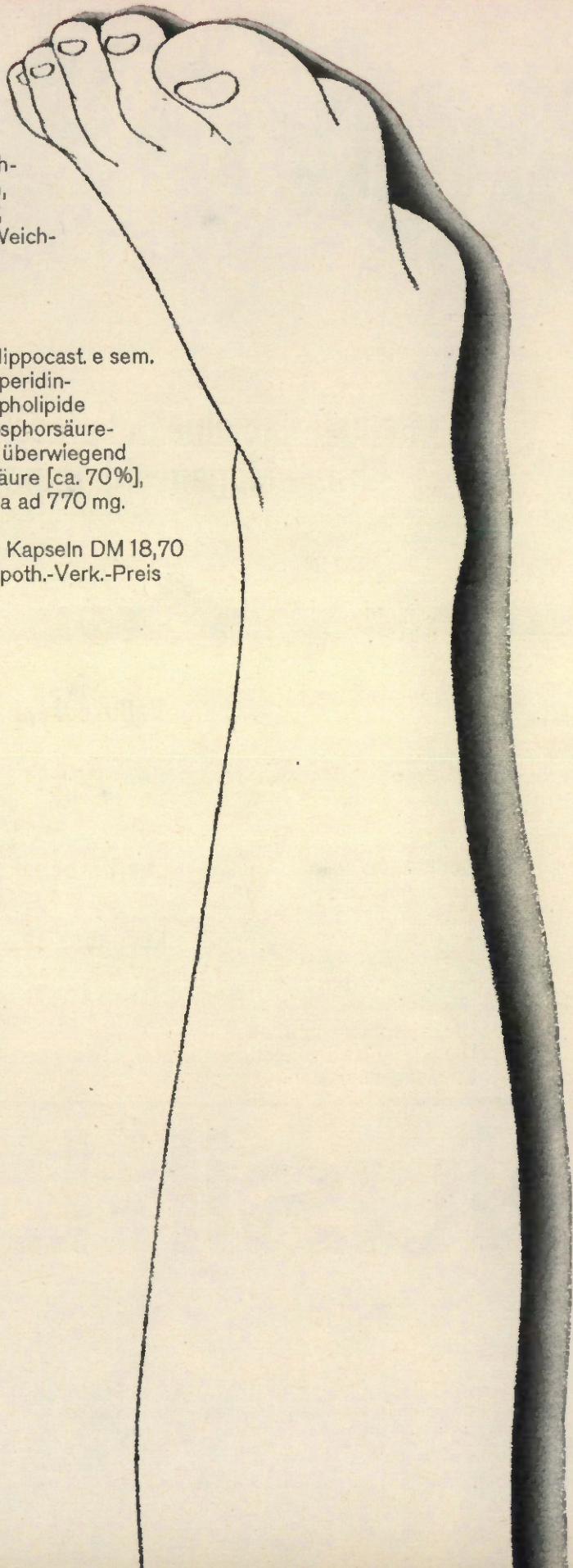
ultra = forte + retard

Indikationen: Venöse Durchblutungsstörungen, varicöser Symptomenkomplex, ausgedehnte Ödeme bei venöser Stase und Störungen der Lymphzirkulation, postthrombotisches Syndrom, Ulcus cruris, Prophylaxe der Thrombose, traumatisch und postoperativ bedingte Weichteilschwellungen.

Kontraindikationen: Nicht bekannt.

Zusammensetzung: 1 Kapsel: Extr. Hippocast. e sem. spir. sicc. 270 mg, (= 50 mg Aescin), Hesperidin-methylchalcon 65 mg, „essentielle“ Phospholipide = EPL-Substanz (Wirkprinzip: Cholinphosphorsäure-diglyceridester natürlicher Herkunft mit überwiegend ungesättigten Fettsäuren, speziell Linolsäure [ca. 70%], Linolen- und Ölsäure) 100 mg, Corridentia ad 770 mg.

Packungsgrößen: Orig.-Pckg. mit 50 Kapseln DM 18,70
1/1-Pckg. mit 100 Kapseln DM 34,20 (Apoth.-Verk.-Preis m. Mwst.)



des individuellen Arzt-Patienten-Verhältnisses setzen will. Solche Vorstellungen beruhen auf der falschen Einschätzung des Aussagewertes isoliert erhobener medizinisch-technischer Analysen. Sie würden sich deshalb eher zum Nachteil der von ihnen betreuten Menschen auswirken, weil sie eine ganzheitliche personenbezogene Medizin, wie sie den heutigen wissenschaftlichen Vorstellungen entspricht, erschweren und nicht einen Fortschritt, sondern einen Rückfall in technologisches Denken darstellen.

Aus diesen Gründen warnt der Deutsche Ärztetag vor Entwicklungen, welche die durch die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Allgemein- und Fachärzten sichergestellte Einheit der Diagnose und Therapie gefährden. Das organisch gewachsene System ambulanter ärztlicher Versorgung durch freipraktizierende Allgemein- und Fachärzte hat sich auch im internationalen Vergleich als leistungsfähig erwiesen und seine Anpassungsfähigkeit an den Fortschritt von Wissenschaft und Technik unter Beweis gestellt."

EDV und Patientengeheimnis

„Die geplante Übernahme des in der gesetzlichen Rentenversicherung verwendeten ‚Versicherungsnummern-Systems‘ in die gesetzliche Krankenversicherung stößt auf Bedenken, u. a. weil schon für die nahe Zukunft ein Gesetz zur Einführung eines allgemeinen Personenkennziffernsystems vorbereitet wird. Das würde innerhalb kurzer Zeit eine zweimalige Änderung des gesamten Systems zur Folge haben.

Vor allem aber hat der Deutsche Ärztetag erhebliche Bedenken gegen die Absicht, in Verbindung mit einem einheitlichen Versicherungsnummern-System für die GKV sogenannte ‚Datenbanken‘ auch mit medizinischen und soziologischen Daten für alle Versicherten anzulegen. Es entsteht daraus die Möglichkeit des unbefugten Zugriffes auf personenbezogene Einzeldaten und damit des Einblickes in die intimste Persönlichkeitssphäre jedes einzelnen versicherten Bürgers in einem zur Zeit noch unvorstellbaren Ausmaß. Der unbedingte Schutz des Patientengeheimnisses für über 90% der Bevölkerung würde dadurch zumindest potentiell in Frage gestellt. Das unerläßliche Vertrauen der Menschen in die Schweigepflicht ihrer Ärzte und ihre uneingeschränkte Bereitschaft, dem Arzt ihres Vertrauens körperliche und seelische Leiden, Störungen oder Schwierigkeiten ohne Vorbehalt als Voraussetzung für Diagnose und Therapie zu offenbaren, würden damit ernsthaft gefährdet.

Der Deutsche Ärztetag empfiehlt deshalb mit allem Nachdruck, Vorschlägen zur gesetzlichen Einführung von Versicherungsnummern-Systemen bzw. dereuf beruhende ‚medizinische Datenbanken‘ solange nicht näher zu treten, als nicht rechtliche und – noch wichtiger – technische Voraussetzungen für einen auch auf Dauer gesehen absolut sicheren Datenschutz gegeben sind.

Zurückgewiesen werden sollten damit zugleich auch Versuche, auf dem Wege über gesetzliche Ermächtigungen bzw. Rechtsverordnungen irgendwelchen Institutionen Vollmachten auf diesem Gebiet zu erteilen."

Öffentlicher Gesundheitsdienst

„Der Deutsche Ärztetag macht darauf aufmerksam, daß der öffentliche Gesundheitsdienst durch der Entwicklung nicht mehr voll entsprechende Strukturen, durch Personalmenge

und zum Teil auch durch unzureichende Ausstattung zunehmend daran gehindert wird, seine zahlreichen und aufgrund neuer Gesetze noch wachsenden Aufgaben ausreichend wahrzunehmen. In einigen Teilen der Bundesrepublik muß sogar in absehbarer Zeit eine weitgehende Funktionsunfähigkeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes befürchtet werden.

Das weiter sinkende Interesse vor allem junger Ärzte, in den öffentlichen Gesundheitsdienst einzutreten, liegt in erster Linie an seinen erneuerungsbedürftigen Strukturen. Ihre Neuordnung ist um so notwendiger, als Gesetze mit neuen zusätzlichen Aufgaben für den öffentlichen Gesundheitsdienst zur Verbesserung des Umwelt- und Verbraucherschutzes anstehen.

Der 75. Deutsche Ärztetag appelliert daher an die Regierungen des Bundes und der Länder, übereinstimmende rechtliche Grundlagen zu schaffen, die den heutigen und künftigen Erfordernissen des öffentlichen Gesundheitsdienstes Rechnung tragen. Er verlangt deshalb eine leistungsgerechte Besoldung der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst."

Betriebsärztegesetz

„Zur weiteren Eindämmung der Unfall- und Gesundheitsgefahren am Arbeitsplatz hat die Bundesregierung einen Gesetzentwurf zur Verbesserung der arbeitsmedizinischen Betreuung und des technischen Arbeitsschutzes – ‚Gesetz über Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit‘ genannt – vorgelegt. Der 75. Deutsche Ärztetag begrüßt das Ziel dieses Entwurfes mit dem darin angestrebten Ausbau der arbeitsmedizinischen Betreuung.

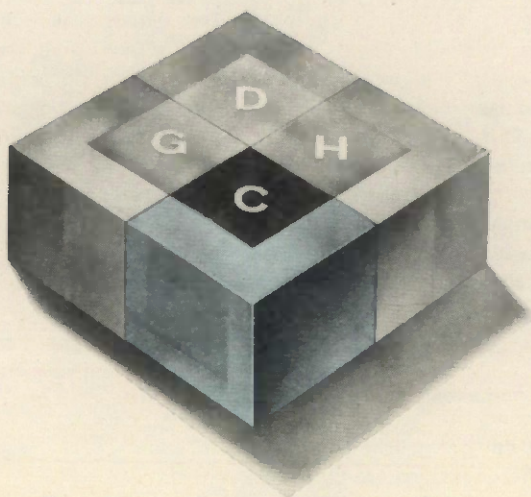
Der Deutsche Ärztetag hat jedoch Bedenken insbesondere gegen die im Regierungsentwurf enthaltene Beschreibung der künftigen Aufgaben des Betriebsarztes, seine Stellung gegenüber Unternehmensleitung und Betriebsrat sowie die Bestimmungen über die Feststellung der arbeitsmedizinischen Fachkunde.

Deshalb empfiehlt der Deutsche Ärztetag:

Die Beschreibung der Aufgaben des Betriebsarztes im Gesetz sollte arbeitsmedizinisch befriedigend sein. Die bewährte Abgrenzung zwischen präventiver Betreuung am Arbeitsplatz und Erstversorgung von Notfällen einerseits sowie kurativer Behandlung durch niedergelassene Ärzte andererseits muß zur Sicherung der freien Arztwahl erhalten bleiben.

Der Betriebsarzt muß innerhalb seines Unternehmens unabhängig sein. Auch in Zukunft muß das Vertrauen in die unbedingte Entscheidungsfreiheit des Betriebsarztes gewährleistet sein. Der Betriebsarzt muß der Unternehmensleitung unmittelbar zugeordnet bleiben. In seiner ärztlichen Tätigkeit darf er weder Einflußnahmen der Unternehmensleitung noch des Betriebsrates über die im Betriebsverfassungsgesetz gezogenen Grenzen hinaus unterworfen sein.

Die vom Gesetz geforderte Feststellung der Fachkunde ist an den in der ärztlichen Berufsordnung geregelten, arbeitsmedizinischen Weiterbildungsgang – Zusatzbezeichnung ‚Arbeitsmedizin‘ – zu binden. Für die Übergangszeit sollte Ärzten, die diese Zusatzbezeichnung noch nicht erworben haben, Gelegenheit gegeben werden, sie während praktischer betriebsärztlicher Tätigkeit zu erwerben.

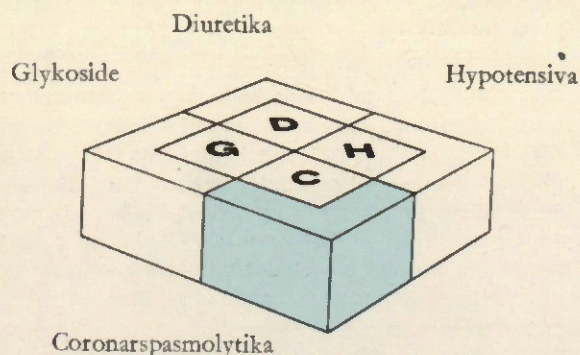


Partner

Partner wirken zusammen, teilen sich Aufgaben, bilden *ein* Unternehmen, das auf *ein* gemeinsames Ziel gerichtet ist. Medikamente können *ein* Partner der vom Arzt gewählten Therapie sein. Medikation kann «*ein* Medikament» bedeuten. Statistische Beobachtung zeigt, daß dies eher selten der Fall ist. Kritische Prüfung auf Polypragmasie während des Rezept-schreibens verhindert unmäßige Vielzahl von Medikamenten. Partnerschaften von Wirkstoffen dagegen können durchaus

indiziert, ja sogar zwingend sein: mehrere Wirkungsqualitäten sind erforderlich, Synergismen sind möglich, Kompatibilität muß gegeben sein. Wirkstoffpartnerschaften können in Kombinationen fixiert und dadurch in der Applikation vereinfacht werden. Häufiger legt der individuelle Fall frei gewählte Relationen der Wirkstoffe nahe, besonders im bedeutenden und vielfältigen Gebiet der

Herz-Kreislauf-Krankheiten

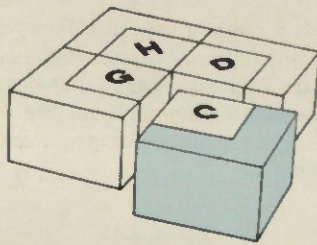


Wirkungscharakter. Wie in der Gesamt-Therapie des einzelnen Patienten wird auch in der Gesamt-Medikation Ganzheit in Richtung «Besserung des gesamten Zustandes des Kranken» angestrebt. Vom beklagten Einzel- oder Leitsymptom ausgehend, tastet sich die Untersuchung durch die Breite und Tiefe der Kontrollen schließlich zu zwei diagnostischen Endkategorien hinauf: der organischen *und* der psychischen. Beide *zusammen* definieren den Grad von Krankheit und Gesundheit.

Kriterium kritischer Selektion des psychoaktiven Wirkstoffs ist seine Sicherheit und Verträglichkeit. Das bedeutet auch: Ausschluß von Interferenz mit der Hauptwirkung des Partners. Ausschluß von Stoff-Unverträglichkeiten. Das bedeutet: wirkliche Optimierung der Basismedikation.

Neben Stoffe mit spezifischen Wirkungen (Glykoside, koronaraktive Substanzen, Diuretika, Hypotensiva), die die pathologische Konstellation sofort oder in einem primären Sinne angehen, treten allgemeine Prinzipien, wie Antikoagulation, Keimvernichtung, Fibrinolyse, Frequenzregulation, periphere Widerstandssenkung mit synergistischem oder ergänzendem

Erfahrung und Statistik erweisen hierbei, daß in Pathologie und Therapie gewisse Konstellationen dominieren, d.h. frequenzmäßig häufiger eintreten als andere. Dies führt zu besonderer Bedeutung ganz bestimmter Diagnosen und ganz bestimmter medikamentöser Partner. Von ihnen — und *nur* von ihnen — ist hier die Rede.



Coronarspasmolytika oder auch -dilatoren genannt, bewirken wohl beim Menschen keine eigentlichen Lumenvergrößerungen der Herzkranzgefäße. Der Medikationseffekt scheint sich allenfalls auf die kleineren Gefäße, in die sich die Coronararterien verzweigen, zu erstrecken. Mutschler (10) resümiert: «Man nimmt heute an, daß diese Substanzen 1. den Blutdruck gerade soweit senken, daß das Herz entlastet wird, aber noch keine Minderdurchblutung der Coronararterien eintritt, und 2. den Sauerstoffbedarf des Herzens z.B. durch Senkung der Herzfrequenz oder Blockade des Sympathikus, verringern. Neben «Dilatoren mit verschiedener Konstitution» bieten sich bei pectanginösen Beschwerden Substanzen an, die chemisch unexakt als «Nitrite» subsumiert werden, in Wirklichkeit aber meist Salze und Ester der Salpetersäure sind. Ihr erschlaffender Effekt auf die Gefäßmuskulatur betrifft in erster Linie den postkapillaren Anteil. Für den Patienten können neben der Beeinflussung mit coronaraktiven Stoffen folgende weiteren Wirkungen erforderlich sein: Glykosideffekt, Diurese, Blutdruckregulation sowie Psychorelaxation.»

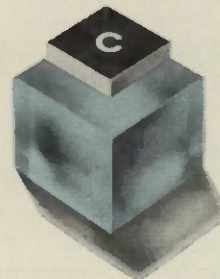
Daß bei Herzkranken — im Sinne der tabellarischen Darstellung oben — Notwendigkeit zur Psychorelaxation (z.B. mit Valium Roche) häufig besteht, erklärt sich aus der besonderen Reagibilität und Störbarkeit dieses vitalen Organsystems: Stöße und Schübe aus dem emotionalen Bereich tangieren es stark, rasch und spürbar. Es ist für den Arzt in diesem Zusammenhang wissenswert, daß Valium mit den genannten

primären Pharmaka kompatibel ist. Der gewährte Cordon schützender Ruhe bedeutet also kein Risiko, sondern optimierte Wirkungsbedingungen für die spezifische Therapie.

Bei kritischer Prüfung notwendiger
Wirkstoff-Partner für
Coronarspasmolytika
kann das Ergebnis lauten:

zweitens

Valium® Roche



(wird fortgesetzt)

INDIKATION		MEDIKATIONS-PARTNER*:						
		G	D	C	β	H	A	V
Hyperkinetische und / oder hypertone Regulationsstörungen					(+) ¹			+
Herzinsuffizienz		+	(+)	(+)		[+] ²		+
Myokarditis (akut)		(+)						+
Angina pectoris		akut			+			+
		chronisch			+	+ ^{3,4}		+
Koronarinsuffizienz		[+]		+	(+) ^{3,4}			+
Myokardinfarkt		(+) ^{1,5}		(+) ⁶			(+) ⁶	+
Herzrhythmusstörungen		Sinustachykardie				+ ^{1,7}	(+)	+
		Paroxysmale Tachykardie		(+)	(+)	(+)		+
		Extrasystolie		[+]			(+)	+
		Vorhofflattern (-flimmern)		+				+
Cor pulmonale (akut)		+		(+)				(+)
Hypertonie		essentiell ⁸			+	(+)	+	+
		renal			+ ⁹		+	(+)

* Die Tabelle orientiert sich als genereller Leitlinie an dem Lehrbuch «Innere Medizin», begründet von Hellmeyer, L., neu bearbeitet von Kühn, A., Kapitel «Herz-Kreislauf», Reindell et al., Springer-Verlag / Berlin 1971. In einzelnen Positionen ist auf weiter ins Detail gehende Darstellungen Bezug genommen. Bestimmte Gruppen, z. B. Sympathikomimetika, Analgetika, Antikoagulantien sind nicht berücksichtigt.

G = Glykoside H = Hypotensiva + = üblicherweise verabreicht
D = Diuretika A = Antiarrhythmika (+) = fallweise; unter gewissen Bedingungen
C = Coronarspasmolytika V = Valium® Roche [+] = fallweise; mit großer Vorsicht
β = β-Reseptorenblocker

DOSIERUNG	
Tagesdosis:	
oral oder rectal	5-20 mg
	5-20 mg
Erhaltungsdosis:	
oral	2x2 mg abends 5 mg
Einzeldosis: i.m.	
(+)	10 mg
Gleichfalls zu beachten ist, daß bei parenteraler Anwendung Valium stets allein injiziert wird (in der Mischspritze kann es mit vielen Stoffen inkompatibel sein!).	

VALIUM ROCHE
interferiert wirkungsmäßig nicht mit:
Glykosiden,
Diuretika,
Coronarspasmolytika,
β-Reseptorenblockern,
Sympathikomimetika,
Antikoagulantien.
VORSICHT wegen Wirkungsverstärkung ist dagegen geboten bei sedierenden Zusatzstoffen (s.B. Barbituraten, Phenothiazinen, Reserpin).

Ihrer Aufmerksamkeit empfohlen: Bei gleichzeitiger Gabe zentral wirkender Pharmaka (Neuroleptika, Tranquilizer, Antidepressiva, Hypnotika, Analgetika, Narkotika) ist zu beachten, daß Valium Roche — besonders bei parenteraler Applikation — den zentraldepressiven Effekt dieser Präparate verstärken kann. Diese Wirkungsverstärkung ist gegebenenfalls therapeutisch nutzbar. Patienten, denen Valium Roche parenteral verabreicht wird, sollten wegen der ausgeprägten Muskulentspannung noch kurze Zeit unter Beobachtung sein. Je nach Dosierung kann, besonders in den ersten Behandlungstagen und vor allem bei älteren und körperlich geschwächten Patienten, infolge des sedierenden und muskelrelaxierenden Effektes Schläfrigkeit, Müdigkeit, Schwindel, Muskelschwäche auftreten. Bei dieser Gruppe ist einschließlich zu dosieren (ab 2 mg oral täglich). Die Dosierung ist bei Patienten mit hirnorganischen Veränderungen (vor allem Arteriosklerose) sowie mit kardialer und/oder respiratorischer Insuffizienz der individuell verschiedenen Toleranzgrenze anzupassen. Bei diesen Patienten soll auf die parenterale Applikation in der Regel verzichtet werden. Wie für alle psychotrop wirksamen Substanzen gilt auch für Valium Roche, daß man unter dem Einfluß seiner Wirkung keinen Alkohol genießen sollte, da die individuelle Reaktion im einzelnen nicht voraussehbar ist. Wie alle Arzneimittel vom gleichen Wirkungsyp kann auch Valium Roche, je nach Anwendung, Dosis und individueller Empfindlichkeit, das Reaktionsvermögen (z.B. Fahrtüchtigkeit, Verhalten im Straßenverkehr) beeinflussen. Während

der Frühchwangerschaft sollte Valium Roche — entsprechend den heutigen Auffassungen über den Arzneimittelgubrosuch durch werdende Mütter — nur bei zwingender Indikation angewendet werden. Dieser Hinweis ist rein vorsorglich; nachteilige Erfahrungen liegen nicht vor.

Kontraindikation: Myasthenia gravis.
Valium Roche: 7-Chlor-1,3-dihydro-1-methyl-5-phenyl-2H-1,4-benzodiazepin-2-on
20 Tabl. Valium 5 Roche DM 5,50 m.U.St. · 20 Tabl. Valium 10 Roche DM 8,85 m.U.St.

Literatur: 1) Kuschinsky, G., Lüllmann, H., u.Lb. d. Pharmakol., Thieme 1972. 2) Arnold, O.H., «Ther. d. art. Hypertonien», Springer 1970. 3) Lydtin, H., Marzball, M., mda 1, 4, 110 (1971). 4) Hamer, J., in: «Beta-Reseptoren-Blockaden», Dr. D. Steinkopf 1967. 5) Frost, V., Herz u. Kreisl. 3, 12, 389-93 (1971). 6) Hallhuber, M.J., Kirchmair, H., «Noctilla i. d. inn. Mind.», Urban & Schwarzenberg 1970. 7) Schollmeyer, P., Med. Welt 19, 16, 997-1010 (1968). 8) Eifl, A. W. v., «Essentielle Hypertonie», Thieme 1967. 9) Gantner, U., in «Hypertonien», Scharzauer 1969. 10) Mutschler, E., «Arzneimittelwirkungen», Wiss. Verlagsges. 1970.

HOFFMANN - LA ROCHE AG · 7889 GRENZACH

Der 75. Deutsche Ärztetag erwartet vom Gesetzgeber, daß er diese in der Regierungsvorlage nicht befriedigend geregelten Fragen den Belangen der Arbeitnehmer und der Ärzte entsprechend gestaltet."

Peckungsinformation bei Arzneimitteln

„Im Sinne der Gesundheitserziehung und im Interesse des Verbraucherschutzes ist es notwendig, daß Patienten und Verbraucher von Arzneimittelspezialitäten durch Informationen auf den Packungsbeilagen mit wichtigen Grundprinzipien der Arzneimittelienwendung vertraut gemacht werden. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft hat sich um eine weitgehend einheitliche Gestaltung der Packungsbeilage bemüht, demit, von begründeten Ausnahmen abgesehen, grundsätzlich folgende Informationen gegeben werden:

1. Zusammensetzung (mit internationalen Freinamen)
2. Eigenschaften
3. Verwendungszweck
4. Dosierung und Anwendungsweise
5. Nebenwirkungen (unerwünschte Begleiterscheinungen)
6. Hinweise auf besondere Unverträglichkeiten und Risiken sowie Antidot in Fettdruck
7. Allgemeine und spezielle Warnhinweise

8. Spezielle Haltbarkeits- und Aufbewahrungshinweise
9. Darreichungsformen und Packungsgrößen

Der 75. Deutsche Ärztetag begrüßt die Bemühungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft um eine einheitliche Gestaltung der Packungsbeilage und richtet an die pharmazeutischen Herstellertfirmen die Bitte, ihre Arzneimittelspezialitäten beidmögliche mit derartigen Packungsinformationen zu versehen."

Die Fachärztlichen Berufsverbände teilen mit:

Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände

„Am 28. Mai 1972 beschlossen in Westerland anläßlich des Deutschen Ärztetages die Fachärztlichen Berufsverbände einstimmig, sich zur Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB) zusammenzuschließen. Die Gemeinschaft umfaßt alle in der Bundesrepublik tätigen fachärztlichen Berufsverbände. Zum Sprecher der GFB wurde Herr Professor Dr. BROGLIE einstimmig gewählt. Die Herren Dr. med. KNIPPER und Dr. med. MÜLLER-OSTEN sind seine Vertreter."

Neues „Ärztelhaus Bayern“ eingeweiht

Mit einem Festakt in Gegenwart zahlreicher Ehrengäste — umrahmt von den Darbietungen des Münchener Nonetts — wurde am Donnerstag, 25. Mai 1972, der moderne Verwaltungsneubau der beiden Spitzenorganisationen ärztlicher Selbstverwaltung in Bayern — Landesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung — offiziell eingeweiht. In diesem zweckmäßigen sechsgeschossigen „Verwaltungsbau der kurzen Wege“ sind neben den Landeskörperschaften auch die Kassenärztliche Bezirksstelle Oberbayern, die Landesverbände des Hartmannbundes und des Marburger Bundes, sowie die Bayerische Wirtschaftsvereinigung und die Deutsche Apotheker- und Ärztebank untergebracht.

Dieses „Ärztelhaus Bayern“ wurde in zweijähriger Bauzeit (Juli 1969 bis August 1971) vollendet. Zahlreiche gemeinsame Einrichtungen stellen rationelle Arbeitsmöglichkeiten für die Mitarbeiter aller hier vertretenen Körperschaften, freien Verbände und Organisationen im Sinne einer modernen Verwaltungsstruktur sicher: gemeinsame Poststelle, Kopierstelle und Hausdruckerel, sowie Composer-Schreibdienst, Fernschreiber und vieles andere mehr. Weiterhin ist das ganze Haus mit einem einheitlichen Bürosystem ausgestattet, wobei diese und weitere optimale Organisationsformen bereits in der Planung Berücksichtigung fanden. Gemeinsam ist auch die Benutzung der

zahlreichen Sitzungsräume durch alle ärztlichen Organisationen des Hauses. Der große Sitzungssaal im fünften Stockwerk mit seiner Simultananlage wird sowohl für Einführungslehrgänge zur Kassenärztlichen Tätigkeit, für Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, gegebenenfalls zur Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer bereitgestellt als auch für internationale ärztliche Tagungen. Die weitere Ausstattung dieses Vortrags-saales ermöglicht auch die Durchführung ärztlicher Fortbildungsveranstaltungen unter Einsatz von Film- und Dia-Material. Für die Gemeinschaftsnutzung durch alle Mitarbeiter steht neben einer Tiefgarage mit 70 Pkw-Einstellplätzen im fünften Stock ein Casino zur Verfügung, das in glücklicher Verbindung von moderner Zweckmäßigkeit mit eigenständigem bayerischen Stil eine freundliche Atmosphäre für den Mittagstisch schafft.

Professor Dr. Hans-Joachim SEWERING, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer und Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, begrüßte die über 200 Ehrengäste im vollen großen Sitzungssaal, darunter zahlreiche Vertreter der bayerischen Staatsministerien an ihrer Spitze den Bayerischen Staatsminister für Arbeit und Sozialordnung, Dr. Fritz PIRKL, Staatssekretär LAUERBACH in Vertretung des Bayerischen Staats-



Bild: Interfoto — Friedrich Rauch, München

ministers für Unterricht und Kultus, sowie Ministerialdirigent Dr. HEIN in Vertretung von Staatssekretär KIESL vom Bayerischen Staatsministerium des Innern, mehrere Landtagsabgeordnete und Senatoren, darunter den Vizepräsidenten des Bayerischen Senats, Dr. SCHEUERMANN, und Senator Dr. KLÄSS, Leiter der Abteilung Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Vertreter der Regierung von Oberbayern und der Stadt München, den Vorsitzenden des Landesgesundheitsrates, Kollegen Dr. SOENNING, den Dekan der Universität München, Professor Dr. SPANN, Generalarzt Dr. REBENTISCH, den Präsidenten der Bayerischen Versicherungskammer, Dr. WEHGARTNER, den Präsidenten des Landessozialgerichts, Dr. BERGHOFER, sowie Herrn HEITZER und weitere Vertreter der Krankenkassen, ferner den Präsidenten der Bayerischen Landestierärztekammer, Professor BAIER, als Vertreter der Kammern der Heilberufe in Bayern, die Repräsentanten der pharmazeutischen Industrie, die Vertreter von Presse, Funk und Fernsehen, sowie Professor Dr. STOCKHAUSEN, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer.

Professor Dr. Hans-Joachim SEWERING ging einleitend kurz auf die Notwendigkeit eines Neubaus ein. Er führte dabei die Bauälligkeit und drangvolle Enge des elten Hauses in der Königinstraße an, wies auf die steigende Zahl der Ärzte hin — 1946 bis 1972 Zunahme von 11 000 auf über 22 000 —, den dadurch erhöhten Arbeitsumfang der Körperschaften und die somit bedingte zahlenmäßige Zunahme der hier tätigen Mitarbeiter. Heute arbeiten allein in den Körperschaften 203 hauptamtliche Mitarbeiter, darüber hinaus aber auch zahlreiche gewählte Ärzte, die fortlaufend in Ausschüssen tätig sind, woraus sich ein erheblicher Bedarf an Sitzungszimmern ergab. Die Finanzierung dieses Großprojektes aus Mitteln der Bayerischen Ärzteversorgung läuft über 30 Jahre, um die derzeit beitragszahlenden Ärzte nicht allein in Anspruch zu nehmen, sondern die Schuldenlast auf eine ganze Arztgeneration zu verteilen. Mit großer Freude könne er feststellen, daß hier ein gutes Werk gelungen ist, ein gemeinsames Dach für ärztliche Standesorganisationen, Verwaltungsorganisationen und Institutionen geschaffen und moderne, funktionell vorbildliche Arbeitsplätze für die Mitarbeiter

gestaltet wurden. Die Oberste Baubehörde habe bei der vorgeschriebenen Überprüfung die architektonische Gestaltung, die solide Bauausführung und die ausreichende Wirtschaftlichkeit des Neubaus anerkennend vermerkt. „Dieses Haus ist ein lebendiger Ausdruck des Willens der Ärzte zur aktiven Selbstverwaltung in unserer freiheitlichen Demokratie“, so Professor Sewering. In weiteren Ausführungen ging er auch auf die Kritik an der freien Ärzteschaft und auf die Pläne zur Systemveränderung ein. Professor Dr. Sewering: „Wenn wir derzeit auch hie und da Engpässe nicht übersehen können und wollen, so glauben wir doch, daß die von Jahr zu Jahr steigende Zahl der Ärzte uns in die Lage versetzen wird, allen Anforderungen an die ärztliche Versorgung der Bevölkerung auch in Zukunft gerecht zu werden. Die Kammer und die Kassenärztliche Vereinigung beobachten mit Sorge, daß die Ärzte in letzter Zeit Zielscheibe verschiedenster Anwürfe geworden sind. Zunächst waren es die Ordinarien, dann die Chefärzte, jetzt sind es die niedergelassenen Ärzte, an denen mit Halbwahrheiten und Entstellungen Kritik geübt wird. Wir sind nicht überempfindlich oder hysterisch, wie uns die Gegenseite vorwirft, wir sind auch einer positiven Kritik, wenn sie wirklich das Ziel einer Verbesserung anstrebt, aufgeschlossen und offen gegenüber. Wir wehren uns jedoch entschieden gegen alle Bestrebungen, das in Jahrzehnten bewährte Kassensystem revolutionär zu zerstören. Unsere Kritiker können nichts Besseres anbieten als Systeme, deren Nichtfunktionieren in verschiedenen Staaten klar beobachtet werden kann. Das derzeitige System der Aufgabenteilung zwischen Krankenhaus, freier Praxis und öffentlichem Gesundheitsdienst ist sinnvoll und entspricht den Bedürfnissen unserer Bevölkerung. Wir wollen und werden es laufend verbessern, wir werden mit der Entwicklung moderner Medizin Schritt halten, aber Ambulatorien – unter welchen Bezeichnungen auch immer – sind keine Verbesserung. Es ist auch ganz einfach nicht wahr, daß Krankenhauseinrichtungen nicht ausgelastet sind und deshalb für die ambulante Versorgung zusätzlich genutzt werden können. Die Kollegen an den Krankenhäusern sind mit der Versorgung ihrer stationären Patienten voll ausgelastet.“ Abschließend ging Professor Dr. Sewering noch auf publizistische Schauermärchen über astronomische Einkommensverhältnisse der Ärzte ein. Mit großer Genugtuung stellte er fest, daß die vor kurzem stattgefundenen Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen eine Übereinkunft der Verhandlungsdelegationen ergeben haben, die nach Veröffentlichung als Beweis des guten Willens der Ärzteschaft und als Beitrag zur wirtschaftlichen Stabilität anerkannt werden müssen. „Wir Ärzte sind bereit, einen Beitrag zu leisten zum Lebensglück und zur Gesundheit unserer Mitbürger, aber nur als freie Ärzte und auf dem Boden einer freiheitlichen Ordnung, die dem Patienten die freie Arztwahl und dem Arzt das Arzt-

sein in Freiheit gestattet“, damit schloß Professor Dr. Sewering seine Ausführungen.

Staatsminister Dr. Fritz PIRKL lobte in seiner Rede den gelungenen Bau in seiner modernen Ästhetik und funktionellen Rationalität als geglückte Synthese beider Forderungen. Er hob hervor, daß Bayerns Ärzteschaft eine solche Arbeitsstätte brauche, da die Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Selbstverwaltung der Ärzte noch nie so notwendig gewesen sei wie gerade heute. Die rasante Erhöhung des Stellenwertes der Gesundheitsfragen in Politik und Öffentlichkeit habe den Arzt als wesentliche Figur unserer Gesellschaft mitten ins Scheinwerferlicht der Publizität gerückt. Das ärztliche Schaffen gehöre zu jenen wesentlichen Bereichen unserer Gesellschaft, in denen die Frage nach dem inneren und äußeren Freiheitsgehalt unserer gemeinsamen Zukunft in besonders manifester Weise entschieden werde. Nicht ohne Sorge beobachte er die derzeitige Auseinandersetzung um die Stellung des Kassensarztes. Ausgesprochene Sozialisierungsbestrebungen beschränkten sich heute zwar auf radikale Zirkel, doch gelte es hier, die Wachsamkeit als Preis der Freiheit zu bezahlen und der Aktivität aller Gegner der Freiheit schon in den Anfängen entschlossen zu wehren. In einer Art Zwischenbilanz des von Staatsregierung, Landesärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung gemeinsam erarbeiteten Bayern-Programms gab der Minister bekannt, daß bisher bei der Kassenärztlichen Vereinigung 105 Anträge auf zinsverbilligte Darlehen zum Bau von Arztwohnungen mit Praxen eingingen, wovon 62 für förderungswürdig erklärt wurden. Er hoffe, daß die Entschlußkraft junger Ärzte, sich auch außerhalb von Ballungszentren freiberuflich niederzulassen, wieder wächst. Die Zunahme der Technik in der Medizin erfordere ganz besonders die Intensivierung der menschlichen Beziehung zwischen Arzt und Patient.

Abschließend sprach der Minister der Kassenärzteschaft und den gesetzlichen Krankenkassen in Bayern seinen Dank für die gute Zusammenarbeit bei der Gestaltung der Honorare aus und appellierte an beide Partner, die vertrauensvolle Kooperation künftig auch in anderen Fragen noch stärker auszubauen.

Danach überbrachte der Leiter der Gesundheitsabteilung im Bayerischen Staatsministerium des Innern, Ministerialdirigent Dr. HEIN, die Grußworte des erkrankten Staatssekretärs Kiesl. Er führte aus, daß eine Sozialisierung des Gesundheitswesens einen entscheidenden Einbruch in unser gegenwärtiges freiheitliches Gesellschaftssystem bedeuten würde. Die Ärzteschaft habe durch ihre Reaktion auf sogenannte Reformvorschläge in letzter Zeit gezeigt, daß sie die Gefahr der ausgegebenen Parolen erkennt. Sicher sei unser System nicht frei von Mängeln und wir alle müßten im Interesse der uns anvertrauten Bevölkerung bestrebt sein, es ständig zu verbessern. Dies ist auch bei gutem Willen und im Rahmen des Bestehen-

Zusammensetzung:

Fraxiparol	20 mg
9-(p-Methylbenzyl)-6-chlor-7-sulfamoyl-8,4-dihydro-1,2,4-benzoxadiazin-5,7-dioxid (Diu 60)	10 mg
Hebepidin-Komplex 800mg (Chrus Flavonoides)	50 mg
Äthioninol	2 mg

Befreit vom Stauungsschmerz

dehydro sanol tri

Indikationen:

Schmerzhafte Stauungsbeschwerden im venös-kapillären System.
Statische (lokale) Ödeme mit Störung der Kapillarpermeabilität.

Kontraindikationen:

Ausgeprägte Leber- und Niereninsuffizienz, Therapieversuche Hypo- und Hyperkalemie.

Besonderer Hinweis:

Bei Langzeitbehandlung werden Harnsäurekontrollen empfohlen. Bei Diabetikern ist eine Verschlechterung der Glukosetoleranz möglich. Bei Patienten mit harnsaurer Diathese werden Harnsäurekontrollen empfohlen, da Thiazide gelegentlich den Harnsäurespiegel im Blut erhöhen können. In den ersten drei Monaten der Schwangerschaft wird eine Indikationsstellung empfohlen, obwohl bisher keine Anzeichen für eine teratogene Wirkung bekannt sind.

Dosierung:

Falls vor- oder nicht anders verordnet, täglich morgens 1 Tablette nach dem Frühstück einnehmen. Wenn eine stärkere Wirkung erwünscht ist, kann die Dosis auf 2 Dragees morgens erhöht werden. Erhaltungsdosis: jeden 2. oder 3. Tag 1 Tablette nach dem Frühstück einnehmen.

Handelsform:

Packung mit 20 Dragees DM 14,50

schwemmt die Ödeme
schnell und sanft aus

verhindert die Neubildung
durch kapillarwand-
abdichtende Komponente

läßt auch bei
Langzeit-Therapie den
Elektrolyt-Haushalt intakt

Bitte beachten Sie
unsere Aussendungsserie.

3-Dimensionale
Bildinfor-
mationen
zur Venen-
therapie



sanol Sanol-Arzneimittel Dr. Schwarz GmbH
arznei- 4019 Monheim/Rhld
mittel

den durchaus möglich. Hierzu bedürfe es aber keines Umsturzes und keiner Weltverbesserungsideologie.

Als eine vorübergehende Maßnahme bezeichnete der Münchener Krankenhausreferent, Dr. Erwin HAMM, die ambulante Voruntersuchung an den Städtischen Krankenhäusern, die nur solange in München praktiziert werden sollte, als eine akute Bettennot besteht. Sobald das Universitätsklinikum Großhadern eröffnet ist, wird sich dies sicherlich erübrigen.

Weitere herzliche Glückwünsche sprachen anschließend Willi HEITZER von den Krankenkassenverbänden und Professor Dr. BAIER, der mit humorvollen Worten Professor Dr. Sewering eine Allgäuer Kuhglocke überreichte.

Professor Dr. STOCKHAUSEN überbrachte die Grüße und Wünsche des Präsidenten der Bundesärztekammer, Professor Dr. Fromm, und führte aus: „Bauten geben Zeugnis vom Geist ihrer Zeit, der darin gestaltet Ausdruck findet. Unserer Zeit scheint eigen zu sein das Ringen nach neuen Formen in Freiheit und nach Freiheit und Sicherheit für den Einzelnen trotz oder gerade wegen der immer mächtiger werdenden Zivilisationszwänge. Dieses Haus ist eine organisatorische Heimstatt der Arbeit für die Ärzte, für den Dienst an der Gesundheit und für den Dienst an der Humanität, eine zweckmäßige und trotzdem schöne, eine würdige Stätte der tragenden Idee modernen Arztseins.“ Mit dem Wunsche, daß dieses schöne Haus eine Heimstätte echter Kollegialität sein möge, und daß das, was hier geschieht, vom Geiste beseelt sein möge, zu fördern und zu mehren Einheit und Freiheit unseres Ärztstandes, schloß Professor Dr. Stockhausen seinen Gruß.

Nach den Schlußworten des Architekten Peter LANZ, dessen gelungenes Werk uneingeschränkt und vorbehaltlos von allen Seiten die wohlverdiente Anerkennung fand, wurde den Gästen durch die hier tätigen Mitarbeiter das neue Ärztehaus Bayern auf einer Führung in allen Details gezeigt, vom Keller und der Tiefgarage bis zur Dachplattform im sechsten Stock mit ihrem herrlichen Rundblick über ein strahlendes München. Beim abschließenden Imbiß hatten alle Teilnehmer die Möglichkeit das Gehörte und Gesehene zu diskutieren und zu vertiefen.

Landesversammlung 1972 des Marburger Bundes Bayern

Am 29./30. April 1972 fand in Amberg die ordentliche Landesversammlung des Marburger Bundes, Landesverband Bayern, statt.

Die etwa 4000 Mitglieder des Verbandes waren durch ihre Delegierten vertreten.

Der bisherige Landesvorsitzende, Herr Dr. MÜHLEISEN, Amberg, erstattete den Rechenschaftsbericht des Landesvorstandes. Im Mittelpunkt seines Berichtes standen die Aktivitäten des Marburger Bundes zur Verbesserung der tariflichen Arbeitsbedingungen der Krankenhausärzte. In ergänzenden Berichten wurden die Hochschulreform und die Münchener Krankenhausreform behandelt.

Vor den Delegierten und Gästen, u. a. Abgeordneten der drei Landtagsfraktionen, Vertretern der Staatsministerien, kommunaler Organisationen und ärztlicher Berufsverbände, referierte der Bundesvorsitzende, Herr Dr. ODENBACH, Köln, über die Vorstellungen des Marburger Bundes zur Krankenhausreform. Er betonte die Notwendigkeit dieser Reform zur weiteren Verbesserung der ärztlichen Versorgung in unseren Krankenhäusern und erläuterte die Saarbrückener Beschlüsse des Verbandes.

Die Landesversammlung hatte nach Ablauf der Amtszeit des alten Landesvorstandes Neuwahlen durchzuführen. Dr. Mühleisen, zum Ehrenvorsitzenden ernannt, verzichtete auf eine erneute Kandidatur.

Zum 1. Landesvorsitzenden wurde Herr Dr. Jürgen BAUSCH, München, berufen, der als Sprecher der Assistentenschaft im Jahre 1970 einen wesentlichen Beitrag zur Krankenhausreform in München geleistet hatte.

Herr Dr. Georg FUCHS, Würzburg, der Referent des Landesvorstandes für Hochschulfragen, wurde zum 2. Landesvorsitzenden gewählt.

Mit diesen personellen Entscheidungen hat der Landesverband auch unterstrichen, daß er es als die wesentliche Aufgabe der nächsten Jahre betrachtet, die Krankenhausreform energisch voranzubringen, ebenso aber auch einen sachlichen Beitrag zur Hochschulreform zu leisten.

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

COGITAN

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

Synthera

BIOLOGISCHE
HEILMITTEL

bewährt seit über 30 Jahren!

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



COGITO ... ERGO SUM



ARZT UND ATHLET

SPORTMEDIZIN IN STADION UND PRAXIS

Beilage zum „Bayerischen Ärzteblatt“

Nummer 2

München, Juni 1972

7. Jahrgang

Herz-Kreislaufkriterien zur Auswahl der Jugendlichen für den Leistungssport

von A. Szögy

Die Auswahl der für den Leistungssport begabten Jugendlichen ist eine der wichtigsten Aufgaben der modernen Sportmedizin.

Der Leistungssport unserer Tage stellt vor allem in den Ausdauersportarten außerordentlich hohe Ansprüche an die Organe und Organsysteme. Einer der wichtigsten begrenzenden Faktoren der Dauerleistungsfähigkeit ist das Herz-Kreislaufsystem (Holmgren, 1967; Astrand, 1968; Ouellet und Backieke, 1969). Spiroergometrische und Herzvolumenuntersuchungen ermöglichen eine Beurteilung der Herz-Kreislaufreserven während körperlicher Belastungen. Wenn man aber die verschiedenen Größenverhältnisse zwischen dem Herzvolumen und dem maximalen Sauerstoffpuls – im Herzvolumenleistungsquotienten ausgedrückt – in Betracht zieht, so kann man auch die weiteren Entwicklungsmöglichkeiten der Herz-Kreislaufreserven beurteilen.

Aufgrund dieser Größenverhältnisse beschrieben wir bei 200 erwachsenen Hochleistungssportlern vier verschiedene Typen dieser Verhältnisse (Szögy und Cherebetiu):

Typ I: kleines Herzvolumen – kleiner maximaler Sauerstoffpuls – mittelmäßiger Herzvolumenleistungsquotient

Typ II: kleines oder mittelmäßiges Herzvolumen – großer maximaler Sauerstoffpuls – kleiner Herzvolumenleistungsquotient

Typ III: großes Herzvolumen – großer maximaler Sauerstoffpuls – mäßig erhöhter Herzvolumenleistungsquotient

Typ IV: großes Herzvolumen – mittelmäßiger oder relativ kleiner maximaler Sauerstoffpuls – großer Herzvolumenleistungsquotient

Eine normale sportliche Laufbahn beginnt gewöhnlich in einer durch Ausdauer gekennzeichneten Sportart mit Typ I und führt über Typ II zu Typ III, mit dem der Sportler seine Laufbahn krönt und beendet. Der Übergang zu Typ IV muß mit allen Mitteln verhütet werden.

Die Beurteilung der Sportler aufgrund dieser Typen ermöglicht eine objektive Auswahl der Leistungssportkandidaten auch im Falle der Jugendlichen. Nur muß man, bei der Unterteilung der Jugendlichen zu den verschiedenen Typen nicht die absoluten, sondern die relativen, auf das Körpergewicht bezogenen Werte der Maßgrößen in Betracht ziehen, da besonders bei dieser Altersgruppe eine enge Beziehung zwischen dem Körpergewicht und der Leistungsfähigkeit besteht (Mellerowicz, 1965; Uytvenck und Vrijens, 1966; Rutenfranz und Moccasin, 1967; Hoilmann und Bouchard, 1970; Szögy und Zamfirescu, 1971).

Untersuchungsgut und Methodik

Die Untersuchungen erfolgten an 72 Jugendlichen Sportlern zwischen 15 bis 18 Jahren (Durchschnittsalter: 16,4 J.).

Die Herzvolumina (HV) wurden tele-röntgenologisch im sagittalen und transversalen Strahlengang mit einer Focus-Film-Distanz von zwei Metern in vertikaler Körperstellung bestimmt. Zur Berechnung der Herzvolumina wurde die Formel nach Musshoff-Reindell und Andersson

(zuerst nach Vacareanu und Friedman, 1965) verwendet:

$$HV = l \times b \times t \max \times 0,53$$

Die maximalen Sauerstoffpulswerte (max O₂-Puls) wurden mit Hilfe spirometrischer Untersuchungen aus den Werten der maximalen Sauerstoffaufnahme und der ihr entsprechenden maximalen Herzfrequenzwerte bestimmt. Die Belastung während der spirometrischen Untersuchungen wurde auf einem Fahrradergometer der Fa. Zimmermann, Leipzig, ausgeführt. Sie begann mit 100 W und wurde stufenförmig um jeweils 25 W bei einer Belastungsdauer von drei Minuten je Stufe, bis zur Erschöpfung des Probanden, gesteigert. Es wurden 75 Umdrehungen je Minute verwendet. Die Sauerstoffaufnahme wurde mit dem Geswechseigerät Spirolyt II, der Fa. Junkalor, Dessau, fortlaufend registriert. Die Werte wurden auf STPD Bedingungen korrigiert. Die Herzfrequenz wurde stethoakustisch mit Hilfe einer Stoppuhr gemessen.

Die Werte der Herzvolumenleistungsquotienten (HVLO) wurden mittels des Verhältnisses Herzvolumen/max O₂-Puls berechnet.

Die Probanden wurden nach folgenden Kriterien unterteilt:

kleines Herzvolumen – kleiner max O₂-Puls

kleines (mittleres) Herzvolumen – großer max O₂-Puls

großes Herzvolumen – großer max O₂-Puls

großes Herzvolumen – kleiner (mittlerer) max O₂-Puls

Bei der Unterteilung wurden folgende auf das Körpergewicht bezogene Größenrichtwerte berücksichtigt:

Herzvolumen/kg	max O ₂ -Puls/kg
kleine Werte:	
< 11,0 ml/kg	< 0,230 ml/kg
mittlere Werte:	
11,0–13,0 ml/kg	0,230–0,280 ml/kg

große Werte:

$$> 13,0 \text{ ml/kg} \quad > 0,280 \text{ ml/kg}$$

Es wurden folgende statistische Größen nach Fisher (1946) berechnet: der arithmetische Mittelwert (\bar{x}) und die mittlere quadratische Abweichung (s).

Ergebnisse und Diskussion

Bei der willkürlichen Unterteilung der untersuchten jugendlichen Sportler fanden wir vier Gruppen, die vier verschiedenen Typen der Größenverhältnisse zwischen Herzvolumen, maximalem Sauerstoffpuls und Herzvolumenleistungsquotienten entsprechen (Tab. 1).

Typ I – kleines Herzvolumen – kleiner maximaler Sauerstoffpuls – mittelmäßiger Herzvolumenleistungsquotient – kennzeichnet die untrainierten Jugendlichen, die aber über potentielle Herzleistungsreserven verfügen. Mit Hilfe eines entsprechenden Trainingsprogrammes kann ihre Dauerleistungsfähigkeit gesteigert werden. Da aber jene Sportarten, die sich durch eine überwiegend anaerobe Energiebereitstellung kennzeichnen, keine besondere Herz-Kreislaufbedingungen fordern, kann man die Vertreter des Typs I auch zu diesen Sportarten lenken, falls sie für diese Sportarten die notwendigen biologischen Voraussetzungen, wie Schnelligkeit, Kraft oder Gewandtheit, vorweisen.

Typ II – kleines oder mittelmäßiges Herzvolumen – großer maximaler Sauerstoffpuls – kleiner Herzvolumenleistungsquotient – kennzeichnet jene Jugendlichen, die für Ausdauersportarten die besten Herz-Kreislaufvoraussetzungen aufweisen. Eine weitere Vergrößerung des Herzvolumens mit Hilfe eines entsprechenden Trainingsprogrammes kann die schon hohe funktionelle Kapazität des Herzens noch weiter steigern.

Typ III – großes Herzvolumen – großer maximaler Sauerstoffpuls – mäßig erhöhter Herzvolumenleistungsquotient – kennzeichnet jene Jugendlichen, die den Höhepunkt ihrer Herz-Kreislaufreserven, während körperlicher Belastung, nahezu erreicht haben. Da das Herzvolumen, eines der wichtigsten begrenzenden Dimensionen des Sauerstofftransportsystems (Holmgren, 1967), einen hohen Größenwert aufweist, kann man in diesem Falle kaum mehr eine weitere Entwicklung der Dauerleistungsfähigkeit erwarten.

Typ IV – großes Herzvolumen – mittelmäßiger oder gar kleiner maximaler Sauerstoffpuls – großer Herzvolumenleistungsquotient – kennzeichnet ein durch unphysiologisch gesteuertes Training, überbeanspruchtes Herz. In diesem Falle ist das Gleichgewicht zwischen der Dimension und ihrer funktionellen Kapazität gestört. Beim Auftreten dieses Typs muß eine zeitweilige Unterbrechung und dann eine Änderung des Trainingsprogrammes vollzogen werden.

Die nach Altersstufen vollzogene Aufteilung der 72 untersuchten jugendlichen Sportler im Rahmen der vier verschiedenen Herzvolumentypen (Tab. 2) ergibt folgendes:

Der höchste Prozentsatz – 44,4 % – der Probanden ist, erwartungsgemäß, bei Typ II vertreten. Die Altersgruppen sind bei diesem Typ relativ gleichmäßig aufgeteilt.

Als nächsthöchster Prozentsatz – 29,2 % – fanden wir überraschenderweise die Probanden vom Typ III. Die häufigsten Vertreter in dieser Gruppe sind die 16jährigen.

Bei Typ I sind 22,2 % der Probanden vertreten. Die häufigsten Vertreter sind diesmal erwartungsgemäß die 15jährigen.

Drei Probanden – 4,2 % – sind bei Typ IV vertreten.

Von den 72 untersuchten jugendlichen Sportlern waren erwartungsgemäß die meisten – 48 (66,6 %) – bei Typ I und II vertreten, die reelle oder potentielle Entwicklungsmöglichkeiten der Herz-Kreislaufreserven voraussetzen. Die Zahl der Probanden, die bei Typ III und IV vertreten sind – 24 (33,4 %) – obwohl nur halb so groß, ist trotzdem besorgniserregend hoch. Diese jugendlichen Sportler, obwohl ihr Durchschnittsalter kaum 16 Jahre überschreitet, besitzen, als Folge eines wehrscheinlich falsch gesteuerten Trainingsprogrammes, kaum noch weitere Entwicklungsmöglichkeiten ihrer Dauerleistungsfähigkeit.

Diese Typen bieten dem Sportarzt die Möglichkeit einer objektiven Auswahl der Jugendlichen für den Leistungssport, insbesondere für die Ausdauersportarten. Zugleich stellen

Typ	n		Alter (J)	HV (ml)	HV/kg (ml/kg)	max O ₂ -Puls (ml)	max O ₂ -Puls/kg (ml/kg)	HVLO
I	16	\bar{x} s	16,3 1,2	763,6 130,5	10,4 1,3	16,2 2,8	0,222 0,021	44,2 4,9
II	32	\bar{x} s	16,3 1,4	698,6 158,3	10,5 1,5	16,0 3,6	0,285 0,028	36,9 4,1
III	21	\bar{x} s	16,5 1,0	862,6 115,7	13,0 0,6	16,6 3,2	0,282 0,031	46,7 4,3
IV	3	\bar{x} s	16,6 1,5	1030,3 211,0	14,5 2,5	19,2 3,9	0,271 0,046	53,5 0,6
	72	\bar{x} s	16,4 1,1	760,7 169,6	11,4 1,6	16,1 3,3	0,273 0,034	42,1 6,5

Tabelle 1
Verschiedene Typen der Größenverhältnisse zwischen Herzvolumen und max O₂-Puls bei jugendlichen Sportlern (15 bis 18 J.)

Alter	n	Typ I	Typ II	Typ III	Typ IV
15 J	22	6	11	4	1
16 J	17	3	7	7	—
17 J	14	3	5	5	1
18 J	19	4	9	5	1
	72	16 (22,2 %)	32 (44,4 %)	21 (29,2 %)	3 (4,2 %)

Tabelle 2
Aufteilung der Probanden im Rahmen der vier verschiedenen Typen der Größenverhältnisse zwischen Herzvolumen und max O₂-Puls bei jugendlichen Sportlern (15 bis 18 J.)

diese Typen ein nützliches Kriterium der zur Überwachung der weiteren Entwicklung dieser Sportler in ihrer sportlichen Laufbahn.

Literatur

1. Astrend, P. O.: J. Amer. Med. Assoc. 205, 729 (1968)
2. Fisher, R. A.: Statistical methods for research workers (Edinburgh, 1946)
3. Holmann, W., C. Bouchard: Z. Kreislaufforschg. 59, 160 (1970)
4. Holmgren, A.: Canad. Med. Assoc. J. 96, 697 (1967)
5. Mellerowicz, H.: Der Kreislauf der Jugendlichen bei Arbeit und Sport (Basel, New York, 1965)
6. Ouellet, Y., M. R. Backlake: J. appl. Physiology. 27, 874 (1969)

7. Rutenfranz, J., R. Moccasin: Vortr. Int. Sem. f. Ergometrie. W. Berlin, Kongreßbuch 207 (1967)
8. Szögy, A., N. R. Zamfirescu: Int. Z. angew. Physiologie. 29, 328 (1971)
9. Szögy, A., G. Cherebetiu: Verschiedene Typen der Größenverhältnisse zwischen dem Herzvolumen und der Herz-Kreislaufökonomie (O₂-Puls) während maximaler körperlicher Belastung bei Leistungssportlern (noch nicht veröffentlicht)
10. Uytvanck, P. van, J. Vrijens: Int. Z. angew. Physiologie. 22, 84 (1966)
11. Vacareanu, N., G. Friedman: Cor et vasa. 7, 150 (1965)

Anschr. d. Verf.: A. Szögy, Centrul de Medicina Sportiva, Bufl. Muncii 37-39, Bucuresti sect. 3, Rumänien

dem Land tätigen Ärzten in einem bestimmten Umfang zugelassen werden. Die Fachverbände und Sportvereine müssen bestimmten Bedingungen entsprechen.

3. Vier Wochen Fortbildungsseminare. Diese können einandergereiht werden, müssen aber im ganzen vier Wochen umfassen.

Bisher wurde festgelegt, daß die Standardkurse des Bayerischen Sportärzte-Verbandes, die sportärztlichen Seminare der Bundesärztekammer in Grado und Davos sowie die zentralen Kurse des Deutschen Sportärztebundes, z. B. Friedrichs-Kurs, anerkannt werden. Kurse anderer Landesverbände müssen dem Fachgremium benannt und von diesem genehmigt werden.

Weitere Ausführungsbestimmungen werden mit den uns befreundeten Organisationen des Verkehrtensport-Verbandes, der Berg- und Wasserwecht, den Fliegersportärzten und anderen zur Zeit besprochen.

Sanitätsoffiziere können das praktische Jahr im Rahmen ihrer Tätigkeit abbiegen, wenn ihnen bestätigt wird, daß sie sportärztlich tätig waren.

Weiterbildung

Für die Weiterbildung ist folgende methodische Einteilung zu berücksichtigen:

1. Biologie der Leibesübungen
2. Präventive Sportmedizin
3. Kurative Sportmedizin
4. Rehabilitative Sportmedizin
5. Geschichte, Organisation und rechtliche Fragen in der Sportmedizin
6. Theorie der einzelnen sportlichen Fachdisziplinen
7. Praktische Übungen

Die Reihenfolge in der Ausbildung kann in Ausnahmefällen gewechselt werden. Das beinhaltet, daß z. B. das praktische Jahr schon vor dem Einführungsseminar begonnen werden kann. Vorlesungen, Seminare und Übungen vor der Approbation können, ähnlich wie bei den Disziplinen Innere Medizin, Chirurgie oder Arbeitsmedizin, nicht angerechnet werden.

Eine Ausnahme bildet die Übergangszeit.

Ort, Zeit und Bedingungen der Einführungskurse werden in „Arzt und Athlet“ bekanntgegeben werden.

Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“

Ein neuer Abschnitt beginnt

Der Beschluß des Bayerischen Ärztetages des Fach „Sportmedizin“ offiziell anzuerkennen, wer einerseits durch die Entwicklung in der Medizin bedingt und andererseits der jahrzehntelangen Arbeit der sportärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen zu verdanken. Die Entwicklung der Sportmedizin in Bayern wurde mehrfach auch im Rahmen von „Arzt und Athlet“ geschildert. Wir glauben, daß der Beschluß des Bayerischen Ärztetages auch eine Anerkennung für die in Bayern tätigen tausend Sportärzte ist. Das Diplom des Deutschen Sportärztebundes, das über den Bayerischen Sportärzte-Verband beantragt und ausgestellt werden konnte, fällt in Zukunft weg.

Zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ wurden von der Bayerischen Landesärztekammer in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Sportärzte-Verband neue Bedingungen und Bestimmungen erarbeitet. 1972 ist noch ein Übergangsjahr. Langjährig tätige Sportärzte, die drei Jahre das bisherige Diplom besitzen, können unter Darlegung ihrer bisherigen Tätigkeit das neue Diplom beantragen. Die Bestimmungen werden 1972 noch möglichst großzügig gehandhabt.

Die neuen Bedingungen sind erheblich schwieriger unter dem Gesichtspunkt abgefaßt, daß die Sportmedizin ein umfassendes Wissen und Können des Arztes voraussetzt. Die Zusatzbezeichnung wird von der Bayerischen Landesärztekammer verliehen.

Das beratende Gremium setzt sich aus folgenden Herren zusammen:

Dr. FUNKE, Geschäftsführer des Bayerischen Sportärzte-Verbandes; Chefarzt Dr. GOSSNER, Präsident des Bayerischen Sportärzte-Verbandes;

Dr. STORDEUR, Geschäftsführender Arzt der Bayerischen Landesärztekammer;

Professor Dr. SCHMIDT, Universität Erlangen.

Die neuen Bestimmungen gliedern sich in drei Teile:

1. Ein Einführungskurs von mindestens vier Wochen oder zweimal 14 Tage nach der Approbation.

Diese können in Bälde an folgenden Instituten abgeleistet werden; vollfunktionsfähig sind sie ab 1973:

e) Medizinische Poliklinik Erlangen, Professor Dr. SCHMIDT;

b) München – zentrale Untersuchungsteile in der Sportschule Grünwald, Dr. SCHLICKENRIEDER, unter Mitarbeit der Universität;

c) Universität Würzburg, Professor Dr. STUCKE;

d) für die Bundeswehr die sportmedizinische Abteilung der Sportschule Sonthofen sowie des Fliegerhorstes Fürstenfeldbruck; Oberfeldarzt Dr. SCHMID bzw. Professor Dr. KIRCHHOFF.

2. Ein Jahr praktische Tätigkeit. Diese kann an einem sportmedizinischen Institut, bei Fachverbänden und Sportvereinen abgeleistet werden. Wegen der Tätigkeit an Leistungszentren und Sportkurorten wird noch verhandelt.

Ein Verzeichnis wird zusammengestellt. Ausnahmen können bei auf

Gedanken zur Weiterbildung in der Sportmedizin

Der vierwöchige sportmedizinische Kurs sollte als **sportmedizinischer Grundkurs** verstanden werden. Das heißt konkret: Der künftige Sportarzt sollte erfahren, welchen Ausbildungsgang er auf sich nimmt und welche Zielvorstellungen ihn dabei leiten; ihm sollten die allgemeinen Grundkenntnisse im Sport wie in der Sportmedizin (einem ausgesprochenen Querschnittsfach) in Theorie und Praxis vermittelt werden.

Es wird empfohlen, den Kurs in zwei zweiwöchige Kurse zu teilen und diesen Kursen, um der besseren Verständigung willen, eine einheitliche Bezeichnung und Ausrichtung zu geben:

Kurs I

Sporttraumatologie

das heißt chirurgische und orthopädische Sportmedizin.

Kurs II

internistische Sportmedizin

Zu Beginn steht eine allgemeine Einführung in die Sportmedizin, zum Abschluss ein Kolloquium über das Erfahrene und Erlernte.

Die „vertikale“ Einteilung des Ausbildungsganges in einen je zweiwöchigen Kurs (I Sporttraumatologie, II internistische Sportmedizin) wird von einer „horizontalen“ Einteilung sinnvoll aufgelockert, dergestalt, daß jeweils, sowohl im I. wie im II. Kurs, am Vormittag die sportliche (A) und am Nachmittag die medizinische Ausbildung (B) stattfindet.

A) Die sportliche Ausbildung

soll dazu dienen, den künftigen Sportarzt in Theorie und Praxis an möglichst viele Sportarten heranzuführen, ihn mit dem Sport vertraut zu machen, den Sport an sich selbst erleben zu lassen und derart auch die biologischen Wirkungen, wie die Risiken der einzelnen Sportarten kennenzulernen und durch eigene Leistung, durch das Semeln von Erfahrungen und durch den Erwerb von Sachkenntnissen den Sport nicht nur als elementare menschliche Äußerung mit allen ihren Entfaltungsmöglichkeiten von individuellen und sozialen Qualitäten, sondern auch als Weg zur Gesundheitsverbesserung,

als Mittel zur Gesunderhaltung und zur Prophylaxe, als wirkungsvolle Maßnahme zur Rehabilitation, ja, sogar als Therapie verstehen und schätzen zu lernen.

Es sollte sowohl auf eine gute allgemeine sportliche Ausbildung Wert gelegt werden (etwa mit dem Ziel, ein Sportbezeichnen zu erwerben), als auch besonderen sportlichen Neigungen und Anliegen die Gelegenheit zur Entfaltung gegeben sein.

Ein detaillierter Plan für die beiden zweiwöchigen Kurse ist von den Sportpädagogen zu erstellen. Er sollte Leichtathletik, Spiele, Geräteturnen, Gymnastik, einen Schwimmkurs (die wichtigsten Schwimmstile und des Rettungsschwimmen, mit dem Ziel, den Grundschein zu erwerben), einen Skikurs (dieser allerdings außerhalb der vierwöchigen Ausbildung) enthalten und zudem ein möglichst reiches Angebot von besonderen Sportarten geben.

B) Die sportmedizinische Ausbildung für den I. Kurs:

1. Vorlesungen in chirurgischer Sportmedizin mit einem Praktikum in Sportmassage und einer Einführung in die sportspezifische chirurgische Notfallmedizin (Erste Hilfe am Ort des Sportes).
2. Vorlesungen in orthopädischer Sportmedizin mit einem Praktikum im Sondernormen.

Im Kurs I sollte auch

3. die Freisportmedizin vorgetragen werden und
4. auf die Probleme der **Jugend- und Schulsportmedizin** eingegangen werden (unter Aussparung allein der internistischen sportmedizinischen Fragen).

Für den II. Kurs sind vorgesehen:

1. Vorlesungen zur internistischen Sportmedizin
2. ein umfangreiches Praktikum, das dazu dient, dem künftigen Sportarzt die sportmedizinischen internistischen Untersuchungsgeräte vorzustellen und ihn mit den Geräten vertraut zu machen; er sollte sich selbst allen internistischen Untersuchungsmethoden unterziehen und die Ergebnisse selbst auswerten.

3. Vorlesungen und Praktikum am Phantom zur internistischen Notfallmedizin beim Sport.

Hinzu kommen (weniger umfangreich):

4. einige Vorlesungen zur Leistungsphysiologie,
5. ein kurzer flugmedizinischer Unterricht mit Praktikum,
6. Besonderheiten der internistischen Freisportmedizin und der
7. Jugendsportmedizin,
8. sportmedizinische Fragen der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
9. Informationen und Stellungnahmen zum Dopingproblem,
10. Sportpsychologie.

Zum Abschluß der internistischen sportmedizinischen Ausbildung sind Exkursionen vorgesehen:

Die Teilnahme an einer außerklinischen sportmedizinischen Unternehmung,

die Teilnahme an drei Tagen einer Kreislauftrainingskur.

Die Teilnehmerzahl für den Grundkurs ist begrenzt (auf etwa 20 bis 25 Teilnehmer).

Der Zeitpunkt für die zweiwöchigen Kurse ist jeweils das Frühjahr und der Herbst.

Professor Dr. J. Schmidt, Erlangen

Kurz und interessant

Obermedizinalrat Dr. Franz FRIEDRICH wurde auf Antrag der Vorstandschaft des Bayerischen Sportärzte-Verbandes auf der Delegiertenversammlung in München zum Ehrenmitglied des Bayerischen Sportärzte-Verbandes in Würdigung seiner vielen und allen bekannten Verdienste ernannt.

☆

Bei der letzten wissenschaftlichen Tagung des Bayerischen Sportärzte-Verbandes wurde festgestellt, daß eine sportärztliche Untersuchung ohne EKG keine echte Aussage hat. Professor Dr. SCHMIDT (Erlangen), den Lesern von „Arzt und Athlet“ aus vielen Arbeiten bekannt, hat nun eine kleine Schrift mit 50 Seiten unter dem Titel „EKG für die tägliche Praxis“ herausgegeben. Wir können diese nicht nur allen praktizierenden, sondern vor allem allen Sportärzten empfehlen. (Hippokrates - Verlag, Stuttgart.)

BSV-Vorsitzender Dr. GOSSNER referierte bei der sportmedizinischen Abteilung der Sportschule der Bundeswehr in Sonthofen über folgende Themen: Entwicklung und Stand der Sportmedizin in Deutschland und Bayern – Sportärztliche Vorseue auf die Olympischen Spiele 1972 – Aufbau und Methodik der sportärztlichen Untersuchung.

✧

Auf Veranlassung und unter Leitung von Dr. GOSSNER wurde im Bezirk Schwaben des BLSV eine Arbeitsgruppe gegründet, die sich mit den Bedingungen zum Erwerb des Sportabzeichens befaßt. Diese sollen nach modernen sportärztlichen Erkenntnissen sowie aufgrund der bisherigen Erfahrungen verbessert werden.

✧

Durch die Initiative von Dr. GOSSNER wurde an der Universität Augsburg eine sportärztliche Beratungs- und Untersuchungsstelle eingerichtet. Als Kostenträger beteiligen sich neben der Universität die Stadt Augsburg und der BLSV.

✧

Der Bayerische Sportärzte-Verband wird eniäblich der Olympischen Spiele einen „Willkommen-Abend“ durchführen. Während der Spiele wird ein Stemmisch, zu dem alle Sportärzte eingeladen werden, eingerichtet.

Die Welcome-Party soll am 21. August 1972 in München über die Bühne gehen. Das Lokal wird noch bekanntgegeben werden.

Orthopädische Untersuchungsstelle für Schwaben

Teilnehmer aus allen Gebieten von Schwaben versammelten sich im April 1972 zum Jugendleiterlehrgang in der Turnhalle Haunstetten. Der medizinische Beireg behandelte die Grundlagen der Reaktion der Körperorgane auf Training und Wettkampf. Verständlicherweise konnten die typischen Sportverletzungen und -schäden nur anhand weniger Beispiele aufgezeigt, jedoch mit eindringlichen Diapositiven demonstriert werden. Breiten Raum nehmen die Ausführungen über Verhütung und Behandlung der Verlet-

zungen und Schäden ein. Mit Interesse nehmen die Lehrgangsteilnehmer die Retschläge zur Ersten Hilfe auf.

In der anschließenden Diskussion sprachen die Sportler über ihre Sorgen mit vereitelten Verletzungen oder chronischen Schäden des Bewegungsapparates. Die lebhefte Unterhaltung schloß mit dem Hinweis, elle über geringfügiges Maß hinausgehenden Verletzungen und Schäden den sportärztlichen Untersuchungsstellen zuzuführen. Dies um so mehr, als die Bemühungen von Dr. GOSSNER, Verbesserungen in der Sportmedizin Schwabens zu erreichen, mit der Errichtung einer orthopädischen Untersuchungsstelle in der Hessing-Klinik Göggingen/Augsburg einen weiteren Schritt vorwärts gebrecht haben.

Dr. Obauer, 8902 Göggingen, Hessing-Klinik

Landespolitik

Förderung des kommunalen Sportstättenbaues

Schriftliche Anfrage des Herrn Abgeordneten GASTINGER (CSU) vom 7. Januar 1972:

„Dem derzeitig geltenden staatlichen Zuschußsystem beim Bau von kommunalen Sportanlagen wird vorgehalten, daß es unübersichtlich sei, aus verschiedenen Quellen mit jeweils anderen Kriterien fließe und keine Gemeinde konkret wisse, mit welchen Zuschüssen sie rechnen könne. Der Bayerische Städteverband hat sich mit einer dehingehenden Eingabe vom 13. Dezember 1971 an das Bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kultus gewandt.

Ich frege deshalb den Herrn Staatsminister für Unterricht und Kultus, ob er eine Verbesserung des gegenwärtigen Zuschußsystems im Bereich des kommunalen Sportstättenbaues für notwendig hält, und wenn dies der Fall sein sollte, welche Vorstellungen oder Vorschläge er für eine derartige Verbesserung hat?

Hält er den Vorschlag für richtig, daß die Förderung des kommunalen Sportstättenbaues typenbezogen nach Festbeträgen erfolgen soll? Teilt er die Auffassung, wonach die Förderung von einer sorgfältigen Ermittlung des Bedarfs abhängig sein muß

Studentengruppe im Bayerischen Sportärzte-Verband

Die Geschäftsstelle weist darauf hin, daß seit vielen Jahren im Bayerischen Sportärzte-Verband Studenten als außerordentliche Mitglieder, auf Wunsch beiregsfrei, aufgenommen werden. Auch diese Mitglieder erhalten kostenlos die wissenschaftliche Monatschrift „Sportarzt und Sportmedizin“ und auf Wunsch auch unser Mitteilungsblatt.

Bitte wollen Sie Ihnen bekannte Studenten für diese außerordentliche Mitgliedschaft werben.

Anmeldungen an die Geschäftsstelle des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e. V., 8000 München 19, Nymphenburger Straße 81/4. Stock, Telefon (08 11) 18 35 03

und für diese Bedarfsstellung staatliche Richtlinien entwickelt werden sollen?“

Antwort des Bayerischen Staatsministers für Unterricht und Kultus vom 10. Februar 1972.

„Zu der Anfrage des Herrn Abgeordneten Gestinger nehme ich wie folgt Stellung:

Im Staatsministerium für Unterricht und Kultus sind seit einigen Monaten Überlegungen im Gange, ob die Vergebe der Zuschüsse zur Förderung des Turn- und Sportwesens auf eine Festbetregeförderung umgestellt werden kann. Die Vorteile dieses Systems liegen in der größeren Einfachheit und Durchsueubarkelt der Förderungspraxis, wobei natürlich die Zuschußfestbeträge, je nach Größe der erforderlichen Sportstätte, gestaffelt sein müssen; außerdem wird durch dieses System ein Anreiz zu sparserer Bauweise geschaffen. Voraussetzung für die Einführung dieses Systems ist allerdings, daß im ganzen Land von einer etwa gleichen Kostengrundlage ausgegangen werden kann. Um dies zu klären, werden gegenwärtig von der Staatlichen Beratungsstelle für den Sportstät-

tenbau und den Regierungen Ermittlungen durchgeführt. Erst nach Vorliegen dieser Entscheidungsgrundlagen kann ich die Frege beantworten, ob ich die Einführung der Festbetragsförderung für richtig halte.

Schon jetzt ist die Voraussetzung für die Zuschußgewährung, daß die Sportanlage von der Staatlichen Beratungsstelle für den Sportstättenbau positiv begutachtet wird. In diesem Gutachten wird bereits derzeit auch zur Frage des Bedarfs Stellung genommen. Eine sorgfältige Bedarfsermittlung sehe ich unabhängig von dem Förderungssystem in jedem Fall als notwendig an, um eine sparsame und wirtschaftliche Verwendung der Haushaltsmittel zu gewährleisten. Bei der Bedarfsermittlung orientiert sich die Beratungsstelle für den Sportstättenbau an den Schulbau-

richtlinien und an den Richtlinien der Deutschen Olympischen Gesellschaft von 1967 (2. Memorandum zum Goldenen Plen). Weitere Bedarfszahlen sind in dem Entwurf für die Neufassung der DIN-Norm 18032 (bezüglich Turn- und Sporthallen) und in den Richtlinien für den Bäderbau, die gegenwärtig von der Deutschen Gesellschaft für das Badewesen dem Deutschen Sportbund und dem Deutschen Schwimmverband vorbereitet werden, enthalten. Erst nach Vorliegen dieser Richtlinien in ihrer endgültigen Fassung wird sich zeigen, ob für den außerschulischen Sport eigene staatliche Bedarfsrichtlinien erlassen werden sollten. Schon jetzt läßt sich erkennen, daß dies für Sondersportanlagen (z. B. Reitanlagen) außerordentlich schwierig sein wird."

baren Gründen erst sehr kurz vor der Abreise erfolgten, war eine gemeinsame Planung, besonders der Versorgung mit Medikamenten, nur zum Teil möglich. So stellte sich dann in Japan heraus, daß manches zu reichlich, anderes zu wenig mitgenommen wurde. Eine vorausschauende Planung und Kooperation, die keinesfalls unter Zeitdruck stehen sollte, erscheint nach unseren Erfahrungen ganz besonders wichtig vor derartigen Unternehmungen.

Die Impfungen bereiteten keinerlei Schwierigkeiten, da die für Japan ausschließlich erforderliche Pockenimpfung bei den meisten der international startenden Athleten ohnehin routinemäßig erfolgte und schon vor Beginn der Wintersaison durchgeführt worden war, um akute Komplikationen zu vermeiden. Auf die wegen ihren lokalen Reizerscheinungen gerade für Sportler sehr unangenehme Choleraimpfung konnte glücklicherweise verzichtet werden.

Im olympischen Dorf waren die einzelnen Nationen in eigens für die Spiele gebauten Apartmenthäusern ausreichend untergebracht. Für längere Zeit waren die in japanischem Maß dimensionierten Wohnungen jedoch ziemlich eng, so daß erst die Herausnahme von verschiebbaren Zwischenwänden einigen Leuten „genug Luft“ brachte. Etwas Schwierigkeiten hatten zunächst unsere Masseure, da die Massagebänke, ebenso wie Tische und Stühle für unsere Größen um mindestens 20 cm zu kurz waren und deshalb entsprechend aufgebockt werden mußten.

Die Verpflegung bereitete bei einer so international zusammengesetzten Gemeinschaft, wie sie in einem olympischen Dorf entsteht, zweifellos erhebliche Schwierigkeiten. Trotzdem gelang es dem Veranstalter, nahezu allen Wünschen gerecht zu werden. Das überreiche Angebot an zum Teil sehr schmackhaften vitaminreichen Speisen verleitete sogar manche Athleten, sich an der Selbstbedienungstheke mehr zu nehmen als ihrem Magen bzw. ihrer sportlichen Form gut tat. Verdauungsstörungen, die ärztlicher Behandlung bedurften, treten praktisch nicht auf.

Ob unter so guten Voraussetzungen spezielle Ernährungsfachleute mit zu sportlichen Wettkämpfen genommen werden sollen, erscheint zumindest einer Diskussion wert, da ja die mel-

Ein Sportarzt berichtet

Olympische Winterspiele 1972 in Sapporo

von H. W. Bär

Zum erstenmal in der Geschichte der Olympischen Spiele fanden 1972 Winterspiele auf eisigem Boden im hohen Norden Japans statt. Jeder, der dabei sein konnte, ob Athlet oder Betreuer, empfand diese Premiere tatsächlich als etwas Besonderes und jeder war gespannt, was ihn dabei erwartete. Am 24. Januar 1972 flog die Deutsche Nationalmannschaft für die Olympischen Spiele über den Nordpol und nach einer ungewollten Zwischenlandung in Tokio wegen eines Schneesturms auf die Insel Hokkaido nach Sapporo.

93 Aktive und rund 60 Betreuer bildeten nach der UdSSR und USA die zahlenmäßig stärkste Gruppe bei den Spielen. Der Flug von 20 Stunden Dauer über den Pol mit der großen Zeitverschlebung bereitete durch die völlige Umkehrung der Tageszeiten etwa einem Drittel der Teilnehmer spürbare subjektive Umstellungsschwierigkeiten mit Schlafstörungen, Ohrensausen, Schwindelgefühl und körperlicher Abgeschlagenheit. So sehr sich im Laufe von drei Wochen in einem Kollektiv mit sehr differenzierten Einzelpersönlichkeiten ein gewisser „Lagerkoller“ entwickelt, so

wichtig erschien es angesichts der Umstellungsschwierigkeiten, den Anreisetrip verhältnismäßig früh mit zehn Tagen vor dem offiziellen Beginn der Spiele gelegt zu haben.

Übereinstimmend wurde der dritte und etwas weniger eue der echte Tag nach der Ankunft als besonders anstrengend, „müde“, empfunden. Klinisch konnten – außer den oben genannten subjektiven – keine pathologischen Befunde erhoben werden. Das kalte Winterwetter mit Temperaturen bis minus 18 Grad Celsius und nahezu allnächtlichem Schneefall schuf für die meisten Athleten gute Trainingsbedingungen während der Vorbereitungszeit, so daß es praktisch keinen Leerlauf gab. Die Bekanntschaft mit dem für die meisten doch sehr „fremden Japen“ wirkte ebenfalls anregend und vertrieb allenfalls aufkommende Langeweile.

Für jede größere Disziplin waren für die deutsche Mannschaft je ein Arzt und ein Masseur zuständig, wobei ärztlicherseits die Fächer Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Gynäkologie und Orthopädie vertreten waren. Da die endgültigen Nominierungen dieser Ärzte aus nicht ganz einseh-

Bestellung von Olympia- und Fachverbandsärzten

Die erweiterte Vorstandschaft und die Bezirksvorsitzenden des Bayerischen Sportärzte-Verbandes (BSV) stellen fest, daß die Nominierung von Olympia- oder Fachverbandsärzten ausschließlich von deren Gremien vorgenommen wurden. Bisher wurde der BSV nicht eingeschaltet, um eventuelle Fehlbenennungen zu vermeiden. Der BSV verlangt deswegen, damit der „Schwarze Peter“ nicht bei ihm landet, ein Mitsprecherecht bei der zukünftigen Bestellung von Fachverbandsärzten der Sportorganisationen.

sten international startenden Athleten unter der Zeit sich mit normaler Hotelkost ernähren.

Exakte Vorschriften

Mit Recht wird die exakte Organisation unserer japanischen Gastgeber so hoch gerühmt. Auch die ärztliche Versorgung im Dorf und an der Piste war überlegt organisiert. Wenn dennoch einige Wünsche unsererseits offen blieben, so lag es zum Teil an echten Verständigungsschwierigkeiten und zum Teil an geradezu preubisch militärischer Erfüllung bestehender Vorschriften. So konnte ich z. B. in der eigens eingerichteten Apotheke im olympischen Dorf Alkohol für Umschläge erst nach Nennung des mir noch gar nicht bekannten Patienten und seiner Diagnose erhalten. Beides im Augenblick erfunden und auf einen Zettel geschrieben genügte dann.

In der Zeit von 9.00 bis 17.00 Uhr machten je ein Internist, Chirurg, Orthopäde, HNO-, Augen- und Zahnarzt aus den Kliniken von Sapporo Dienst, während sonst ein Allgemeinarzt für Notfälle zur Verfügung stand. Bei den weiten Wegen zu den Wettkampfstätten kam es mehrfach vor, daß man vor 9.00 Uhr oder nach 17.00 Uhr schon oder erst die Hilfe der „Olympic village clinic“ in Anspruch nehmen wollte. Eine Gipshülse konnte dann z. B. nicht angelegt werden, weil der zuständige Facharzt nicht im Hause war.

Da zumindest bei der deutschen Mannschaft schwere und größere Erkrankungen und Verletzungen nicht auftraten, konnten die Athleten von uns alle ambulant in ihren Quartieren versorgt werden. Es wurden vorwiegend harmlose Kontusionen und Distorsionen sowie übliche grippale Infekte mit Schnupfen, Husten und

Heiserkeit behandelt, wobei letztere durch die trockene kalte Außenluft und die ständig überheizten Schlaf- und Aufenthaltsräume besonders heftig waren.

Nicht ganz zufrieden war man mit dem Pistenrettungsdienst auf der Abfahrtsstrecke am Mount Eniwa. Zwar waren Soldaten einer japanischen Sanitätseinheit kompanieweise im Gelände verteilt, jedoch waren die wenigsten mit Ski unterwegs. Vor allem gab es keinen Akja-ähnlichen Rettungsschlitten, sondern nur eine Plastikwanne, die an einem Seil hängend neben der Piste durch das felszerklüftete und beumbestandene Gelände abgelassen wurde. Der Abtransport eines gestürzten Rennläufers mit Handgelenksluxationsfraktur und Kreuzbandriß des Knies über 500 Meter steiles Gelände zum Hubschrauberlandeplatz dauerte so über 30 Minuten. Bei der uns sonst schon vertrauten japanischen Perfektion war dies eine der wenigen echten Pannen. Im übrigen waren wir immer wieder von der entwandnenden Höflichkeit und Bereitwilligkeit zu helfen in diesem Lande überrascht.

Eine wesentliche Neuerung gegenüber früheren Spielen war die erstmals konsequent durchgeführte Dopingkontrolle. Zugrunde gelegt wurde den Kontrollen die von der IOC medical commission auf ihrer Sitzung am 19. Mai 1971 in München aufgestellte Dopingliste. Sie enthält psychomotorisch stimulierende Drogen Sympathikomimetika, verschiedene zentralerregende Medikamente und Narkotika und Analgetika. Debel wirkt an dieser Liste verunsichernd, daß sie nach Erwähnung von etwa 30 unter die Dopingbestimmung fallenden Substanzen mit dem Hinweis schließt „diese Liste ist nicht vollständig, andere Substanzen können

noch dazu kommen“. Aus technischen Gründen wurde in Sapporo vorwiegend nach Ephedrin gefahndet. Bekenntlich wurde ein deutscher Eishockeyspieler als „Sünder“ entlarvt, dessen Unschuld sich nachträglich erwiesen hat.

Nach unseren Erfahrungen sollte die medizinische Kommission, die für Dopingfragen zuständig ist, gerade jetzt zu Beginn ihres sicher sehr begrüßenswerten Wirkens für eine unmißverständliche Information beim einzelnen Sportarzt sorgen und durch eindeutige Feststellungen, insbesondere die medikamentöse Therapie vom Doping trennen. Auf jeden Fall wurde ein allseits anerkannter guter Anfang gemacht; die Olympischen Sommerspiele in München werden uns weitere Erfahrungen bringen.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. H. W. Bär, Facharzt für Orthopädie, 8000 München 19, Waisenhausstraße 43

Bücherecke

Prof. Dr. V. BÖHLAU: „Alter und Physiotherapie“. 133 S., 26 Abb., 15 Tab., Snelin, DM 20,-. F. K. Schattauer Verlag, Stuttgart.

Die enlänglich der „zweiten Bad Södener gerletrischen Gespräche“ gehaltenen und im vorliegenden Büchlein wiedergegebenen Vorträge zeigen einmal mehr, daß die Geriatrie heute ein interdisziplinäres Fach darstellt, das seine Grenzen noch nicht voll definieren konnte. So stehen in den Vorträgen im Vordergrund äthische, soziologische, sozialmedizinische, versicherungs-mathematische und ähnliche Themen. Exakte medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse werden nur in einem Vortrag über „Das Altern der Skelettmuskulatur“ vorgelegt, für die praktisch-medizinische Alltagsarbeit ist ein Referat mit dem Thema „Praktische Möglichkeiten der Physiotherapie in einem Alterskrankenhaus“ erwähnenswert.

Das vorgelegte Heft wird wehrscheinlich nur einem kleinen Kreis von Interessierten erhoffte positive Erkenntnisse vermitteln.

Dr. Hans-Werner Beslrsky, München

E. DRAVE/H. BREYER: „Stadt vor den Alpen“. 82 S., 36 Farbtafeln davon 12 doppelseitige Abb., Bildunterschriften deutsch/englisch/französisch, Leinen, DM 28,-. List Verlag, München.

Ein München-Bildband, der ganz neue Aspekte des Stadtbildes zeigt. Das Vertreute wird von der bekannten Fotografin Erika Drave unter einem Blickwinkel gesehen, der nicht verklärt, sondern charakterisiert. Man könnte also gewissermaßen von Charakterbildern Münchens sprechen, in denen nicht nur die Fassade, sondern auch des Wesen sichtbar wird. Der Band läßt erkennen, daß – wie es in der Einleitung heißt – München „nicht nur in Museen Glanz und Schönheit bewehrt“.

Heinrich Breyer, Redakteur des Münchener Teils der „Süddeutschen Zeitung“, der die Einleitung und die ausführlichen Erläuterungen zu den Bildern schrieb, ist ein Kenner und Liebhaber Münchens.

Christa HABRICH: „Apothekengeschichte Regensburgs in reichsstädtischer Zeit“. 168 S., 4 Tafeln, kart., DM 48,-. Werner Fritsch Verlag, München.

Im Rahmen der „Neuen Münchener Beiträge zur Geschichte der Medizin und Naturwissenschaften“ (herausgegeben von Professor Dr. Dr. Heinz Goerke und Professor Dr. Friedrich Klemm) liegt als erster Band der „Medizinhistorischen Reihe“ diese Monographie über das Apothekenwesen in Regensburg vor.

In Teil A wird die Entwicklung des Regensburger Apothekenwesens in seiner Gesamtheit, ausgehend von den ältesten Überlieferungen aus dem 13. und 14. Jahrhundert bis zum Ende der reichsstädtischen Zeit geschildert.

Teil B bringt Daten zur Geschichte der fünf bürgerlichen Apotheken Regensburgs, deren Entwicklung bis zum Ende der reichsstädtischen Zeit kontinuierlich verfolgt wird.

In Teil C wird über die Regensburger Apothekengesetzgebung von 1397 bis zum Ende der reichsstädtischen Zeit berichtet. Ein Kapitel befaßt sich mit den in Regensburg erteilt vorgeschriebenen Arzneibüchern, Meßen, Gewichten und Taxen.

Am Beispiel der Regensburger Examenvorschriften für Apotheker vom Jahr 1642 wird deutlich, daß bereits im 17. Jahrhundert in der Reichsstadt eine fundierte Ausbildung der Pharmazeuten in Pharmakognosie, Botanik, Chemie und Galenik verlangt wurde. Besonders hingewiesen sei auf das ausführliche Quellenverzeichnis. Im Quellenanhang werden bisher unveröffentlichte Archivalien zugänglich gemacht. Der Text der ältesten Regensburger Apothekerordnung (1397), die bisher als verschollen galt, wird erstmals im Wortlaut wiedergegeben.

Die Monographie dürfte von besonderem Interesse sein für Pharmazeuten selber, denn für Mediziner, Naturwissenschaftler und auch für Historiker. Sie bietet in ihren naturwissenschaftlichen, pharmazeutisch-medizinischen und weltanschaulichen Aspekten einen wertvollen kulturhistorischen Spiegel zum Verständnis der dargestellten Epochen.

Dr. D. Dük er, Wernick

TRUXAL/BRAUN: „Die biologische Zukunft des Menschen“. 132 S., zahlreiche Zeichnungen und Fotos, kart., DM 13,80. Umschau Verlag, Frankfurt/Main.

Gehört das Zeitalter der Technik und des Atoms schon bald der Vergangenheit an? Wird es schon bald verdrängt werden von einem neuen Zeitalter der Biologie? Man will es noch nicht so recht glauben, daß das Leben aller Menschen schon bald entscheidend beeinflußt werden wird von den Forschungsergebnissen die-

ser Wissenschaft. In dem vorliegenden Buch versuchen neun international bekannte Wissenschaftler in acht Aufsätzen die steile Aufwärtsentwicklung der Biologie anhand von Beispielen aufzuzeigen. Debel geht diese eigentlich, sieht man einmal von den spektakulären Ergebnissen einer Geburtenkontrolle durch die „Pille“ in den vergangenen zehn Jahren ab, recht unbemerkt vom Durchschnittsmenschen vor sich. Grundsätzlich ist alles, was nicht den Naturgesetzen widerspricht, manipulierbar. Wir wissen es von der Physik, von der Technik her. Wie aber, wenn diese technische Entwicklung dem Menschen davonläuft, wenn der Mensch sich ihr physisch und psychisch nicht mehr gewachsen fühlt? So erfährt der aufmerksame Leser etwas über Eingriffe in den Fortpflanzungsprozeß (künstliche Befruchtung, Hormonbehandlung bei Unfruchtbarkeit, Geschlechtsvorausbestimmung), über Möglichkeiten einer Veränderung der Erbanlagen. Genügend Raum wird auch der Besprechung der Möglichkeiten von Organtransplantationen, ihrer Problematik und Aussichten gelassen. Auch der Geriatrie, Altersforschung, wie Verlängerung des aktiven Lebens, ist ein eigenes Kapitel gewidmet. Möglichkeiten der biochemischen Beeinflussung des Lernvorganges („injiziertes Wissen“) werden aufgezeigt. Durch Übertragung der Vorstellungen aus der kybernetischen Technik auf die physiologischen Systeme des Menschen kann man Einblicke in die Funktionsweise, aber auch in deren Erhaltung oder Ersatz (z. B. künstliche Niere) gewinnen. Schließllich als Zukunftsmusik die kybernetischen Maschinen (Roboter), die dem Menschen alles das an Arbeit abnehmen könnten, was gefährlich, ermüdend, schwierig, eintönig ist. In nicht allzu ferner Zeit. Eine höchst interessante Lektüre!

Dr. F. Sprenger, Würzburg

Gayerischer Sportärzte-Verband e. V.

Landesvorsitzender des Gayerischen Sportärzte-Verbandes e. V.: Chefarzt Dr. Eugen Goßner, 8901 Zusmarshausen, Zusatzklinik, Telefon (082 91) 461

Geschäftsstelle: 8000 München 19, Nymphenburger Straße 81, Telefon (08 11) 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: Postscheckkonto München 555 54; Münchner Bank GmbH, 8000 München 2, Briener Straße 53, Konto-Nr. 4950

Geschäftstellenleiter: Dr. Wilhelm Funke, Facharzt für Innere Krankheiten (jeden Mittwoch von 15.00 bis 17.00 Uhr anwesend)

Institut für klinische Zytologie der Technischen Universität München

Professor Dr. med. H.-J. SOOST, Inhaber des ersten Lehrstuhls für „Klinische Zytologie“ in Deutschland, eröffnete am 14. April 1972 vor einem großen Kreis geladener Gäste als Direktor das „Institut für klinische Zytologie“ der Technischen Universität München. Die Aufgaben umfassen:

1. Durchführung zytologischer Untersuchungen für den gesamten Bereich der Krebsvorsorge;
2. Weiterentwicklung der Methoden zytologischer Diagnostik;
3. Grundlagenforschung an der Zelle;
4. Weiterbildung und Fortbildung von Ärzten in zytologischer Diagnostik;
5. Ausbildung zytologischer Assistentinnen;
6. Statistische Untersuchungen im Rahmen zytologischer Vorsorgemedizin.

Diese Institutseröffnung ist das vorläufige Endglied einer konsequenten 14jährigen Entwicklung. Damals begann Professor Soost, wesentliche Voraussetzungen für die Krebsfrüherkennungsdagnostik zu schaffen und die Methoden der Zelldiagnostik weiter auszubauen. So wurde u. a. bereits 1967 die erste deutsche Schule für Zytologie-Assistentinnen in München auf Initiative der Bayerischen Landesärztekammer gegründet, deren Leitung bis heute Professor Soost inne hat. 1970 bewilligte der Bayerische Landtag auf Antrag der Bayerischen Landesärztekammer die Errichtung eines Lehrstuhls für „Klinische Zytologie“, auf den Professor Soost berufen wurde.

Was in Bayern auf dem Gebiet der Krebsvorsorgeuntersuchungen geleistet wurde, war richtungweisend für die Entwicklung im ganzen Bundesgebiet. So führte Bayern die Krebsvorsorgeuntersuchung für die Frau bereits 1¼ Jahre früher ein, ehe es am 1. Juli 1971 zu der bundeseinheitlichen gesetzlichen Regelung kam.

Die Zytodiagnostik, d. h. die mikroskopische Unter-



Foto: Pressedienst Martin KG, München

von links nach rechts: Professor Dr. Maurer, Dekan der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität München, Professor Dr. H. J. Soost, Leiter des Instituts, München, und Professor Dr. G. L. Wied, Chicago

suchung von Zellmaterial, stellt heute die wichtigste Methode zur Früherkennung des Unterleibskrebses der Frau dar. Beim Gebärmutterhalskrebs, der häufigsten Form, sind heute schon sehr frühe Stadien der Erkrankung mit über 90%iger Sicherheit zu erfassen, und auch Vorstadien kann man oft viele Jahre vor Beginn der eigentlichen Erkrankung erkennen, so daß der Gebärmutterhalskrebs durch systematische Früherfassung zu einer weitgehend vermeidbaren Krankheit geworden ist. Auch bei der Vorsorgeuntersuchung des Mannes auf Prostatakrebs kann die mikroskopische Untersuchung des durch Punktion gewonnenen Zellmaterials eine entscheidende Hilfe in der Diagnostik sein. An anderen Organen ist die Möglichkeit der Krebsfrüherkennung noch nicht so weit, doch sind wir in der Lage, mit Hilfe der Zytologie auch bei Erkrankungen des Magens, der Lunge, der Harnwege die Diagnose zu einem wesentlich früheren Zeitpunkt zu stellen.

Eine bedauerliche Tatsache ist, daß von den Vorsorgeuntersuchungen viel zu wenig Gebrauch gemacht wird. Nach neuesten Mitteilungen der Kassenärztlichen



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

Dismenol

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

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

Bundesvereinigung haben von 1,2 Millionen anspruchsberechtigten Frauen von den Vorsorgeleistungen zur Früherkennung des Brust- und Unterleibskrebses nur 525 000 Frauen (25 %) und 5 % der anspruchsberechtigten Männer Gebrauch gemacht.

Arbeitsgemeinschaft Zytologie der Berufsverbände gegründet

Der Berufsverband der Frauenärzte, die Arbeitsgemeinschaft der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin und der Berufsverband Deutscher Pathologen haben in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Zytologie eine Arbeitsgemeinschaft gegründet.

Aufgabe der Arbeitsgemeinschaft ist die gemeinsame berufspolitische und wirtschaftliche Interessenvertretung der Zytologen, die Mitglieder in den Berufsverbänden der Arbeitsgemeinschaft sind, sowie die Beratung aller mit zytologischen Problemen beschäftigten öffentlichen und berufsständigen Institutionen.

Postanschrift: Institut für Klinische Zytologie der Technischen Universität München, 8000 München 80, Prinzregentenplatz 14, Telefon (08 11) 47 60 67

Berichtigung zu Heft 5/1972 „Landespolitik“

betreffend Vollzug des Reichsimpfgesetzes

Beim Abdruck der Antwort des Bayerischen Staatsministers des Innern auf die Schriftliche Anfrage ist ein sinnenstellender Fehler unterlaufen. Im letzten Absatz muß es richtig heißen:

„Mit dem Ziel, das Risiko der Impfung zu mindern, werden überdies seit 1970 in den öffentlichen Impfterminen Erstimpfungen erst nach vollendetem ersten Lebensjahr vorgenommen.“

Berufsverband der deutschen Hals-Nasen-Ohrenärzte e. V.

Die satzungsgemäßen Wahlen ergaben in Bayern folgendes Ergebnis:

Landesobmann: Dr. **Bienias** (München)
Stellvertreter: Dr. **Sprenger** (Würzburg)

Mittelfranken:

Bezirksobmann: Dr. **Bauer** (Nürnberg)
Stellvertreter: Dr. **Wendelstein** (Ansbach)

München:

Bezirksobmann: Dr. **Krüger** (München)
Stellvertreter: Dr. **Stierlen** (München)

Niederbayern:

Bezirksobmann: Privatdozent Dr. **Bantlow** (Passau)
Stellvertreter: Dr. **Kattum** (Kelheim)

Oberbayern:

Bezirksobmann: Dr. **Schmidt** (Wasserburg)
Stellvertreter: Dr. **Schroeteler** (Starnberg)

Oberfranken:

Bezirksobmann: Dr. **Werner** (Kulmbach)
Stellvertreter: Dr. **Huber** (Bayreuth)

Oberpfalz:

Bezirksobmann: Dr. **Sadowski** (Schwandorf)
Stellvertreter: Dr. **Brantl** (Regensburg)

Schwaben:

Bezirksobmann: Dr. **Richter** (Augsburg)

Unterfranken:

Bezirksobmann: Dr. **Sprenger** (Würzburg)
Stellvertreter: Dr. **Wallrapp** (Würzburg)

Personalia

Professor Dr. med. Hans J. Sewering zum Ehrenmitglied ernannt

Professor Dr. med. Hans J. SEWERING, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, wurde von der Deutschen Medizinischen Gesellschaft von Chicago zum Ehrenmitglied ernannt.

Fakultät

Erlangen-Nürnberg

apl. Professor Dr. med. Dr. med. dent. **Walter GRÄF**, Mitvorstand des Universitätsinstituts für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie, wurde zum „ordentlichen Professor“ ernannt.

Privatdozent Dr. med. **Fred LEUSCHNER** (Pharmakologie und Toxikologie) wurde zum „außerplanmäßigen Professor“ ernannt.

Dr. med. **Leo Eugen WANNAGAT**, Leitender Arzt der Stoffwechselklinik der LVA Württemberg in Bad Mergentheim, wurde zum „Honorarprofessor für Innere Medizin“ ernannt.

Zum „Abteilungsvorsteher“ wurden ernannt:

Privatdozent Dr. med. **Jürgen GELDMACHER**, Oberassistent an der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik;

Privatdozent Dr. med. **Paul HERMANEK**, Akademischer Rat an der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik;

Privatdozent Dr. med. **Jürgen VIETH**, wiss. Ass. an der Nervenklinik mit Poliklinik.

Privatdozent Dr. med. **Hermut WARNATZ**, Akademischer Oberrat an der Abteilung für klinische Immunologie, wurde zum „Oberarzt“ ernannt.

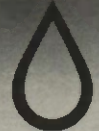
Zum „Oberassistent“ wurden ernannt:

Privatdozent Dr. med. **Walter HILMER**, wiss. Ass. an der Medizinischen Poliklinik;

neu

Thomae
Abführmittel
genau dosierbares
10 ml
Laxoberal®

Die neue Art die ‚Darmuhr‘ einzustellen: Laxoberal®



Geschmacksneutrale Tropfen
im Einzeltropfer zur genauesten
individuellen Dosierung
für weichen, geformten Stuhl.
Subjektiv: Neue Annehmlichkeiten
für den Patienten. Objektiv:
Die ‚Darmuhr‘ stimmt mit Laxoberal

Anwendung und Dosierung Laxoberal-Tropfen können mit oder ohne Flüssigkeit eingenommen werden. Aus der umgedrehten Tropfflasche wird die gewünschte Tropfenzahl durch leichten Druck auf die Seiten der Flasche entnommen. Die Normaldosierung beträgt für Erwachsene 8 bis 12 Tropfen, für Kinder entsprechend weniger. Durch Erhöhen oder Verringern der Normaldosierung kann die persönliche Optimaldosis gefunden und die gewünschte Festigkeit des Stuhles erreicht werden. Über den Einfluß auf die Schwangerschaft ist zunächst noch wenig bekannt; dem sollte der behandelnde Arzt Rechnung tragen. **Indikationen** Alle Formen von Verstopfung und Darmträgheit in jedem Lebensalter, insbesondere bei längerer Bettlägerigkeit, Kostwechsel, Reisen und Ortswechsel, nach Operationen und Geburten und immer dann, wenn ein problemloser und schonend entschlackender Stuhlgang erwünscht ist oder eine körperliche Anstrengung bei der Entleerung vermieden werden soll. **Kontraindikation** Ileus. **Zusammensetzung** 10 Tropfen enthalten: 4,4'-(2-Pyridyl-methylen)-diphenol-dithioester-säurehalbester-dinatriumsalz [Natriumpicosulfat] 5 mg. **Handelsformen** OP mit 10 ml Tropfen DM 3.40 lt. AT, Klinikpackung.

Privatdozent Dr. med. Günther KINDERMANN, wiss. Ass. an der Frauenklinik mit Poliklinik und Hebammenschule.

Dr. med. H. W. BAENKLER, Akademischer Rat an der klinischen Abteilung für Immunologie, wurde zum „Akademischen Oberret“ ernannt.

Dr. med. Hans-Jürgen PESCH, wiss. Ass. am Pathologisch-anatomischen Institut wurde zum „Akademischen Rat“ ernannt.

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt:

Dr. med. Konrad ARNOLD für „Chirurgie“;

Dr. med. Heribert DAUN für „Neuropsychiatrie“.

Privatdozent Dr. med. Gerherd KITTEL, Abteilungsvorsteher an der Klinik und Poliklinik für HNO-Kranke mit Abteilung für Sprach- und Stimmstörungen, wurde als Vertreter Westdeutschlands in den Vorstand der „Union Europäischer Phoniater“ berufen.

München

Medizinische Fakultät der Universität

apl. Professor Dr. med. Friedrich Ernst STIEVE (Innere Medizin), Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Radiologie, wurde an das Bundesgesundheitsamt Berlin – Abteilung für Strahlenhygiene – versetzt.

Privatdozent Dr. med. Peter-Christien SCRIBA (Innere Medizin), Akademischer Oberret an der II. Medizinischen Klinik, wurde zum „außerplanmäßigen Professor und zum Oberarzt“ ernannt.

Zum „Abteilungsvorsteher“ wurden ernannt:

apl. Professor Dr. med. Werner RUDOLPH, Akademischer Direktor an der II. Medizinischen Klinik;

Privatdozent Dr. med. Horst SELLER, wiss. Ass. am Physiologischen Institut.

Zum „Leitenden Oberarzt“ wurden ernannt:

Privatdozent Dr. med. Dr. med. dent. Peter FUCHS, Oberarzt an der Prothetischen Abteilung der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten;

Dr. med. dent. Dr. med. Hanns Heinrich GRASSER, wiss. Oberassistent an der Klinik für Zahn-, Mund und Kieferkrankheiten;

Privatdozent Dr. med. Gernot RASSNER, Oberarzt an der Dermatologischen Klinik und Poliklinik.

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt:

Dr. med. Heinz BOHMERT für „Chirurgie“;

Dr. med. Ahmed FATEH-MOGHADAM für „Innere Medizin“;

Dr. med. Gernot FEIFEL für „Chirurgie“;

Dr. med. Gerhard HOLLMANN für „Kinderchirurgie“;

Dr. med. Dieter HUHNS für „Innere Medizin“;

Dr. med. Ernst KASTENBAUER für „Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde“;

Dr. rer. nat. Werner LENK für „Biochemie und Pharmakologie“;

Dr. med. Wolfram NAGEL für „Physiologie“;

Dr. med. Hermann-Josef POMPINO für „Kinderchirurgie“;

Dr. med. Klaus-Dieter TYMPNER für „Kinderheilkunde“;

Dr. med. Günther WOLFRAM für „Innere Medizin und Ernährungslehre“.

Dr. med. Ilse COERDT, Akademische Rätin an der Kinderchirurgischen Klinik im Dr. von Heuner'schen Kinderspital, wurde zur „Akademischen Oberrätin“ ernannt.

Zum „Akademischen Rat“ wurden ernannt:

Dr. med. Gabriele FULL-SCHARRER, wiss. Ass. an der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke;

Dr. med. Gebhard von JAGOW, wiss. Ass. am Institut für Physiologische Chemie und Physikalische Biochemie.

Professor Dr. med. Hans-Werner KOEPPE, Schriftleiter der Zeitschriften „Medizinische Klinik“ und „Therapie der Gegenwart“, wurde auf der Jahresversammlung in Wiesbaden zum neuen 1. Vorsitzenden der Vereinigung der Deutschen Medizinischen Fach- und Standespresse gewählt.

Medizinische Fakultät der Technischen Universität

Professor Dr. med. Magnus SCHMID wurde zum „ordentlichen Professor für Geschichte der Medizin und Medizinischen Soziologie“ (bisher Universität Erlangen-Nürnberg) ernannt.

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Bruno FROSCH (Innere Medizin);

Privatdozent Dr. med. Ernst Dieter WACHSMUTH (Physiologische Chemie und Immunologie).

Dr. Ing. Dr. med. Wilhelm VAILLANT wurde zum „Honorarprofessor für Biomedizinische Technik“ ernannt.

Privatdozent Dr. med. Dr. phil. Kurt KELLNER, Oberarzt an der II. Medizinischen Klinik, wurde zum „Universitätsdozent“ ernannt.

Zum „Leitenden Oberarzt“ wurden ernannt:

Privatdozent Dr. med. Gustav HÖR, wiss. Ass. an der Nuklearmedizinischen Klinik und Poliklinik;

Privatdozent Dr. med. Hans-Martin WEINMANN, Oberarzt an der Kinderklinik und Kinderpoliklinik.

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt:

Dr. med. Manfred POHLEN, wiss. Mitarbeiter bei der Forschungsstelle für Psychopathologie und Psychotherapie der Max-Planck-Gesellschaft, für „Psychiatrie und Psychoanalyse“;

Dr. med. Jürgen PROBST, Chefarzt des Unfallkrankenhauses Murnau, für „Chirurgie“;

Dr. med. Helmuth Joan SCHERER, Oberarzt an der Chirurgischen Klinik, für „Chirurgie“;

Dr. med. Peter ZIESE, Oberstabsarzt, für „Psychiatrie und Psychotherapie“.

Würzburg

Zum „Chefarzt“ wurden ernannt:

apl. Professor Dr. med. Karl KLÜTSCH an der Inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses Wetzlar;

Privatdozent Dr. med. Hermann KRIEG an der Städtischen Frauenklinik Heilbronn;

Privatdozent Dr. med. univ. Friedrich O. MUELLER an der Augenabteilung der Städtischen Krankenanstalten Winterberg in Saarbrücken.

Universitätsdozent Dr. med. Günther HAUCK wurde zum „Wissenschaftlichen Rat und Professor am Physiologischen Institut der Universität Münster“ ernannt.

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt:

Privatdozent Dr. med. dent. Wolfgang BÜTTNER (Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten);

Universitätsdozent Dr. med. August HEIDLAND (Innere Medizin);

Privatdozent Dr. med. Rainer LICK (Chirurgie);

Privatdozent Dr. med. Karl Heinz MOSLER (Geburts- hilfe und Frauenheilkunde);

Privatdozent Dr. med. dent. Emil WITT (Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, insbesondere Kieferorthopädie).

Privatdozent Dr. med. Uros JOVANOVIC, wiss. Ass. an der Nerven- und Poliklinik, wurde zum „Universitätsdozent“ ernannt.

in memoriam



Dr. med. Josef Kiefhaber

Am 7. April 1972 verstarb Herr Dr. med. Josef KIEFHABER, Praktischer Arzt in München seit 1925 und seit 1927 Gründungsmitglied der Vereinigung der Praktischen Ärzte Bayerns.

1945 war er beim Wiederaufbau der ärztlichen Standesorganisationen ein Mann der ersten Stunde zusammen mit

Landauer, Hense, Reischle, Baluschek und anderen mehr.

Herr Kollege Kiefhaber war jahrelang Mitglied der Vertrauensmänner-Versammlung in München und der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowohl in Bayern als auch im Bundesgebiet. Er war ein gerechter Verfechter der Belange der Kassenärzte, die er in Prüfungs- und Beschwerdeausschüssen der Kassenärztlichen Vereinigung vertrat, denen er jahrelang sogar als Vorsitzender vorstand. Er war Ehrenmitglied der Vereinigung der Praktischen Ärzte Bayerns. Diese Ehrung erhielt er dank seiner hervorragenden Charaktereigenschaften und Einsatzes für die Ärzteschaft.

O. B.

Bei pectanginösen Beschwerden

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



**Keine Nebenwirkungen.
Kontraindikationen nicht bekannt.**

Zus. In 100 g Tropfen: Extr. fld. Valerianae et Visci albi 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. Visci albi 10 mg, Papaverin. hydrochlor. 1 mg, Meth-equalon 30 mg, Erythroltetranitrat 1,5 mg.

Flasche mit 25 g DM 3,45 · Flasche mit 50 g DM 4,75
30 Dragéee DM 3,45 · 60 Dragéee DM 4,75

Bestellschein an: AGM, 1 Berlin 21, Erasmusstr. 20-24
Schrifttum und Muster von Esdesen cum Nitro erbeten

(bitte persönliche Unterschrift und Stempel)

Bey



**AKTIENGESELLSCHAFT
FÜR MEDIZINISCHE PRODUKTE
1 BERLIN**

Informations- und Behandlungszentralen für Vergiftungen

Schriftliche Anfrage der Frau Abgeordneten WESTPHAL (SPD) vom 16. November 1971:

„Welche Informations- und Behandlungszentralen für Vergiftungen wurden aufgrund des Beschlusses des Bayerischen Landtags vom 8. April 1965 geschaffen? Sind diese Zentren voll funktionsfähig, d. h., sind hierbei die räumlichen, sachlichen und personellen Voraussetzungen gegeben, um

jederzeit alle im Einzugsbereich auftretenden Vergiftungsfälle aufzunehmen und optimal zu behandeln,

jederzeit alle notwendigen diagnostischen Untersuchungen selbst durchzuführen und

jederzeit an dort anfragende Ärzte die notwendigen Informationen zur Diagnostik und Behandlung akuter Vergiftungen zu geben?

Welche Schlüsse lassen sich aus den bisherigen praktischen Erfahrungen und dem Archivmaterial dieser Zentren ziehen, insbesondere hinsichtlich

der Vergiftungsunfälle im Kindesalter,

der gewerblichen bzw. beruflichen Intoxikationen sowie

der Rauschgiftzwischenfälle und des steigenden Drogenmißbrauches?

Haben sich diese Institutionen für die anfallenden Aufgaben als ausreichend erwiesen und erfüllen sie die an sie gestellten Anforderungen?“

Antwort des Bayerischen Staatsministers des Innern vom 9. März 1972:

„Die Anfrage der Frau Abgeordneten Westphal beantworte ich wie folgt:

1.

In Bayern bestehen zur Zeit zwei voll funktionsfähige Informations- und Behandlungszentren für Vergiftungsfälle, nämlich

a) bei der II. Medizinischen Klinik rechts der Isar der Technischen Universität München,

b) bei den Städtischen Krankenanstalten Nürnberg.

Hauptaufgabe beider Zentren ist die Information von Ärzten in Vergiftungsfällen. Beide Zentralen werden in dieser Hinsicht häufig in Anspruch genommen. So erteilte die Münchener Zentrale im Jahre 1970 3445 telefonische Beratungen gegenüber 1085 im Jahre 1968. Die Nürnberger Zentrale wird in vergleichbarer Weise durch Anfragen über Diagnostik und Therapie akuter Vergiftungen beansprucht. Beide Zentralen sind Tag und Nacht auskunftsbereit.

Beide Zentralen sind auch in der Lage, die schweren Vergiftungsfälle aus ihrem Einzugsbereich aufzunehmen, die nötigen diagnostischen Maßnahmen selbst durchzuführen und die Patienten optimal zu behandeln.

Es kann jedoch nicht Aufgabe der Zentralen sein, alle Opfer von Vergiftungen in Bayern aufzunehmen. Zumindest die große Zahl der leichten und unkomplizierten Vergiftungen kann und muß, ebenso wie die Zahl der nicht transportfähigen Vergiftungsfälle, in das nächstgelegene mit Intensivpflegeeinheiten ausgestattete Akutkrankenhaus verbracht werden. Die Kranken können dort mit gleicher Aussicht auf therapeutischen Erfolg aufgenommen werden. In vielen Fällen wäre zudem der Transport in eine Zentrale eher schädlich. Gerade wegen dieser tatsächlichen Gegebenheit erhalten die beiden Zentralen ihren Sinn als wichtige

valeriana-strath®

Tagessedativum, alle Arten vegetativer Dystonie

valeriana-strath® - nach dem Strath-Verfahren über lebende Hefezellen metabolisierte Pflanzen-Wirkstoffe.

100 ml Plasmolysat enthalten 100 ml Torula-utilis-Auszug aus 1,8 g Rad. Valerianae, 0,8 g Fol. Crataegi oxycanthalae, 0,8 g Strob. Lupuli, 0,8 g Fol. Melissae, 0,8 g Fl. Lavendulae.

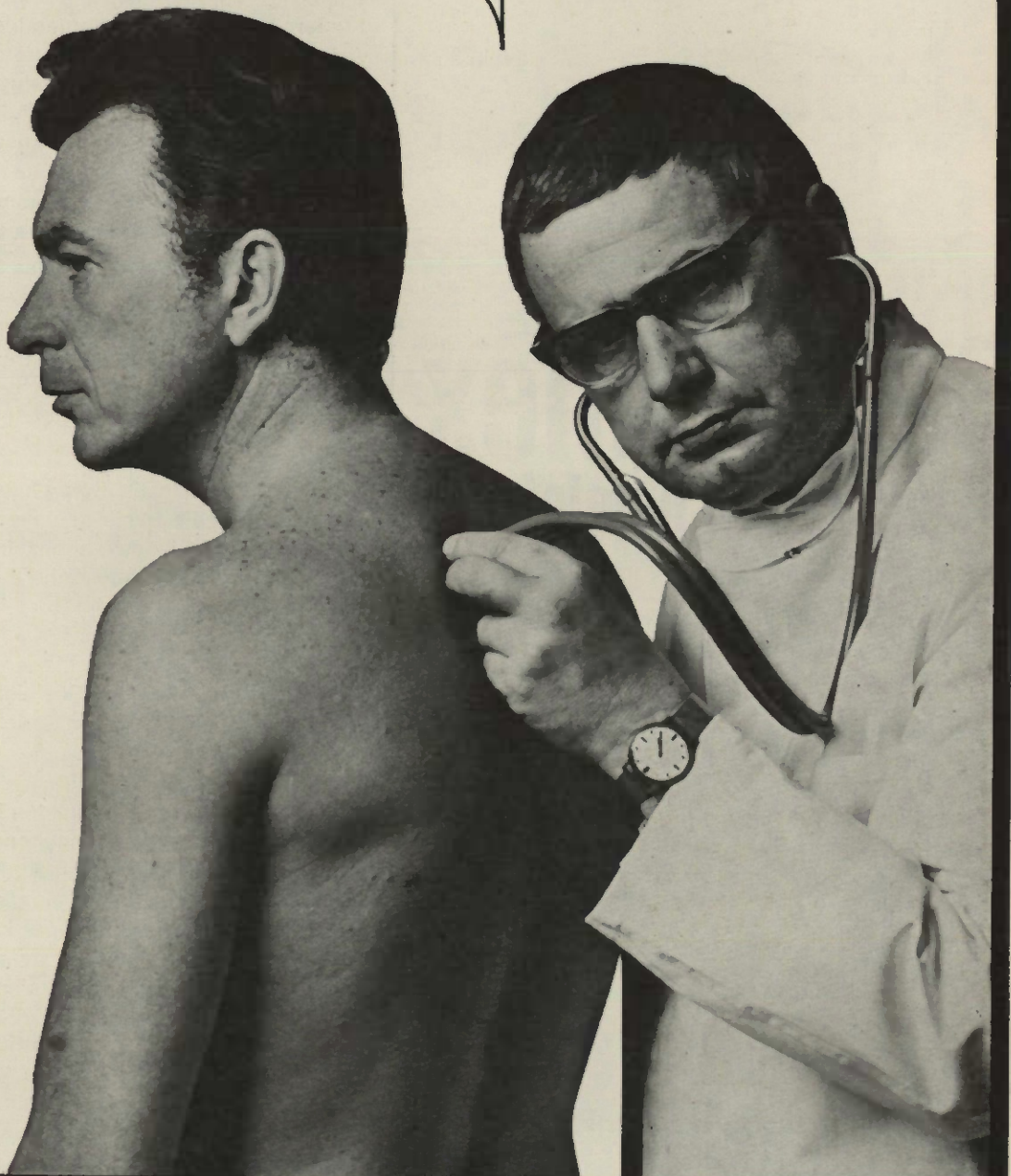
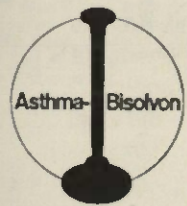


Strath-Labor GmbH
8405 Donaustauf

50 ml DM 6,05
100 ml DM 11,20
250 ml DM 21,70

Asthma-Bisolvon®

.... DER
THERAPIE-
ERFOLG
IST
HÖRBAR!



Zusammensetzung
Bisolvon®-Wirkstoff 4 mg
Ephedrin-HCl 15 mg
Theophyllin 150 mg

Indikationen
Akute und chronische
Formen asthmoider Bronchi-
tiden; spastische Emphysem-
bronchitiden und chronische
Formen des Asthma
bronchiale.

Kontraindikationen
Glaukom, schwerere Formen
der Hypertonie, Miktions-
und nephrogene Ausschei-
dungsstörungen, tachykarde
Herzrhythmusstörungen.

Dosierung
Im allgemeinen 3 x 1 Dragée
pro Tag.

Handelsformen
Originalpackung mit
20 Dragées DM 4,85 lt. AT
Originalpackung mit
75 Dragées DM 15,85 lt. AT
Klinikpackungen

4a

Thomae



Er

löst das Problem

des Weintrinkers...

Cerumenex[®]

löst den Ceruminalpfropf

zur schmerzlosen Entfernung von überschüssigem Cerumen...

zur schnellen Reinigung des äußeren Gehörganges vor der Untersuchung...

zur leichten Entfernung von Cerumen vor der otologischen Behandlung...

... werden in den äußeren Gehörgang 3-5 Tropfen geträufelt und anschließend mit Watte verschlossen. Nach etwa 15-20 Minuten wird das emulgierte Cerumen mit lauwarmem Wasser herausgespült.

Zusammensetzung

Cerumenex[®] enthält 10% Triäthanolaminpolypeptidoleat-Kondensat sowie 0,5% Chlorbutanol gelöst in Propylenglykol.

Hinweis

Bei Patienten mit allergischer Diathese empfiehlt es sich, vor der Behandlung mit Cerumenex[®] einen Lappchentest durchzuführen.

Handelsform

Kunststoff-Tropfpipette zu 10 ml DM 8,25 m. MWSt.

Cerumenex[®]

arbeitet für Sie, solange der Patient noch wartet



Mundipharma GmbH · Frankfurt

Informationsstellen anderer Krankenhäuser. Das schließt nicht aus, daß die beiden Zentralen, wie bisher schon, in Fällen schwerer oder diagnostisch unklarer Vergiftung, bei Betriebsunfällen durch Gifte, die eine spezielle Behandlung erfordern oder — aus wissenschaftlichem Interesse — bei Vergiftungen durch seltene Gifte Patienten aus ganz Bayern aufnehmen, wenn sie transportfähig sind.

2.

Die erteilten Informationen der Zentralen beziehen sich etwa zur Hälfte auf Vergiftungen bei Kindern und bei Erwachsenen. Dagegen sind etwa 90% aller stationär aufgenommenen Patienten Erwachsene. Auffällige Tendenzen, gleich welcher Art, haben beide Zentralen nicht beobachtet.

Während es sich bei den erwachsenen Patienten meist um echte Vergiftungsfälle handelt, überwiegen bei Kindern meist die sogenannten Ingestionsunfälle (d. i. Aufnahme einer giftigen oder potenziell giftigen Substanz, ohne daß hierbei Vergiftungserscheinungen eintreten). Bewährt hat sich bei Kindern die Behandlung in Kinderkliniken unter konsiliarischer Beiziehung des Toxikologen.

Gewerbliche Vergiftungen kommen selten zur Beobachtung, der Anteil liegt etwa bei 10% aller Fälle.

In zunehmendem Maße wird das Münchener Zentrum auch für Informationen und Behandlungen bei Rauschmittelintoxikationen in Anspruch genommen.

Das Nürnberger Zentrum hat Patienten mit Rauschmittelintoxikationen bisher nicht aufgenommen, erwägt jedoch einen entsprechenden Ausbau.

3.

Die bestehenden Institutionen haben sich bewährt und erfüllen bisher die an sie zu stellenden Anforderungen befriedigend. Da jedoch, abgesehen von der Zahl der Vergiftungsunfälle, insbesondere die der reinen Informationswünsche eindeutig ansteigt, beabsichtigt das Staatsministerium des Innern in enger Zusammenarbeit mit den Staatsministerien für Unterricht und Kultus und für Arbeit und Sozialordnung, den Ausbau der beiden Zentralen in materieller und personeller Hinsicht zu fördern.

Die Errichtung neuer Zentralen ist nicht erfolgversprechend. Einmal können die beiden Zentralen ihre Hauptaufgabe, nämlich die umgehende Information der Ärzteschaft in Vergiftungsfällen, für das Land Bayern zufriedenstellend erfüllen. Für eine dritte Zentrale wäre das nötige Fachpersonal kaum zu bekommen, was möglicherweise zu einer personellen Verdünnung der beiden bestehenden Zentralen führen würde. Auch das Bundesgesundheitsamt hält eine dritte Zentrale in Bayern für überflüssig. Das Staatsministerium des Innern sah sich aufgrund des Landtagsbeschlusses vom 8. April 1965 nicht veranlaßt, neue Informations- und Behandlungszentralen zu schaffen. Dieser Beschluß gab der Staatsregierung nur auf, einen funktionsfähigen toxikologischen Dokumentations- und In-

formationsdienst einzurichten, was geschehen ist. Eine dritte Zentrale ist, wie eben dargelegt, auch nicht für die Behandlung akuter Vergiftungsfälle erforderlich, da diese in der Mehrzahl der Fälle notwendigerweise dezentral erfolgen muß.

Allerdings wäre eine Entlastung der beiden Zentralen leicht möglich, wenn das dem Bundesgesundheitsministerium unterstehende Bundesgesundheitsamt die von ihm herausgegebenen Stoffkarteien, die die Inhaltsstoffe von Arzneimitteln, giftigen Pflanzenschutzmitteln und Haushaltsmitteln u. ä. enthalten, nicht nur der Münchener und Nürnberger Zentrale, sondern auch anderen Krankenhäusern zugänglich machen würde. Das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit hat sich dazu bisher leider nicht bereit erklärt. Das Staatsministerium des Innern wird jedoch seine Bemühungen in dieser Hinsicht fortsetzen, weil damit das Problem der ausreichenden Giftinformation weitgehend gelöst wäre.

Schließlich wird das Staatsministerium des Innern beim Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit darauf drängen, daß baldmöglichst Vorschriften erlassen werden, die eine Kennzeichnungspflicht für Stoffe vorschreiben, die in sogenannten Haushaltsmitteln enthalten sind. Durch entsprechende Aufdrucke auf den Packungen könnte den Informationszentralen viel Arbeit erspart werden."

Amtliches

Lehrgang zur Vorbereitung auf die Amtsarztprüfung

Die Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern wird in der Zeit vom 2. Oktober 1972 bis 28. Februar 1973 in München einen Lehrgang zur Vorbereitung auf die Amtsarztprüfung abhalten. Zu diesem Lehrgang können 30 Teilnehmer zugelassen werden. Die Teilnahme am Lehrgang ist Voraussetzung der Zulassung zur Prüfung für den höheren öffentlichen Gesundheitsdienst.

Ärzte, die an dem Lehrgang teilnehmen wollen, werden gebeten, ihr Gesuch bis spätestens **10. August 1972** bei der Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern, 8000 München 22, Odeonsplatz 3, einzureichen. Bereits im amtsärztlichen oder landgerichtsärztlichen Dienst in Bayern tätige Ärzte brauchen kein Bewerbungsgesuch einzureichen; sie werden zu dem Lehrgang dienstlich abgeordnet.

Dem Gesuch sind folgende Unterlagen beizugeben:

1. Die Approbation als Arzt in Urschrift;
2. das Doktordiplom in Urschrift oder amtlich beglaubigter Abschrift;
3. Nachweise über die bisherige ärztliche Tätigkeit. Eine Lehrgangsgebühr wird nicht erhoben.

Mobilmachung der Abwehrkräfte durch Immunisierung des Allergikers



Histadestal®

Immunbiologisches Therapeutikum
bei Allergien

- Wirksamer Schutz bei allergischen, nicht infektiösen Krankheitsbildern
- Eindrucksvolle klinische Erfolge auch bei sonst therapierefraktären Fällen
- Gute Verträglichkeit
- Wiederherstellung der histaminopexischen Aktivität

Zusammensetzung: 1 Inj.-Flasche (2 ml): 12 mg menschliches Gamma-Globulin mit 0,09 µg Histamin als Komplexverbindung.

Indikationen: Allergisches Asthma ohne Komplikationen, besonders jugendliches Asthma. Rhinitis vasomotorica, Migräne: Die Behandlung kann unabhängig von der Jahreszeit im symptomfreien Intervall begonnen werden. Dermatosen – vor allem die chronische Urtikaria. Pollinosen: Die Therapie mit Histadestal sollte mindestens einen Monat vor Beginn der Gräserblüte aufgenommen werden.

Hinweis: Der Status asthmaticus gilt als Kontraindikation. Während Schwangerschaft und Menses sollte Histadestal nach Möglichkeit nicht verabreicht werden.

Dosierung: 3 aufeinanderfolgende subkutane Injektionen in jeweiligem Abstand von 4–8 Tagen bei Erwachsenen bzw. von 8 Tagen bei Kindern (s. a. Packungsprospekt).

Handelsform und Preis: Packung mit 3 Inj.-Flaschen und 3 Ampullen Lösungsmittel DM 39,90 m. MWSt.

Histadestal® Histamin- γ -Globulin-Komplex
zur immunbiologischen Therapie allergischer
Krankheiten



Krugmann Arzneimittel Wedel (Holst)

Brief aus Bonn

Die Auswirkungen des politischen Kräftegleichgewichts in Bonn auf die künftige Politik sind noch nicht zu übersehen. Alles spricht dafür, daß die Bundesregierung zunächst einmal versuchen wird, den Herbst zu erreichen. Mit einem neuen Mißtrauensvotum der Opposition ist vorläufig nicht zu rechnen. Die Opposition wird nach dem harten Ringen um die Ostverträge zunächst einmal versuchen müssen, die eigenen Reihen wieder zu festigen und die Wunden, die sich die führenden Köpfe geschlagen haben, vernarben zu lassen. Das wird Zeit brauchen. Die CDU/CSU wird nur dann einen zweiten Versuch, den Kanzler zu stürzen, riskieren können, wenn Brandt vorzeitige Neuwahlen erzwingen wollte. Damit ist aber nicht zu rechnen. Auch Brandt scheint auf Zeitgewinn zu spielen.

Die Bundesregierung läuft allerdings Gefahr, jeden Elan zu verlieren. Sie ist bei jeder wichtigen Entscheidung im Bundestag auf die Opposition angewiesen. Das wird entweder dazu führen, daß notwendige Entscheidungen vertagt werden, oder daß der Kompromiß um jeden Preis gesucht werden muß. Die deutsche Innenpolitik steckt jedenfalls in einer Sackgasse. Niemand hat ein Patentrezept, sie daraus zu befreien. So wird halt mehr schlecht als recht weiter gemacht. Die Regierung versucht, auch ohne Haushalt zu regieren. Das Ausnahmerecht des Grundgesetzes (Artikel 111 und 112) geben ihr die Möglichkeit dazu. Auf Dauer läßt sich das aber nicht durchhalten; es würde gegen jede demokratische Gepflogenheit verstoßen, wenn eine Regierung im Amt bliebe, die keine Mehrheit für einen Haushalt zusammenbrächte. An eine Steuerreform ist bei diesen Mehrheitsverhältnissen schon gar nicht zu denken; allenfalls wird es ein Steueränderungsgesetz geben, mit dem die neuen Einheitswerte ohne Mehrbelastungen für die Bürger 1974 in Kraft gesetzt werden. Die Opposition wird es freilich nicht leicht haben, jede Gesetzgebungstätigkeit zu blockieren. Das würde von den Wahlbürgern kaum honoriert, die mehr von Gemeinsamkeit als von harter Opposition zu halten pflegen. Die CDU wird ihre Opposition auf Schwerpunkte zu konzentrieren haben.

Als sicher ist davon auszugehen, daß die CDU/CSU der Koalition das Überleben nicht durch Kooperation in der Finanzpolitik leichter machen wird. Gerade auf dem Feld der Wirtschafts- und Finanzpolitik wird sie versuchen, die Regierung zu schlagen. Die Regierung hat, nachdem der wirtschaftliche Rückschlag ausgeblieben ist, damit zu rechnen, daß die Preise wieder beschleunigt steigen. Schiller ist beim Haushalt tief ins Defizit geraten. Er wird im Sommer nur dann eine ausgeglichene Finanzplanung vorlegen können, wenn er entweder drastisch an den Ausgaben streicht oder wiederum die Steuern erhöht. Schiller selbst hält es kaum für möglich, den Ausgabenzuwachs zu begrenzen. Steuererhöhungen scheinen damit unausweichlich zu sein. Doch wie will er dafür eine Mehrheit bekommen? Er kann doch nicht annehmen, daß ihm die Opposition dabei hilft. Doch Schiller hat schon eine Idee, wie er eine schlechte Sache gut verkaufen kann. Kürzlich hat er wissen lassen, daß schon in naher Zukunft eine Steueranhebung notwendig werden könnte, um den sich anbahnenden neuen Aufschwung unter Kontrolle und den Preisaufrtrieb in Grenzen zu halten. Dem Bürger soll offensichtlich klargemacht werden, daß nur der für Stabilität ist, der höhere Steuern beschließt. Es erscheint jedoch wenig wahrscheinlich, daß die Bürger und die Opposition diese Absicht nicht durchschauen. Schiller kann nicht im Juni den Konjunkturzuschlag zurückzahlen und wenige Wochen später Steuererhöhungen zum Allheilmittel gegen steigende Preise erklären.

Unberührt von Regierungskrisen geht Arbeitsminister Arendt seinen Weg. Er hat es von allen Kabinettskollegen am leichtesten. Er hat als einziger Minister Geld zu verteilen, und er weiß natürlich, daß die Opposition dazu kaum „Nein“ sagen kann. So sieht er denn auch gelassen dem weiteren Schicksal seiner Reformgesetze entgegen. Das gilt insbesondere für die Rentenreform. Er wird sich letztlich auch nicht sträuben, wenn die CDU ihre Zustimmung zur Einführung der flexiblen Altersgrenze davon abhängig machen sollte, daß zusätzlich Geld für die Erhöhung der Renten ausgegeben wird. Arendt wird sich da nicht „lumpen“ lassen und eben tiefer in die Rentenkasse greifen. Das finanzielle Risiko, das dieses Rentenpaket dann in sich birgt, wird er gewiß der Opposition anlasten.

Passiorin

Rein pflanzliches Dauersedativum
(Passiflora, Salix alba, Crataegus, asyoc.)
Ohne Gewöhnungsgefahr
Ohne Nebenwirkungen

**Unschädliche Kur- und Dauermedikation
zur Stabilisierung des Nervensystems**

SIMONS CHEMISCHE FABRIK GAUTING BEI MÜNCHEN



Mit einiger Verspätung hat Arendt nun auch das Sozialbudget vorgelegt. Daraus geht hervor, daß die Sozialleistungen bis 1976 voraussichtlich schneller als das Sozialprodukt wachsen werden. Die Sozialleistungen machen heute immerhin fast 26 % des Sozialprodukts aus. Der hohe Zuwachs gegenüber dem Vorjahr (1971 = 20,6 %) entpuppt sich freilich als ein statistischer Trick, der vom Arbeitsministerium allerdings auch nicht verschwiegen wird. Die Sozialleistungsquote ist um rund fünf Prozentpunkte höher ausgefallen, weil nunmehr auch die freiwilligen Sozialleistungen der Arbeitgeber und die indirekten Sozialleistungen in Form von Steuererhöhungen eingerechnet werden. Dabei ist dem Arbeitsministerium aber ein grober Schnitzer unterlaufen; es erklärt auch den Vorteil aus dem Ehegatten-Splitting zur Sozialleistung, obwohl daran bei der Einführung des Splitting gewiß niemand gedacht hat. Wer freilich das Ehegatten-Splitting zur Sozialleistung erklärt, hat natürlich jederzeit die Möglichkeit, die Begrenzung des Splitting-Vorteils zu verlangen, wie dies ja der SPD-

Parteitag getan hat. Bei der Erarbeitung des Sozialbudgets scheint jedenfalls das Arendt-Ministerium die FDP überlistet zu haben.

Bei der Vorausschätzung für die Krankenversicherung geht das Ministerium von überdurchschnittlichen Ausgabensteigerungen aus. Bei den Sachleistungen wird folgende Kostenentwicklung von 1972 bis 1976 erwartet: Für Ärzte von 7,6 Milliarden DM auf 10,3 Milliarden DM (plus 48,8 %); für Zahnärzte von 2,2 auf 3 Milliarden DM (plus 44,9 %); für Arzneien von 6,5 auf 8,5 Milliarden DM (plus 44,6 %); für Krankenhauspflege von 8,7 auf 13 Milliarden DM (plus 72,4 %). Die höhere Zuwachsrate bei den Ärzten soll sich wegen der wachsenden Bedeutung der Vorsorge ergeben. Bei den Ansätzen für die Krankenhäuser zeigen sich auch die Folgen des neuen Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Die Arzteinkommen sollen sich an der allgemeinen Einkommensentwicklung orientieren; das wäre ein jährlicher Zuwachs von gut 7 %. Solche Prognosen haben sich freilich selten als zutreffend erwiesen.

bonn-mot

Äskulap und Pegasus

Die Lyrik-Tafelrunde der UMEM

Das Urbild jeglicher Dichtung ist zweifellos die Lyrik. So wie der Urmensch nach Ausbildung der Sprache seine Gefühle vermutlich in gebundener Form zum Ausdruck brachte, so gibt es wohl auch heute noch Primaner, die das Bedürfnis haben, dies ebenfalls zu tun. Und deshalb wird Lyrik immer in irgendeiner Form überleben.

Die Lyrik des Abendlandes hat ihre Geburtsstätte in Griechenland. Das Wort Lyrik stammt von der griechischen Lyra = Leier. Nach deren Verwendung bezeichnete Lyrik ursprünglich nur Einzel- und Chorlieder. Im antiken Lied war der Versrhythmus das Primäre im Gegensatz zum modernen Lied, in dem es die gesungene Melodie ist (mélös = Lied, odé = Gesang). Die große Periode der griechischen Lyrik war das 7. und 6. Jh. v. Chr. mit Alkaios, Sappho und Anacreon. Seit dieser Zeit hat der Grieche immer eine Vorliebe für Lyrik gehabt. Es gehörte zur Bildung, daß man beim Symposium ein Lied zur Lyra vortragen konnte. Aus diesen anfänglichen Einzel- und Chorliedern entwickelten sich die späteren Lyrikformen wie Hymnen, Dithyramben (Pindar), Elegien und Epen, die ebenfalls zunächst gesungen und erst in historischer Zeit rezitiert wurden.

Heute bezeichnet man als Lyrik alle Gedichte, die eine persönliche Stimmung aussprechen. Irgend jemand hat einmal nach dem ersten Weltkrieg, als der Dadaismus modern war, gesagt: „Seit Heine könnte es keine

neue Form der Lyrik mehr geben.“ Wenn man die heutigen krampfhaften Versuche mancher Schriftsteller betrachtet, dann muß man dieser These wohl zustimmen. Ernst Kreuder hat kürzlich von den „sogenannten Gedichten“ gesagt, sie „erwiesen sich als anschauungsfeindliche Wortstickereien, als Umdrehungen von Wortbedeutungen, als bildlose Spruch-Weisheiten.“ Echte Lyrik wird immer der Lyra verhaftet bleiben, gute Gedichte dagegen sind verdichtete Gedanken, durch Meditation entstanden und zu dieser anregend. Man sollte letztere nicht automatisch unter Lyrik einordnen, sondern nur dann, wenn im Unterton die Lyra mitschwingt. Wenn es wahr ist, daß mit Heine der Gipfel lyrischer Dichtung erreicht wurde, dann wird Lyrik sich wohl nur konservativer Ausdrucksformen bedienen können, die damit nicht hoffnungslos antiquiert sind, sondern zeitlose Gültigkeit besitzen, auch wenn manche großen Tageszeitungen und Verlage ihre Fortschrittlichkeit dadurch beweisen wollen, daß sie Lyrik in der konservativen Ausdrucksform prinzipiell ablehnen. Das Gedicht als Gedankenverdichtung hat sicherlich die Möglichkeit, moderne Formen zu finden und das Suchen danach ist zu begrüßen, soweit es sich nicht um „Wortstickereien“ handelt.

Die Schriftstellerärzte der Union mondiale des écrivains médecins pflegen die Lyrik bei ihren alljährlichen Zusammenkünften ganz besonders. Jeweils an

einem Abend treffen die Mitglieder zur traditionellen Lyrik-Tafelrunde zusammen und jeder hat die Möglichkeit, ein Gedicht zu lesen, wenn die Zeit dazu reicht euch mehr. Diese Zusammenkunft ist intern und unter Ausschluß der Öffentlichkeit, es bedarf dazu auch keiner Voranmeldung. Innerhalb der einzelnen Sprachgruppen finden meist noch lyrische Lesungen statt. Die 36 vorgetragene Gedichte der „table ronde de poesie“ am XII. Weltkongreß in Luzern 1968 wurden von der Pharmakon AG, Wellisellen-Zürich, in einem schönen Bande vereinigt. Die Lyrik-Tafelrunde anläßlich des XVII. Weltkongresses in Regensburg findet am 14. September 1972, 21.15 Uhr, im Hotel Maximilian, statt.

Anschließend bringen wir zum Problem der Lyrik das interessante Referat, das der Direktor der Universitätsbibliothek Regensburg, Dr. HAUSCHKA, am 7. November 1971 anläßlich der Regensburger Kultur-tage gehalten hat.

Dr. med. Robert Paschke, 8535 Emskirchen

Lyrik – tot oder lebendig?

von Ernst R. Hauschka

Die Fragestellung ist dem neuesten Gedichtband von H. Piontek entnommen. Sie markiert ein Spannungsfeld, eine Krise, in der sich die Lyrik gegenwärtig befindet. Ich möchte aus der Vielzahl von diagnostischen Möglichkeiten vier herausgreifen und diese in Thesenform anbieten:

These I:

Niemand weiß, was ein Gedicht ist; jeder Lyriker hat seine eigene Lyrik-Theorie.

Ich nenne ohne Angabe des Autors und der Quelle einige Aussagen über das moderne Gedicht und bitte, die Zuordnung selbst vorzunehmen; die Meinungen darüber, was ein Gedicht ist und sein will, sind widersprüchlicher als je zuvor: „Das neue Gedicht muß einfach, durchsichtig und universell verständlich sein, ähnlich den Internationalen Verkehrszeichen“ (Gomringer) – „Das Gedicht soll die Dinge mystisch bannen durch das Wort“ (Benn) – „Zeigen von Sätzen, die an etwas erinnern, Zeigen von Zitaten, Koppelung von Zitaten und Zeigen, was sich in der Chemie solcher Koppelungen zeigt“ (Heißenbüttel) – „Mitteilung des nicht – oder noch kaum – Mitteilbaren; das ist Aufgabe eines Lyrikers“ (Domin) – „Der Zweck des Ge-

dichts ist sein Leser, der, indem er sich mit dem Gedicht befaßt, sich mit sich selber zu befassen genötigt wird“ (Kunert) – „Für mich besteht die Poesie darin, in Brot und Wein, die uns ernähren, die Gegenwart des Heiligen spürbar zu machen“ (Bonnefoy) – „Reine Schönheit ohne den Ballast von Bedeutung und Gehalt“ (Heißenbüttel) – „Ein Gedicht, das kein Geheimnis verbirgt, gleicht einer Blüte ohne Farbe und Duft“ (Heuschele) – „Texte sind Leerformeln, Formen, in denen nichts drin ist“ (Jandl) – „Das Wesen der Kunst ist Einfachheit, Größe und Empfindung, das Wesen ihrer Form ist Kühle“ (Brecht) – „Meine Lyrik übersetzt nichts, erklärt nichts, sagt nichts aus, umfaßt keine Genzheit, erfüllt keine Hoffnung“ (Rózewicz).

These II:

Lyrik ist tot. Paul Celan schreibt in einem Brief aus dem Jahre 1960: „Wir leben unter finsternen Himmeln und – es gibt wenig Menschen. Darum gibt es wohl auch so wenig Gedichte“.

Unter vielen Anzeichen, die dafür sprechen, daß das Gedicht nicht mehr lebensfähig ist, möchte ich drei herausgreifen:

a) Die Konzentration im Verlags- und Buchhandelswesen

An Büchern, die keinen Gewinn bringen, besteht kein Interesse. Mammutunternehmen brauchen Mammutgewinne. Im Herbstkatalog der Frankfurter Buchmesse 1971 finden sich kaum zehn Titel moderner deutschsprachiger Lyrik. Zehn Titel bei über 30 000 Neuerscheinungen. Piontek meinte einmal resigniert: „Mit Gedichten kann man heute keinen Hund mehr hinter dem Ofen hervorlocken“; und er fügt sarkastisch dazu: „Nun, das dürften sich die Schreiber von Gedichten euch kaum als Aufgabe gestellt haben.“

b) Resignation der Lyriker

Bachmann, Eich, Enzensberger, Kaschnitz schreiben kaum mehr ein Gedicht; Celan und Von der Vring haben den Tod gesucht; angesichts der gigantischen und fast hundertprozentig wirksamen Fremdbeeinflussung des Menschen zu bestimmten wirtschaftlichen, politischen und kulturellen Verhaltensweisen scheint es aussichtslos und überflüssig, Gedichte zu schreiben. Für das Fernsehen scheint das Gedicht nicht zu existieren, für den Rundfunk bestenfalls zu vorgerückter Nachtzeit oder am Sonntagmorgen, für die Tagespresse in einzelnen Fällen als Lückenbüßer. Ange-

RECORSAN[®]

- LIQUID. c. Rutin

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

O.P. Tropfflasche zu 30 ml

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

sichts der hohen qualitativen Ansprüche – globale Meßwerte – resignieren manche Anfänger in einer Zeit, die voller Ungeduld ist und in Kürze den Erfolg sehen möchte: Ich erinnere nur daran, daß Benn von seinen 300 Gedichten kaum sechs als brauchbar bezeichnet hat, und daß Rilkes Sonette an Orpheus in der Feuilleton-Redaktion einer großen Berliner Zeitung drei Jahre herumlegen, ehe man sie überhaupt einem Rezensenten übergeben hat.

c) Resignation des Lesers

Mancher Leser resigniert vor der Verschlüsselung des modernen Gedichts. Wenn er Worte liest, wie „Das Nichts rollt seine Meere zur Andacht“ (Celan), erkennt er sich in der Lage eines Bedeutungsrätsellösers. Zwar ist er von der Werbung einiges an Poesie bereits gewöhnt – denke man nur an den schönen Satz, der in jeder Drogerie zu lesen ist: „Die junge Art, sich zu seiner Haut zu bekennen“ – aber es kommt hinzu, daß ihn die Vielfalt der literarischen Auffassungen irritiert, und daß ihm kaum jemand beisteht, wenn er unbewußt zur Wachsamkeit gerufen wird: Vorsicht, der Dichter lügt, nur Wissenschaft und Technik sagen die Wahrheit. Die Didaktiker berichten aus den Schulen ähnliches: die begabteren Kinder seien mißtrauisch und wollen sich vom Dichter nicht für dumm verkaufen lassen, sie glauben, daß der Dichter sie an der Nase herumführe; nur Minderbegabte glauben noch an die Welt der Dichtung.

These III:

Lyrik lebt

e) Aus dem Anwachsen der Fernsehmüdigkeit, der zunehmenden Abstumpfung gegenüber den massierten mobilen Eindrücken kann man hoffen, daß eine Rückbesinnung auf literarische Werte erfolgt. Auch die Zunahme der Freizeit und die Tatsache, daß jeder Mensch ein Bedürfnis nach einer kreativen Ausgleichstätigkeit besitzt, lassen einiger Hoffnung Raum, daß das Gedicht wieder Ansehen gewinnen könnte. Immerhin breuche ich zur Lek-

türe von Gedichten zwar vielleicht mehr Konzentration als zu einem Roman, gewiß aber weniger Zeit.

b) Trotz der Aussichtslosigkeit, jemals einen Verleger zu finden, schreiben viele Menschen Gedichte. Jeder, der einmal an einer Jury beteiligt war, weiß, wie hoch die Zahl der Einsendungen bei Lyrik-Wettbewerben ist. Ob Brecht richtig geurteilt hat, wenn er im Jahre 1926 anläßlich eines Preisausschreibens der „Literarischen Welt“ bei über 500 Einsendungen keinem Lyriker den Preis zuerkannte mit der Begründung, den Einsendern sei vor allem „Sentimentalität, Unechtheit und Weltfremdheit“ vorzuwerfen, bleibe angesichts der vernichtenden Urteile Brechts über Rilke („Schleim von höchstem Adel“) dahingestellt; auch diese Maßstäbe sind wohl in verschiedene Ebenen abzustufen und unter Berücksichtigung des in These I Angedeuteten heute besonders problematisch, will man nicht den Anfängern jeglichen Mut nehmen.

c) Die Zahl der Lyrik-Interpretationen für didaktische Zwecke in Volks-, Real- und Höheren Schulen ist ständig im Wachsen. Ein neues Lyrik-Verständnis, eine neue Aufgeschlossenheit und Bereitschaft für lyrische Formen wird spürbar. Kinder lernen selbst, Gedichte zu machen – Parallele: Erlernen eines Musikinstruments – und erlangen dadurch ein weit lebensfähigeres literarisches Verständnis als dies jemals der Fall war, wo durch Auswendiglernen von Gedichten der literarische Sinn eher beseitigt als geweckt wurde.

These IV:

Es besteht berechtigte Hoffnung, daß die Lyrik überlebt.

Dieser These ist nichts hinzuzufügen als der Wunsch, sie möge sich erfüllen.

Anschr. d. Verf.: Dr. Ernst R. Hauschka, 8400 Regensburg, Rennweg 21

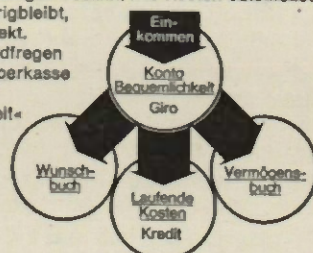


Sie leben. Wir sorgen dafür,

daß die Kasse stimmt. Ein Girokonto ist für junge Leute besonders interessant. Wir nennen es das »Konto Bequemlichkeit«. Das funktioniert wie ein persönlicher Buchhalter. Pünktlich und zuverlässig werden alle Einnahmen verbucht, Rechnungen bezahlt, fixe Kosten automatisch per Dauer- oder Einzugsauftrag erledigt und das, was übrigbleibt, gesperrt. Monat für Monat läuft das reibungslos und perfekt. Wer also Besseres zu tun hat, als sich dauernd über Geldfragen Gedanken zu machen, sollte schon morgen bei seiner Sparkasse ein Girokonto einrichten. (Ausweis nicht vergessen!)

Wie einfach es ist, über das »Konto Bequemlichkeit« mit seinem Geld zurechtzukommen, zeigt unser kleines Scheubild. Wer sich dieses Prinzip zu eigen macht, für den hat Geld bald nur noch freundliche Seiten.

Es ist so einfach mit dem Geld – man muß es nur richtig machen.



Wenn's um Geld geht... Sparkasse

Kongresse

Leo von Zumbusch Gedächtnisvorlesung am 29. Juni 1972 in München

Die Dermatologische Klinik und Poliklinik der Universität München und der Ärztliche Verein München e. V. laden zur Leo von Zumbusch Gedächtnisvorlesung ein.

Zeit und Ort: 29. Juni 1972, 12.00 Uhr, Großer Hörsaal der Klinik, München 2, Frauenlobstraße 9

Fortbildungsveranstaltung des Deutschen Sportärztebundes e. V.

am 1./2. Juli in München

Am 1./2. Juli 1972 findet eine Fortbildungsveranstaltung des Deutschen Sportärztebundes e. V. in München statt.

Themen: Sportärztliche Untersuchung aus orthopädischer Sicht mit Diskussion – Volleyball – Tanzsport – Talentsuche bei Turnern und Jugendarbeit – Verletzungen des Kniegelenkes und ihre Behandlung

Auskunft: Dr. med. Peter Lenhart, 8000 München 21, Riegerhofweg 3, Telefon (08 11) 58 57 91

Symposium an der Medizinischen Universitätsklinik

am 11. Juli 1972 in Erlangen

Am 11. Juli 1972 findet an der Medizinischen Universitätsklinik in Erlangen unter der Leitung von Professor Dr. med. L. Demling ein Symposium statt.

Themen: Enteroskopie: Duodenoskopie – Jejunoskopie – Ileoskopie – retrograde Pankreatiko-Cholangiographie

Auskunft: Privatdozent Dr. med. M. Classen, Medizinische Universitätsklinik Erlangen, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12

Ärztliche Sofortmaßnahmen am Unfallort

am 8./9. Juli und am 4./5. November 1972
in Deisenhofen bei München

Das Bayerische Rote Kreuz veranstaltet an der Landesschule des BRK in Deisenhofen bei München, Linienstraße 53–55, zwei Wochenendlehrgänge für Ärzte und Zahnärzte zum Thema „Ärztliche Sofortmaßnahmen am Unfallort“.

Die Lehrgänge beginnen samstags um 13.00 Uhr und enden sonntags um 12.30 Uhr.

Das Ziel dieser Lehrgänge ist, Ärzten und Zahnärzten die Kenntnisse zu vermitteln, die bei akuten Notfällen, vor allem bei Verkehrsunfällen, erforderlich sind.

Schwerpunkt: Schockerkennung und erste ärztliche Maßnahmen sowie Herz-Lungen-Wiederbelebung. Neben der Theorie werden besonders die praktischen Anwendungen geübt.

Die Lehrgangsgebühr beträgt DM 20.– (einschließlich Unterrichtsmaterial, Mittagessen und Kaffee).

Anmeldung und Auskunft: Bayerisches Rotes Kreuz, Medizinalabteilung, 8000 München 22, Wagnmüllerstraße 16, Telefon (08 11) 22 33 21 oder 22 21 95

Fortbildungsseminare der Ärztekammer für Wien

in St. Wolfgang (Auhof)

3. bis 7. Juli 1972

EKG-Intensivkurs

10. bis 14. Juli 1972

Spektrum der Allergosen

17. bis 21. Juli 1972

Krebsforschung – Krebsbehandlung

24. bis 28. Juli 1972

Notfallmedizin – Erstmaßnahmen I

31. Juli bis 4. August 1972

Perinatale Medizin

7. bis 11. August 1972

Häufige neurologische Erkrankungen

14. bis 18. August 1972

Notfallmedizin – Erstmaßnahmen II

21. bis 25. August 1972

Wirkung und Nebenwirkung moderner Pharmaka

28. August bis 1. September 1972

Notfallmedizin – Erstmaßnahmen III

4. bis 8. September 1972

Typische Probleme der Kinderheilkunde

11. bis 15. September 1972

Rehabilitation in Österreich

18. bis 22. September 1972

Sexualberatung und Sexuaerziehung durch den Arzt

25. bis 29. September 1972

Repetitorium Ophthalmicum und Repetitorium Dermatologicum

Auskunft: Referat für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Ärztekammer für Wien, A-1010 Wien, Weihburggasse 10–12, Telefon (00 43/222) 52 46 81, Klappe 23

Fortbildungskurs für Phonokardlographie

am 27./28. Oktober 1972 in München

Am 27./28. Oktober 1972 findet in der Stiftsklinik Augustinum, München, ein Fortbildungskurs für Phonokardlographie (II. Teil) unter der Leitung von Professor Dr. Michel statt.

Anmeldung und Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbaaurstraße 16, Telefon (08 11) 47 60 87 (Apparat 95)

12. Bayerische Internistentagung

am 18./19. November 1972 in München

Am 18./19. November 1972 findet im Sheraton-Hotel, München 81, Arabellastraße 6, die 12. Bayerische Internistentagung statt und nicht – wie bisher angekündigt – am 9./10. Dezember 1972 im Messegelände München.

Auskunft: Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e. V., 8036 Herrsching, Summerstraße 3, Telefon (081 52) 62 64

Fortbildungskongreß des Kneipp-Ärztbundes

vom 14. bis 21. Oktober 1972 in Bad Wörlshofen

Vom 14. bis 21. Oktober 1972 findet ein Fortbildungskongreß des Kneipp-Ärztbundes — Ärztliche Gesellschaft für Physiotherapie — e.V. in Bad Wörlshofen statt.

Thema: Was gibt es Neues in der Entwicklung der modernen Kneipptherapie?

Auskunft: Sekretariat des Kneipp-Ärztbundes e.V., 8939 Bad Wörlshofen, Postfach 475, Telefon (0 82 47) 92 76

Herbsttagung der Bayerischen Röntgengesellschaft

am 21./22. Oktober 1972 in Kaufbeuren

Am 21./22. Oktober 1972 findet die Herbsttagung der Bayerischen Röntgengesellschaft in Kaufbeuren statt.

Voraussichtliche Themen: Moderne Erfordernisse der radiologischen Magendarmdiagnostik — Kolloquium über die derzeit in Deutschland angewendeten Methoden und Dosishöhen in der Strahlentherapie — Pyelonephritis — Radiologische und nuklearmedizinische Diagnostik

Auskunft: Sekretariat der Bayerischen Röntgengesellschaft, Frau Thomae, 8000 München 71, Maxhofstraße 46, Telefon (08 11) 7 55 16 16 und Dr. H. Keim, 8950 Kaufbeuren, Stadt Krankenhaus, Telefon (0 83 41) 25 25

8. Erlanger Kurs zur Einführung in die gastroenterologische Endoskopie, Biopsie und Zytologie

vom 23. bis 26. Oktober 1972 in Erlangen

Vom 23. bis 26. Oktober 1972 findet der 8. Erlanger Kurs zur Einführung in die gastroenterologische Endoskopie, Biopsie und Zytologie unter der Leitung von Privatdozent Dr. med. M. Classen an der Medizinischen Universitätsklinik in Erlangen statt.

Wegen der beschränkten Teilnehmerzahl ist baldige Anmeldung erwünscht.

Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12, Telefon (0 91 31) 85 33 74

7. Kurs für praktische Gastroenterologie

am 27./28. Oktober 1972 in Erlangen

Am 27./28. Oktober 1972 findet der 7. Kurs für praktische Gastroenterologie unter der Leitung von Professor Dr. med. L. Demling an der Medizinischen Universitätsklinik Erlangen statt.

Auskunft: Privatdozent Dr. med. M. Classen, Medizinische Universitätsklinik Erlangen, Krankenhausstraße 12

Obstipation ist keine Altersfrage



Ob mit 5 oder 90 Jahren —

Colonorm[®]

normalisiert die Colofunktion

- milde, verlässliche Wirkung
- kann unbedenklich Schwangeren, Wöchnerinnen und Kindern gegeben werden
- keine schleimhautreizenden und anderen drastischen Effekte
- Anregung des Colons durch Stimulierung des Auerbach' Plexus
- colonspezifischer Effekt

Zusammensetzung: 60 ml Sirup enthalten: 24 ml Extract. Follic. Sennae stand. mit 120 mg Sennosiden A+B. 1 Tablette enthält: 153 mg Follic. Sennae pulv. etand. mit 7 mg Sennosiden A+B.

Indikationen: Akute und chronische Obstipation (prae- und postoperative Dermträgheit), als Adjuvenstherapie, während der Schwangerschaft, im Wochenbett, während der Stillzeit, bei medikamentöser Obstipation, bei Hämorrhoiden, Anal fissuren, Proktitis.

Kontraindikationen: Akutes und subakutes Abdomen.

Dosierung:

	Tabletten (1 Tabl. = 7 mg) Sennoside A+B	Sirup (1 Teel. = 6 mg) Sennoside A+B
Erwachsene und Jugendliche	2-4 Tabletten	2-3 Teelöffel
Kinder zwischen 6 und 12 Jahren	1-2 Tabletten	1-2 Teelöffel
Kinder unter 6 Jahren	1/2-1 Tablette	1/2-1 Teelöffel

In besonderen Fällen kann die Dosis unbedenklich erhöht werden. Ist die normale, regelmäßige Darmfunktion wiederhergestellt, wird die Dosis stufenweise reduziert.

Hinweis: Die Einnahme erfolgt am besten nach dem Abendessen. Colonorm[®] führt nach 8-10 Stunden zur schmerzlosen, leichten Entleerung eines weichen, geformten Stuhles. Die Nachtruhe ist gesichert.

Handelsformen:

30 Tabletten	DM 2,70 m. MWSt.
60 Tabletten	DM 4,70 m. MWSt.
A.P. mit 200 Tabletten	DM 12,65 m. MWSt.
Flasche mit 60 ml	DM 7,65 m. MWSt.
Flasche mit 150 ml	DM 15,15 m. MWSt.



Mundipharma GmbH
Frankfurt

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat April 1972 *

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Den Gesundheitsämtern wurden im April etw. ebenso viele Scharlacherkrankungen angezeigt wie im März. Die Zahl der Erkrankungen an übertragbarer Hirnhautentzündung blieb ebenfalls unverändert, lediglich erkrankten etwas weniger Menschen an der durch Meningokokken erregten Form, dagegen etwas mehr an übrigen Formen.

Die Häufigkeit von Salmonellose-Erkrankungen (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) ging im April zurück, und zwar betrug sie im März noch 30, nunmehr 20 Fälle je 100 000 Einwohner (auf ein Jahr umgerechnet). Die Erkrankungsziffer an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) sank geringfügig von 30 Fällen im März auf 29 im April, jeweils auf 100 000 Einwohner.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 2. bis 29. April 1972 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Ohrrentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritide Infectiosa				Sotum Itemus	
							Meningokokken-Meningitis		übrige Formen										Salmonellose		übrige Formen			
	E)	ST)	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	—	—	204	—	—	—	2	2	15	1	1	—	1	—	—	—	10	—	110	—	—	—	—	—
Niederbayern	—	—	7	—	—	—	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	1	—	—	—
Oberpfalz	—	—	12	—	—	—	1	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—	—
Oberfranken	—	—	90	—	—	—	2	—	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13	—	—	—	—	—
Mittelfranken	—	—	77	—	—	—	2	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	14	—	—	—	—	—
Unterfranken	—	—	50	—	—	—	—	—	8	—	1	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—
Schwaben	—	—	69	—	—	—	1	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	—	1	—	—	—
Bayern	—	—	509	—	—	—	10	5	47	2	2	—	1	—	—	—	10	—	163	—	2	—	—	—
München	—	—	97	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	8	—	77	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	32	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis Infectiosa		Ornithose				Bangsche Krankheit		Malaria-Rückfall		Q-Flieber		Toxoplasmose		Trichinose		Wundstarrkrampf						Verdachtsfälle von Tollwut ²⁾	
			Pellicose		übrige Formen																			
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	80	—	—	—	1	—	2	—	1	—	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Niederbayern	30	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberpfalz	22	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	6	—
Oberfranken	16	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mittelfranken	19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Unterfranken	21	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2
Schwaben	49	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10
Bayern	237	3	1	—	4	—	2	—	1	—	5	—	8	—	1	—	2	1	—	—	—	—	—	20
München	43	—	—	—	1	—	1	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1

¹⁾ Bericht des Bayerischen Staatlichen Landesamtes.

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

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

Ungewöhnliche Berufe – ungewöhnliche Möglichkeiten – als Flugmediziner

Können Sie auch bei mach 2,1 noch kühles Blut bewahren, Herr Dr.?

Sie müssen es, wenn Sie zu uns kommen wollen. Es muß endlich mit dem Vorurteil aufgeräumt werden, daß die Bundeswehr Sammelbecken mittelmäßiger Begabungen sei. Die hohe Technisierung verlangt hervorragende Qualitäten. Nicht nur als Arzt, sondern auch als Offizier und Mensch.

Darum sind uns die Besten gut genug. Hohes Wissen, nicht nur in der Medizin, sondern auch in Technik, Organisation und Menschenführung wird verlangt. Dafür werden vorbild-

liche Forschungsmöglichkeiten, modernstes Gerät und zuverlässige Helfer geboten.

Wenn Sie glauben, all diese Anforderungen (wir geben zu, sie sind hoch) erfüllen zu können, wenn Ihnen der Aufbruch ins dritte Jahrtausend Spaß macht – ausgestattet mit den neuesten Möglichkeiten: informieren Sie sich – auch über die finanzielle Seite.



COUPON (Gewünschtes bitte ankreuzen)
Bitte informieren Sie mich über die Laufbahn
der Offiziere Unteroffiziere in Heer
Luftwaffe Marine Sanitätsdienst
Wehrtechnik (Beamtenlaufbahn) Bundes-
wehr allgemein
Werbeträger: 272/141501/13/04/1/1
Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Beruf: _____
Ort: () _____
Straße: _____
Schulbildung: Abitur Oberstufe Mittlere
Reife Fachschule Hauptschule
Bitte in Blockschrift ausfüllen, auf Postkarte
kleben und senden an:
Bundeswehramt, 5300 Bonn 7, Postfach 7120.



Ferleneustusch

Herr Dr. René Pfeiffer, 26, Rue Parelléle, Strasbourg-Neuhof, sucht eine deutsche Arztfamilie, die seinen 14jährigen Sohn in der Zeit vom 10. bis 31. Juli 1972 zur besseren Erlernung der deutschen Sprache bei sich aufnimmt. Im Austausch könnte ein deutscher Arztsohn in der Zeit vom 1. bis Ende August 1972 in seiner Familie in Stresbourg und einem Ferienort in den Pyrenäen aufgenommen werden.

Interessenten sollen sich direkt mit dem französischen Kollegen in Verbindung setzen.

Mitteilung der Deutschen Apotheker- und Ärztebank in Zusammenarbeit mit der Deutschen Genossenschaftskasse Frankfurt

Bislang stellten die Anleger (= Kommanditisten) von steuersparenden Beteiligungsgesellschaften ihre Anträge auf Ermäßigung der Einkommen- und Körperschaftssteuervorauszahlungen jeweils bei dem Finanzamt ihres Wohnsitzes. Diese Regelung ist jetzt durch den Bundesminister für Wirtschaft und Finanzen nach vorgegangenen Besprechungen mit den Einkommensteuerreferenten der Länder modifiziert worden. Von nun an wird auch das Finanzamt, das für die Projektträgersgesellschaft zuständig ist, eingeschaltet. Das für die Gesellschaft zuständige Finanzamt muß demnach bescheinigen, daß der voraussichtliche Verlust in der prognostizierten Höhe für den Veranlegungszeitraum auch tatsächlich zu erwarten ist. Bislang reichte lediglich die entsprechende Verlustbescheinigung der Gesellschaft aus.

Im einzelnen führt der Bundesminister in einem Schreiben an die Finanzminister (-senatoren) der Länder vom 18. Februar 1972 zu dem Problemkreis der Herabsetzung der Verlustzuwalsungen durch die Finanzämter aus:

„Die bisherige Regelung, nach der die Entscheidung über derartige Anträge grundsätzlich durch das Wohnsitzfinanzamt ohne Einschaltung des Betriebsfinanzamtes zu treffen war (vgl. mein Rundschreiben vom 8. Juni 1970 – IV B/3 – S 2297 – 21/

70), stellte nicht ausreichend sicher, daß die zur Begründung der Anträge vorgebrachten Sachverhalte von der Finanzverwaltung überprüft werden konnten. Um dies sicherzustellen, bitte ich, künftig die Betriebsfinanzämter einzuschalten. Den Anträgen kann entsprochen werden, wenn

- a) das für die Gesellschaft zuständige Finanzamt erklärt hat, daß ihm die Entstehung eines voraussichtlichen Verlustes in bestimmter Höhe für den betreffenden Veranlegungszeitraum glaubhaft gemacht worden ist, und
- b) die Gesellschaft bestätigt, welcher Anteil an diesem Verlust auf den Gesellschafter entfällt.

An einer Abschreibungsgesellschaft sind regelmäßig viele Gesellschafter mit hohen Einkünften beteiligt. Die steuerlichen Verhältnisse einer Abschreibungsgesellschaft haben daher erhebliche Auswirkungen auf die steuerlichen Verhältnisse einer großen Anzahl von Steuerpflichtigen.

Die Betriebsfinanzämter heben deshalb die von Abschreibungsgesellschaften abzugebenden Erklärungen zur einheitlichen und gesonderten Gewinnfeststellung bevorzugt anzuordern und die Feststellung so schnell wie möglich und – soweit erforderlich – betriebsnah durchzuführen.“

Dem dargelegten Erleß liegen nach Mitteilung des Bundesministers für Wirtschaft und Finanzen die nachstehend aufgeführten Erwägungen zugrunde:

Beteiligungsgesellschaften, in der Regel in der Rechtsform einer GmbH & Co. KG, warben bei anlagewilligen Geldgebern mit Verlustzuwalsungen. In der Werbung wird dabei häufig dem Kaufwilligen zugesagt, daß er sofort nach Zeichnung des Anteils eine Bescheinigung der Gesellschaft über die Höhe seines voraussichtlichen Verlustanteils erhalten, diese Bescheinigung nur seinem Finanzamt vorzulegen brauche und die Vorauszahlungen bei seiner Einkommensteuer mindern könne.

Die Erfahrungen der Vergangenheit haben gezeigt, daß oftmals die Verluste in Wirklichkeit wesentlich niedriger waren als in der Bescheinigung der Gesellschaft festgestellt. Um für die Zukunft zu vermeiden, daß aufgrund unzutreffender Anga-

ben die Steuervorauszahlungen zu niedrig bemessen werden, haben die Einkommensteuerreferenten der obersten Finanzbehörden der Länder beschlossen, daß auch das Finanzamt eingeschaltet wird, das für die Gesellschaft zuständig ist, das mit den Verlustzuwalsungen wirbt. Dasam Finanzamt (Betriebsfinanzamt) muß die Gesellschaft nunmehr glaubhaft machen, daß in dem betreffenden Wirtschaftsjahr ein Verlust in bestimmter Höhe antstehen wird. Das für den Steuerpflichtigen zuständige Finanzamt kann die Vorauszahlungen wegen der Beteiligung an einer Abschreibungsgesellschaft in Zukunft herabsetzen, wenn ihm eine Bescheinigung des für die Gesellschaft zuständigen Finanzamtes über die Höhe des voraussichtlichen Verlustes vorgelegt wird und die Gesellschaft bestätigt, welcher Anteil an diesem Verlust auf den jeweiligen Gesellschafter entfällt.

Die Modifizierung durch den Bundesminister für Wirtschaft und Finanzen macht unserer Meinung nach noch einmal sehr deutlich, daß man von offizieller Seite – mehr noch als dies durch das 2. Steueränderungsgesetz von 1971 bereits geschehen ist – gewillt ist, bei den steuersparenden Beteiligungsangeboten „die Spreu vom Weizen zu trennen“. Die betriebsnahe Prüfung der Projektträgersgesellschaften wird es in Zukunft den unseriösen Anbietern – die sich in erschreckend großer Zahl am steuersparenden Beteiligungsmarkt tummeln und somit auch die guten Abschreibungsgesellschaften durch ihren schlechten Ruf gefährden – nahezu unmöglich machen, mit „fiktiven Verlustzuwalsungen“, die nicht durch die ökonomischen Daten des Unternehmens erhärtet sind, bei potentiellen Anlegern zu werben. Letztendlich fühlen wir uns durch die neuen Maßnahmen des Bundesministers in unserer Angebotspolitik bei den steuersparenden Beteiligungen bestätigt, die sich ausschließlich auf eine strenge bankübliche Bonitätsprüfung der Projektträgersgesellschaften stützt.

Albart-Knoll-Preis verliehen

Zum ersten Mal wurde beim 16. Wissenschaftlichen Kongreß der Saarländisch-Pfälzischen Internistengesellschaft in Bad Dürkheim am 11. März 1972 das von der Ludwigshafen-

ner Knoll AG gestiftete Albert-Knoll-Preis verliehen. Er wird vergeben für hervorragende Arbeiten auf dem Gebiet der inneren Medizin und ist mit DM 5000,- dotiert.

Zwei Preisträger teilten sich in diesem Jahr den Preis, den der Erste Vorsitzende der Internistengesellschaft, Professor Dr. Gustav PARADE, Neustadt/Weinstraße, überreichte: Dr. Heinz HELD von der Universität Tübingen mit der Arbeit „Klinische und tierexperimentelle Untersuchung über die Bedeutung und den Mechanismus der Beeinflussung der Arzneimittel-Biotransformation durch Fremdstoffe und Erkrankungen von Leber und Niere“ und Professor Wolfgang SCHNEIDER von der Universitätsklinik Homburg/Saar, dessen Arbeit den Titel trägt „Die Neusynthese von Phosphonukleotiden in menschlichen Blutplättchen“.

Siesta-Ruhestuhli auf Rädern

Nicht nur im Pflegebereich gut ausgestatteter Kliniken, Sanatorien und Pflegeheime sind bequeme und formschöne, physiologisch maßstabgerechte Polstersessel zum Sitzen und zum Ausruhen ein Erfordernis für die Kranken und das überlastete Pflegepersonal, auch im Hause von Körperbehinderten empfiehlt sich ein Rollstuhl vom Typ des Thonet-Siesta 102. Er erleichtert die vollkommene Entspannung sowie den bequemen Transport zwischen Wohn-, Ess- und Schlafräumen oder dem Bad.

Eine höherverstellbare Nackenstütze und die in jeder beliebigen Winkelstellung feststellbaren Rücken- und Fußteile bilden für jeden Patienten anpaßbare Variationsmöglichkeiten. Dieser Rollstuhl wird in Deutschland hergestellt und durch die Organisation „Hilfen für Körperbehinderte“, 2140 Bremervörde, Postfach 183, geliefert.

Kongreßreise

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

Studienreise für Präventiv- und Sozialmedizin in die Sowjetunion vom 2. bis 12. September 1972

Reiseroute: Frankfurt - Leningrad - Moskau - Kiew - Frankfurt

Gespräche mit den zuständigen Institutionen in Leningrad, Moskau und Kiew und Besichtigungen in Kliniken werden einen Einblick in die Gesundheitsvorsorge des Landes geben. Neben dem umfangreichen Fachprogramm werden die Teilnehmer auch die touristischen Sehenswürdigkeiten der zu besuchenden Städte kennenlernen.

Der Tourpreis pro Person beträgt: DM 1275,-; Einzelzimmerzuschlag DM 180,-.

Der Tourpreis beinhaltet folgende Leistungen:

Flug gemäß Programm in der Economy-Klasse mit Linienmaschinen internationaler Luftverkehrsgesellschaften und Aeroflot; Unterbringung in Doppelzimmern mit Bad/WC; Einzelzimmer gegen Zuschlag; drei Mahlzeiten täglich; Besichtigungen fachlicher und touristischer Art.

Ausführliche Programme stehen auf Anforderung zur Verfügung.

Auskunft: „Bayerisches Ärzteblatt“, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16.

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

Kongreßkalender

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.

Juli 1972

1. - 4. 7. in Weissenbach:

9. Atterseetagung für homöopathische Medizin. Auskunft: Dr. Georg Bayr, A-8793 Trofaiach, Am Platz 16.

2. - 7. 7. in Kiew:

Internationaler Kongreß für Gerontologie. Auskunft: Institut de Gérontologie, Académie des Sciences médicales de l'U. R. S. S., 67 rue Vychgorodskaia, Kiew 114 (UdSSR) und DER, 6000 Frankfurt, Postfach 3621.

4. - 11. 7. in Budapest:

Internationaler Kongreß für Gynäkologie. Auskunft: Hapag-Lloyd Reisebüro, 6000 Frankfurt, Friedrich-Ebert-Anlage 44.

12. 7. in Gütersloh:

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Westfalen-Lippe. (Thema: Automation und Menschlichkeit). Auskunft: Prof. Dr. O. Lippross, 4600 Dortmund, Hohenzollernstraße 35.

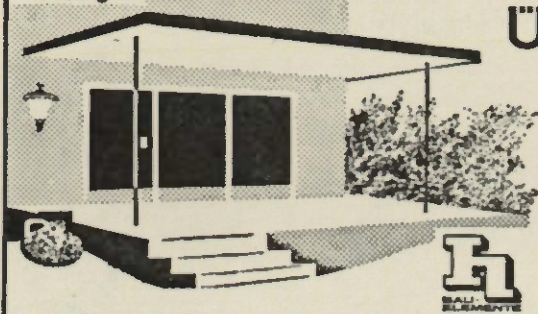
17. 7. - 5. 8. in Badgastein:

I. internationaler Seminarkongreß der Bundesärztekammer (Thema: Prävention, Therapie, Rehabilitation in der ärztlichen Praxis). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410 220.

20. - 22. 7. in Würzburg:

Tagung der Bayerischen Chirurgen-Vereinigung. Auskunft: Sekretariat

® Plexiglas



ÜBERDACHUNGEN

für Terrasse • Balkon • Houstür
Winnergärten • Trennwände etc.

KUPFERVORDÄCHER

Erstklassig in Gestaltung, Material u.
Verarbeitung. Festpreise • Garantie
Etwas Besonderes nach Maß!

Kostenlose Information von:

J. Bulech, 8000 München 15,
Bavariastraße 26
Telefon: (08 11) 77 81 86

Anzeigenschluß für
die Juli-
Ausgabe
ist am
26. 6. 1972

der Chirurgischen Universitätsklinik, 8700 Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, und Prof. W. Fick, 8000 München 19, Weihallastraße 35.

31. 7. – 5. 8. in Malente:

Ferlenkurs in der Holsteinischen Schweiz über Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder. Auskunft: Gesellschaft für Manuelle Lymphdrainage, 4300 Essen, Rüttenscheider Straße 82.

August 1972

10. – 13. 8. in Regensburg:

III. Internationales Symposium für Klinische Pharmakologie. Auskunft: Sekretariat der Internationalen Symposien für Klinische Pharmakologie, 8400 Regensburg 1, Postfach 345.

14. – 19. 8. in Tokio:

XX. Internationaler Kongreß für Psychologie. Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Psychologie, 3400 Göttingen, Rohnsweg 25.

20. – 26. 8. in Norderney:

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Nordrhein. Auskunft: Ärztekammer Nordrhein, 4000 Düsseldorf, Tersteegenstraße 31.

21. – 25. 8. in München:

Wissenschaftlicher Kongreß (Thema: Sport in unserer Welt). Auskunft: Organisationskomitee für die Spiele der XX. Olympiade München 1972, 8000 München 13, Saarstraße 7.

27. 8. – 2. 9. in Karlsruhe:

24. Therapiekongreß und 24. Hellmittelausstellung. Auskunft: Dr. med. P. Hoffmann, 7500 Karlsruhe 1, Kaiserallee 30.

28. 8. – 9. 9. in Meran:

XX. Internationaler Fortbildungskon-

greß der Bundesärztekammer. (Thema: Notfalltherapie in der ärztlichen Praxis). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410 220.

Bellaganhinweis:

Dieser Ausgabe sind Prospekte der Firmen
Labopharma, Berlin
Sharp & Dohne, München
beigefügt.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbaurstraße 18, Telefon (0811) 47 60 87, Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

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

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 5,5% = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Postscheckkonto Nr. 52 52, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“).

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8000 München 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. Scharschinger, München.

Druck: Druckerel 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 Einwendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

Bayerische Wirtschaftsvereinigung

des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) eGmbH
8000 München 80, Mühlbaurstraße 16 - Telefon (0811) 477185 und 4704465
Geschäftszeit: Montag mit Freitag 8.30 bis 17.00 Uhr

**Ärzte in Bayern kaufen bei der Bayerischen Wirtschaftsvereinigung
in München im Ärztehaus Bayern**

Verkauf von:

Praxismobiliar, Ärztlichen Geräten, Labor-Artikeln, Instrumenten.
Autorisierter Dr. Lange Fachhändler und Dr. Lange Test-Depot.
Einmalartikel in großer Auswahl zu anerkannt niedrigen Preisen.
Reichhaltiges Lager in Berufskleidung und Berufswäsche.

Vermittlung von:

Eigentumswohnungen, Krediten, Versicherungen.
Anlage- und Vermögensberatung.

Der Landkreis Lichtenfels/Ofr. sucht einen erfahrenen und qualifizierten

leitenden Arzt

für die geburtshilflich-gynäkologische Abteilung.

Der Landkreis baut in der Kreisstadt Lichtenfels in Ideeler Lage ein Krankenhaus der Grundversorgung (420 Betten). Das Krankenhaus wurde in Funktion und Medizintechnik nach modernsten Gesichtspunkten geplant. Baukosten einschließlich neuzzeitlicher Personalwohnungen und Schwesternschule 60 Millionen DM. Das Krankenhaus ist zukunftswahrend und wird am 1. 4. 1973 in Betrieb genommen.

Von dem Bewerber wird erwartet, daß er eingeschlossen und aus innerer Überzeugung bereit ist, ein hochqualifiziertes Ärzteteam aufzubauen. Eine positive Einstellung zur heute angestrebten Struktur im Krankenhaus ist Voraussetzung.

Bewerbungen werden erbeten an die Landkreisesverwaltung, z. H. Herrn Landrat Walther, 8620 Lichtenfels (Main).

Beim Nervenzentrum Schloss Werneck (730 Betten) ist die Stelle des

Direktor-Stellvertreters

mit entsprechender fachlicher Weiterbildung (BesGr. A 15) neu zu besetzen.

Gleichzeitig werden

Assistenz- und Abteilungsärzte

gesucht (BAT II-1a entsprechend den persönlichen Voraussetzungen). Die Tätigkeit wird für die Dauer von 2 1/2 Jahren auf die Weiterbildung für den Facharzt für Psychiatrie angerechnet. Werneck liegt im Vorfeld von Schweinfurt, nahe Würzburg und Bad Kissingen. Zusatzversorgung und alle Vergünstigungen des öffentlichen Dienstes (Beihilfen, Umzugskosten), Nebeneinkommen durch Unterrichts- und Gutachertätigkeit. Dienst- bzw. Mietwohnung vorhanden, für Alleinwohnende steht in Bälde ein modernes Appartementhaus zur Verfügung.

Bewerbungen an den Direktor Dr. Dr. B. Kohlhepp, 8722 Werneck, Postfach 45.

Facharzt für Innere Medizin als

Oberarzt

für die Innere Abteilung des Kreiskrankenhauses Füssen zum nächstmöglichen Termin gesucht.

Tätigkeit als Chefarzt-Verehrer ohne Stationsführung. Die Abteilung umfaßt derzeit rund 100 Betten. Im Hause befinden sich außerdem eine chirurgische- und gynäkologische Abteilung. Die Gesamtbettenzahl beträgt 240.

Das Haus ist neu erbaut bzw. renoviert und mit modernsten Einrichtungen ausgestattet.

Die Vergütung erfolgt nach der Vergütungsgruppe I b BAT, zuzüglich namhafter Chefarztzulage und Nebeneinkommen, zusätzliche Altersversorgung.

Für Alleinwohnende steht ein Appartement mit Bad, WC und Kochgelegenheit, sowie eigenes Hellenschwimmbad zur Verfügung. Bei der Beschaffung einer Wohnung für verheiratete Bewerber wird durch den Landkreis Hilfe geleistet.

Die Stadt Füssen hat rund 11 000 Einwohner; Gymnasien und Realschule. Sie liegt direkt an der österreichischen Grenze und ist von vielen Seen umgeben. Außerdem ist reichlich Möglichkeit für Sommer- und Wintersport (Bergbahnen, Kunsteisstadion, Hellensbäder) gegeben.

Ihre Bewerbung erwartet das Landratsamt Füssen - Personalabteilung -, 8958 Füssen, Augsburgstraße 15, Telefon (0 83 62) 70 60.

Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte sucht für die neu erbaute Kurklinik Auental, Jugend-Sanatorium für innere Krankheiten in Bad Staben

1 Stationsarzt(ärztin)

1 Medizinalassistent(assistentin)

Die Klinik umfaßt 172 Betten. Die Versorgung erfolgt durch 7 Ärzte. Außer dem üblichen Personal werden die Patientinnen noch von 1 Diplom-Psychologen, 3 Beschäftigungstherapeutinnen und 8 Gymnastiklehrerinnen betreut.

Modernste funktionsdiagnostische und physiotherapeutische Einrichtungen stehen zur Verfügung.

Eine großzügige physiotherapeutische Abteilung mit allen Möglichkeiten passiver wie aktiver Behandlungsmaßnahmen (Sauna, Schwimmbad, Gymnastikhallen, großes Freigelände usw.) ist vorhanden.

Die Indikationen sind: Erkrankungen der Atmungsorgane, Herz-Kreislauferkrankungen, vegetatives Syndrom, Haltungsschwächen.

Geboten werden für den Stationsarzt:

Vergütung nach Gruppe IIa/Ib MTAng.-BIA (entsprechend BAT)

für den Medizinalassistenten:

Vergütung 55 % von Gruppe II a MTAng.-BIA im ersten Monat, dann Erhöhung auf Gruppe II e möglich.

Alle Vergünstigungen des öffentlichen Dienstes. Nebeneinkommen durch Bereitschaftsdienst und Gutachten.

Großzügige Fortbildungsmöglichkeiten und Gelegenheit zu Kongreßbesuchen. Anrechnung auf die Weiterbildung in der inneren Medizin. Moderne Neubau-Dienstwohnung. Preiswerte Gemeinschaftsverpflegung.

Bad Staben liegt in landschaftlich sehr schöner Lage im Frankwald. Weiterführende Schulen sind bei guten Verkehrsverbindungen in der Nähe. Die nächsten größeren Städte Hof und Bayreuth sind mit dem Wagen in 25 bzw. 45 Minuten erreichbar.

Bewerbungen erbeten an den leitenden Arzt Dr. med. G. Bendorf, Kurklinik Auental, 8675 Bad Staben, Postfach 1128, Telefon (0 92 98) 82 41-45

Beim **Narvenkrankenhaus** des Bezirks Unterfranken in **Lohr am Main** sind durch Erweiterung des Stellenplanes einige Stellen für

Ärzte

zu besetzen. Die Vergütung erfolgt nach BAT bzw. bei Beamten nach dem BayBes.Ges.

Vergütung für Bereitschaftsdienst, Nebeneinnahmen durch Unterricht an der Krankenpflegeschule und durch Gutachten.

Das Nervenkrankenhaus verfügt über 1080 Betten. Moderne Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Sozialarbeit, EEG, Echoenzephalographie, physikalische Therapie mit Bäderabteilung. Zur Facharztweiterbildung in Psychiatrie ermächtigt.

Lohr (17 000 Einwohner) liegt im Maintal am Rande des Spessarts, bietet viele Freizeitmöglichkeiten. Frankfurt, Würzburg und Aschaffenburg sind leicht erreichbar. Gymnasium am Ort.

Anfragen und Bewerbungen erbeten an **Obermedizinaldirektor Dr. Kroiß, 8770 Lohr am Main, Narvenkrankenhaus. Telefon (0 93 52) 5 76, 5 77, 5 19.**

Die **Bundesversicherungsanstalt für Angestellte** sucht für Ihre **Kurklinik Franken** (300 Betten), Sanatorium für Herz- und Gefäßkrankheiten, in **Bad Steben** (Nähe Hof/Seale)

1 Stationsarzt (-ärztin)

Vergütung nach MTAngBfA (BAT) II a/b.

1 Medizinalassistenten

Vergütung nach Tarif bzw. nach Einarbeitung MTAngBfA (BAT) II a.

Die Kurklinik ist mit modernen diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen (große Röntgen- und Angiographie-Abteilung, verschiedene Kreislaufabteilungen mit Spiroergometrie und Telemetrie sowie klinisch-chemische Labore mit Laborautomaten) ausgestattet und dient vornehmlich der Rehabilitation von kardologischen und rheumatologischen Erkrankungen. In größerem Umfang werden auch Rehabilitationsmaßnahmen bei Herzinfarktpatienten direkt im Anschluß an die Krankenhausbehandlung vorgenommen. Gute Fortbildungsmöglichkeiten in der inneren Medizin bzw. Röntgenologie sind gegeben und 2 Jahre der Tätigkeit werden auf die Weiterbildung zum Facharzt für innere Krankheiten angerechnet.

Bei einer 42-Stundenwoche (5 Tage) bieten wir ferner eine einmalige jährliche Sonderzuwendung, Vergütung des Bereitschaftsdienstes sowie gute Nebeneinnahmen durch Gutachten. Zusätzliche Altersversorgung und Übernahme der Umzugskosten.

Für ledige Bewerber stehen moderne Einzelzimmer oder Appartements, für verheiratete neuzulassende Wohnungen verschiedener Größen zur Verfügung.

Zu weiteren Auskünften stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an den **Chefarzt der Kurklinik Franken, 8675 Bad Steben, Berliner Straße 18, Telefon (0 92 68) 8 03 10.**

Im **Kreis Krankenhaus Rottenburg a. d. L.** in **Niederhatzkofen** (insgesamt 121 Betten) wird ab sofort

1 Facharzt für Chirurgie

mit unfallmedizinischer Qualifikation als

Oberarzt

eingestellt – Vergütung erfolgt nach BAT I a und Zulage.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind zu richten an: **Landratsamt - Personalabteilung -, 8303 Rottenburg e. d. Laaber**

Am **Städtischen Krankenhaus Furth i. Wald** (Bayerischer Wald – 10 000 Einwohner) ist ab 1. 7. 1972

die Belegarztstelle für Gynäkologie und Geburtshilfe

Infolge Erkrankung des bisherigen Stelleninhabers neu zu besetzen.

Die Belegstation hat 20 Betten. Eine Niederlassung als Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe am Ort ist nötig. Das Dienstverhältnis richtet sich nach den üblichen Belegarztverträgen.

Bewerbungen sind zu richten an die **Stadtverwaltung Furth i. Wald** oder an **Dr. Hirschmann, leitender Arzt des Städtischen Krankenhauses.**

Neunburg vorm Wald sucht

Frauenarzt

Neunburg vorm Wald liegt in landschaftlich schöner Lage im Oberpfälzer Wald und hat rund 5000 Einwohner, dazu ein Einzugsgebiet mit rund 20 000 Einwohnern. Im Kreis Krankenhaus, dessen medizinische Ausstattung dem modernsten Stand entspricht, z. B. neueste Röntgenanlage mit Bildverstärker-Fernsehanlage und Apparatur für Mammographie, stehen nach den vertraglichen Bestimmungen Betten als Belegarzt zur Verfügung. Neunburg vorm Wald liegt von Regensburg 55 km, Weiden 45 km und Schwandorf 25 km entfernt. Der Antrag auf Zulassung ist an den Zulassungsausschuß für Ärzte Oberpfalz in 8400 Regensburg, Landshuter Straße 49, zu stellen. Der Zulassungsausschuß ist vom hiesigen Landratsamt bereits unterrichtet.

Auskünfte erteilt: **Landratsamt 8462 Neunburg vorm Wald.**

Beim **Kreis Krankenhaus Neunburg vorm Wald** ist ab 1. September 1972 die Stelle des

Assistenzarztes auf der chirurgischen Abteilung

zu besetzen.

Die Vergütung richtet sich nach Vergütungsgruppe II BAT; Ober-, Bereitschafts- und Nachtstunden werden nach Tarif vergütet bzw. in eine monatliche Pauschale umgewandelt. Das Krankenhaus hat 100 Betten und ist zum Durchgangsarzt- und berufsgenossenschaftlichen Hellverfahren zugelassen. Zwei Jahre können für die chirurgische Facharztweiterbildung angerechnet werden; ebenso für die Facharztweiterbildung in Allgemeinmedizin. Wohnung und Verpflegung ist im Hause möglich. Neunburg vorm Wald ist eine Kleinstadt mit ca. 5000 Einwohnern und liegt in einer reizvollen Gegend. Regensburg liegt 55 km, Weiden 45 km und Schwandorf 25 km entfernt. Beste Straßenverhältnisse garantieren ein rasches Erreichen dieser Städte. Der jetzige Stelleninhaber verläßt wegen weiterer Facharztweiterbildung das Haus.

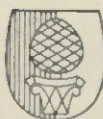
Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an die **Verwaltung des Kreiskrankenhauses 8462 Neunburg vorm Wald.**

Der Landkreis Bamberg sucht für sein **Kraskrankenhaus Burg-
ebrach** mit Schwerpunkten Chirurgie und Urologie (90 Betten)

1 Assistenzarzt

Die Vergütung erfolgt nach VergGr. II a LkrAT mit Pauschale für Bereitschaftsdienst. Darüber hinaus werden die zusätzliche Altersversorgung (beamtenähnlich) und die mannigfachen Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes gewährt.

Bewerbungen mit handgeschriebenem Lebenslauf, Lichtbild, beglaubigten Zeugnisabschriften usw. werden erbeten an den **Landkreis Bamberg, 8600 Bamberg, Promenadestraße 2 a.**



Der Krankenhauszweckverband Augsburg

(1653 Betten) sucht dringend für seine Labore vorwiegend für das klinisch-chemische Labor der medizinischen Kliniken und für die Röntgenabteilung der chirurgischen Kliniken

Med.-technische Assistentinnen Laborantinnen und Röntgenassistentinnen

zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Die Vergütung erfolgt nach BAT. Aufstiegsmöglichkeiten bis Verg.-Gr. IV b BAT.

Daneben werden die im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen wie Kinderzuschlag, Beihilfen und Gehaltsfortzahlung im Krankheitsfall gewährt. Darüber hinaus werden geboten für Sonderanschaffungen, beispielsweise Kraftfahrzeug, ein zinsloses Darlehen bis zur Höhe von DM 3000,- und die Möglichkeit der Gewährung eines Baudarlehen.

Die Verpflegung kann im Hause eingenommen werden. Bei der Wohnraumbeschaffung sind wir behilflich. Eine Unterbringung in einem der modernen Schwesternwohnheime kann in Aussicht gestellt werden.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an den **Krankenhauszweckverband Augsburg, 8900 Augsburg, Unterer Graben 4**

Beim **Kreiskrankenhause Neunburg vorm Wald** ist ab 1. August 1972 die Stelle eines

Medizinalassistenten auf der chirurgischen Abteilung

zu besetzen. Die Vergütung richtet sich nach Vergütungsgruppe III BAT und Sondervergütungen. Das Krankenhaus hat 100 Betten und ist zum Durchgangsarzt- und berufsgenossenschaftlichen Hellverfahren zugelassen. Zwei Jahre können für die chirurgische Facharztweiterbildung angerechnet werden; ebenso für die Facharztweiterbildung in Allgemeinmedizin. Wohnung und Verpflegung ist im Hause möglich. Neunburg vorm Wald ist eine Kleinstadt mit ca. 5000 Einwohnern und liegt in einer reizvollen Gegend. Regeneburg liegt 55 km, Weiden 45 km und Schwandorf 25 km entfernt.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an die **Verwaltung des Kreiskrankenhauses 8462 Neunburg vorm Wald.**

Das **Gerichtlich-medizinische Institut der Universität Zürich** sucht

Assistenten

Interessante, vielseitige Tätigkeit in Begutachtungspraxis und Pathologie. Gelegenheit zu wissenschaftlichen Arbeiten. Gute Bezahlung.

Schriftliche Anfragen an die **Direktion des Gerichtlich-Medizinischen Institutes der Universität Zürich, Zürichbergstraße 8, CH-8028 Zürich.**

Privatklinik am Tegernsee

sucht zum nächstmöglichen Termin eine erfahrene

MTA

für ein größeres klinisches Labor mit neuzeitlicher Einrichtung. Bewerberinnen mit Röntgenkenntnissen erwünscht, jedoch nicht Bedingung. Geboten wird eine sehr gute Dotterung (13 Monatsgehalt und Anwesenheitsgeld). Die Unterbringung erfolgt in Einzelzimmern, Verpflegung preisgünstig in der Klinik möglich.

Bewerberinnen, die an einer Dauerstellung interessiert sind, übersenden bitte Ihre Unterlagen an die **Verwaltung der Ringberg-Klinik, 8183 Rottach-Egern, Ringbergetraße 30.**

Löhehaus München

(Leitung:

Prof. Dr. Heilbrügge)

sucht dringend

Arzthelferin

mit Kenntnissen im mittleren Labor.

Geregelte Arbeitszeit, modern ausgestattetes Labor, Bezahlung nach BAT.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an die Leitung des **Löhehauses, 8000 München 19, Blütenburgstraße 71.**

Vartreter für kleine interne Fachabteilung mit Oberweisungspraxis in Bayern im August und September 1972 gesucht. Gute Bezahlung.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/195 an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.**

„Stetophon“

ELEKTRO-STETHOSKOP

Bequeme, zuverlässige und lautstarke Auskultation. Herz, Kreislauf, Atmung usw. Im Hörer oder Lautsprecher. Prospekt: **SANITEST 6 Frankfurt/M.-Eckenheim 358**

Stellengesuche:

Approbierte Ärztin, 32 Jahre, verh., sucht Halbtagsstellung (oder 3 x wöchentlich ganztags) in anerkannter Allgemeinpraxis im Raum zwischen München und Ingolstadt. Dauerstellung.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/196 an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.**

Facharzt für HNO Krankheiten übernimmt Urlaubsvertretung im August 1972. Als Operateur und in Praxis erfahren.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/223 an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.**

Versierte Assistenzärztin

übernimmt Vertretung in Allgemeinpraxis (ohne Geburtshilfe) im Raum Erlangen, Nürnberg, Regensburg, Landshut, in der Zeit von Juli bis Oktober 1972. Auch Kurzvertretungen von 14 Tagen.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/203 an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.**

Am Kreis Krankenhaus Kelheim, das zur Zeit von 210 auf 360 Betten erweitert wird, sind sofort folgende Stellen zu besetzen:

1 Assistenzarzt

für die chirurgische Abteilung

1 Medizinalassistent

für die chirurgische Abteilung

1 Medizinalassistent

für die gynäkologische Abteilung

1 Medizinalassistent

für die interne Abteilung

Das Kreis Krankenhaus Kelheim hat neben den Fachabteilungen für Chirurgie, Innere Medizin und Gynäkologie eine zentrale Röntgenabteilung sowie Beleg-Abteilungen für Augen-, HNO- und Heuterkrankungen.

Das Operationsprogramm der chirurgischen Abteilung umfasst sämtliche großen abdominalen Eingriffe, Strumen, urologische Operationen, die modernen Osteosynthese-Verfahren sowie die Versorgung mit Totalendoprothesen, ferner DA-Tätigkeit, die volle Zulassung zum berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren.

Die interne Abteilung verfügt über ein gut eingerichtetes medizinisches Labor sowie über sämtliche Möglichkeiten einer modernen Internen Diagnostik und es liegt ebenso wie für die gynäkologische-geburtshilfliche Abteilung, die ebenfalls über alle Möglichkeiten moderner Diagnostik verfügt, die Ermächtigung zur Weiterbildung für Fachärzte für Innere Medizin bzw. Gynäkologie (2 Jahre) vor.

Wir haben bestes Arbeitsklima.

Die Vergütung für die Assistenzärzte erfolgt nach BAT IIa, zuzüglich Bereitschaftsdienstvergütung und Gutachtertätigkeit. Bei der Wohnraumbesetzung sind wir behilflich. Naturwissenschaftliches Gymnasium, Hallen- und Freibad am Ort.

Kelheim liegt als aufstrebende Kreisstadt in landschaftlich reizvoller Umgebung an der Einmündung der Altmühl in die Donau.

Bewerbungen mit Lebenslauf, Zeugnisabschriften und Lichtbild werden unter Angabe des frühest möglichen Eintrittstermins erbeten an den Ärztlichen Direktor des Kreiskrankenhauses 8420 Kelheim, Hemauer Straße 50.

Am Allergie-Forschungsinstitut und den Fachkliniken der Kuranstalten und Forschungsinstitute Bad Lippespringe GmbH (Chefarzte: Dr. W. Rüdiger, Dr. H. H. Schwarting, Prof. Dr. Stressemann) werden sofort oder später im Hinblick auf die neue Asthma-Klinik mit HNO-Klinik

Assistenzärzte (-ärztinnen)

gesucht. Im Rahmen der allgemeinen und speziellen Allergiediagnostik sind moderne diagnostische und therapeutische Einrichtungen vorhanden (Bronchoskopie, Bronchographie, Spirometrie, Spiroergometrie, Blutgasanalyse, Bodyplethysmographie u. e.). In der Internemedizinischen Tätigkeit, die bis zu 2 Jahren auf die Facharztenerkennung anrechnungsfähig ist und im HNO-Bereich sind spezielle Ausbildungsmöglichkeiten in der klinischen Allergologie und Pneumologie gegeben. Ferner bietet sich Gelegenheit zu wissenschaftlicher Arbeit.

Erfahrungen auf dem Gebiet der Inneren Medizin, der Röntgenologie, der Dermatologie oder dem HNO-Fachgebiet sind erwünscht, aber nicht Bedingung.

Die Vergütung erfolgt in Anlehnung an BAT IIa, bei Facharztanerkennung an BAT I b bzw. nach Sondervereinbarung. Nennenswerte Nebeneinnahmen sind durch Gutachten gewährleistet. Eine günstige Bereitschaftspauschale wird gezahlt.

Unterkunft und Verpflegung können im Hause gewährt werden. Die Verwaltung ist gegebenenfalls bei der Wohnungsbeschaffung behilflich.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen an die Geschäftsführung der Kuranstalten und Forschungsinstitute Bad Lippespringe GmbH oder an den Ärztl. Direktor, Herrn Dr. med. H. H. Schwarting, 4782 Bad Lippespringe.

Das Evang. Krankenhaus in Regensburg sucht für die chirurgische Abteilung (ca. 85 Betten)

a) Assistenzarzt

zur Facharztweiterbildung werden 2 Jahre angerechnet.

b) Medizinalassistent(in)

Die Bezahlung erfolgt nach BAT zuzüglich einer Bereitschaftsdienstpauschale. Ihre Gehaltsvorstellungen bitten wir bei der Bewerbung bekanntzugeben. Nebeneinnahmen aus Gutachten und Blutentnahmen sind möglich. Für Ledige kann ein Zimmer im Krankenhausbereich zur Verfügung gestellt werden.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen an die Verwaltung des Evang. Krankenhauses, 8400 Regensburg, Emmeramspatz 11, Telefon (09 41) 510 16.

Am Krankenhaus Martha-Maria, Nürnberg, ist zum 1. Juli 1972 oder später in der chirurgischen Abteilung (Chefarzt Dr. Renner) die Stelle eines

Assistenzarztes

neu zu besetzen.

Das Krankenhaus mit 350 Betten wurde 1968 nach modernsten Gesichtspunkten errichtet. Die chirurgische Abteilung verfügt über 80 Betten. Sie ist für zwei Jahre zur Facharztweiterbildung zugelassen.

Stellenplan: 1 Oberarzt, 3 Assistenzärzte, 2 Medizinalassistenten.

Die Vergütung erfolgt nach BAT zuzüglich Bereitschaftsdienstvergütung und zusätzliche Altersversorgung. Es werden Bewerber bevorzugt, die bereits chirurgisch tätig waren.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen und Lichtbild erbeten an: Leitung der Diakonissenanstalt Martha-Maria, 8500 Nürnberg, Stadenstraße 60, Telefon (09 11) 59 30 01

Die Ringberg-Klinik

Spezialklinik für Innere Krebstherapie
(125 Betten)

In Rottach-Egern am Tegernsee
sucht für sofort oder später einen erfahrenen

Assistenzarzt (-ärztin)

zur Übernahme einer Station.

Erwünscht sind gute internistische Kenntnisse und die Fähigkeit zur psychosomatischen Betreuung von Schwerkranken, sowie Interesse für ganzheitlich immunologische Krebsbehandlung. Gelegenheit zur Forschung ist gegeben. Geboten wird neben geregelter Arbeitszeit eine dieser Position entsprechend hohe Dotierung sowie 13 Monatsgehalt und Anwesenheitsgeld.

Bei der Beschaffung einer Wohnung sind wir behilflich. Für Ärzte mit Kindern sind Schulen aller Systeme bequem erreichbar.

Bewerbungen mit handgeschriebenem Lebenslauf, Lichtbild, Abschriften der Approbations- und Promotionsurkunde sowie den Arbeitszeugnissen arbeiten an:

Chefarzt Dr. med. J. Issels, Ringberg-Klinik,
8183 Rottach-Egern, Ringbergstraße 30
Telefon (0 89 22) 64 58 / 59