

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 1

München, Januar 1968

23. Jahrgang

Sozialmedizin und Sozialpolitik

Gekürzte Fassung der Ansprache des Bayerischen Staatsministers für Arbeit und soziale Fürsorge Dr. Fritz Pirkl
anläßlich der Eröffnung des I. Münchener Kurses für Sozialmedizin am 6. November 1967

Sozialmedizin und Sozialpolitik: Ich glaube, keiner von uns käme auf den Gedanken, die untrennbare Verbindung zwischen diesen großen Aufgabengebieten leugnen zu wollen — mag er die Sozialmedizin und die Sozialpolitik nun mit den Augen von gestern, von heute oder von morgen sehen. Die Sozialmedizin gewissermaßen in die Sozialpolitik einzuordnen, und damit etwa gar Rangprobleme aufzuwerfen — diesen Versuch möchte ich hier nicht unternehmen. Mir geht es einzig und allein um die Aufgabe, um die Sache und somit darum, das Faktum der elementaren Wechselbeziehung zwischen Sozialmedizin und Sozialpolitik an den Anfang unserer gemeinsamen Bemühungen zu stellen: an den Anfang unserer gemeinsamen Bemühungen um die Sozialmedizin, die in dieser ersten Fortbildungsveranstaltung ihren sichtbaren und, wie ich hoffe, erfolgreichen Ausdruck finden.

In der Sozialmedizin wie in der Sozialpolitik gibt es in unseren Tagen ein formales Problem, ich meine das der begrifflichen Abgrenzung. Freilich trifft dieses Problem die beiden Bereiche jeweils in ganz verschiedenen Entwicklungsphasen. Bei der Sozialmedizin ist das Abgrenzungsproblem die Begleiterscheinung eines vergleichsweise recht langwierigen Geburtsvorganges, vielleicht darf man sagen, eines typisch deutschen, damit ausgedehnten und allzu theoretischen Denkprozesses. Auch in der Arbeitsmedizin haben wir ja bekanntlich noch schier endlos über Disziplin-Eignung und Lehrstuhl-Würdigkeit nachgedacht, als das Ausmaß schon längst und erfolgreich gehandelt hatte. Warum soll es mit der Sozialmedizin anders sein? Tradition verpflichtet ja schließlich...

Indessen handelt es sich bei all diesen Problemen nicht um Fragen nach dem Gegenstand selbst, sondern lediglich um Fragen nach dessen zeitgemäßer Abgrenzung. Vielleicht sollten wir diese Art von Umrißproblemen darum auch nicht allzu zentral ansehen, wenn wir nur des Kernes sicher sind. Und letzteres trifft für die Sozialpolitik natürlich ohne den geringsten Zweifel zu, aber, so meine ich, durchaus auch schon für die Sozialmedizin. Übrigens scheint mir, daß die durch den Wandel unserer Welt so dringend notwendig gewordene Beschäftigung zahlloser wissenschaftlicher Disziplinen

mit den ihnen zugewandten gesellschaftlichen Problemen vielenorts gewisse begriffliche Schwierigkeiten heraufbeschworen hat. Aite Schemata passen eben einfach nicht mehr. Nehmen Sie nur den Sammelbegriff der „Sozialwissenschaften“. Wer vermag ihn schon unstreitig zu definieren — und doch wird er allenthalben gebraucht. Ähnlich dürfte es sich mit den entsprechenden Einzelfächern — von der Sozialphilosophie bis zur Sozialpsychiatrie, vom Sozialrecht bis zur Sozialgeschichte — verhalten. Wer möchte deshalb schon deren Existenzberechtigung bezweifeln? In den jungen, den modernen Fächern ist eben vieles im Fluß, daran müssen wir uns gewöhnen.

Im Rahmen der Bundesärztekammer befaßt sich der Ausschuß „Arbeitsmedizin“ mit dem Auftrag des 68. Deutschen Ärztetages, die Möglichkeiten der Einführung einer Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ zu untersuchen. Etwa 5000 Ärzte der Sozialversicherung, der Arbeitsverwaltung und der Kriegsopferversorgung in der Bundesrepublik dürften daran interessiert sein.

Der Ärztliche Sachverständigenbeirat beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung unter seinem Vorsitzenden Professor TÖNNIS von der Universität Köln verabschiedete am 20. 3. 1967 ein Memorandum zur Sozialmedizin. Professor VALENTIN war, zusammen mit einer Reihe anderer hervorragender Universitätslehrer verschiedener medizinischer Disziplinen und anerkannter Praktiker der Sozialmedizin, an der Abfassung des Memorandums beteiligt, so daß ich seinen Ausführungen nicht vorgreifen möchte. Nur jener Satz, der an der Spitze des Dokuments steht, sei schon an dieser Stelle zitiert. Er lautet: „Sozialmedizin ist ein eigenständiges Fachgebiet der Medizin, das — wie alle Fachgebiete — sich nach Gegenstand und vorherrschender Methode klassifizieren läßt.“ Ich freue mich, erst dieser Tage wieder erfahren zu haben, daß sich unser Bonner Schwesterministerium in diesen Fragen eines ungetrübten Einverständnisses mit dem Bundesgesundheitsministerium und dem Bundesinnenministerium erfreuen kann.

Mitte vergangenen Jahres machten maßgebliche Repräsentanten der Arbeitgeberverbände, der Gewerkschaften und der Ärzteschaft im Bayerischen Senat einen ge-

meinsamen Vorstoß, welcher der Fortbildung der Ärzte sowohl in der Arbeits- als auch in der Sozialmedizin dienen sollte.

Die Auffassung der initiativ gewordenen Senatoren, die Äußerung des Ärztlichen Sachverständigenbeirates beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und die Überlegungen des Staatsministeriums für Arbeit und soziale Fürsorge zur Frage der Weiterbildung auf dem Gebiete der Sozialmedizin deckten sich. Was lag da näher, als in Anlehnung an unsere in der ganzen Bundesrepublik anerkannten „Münchener Kurs für Arbeitsmedizin“ auch „Münchener Kurs für Sozialmedizin“ ins Leben zu rufen. Ich glaube, wir waren dies schon einfach den über 700 Ärzten schuldig, die in Bayern hauptberuflich in der Sozialversicherung, in der Kriegsopferversorgung und in der Arbeitsverwaltung sozialmedizinisch tätig sind.

Der heute anlaufende Kurs wird zweifellos den Voraussetzungen gerecht, die der Ärztliche Sachverständigenbeirat beim Bundesarbeitsministerium für die Verleihung der von ihm vorgeschlagenen Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ verlangt; quantitativ freilich nur zu einem Drittel, da die Gesamtausbildungsdauer, wie im Falle der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“, drei Monate dauern soll. Weitere „Münchener Kurse für Sozialmedizin“ sind indessen bereits konkret geplant.

Wir in Bayern sind die ersten, die einen solchen sozialmedizinischen Kurs veranstalten. Sie werden mit mir einig sein, daß es kein ausgesprochenes Unglück ist, wenn wir Bayern uns auch einmal an die Spitze einer Entwicklung stellen, die wir bejahen, und die über kurz oder lang in der ganzen Bundesrepublik einsetzen wird. Es ist nun kein Verdienst allein des bayerischen Arbeitsministeriums und seiner Ärzte, daß diese erste sozialmedizinische Fortbildungsveranstaltung heute in München beginnen kann. Vor allem die so produktive und in keinem Augenblick getrübt Partnerschaft mit der Bayerischen Landesärztekammer war es, der ein entscheidender Anteil an dem Resultat zukommt. Ich glaube, daß die langjährige Erfahrung meines Hauses im sozialpolitischen Zusammenwirken mit ärztlichen Organisationen uns hier außerordentlich zustatten kam. Ich erinnere in diesem Zusammenhang nur daran, daß das Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge bekanntlich die Aufsicht über die Kassenärztliche und über die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns ausübt. Ganz besonders freue ich mich, daß Herr Dr. SEWERING, der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer und Vizepräsident der Bundesärztekammer, heute nicht nur als Zuhörer anwesend ist, sondern es trotz seiner großen Arbeitsbelastung übernommen hat, anschließend ein grundlegendes Einleitungsreferat zu halten. Er beweist damit, in welchem hohem Maße die bayerische Ärzteschaft dem Fortschritt aufgeschlossen gegenübersteht und den Wandlungen der Gesellschaft in unserer Zeit Rechnung zu tragen bereit ist.

Ich glaube, es ist uns gelungen, ein breites sozialmedizinisches Spektrum anzubieten. Wir haben uns bei der Auswahl der Vortragsthemen in erster Linie davon leiten lassen, wessen die in den verschiedenen sozialmedizinischen Sparten im Geschäftsbereich unseres Ministeriums tätigen Ärzte an Fortbildung bedürfen.

Was das Programm dieses Kurses nicht sein kann und nicht sein will, ist ein gezielter Beitrag zur begriff-

lichen Diskussion um die Sozialmedizin in Form gleichsam einer Aufzählung ihrer Teilgebiete.

Ferner kann aus dem Programm selbstverständlich nicht herausgelesen werden, daß das Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge sämtliche behandelten Themen etwa kompetenzmäßig für sich in Anspruch nähme. Das ist, ich möchte sagen: Gott sei Dank, nicht der Fall. Eigentlich bestünde gar kein Anlaß für derartige Erläuterungen der Veranstalter. Aber es scheint nun einmal eine schier unsterbliche Tradition zu sein, daß mit dem Heraufkommen neuer Disziplinen zunächst alle nur denkbaren Mißverständnisse und sogar argwöhnischen Überlegungen einhergehen. Gerade innerhalb der Geschichte der Medizin, so glaube ich, könnte mit diesem Phänomen ein dickes Kapitel ausgefüllt werden.

Ich sagte vorhin, daß die heute mit einer ersten vierwöchigen Veranstaltung beginnenden „Münchener Kurse für Sozialmedizin“ organisatorisch aus den bewährten „Münchener Kursen für Arbeitsmedizin“ hervorgegangen sind. Ja, wir haben sie, ohne daß dies Vermengung bedeuten würde, unter dem gemeinsamen Namen „Münchener Kurse für Arbeits- und Sozialmedizin“ äußerlich verbunden. Für das Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge spielt die inhaltliche Nachbarschaft von Arbeits- und Sozialmedizin begrifflicherweise eine erhebliche Rolle. Die Sachfragen innerhalb der unleugbaren Überlappungen, der gegenseitigen Berührungspunkte, werden in meinem Hause gewissermaßen von beiden Seiten her betreut.

Den Weg der „Akademie für Arbeitsmedizin Berlin“, in deren Lehrgängen ganz bewußt auch Sozialmedizin behandelt wird, sind wir nicht gegangen. Wir wollen aber auch nicht das gerade Gegenteil tun, nämlich, daß wir aus einem pedantischen Hang zum Systematisieren beide Gebiete — also Arbeits- und Sozialmedizin — gewaltsam auseinanderrücken und die zweifellos gegebenen Überschneidungen ignorieren. Lassen Sie mich in diesem Zusammenhang nur ganz beliebig zwei Einzelbeispiele sozialmedizinischer Tätigkeiten aus der täglichen Praxis von Arbeitsmedizinern herausgreifen: nämlich die Rolle, die Werkärzte in bezug auf Vorsorgekuren und Heilverfahren der Sozialversicherungsträger spielen, und die gutachterliche Tätigkeit der staatlichen Gewerbeärzte auf dem Gebiete der Berufskrankheiten.

Die Nachbarschaft von Arbeits- und Sozialmedizin — und möge es stets eine gute, ersprießliche Nachbarschaft sein! — wird auch an den Universitäten in Lehre und Forschung evident. So wissen Sie alle, daß das Erlanger Institut von Professor VALENTIN sicher nicht zufällig „Institut für Arbeits- und Sozialmedizin“ heißt. Ähnlich verhält es sich mit Professor SCHAEFERS Heidelberger Universitätsinstitut für „Sozial- und Arbeitsmedizin“. Das entsprechende Institut an der Universität Tübingen z. B. heißt zwar (nur) „Institut für Arbeitsmedizin“, betreibt aber erklärtermaßen zugleich sozialmedizinische Forschung und Ausbildung, was nicht zuletzt in der Einrichtung einer sozial- und präventivmedizinischen Abteilung zum Ausdruck kommt.

Ich hatte vorhin ganz bewußt erklärt, daß ich darauf verzichte, zur begrifflichen, definitorischen Diskussion um die Sozialmedizin detailliert Stellung zu neh-

men. Da es sich nur um Konturen-Probleme handelt halte ich ein Eingehen darauf zur Begründung des Bedürfnisses nach sozialmedizinischen Kursen überdies nicht für erforderlich. Zwei Gesichtspunkte, die, sehe ich recht, bereits längst außerhalb der Debatte liegen, genügen mir als Arbeits- und Sozialminister als solide Basis: einmal die Erkenntnis, die sich schon aus dem bloßen Wortsinn des Begriffs Sozialmedizin ergibt, nämlich, daß es hier in besonderem Maße um die Einflüsse gesellschaftlicher Verhältnisse auf Gesundheitsstörungen geht, vor allem jedoch der Umstand, daß auf jeden Fall die Sozialversicherungsmedizin, aber auch die Medizin im Bereiche der Kriegsopferversorgung, Kernstücke der Sozialmedizin darstellen. Helmut VALENTIN erklärte schon im Februar 1966 von diesem Pult aus, daß die ärztlichen Probleme der Sozialversicherung „ganz sicher“ in den „sozialmedizinischen Bereich“ gehören würden. Der Bremer Sozialmediziner Kurt WÄNGLER bezeichnete sie erst wieder in einer vor drei Wochen veröffentlichten Abhandlung als Kernstück der Sozialmedizin.

Die Bedeutung der Sozialversicherung für die Medizin erscheint mitunter deshalb nicht klar genug in unserem Bewußtsein, weil sie in der Öffentlichkeit häufig durch die leidigen Debatten über Beitrags- und Honorarsätze verdeckt wird. Allein hinsichtlich der gesetzlichen Krankenversicherung, also bloß einem Zweig der Sozialversicherung, meint beispielsweise Wilfried SCHREIBER, der bekannte Kölner Ordinarius für Sozialpolitik und Mitglied der Sozialenquêtékommision, ihre zweite Funktion „Versicherung gegen zusätzlichen Aufwand für Krankheitsheilung und Vorbeugung“ sei heute ebenso bedeutend, wie ihre erste Funktion „Lohnausfall bei Krankheit“. Darin bestehe das oft übersehene, vielleicht größte Verdienst dieser sozialen Einrichtung: sie sei das hervorragende Instrument der Volksgesundheitspolitik gewesen und sei es noch; sie habe die Söhne, Enkel und Urenkel der Proletarier an die ihnen vorher unbekannt Inanspruchnahme ärztlicher Dienste gewöhnt. Die spektakuläre Verbesserung der Volksgesundheit seit 1880 sei — neben dem Fortschritt der Medizin selbst — wesentlich diesem Effekt der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuschreiben. Soweit Professor SCHREIBER. Nehmen Sie jetzt noch hinzu, was die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung auf dem Gebiete der Rehabilitation leisten — einer Rehabilitation im weitesten Sinne des Wortes, nämlich der Erhaltung, Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit ihrer Versicherten. Denken Sie weiterhin an die umfangreichen gesundheitlichen Maßnahmen der gesetzlichen Unfallversicherung.

Ein Vorgang, der aus der Perspektive von Sozialpolitik und Sozialmedizin in Bayern besondere Aufmerksamkeit erheischte, war die aufgrund eines Landtagsbeschlusses vom Juli 1966 bereits im September dieses Jahres vollzogene Gründung einer „Fakultät für Medizin“ an der Technischen Hochschule München. Ich glaube und hoffe, daß dieses Ereignis mehr war als der notwendige Schritt zur schnellen Linderung des Mangels an Studienplätzen für Medizinstudenten in München. Intensive Begegnung von Medizin und beruflicher Arbeitswelt, von Medizin und technischer Zivilisation, ist eine bedeutende Aufgabe in unserer Zeit. Sie liegt genau auf jener Linie, auf der die Entfaltung

der Arbeitsmedizin geschah und sich die Entwicklung der Sozialmedizin nunmehr vollzieht.

Ich bin mir völlig darüber im klaren, daß die neue Fakultät zunächst ein Großteil ihrer Energien darauf verwenden muß, einen vollen vorklinischen und klinischen Lehrbetrieb zu erreichen, um in der Lage zu sein, Studenten aller Semester aufzunehmen. Dennoch hoffe ich, daß die Ideen, die der Fakultät ein spezielles Profil geben sollen, nicht in den Hintergrund gedrängt werden, und sich in zunehmendem Maße tiefgehende Beziehungen zwischen den medizinischen Wissenschaften und den Sozialwissenschaften anbahnen. Wenn ich sage, daß gerade wir in Deutschland hier einigen Nachholbedarf haben, so weiß ich mich mit dieser Meinung nicht allein. — Die offizielle Verlautbarung der Fakultät im Personen- und Vorlesungsverzeichnis für ihr im Oktober angekauftenes erstes Semester, wonach die „Verbindung der medizinischen Wissenschaft mit der Technik bei der Prophylaxe und der Behandlung von Unfall-, Arbeits- und Zivilisationschäden vorteilhaft“ sei, wirkt ermutigend.

Das gleiche gilt für verschiedene programmatische Äußerungen des ersten Dekans der neuen Fakultät, des Herrn Professors MAURER. Schließlich baue ich auf die Wirkung unserer guten Zusammenarbeit mit Herrn Professor MÜLLER-LIMMROTH sowie auf die Tatsache, daß unter den inzwischen berufenen Ordinarien in dem Dermatologen BORELLI und dem Ophthalmologen MERTÉ zwei Gelehrte in die neue Fakultät kamen, die sich den „Münchener Kursen für Arbeits- und Sozialmedizin“ schon als Dozenten zur Verfügung stellten und hoffentlich auch in Zukunft weiter zur Verfügung stellen werden.

Ich will also gar kein Hehl daraus machen, daß ich mir von der neuen „Fakultät für Medizin“ an der Technischen Hochschule München auf lange Sicht einen erheblichen wissenschaftlichen Auftrieb für die Arbeits- und Sozialmedizin in Bayern verspreche. Was die Zusammenarbeit der Fakultät mit meinem Ministerium und seinen nachgeordneten Dienststellen anbetrifft — zu der ich auch bei dieser Gelegenheit sehr herzlich einladen möchte — so meine ich, sie könnte ein gegenseitiges Geben und Nehmen werden. Allein unser Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin — um nur eines aus einer Reihe von möglichen Beispielen zu nennen — müßte nach Besetzung, Ausstattung und nicht zuletzt Erfahrungsschatz in der Lage sein, bei arbeits- und sozialmedizinischen Forschungen der Fakultät einen interessanten Partner abzugeben.

Wirtschaftliches Wachstum, stabiler Geldwert, Vollbeschäftigung: das sind augenblicklich die gängigen Vokabeln, wenn wir über unsere nähere Zukunft diskutieren. Schön und gut. Aber fehlt hier nicht etwas Entscheidendes? Auch und gerade vom wirtschaftlichen Standpunkt aus? Die Gesundheit des arbeitenden Menschen, angefangen vom Lehrling bis hin zum über 60jährigen, sie ist eine der wesentlichsten Kräfte, über die unsere Volkswirtschaft, unsere industrielle Leistungsgesellschaft von heute, verfügt (— oder nicht verfügt...). Deshalb investieren wir hier mehr denn je, und es dürfte in der Tat kaum eine Investition geben, die, richtig vorgenommen, lohnender ist als diese. Nicht zuletzt auch, um die medizinischen Grundlagen und Maßstäbe für diese Investitionen noch weiter zu verbessern, brauchen wir unsere Kurse.

Sozialmedizin als ärztliche Aufgabe

Von Dr. Hans J. Sewering

Vizepräsident der Bundesärztekammer und Präsident der Bayerischen Landesärztekammer*)

Der Bayerische Staatsminister für Arbeit und soziale Fürsorge hat der Sozialmedizin einen bedeutenden Platz im Rahmen der Sozialpolitik eingeräumt. Darüber freut sich natürlich der Arzt und die darin enthaltene Anerkennung ärztlichen Wirkens wird uns zu weiterer Arbeit anspornen. Die Zusammenarbeit zwischen dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und der Bayerischen Landesärztekammer auf dem Gebiete der Arbeitsmedizin hat bereits gute Früchte getragen. Die von uns gemeinsam durchgeführten Kurse gehören heute zum festen Programm arbeitsmedizinischer Weiterbildung in der Bundesrepublik.

Mit dem heutigen I. Kurs für Sozialmedizin betreten wir ein neues Feld. Nachdem seine Grenzen noch keineswegs abgesteckt sind, war es richtig, sich in Thematik und Teilnehmerkreis auf die Begutachtung im Rahmen der Sozialversicherung und auf Ärzte, welche sich vorwiegend mit Begutachtungsfragen beschäftigen, zu beschränken.

Der Begriff „Sozialmedizin“, also das, was wir darüber in der Medizin als ärztliche Aufgabe verstehen wollen, ist noch in Diskussion. Wenn ich über „Sozialmedizin als ärztliche Aufgabe“ sprechen will, muß ich deshalb vorausschicken, was ich damit verstanden haben möchte.

Ein Sachverständigenbeirat beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung hat eine Definition erarbeitet, die als Gegenstand der Sozialmedizin die Wechselwirkung zwischen Krankheit (bzw. Gesundheit) und Gesellschaft in beiderlei Richtung bezeichnet. Hierbei spielt — so heißt es — das Begutachtungswesen in jederlei Form eine hervorragende Rolle. Nachdem die Definition in ihrer Tendenz doch weitgehend auf den medizinisch-wissenschaftlichen Bereich abstellt, suche ich als praktizierender Arzt mehr nach einer Umschreibung, welche die Sozialmedizin von der praktischen Seite, also von ihrer Anwendung her, beschreibt und abgrenzt.

Ich möchte mich dafür aussprechen, „Sozialmedizin“ als übergeordneten Begriff zu verwenden für alle Bereiche, in welchen die Wechselwirkungen zwischen Krankheit bzw. Gesundheit und Gesellschaft, zwischen dem Menschen und seiner Umwelt in ihren Auswirkungen auf Krankheit oder Gesundheit erforscht und in der täglichen Praxis ärztlich beeinflußt werden. Wenn man dem folgt, dann umfaßt der Begriff Sozialmedizin die Arbeitsmedizin — zugleich ihr bekanntester und politisch prominentester Teil —, die herkömmliche Sozialhygiene und Gesundheitsfürsorge, wie sie vom öffentlichen Gesundheitsdienst betrieben wird, weitere Bereiche der Sozialversicherungsmedizin, welche von der klinisch-kurativen Medizin nicht erfaßt werden, einschließlich der Begutachtung, und schließlich die präventive Medizin und Rehabilitation. Diesem weitgespannten Bogen muß auch der Kreis der Mitwirkenden entsprechen, wenn man daran geht, Einrichtungen

zu schaffen, welche in Forschung und praktischer Anwendung tätig werden wollen, sei es als Institut oder als Akademie. Wenn es der Verdeutlichung nach außen dadurch der Sache dienlich ist, so habe ich auch keine Bedenken, für solche Einrichtungen die Bezeichnung „Arbeits- und Sozialmedizin“ zu wählen, obwohl es der von mir vorgeschlagenen Definition eigentlich nicht entspricht.

Stellung und Aufgabe des Arztes in der Sozialmedizin

Nachdem ich nun einleitend meine Vorstellung vom „Begriff Sozialmedizin“ kurz dargelegt habe, möchte ich — notgedrungen auch hier in Stichworten — Stellung und Aufgabe des Arztes in der Sozialmedizin aufzeigen.

Der markanteste Vertreter der Arbeitsmedizin ist der Werkarzt. Er ist hauptamtlich oder nebenamtlich tätig, in seiner Funktion als Werkarzt aber nie „selbständig“, also freipraktizierend. Als Berater des Unternehmers und Betreuer des Arbeitnehmers übt er eine Doppelfunktion aus, der er nur gerecht werden kann, wenn er beider Vertrauen besitzt. Als „behandelnder Arzt“ wird er nur in Notfällen tätig. Seine Mitwirkung in der präventiven Medizin bedarf noch eingehender Überlegungen, weil hier — was wir ganz klar sehen sollen — nicht nur Umfang und Methodik der Gesundheitsvorsorgeuntersuchung, sondern auch die Frage der freien Arztwahl zwangsläufig berührt werden.

Wenn von seiten der ärztlichen Berufsvertretung der Ausbau des werksärztlichen Dienstes in jeder Weise gefördert wird, so geschieht dies in Erkenntnis der großen Bedeutung der darin liegenden ärztlichen Funktion, aber durchaus im vollen Bewußtsein der Spannungen, die sich zwischen dem werksärztlichen Bereich und dem des freipraktizierenden Arztes — hier vor allem des Hausarztes — ergeben können.

Wenig bekannt ist in der Öffentlichkeit die Tätigkeit des Arztes im Bereich der Arbeitsämter. In der Alltagsarbeit fällt ihnen die Aufgabe zu, die körperliche Eignung eines zu vermittelnden Arbeitssuchenden für eine Arbeitsstelle im Zweifelsfall zu begutachten. Aber noch viel mehr Bedeutung messe ich ihrer Mitwirkung in der beruflichen Rehabilitation von Arbeitnehmern zu, welche wegen der Folgen von Unfällen oder Erkrankungen auf einen anderen Beruf vorbereitet werden müssen.

Schließlich muß man im Sektor Arbeitsmedizin aber noch den ältesten Vertreter erwähnen, nämlich den Gewerbearzt. Seine Funktionen liegen mehr in der Aufsicht über die Betriebe, aber zunehmend und für die zukünftige Entwicklung besonders bedeutend in der Grundlagenforschung, in der Suche nach Erkennung von Gefahrenquellen und den Möglichkeiten ihrer Beseitigung.

Angesichts der hohen Bedeutung, die in unserem Sozialstaat der ärztlichen Begutachtung zukommt, ist die Funktion des Arztes als Gutachter nicht immer ein-

* Referat anlässlich der Eröffnung des I. Münchener Kurses für Sozialmedizin am 6. November 1967.

fach und in ihren Auswirkungen vielfach für das Lebensschicksal eines Einzelmenschen von ausschlaggebender Bedeutung. Der Arzt als Gutachter trifft mit der Person, die er zu begutachten hat, nicht auf der Basis der freien Arztwahl oder eines besonderen Vertrauensverhältnisses zusammen, sondern ganz nüchtern aufgrund einer amtlichen Vorladung, welcher der zu Untersuchende erhalten hat. Die psychologische Voraussetzung des Zusammentreffens von Arzt und Individuum ist also eigentlich in diesem Bereich besonders ungünstig. Mit welchem Mißtrauen der einzelne Begutachtete die Entscheidung des Arztes betrachtet, zeigt sich ja schon allein in der Fülle der Sozialgerichtsprozesse, in welchen primär ja immer die Entscheidung des Arztes angegriffen wird. Die in dieser Aufgabe stehende Arztgruppe unterliegt also einer besonders starken psychischen Beanspruchung.

Die Situation des Arztes im öffentlichen Gesundheitswesen ähnelt der des Gutachters insofern, als auch hier die Begegnung zwischen dem Arzt und dem Bürger gewissermaßen auf der amtlichen Ebene, also weder unter der Voraussetzung freier Arztwahl noch eines aus sich heraus entstandenen Vertrauensverhältnisses erfolgt. Der Arzt im Gesundheitsdienst ist ein Vertreter des Staates. Seine Sorge gilt dem Milieu, der Sanierung der Umwelt, der Seuchenbekämpfung, der Abwasserfrage, aber auch den Auswirkungen sozialer Mißstände. Obwohl also der Amtsarzt als der typische Vertreter dieser Arztgruppe als staatlicher Beauftragter völlig im Interesse des einzelnen Bürgers tätig wird, empfindet dieser die Anordnungen des Amtsarztes vielfach als staatlichen Befehl und verkennt sehr häufig, daß solche Anordnungen letzten Endes geschehen im Dienste und im Interesse des einzelnen und der Gemeinschaft.

Wenn ich mich dem Bereiche der sozialen Krankenversicherung zuwende, so gilt hier für den Vertrauensarzt, welcher die Aufgabe hat, die Arbeitsunfähigkeit eines Versicherten zu überprüfen, im wesentlichen das gleiche, was für den Gutachter gesagt wurde. Die Stellung des Vertrauensarztes wird nur wenig dadurch verbessert, daß er als Gutachter über Kuranträge zu entscheiden hat und dabei doch in vielen Fällen auch eine für den Versicherten „angenehme“ Entscheidung trifft.

In der sozialen Krankenversicherung begegnen wir dem Arzttyp, der sich in seiner Situation und Funktion wesentlich von den übrigen Gruppen der Ärzte im Bereich der Sozialmedizin unterscheidet: dem Kassenarzt. Er ist weder Angestellter der Sozialversicherung, noch bezieht er von ihr eine feste Besoldung. Er steht den Versicherten aufgrund der freien Arztwahl zur Verfügung, wird also entweder aufgrund eines schon bestehenden Vertrauensverhältnisses oder der Empfehlung anderer in Anspruch genommen. Damit steht also der Kassenarzt, wenn man es marktwirtschaftlich ausdrückt, unter dem Druck der Konkurrenz. Sein Recht der freien Arztwahl und das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient bringt der Versicherte zum Ausdruck, wenn er sagt: „Ich gehe zu meinem Arzt.“ Das ist eine sehr positive Formulierung, aber wir wollen nicht verkennen, daß sie vielfach auch mit der Vorstellung verbunden ist, als hätte „mein Arzt“ die Verpflichtung, alles zu tun oder zu verordnen, was man als Versicherter gerne hätte.

Der Kassenarzt steht aber andererseits auch unter der stetigen Verpflichtung, die ihm durch die gesetzlichen

Anmeldung zum Medizinstudium

Es wird darauf aufmerksam gemacht, daß die Bewerbungsfrist für das Medizinstudium für das Sommersemester 1968 am 31. Januar 1968 abläuft. Studienanfänger können sich in Bayern bewerben für die Medizinischen Fakultäten der Universitäten Erlangen-Nürnberg, München und Würzburg (über Zentrale Registrierstelle Hamburg!).

An die Fakultät für Medizin der Technischen Hochschule München können Anmeldungen für das 1. und 2. klinische Semester direkt gerichtet werden.

Anschrift: Technische Hochschule München, Studenten- und Prüfungskanzlei, 8000 München 2, Arcisstraße 21

Anmeldeschluß: 1. März 1968

Bestimmungen des Kassenarztrechtes auferlegt sind: sein Handeln muß wirtschaftlich sein und darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. In diesem Spannungsfeld übt also der Kassenarzt seinen ärztlichen Beruf aus. Die Tatsache, daß die Entscheidungen des Kassenarztes so erhebliche materielle Konsequenzen haben — wobei die Bezahlung des Krankengeldes nur beispielhaft, weil besonders erheblich, genannt sei —, pflegen die Kassen vielfach so auszudrücken, daß der Kassenarzt den Schlüssel zum Geldschrank der Kassen in seiner Hand habe.

Wenn man schließlich noch die modernen Entwicklungen der Sozialmedizin bedenkt, so wird gerade auf diese Arztgruppe ganz besonders viel Neues zukommen mit dem zunehmenden Ausbau der präventiven Medizin und der Rehabilitation. Die notwendige Integration mit den bisherigen ärztlichen Aufgaben, die im wesentlichen im Bereich der kurativen Medizin lagen, kann nicht von heute auf morgen erfolgen und bedarf einer zielbewußten Hinführung zu diesem neuen Tätigkeitsbereich — sowohl für den Arzt als auch für die übrigen Beteiligten.

Die Aufzählung ist nicht vollständig. Natürlich sind auch andere Arztgruppen, wie etwa die Krankenhausärzte, an der Erfüllung sozialmedizinischer Aufgaben beteiligt, aber diese beispielhafte Darstellung der Verschiedenartigkeit von Funktion und Stellung des Arztes sollte zugleich auch die Vielgestaltigkeit der Sozialmedizin aufzeigen. Es stellt sich die Frage, ob es hier überhaupt eine Gemeinsamkeit des ärztlichen Wirkens gibt. Es gibt sie nicht nur, man wird sogar erkennen müssen, daß diese Arztgruppen ohne eine solche Gemeinsamkeit auf die Dauer nicht erfolgreich arbeiten könnten. Sie liegt darin, daß alle Ärzte, die in irgendeiner der angesprochenen Funktionen im System unserer sozialen Sicherung oder auch im sozialmedizinischen

Bereich im engeren Sinne mitwirken, in ihren ärztlichen Entscheidungen völlig unabhängig sein müssen und nur ihrem ärztlichen Gewissen entsprechend handeln dürfen, natürlich stets auf der Grundlage der Gesetze. Auf die Betonung Erhaltung und wenn notwendig Stärkung dieser gemeinsamen Grundlage ärztlichen Wirkens müssen wir ganz besonderen Wert legen. Nur wenn sie gesichert ist, kann der sozial geschützte Mitbürger die beste Betreuung erhalten. Vor allem muß er die Gewißheit haben, daß der Arzt, welcher ihm entgegentritt — ob als behandelnder Arzt oder vielleicht als Gutachter — zwar dem Gesetz unterworfen ist wie jeder andere Bürger, im übrigen aber keinen auf den Einzelfall bezogenen Weisungen zu folgen hat.

Auch in den Beziehungen der Ärzte untereinander sollte jedem bewußt sein, daß die Funktionen zwar verschieden sind, die Aufgabe, welcher jeder einzelne auf seine Weise dient, aber eine einheitliche ist. Die Exekutive des Staates und der Sozialversicherungsträger sollten diesen Grundsatz der völligen Unabhängigkeit des Arztes stets respektieren. Sie mögen dabei bedenken, daß „nur nach dem ärztlichen Gewissen handeln“ keine Einbahnstraße ist, sondern heißt, daß der Arzt im Verantwortungsbewußtsein nach beiden Seiten handelt, also sowohl gegenüber dem Gesetzgeber oder dem Träger der sozialen Sicherung als auch gegenüber dem Versicherten. Der Arzt muß sagen, was notwendig, der Kostenträger, was finanziell möglich ist.

Die präventive Medizin als sozialmedizinische Aufgabe

Es wurde schon ausgeführt, daß auf den Kassenarzt, aber letztlich auch auf die anderen Arztgruppen, im Rahmen der Entwicklung der Sozialmedizin besonders wichtige Aufgaben im Bereich der präventiven Medizin und der Rehabilitation zukommen. Es seien deshalb noch einige Bemerkungen über die präventive Medizin angeschlossen. Wir haben uns daran gewöhnt, unter diesem Begriff nicht nur die Feststellung der — oft vermeintlichen — Gesundheit und ihrer möglichen Gefährdung zu verstehen, sondern auch die Frühdiagnose und Erkennung von Krankheiten, die dem Träger noch nicht bewußt sind.

Schließlich verwenden wir diesen Begriff der „Prävention“ auch noch in einem Bereich, wo er schon mit der Rehabilitation vergesellschaftet ist, nämlich bei der Vorbeugung vor Rückfällen bereits überstandener Erkrankungen. Hier stehen wir vor einer Fülle von Problemen schon bei der Planung und Programmierung. Soll man nach einzelnen Krankheiten fahnden, die sich als statistisch besonders bedeutungsvoll herausgestellt haben, oder sollen wir immer nur die gesamte Vorsorgeuntersuchung anstreben? Soll man Vorsorgeuntersuchungen, gleich welcher Art, als kollektive Filteruntersuchungen beginnen und dann lediglich die Verdachtsfälle in die Praxis des Arztes verweisen, oder kann man dem zu Untersuchenden von vornherein freie Arztwahl für die Durchführung einer Vorsorgeuntersuchung einräumen?

Man wird sich weiterhin darüber klarwerden müssen, ob man zunächst mit einfachen Mitteln auskommen will und auskommen kann, also mit dem, was normalerweise in jeder Arztpraxis zur Verfügung steht, oder ob von vornherein, also schon bei der Suche nach einem Verdacht, die Technik stärker eingeschaltet werden

soll. Macht man die Filteruntersuchung mit einfachen Methoden, so stellt sich die Frage der Ergiebigkeit, setzt man technische Methoden in größerem Umfang ein, so wird man an der Frage nach den Kosten und der Durchführbarkeit nicht vorbeikommen.

In Bayern wurden 1957 Modellversuche mit einem bewußt einfachen Programm in den Landkreisen Dachau und Pfaffenhofen durchgeführt. Über Untersuchungen mit sehr erheblichem technischen Programm wird in jüngster Zeit aus Mössingen bei Tübingen berichtet. Die Ergebnisse beider Untersuchungsgänge bedürfen noch genauer Vergleiche, bevor man zu einer Meinungsbildung gelangen kann.

Leider ist es bei den Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz — in Bayern wurden bereits 600 000 Untersuchungen durchgeführt — bisher versäumt worden, die Ergebnisse statistisch auszuwerten, um auf diese Weise klare Aussagen über den Gesundheitszustand unserer Jugend machen zu können. Eine entsprechende Änderung des Jugendarbeitsschutzgesetzes, welche eine statistische Auswertung der Untersuchungen unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht ermöglicht und zugleich vorschreibt, dürfte wohl in Bälde erfolgen.

Als Beispiel für die Fahndung nach einer einzelnen Krankheit sei der von der Bayerischen Landesärztekammer im Frühjahr 1967 durchgeführten Modellversuch der Diabetes-Früherfassung in München erwähnt. Zur allgemeinen Überraschung haben sich daran 72% der Gesamtbevölkerung beteiligt, und wir mußten feststellen, daß rund 3% der Bevölkerung an Diabetes manifest erkrankt sind oder eine diabetische Stoffwechselstörung haben.

Die Untersuchung werdender Mütter im Rahmen der sozialen Krankenversicherung soll helfen, die Mütter- und Säuglingssterblichkeit zu senken. Statistische Zahlen liegen bisher noch nicht vor. Man kann aber wohl schon jetzt sagen, daß wir auch hier noch manche Erfahrungen sammeln müssen.

Wir sehen also, daß im Bereich der Sozialmedizin noch viele Aufgaben unser harren, wobei die Prävention immer mehr an Bedeutung gewinnt. Wenn man darüber hinaus bedenkt, daß die 30- bis 65jährigen rund 22 Millionen unserer westdeutschen Bevölkerung ausmachen, so wird man sich allerdings sagen müssen, daß alle für notwendig gehaltenen präventiven Maßnahmen zusammengekommen eine Größenordnung darstellen, deren Bewältigung nur mit größter Anstrengung und einem entsprechenden Kostenaufwand möglich erscheint. Dabei sei immer wieder daran erinnert, daß Vorsorgeuntersuchungen — zumindest nicht kurzfristig — nicht zu einer Senkung der Krankheitskosten führen würden.

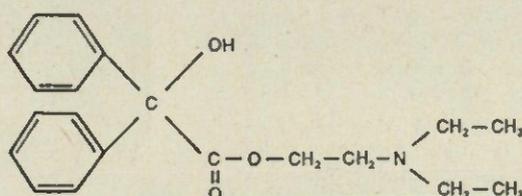
Ich darf es bei diesen kurzen Bemerkungen bewenden lassen. Ich habe bewußt sowohl die Definition des Begriffes Sozialmedizin als auch meine Beispiele aus dem Bereich ihrer Anwendung gesucht. Daß sie ihre Wurzeln und einen guten Teil ihrer Bedeutung auch im Bereiche der Forschung hat, bedarf aber wohl keiner besonderen Unterstreichung. Die Sozialmedizin zu realisieren, ihre Erkenntnisse allen von uns betreuten Menschen zu erschließen und zu vermitteln, muß eine Aufgabe aller Ärzte sein. Wir sollten versuchen, sie nach den bewährten Grundsätzen der ärztlichen Versorgung unserer Bevölkerung zu verwirklichen.

Staurodorm[®] ist ein neuartiger Schlafmitteltyp, die Kombination eines Ataraktikums mit einem Basissomnifikum und einem Hypnosedativum.

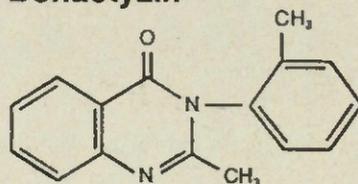
Staurodorm[®] vermeidet bewußt die tiefe Schlafnarkose mit all ihren Nachteilen wie: Initialerregung, Blockierung des intermediären Stoffwechsels, starke Blutdrucksenkung und postnarkotisches Syndrom.

Staurodorm[®] ist ein rasch und sicher wirkendes, barbituratfreies Ein- und Durchschlafmittel nach dem physiologischen Prinzip der Synthese von Schlafbahnung und Schlafsteuerung.

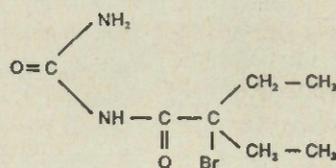
Staurodorm[®] ist frei von Gewöhnung und Suchtgefahr, gut verträglich und kennt infolge rascher Ausscheidung der Wirkstoffe keine Kumulationserscheinungen.



Benactyzin



Methaqualon



Carbromal

Staurodorm[®]

20 und 100 Tabl.
in der modernen Durchdrückpackung

barbituratfreie Schlaftabletten



18. Wissenschaftliche Ärztetagung in Nürnberg

Die 18. Wissenschaftliche Ärztetagung in Nürnberg, die vom 8. bis 10. Dezember 1967 unter der Leitung von Herrn Professor Dr. med. René SCHUBERT durchgeführt wurde, war außerordentlich gut besucht.

Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Herr Dr. med. Hans SEWERING, der diese Tagung eröffnete, konnte eine große Zahl von Ehrengästen begrüßen, so u. a. den Oberbürgermeister der Stadt Nürnberg, Herrn Dr. A. URSCHLECHTER, den Regierungspräsidenten von Mittelfranken, Herrn K. BURKHARDT, Seine Magnifizenz den Rektor der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Herrn Professor Dr. jur. Johannes HERRMANN, sowie Seine Spektabilität den Dekan der Medizinischen Fakultät, Herrn Professor Dr. med. Erik WETTERER.

Am zweiten Tag besuchte auch der Bundesminister für das Gesundheitswesen, Frau Käthe STROBEL, die Tagung.

Herr Dr. SEWERING wies in seiner Eröffnungssprache nachdrücklich auf die große Bedeutung der Fortbildung des Arztes für seine Berufsausübung hin. Der stets sehr gute Besuch aller Fortbildungsveranstaltungen zeige auch deutlich, daß die Ärzteschaft sich ihrer Pflicht zur Fortbildung bewußt sei. Eine gewissenhafte ärztliche Behandlung setze voraus, daß der Arzt sich immer wieder über die gesicherten Erkenntnisse der ärztlichen Wissenschaft informiere und diese zum Wohle seiner Patienten auch anwende. Die Vorträge würden im übrigen wieder in einem Band unserer Schriftenreihe veröffentlicht werden.



Frau Gesundheitsminister Strobels und Präsident Dr. Sewering

In memoriam Friedrich Meythaler

Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer gedachte dann mit ehrenden Worten des erst kürzlich verstorbenen Professors Dr. med. Friedrich MEYTHALER, des Begründers der Nürnberger Wissenschaftlichen Ärztetagung.

„Die 18. Wissenschaftliche Ärztetagung Nürnberg der Bayerischen Landesärztekammer steht unter dem Zeichen der Trauer und des Gedenkens an Professor Dr. Friedrich Meythaler. Er hat im Jahre 1953 diese Fortbildungsveranstaltung erstmals durchgeführt und war bis zum Jahre 1962 ihr wissenschaftlicher Leiter. Heute



Tagungsteilnehmer gedenken Friedrich Meythalers

gehören die Nürnberger Fortbildungstage zu den größten Fortbildungsveranstaltungen in der Bundesrepublik Deutschland.

Friedrich Meythaler hat sich damit ein Denkmal gesetzt; denn sein Name wird immer mit dieser Veranstaltung verbunden bleiben. Die Bayerische Landesärztekammer und die Ärzte Bayerns und der Bundesrepublik verneigen sich in Dankbarkeit vor dem verstorbenen Lehrer und Kollegen und werden ihm stets ein ehrendes Andenken bewahren.“

Vor Beginn der Vorträge widmete auch der wissenschaftliche Leiter der Ärztetagung, Herr Professor Dr. med. René SCHUBERT, seinem Vorgänger den folgenden Nachruf:

„Wir verlieren durch das Ableben von Friedrich MEYTHALER einen profilierten Kliniker, der dem altbewährten Prinzip der breit angelegten Erfahrung den Vorzug gab. Er war ein Gegner des allzusehr betonten Organspezialistentums. Sein klinisches Interesse galt übergeordneten Krankheitsgruppen mit ihren wechselseitigen Beziehungen, so dem Diabetes und den Tumoren, und zwar mit dem klinischen Akzent der therapeutischen Möglichkeiten, die auch in zahlreichen Publikationen bis wenige Wochen vor seinem Tode ihren anerkannten wissenschaftlichen Niederschlag gefunden haben.

In diesem Sinne waren auch Meythalers Fortbildungstagungen in Nürnberg ausgerichtet, die er kurz nach



dem Kriege ins Leben rief, als der in der Praxis und in der Klinik stehende Arzt noch keine ausreichenden Orientierungsmöglichkeiten hatte und ihrer dringend bedurfte. Durch seinen persönlichen Einsatz gelang es, den zu Anfang noch kleinen Fortbildungskurs in dem durch Bomben so schwer heimgesuchten Nürnberg bei beengten Raumverhältnissen zu einem der großen deutschen ärztlichen Fortbildungskongresse zu entwickeln. Sein immer wieder bewundernswerter Ein-

fallsreichtum gepaart mit klarem Organisationstalent, ließ ihn alljährlich Themen finden, die weites Interesse bei den Ärzten aller Disziplinen auslösten. Nicht zuletzt war es seine wissenschaftlich anerkannte Persönlichkeit, die zu diesen Themen auch die sachkundigen Referenten gewann. Und alle Ärzte und Referenten kamen am Jahresende gern nach Nürnberg und freuten sich nicht nur über die Aufgabe, sondern auch auf ein Wiedersehen mit kollegialen Freunden; denn Meythaler hatte es verstanden, dieser Tagung auch ein familiäres Gepräge zu geben.

Meythaler als Persönlichkeit ist in wenigen Worten schwierig zu charakterisieren. Er war ein Mann des Gegensätzlichen. Nach außen erschien er als ein offenbar harter Typ mit schnellem, aber fundiertem Urteil, sein Herz aber schlug stets hilfsbereit, wenn Not den Kranken bedrückte.

Wir mußten Abschied nehmen von einem großen Kliniker, von einer verehrten Persönlichkeit, von einem guten Menschen. Wir trauern um ihn und werden seiner stets ehrend gedenken.

Auf diesen tiefempfundenen Nekrolog höre ich aus weiter Ferne die klare Stimme Meythalers: Nicht trauern, weitermachen!"

AUS DEM STANDESLEBEN

Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

38. Fortbildungskurs — Leitung: Professor Dr. D. Jahn

(Fortsetzung)

2. Hauptthema: Haut- und innere Erkrankungen

Professor Dr. Dr. h. c. J. HÄMEL, Heidelberg:

„Der Wandel in Beurteilung und Behandlung von Erkrankungen der Haut“

Die Dermatologie als eine Lehre von der Grenzfläche, welche den Organismus von der ihn umgebenden Außenwelt trennt, hat die Medizin aller Jahrhunderte beschäftigt. Je nach der herrschenden Strömung des betreffenden Zeitalters ging der Blick mehr nach innen, d. h., die Hautkrankheiten wurden als der Ausdruck schlechter Säfte aufgefaßt (Dyskrasie), von außen kommende Einflüsse wurden nicht erkannt, oder es wandte sich die Aufmerksamkeit der Ärzte mehr dem äußerlichen Geschehen zu, ein Zusammenhang mit inneren Vorgängen wurde abgelehnt. Die Entwicklung der Gesamtmedizin seit Ferdinand von HEBRA, also etwa seit 100 Jahren, hat den Hautkrankheiten ihre besondere Stellung zugewiesen. Aus einer Vielfalt von verwirrenden Symptomen an der Haut konnten sich im Verlaufe der Jahrzehnte mit Hilfe pathologisch-histologischer Untersuchungsmethoden und neuer physiologisch-chemischer Forschungsergebnisse bestimmte Hautkrankheiten klar und eindeutig abgrenzen lassen. In den letzten Jahrzehnten wurde als Folge der Entwicklung der Technik den Berufskrankheiten der Haut besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Das zunehmende Interesse für die Pflege des eigenen Körpers hat einerseits bestimmte Hautkrankheiten ausgeschaltet, anderer-

seits in der Kosmetik und ästhetischen Medizin einen neuen Zweig der Dermatologie geschaffen. Trotz vieler neuer Erkenntnisse und Fortschritte gibt es immer noch Hautkrankheiten (z. B. die Psoriasis), deren Ursache und Entstehen noch völlig im dunkeln liegen. Die großen Entdeckungen auf dem Gebiete der Chemotherapie, die Schaffung besonders wirksamer antimykotischer und antibakterieller Mittel, die Entwicklung neuartiger Nebennieren-Rindenpräparate hat die Behandlung der Hautkrankheiten auf völlig neue Grundlagen gestellt. Im Laufe der Zeit führten die Wege, auf denen die Dermatologie gegangen ist, wieder zur inneren Medizin zurück, von der sie einmal ausgegangen war. Aber gerade durch die Zusammenschau zwischen den inneren Veränderungen des Organismus und dem sichtbaren Geschehen an der Haut nimmt die Dermatologie ihre besondere Stellung innerhalb der Gesamtmedizin ein.

Professor Dr. R. M. BOHNSTEDT, Gießen:

„Die Bedeutung von Hautsymptomen für die allgemeine Diagnostik innerer Erkrankungen“

In vielen Fällen ist der Dermatologe in der Lage, durch das Erkennen typischer Hautveränderungen Rückschlüsse auf innere Erkrankungen zu ziehen und primär auf die richtige Diagnose hinzuweisen. Wegen der Unmenge bekannter Beispiele wird nur auf die weniger geläufigen Zusammenhänge zwischen Hauterscheinungen und Störungen im Intestinaltrakt, der Leber, im Pankreas, in der Lunge usw. eingegangen. Verzichtet wird auf die Beschreibung der Exantheme bei den ver-



Finalgon-[®] Creme

gibt heilsame Wärme

bei rheumatischen Erkrankungen
der Muskeln und Gewebe, zur Linderung
von Gelenk- und Nervenschmerzen,
bei Ischias und Hexenschuß.

Finalgon[®]-Creme ist ein neues Finalgon-
Präparat. Gleicher Wirkstoffgehalt wie
Finalgon[®]-Liniment, jedoch durch ihre
Konsistenz für Berufstätige und Sportler
besonders geeignet.

Zur Finalgon-Serie gehört auch die
Finalgon[®]-Salbe mit doppeltem
Wirkstoffgehalt.

ANASCO, ARZNEI- UND GESUNDHEITSPFLEGEMITTEL GMBH,
WIESBADEN



schiedenen Infektionskrankheiten sowie allergischer Hautkrankheiten.

Eigentümliche Pigmentflecke an den Lippen und Handrücken in Verbindung mit Darmpolyposis bestätigen das familiär vorkommende Peutz-Jeghers-Syndrom. Als wichtiges Leitsymptom der Colitis ulcerosa gilt das nicht selten zu beobachtende Pyoderma gangraenosum, gedeutet als bakterielle Embolie mit anschließender Abszedierung. Das Pellagroid nach einheimischer Spreu spricht günstig auf die Medikation von Nikotinsäureamid an. Achylie und Dysbakterie können die Entstehung eines seborrhoischen Ekzems oder einer Neurodermitis circumscripta begünstigen. Ebenso sieht man chronisch-polymorphe Lichtausschläge bei Dysbakterie mit Indikanurie und Achylia gastrica. Das klinische Bild der Prurigo simplex subacuta sowie der chronischen Urtikaria zeigt sich häufig bei Magen-Darmstörungen und ist oft allein durch Magensäure- und Fermentsubstitution zu beseitigen.

Hauterscheinungen, wie Ikterus, Blutungsneigung, Gefäßspinnen und Palmarerythem bei Lebererkrankungen sind hinreichend bekannt. Die Gynäkomastie beim Mann verdient in diesem Zusammenhang Erwähnung. Die Leberzirrhose mit gestörtem Porphyrinstoffwechsel führt gelegentlich zur Porphyria cutanea tarda. Die Xanthoma tuberosa tritt u. a. bei Leberschäden mit Hypercholesterinämie auf.

Zeichen einer Störung der exokrinen Pankreasfunktion kann die Thrombophlebitis saltans sein. Der Diabetes mellitus als Störung endokriner Pankreasfunktion bahnt den Weg für Pyodermie und diabetische Gangrän. In der Pathogenese dieser frühzeitigen Arteriosklerose dürften Lipämie, Cholesterinämie und gestörte Schrankenfunktion der Gefäßendothelien eine Rolle spielen. Die Nekrobiosis lipidica sowie die Kandidamykose können ebenfalls auf einen Diabetes mellitus hinweisen.

Bei den Tuberkuliden ist auf die eventuelle Aktivierung eines Lungenprozesses zu achten, desgleichen bei Lichen scrophulosorum. Oftmals steht zur Lungentuberkulose ein Erythema nodosum sowie ein Erythema induratum in Beziehung. Als klassisches Beispiel der Erkennung einer Allgemeinerkrankung, speziell mit Befall der Lungen und des Mediastinums über entsprechende Hauterscheinungen in Form des Lupus pernio, dient die Sarkoidose oder der Morbus Besnier-Boeck-Schaumann.

Spezielle Veränderungen der Haut und Nägel charakterisieren im Zusammenhang mit lipomatösen Augengeschwülsten, Knochenzysten, Rhabdomyomen am Herzen, Hypernephrom, Schwachsinn und epileptiformen Anfällen die Pringle-Bournevillesche Krankheit. Bei $\frac{2}{3}$ aller Kranken mit Acanthosis nigricans bestehen Tumoren an den inneren Organen.

Die histologische Untersuchung von Hautmetastasen läßt oft Rückschlüsse auf die etwaige Lokalisation des Karzinoms zu. Nicht selten sind Herde an der Haut die erste Manifestation einer Retikulosarkomatose oder einer Lymphogranulomatose. Eine besondere Form der Balanitis kann einen Hinweis auf den Morbus Reiter geben, dessen Kardinalsymptome Urethritis-, Conjunctivitis-Arthritis durch Bronchitis, Rhinitis und Neuritis zu erweitern sind.

Professor Dr. R. SCHUPPLI, Basel:

„Beurteilung und Behandlung von Hautveränderungen bei rheumatischen Krankheiten“

Die enge Zusammenarbeit zwischen Rheumatologen und Dermatologen ist wegen gemeinsamer Problematik notwendig. Zahlreiche Krankheiten spielen sich über die Alteration des kollagenen Bindegewebes gleichzeitig an inneren Organen und an der Haut ab, und auch die Therapie ist demzufolge weitgehend dieselbe.

Wohl am längsten bekannt sind Hautveränderungen bei akutem Gelenkrheumatismus in Form des Erythema anulare, weniger bekannt ist der öfter beobachtete Zusammenhang mit einer Alopecia areata. Bei der primär chronischen Polyarthritiden finden sich die subkutanen Meynertschen Knötchen, starkes Schwitzen, Hautatrophie, Haarausfall und Nageldystrophie. Zu berücksichtigen sind beim Rheumatiker vor allem auch Arzneimittel-exantheme, da dieser Patient chronischer Verbraucher mit erhöhter Reaktionsbereitschaft ist. Wir kennen die Psoriasis arthropathica und müssen wegen der meist negativen Rheumaserologie an eine Sonderstellung gegenüber der primär chronischen Polyarthritiden glauben. Bei der Reiterschen Krankheit beobachtet man neben der bekannten Trias teils psoriasisforme Exantheme. Wegen der regelmäßig guten therapeutischen Wirkung von Kortikosteroiden vermutet man eine hyperergische Reaktion auf verschiedene Infektionserreger. Ätiologisch sollen beim Erythema nodosum — beginnend mit Halsschmerzen, Fieber und polyarthritischen Beschwerden — Tb-Bakterien, Strepto- und Staphylokokken, Trichophyten, Mykosen u. a. Infekte eine Rolle spielen. Besondere Bedeutung haben die Kollagenosen, ein Sammelbegriff primär für Erythematodes, Sklerodermie, Periarthritis nodosa und Dermatomyositis, später erweitert durch Einbeziehung der Hashimoto-Thyreoiditis, primär chronischer Polyarthritiden u. a. rheumatischer Affektionen, da jeweils das kollagene Bindegewebe verändert ist in Form von hyaliner Degeneration und Veränderung der Grundsubstanz. Klinisch zeigen sich Hauterscheinungen, Gelenk- und Muskelstörungen und typische Veränderungen im Blut-Eiweiß-Bild. Pathogenetisch glaubt man an einen Autoimmunisierungsvorgang, wobei körpereigene Substanzen Allergeneigenschaft bekommen können und Antikörperbildung zur Folge haben. Dadurch kommt es zu der am kollagenen Bindegewebe ablaufenden Antigen-Antikörper-Reaktion.

Eine besonders lebensbedrohlich verlaufende Variante des Erythematodes ist das Libman-Sacks-Syndrom. Interessant erscheint die Feststellung, daß etwa bei $\frac{1}{3}$ der Fälle mit Dermatomyositis Karzinome vorkommen. Heilungen der Dermatomyositis nach Entfernung des Karzinoms sprechen für eine Autoimmunkrankheit, ausgelöst durch das Tumoreiweiß.

Bei den Überlegungen um die Ätiologie dieser Krankheitsbilder kommt man zu dem Schluß, daß einerseits der gleiche Erreger bei verschiedenen Patienten verschiedene Krankheitssymptome verursachen kann und daß andererseits das gleiche Krankheitsbild bei einzelnen Patienten durch verschiedene Erreger hervorgerufen werden kann. Somit wird eine bestimmte Disposition bei Patienten gefordert. Immunitäts- und Überempfindlichkeitsreaktionen spielen eine wichtige Rolle. Es kann also heute ein Teil der rheumatischen Symptome sowie einzelner Hauterscheinungen als Aus-



Prof. Dr. Dr. h. c. J. Hämel
Heidelberg



Prof. Dr. R. M. Bohnstedt
Gießen



Prof. Dr. W. Schneider
Tübingen



Prof. Dr. Dr. W. Braun
Heidelberg

druck einer durch Immunisierung des Organismus gegenüber verschiedenen Erregern und unbelebten Stoffen (Medikamenten) und möglicherweise körpereigenen Substanzen zustande gekommenen Abwehrlage des Organismus aufgefaßt werden. Die Klärung der Ursache mit Beseitigung des auslösenden Moments ist nicht immer möglich, so daß man sich auf symptomatische Therapie mit Bekämpfung der exsudativen Vorgänge durch Antiphlogistika beschränken muß.

Professor Dr. W. SCHNEIDER, Tübingen:

„Hautveränderungen bei endokrinen Erkrankungen“

Änderungen der Hormonaktivität finden häufig einen mehr oder weniger charakteristischen Niederschlag auf der Haut. Hautveränderungen bei Diabetes kamen bereits zur Sprache, hinzuzufügen wäre noch der Hirsutismus diabetorum, die auffallend hellrote Gesichtsfarbe und der Pruritus. Im hypoglykämischen Schock fällt die Hyperhidrosis auf. Trophische Störungen sind Folge der Angiopathia diabetica. Kandida- oder Soormykosen sind durch die Resistenzminderung bedingt. Ausdruck der Hyperlipämie sind Xanthelasma und Xanthome. Allergische Erscheinungen kommen durch Verwendung der Monoinsuline (Insuline von nur einer Tierart) nur noch seltener vor.

Die Überfunktion des Hypophysenvorderlappens kann sich durch Akromegalie bemerkbar machen, die Unterfunktion führt entsprechend zu Zwergwuchs. Das Turner-Syndrom zeigt Syndaktylie und Poikilodermie. Teils hypophysär bedingt, teils Folge eines primären Nebennierentumors ist das Cushing-Syndrom mit charakteristischen sichtbaren Zeichen. Ein Mangel gonadotroper Hormone läßt einen Hypogonadismus entstehen, ähnlich verhält sich die Dystrophia adiposogenitalis (Babinski-Fröhlich). Die Simmondsche Kachexie als Folge eines Panhypopituitarismus wird heute in Frage gestellt und als Anorexia nervosa gedeutet. Beim klinisch ähnlichen Sheenan-Syndrom findet sich eine postpartale Nekrose des Hypophysenvorderlappens.

Akutes Nebennierenrinden-Versagen führt zum Waterhouse-Friderichsen-Syndrom, der charakteristische Ausdruck der chronischen Nebennierenrinden-Insuffizienz ist der Morbus Addison. Bei der Überfunktion der Nebennierenrinde steht das adrenogenitale Syndrom im Vordergrund.

Die Gonaden-Insuffizienz ist z. T. wieder hypogonadotropen Ursprungs, unter dem Klinefelter-Syndrom versteht man hingegen einen hypergonadotropen Hypogonadismus als Folge einer primären Hodenatrophie mit gesteigerter Gonadotropinausschüttung.

Beim weiblichen Geschlecht findet sich zunächst im gegebenen Zusammenhang die Fox-Fordyce'sche Krankheit bzw. das Stein-Leventhal-Syndrom mit Defeminisation bis Virilisation. Während der Pubertät tritt häufig Akne auf, die Rosazea am Kinn weist praktisch immer auf Zyklusstörungen hin.

Typisch für die Schilddrüsenüberfunktion (bis zum Basedow) sind der ängstliche Gesichtsausdruck, warme, gerötete, feuchte Haut und eventuell der Exophthalmus. Außerdem findet man das Myxoedema praetibiale symmetrieum, Trommelschlegelfinger und Haarausfall. Sichtbarer Ausdruck der Hypothyreose nach Operation bzw. Bestrahlung ist das Myxödem, unter dem Kretinismus versteht man die angeborene Form.

Die Auswirkungen der Nebenschilddrüsenüberfunktion auf die Haut sind noch weitgehend ungeklärt, bei der Unterfunktion kennt man Zahnstörungen und Katarakte, Impetigo herpetiformis bzw. Psoriasis pustulosa sowie trophische Störungen in Form sklerodermatischer Befunde.

Professor Dr. Dr. W. BRAUN, Heidelberg:

„Die Haut als Manifestationsorgan allergischer Erkrankungen in Differentialdiagnose und Therapie“

Allergie ist keine Krankheit an sich, sondern die Bereitschaft zur andersartigen Reaktion verschiedener Organe durch Sensibilisierung mit einem Allergen. Um von einer allergischen Reaktion sprechen zu können, sind nach DOERR vier Vorbedingungen zu fordern:

1. Quantitative und qualitative Abweichung der Reaktionsform von der Norm
2. Spezifität
3. Unabhängigkeit des Reaktionsbildes von den chemischen und pharmakodynamischen Eigenschaften des auslösenden Stoffes, ausschließlich bestimmt durch die Natur des Schockgewebes (Haut, glatte Muskulatur usw.)
4. Antikörpernachweis (der jedoch gelegentlich sehr schwer zu führen ist)

An der Haut manifestiert sich die Allergie als Folge einer Antigen-Antikörper-Reaktion in Form der Kontaktekzeme, der Arzneimittel-exantheme, der Exantheme durch pflanzliche und tierische Allergene und der Autoaggressionskrankheiten.

Im wesentlichen kommt nur das allergische Kontaktekzem zur Sprache. Hierbei ist das Schockorgan vorwiegend die Epidermis. Die für das Kontaktekzem verantwortlichen Allergene sind meist Haptene, die in der Haut durch Kopplung an Eiweiß

erst zum Vollantigen aufgebaut werden. Die Ausbreitung der Kontaktsensibilisierung geht auf dem Lymphweg vor sich. Die Lymphknoten sind wahrscheinlich der Hauptort der Bildung der Antikörper, die mit den Lymphozyten zu den Epidermiszellen transportiert werden. Der Nachweis freier Antikörper gelingt hierbei nicht. Durch erneuten äußerlichen Kontakt mit dem Allergen kommt es bei entsprechender Disposition zu der allergischen Hautreaktion.

In der Diagnostik des Kontakt-~~ekzems~~ ist die Lokalisation entscheidend. Zu achten ist auf mögliche Kontaktstellen, auf asymmetrische Anordnung, auf scharfe Begrenzung, die bei keiner „gewachsenen“ Dermatose vorkommt, und auf Hautbereiche, an denen erfahrungsgemäß Kosmetika angewendet werden. Weiterhin spielt diagnostisch das morphologische Substrat des Ekzems eine wichtige Rolle, wobei Rötung, Infiltration, Knötchen-, Bläschen- und Pustelbildung, Nässen, Schuppung und Lichenifikation zu beobachten sind. Die Lupenbetrachtung bewahrt oft vor Irrtümern. Differentialdiagnostischen Schwierigkeiten begegnet man häufig an den Händen bei der Epidermophytie und beim klinischen Bild des dyshidrotischen Ekzems, einem polyätiologischen Syndrom, bei dem ursächlich Pilz- oder bakterielle Infektionen, Kontakt mit antigenwirksamen Stoffen sowie Arzneimittel, Nahrungsmittel und Inhalationsallergene (Pollen, Hausstaub, Mehl) in Frage kommen. Auch an infektionsallergische Streuphänomene mit bakteriellen Foci in anderen Körperbereichen ist dabei zu denken sowie an die Möglichkeit einer Sekundärinfektion. Das degenerative oder Empfindlichkeitsekzem, bedingt durch toxische Störungen der Epidermisfunktion, ist klinisch oft nicht vom allergischen Kontakt-~~ekzem~~ zu unterscheiden.

In dem Bemühen um Differenzierung und Aufklärung der Ursache eines Ekzems ist man durch Anwendung der Epikutantestung einen Schritt weitergekommen. Das Prinzip besteht darin, daß man etwa 1 cm² große Hautbezirke bekannten Kontaktallergenen exponiert und eventuell ein kleines Kontaktekzem provoziert. Die Deutung der Testreaktion kann schwierig sein und sollte dem erfahrenen Dermatologen überlassen werden.

Professor Dr. H. GÖTZ, Essen:

„Fortschritte in Beurteilung und Behandlung mykotischer Erkrankungen der Haut“

In den letzten Jahrzehnten haben die Pilzkrankungen an Bedeutung gewonnen, insbesondere die Fußmykose hat ein Ausmaß erreicht, daß man bereits von einer Volksseuche sprechen kann. Bei einer durchschnittlichen Durchseuchung der Bevölkerung von 40% kommen als Infektionsquellen nicht nur Schwimmbäder und Duschräume in Frage, sondern auch Gartenerde, Haus- und Wildtiere. Durch den zunehmenden interkontinentalen Reiseverkehr werden neuerdings Pilzkrankheiten eingeschleppt, die bislang hier unbekannt waren (Histoplasmose, Kokzidio- und Parakokzidio-mykose). Außerdem bedingt die moderne Therapie mit Antibiotika und Kortikosteroiden eine Änderung der Ökologie der Bakterien und Pilze, insbesondere der Hefen. Andererseits ist man in der Diagnostik mykotischer Erkrankungen weitergekommen, so daß nach Differenzierung eine gezielte Therapie möglich wird. Es sollte nicht mehr geschehen, bei bronchopulmonalen

Pilzinfektionen Griseofulvin als Therapeutikum zu empfehlen, das nur bei Dermatomykosen wirksam ist.

Unter den Dermatomykosen sind in erster Linie Mikrosporie, Favus (Erbgründ), Trichophytie und Tinea (Epidermophytie) zu berücksichtigen. Mikrosporie, Trichophytie und Favus sind vorwiegend durch Haarausfall charakterisiert. Der Favus wird oft in 2 bis 3 Generationen beobachtet und führt zu typischen Narbenbildungen auf dem Kopf. Bei der Tinea ist die häufigste Lokalisation der Fuß.

Das heutige Mittel der Wahl bei Dermatomykosen ist das oral zu gebende Griseofulvin, am besten wirksam bei Infektionen des behaarten Kopfes und der Bartregion. Therapeutisch hartnäckig erweisen sich Nagelmykosen. Das Aufweichen der Nägel zum Zwecke besserer mikroskopischer Diagnostizierbarkeit geschieht optimal mit DMSO. Somit kann man differentialdiagnostisch die Psoriasis u. a. ausschließen.

Die Griseofulvingaben sollen sechsstündlich erfolgen (Fulcin S und Likuden M) in einer Dosis von 4 × 125 mg bei gleichzeitiger fettreicher Nahrung zur Verbesserung der Löslichkeit und Resorption. Bei der Behandlung der Nagelmykosen mit Griseofulvin empfiehlt sich das vorherige Entfernen der pilzdurchsetzten Nagelplatten sowie der Hornschicht der Zehen, um Reinfektionen vorzubeugen. Zur Lokalthherapie wird die antimykotisch und antibakteriell wirksame Solutio Castellani dem Griseofulvin vorgezogen. Die Behandlungsdauer in optimaler Dosierung soll mindestens 4 Wochen betragen (oft 2 bis 3 Monate). An Nebenwirkungen des Griseofulvins ist auf allergische Reaktionen, gastrointestinale Störungen sowie Kopfschmerzen zu achten, bei Leberpatienten ist Vorsicht geboten.

Pilzkrankheiten durch *Candida albicans* (Soor) gewinnen zunehmend an Bedeutung, häufig liegen Stoffwechselstörungen und konsumierende Erkrankungen (Krebs oder Infektionskrankheiten) als Basis zugrunde. Nystatin (Moronal) läßt Soorinfektionen unter Kontrolle bekommen. Peroral ist es wegen zu geringer Resorption unwirksam. Parenteral hat sich besonders das Amphotericin B bei zahlreichen Mykosen bewährt. Laufende Überwachung aller wichtigen Organfunktionen, insbesondere der Nieren, ist dabei geboten. An Nebenwirkungen sind Fieber, Nausea, Erbrechen und Thrombophlebitis am Ort der i.v.-Infusion bekannt. Keine neuen therapeutischen Gesichtspunkte haben sich bei der Sporotrichose (Jodkali), der Chromomykose (Jodkali und Vit. D₃), der Aktinomykose und der Nocardiose (Penicillin, Breitspektrumantibiotika, Sulfonamide) ergeben.

Professor Dr. H. THOMÄ, Heidelberg:

„Psychotherapie in der Dermatologie“

Psychogene Faktoren bei Hautkrankheiten liegen in Form der Selbstbeschädigungen durch Herausreißen von Haaren, Zufügen von Kratzwunden usw. mit nachfolgender Sekundär-Infektion und Narbenbildung klar auf der Hand. Die Beweggründe, sich Artefakte beizubringen, sind unbewußt. Die Möglichkeit, Hautsymptome, wie Anästhesie, Hyperämie, Quaddel, Blasen und Nekrosen suggestiv zu erzeugen, beweist ebenfalls, daß psychische Faktoren die physiologischen Vorgänge der Haut beeinflussen können. Wie bei den Neurosen stellt auch bei den psychosomatischen Hauterkrankungen das Verdrängen von Konflikten einen wichtigen



Prof. Dr. H. Götz
Essen



Prof. Dr. H. Thomä
Heidelberg



Prof. Dr. H. Gartmann
Köln-Lindenthal

Mechanismus in der Pathogenese dar. Entsprechend kann ein psychotherapeutisches Bewußtmachen von unbewußten Konflikten eine entscheidende Rolle in der Heilung mancher Hautkrankheiten spielen. Man nimmt an, daß die Erscheinungsform der Hautreaktion auf seelische Einflüsse (verdrängte erotische oder aggressive Triebwünsche) von der angeborenen Disposition („somatisches Entgegenkommen“) abhängig ist.

Bei den folgenden Hautkrankheiten dürften seelische Faktoren zumindest teilweise in Ätiologie und Verlauf eine Rolle spielen: Pruritus (vulvae, ani, generalisiert), Acne vulgaris, Rosazea, seborrhoische Dermatitis, Ekzem und Pompholyx, Urtikaria und angioneurotisches Ödem, Neurodermitis und Prurigo, Psoriasis, Hyperhidrosis und Dyshidrosis, Alopecia areata und universalis, Lichen planus, Vitiligo und Herpes simplex recurrens. Nach WITTHOWER und RUSSEL (London) handelt es sich um 45% von einem 17 600 Patienten umfassenden dermatologischen Krankengut. Vom Anteil der psychischen Faktoren an der Pathogenese der verschiedenen Syndrome ergeben sich praktisch-therapeutische Konsequenzen. In vielen Fällen müßte reine Psychotherapie eine Besserung der Symptomatik erwarten lassen, wenigstens psychogene Teilkomponenten ließen sich günstig beeinflussen. Das geschilderte Beispiel der erfolgreichen Psychotherapie bei einem jungen Mann mit Neurodermitis und Impotentia coeundi ist eines von vielen. Masochistische und verdrängt exhibitionistische Tendenzen scheinen bei Neurodermitisfällen vermehrt ausgeprägt. Obwohl man weiß, daß die Impotentia coeundi so gut wie immer rein psychogener Natur ist, bleiben derartige Patienten ein ernstes Problem. Auf enge Zusammenarbeit zwischen Dermatologen und Psychoanalytiker bzw. Psychotherapeuten kann in bezug auf optimale Patientenbetreuung nicht verzichtet werden.

Professor Dr. H. GARTMANN, Köln-Lindenthal:

„Maligne Manifestationen der Haut in ihrer Bedeutung für Diagnostik und Therapie“

An keinem Organ läßt sich die Entstehung maligner Veränderungen so gut erkennen wie an der Haut. Dennoch zeigt die Erfahrung, daß der dermatologisch ausgebildete Arzt häufig erst zu einem Zeitpunkt konsultiert wird, wo eventuell eine wirkungsvolle Behandlung mit Heilungschancen nicht mehr möglich ist, da entsprechende Hauterscheinungen vom Laien zu lange bagatellisiert worden sind.

Der Begriff der Präkanzerose ist in der Dermatologie am weitesten ausgebaut. Dabei findet man histologisch tückenhaft schon Zellmerkmale des Kar-

zinoms. Das „Carcinoma in situ“ ist bereits durch die gleichen Zellmerkmale gekennzeichnet wie das Karzinom, es fehlen aber noch invasives Wachstum und Metastasen. Zu den Präkanzerosen zählt man z. B. gewisse Keratosen, Leukoplakie und Erythroplasie, Melanosis circumscripta, Craurosis penis et vulvae, Lichen planus usw., um nur einige herauszugreifen.

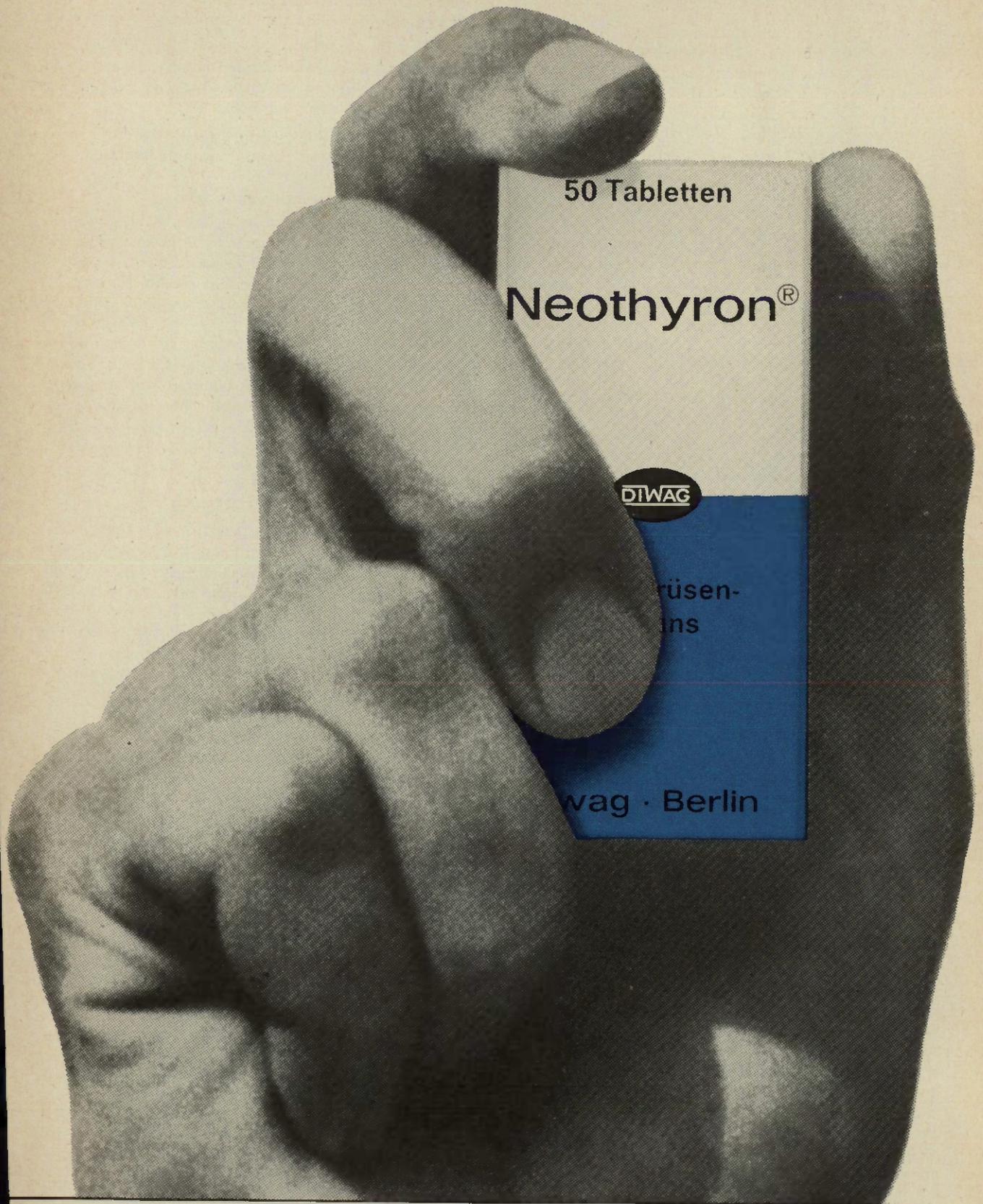
Die häufigsten bösartigen Tumoren der Haut sind das langsam wachsende Basaliom und das schnellwachsende Plattenepithel-Karzinom (Spinallom), also epitheliale Geschwülste. Während das Basaliom gewöhnlich nur örtlich destruierend wächst und nicht metastasiert, ist das Basalzellkarzinom als entartetes, metastasierungsreiches Basallom aufzufassen. Das Plattenepithelkarzinom kann metastasieren. Bei Hautkarzinomen haben wir es in der Regel mit Lymphknotenmetastasen zu tun, Fernmetastasen in innere Organe sind sehr selten. Hingegen ist ein infiltrierend-destruktives Wachstum in hautnahe Organe (Orbita, Schädelknochen, Meningen) möglich. Jedes plötzlich auftretende, schmerzlose, langsam oder schnell wachsende Knötchen auf der Haut oder Schleimhaut und jeder erodierte oder ulzerierte, nicht heilende oder auch vernarbende Prozeß muß als Krebsverdächtig angesehen und der histologischen Untersuchung zugeführt werden.

Die Absiedelung von Metastasen maligner Tumoren innerer Organe in die Haut läßt gelegentlich einen Primärtumor aufdecken (Brustkrebs, Bronchialkarzinom, Karzinom des Intestinaltraktes, der weiblichen Genitalien und der Prostata). Charakteristisch ist rasche Ausbreitungstendenz und geschwirriger Zerfall. Die Histologie weist oft auf den Primärsitz des Tumors hin.

Die Haut kann auch Ort der Entstehung eines Sarkoms sein, wobei sich durch Ausschwemmung von Tumorzellen über Lymphspalten und -gefäße oder über hämatogene Metastasierung eine sekundäre Sarkomatosis cutis entwickeln kann. Maligne Eigenschaften kann auch das Hämangioperizytom entwickeln.

Ein besonderes Problem sehen wir im malignen Melanom. Ausgangspunkt sind die epidermisständigen neurogenen Melanozyten. Eine gutartige Proliferation führt zum Pigmentzelnävus, die bösartige Entwicklung stellt das maligne Melanom dar, das leider allzuoft in seiner Entstehungsphase selbst vom Arzt wegen der außerordentlichen Variationsbreite der Erscheinungsform falsch gedeutet und so lange verkannt wird, bis die frühzeitig einsetzende Metastasierung darauf hinweist, wobei eine Heilung durch Exzision weit im Gesunden oder durch Strahlentherapie jedoch nicht mehr möglich ist. Die Metastasierung erfolgt

Schilddrüsen-Regulation im Griff!



Neothyron normalisiert die Schilddrüsen-tätigkeit von verschiedenen Seiten: Trijodthyronin hemmt die Bildung und Ausschüttung von TSH. Reserpin dämpft störende Impulse des Zwischenhirns und vermindert auf diesem Wege die Produktion von TSH. Das Barbitursäure-derivat hat einen sedierenden Einfluß auf das

Großhirn, fängt psychische Noxen ab und vermindert die Impulse zu den hypothalamischen Zentren, der Bildungsstätte der Neurohormone.

Indikationen: Leichte bis mittelschwere Hyperthyreosen, euthyreote diffuse Kröpfe, Rezidivprophylaxe nach subtotaler Resektion, neuro-

zirkulatorische Dystonien mit Schilddrüsenbeteiligung, ausgebrannte Hyperthyreosen, floride endokrine Ophthalmopathie.

Zusammensetzung: L-3,5,3'-Trijodthyroninhydrochlorid 0,01 mg, Reserpin 0,1 mg, Methylphenyl-äthyl-barbitursäure 60 mg/Tabl.

50 Tabletten DM 5,30 o.U. Diwag · Berlin

lymphogen und/oder hämatogen und kann praktisch in sämtliche Organe des Körpers erfolgen.

Die *Melanosis circumscripta praeblastomatosa* gibt am häufigsten den Boden für die Entstehung eines Melanoms ab, nicht etwa — wie immer wieder behauptet wird — der Pigmentzellularnävus. Die Unterscheidung ist schwierig und verantwortungsvoll und fast nur dem Dermatologen geläufig. Wann sich daraus ein Melanom entwickelt, ist nicht vorauszusagen. Die maligne Potenz der prämaligen Melanose kann während des ganzen Lebens bestehen, auslösende Momente sind nicht zu definieren.

Die Haut kann als Teillokalisierung auch von Hämoblastosen in Frage kommen. Häufig geschieht dies bei Retikulosen, weniger oft bei chronischen Lymphadenosen und selten bei chronischen Myelosen. Vor allem im Kindesalter führen akute Myelosen und Lymphadenosen zu ulzerierenden Herden bzw. makulopapulösen Exanthenen. Schmerzlose Lymphknotenschwellungen fehlen fast nie.

Weiterhin sind die malignen systemartigen Granulomatosen zu erwähnen. Bei der

Lymphogranulomatose kennt man Pruritus mit Kratzfolgen, urtikarielles Exanthem, Herpes zoster und Lymphogranuloma papulosum disseminatum.

Die *Mycosis fungoides* stellt eine mit Aktivierung des retikulohistiozytären Systems einhergehende chronische granulomatöse Entzündung dar, deren Verlauf nach drei Stadien abgrenzbar ist:

- Polymorphes (prämykotisches) Initialstadium
- Stadium der flachen lichenoiden und knotigen Infiltrate und
- das Stadium der mykoiden Tumoren

Bezüglich der Therapie der Präkanzerosen, Basaliome, Karzinome, Sarkome und Melanome der Haut wird im allgemeinen das chirurgische Vorgehen bevorzugt, eventuell in Kombination mit Strahlenbehandlung. Bei den Hämoblastosen und malignen Granulomatosen vermögen Röntgenbestrahlung, Zytostatika und Kortikosteroide für eine gewisse Zeit den schicksalsmäßigen Verlauf aufzuhalten. Die *Mycosis fungoides* spricht oft schon auf intensive Sonnenbestrahlung gut an, geringe Röntgendosen wirken vorübergehend günstig.

(Fortsetzung folgt)

Die Entwicklung des Schwabinger Krankenhauses

In einer Feierstunde im Schwabinger Krankenhaus, an der die Mitglieder des Gesundheitsausschusses des Münchner Stadtrates und die Chefarzte des Krankenhauses, sowie sein Direktor Professor Dr. Jakob Bauer teilnahmen, wurde in einem Festvortrag des Krankenhausreferenten der Landeshauptstadt, Stadtrat Dr. Erwin Hamm, „Gestern — Heute — Morgen“ die Geschichte des Krankenhauses und die geplante Weiterentwicklung an Hand eines reichen Zahlenmaterials besprochen. Durch den Übergang der Krankenhäuser rechts der Isar und am Biederstein, wo die klinischen bzw. theoretischen Institute der neuen der Technischen Hochschule eingegliederten Medizinischen Fakultät Aufnahme finden, auf den Freistaat Bayern, konzentriert sich die Aufmerksamkeit des Münchner kommunalen Krankenhauswesens nunmehr auf die Krankenhäuser Harlaching und Schwabing. (Die Planung des Harlachinger Krankenhauses ist bis auf die Verwirklichung des letzten Planungsabschnittes, einem Bettenhaus mit rund 220 Betten, abgeschlossen.) Die Entwicklung des Schwabinger Krankenhauses wurde für die Jahre 1861 bis 1961 durch das Werk des jetzigen Direktors Professor Dr. Jakob Bauer „Schwabinger Krankenhaus im Wandel. Vom Dorfspital zum Großstadtklinikum“ (erschienen 1962, 210 Seiten mit zahlreichen Zeichnungen, Plänen und Bildern) in umfassender Weise dargestellt. Das Buch ist ein bedeutsamer Beitrag zur Medizingeschichte der Landeshauptstadt. Schwabing, das erst 1891 München eingegliedert wurde, ist älter als seine „Adoptivmutter“, wie Oberbürgermeister Dr. H.-J. Vogel schrieb. Es läßt sich bereits seit 782 urkundlich nachweisen. Schwabing blieb bis ins 19. Jahrhundert ein stilles Bauerndorf. Die Beziehungen zwischen München und Schwabing reichen weit ins Mittelalter zurück. Neben dem Heiligeistspital (siehe Bayer. Ärzteblatt, 1962/9 und 1967/10) und dem Gastelgspital (mindestens seit 1213) besaß die Stadt München als drittes Spital das Leprosenhaus Schwabing (am

heutigen Nikolaiplatz). Auch dieses Spital geht vermutlich schon ins 13. Jahrhundert zurück, läßt sich aber urkundlich erst seit 1389 nachweisen. Es wurde 1819 aufgehoben, 1826—1830 nochmals vorübergehend als Blatternspital verwendet und 1856 abgebrochen. Fünf Jahre später (1861) wurde das erste gemeindliche Schwabinger Krankenhaus eröffnet. Schwabing hat somit eine fast 600jährige Krankenhaus-Tradition, wie OB Dr. Vogel in dem Geleitwort zum Werke Prof. Dr. Jakob Bauers hervorhebt.

In den letzten hundert Jahren folgte eine steile Aufwärtsentwicklung des Schwabinger Krankenhauses. Es ist nach wie vor im Pavillonsystem erhalten. Der Vorteil dieser Einrichtung ist die bessere Fühlung zwischen Arzt und Patienten, die dankbar empfunden wird. Jahrzehntlang war Schwabing mit durchschnittlich 2100 belegten Betten die größte Krankenhausanlage Deutschlands. Das Krankenhaus hatte nach den Zerstörungen durch den Krieg immerhin noch 1360 Betten, während das Krankenhaus r. d. Isar zur selben Zeit nur noch über 220 Betten verfügte. Diese Größenordnung war der Grund, daß die Amerikaner 1945 das Krankenhaus (mit Ausnahme der 260 Kinderbetten) beschlagnahmten, wodurch es für die Versorgung der Zivilbevölkerung ausfiel. Nach Rückgabe einzelner Gebäudeteile in den Jahren 1953 bis 1955 wurde das Krankenhaus im November 1967 zur Gänze wieder für die Münchner Zivilbevölkerung freigegeben. Damit waren aber Überlegungen am Platz, wie das Krankenhaus seinen neuen Aufgaben am besten gerecht werden könne. Es wurden einzelne Abteilungen neu geschaffen, so eine Nothilfestation, eine Abteilung für Strahlentherapie mit Nuklearmedizin, ein bakteriologisches Institut, eine Anästhesieabteilung, ein Klinisch-Chemisches Institut. Die Physikalische Medizin wurde in einer selbständigen Abteilung zusammengefaßt. An Spezialabteilungen wurde eine Stoffwechselabteilung (99 Betten), eine Infektionsabteilung (159

Betten), eine Onkologische Abteilung (65 Betten), eine gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung (119 Betten), eine Frühgeburtenabteilung (40 Betten) geschaffen. Eine Kinderchirurgische Abteilung mit 75 Betten ist im Aufbau. Eine Psychiatrische Abteilung wurde in Zusammenarbeit mit der Max-Planck-Gesellschaft mit 120 Betten geschaffen. In Planung befinden sich auch eine Urologische Abteilung und eine solche für Geriatrie.

„Das Haus umfaßt 2000 Krankenbetten in weiträumiger und für heutige Begriffe veralteter Situation; ein Nachteil, der sich jedoch ausschließlich auf die wirtschaftliche Betriebsführung beschränkt und für den Patienten mit nicht unwesentlichen Vorteilen verbunden ist: Die hohen Zimmer, die weiträumigen Grünanlagen, die völlige Abgeschiedenheit vom Großstadtlärm werden von den Patienten immer wieder dankbar empfunden.“

„Die medizinische Wirksamkeit des Hauses kann im wesentlichen nur als erstklassig und jedem Vergleich mit modernsten Häusern standhaltend bezeichnet werden. Das dargelegte Entwicklungsprogramm des Hau-

ses soll jedoch auch die Grenzen für Wünsche und Vorstellungen, an denen es ja im Krankenhausbereich nie fehlt, deutlich machen. Über das Dargelegte hinaus erscheinen weitergehende Vorstellungen nicht mehr realisierbar, zumindest nicht für absehbare Zeit. Andererseits sollen die Planungsvorstellungen auch nicht zu einer Sperrmauer werden, falls die Entwicklung der Medizin neue Überlegungen erfordert. Medizin ist heute zu einem Teil der Technik geworden. Die Technik befindet sich in einer Entwicklung, wie sie keine Generation vor uns gekannt hat. Wir müssen trotz aller Planungen und Programme immer wieder Geschehenes überdenken, Vorhandenes auf seine Zweckmäßigkeit überprüfen und bestehende Vorstellungen überarbeiten und neuen Ergebnissen dieser unentwegten Tätigkeit Rechnung zu tragen bereit sein. Ein Krankenhaus muß von seinem Aufbau und seiner Gliederung her genauso elastisch bleiben wie der Arzt bei der hohen Verantwortung seines Berufes.“

Der Vortrag von Stadtrat Dr. Hamm wurde beifällig aufgenommen. In der anschließenden Diskussion wurden noch einige Ausblicke für die Weiterentwicklung des Krankenhauses näher dargelegt. K-g.

Dringlich zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

Oberbayern

Langengeisling, Lkr. Erding: 1 Allgemeinpraktiker

Penzberg, Lkr. Weilheim: 1 Allgemeinpraktiker

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

Oberfranken

Kirchhrehnbach, Lkr. Forchheim: 1 Allgemeinpraktiker

Leupoldsgrün, Lkr. Hof: 1 Allgemeinpraktiker (Allein-
arzt)

Marktredwitz: 1 Allgemeinpraktiker

Sparneck, Lkr. Münchberg: 1 Allgemeinpraktiker

Untersiemau, Lkr. Coburg: 1 Allgemeinpraktiker
(2. Arztsitz)

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

Oberpfalz

Beratzhausen: 1 Allgemeinpraktiker

Eschenbach (Stadt): 1 Facharzt für Frauenkrankheiten
und Geburtshilfe

Falkenstein: 1 Allgemeinpraktiker

Hirschau-Schnaittenbach (Ortsteil Schnaittenbach):
1 Allgemeinpraktiker

Neumarkt: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

Roding: 1 Allgemeinpraktiker

Roßbach/Wald: 1 Allgemeinpraktiker

Sulzbach-Rosenberg: 1 Allgemeinpraktiker

Vohenstrauß: 1 Allgemeinpraktiker

Waldershof: 1 Allgemeinpraktiker

Waldburn: 1 Allgemeinpraktiker

Weiden: 1 Facharzt für Kinderkrankheiten

Weiden: 1 Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten
Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Oberpfalz —, 8400 Regensburg, Landshuter Straße 49, zu richten.

Niederbayern

Haidmühle, Lkr. Wolfstein (Bayer. Wald): 1 Allgemein-
praktiker

Hauzenberg, Lkr. Wegscheid: 1 Allgemeinpraktiker
Hauzenberg, nahe bei Passau gelegen, hat ca. 3100 Einwohner und ein Einzugsgebiet mit ca. 8750 Einwohnern. Die zu besetzende Kassenarztstelle wurde durch Tod des Praxisinhabers frei. Zwei weitere Praktische Ärzte sind am Ort niedergelassen. Der verstorbene Kollege rechnete rund 1000 Krankenscheine ab. Eine Wohnung wird von der Gemeinde zur Verfügung gestellt. Die Praxisräume, eventuell mit Einrichtung, des verstorbenen Kollegen können übernommen werden. Hauzenberg besitzt eine neue Realschule.

Kötzting: 1 Allgemeinpraktiker

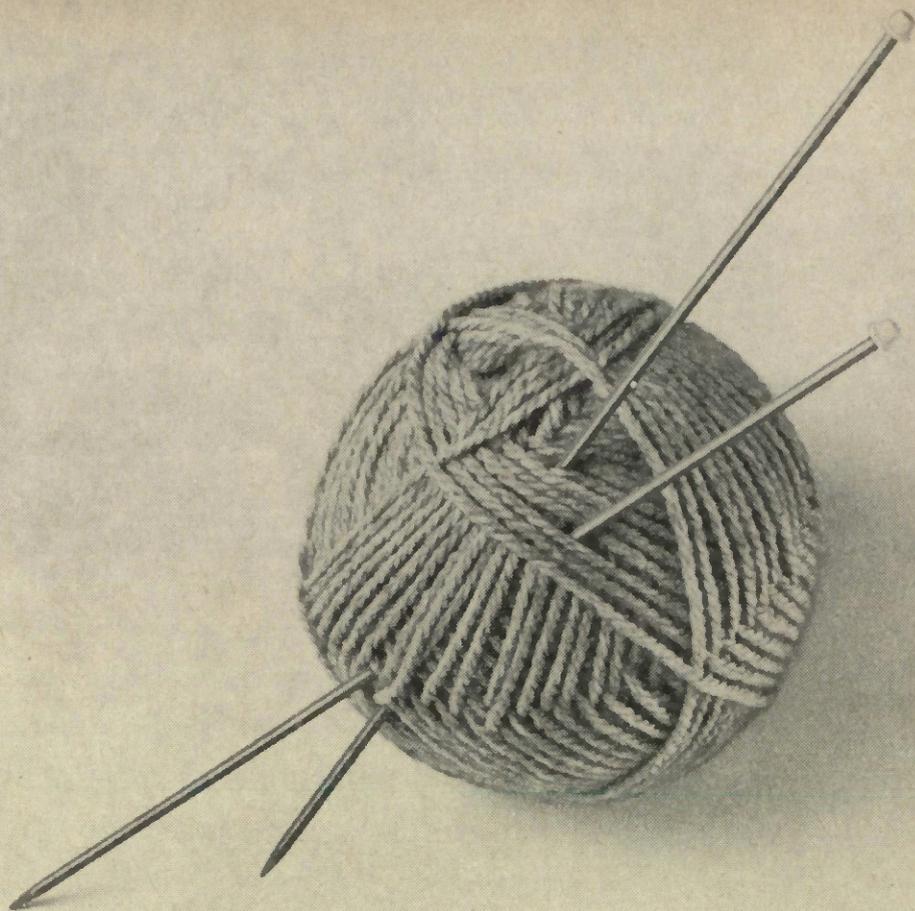
Kötzting ist eine Stadt mit ca. 3400 Einwohnern und einem sehr großen Einzugsgebiet. Ein vor kurzem verstorbener Allgemeinpraktiker hatte eine sehr umfangreiche Kassenpraxis. Ein weiterer Kollege beabsichtigt, seine ebenfalls sehr große Praxis aus Altersgründen aufzugeben und sie einem Nachfolger zu übergeben.

Niederpörling, Lkr. Vilsbiben: 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um einen alten Kassenarztsitz, der durch den Wegzug des bisherigen Kassenarztes frei geworden ist. Dem Bewerber steht ein schönes Einfamilienhaus mit Praxisräumen zu einem monatlichen Mietpreis von 150,— bis 200,— DM zur Verfügung.

Obernzell, Lkr. Wegscheid: 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um eine durch Tod des Praxisinhabers frei gewordene Kassenarztstelle. Obernzell ist ein aufwärtsstrebender Fremdenverkehrsort an der Donau



Bei Husten : Warmhalten
und Hustentee
trinken —
natürlich

Bronchiflux[®]

NATTERMANN

macht schnell die Luftwege frei

unterhalb Passaus (Entfernung 17 km), mit ca. 2100 Einwohnern und einem Einzugsgebiet mit ca. 3800 Einwohnern. Am Ort ist ein zweiter Praktiker niedergelassen. Oberzell hat ein Krankenhaus, das von einem Fachchirurgen geleitet wird. Praxisräume, eventuell mit Einrichtung, des verstorbenen Kollegen können übernommen werden. Eine Neubauwohnung steht zur Verfügung.

Straubing: 1 Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten

Es handelt sich um eine seit über 20 Jahren bestehende Fachpraxis, die durch den Tod des Inhabers frei geworden ist. Straubing hat ca. 37 000 Einwohner und ein sehr großes Einzugsgebiet. Obwohl noch eine Fachärztin für Nerven- und Gemütskrankheiten am Ort niedergelassen ist, bietet diese Stelle eine sehr gute Existenz für einen Neurologen.

Wegscheid: 1 Allgemeinpraktiker

Wegscheid ist eine Marktgemeinde im unteren Bayerischen Wald mit einem ärztlichen Einzugsgebiet von rund 4000 Einwohnern. Am Ort ist ein Krankenhaus, das von einem Fachchirurgen geleitet wird. Der einzige Allgemeinpraktiker am Ort hat eine umfangreiche Kassenpraxis. Die Gemeinde Wegscheid besorgt Wohn- und Praxisräume.

Zwiesel, Lkr. Regen (Bayer. Wald): 1 Facharzt für Hals-, Nasen-, Obrenkrankheiten

Die Stelle wurde durch den Wegzug des bisherigen Praxisinhabers frei.

In der Stadt Regen (Entfernung 11 km) besteht Anfang 1968 am Städtischen Krankenhaus in Regen die Möglichkeit, Belegbetten zu erhalten.

Die Stadt ist außerdem in der Lage, eine größere Wohnung oder ein ganzes Haus zu angemessener Miete oder einen billigen Bauplatz zur Verfügung zu stellen.

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

Mittelfranken

Boxdorf, Lkr. Fürth: 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um einen neuen Kassenarztsitz, der durch starke Zunahme der Bevölkerung und Überlastung der einfahrenden Ärzte eine gesicherte Existenzmöglichkeit bietet.

Markt Erlbach, Lkr. Neustadt/Aisch: 1 Allgemeinpraktiker

Scheinfeld: 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um eine durch Tod des Praxisinhabers frei gewordene Kassenarztstelle. Am Ort sind zwei Praktiker niedergelassen.

Schillingsfürst, Lkr. Rothenburg o. d. T.: 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um einen alten Kassenarztsitz, der durch den Wegzug des bisherigen Kassenarztes frei geworden ist.

Schopfloch, Lkr. Dinkelsbühl: 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um eine durch Tod des Praxisinhabers frei gewordene Kassenarztstelle. Schopfloch hat ca. 2400 Einwohner und ein großes Einzugsgebiet. Am Ort hat sich ein zweiter Praktiker niedergelassen.

Tauberzell, Lkr. Rothenburg o. d. T.: 1 Allgemeinpraktiker

Auch nach Finanzänderungsgesetz 1967:

Ärzteversorgung statt Angestelltenversicherung

Befreiungsanträge umgehend stellen

Mit Wirkung vom 1. Januar 1968 an hat das Recht der Angestelltenversicherung einschneidende Änderungen erfahren. Die wesentlichste ist wohl die der Beseitigung jeglicher „Versicherungspflichtgrenze“. Durch zahlreiche Veröffentlichungen in der Tagespresse ist offenbar im Kollegenkreis der falsche Eindruck entstanden, nur durch den Abschluß „Befreiender Lebensversicherungen“ könne die Pflichtmitgliedschaft in der Angestelltenversicherung abgewandt werden. Die Vertreter der Privaten Lebensversicherer treten solch falschen Vorstellungen — verständlicherweise — nur in seltenen Ausnahmefällen entgegen.

Richtig und wichtig ist demgegenüber:

Jeder angestellte Kollege, der der Bayerischen Ärzteversorgung als Pflichtmitglied angehört, hat die Möglichkeit, sich gemäß § 7 Abs. II des Angestelltenversicherungsgesetzes (AVG) von der Angestelltenversicherung befreien zu lassen (Formulare für den Befreiungsantrag stellt die Bayerische Ärzteversorgung, 8000 München 22, Widenmayerstraße 10, zur Verfügung).

Besonders wichtig ist die Antragstellung nach § 7 Abs. II AVG für diejenigen Kollegen, die bisher wegen der Höhe ihrer Angestelltenbezüge eine Befreiung von der Angestelltenversicherungspflicht noch nie herbeiführen mußten. Versäumen sie die Antragstellung, bleiben sie also Pflichtversicherte der Angestelltenversicherung, so gehen sie der besonderen Leistungen der Ärzteversorgung im Falle frühzeitiger Berufsunfähigkeit verlustig.

Der Befreiungsantrag sollte unverzüglich gestellt werden. Es ist umstritten, ob er, wie bei einer Befreiung durch Abschluß eines Lebensversicherungsvertrages, mit Rückwirkung zum 1. 1. 1968 im ersten Halbjahr 1968 gestellt werden kann. Wird diese Möglichkeit rückwirkender Antragstellung verneint, so gehen die an die Angestelltenversicherung geleisteten Beiträge zur Hälfte verloren!

Die Bayerische Ärzteversorgung wird in diesen Tagen ihre Mitglieder in einem Rundbrief auf die veränderte Situation hinweisen. Wir empfehlen allen Kolleginnen und Kollegen eine sorgfältige Lektüre dieses Informationsschreibens.

Es handelt sich um einen alten Kassenarztsitz, der durch den Wegzug des bisherigen Kassenarztes frei geworden ist. Dem Bewerber steht ein großes Einfamilienhaus mit Praxisräumen zur Verfügung.

Weidenbach-Triesdorf, Lkr. Feuchtwangen: 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um einen Kassenarztsitz, der seit einigen Jahren nur noch mit einem Arzt mit sehr großer Praxis besetzt ist.

Wendelstein, Lkr. Schwabach: 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um einen Kassenarztsitz, der nur mit zwei Ärzten mit übergroßen Praxen besetzt ist.

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

Schwaben

Günzburg: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

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

Unterfranken

Bastheim, Lkr. Mellrichstadt: 1 Allgemeinpraktiker

Bergtheim, Lkr. Schweinfurt: 1 Allgemeinpraktiker

Hambach, Lkr. Schweinfurt: 1 Allgemeinpraktiker

Rottenberg, Lkr. Alzenau: 1 Allgemeinpraktiker

Urspringen, Lkr. Marktheidenfeld: 1 Allgemeinpraktiker

Wildflecken/Rhön: 1 Allgemeinpraktiker

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

Ärztliche Fortbildung im Chiemgau

Am 15. 11. 1967 hielt Herr Dr. med. D. SCHWARZ, Wissenschaftlicher Assistent am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München, zum Thema „**Psychopharmaka in der Praxis**“ den nachstehend referierten Vortrag:

„Die Erfolge der Psychopharmakotherapie haben zu einem kaum noch übersehbaren Angebot an Präparaten geführt. Die Abgrenzung der Indikationen für die einzelnen Substanzen und die Information über z. T. doch recht erhebliche Nebenwirkungen wird daher in der Praxis immer schwieriger. Ziel des Vortrages war es, einige Hinweise auf eine praktisch verwertbare Einteilung der Psychopharmaka und einige ihrer Nebenwirkungen zu geben.

Man kann drei für die Indikationsstellung wichtige Substanzgruppen unterscheiden: Neuroleptika, Tranquilizer und Thymoleptika.

Neuroleptika sind in erster Linie zur Behandlung von Psychosen (insbesondere aus dem schizophrenen Formenkreis) geeignet. Nach HAASE werden hochpotente Neuroleptika (z. B. Haloperidol, Lyogen) mit niedriger Dosierung und vor allem das extrapyramidalmotorische System betreffenden Nebenwirkungen von niedrigeren unterschieden, die höher dosiert werden und eher vegetativ-humorale Nebenwirkungen zeigen.

In der Therapie der für die Praxis so wichtigen psychovegetativen Funktionsstörungen kommen allenfalls niedrige Neuroleptika (z. B. Melleril) in erster Linie jedoch Tranquilizer (z. B. Valium, Adumbran) in Frage; Substanzen, die vor allem wegen ihrer geringeren Nebenwirkungen geeignet erscheinen.

Thymoleptika sind in erster Linie für die Behandlung von Depressionen geeignet, wobei nicht nur an die endogenen Depressionen zu denken ist, sondern auch an die mannigfachen organisch bedingten und reaktiven Verstimmungszustände, die in der Allgemeinpraxis beobachtet werden können, wie Erschöpfungsdepressionen, reaktive und neurotische Depressionen. Die Indikationsstellung richtet sich weitgehend nach dem vorherrschenden Symptomenbild. Einzelne Thymoleptika (z. B. Pertofran, Tofranil) haben eine mehr anregende, andere (z. B. Saroten, Laroxyl) eine mehr dämpfende Wirkung. Auch bei dieser Gruppe sind verschiedene humoral-vegetative Nebenwirkungen zu beachten. Von einer Behandlung mit Monoaminoxidasehemmern (z. B. Marplan, Jatrosom) in der Allgemeinpraxis ist wegen z. T. letaler Komplikationen abzuraten.

Auf die Rezidivgefahr beim vorzeitigen Absetzen einer in der Klinik vorgenommenen Einstellung auf Thymoleptika oder Neuroleptika wurde besonders hingewiesen.“

Franz-Redeker-Preis

Das Preisrichterkollegium hat die nachstehenden Arbeiten mit dem **Franz-Redeker-Preis 1967** ausgezeichnet:

„12 Jahre Bekämpfung der Hauttuberkulose im Landbezirk Neubrandenburg — eine sozialhygienische Aufgabenstellung“, von Herrn Bezirks-Tbk.-Arzt Med.-Rat AoDoz. Dr. med. habil. H.-D. J u n g, X 2100 Pasewalk, Prenzlauer Chaussee 30;

„Tuberkulose und Alkohol“. Der störende Einfluß des Alkoholmißbrauchs auf die stationäre Behandlung und Vorschläge zu seiner Überwindung, von Herrn OMR Dr. Kerntke, Tbk.-Fürsorgestelle, 7000 Stuttgart, Hohe Straße 28;

„Die Erfassung von Infektionen mit atypischen Mykobakterien durch simultane Hauttests bei Tuberkulosekranken und ihre Bewertung für die Humanmedizin“, von Herrn cand. med. Claus S e h u n t e r, 7980 Ravensburg, Zeppelinstraße 19.

Franz-Redeker-Preis 1968

„Das Präsidium des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose hat auch für das Jahr 1968 den Franz-Redeker-Preis in Höhe von DM 4000,— für eine bisher noch nicht veröffentlichte wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der Tuberkulosebekämpfung in sozialhygienischer Hinsicht gestiftet. Dieser Preis kommt für eine oder mehrere, höchstens jedoch für drei Arbeiten zur Verteilung.

Der Einsendeschluß für die Arbeiten zum Franz-Redeker-Preis 1968 ist der **31. Juli 1968**.

Bewerbungsberechtigt sind alle Personen, die sich beruflich mit der Tuberkulosebekämpfung in Deutschland beschäftigen.

Die Manuskripte sind ohne Namensnennung an das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, 8900 Augsburg, Schießgrabenstraße 24, einzureichen.

Ortsbenennungen sind im Text nach Möglichkeit nur durch den Anfangsbuchstaben des Ortes zu bezeichnen, um dadurch dem Preisrichterkollegium keine unmittelbaren Hinweise auf den Bewerber zu geben.

In einem Begleitschreiben ist die volle Anschrift des Verfassers anzugeben.“

FAKULTÄT**Erlangen-Nürnberg**

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt: Universitätsdozent Dr. med., Dr. med. dent. Walter GRÄF;

Privatdozent Dr. med. Udo MERKLE;

Privatdozent Dr. med. Eberhard STROBEL.

Wiss. Ass. und Privatdozent für Innere Medizin und Nuklearmedizin Dr. med. Friedrich WOLFF wurde zum Universitätsdozenten ernannt.

Zu Oberassistenten wurden ernannt:

Wiss. Ass. und Privatdozent Dr. med., Dr. med. dent. Hans-Jürgen GÜLZOW;

Wiss. Ass. und Privatdozent Dr. med. Carl SITZMANN.

Wiss. Ass. Dr. med. Helmut SCHMIDT wurde zum Konservator ernannt.

München**Medizinische Fakultät der Universität**

Zum „ordentlichen Professor“ wurden ernannt:

ao. Professor Dr. med. Martin KLINGENBERG (Physikalische Biochemie);

ao. Professor Dr. med. Fritz MILLER (Zytopathologie).

Apl. Professor Dr. med. Egberg SCHMIEDT wurde zum „außerordentlichen Professor für Urologie“ ernannt.

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Gerhard BOETTE (Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde);

Privatdozent Dr. med. Hermann BÜCHNER (Medizinische Radiologie);

Wiss. Ass. und Privatdozent Dr. med. Wolfgang FELIX.

Apl. Professor Dr. med. Axel GEORGII wurde zum Abteilungsvorsteher und Professor ernannt.

Apl. Professor Dr. med. Dietrich VOGT wurde zum Leitenden Oberarzt in der Kinderpoliklinik ernannt.

Privatdozent Dr. med. Kurt-Walter FREY, Oberassistent am Institut und Poliklinik für Physikalische Therapie und Röntgenologie wurde zum Oberarzt ernannt.

Privatdozent Dr. med. Wolfgang PENNING, Wissenschaftlicher Assistent an der II. Frauenklinik der Universität wurde zum Oberarzt ernannt.

Dr. med. Helmut FENDEL wurde zum Oberkonservator in der Kinderklinik der Universität im Dr. von HAUNERSchen Kinderspital ernannt.

Dr. med. Dr. med. dent. Alois RING wurde zum Oberkonservator an der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten ernannt.

Dr. med. Joachim BREMER wurde zum Konservator in der Kinderklinik der Universität im Dr. von HAUNERSchen Kinderspital ernannt.

Dr. Dr. Erich MATOUSCHEK, Wissenschaftlicher Assistent, wurde zum Konservator ernannt.

Medizinische Fakultät der Technischen Hochschule

Zum „ordentlichen Professor“ wurden ernannt:

Apl. Professor Dr. med. Georg MAURER (Chirurgie); Apl. Professor Dr. med. Hanns-Jürgen MERTÉ (Augenheilkunde);

Apl. Professor Dr. med. Alfred KRESSNER (Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde);

Apl. Professor Dr. med. Hans LEY (Innere Medizin II);

Apl. Professor Dr. med. Kurt LIEBERMEISTER (Hygiene und Medizinische Mikrobiologie).

Gleichzeitig wurde Professor Liebermeister die Vorstanderschaft des Institutes für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie im Klinikum rechts der Isar übertragen.

Apl. Professor Dr. med. Hans BLÖMER wurde bis zur Besetzung des Lehrstuhls für Innere Medizin I mit der Vertretungsweise Wahrnehmung dieses Lehrstuhls sowie mit der kommissarischen Leitung der I. Medizinischen Klinik des Klinikums rechts der Isar beauftragt.

AUS DER BUNDESPOLITIK**Finanzänderungsgesetz 1967**

Von Peter Mandt

Das Finanzänderungsgesetz bringt für die nächsten vier Jahre Einsparungen beim Bundeshaushalt von rund 15 Milliarden DM. Diese Einsparungen werden sowohl durch Leistungskürzungen — überwiegend im Sozialrecht — zum erheblichen Teil aber durch Verlagerung der Finanzlast vom Bund auf die Sozialversicherungseinrichtungen erzielt. Das Finanzänderungsgesetz hat aber auch eine Reihe von Rechtsänderungen im Sozialrecht ab I. I. 1968 mit neuen sozialpolitischen Zielsetzungen zur Folge, die nicht allein unter finanzpolitischen Gesichtspunkten betrachtet werden können. Die wichtigsten neuen Bestimmungen im sozialpolitischen Bereich:

I. Rentnerkrankenversicherung

Ein zweiprozentiger Rentnerkrankenversicherungsbeitrag ist künftig von allen Rentnern zu zahlen.

Bei der Berechnung werden auch die Rententeile aus Höherversicherung einbezogen, nicht dagegen Kinderzuschüsse. Ein Rückzahlungsanspruch besteht nur für diejenigen Rentner, die in einem Arbeitsverhältnis stehen und infolgedessen krankenversichert sind, und für Bezieher von Unterstützung aus der Arbeitslosenversicherung. Künftig besteht grundsätzlich Krankenversicherungspflicht aller Rentner einschließlich derer, die bisher über die Familienhilfe gesichert waren. Für die neu in die Rentnerkrankenversicherung einbezogenen Personen bestehen bestimmte Wahlmöglichkeiten hinsichtlich des Versicherungsträgers. Rentner, die nicht während der letzten 5 Jahre mindestens 12 Monate in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren, können sich von der Versicherungspflicht befreien lassen, wenn sie einen gleichwertigen Versicherungsschutz nachweisen; die Befreiung wirkt dann vom Beginn der Versicherungspflicht an und ist nicht widerruflich. Entsprechendes gilt für Hinter-

bliebene mit dem Unterschied, daß Befreiungsversicherungen auch dann abgeschlossen werden können, wenn der Verstorbene freiwilliges Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung war. Wer am 1. 1. 1968 einen Zuschuß zu einer Krankenversicherung erhält, gilt als von der Krankenversicherungspflicht befreit, wenn er nicht bis zum 30. 6. 1968 erklärt, daß für ihn die Versicherungspflicht wirksam werden soll.

In der gesetzlichen Rentner-Krankenversicherung wird ein neues Finanzausgleichssystem eingeführt: Die Zuweisungen gleichen die unterschiedliche Rentnerdichte in den einzelnen Kassen aus, Berücksichtigung finden aber auch die unterschiedlichen Beitragssätze, die um 30 v. H. gekürzt werden; der für die Rentner-Krankenversicherung geltende Beitrag darf jedoch den bei der gesetzlichen Kasse für Angestellte maßgebenden Beitrag nicht übersteigen.

Die Zuweisungen der Rentenversicherung an die gesetzlichen Krankenversicherungen insgesamt sollen für das Jahr 1968 80 v. H. der Ausgaben für die Rentner-Krankenversicherung decken.

Das sich hieraus ergebende Verhältnis zwischen Rentenausgaben und Ausgaben der Rentenversicherung für die Rentner-Krankenversicherung soll für die Folgejahre maßgebend sein, d. h.: die Zuweisungen an die Krankenversicherung wachsen im gleichen Verhältnis wie die Rentenausgaben. Hieraus wird sich in den Folgejahren ein Anwachsen der Interessenquote der Krankenversicherung bei den Rentnern ergeben, da nach den Erfahrungen der letzten Jahre die Aufwendungen der Krankenversicherung wesentlich stärker steigen dürften als die Einkommen.

Aufgrund der Rechtsänderungen im Finanzänderungsgesetz rechnen insbesondere die Ersatzkassen mit einer erheblichen Mehrbelastung, nicht nur, weil sie bisher eine unter dem Durchschnitt liegende Rentnerquote hatten, sondern auch, weil sie bisher über dem Durchschnitt liegende Beträge für ihre Rentner von der Rentenversicherung erhielten (das hängt damit zusammen, daß bei Ersatzkassen für Versicherte mit sofortigem Barleistungsanspruch die Beiträge auf über 13 v. H. festgesetzt sind).

- Die **Pflichtversicherungsgrenze** in der Angestelltenversicherung wird aufgehoben, das Recht der freiwilligen Weiterversicherung erfährt zum Teil einschneidende Änderungen insbesondere für die Angestellten, deren Einkommen über der bisherigen Pflichtversicherungsgrenze von DM 1800,— monatlich liegt, oder die Befreiungsversicherungen aufgrund der Übergangsbestimmungen entweder nach dem Angestelltenversicherungs-Neuregelungsgesetz von 1957 oder nach der Härte-Novelle von 1965 (1. Rentenversicherungs-Änderungsgesetz) abgeschlossen hatten, weil ihr Einkommen zwischen den jeweils alten und neuen Pflichtversicherungsgrenzen lag (1957 alte Grenze DM 750,—, neue DM 1250,—; 1. 7. 1965 alte Grenze DM 1250,—, neue DM 1800,—).

Ab 1. 1. 1968 werden grundsätzlich alle Angestellten versicherungspflichtig; von der Versicherungspflicht befreit sind die Angestellten, die nach dem bisherigen Recht Befreiungsversicherungen abgeschlossen hatten. Es können sich zum 30. 6. 1968 die Angestellten von der Versicherungspflicht befreien lassen, die einen anderweitigen Alterssicherungsvertrag abgeschlossen haben oder abschließen, für den monatlich mindestens DM 240,— aufgebracht werden. Von der Versicherungspflicht befreien nicht nur private Lebensversicherungen, sondern auch die Aufwendungen zu entsprechenden Versorgungswerken, jedoch nur unter der Voraussetzung, daß in dem entsprechenden Vertrag ein Direktanspruch der Angehörigen einer solchen Versicherungseinrichtung besteht, d. h., Versorgungseinrichtungen, bei denen Leistungsansprüche entweder an die Betriebs- oder Branchentreue gebunden sind, berechtigen nicht zur Befreiung von der Versicherungspflicht. Von der Versicherungspflicht befreit werden auf Antrag auch die Angestellten, die bisher nicht versicherungspflichtig waren und das 50. Lebensjahr vollendet haben.

Auswirkungen des neuen Rechts auf die künftig freiwillig Versicherten:

Zur freiwilligen Weiterversicherung ist wie bisher nur der berechtigt, der innerhalb von 10 Jahren mindestens 60 Pflichtbeiträge geleistet hat. Von großer Bedeutung ist für die künftig freiwillig Versicherten die Bestimmung, daß die ab 1. 1. 1968 geleisteten freiwilligen Beiträge von Angestellten nur noch dann bei der Feststellung der „Halbdeckung“ gerechnet werden, wenn ab 1. 1. 1968 bis zum Eintritt des Versicherungsfalles jährlich mindestens 9 Durchschnittsbeiträge entrichtet werden (1968 müssen demnach mindestens 9 Beiträge von mindestens DM 120,— entrichtet werden).

Die „Halbdeckung“ besagt im Grundprinzip, daß vom Eintritt in die Versicherung bis zum Eintritt des Versicherungsfalles mindestens die Hälfte der Zeit mit Beiträgen belegt sein muß. Hierbei werden berücksichtigt nur Beiträge für Zeiten einer abhängigen Beschäftigung, nicht dagegen Beiträge, die von Selbständigen oder Hausfrauen entrichtet werden. Bei der Ermittlung des Halbdeckungszeitraumes werden nicht mitgezählt Ersatzzeiten innerhalb der Versicherungszeit sowie bestimmte Ausfallzeiten und Rentenbezugszeiten.

Die Halbdeckung ist Voraussetzung für die Anerkennung von Ausfallzeiten (u. a. Zeiten des Schulbesuchs nach vollendetem 16. Lebensjahr, abgeschlossene Hochschul- und Fachschulausbildung, Zeiten der Krankheit und Arbeitslosigkeit) sowie Zurechnungszeiten, die beim Eintritt des Versicherungsfalles in frühen Lebensjahren den Versicherten oder seine Hinterbliebenen so stellen, als ob Beiträge bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres gezahlt worden wären. Wer sich künftig freiwillig weiterversichern will, muß also überprüfen, ob die bis Dezember 1967 geleisteten Beiträge den Zeit-

Zu jeder Jahreszeit

Benia®

Grippedraees

zur Vorbeugung und Therapie
grippaler Infekte und fieberhafter
Erkältungskrankheiten

Benia — gut gegen Grippe

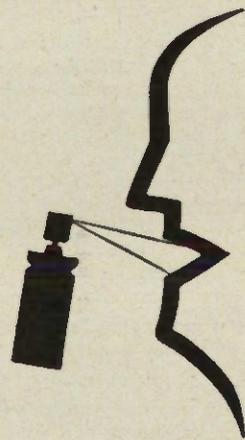


TAESCHNER

NIHIL NECESSARIUM OMITTERE

**Coronare Durchblutungsstörungen
Stenocardische Beschwerden
Angina pectoris**

Nach wie vor gilt Nitraglycerin in Wissenschaft und Praxis als eine der wirksamsten Substanzen zur Behandlung pectanginöser Zustände.



Nitrolingual[®] - spray 0,4

ist eine neue Darreichungsform des altbewährten Präparates NITROLINGUAL. Bei jeder Spraygabe wird eine abgemessene gelöste Menge, und zwar 0,4mg Nitraglycerin, in die Mundhöhle eingespritzt.

Das hat sich besonders bewährt bei Patienten, die Schwierigkeiten beim Zerbeißen von Kapseln oder Tabletten haben. Eine Spraypackung enthält 200 Einzelgaben. Da zwei Spraygaben dem Inhalt einer Kapsel NITROLINGUAL entsprechen, enthält die gesamte Packung den Wirkstoff von 100 Kapseln NITROLINGUAL.

NEUEINFÜHRUNG

G. Pohl-Boskamp • Hohenlockstedt/Holstein

NIHIL NECESSARIUM OMITTERE

raum bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres abdecken (dann können auch künftig Zahl und Höhe der Beiträge beliebig gewählt werden ohne schädliche Auswirkung auf Ausfall- und Zurechnungszeiten, soweit es um den grundsätzlichen Anspruch geht); in vielen Fällen wird die Halbdeckung schon gesichert sein oder durch die Ausschöpfung der Nachzahlungsmöglichkeiten bis einschließlich 1965 erfüllt werden können. Wer die Halbdeckung bis Ende dieses Jahres nicht mehr erreichen kann, steht vor der Wahl, entweder künftig jährlich 9 Durchschnittsbeiträge zu entrichten oder für den Altersrentenfall auf Ausfall- und Zurechnungszeiten zu verzichten. Durch den Gesetzgeber ist im Rahmen des Finanzänderungsgesetzes nicht klargestellt worden, ob diejenigen, die sich von der Versicherungspflicht befreien lassen, zu einem späteren Zeitpunkt auf diese Befreiung verzichten können, also sich wieder der Versicherungspflicht unterwerfen können. Sollte dies bejaht werden, so wäre es für den betroffenen Personenkreis möglich, sich zunächst von der Versicherungspflicht befreien zu lassen bis zu einem Zeitpunkt, bis zu dem die Halbdeckung noch gesichert ist, um sich dann der Versicherungspflicht zu unterwerfen. Für die Dauer der Befreiung von der Versicherungspflicht würde sich dann die Zahlung von 9 Durchschnittsbeiträgen jährlich erübrigen. Nach der bisherigen Praxis der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte ist ein Verzicht auf die Befreiung von der Versicherungspflicht für die nach bisherigem Recht Befreiten möglich; da die Rechtmäßigkeit dieses Verfahrens aber einigen Fachjuristen zweifelhaft erscheint, wäre eine schnelle Klärung im Interesse aller Beteiligten wünschenswert.

Eine Übergangsvorschrift sieht vor, daß für die Jahre 1966 und 1967 Beiträge bis zum 30. 6. 1968 zum alten Beitragssatz von 14 v. H. nachentrichtet werden können, obwohl der allgemeine Beitragssatz 1968 auf 15 v. H., 1969 auf 16 v. H., 1970 auf 17 v. H. steigt; grundsätzlich gelten die jeweiligen Beitragssätze auch für Beiträge, die für die Vorjahre entrichtet werden.

Besondere Bestimmungen für die Angestellten, die sich von der Versicherungspflicht befreien lassen:

Wer aufgrund einer auf Gesetz beruhenden Verpflichtung einem öffentlich-rechtlichen ärztlichen Versorgungswerk angehört oder eine befreiende Lebensversicherung abgeschlossen hat, wird wie bisher auf seinen Antrag hin von der Versicherungspflicht in der Angestelltenversicherung befreit: In dieser Hinsicht ist das Finanzänderungsgesetz ohne Auswirkungen auf die ärztlichen Versorgungseinrichtungen. Es ist anzunehmen und entspricht wohl auch den Absichten der Tarifpartner, daß die bisher vom Arbeitgeber angestellten Ärzten in solchen Fällen gezahlten Arbeitgeberanteile auch weiterhin gewährt werden. Allerdings besteht auf die Zahlung des Arbeitgeberanteils in solchen Fällen kein gesetzlicher Rechtsanspruch.

Die Arbeitgeberanteile am Rentenversicherungsbeitrag, die in den vorgenannten Fällen gezahlt werden, sind lohnsteuerfrei. Für den vom Arbeitnehmer zu tragenden Anteil besteht die Möglichkeit der steuerlichen Berücksichtigung im Rahmen der Sonderausgaben.

In diesem Zusammenhang verdient ein Entschleunigungsantrag der Koalitionsfraktionen CDU/CSU und SPD Beachtung, durch den die Bundesregierung ersucht wird, aus Anlaß der Einbeziehung aller Angestellten in die gesetzliche Rentenversicherung die Vorbereitungen für eine Ausdehnung der gesetzlichen Rentenversicherung auf Selbständige und Angehörige freier Berufe zu intensivieren und dem Bundestag baldmöglichst einen entsprechenden Gesetzentwurf vorzulegen.

Besondere Vergünstigungen für die künftig Pflichtversicherten:

Diejenigen, die sich von der Versicherungspflicht nicht befreien lassen oder für die Zukunft auf Befreiung nach bisherigem Recht verzichten (dies ist bis zum 30. 6. 1968 mit Wirkung vom 1. 7. 1968 möglich), können für die Zeit nach dem 31. 12. 1955 freiwillige Beiträge nachentrichten, soweit diese Zeit nicht mit Pflichtbeiträgen oder freiwilligen Beiträgen belegt ist. Entsprechende Anträge können bis zum 31. 12. 1970 bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte gestellt werden. Es ist der Beitragssatz zu entrichten, der im Jahr der Nachzahlung gültig ist, die Beiträge können geleistet werden bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Jahre, für die die Nachzahlung gilt. Unter Zugrundelegung des Beitragssatzes von 15 v. H. würden sich also höchstens folgende Nachzahlungen ergeben, sofern sie 1968 erfolgen:

für die Jahre 1956 bis 1958	höchstens DM 1350,— (3×)
für die Jahre 1956 bis 1959	höchstens DM 1440,— (3×)
für die Jahre 1956 bis 1960	höchstens DM 1530,— (3×)
für die Jahre 1956 bis 1961	höchstens DM 1620,— (3×)
für die Jahre 1956 bis 1962	höchstens DM 1710,— (3×)
für die Jahre 1956 bis 1963	höchstens DM 1800,— (3×)
für die Jahre 1956 bis 1964	höchstens DM 1980,— (3×)
für die Jahre 1956 bis 1965	höchstens DM 2160,— (3×)
für die Jahre 1956 bis 1966	höchstens DM 2340,— (3×)
für die Jahre 1956 bis 1967	höchstens DM 2520,— (3×)

Im Höchstoffalle können also insgesamt DM 21 150,— nachentrichtet werden. Da die Gesamtsumme in den meisten Fällen kaum aufzubringen ist, auch bei Kreditaufnahmen, Beleihung von Lebensversicherungen u. ä., empfiehlt sich eine Verteilung der Einzahlungen nach folgenden Kriterien:

Es sollen mindestens 60 Beiträge für die Jahre 1956 bis einschließlich 1960 geleistet werden, damit unmittelbar nach Eintritt in die Versicherungspflicht die kleine Wartezeit erfüllt ist, die im Falle der Invalidität Anspruch auf Erwerbsunfähigkeits- oder Berufsunfähigkeitsrente sichert sowie eine Versorgung der Hinterbliebenen im Todesfalle. Für die folgenden Zeiten sollten mindestens ältere Arbeitnehmer für so viele Monate Beiträge nachentrichten, daß die große Wartezeit bei Vollendung des 65. Lebensjahres erfüllt ist (180 Beitragsmonate). Im übrigen sollten für die am weitesten zurückliegenden Zeiträume möglichst hohe Beiträge entrichtet werden, weil durch dieses Verfahren durch die Nachzahlung bei Eintritt des Versicherungsfalles der höchste Gegenwert erzielt wird (hohe Beiträge sichern eine hohe persönliche Bemessungsgrundlage). Die oben angegebenen Höchstbeträge erhöhen sich bei Einzahlung im Jahre 1969 um ein Fünftel, bei Einzahlung 1970 um ein weiteres Sechstel.

Salistoperm

Das percutane Heilanaestheticum

Inasthmon

Das percutane Expectorans

P E R M I C U T A N - K G . D R E U L E R . M U N C H E N 1 3

Wer bereits in früheren Jahren versicherungspflichtig war, sich aber die eingezahlten Beiträge (Arbeitnehmeranteil) hat erstatten lassen, weil er die Voraussetzungen für die freiwillige Weiterversicherung nicht erfüllt hat, erhält die Möglichkeit, den für die Zeit nach dem 31. 12. 1955 erstatteten Betrag wieder einzuzahlen. Ein entsprechender Antrag, der allerdings nicht auf einen Teilbetrag des erstatteten Betrages beschränkt werden kann, muß bis zum 31. 12. 1970 bei dem Versicherungsträger gestellt werden, der die Beiträge erstattet hat. Mit der Wiedereinzahlung leben die alten Rechte aus den Beiträgen wieder auf. Dies kann unter anderem für die Anerkennung von Ersatz- und Ausfallzeiten Bedeutung haben.

Auseinanderfallen von Beitragsbemessungsgrenze und Leistungsbemessungsgrenze:

Nach dem bis zum 31. 12. 1967 geltenden Recht sind Leistungsbemessungsgrenze und Beitragsbemessungsgrenze identisch. Die gemeinsame Grenze entspricht dem Doppelten der allgemeinen Bemessungsgrundlage; sie wurde auf Monatsbeträge von DM 50,— nach oben oder unten abgerundet und liegt 1967 bei DM 1400,—. Ab 1968 werden Stufen von DM 100,— eingeführt, eine Abrundung erfolgt stets nach oben, so daß sich für 1968 eine Beitragsbemessungsgrenze von DM 1600,— ergibt. Die Leistungen werden künftig auf das Zweifache der allgemeinen Bemessungsgrundlage begrenzt, während sich bisher geringfügige Abweichungen nach oben oder unten ergeben konnten. Es ergeben sich dadurch keine Schmälerungen der Leistungen — auch nicht entgegen einigen Darstellungen für die heutigen Beitragsgelder, weil für diese die stärkere Beitragsbelastung auch zu einer Anhebung der persönlichen Bemessungsgrundlage führt.

3. Die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung werden für 1968 auf 15 v. H., für 1969 auf 16 v. H. und 1970 auf 17 v. H. erhöht.
4. Bei Überschneidung mit Arbeitslosengeld ruht die Rente bis zur Höhe des Arbeitslosengeldes; die Ruhensvorschrift gilt nicht, wenn ein Bezieher einer Berufsunfähigkeitsrente weiter arbeitet und eine neue Anwartschaft in der Arbeitslosenversicherung erfüllt hat.
5. Der Rentenbeginn wird um einen Monat verschoben; dies gilt nicht für vorgesehenes Altersruhegeld bei Frauen wegen Vollendung des 60. Lebensjahres. In den Fällen, in denen der Versicherte im Sterbemonat eine Rente bezogen hat, beginnen Hinterbliebenenrenten mit dem Todestag.
6. Der Arbeitgeberanteil für beschäftigte Altersrentner und Pensionäre wird wieder eingeführt. Er war 1965 durch die Härte-Novelle abgeschafft worden.
7. Beitragserrstattungen für Frauen wegen Heirat entfallen. Die Auszahlung kann noch beantragt werden bis Ende Januar 1968, wenn die Ehe bis 31. 12. 1967 geschlossen wird.
8. Die Rezeptblattgebühr wird von DM 0,50 auf DM 1,— erhöht, befreit sind Rentner und Schwerbeschädigte im Sinne des Versorgungsgesetzes; auch in Berlin wird eine Rezeptblattgebühr von DM 1,— erhoben.
9. Mutterschaftshilfe

Das bisherige Übergangsrecht wird endgültig beseitigt, von Bedeutung sind folgende Rechtsänderungen:

- a) die Klinikentbindung ist künftig Pflichtleistung;
- b) das bisherige Stillgeld wird abgeschafft; es wird für Versicherte eine Entbindungskostenpauschale von DM 50,— eingeführt, die durch Satzung auf DM 100,— erhöht werden kann. Das Mutterschaftsgeld beträgt für Mitversicherte pauschal DM 35,— DM und kann durch Satzung auf DM 150,— erhöht werden.
- c) Das von der Kasse zu zahlende Mutterschaftsgeld für Versicherte, die in einem Erwerbsverhältnis stehen, beträgt mindestens DM 3,50, höchstens

RABRO
Magentabletten

weltweit
wirksam

Herausragende Wirkung-
ambulant und klinisch.

Niedrige Dosierung durch
hohen Wismutgehalt mit
Succus Liquiritiae

RABRO[®]
Magentabletten

H. TROMMSDORFF · Aachen

Vereinfachte orale Paraxin-Medikation erhöhte therapeutische Sicherheit

Paraxin® 500 S



Spezielsuspension in Kapseln mit je
500 mg Paraxin und Vitamin-B-Komplex

Hauptindikationen:

Atemwegsinfekte

Bronchopneumonie
akute Schübe der
chronischen Bronchitis

denn Staphylokokken, H. influenzae, Coli
und Proteus sind heute neben Pneumo-
kokken die häufigsten Erreger. Sie alle
liegen im Wirkungsbereich von Paraxin.

Harnwegsinfekte

akute Pyelonephritis
akute Schübe der
chronischen Pyelonephritis

denn Coli, Enterokokken, Staphylokokken
und Proteus sind die häufigsten Erreger.
Sie alle liegen im Wirkungsbereich von
Paraxin. Paraxin gewährleistet hohe Blut-,
Gewebe- und Harnspiegel, wirkt
unabhängig vom pH-Wert und ist auch bei
Niereninsuffizienz in üblicher Dosierung
anwendbar. Deshalb wird Paraxin seit
Jahren als das »Antibiotikum der Wahl«
bezeichnet.

Paraxin® 500 S

im Preis

um 25-28% gesenkt

Bewährte Dosierung

für die Paraxin-Stoßtherapie:

6 Tage 3 x 1 Kapsel Paraxin 500 S

daher OP. mit 18 Kapseln.

OP. 9 Kapseln DM 13,40 m. U. (neuer Preis)

OP. 18 Kapseln DM 24,15 m. U. (neuer Preis)

Boehringer Mannheim

DM 25,— täglich. In den Fällen, in denen das Arbeitsentgelt über DM 900,— brutto monatlich liegt, trägt die Differenz zum Nettolohn der Arbeitgeber. Der Bund zahlt an die Kasse für jeden Entbindungsfall einer Beschäftigten DM 400,— DM, für Nichtversicherte kommt der Bund auf, aber auch hier trägt der Arbeitgeber die Differenz zwischen dem Höchstbetrag von DM 25,— und dem Nettoentgelt.

Nicht näher eingegangen werden kann hier auf die Rechtsänderungen im Bereich der Knappschaftlichen Rentenversicherung, in der der Steigerungsbetrag bei Altersruhegeld und der Erwerbsunfähigkeitsrente von 2,5 auf 2 v. H. und bei der Berufsunfähigkeitsrente von 2 auf 1,5 v. H. in 5 Jahresstufen reduziert wird, sowie auf das neu eingeführte Lastenverteilungsverfahren in der gesetzlichen Unfallversicherung.

Im Bundeskindergeldgesetz ist auf eine Kürzung des Kindergeldes und die Einführung einer Einkommensgrenze verzichtet worden; desgleichen sind Leistungskürzungen im Wohngeldgesetz nicht erfolgt. Betroffen ist dagegen die Wohnungsbaugesetzgebung.

In der Altershilfe der Landwirte werden die Beiträge erhöht, ab 1. 1. 1969 um DM 2,— auf DM 22,— und ab 1. 1. 1971 auf DM 24,— monatlich.

Die Formel für die Bundeszuschüsse zur gesetzlichen Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten ist nicht geändert worden; nur für die nächsten vier Haushaltsjahre erfolgt eine Herabsetzung, und zwar anwachsend von 731 Millionen DM 1968 auf 1085 Millionen DM 1971.

Anschr. d. Verf.: Peter Mandt, „Bonner Informationsdienst“, 5320 Bad Godesberg, Horionstraße 53

INTERESSANTES AUS ALLER WELT

Arzt und Gesundheitsvorsorge in der UdSSR

Von Adolf von Lippmann

Entstehung und Entwicklung des Gesundheitsdienstes in Rußland

In Deutschland lag der Ausgangspunkt der Pflichtversicherung gegen Krankheit. Von hier aus hat sich dieser Gedanke nach und nach über die ganze Welt verbreitet. Auf jeden Fall hat das deutsche System der sozialen obligatorischen Krankenversicherung einen maßgebenden Einfluß auf die sozialen Gesetzgebungen aller Länder ausgeübt, auch wenn ihre Rechtssysteme unterschiedlich gewesen sind. Das erste Land, das mit dieser fast schon traditionell gewordenen Konzeption gebrochen hat, war die Sowjetunion nach ihrer Entstehung im Jahre 1917. Im Zarenreich bestand bis zum Ausbruch der bolschewistischen Revolution nur ein begrenzter Schutz für bestimmte Gruppen von Arbeitnehmern im Krankheitsfall. Nach der Errichtung der UdSSR wurde erst allen Arbeitern und später allen Staatsbürgern das Recht auf kostenlose ärztliche und medizinische Hilfe zugesprochen. In der Verfassung der Sowjetunion von 1936 wurde dieser Anspruch verankert. Damit hat der gesamte Gesundheitsschutz für die Bürger den Charakter einer organischen Staatsfunktion, mit anderen Worten einer staatlich verwalteten und durchgeführten Aufgabe angenommen. In der Konsequenz sind alle ärztlichen Behandlungsdienste mit den öffentlichen Gesundheitsdiensten zusammengelegt worden, deren Aufgabe die Krankheitsbekämpfung und Krankheitsverhütung ist. Der sowjetische Staat hat damit zur Erfüllung seines Gesundheitsprogrammes eine vollständige Sozialisierung der medizinischen Praxis,

der Krankenanstalten und aller der Vorbeugung, Heilung und Wiederherstellung dienenden Einrichtungen vorgenommen. Die Finanzmittel dafür stammen ausschließlich aus dem Staatshaushalt. Der Arzt ist notwendig in einem derartigen System zu einem festbesoldeten Staatsfunktionär geworden. Nach russischer Auffassung wird aber durch diese Organisationsform der Grundsatz der allgemeinen Solidarität aller Staatsbürger am vollkommensten durchgeführt.

Entsprechend dieser Konzeption ist heute in der UdSSR der Schutz der Gesundheit nicht mehr eine Aufgabe einer sozialen Versicherung, sondern ist als öffentlicher Dienst für die gesamte Bevölkerung organisiert. Nach Art. 120 der Verfassung der Sowjetunion von 1963 haben alle Bürger das Recht auf Gesundheitsschutz. Der öffentliche Gesundheitsdienst ist staatlich, einheitlich und geplant. Staatlich, weil alle Tätigkeiten der Gesundheitseinrichtungen und ihres Personals voll zu Lasten des Staatshaushaltes gehen. Einheitlich, weil alle Aufgaben, Formen und Methoden für die Tätigkeit der Gesundheitseinrichtungen zentralisiert sind und einheitlich gelenkt werden. Und schließlich geplant, weil die Tätigkeit des öffentlichen Gesundheitswesens in den allgemeinen Plan für die wirtschaftliche und kulturelle Entwicklung des Landes und in die Pläne der Gebietskörperschaften und der einzelnen Einrichtungen aufgenommen ist. Mit Hilfe dieser Organisation sollen die Bedürfnisse der gesamten Bevölkerung hinsichtlich des Gesundheitsschutzes voll gedeckt werden, und zwar kostenfrei, ohne irgendwelche Bedingungen des Aus-

Liquirit®
MAGENTABLETTEN

zur souveränen Therapie bei **Ulcus ventriculi und duodeni, akuter und chronischer Gastritis, Hyperacidität und nervösen Magenbeschwerden.**

Dr. Graf & Co. Nchf. - Hamburg - seit 1889

schlusses oder der Diskriminierung, durch allgemeine und fachärztliche Leistungen jeder Form in ambulanter, stationärer und häuslicher Behandlung. Grundsätzlich werden alle Leistungen vorgängig und unbefristet gewährt. Nur in bestimmten Fällen können Leistungsempfänger an den Kosten bei der Heilmittelversorgung beteiligt werden. Zu jeder Leistung haben grundsätzlich alle Bürger uneingeschränkter Zugang. Dem soll das weitverzweigte Netz von Gesundheitseinrichtungen jeder Art dienen, deren Standorte mit Rücksicht auf eine zeitgerechte Leistungsgewährung gewählt worden sind. Mit Hilfe der Planung und der Ausbildung des ärztlichen und des Hilfspersonals soll die Leistungsgewährung in einem den Bedürfnissen angepaßten Umfang sichergestellt werden. Im Vordergrund soll die vorbeugende Tätigkeit stehen, deren vornehmster Zweck die Verhütung von Krankheiten und die Verbesserung der sozialen und biologischen Umweltsverhältnisse sowie der Arbeits- und Lebensbedingungen der Bevölkerung ist. Zuständig für den öffentlichen Gesundheitsdienst ist im Gesamtstaat das Gesundheitsministerium der UdSSR. Ihm obliegt die Planung, die Koordinierung und die Überwachung des öffentlichen Gesundheitswesens in allen Bereichen. In der Stufe darunter sind es in den Unionsrepubliken und den autonomen Republiken ebenso die jeweiligen Gesundheitsministerien. Darunter arbeiten im übrigen in den Bezirken und Territorien die staatlichen Gesundheitsdienste.

Der Aufbau des Gesundheitsdienstes

Der Aufbau der Gesundheitsdienste weist gewisse Differenzierungen auf, je nachdem sie für die Bevölkerung einer Großstadt, der Bevölkerung in ländlichen Gebieten oder für die Belegschaften großer Industriebetriebe bestimmt sind.

In den Großstädten sind es in erster Linie Krankenhäuser und Poliambulatorien, die entweder selbständig oder Krankenhäusern angegliedert sind, die für den Gesundheitsdienst zu sorgen haben. Innerhalb ihres jeweiligen Einzugsgebietes haben die Krankenhäuser und Poliambulatorien für die Durchführung der ambulanten, der stationären und der Hausbehandlung zu sorgen. Größe und Umfang der jeweiligen Anstalten und ihrer Einrichtungen richtet sich nach dem Bedarf der Bevölkerung im Einzugsgebiet. Jedes Krankenhaus besitzt einen Chefarzt, der für die Quantität und Qualität der ärztlichen Behandlung in allen Bereichen verantwortlich ist. Die Poliambulatorien werden unter

Berücksichtigung der Zahl der ihnen zugewiesenen Leistungsberechtigten eingerichtet und müssen nach den vom Gesundheitsministerium der UdSSR festgelegten Normen eine bestimmte innere Struktur aufweisen und eine bestimmte Anzahl von Fach- und Allgemeinärzten besitzen. Ist das Poliambulatorium einem Krankenhaus angegliedert, so ist der Chefarzt dieses Ambulatoriums gleichzeitig stellvertretender Chefarzt des Krankenhauses. Die Krankenhäuser dienen in erster Linie der stationären Behandlung. Die Aufnahme in ein Krankenhaus bedarf keiner vorgängigen Genehmigung irgendeiner Stelle. In der Regel werden die Patienten von einem Poliambulatorium eingewiesen, oder aber auch von einer Gesundheitseinrichtung der Landgebiete oder anderen Krankenhäusern. Der Aufenthalt in den Krankenhäusern ist ebenso wie alle medizinischen Leistungen für alle Patienten kostenlos. Dagegen ist für die ambulante und die Hausbehandlung in der Regel das örtlich zuständige Poliambulatorium verantwortlich, das dafür mit den verschiedenen notwendigen Diensten und Einrichtungen versehen ist. Zur Durchführung der Behandlung ist das Einzugsgebiet des Poliambulatoriums gebietsmäßig in sogenannte medizinische Sektoren eingeteilt, deren Zahl und Größe sich nach der Zusammensetzung und Dichte der Bevölkerung, der statistisch ermittelten Morbidität und der Größe des gesamten Einzugsgebietes richtet. Jedoch ist der Umfang der Sektoren verschieden, je nachdem es sich um allgemeine Erwachsenenmedizin oder Pädiatrie handelt. In der Regel umfaßt ein Sektor für die Erwachsenenmedizin bis zu 3000 Personen und in der Pädiatrie bis zu 1000 Kinder und Jugendliche bis zu 15 Jahren. Die Durchführung der ambulanten und der Hausbehandlung obliegt dem jeweiligen Sektorarzt, nötigenfalls unter Hinzuziehung der Krankenpflegerin des Sektors. Der Sektorarzt ist in etwa mit einem Hausarzt vergleichbar. Jedoch haben die Patienten keine freie Arztwahl. Sie sind im Bedarfsfall immer auf den ihnen zugeteilten Sektorarzt angewiesen. Lediglich bei den Fachärzten besteht unter Umständen eine beschränkte freie Wahl, und zwar unter den Ärzten derselben Fachrichtung, die gleichzeitig an einer Anstalt praktizieren. Im übrigen kann der Sektorarzt auch wechseln, ohne daß der betreffende Patient darauf irgendeinen Einfluß hat, weil die Ärzte des Poliambulatoriums nach einem bestimmten Turnus zur Erweiterung ihrer Erfahrungen zwischen den einzelnen Behandlungsarten wechseln müssen. Hausbesuche wer-

Für
Ihre
Magen-Patienten

ULCOLIND®

1/2 Packung 30 Tabletten

1/1 Packung 60 Tabletten



Lindopharm KG Hilden Rhld

schirmt übersteigerte vegetative Reize ab
Haloparidol

löst Spasmen im Verdauungs-
trakt und hemmt übermäßige
Sekretion

Dilaoprominhydrochlorid

stellt an der
Magenschleimhaut
physiologische
Verhältnisse wieder her

Biamut. aluminicum, Succus Liquiritiae

bedeutet gleich-
zeitige Leberschutztherapie

Chalin orotat

den noch am Tag der Anforderung ausgeführt. Dem diensttuenden Arzt wird dazu von dem Poliambulatorium ein Kraftwagen mit einem Fahrer zur Verfügung gestellt. Visiten bei den praktischen und Fachärzten der Ambulatorien müssen in den Sprechstunden verabredet werden. Sie müssen so gelegt werden, daß sie die örtlichen Arbeitszeiten nicht stören. Für den Notfall sind Bereitschaftsärzte und die Erste-Hilfe-Stationen zuständig. Fachärzte werden in der Regel auf Veranlassung des zuständigen Sektorarztes zugezogen. Sie können aber auch direkt, ohne eine solche Anforderung in Anspruch genommen werden. In besonderen Fällen machen Fachärzte auch Hausbesuche.

Wegen der Streuung der Siedlungen und ihrer Ablegenheit hat die medizinische Versorgung auf dem Land bestimmte eigene, von den Stadtgebieten etwas abweichende Merkmale. Sie ist auf drei Ebenen aufgebaut: dem ärztlichen Landsektor, der Gesundheitsorganisation der Bezirke und der Regionalorganisation. Der ärztliche Landsektor umfaßt maximal 5000 bis 7000 Einwohner. Ihm sind im Durchschnitt vier bis fünf Dorfsowjets unterstellt. Er umfaßt ein kleines Landkrankenhaus und ein Poliambulatorium, die vor allem die Grundleistungen zu gewähren haben und deren ärztliches Personal sowohl stationäre wie ambulante und Hausbehandlung zu erweisen hat. Ferner bestehen Sanitätspunkte, in der Regel für jeweils etwa 1000 Einwohner, die mit Feldscheren und Geburtshelferinnen besetzt sind, die Notleistungen erbringen, Patienten überwachen, Wöchnerinnenhilfe usw. leisten müssen. Dazu kommen auf dieser Ebene noch die Entbindungshelme der Kolchosen, Kinderkrippen usw. Die Gesundheitsorganisation eines Landbezirkes besteht jeweils aus einem Zentralkrankenhaus von 100 bis 200 Betten und einem Poliambulatorium mit den verschiedensten fachärztlichen Diensten. Das Krankenhaus, das gleichzeitig auch Aufgaben der Verwaltung, der Organisation und der Methodologie durchzuführen hat, untersteht einem Chefarzt, der für die gesamte Gesundheitsorganisation des Bezirkes verantwortlich ist. Gewöhnlich umfaßt ein Bezirk drei bis vier ländliche Sektoren. Die ländliche Regionalorganisation ist mit einem größeren Krankenhaus ausgestattet als das des Bezirkes. Es besitzt auch eine weit umfangreichere und differenziertere Einrichtung, die anspruchsvollere Behandlungsleistungen ermöglicht. Auf dem Land finden sich im übrigen ärztliche Sektionen und Sanitätsstationen in den Sowchosen, die ähnlich organisiert sind wie die betriebsärztlichen

Dienste. Für die Bewohner abgelegener Gebiete bestehen fliegende ärztliche Dienste, die als Außenstellen der regionalen Krankenhäuser mit besonderem ärztlichen Personal für Notfälle ausgestattet sind.

Entsprechend den Vorschriften des Gesundheitsministeriums der UdSSR müssen in allen Betrieben mit mindestens 4000 Beschäftigten betriebsärztliche Dienste eingerichtet werden. In den Betrieben des Bergbaues, der chemischen Industrie, der Erdölindustrie und der Petrochemie bereits von 2000 Beschäftigten ab. Die größten Betriebe haben dazu noch eigene Krankenhäuser. Die Schlüsselfigur der medizinischen Betriebssektion, die mit den Diensten aller Fachrichtungen ausgestattet sein muß, ist der Abteilungsarzt. Seine Aufgaben entsprechen dem des Sektorarztes bei der medizinischen Versorgung der Stadtbevölkerung. Jeder Abteilungsarzt hat in der Regel 2000 Beschäftigte zu betreuen, im Bergbau, der chemischen Industrie, der Erdölindustrie und der Petrochemie 1000. Aufgabe des Abteilungsarztes ist es, auch alle innerbetrieblichen Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen zu überwachen. Er hält in den Sanitätsstationen des Betriebes Sprechstunden zu den Zeiten ab, in denen die Beschäftigten arbeitsfrei sind, und entscheidet über die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit, sofern deren Dauer nicht mehr als drei Tage beträgt. Bei Fällen, in denen eine längere Arbeitsunfähigkeit gegeben ist, übernimmt der Sektorarzt, der die Hausbehandlung durchführt, den Fall. Dieser muß dann auch die notwendigen Bescheinigungen für die Gewährung des Krankengeldes ausstellen. Dauert die Arbeitsunfähigkeit jedoch mehrere Monate und ist zu erwarten, daß sie zur Dauerinvalidität wird, so wird der Arbeitsunfähige vom medizinischen Beirat des Betriebes oder vom örtlich zuständigen Poliambulatorium legalmedizinisch begutachtet. Bei schweren Krankheiten und bei Streitfällen entscheidet in letzter Instanz die ärztliche Kommission für die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit, der auch Vertreter der Gewerkschaften angehören. Die Tätigkeit dieser Kommission wird von einem ärztlichen Hauptinspekteur überwacht, der dem Dienst der Sozialen Sicherheit angehört.

Die in den größeren Industriekomplexen bestehenden betriebsärztlichen Einrichtungen dienen oft auch der medizinischen Versorgung der Familienangehörigen der Belegschaft, manchmal aber auch der Versorgung der Bevölkerung des umliegenden Gebietes, wenn in



beruhigt die Nerven

und bringt erquickenden Schlaf

OP zu 200 ccm
OP zu 50 Drogees

DR. BRAUN U. HERBERG BAD SCHWARTAU

NERVO-OPT®

unmittelbarer Nachbarschaft keine anderen ärztlichen Einrichtungen bestehen.

Außer den erwähnten Einrichtungen besteht noch ein weitverzweigtes Netz von Sanatorien für verschiedene Krankheiten, Hygiene- und Epidemiediensten sowie Dispensarien für die Bekämpfung bestimmter Sozialkrankheiten, wie Tuberkulose, Krebs, Geschlechtskrankheiten, Geisteskrankheiten usw. Dazu kommt noch eine weitverzweigte Organisation für den Schutz von Mutter und Kind und parallel verlaufend zu den Einrichtungen für die Erwachsenenmedizin Poliambulatorien, Krankenhäuser und Sanatorien für die medizinische Versorgung von Jungen und Mädchen bis zum Alter von 15 Jahren.

Der Arzt in der UdSSR

Der junge Mediziner erhält sein Studium und seine Ausbildung voll vom Staat finanziert. Nach Abschluß des Studiums wird er von den staatlichen Organen des Einzugsbereiches der Universität in eine dreijährige Pflichtresidentur eingewiesen. Das gilt für alle Ärzte, auch für die, die eine rein wissenschaftliche Laufbahn einschlagen wollen. Diese Pflichtresidentur darf unter keinen Umständen unterbrochen werden. Nach diesen drei Jahren kann der Arzt jede andere sich bietende Tätigkeit in der Sowjetunion wählen. Eine angenommene Stellung kann der Arzt mit zweiwöchiger Kündigung aufgeben. Die Verwaltung einer Anstalt kann einen für sie tätigen Arzt nur aus einem triftigen Grund und mit Zustimmung des örtlichen Gewerkschaftsausschusses, die vorher eingeholt werden muß, entlassen. Wird diese Zustimmung verweigert, so kann die Kündigung nicht ausgesprochen werden. Gegen eine als ungerechtfertigt empfundene Kündigung kann der Arzt, wie jeder andere Werktätige auch, das zuständige Volksgericht anrufen. Der sowjetische Arzt steht bei der jeweiligen Einrichtung, für die er tätig ist, unter Dienstvertrag. Dieser ist bis auf wenige Ausnahmen unbefristet geschlossen. Die beruflichen Fachkenntnisse werden in der Regel in besonderen Fortbildungseinrichtungen erworben und durch ein Diplom der Gesundheitssektionen bestätigt. Der Besitz eines Diploms ist maßgebend für die Einstufung des Arztes in die Besoldungsgruppe. Ferner sind die Diplome wichtig für den Aufstieg der Ärzte in der Laufbahn im Ambulatorium- und Krankenhausdienst. Außer der eigentlichen ärztlichen Laufbahn kann ein Mediziner je nach Vorkenntnissen und Berufserfahrung nach Ablegung einer Prüfung die wissenschaftliche Studien- und Forschungslaufbahn einschlagen. Hier steigt er je nach Erfahrung und Ablegung weiterer Prüfungen vom Kandidaten über das Doktorat zum Akademiemitglied und schließlich zum Inhaber eines Lehrstuhles an einer Universität auf.

Die Arbeitszeiten und die innerhalb dieser verlangten Verrichtungen sind genormt. Für die Ärzte in den Poliambulatorien gilt überall dieselbe Arbeitszeit. Die

tägliche Dauer liegt zwischen 5½ und 6½ Stunden für bestimmte Fachärzte, die nur selten Hausbesuche machen müssen und deren Arbeit sich im wesentlichen in der Anstalt abspielt. 6½ Stunden sind es in der Regel für Fachärzte und Praktische Ärzte, die auch Hausbehandlungen durchzuführen haben. Die Ärzte dieser Gruppe teilen ihren Arbeitstag zwischen der ambulanten Behandlung im Ambulatorium und für die Hausbehandlung auf. Die praktischen Sektorärzte sind in der Regel drei Stunden im Ambulatorium und drei Stunden bei den Hausbesuchen tätig. Die Arbeitsnorm für die Tätigkeit im Ambulatorium bei der ambulanten Behandlung sieht 5 Konsultationen bzw. Visiten in einer Stunde vor. Hausbesuche müssen je zwei in einer Stunde erledigt werden. Entsprechende Unterteilungen und Normen bestehen für alle Fachrichtungen. Der über die genannten Zeiten hinausgehende Rest des Arbeitstages ist für den Arzt mit Hilfsdiensten ausgefüllt, wie z. B. dem Bereitschaftsdienst. Hierfür erteilt die jeweilige Anstalt die erforderlichen Anweisungen. Ärztliche Experten werden in der Regel nicht mehr als 5½ Stunden mit legalmedizinischen Aufgaben, Gutachterstätigkeit usw. im Tag beschäftigt. In der übrigen Zeit können sie sich ihren eigentlichen Aufgaben widmen.

Das Anfangsgehalt eines Arztes während der Pflichtresidentur beträgt 80 Rubel*) im Monat. Ein Facharzt im Ambulatorium erhält 100 Rubel. Der Arzt kann eine zweite Dienstaufgabe übernehmen und gewisse Nebentätigkeiten verrichten. Dadurch erhöht sich sein Arbeitseinkommen. Nacharbeit wird getrennt angerechnet und vergütet. Der Besitz eines Diplomes berechtigt in Verbindung mit dem Dienstalter zu Gehaltszulagen, die 30 Rubel im Monat für die erste und 15 Rubel monatlich für die zweite Kategorie betragen. Ein Kandidat der medizinischen Wissenschaften in der wissenschaftlichen Laufbahn erhält monatlich zwischen 200 und 300 Rubel, 1000 Rubel und darüber im Monat für Akademiemitglieder und Inhaber von Lehrstühlen.

Das Monatsfixum richtet sich nach der Zahl der Dienststunden, dem Dienstalter (Stufen nach dem 5., 10. und 25. Dienstjahr), der Verantwortung der Tätigkeit und der beruflichen Vorbildung. Ärzte, die unter besonders erschwerten Bedingungen tätig sind, wie in den Anstalten für Infektions- und Geisteskrankheiten, Tuberkulose usw., oder auch in Landesteilen mit ungünstigen klimatischen Verhältnissen oder in größeren Entfernungen von Stadtgebieten erhalten Gehaltszuschläge.

Nach 30 Dienstjahren in Stadtgemeinden oder 25 Dienstjahren auf dem Land hat der Arzt Anspruch auf die Pension der Sozialen Sicherheit. Er kann aber auch im Ruhestand ohne Altersbegrenzung weiterarbeiten und

*) 1 Rubel nach dem amtlichen offiziellen Wechselkurs = DM 4,46. Nach amtlicher sowjetischer Statistik beträgt der Durchschnittsverdienst eines Arbeiters 105 Rubel im Monat. Der Kaufwert des Rubels wird im Vergleich zu den Verhältnissen in der Bundesrepublik Deutschland mit etwa DM 2,20 angegeben.

Sinupret®

schließt eine therapeutische Lücke

bei Sinusitiden

BIONORICA KG
NÜRNBERG

Cycloarthrin®

-Salbe
-Liniment

Neue Packungsgrößen!

Salbe 50 g
Liniment 70 ml

Perkutan-
Tiefen-Therapie
mit zwei
Wirkungsphasen

Phase I

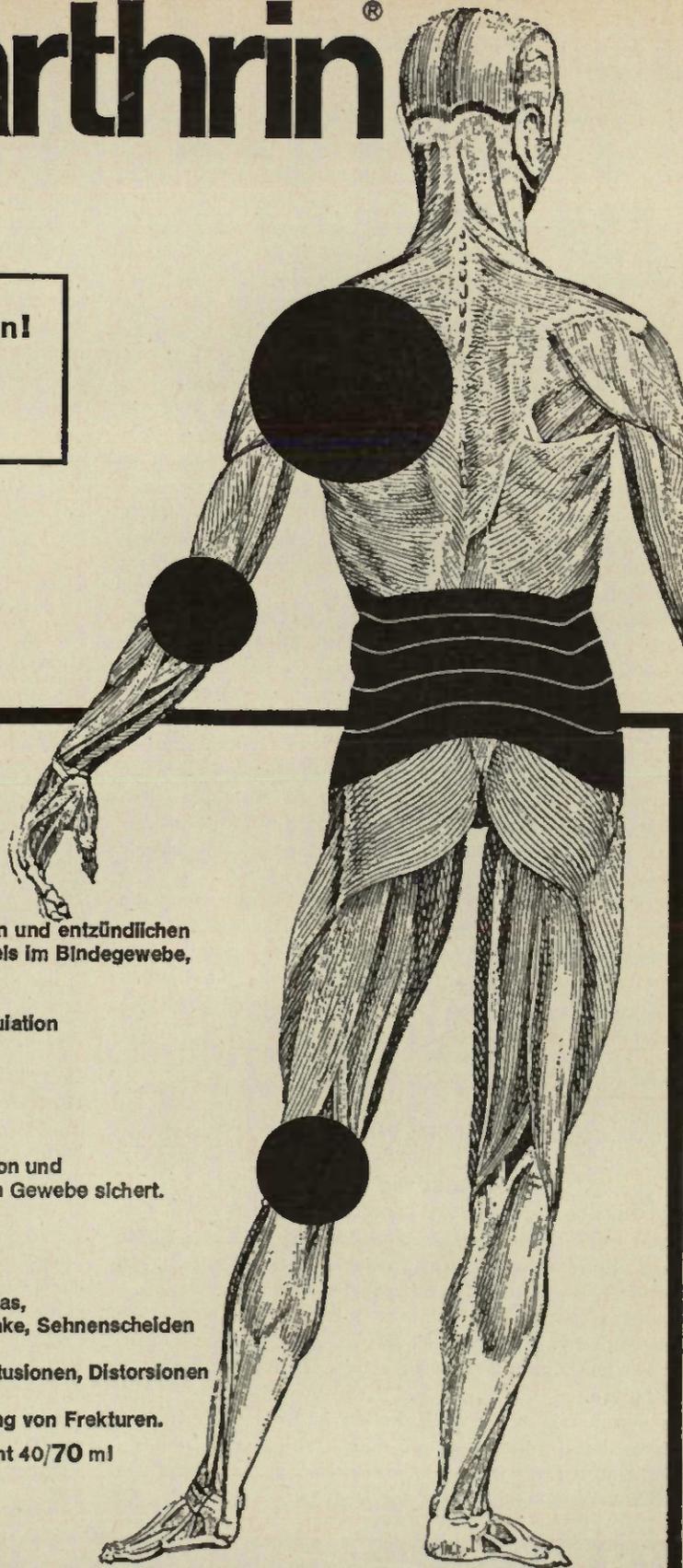
1. Tiefgreifende Hyperämisierung
2. Schnell eintretende Analgesie durch Nikotinsäurebenzylester
Salicylsäure-monoglykolester

Phase II

3. Beeinflussung des bei rheumatischen und entzündlichen Erkrankungen gestörten Stoffwechsels im Bindegewebe,
4. Entzündungshemmung,
5. Entödemetisierung,
6. Steigerung der Blut- und Lymphzirkulation durch Cumarin
Salicylsäure-monoglykolester
7. Aktivierung der Fibrinolyse,
8. Antithrombotischer Effekt durch Heparin
welches gleichzeitig rasche Resorption und optimale Verteilung der Wirkstoffe im Gewebe sichert.

Indiziert bei
Muskel- und Gelenkrheumatismus,
Myalgien, Myogelosen,
Neuralgien, Neuritiden, Lumbago, Ischias,
entzündlichen Erkrankungen der Gelenke, Sehnenscheiden
und Schleimbeutel,
Sport- und Unfallverletzungen wie Kontusionen, Distorsionen
und Hämatome.
Zur Neurolithérapie, zur Nachbehandlung von Frakturen.

Handelsformen: Salbe 30/50 g, Liniment 40/70 ml



Schaper & Brümmer
Salzgitter-Ringelheim

bis zu einem bestimmten Höchstbetrag Pension und Berufseinkommen gleichzeitig beziehen.

Einordnung des Systems und abschließende Bemerkung

Das in Rußland für die Sicherstellung der medizinischen Hilfe für die Bevölkerung eingeführte System ist keine Krankenversicherung im herkömmlichen Sinn mehr, sondern ist ein bis in die letzte Konsequenz organisierter staatlicher Gesundheitsdienst. Die übrigen Zweige der Sozialen Sicherheit, die in Rußland die Barleistungen für alle Formen der tatsächlichen oder fiktiven Arbeitsunfähigkeit (Invalidität und Alter) zu gewähren haben, sind begrifflich ein System einer für die Leistungsberechtigten beitragsfreien Staatsbürgerversorgung. In internationalen Betrachtungen wird das sowjetische System des Gesundheitsschutzes als Prototyp einer von oben nach unten vollkommen geplanten und verwalteten Medizin angesehen. Für die Gesundheitsvorsorge sind im Staatshaushalt der UdSSR im Jahre 1963 rund 5,2 Milliarden Rubel eingesetzt worden. Zusammen mit anderen Finanzierungsmitteln erreichte der Betrag im Budget einen Betrag von rund 6,4 Milliarden Rubel. Gegenwärtig wird mit etwa 8 Milliarden Rubel zu rechnen sein. Alle im Gesundheitsdienst Beschäftigten, einschließlich der Ärzte, sind Staatsfunktionäre, die in bezug auf die Verwendung der Mittel und die Durchführung der Planung an Anweisungen im Verwaltungsweg gebunden sind. Es ist klar, daß in einem derartigen System eine Diskrepanz zwischen den Einnahmen und den Ausgaben wie bei der deutschen sozialen Krankenversicherung gar nicht auftreten kann, weil im Plan festgelegt ist, was für die einzelnen Positionen aufgewendet werden darf.

Zum Schluß ist noch eine amtliche Angabe über die Zahl der Ärzte in der UdSSR im Verhältnis zur leistungsberechtigten Bevölkerung von Interesse. Nach den Angaben des Gesundheitsministeriums der Sowjetunion hatte die UdSSR im Jahr 1964 eine Wohnbevöl-

kerung von 226 300 000 Einwohnern, die zugleich die potentiellen Leistungsempfänger des Gesundheitsdienstes darstellen. Der Ärztebestand ist für 1964 mit 523 000 angegeben worden. Daraus ist als Verhältniszahl 23 für je 10 000 Einwohner angegeben worden. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, daß in dem Bestand alle Ärzte angegeben sind, auch diejenigen, die mit Aufgaben der Forschung, der Wissenschaft und der Verwaltung betraut sind. Bei den Ärzten, die unmittelbar für die Behandlung zur Verfügung stehen, und das sind in erster Linie die Sektorärzte, ist das Verhältnis der Ärzte zu den Einwohnern in den Großstädten, wie bereits angegeben, 1:3000 in der Erwachsenenmedizin.

Die in der vorstehenden Darstellung enthaltenen Angaben beruhen auf einer authentischen Dokumentation des Generalsekretariats der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit in Genf, die für die Vorbereitung eines Berichtes an die XVI. Generalversammlung in Leningrad im Jahre 1967 gedient hat.

Auszug aus den verwendeten Quellen

Etudes et Documents — Bureau International du Travail, Série M — Assurances sociales. L'assurance-maladie obligatoire. Analyse des législations nationales et des résultats de leur application — Genf 1927.

La Sécurité Sociale en URSS, par le Ministère de la Sécurité sociale de la R. S. F. S. R. in Bulletin de l'Association de la Sécurité Sociale Genf 1964 — S. 237 ff.

P. DÔME: Die Sowjetische Sozialversicherung in Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung 3/1964 — S. 240 ff.

S. V. KURASHOV: Der sowjetische Gesundheitsdienst (engl.) Novosti Press Agency, Moskva 1965.

G. A. BATKIS und L. S. LEKAREV: Teoria i Organizatsja Sovetskogo Zdravookhanenia, Moskva, Medgiz, 1961.

Mikhail Semyonovitch LANTSEV: La Sécurité Sociale en URSS in Revue Internationale du Travail 5/1962 Genf.

Viktor Michajlovich PISKOV: Sotsial'noe Obespechenie i Strakhovanie v. S. S. S. R. — Sbornik Oftsial'nykh Dokumentov (Soziale Sicherheit und Versicherung in der UdSSR. — Sammlung amtlicher Unterlagen). — Yuridicheskaya literatura, Moskva 1964.

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

AMTLICHES

(Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und soziale Fürsorge — IV AD/1400/151/67):

Stellenausschreibung für das Versorgungskrankenhaus Bayreuth

Beim Versorgungskrankenhaus Bayreuth ist die Stelle des Leitenden Arztes der Inneren Abteilung mit ca. 110 Betten (darunter 10 Privatbetten) zu besetzen.

Dieses umfaßt eine weitere Medizinische und eine Chirurgische, ferner zwei Neurologische Abteilungen. In der genannten Bettenzahl sind auch Kurmaßnahmen enthalten.

Es kommen nur Persönlichkeiten in Betracht mit umfassenden Kenntnissen auf dem Gebiete der Inneren Medizin, vor allem der Lebererkrankungen, einschließlich Röntgenologie, ferner der Begutachtungskunde, die

ihre Fähigkeit durch selbständige und verantwortungsvolle Tätigkeit an einer Klinik nachgewiesen haben. Entsprechend qualifizierte Bewerber, die auch Sinn und Geschick für die vielfältigen Verwaltungsaufgaben eines Krankenhauses besitzen, können bei der demnächst erfolgenden Besetzung der Stelle des Chefarztes Berücksichtigung finden. Bei Vorliegen der Voraussetzungen ist die Übernahme in das Beamtenverhältnis mit der Möglichkeit des Aufstiegs nach A 15 gegeben. Das Gesuch mit den üblichen Unterlagen (Lebenslauf, Approbations- und Promotionsurkunde, Facharztanerkennung, Zeugnisabschriften, Verzeichnis der wissenschaftlichen Arbeiten) ist zu richten an das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge, 8000 München 13, Winzererstraße 9.

RECORSAN[®]

- LIQUID .c. Rutin

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

30 ml DM 3,10 m. U.

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

(Entschließung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 22. Novemb. 1967 Nr. III 1 b — 5359/1 — 8/67)

Früherfassung hör- und sprachbehinderter Kinder

Nachstehend wird die Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus vom 28. 6. 1967 (KMBL. S. 443) zur Kenntnisnahme abgedruckt.

Bekanntmachung über die Früherfassung hör- und sprachbehinderter Kinder

vom 28. 6. 1967 Nr. III/3 — 4/20 475

Bisher konnten hör- und sprachbehinderte Kinder im allgemeinen erst bei der Schulanmeldung erfaßt und den Sonderschulen zugeführt werden. Von entscheidender Bedeutung ist es aber, daß diese Kinder möglichst früh in dem für den Spracherwerb günstigsten Lebensalter die bestmögliche fachärztliche und pädagogische Förderung erhalten. Den Erziehungsberechtigten soll frühzeitig die Möglichkeit gegeben werden, sich über das Wesen und die Folgen der Hörbehinderung Aufklärung zu verschaffen. Sie sollen ferner angeleitet werden, wie sie bei der Erziehung und Unterweisung ihres Kindes, insbesondere bei der Einführung in das erste Sprachverständnis, am erfolgreichsten vorgehen.

Zu diesem Zweck haben die HNO-Kliniken der Universitäten München, Erlangen-Nürnberg und Würzburg Beratungsstellen für die medizinisch-diagnostische Klärung und die bayerischen Gehörlosenschulen (Taubstummenanstalten) Beratungsstellen für die pädagogische Beratung eingerichtet.

Die Beratungsstellen sind aus nachfolgender Anlage ersichtlich.

Die Bekanntmachung über die Früherfassung taubstummer und hörgeschädigter Kinder vom 5. 12. 1959 Nr. IV 89 211 (KMBL. S. 461) wird aufgehoben.

OBERBAYERN

Beratungsstelle für hörgeschädigte Kinder an der Landesgehörlosenanstalt
8000 München 55
Fürstenrieder Straße 155
Telefon 56 34 62
Beratung mit einem HNO-Facharzt

Landesberatungsstelle für hör- und sprachbehinderte Kinder des Bayer. Landesverbandes für die Wohlfahrt Gehör- und Sprachgeschädigter e. V. an der Poliklinik der Universität München
8000 München 15
Pettenkofferstraße 8 a
Telefon 55 84 71

Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde der Universität München
8000 München 15
Pettenkofferstraße 8 a
Telefon 55 84 71

Beratungsstelle für Hör- und Sprachgeschädigte der Arbeitsgemeinschaft für Behinderte am Staatl. Gesundheitsamt
8262 Altötting
Trostberger Straße 47
Telefon 69 14
Beratung mit einem HNO-Facharzt

Beratungsstelle für hör- und sprachbehinderte Kinder an der Privaten Gehörlosenschule
8899 Hohenwart
Telefon 0 84 43 / 209

Beratungsstelle für hör- und sprachbehinderte Kinder am Staatlichen Gesundheitsamt
8070 Ingolstadt
Auf der Schanz 22
Zusammenarbeit mit einem HNO-Facharzt

NIEDERBAYERN

Beratungsstelle für hör- u. sprachbehinderte Kinder
8440 Straubing
Regensburger Straße 35
Telefon 56 69

Beratung mit einem HNO-Facharzt, Zusammenarbeit mit der HNO-Klinik der Universität Erlangen-Würzburg

Die Beratungsstelle hat Außenstellen am Gesundheitsamt in Deggendorf, Landshut, Passau, Pfarrkirchen und Wolfsteln

OBERPFALZ

Beratungsstelle am Staatlichen Gesundheitsamt
Amberg
8450 Amberg
Schloßgraben 5

Beratungsstelle am Staatl. Gesundheitsamt Neumarkt
8431 Neumarkt i. d. Opf.
Nürnberger Straße

Beratungsstelle am Staatlichen Gesundheitsamt Neustadt a. d. Waldnaab — Außenstelle —
8480 Weiden i. d. Opf.
Frauenrichterstraße 2

Beratungsstelle für hör- und sprachbehinderte Kinder in der Erziehungsberatungsstelle
8400 Regensburg
Wöhrdstraße 60
Telefon 5 62 22



Dismenol

zur gezielten Therapie
der Dysmenorrhoe

durch Spasmolyse im Genitaltrakt
und zuverlässige Analgesie

(Parasulfamidobenzoesäure 0,05 g
Dimethylamino-phenyldimethylpyraz. 0,25 g)
AGpharm, Luzern
Hersteller in Deutschland:
Simons Chemische Fabrik, Gauting bei München

OBERFRANKEN

Beratungsstelle für hör- und sprachbehinderte Kinder der Priv. Gehörlosenschule Bamberg
8600 Bamberg
Oberer Stefansberg 44
Telefon 2 54 52

Beratung mit einem HNO-Facharzt, Zusammenarbeit mit der HNO-Klinik der Universität Würzburg

Beratungsstelle der Taubstummschule des Bezirks Oberfranken
8580 Bayreuth
Markgrafenallee 33
Telefon 55 34

Beratung mit einem HNO-Facharzt, Zusammenarbeit mit der HNO-Klinik der Universität Würzburg

MITTELFRANKEN

Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohren-Kranke mit Abt. für Sprach- und Stimmstörungen der Universität Erlangen-Nürnberg
8520 Erlangen
Bohlenplatz 19/20
Telefon 8 70 71

Beratungsstelle für gehörgeschädigte Kinder an der Gehörlosenschule
8500 Nürnberg
Heinickestraße 2
Telefon 6 21 00

Zusammenarbeit mit den HNO-Kliniken der Universität Erlangen-Nürnberg und Würzburg

Beratungsstelle der Sprachheilschule
8500 Nürnberg
Kranerstraße 20

Beratungsstelle für hör- und sprachbehinderte Kinder an der Priv. Gehörlosenschule
8541 Zell (Lkr. Hilpoltstein)
Telefon 0 91 77 / 265
Zusammenarbeit mit der HNO-Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg

Beratungsstelle am Staatl. Gesundheitsamt Eichstätt
8833 Eichstätt
Residenzplatz 16

UNTERFRANKEN

Pädagogische Beratung durch einen Berufsschullehrer der Gehörlosenschule Würzburg an der Städt. Berufsschule
8750 Aschaffenburg
An der neuen Mainbrücke

Pädagogische Beratung durch einen Berufsschullehrer der Gehörlosenschule Würzburg an der Goethe-Berufsschule
8720 Schweinfurt
Goethestraße

Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke der Universität Würzburg
8700 Würzburg
Josef-Schneider-Straße 2
Telefon 38 31 (879 und 463)

Pädagogische Beratungsstelle für hör- und sprachbehinderte Kinder an der Gehörlosenschule
8700 Würzburg
Zeppelinstraße 15
Telefon 7 15 30
In Verbindung mit der HNO-Klinik und den Psychologischen Instituten der Universität Würzburg

SCHWABEN

Beratungsstelle an der Gehörlosenschule
8900 Augsburg
Lechrainstraße 34
Telefon 3 06 50
Zusammenarbeit mit einem HNO-Facharzt

Beratungsstelle für hör- und sprachbehinderte Kinder an der Priv. Gehörlosenschule
8880 Dillingen a. d. Donau
Taxisstraße 1
Telefon 0 89 21 / 4 31
Beratung mit einem HNO-Facharzt

Beratungsstelle für hör- und sprachbehinderte Kinder der Gehörlosenschule Dillingen a. d. Donau
8960 Kempten (Allgäu)
Park-Restaurant
Linggstraße 4
Telefon 0 89 21 / 4 31
Beratung mit einem HNO-Facharzt

Über die Zeiten der Beratungen geben die einzelnen Beratungsstellen Auskunft.

(Das Bayerische Staatsministerium des Innern ersucht um Abdruck der nachstehenden Mitteilung)

Beschäftigung von Medizinalassistenten

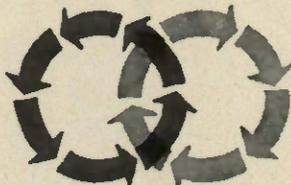
**Vollzug der Bestallungsordnung für Ärzte vom 15. 9. 1953
i. d. F. vom 31. 5. 1965**

Der erhöhte Abgang von Medizinalassistenten von den Universitäten hat zu einer deutlichen Verknappung der Ausbildungsstellen, besonders in den Pflichtfächern Geburtshilfe/Gynäkologie und Innere Medizin, geführt. Es kommt bereits jetzt zu langen Wartezeiten und damit zu einer Verzögerung der Ausbildung, die besonders in Anbetracht des außerhalb von Ballungsräumen immer noch bestehenden Assistenzarztmangels unerwünscht ist. Mit einer weiteren Verschärfung der Lage in den nächsten Jahren ist zu rechnen. Dem Mangel an Ausbildungsstätten ist, da nahezu alle geeigneten Krankenhäuser bereits ermächtigt sind, nur dadurch abzuhelfen, daß die Medizinalassistenten zumindest in den Pflichtfächern Geburtshilfe/Gynäkologie und Innere Medizin nicht über die in der Bestallungsordnung vorgeschriebene Mindestzeit von 4 und 6 Monaten hinaus beschäftigt werden. So ließe sich erreichen, daß pro Ausbildungsstelle und Jahr zwei und drei Medizinalassistenten ihre Pflichtzeit in diesen Fächern ableisten könnten, was eine spürbare Entlastung zur Folge haben dürfte.

zur zielgerichteten Behandlung von Schmerzen mit unterschiedlichen Ursachen

Handelsform 20 Tabletten
Preis o. U. DM 2,10

 R. Schöning
1 Berlin 42



Stornimed[®]
ANALGETIKUM-ANTIPYRETIKUM





Die
Sulfonamid-Harnstoff
Kombinationstherapie
mit
Jacosulfon

Indikationen

Alle eitrigen Wunden und Verletzungen	Intertrigo	Balanitis erosiva
Alle Pyodermien	Wundsein der Säuglinge	Herpes
Impetigo contagiosa	Schweißdrüsenabszesse	Folliculitiden
Ekzeme	Mastoiditis	Akne vulgaris
Furunkel	Mamillennagaden	Akne necrotica
Karunkel	Operationswunden	Seborrhoisches Ekzem
Infektionsprophylaxe bei Verletzungen	Mundausschlag	Neurodermitis
Brandwunden	Ulcus cruris	Sykosis non parasitaria
Fissuren u. Rhagaden	Strophulus infantum	Congelationen
Röntgenstrahlenschäden	Phlegmonen	Schleiden-Dammrisse
Pemphigus	Exantheme	Portioerosionen
	Abszesse	Unspez. Fluor (Vaginaltamponade)

Pilzerkrankungen der Haut
(Unguentum u. Pulvis im Wechsel)



Allgemein:
Fistel und Gengelterungen

Augen:
Bakteriell bedingte Lid-, Bindehaut- und Hornhautentzündungen
Dekryocystitis
Hordsolum,
Chelation
Ulcus cornes serpens

Hele - Nasen - Ohren:

Akute und chronische Rhinitis
Entzündung im Vestibulum des Septum
Schrunden des Introitus nasi
Septumabszess, Polypen
Heuschnupfen
Entzündung d. Nebenhöhlen pp.
Otitis media, Otitis externa
Ekzem des Gehörganges
Herpes, Ekzema, Otomycosis
Ohrschmalzpfropf
Anginen
Chronische Eiterungen der Rachenmandel
(Tornwaldtsche Krankheit)
Aphthae, Erysipel.



Indikationen

Unspez. Fluor
Portioerosionen
diff. Kolpitis
Vaginitis
Trichomonadenkolpitis sowie alle anderen entzündlichen und infektiösen Erkrankungen der Vaginalschleimhaut



Jacopharm

Arzneimittelfabrik
gegr. 1929

Hamburg-Schenefeld

Pernionin®

Pernionin®-Salbe

Durchblutungssteigernde u. gewebsregenerierende Frostsalbe

Pernionin®-Teil-Bad

Periphere und lokale Durchblutungsstörungen, z. B. Akropoesthesien, Brachialgia paraesthetica nocturna u. ä.
Zur Balneotherapie von Frostschäden
Variköser Symptomenkomplex

Pernionin®-Voll-Bad

Rheuma, Neuralgien, Neuritiden, Ischias, rheumat. Gelenkaffektionen
Zur Balneotherapie von Arthrosen, Spondylosen und Osteochondrosen
Vegetativ-dystone und neuro-circulatorische Störungen



KREWEL-WERKE • Eitorf b. Köln

MITTEILUNGEN

„Leberdiagnostik“

Ein neuer Fortbildungsfilm von Boehringer, Mannheim

In der Bundesrepublik gibt es zur Zeit 1,5 Millionen Leberkranke, das sind mehr als alle Tuberkulosekranken und Diabetiker zusammen. Jährlich wird mit rund 150 000 Neuerkrankungen an Hepatitis (infektiöser Leberentzündung) gerechnet, wobei eine Zunahme auch der degenerativen Formen der Lebererkrankungen (z. B. Schrumpfleber, Zirrhose) festzustellen ist. Wie beim Diabetes und bei Nierenerkrankungen ist die Frühdiagnose eine der wenigen Möglichkeiten, dieser Entwicklung entgegenzutreten, denn auch hier gilt es, die Erkrankung in einem möglichst frühen und damit noch beeinflussbaren Stadium zu diagnostizieren und zu behandeln.

So hat der neue medizinische Fortbildungsfilm von Boehringer, Mannheim, und der Laevosan-Gesellschaft, Mannheim, mit dem Titel „Leberdiagnostik“ eine besondere Aktualität. Er wurde Mitte November im „Hilton Berlin“ vor zahlreichen Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens, der medizinischen Wissenschaft und 900 Teilnehmern, vorwiegend Berliner Ärzten, uraufgeführt. Der geschäftsführende Gesellschafter von Boehringer, Mannheim, Curt ENGELHORN, brachte in seiner Begrüßung zum Ausdruck, daß künftig möglichst zwei Boehringer-Filme pro Jahr hergestellt und in Berlin uraufgeführt werden sollen. Mit dem scherzhaften Hinweis, daß dann wohl zweimal Weihnachten sei, dankte der Präsident der Bundesärztekammer, Professor Dr. E. FROMM, Boehringer, Mannheim, für den Fortbildungsfilm, den er als ein „Geschenk an die deutsche Ärzteschaft“ bezeichnete. Der Film lege Zeugnis ab vom hohen Stand der deutschen Medizin und biete eine Fülle von einmaligen laparoskopischen Filmaufnahmen, wie sie wohl kaum ein Arzt während seiner Ausbildungszeit erlebt habe.

Der Film vermittelt einen Überblick über die heute üblichen Methoden der Leberdiagnostik. Angefangen von den Kriterien, die den Verdacht auf eine Lebererkrankung lenken können, bis zu den bloptischen Methoden. Auf der einen Seite demonstriert der Film also die relativ einfachen, aber äußerst wichtigen Untersuchungsmethoden, wie Anamnese, Palpation, Perkussion und moderne enzymatische Labormethoden, die

selbst in der Praxis eine sichere Erkennung von rund 80% aller Lebererkrankungen möglich machen. Auf der anderen Seite trägt der Film dem Wunsche vieler Ärzte Rechnung, sich über die Technik der Durchführung und die diagnostische Aussagekraft klinischer Untersuchungsverfahren, wie der Laparoskopie und der Leberpunktion, zu informieren.

Die Laparoskopie, die Bauchhöhlenspiegelung, gibt es seit 66 Jahren. Trotzdem hat sie größere praktische Bedeutung erst in den letzten 20 Jahren erlangt. Während bisher über das Laparoskop, das durch einen kleinen Schnitt in die Bauchhöhle eingeführt wird, nur Farbfotos hergestellt werden konnten, ermöglichen moderne optische Instrumente seit neuestem sogar Filmaufnahmen der Leber am lebenden Menschen. Die Leberpunktion, noch älter als die Laparoskopie, wird heute meist zusammen mit der Bauchhöhlenspiegelung als „gezielte“ Leberpunktion durchgeführt. Hierbei wird mit Hilfe einer Hohlneedle ein kleines Gewebestück zur histologischen Untersuchung entnommen.

Der Film zeigt eine Reihe laparoskopischer Befunde, z. B. die Entwicklung von der akuten Hepatitis bis zur Zirrhose, die durch histologische Ergebnisse sowie Hinweise auf die Entstehung des Krankheitsbildes vervollständigt werden. Auch die Bedeutung der enzymatischen Labormethoden im Rahmen der Verlaufskontrolle von Leberkrankheiten wird besprochen. Eine Vorführung der sogenannten Splenoportographie (röntgenologische Darstellung der Milzvene und der Pfortader) und der Szintigraphie der Leber (Verfahren zur Messung der Verteilung einer radioaktiven Substanz) rundet das Bild der methodischen Möglichkeiten ab. Alles in allem: Mit den hier gezeigten diagnostischen Methoden aus Klinik und Praxis ist es möglich, eine sichere und frühzeitige Diagnose aller Lebererkrankungen zu stellen. Der Film ist damit ein hervorragender Beitrag von Boehringer, Mannheim und Laevosan, Mannheim, auf dem Sektor der Früherkennung und damit der prophylaktischen Medizin.

Wissenschaftlicher Autor des Films ist Dr. Peter Graf DOHNA, Chefarzt der Inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses Schweningen am Neckar. Der Streifen entstand in der II. Medizinischen Klinik und dem Pathologischen Institut des Klinikums Mannheim der Universität Heidelberg in Zusammenarbeit mit dem

Bei nervösen Herzbeschwerden auf vegetativ-dystoner Basis

— auch bei wetterbedingten —

UZARIL-CAMPHER

DRAGÉES

25 und 60 Dragées

UZARA-WERK · MELSUNGEN

Röntgeninstitut der Städtischen Krankenanstalten Ludwigshafen. Die Gestaltung der Filmes lag in Händen von Eberhard FINGADO, Mannheim, und die Trickbeiträge stammen von seinem Mitarbeiter Thomas DODERER, Mannheim. Wie die anderen Filme von Boehringer, Mannheim, so steht auch dieser neue Fortbildungsfilm, der eine Vorführdauer von 30 Minuten hat, allen ärztlichen Gremien auf Wunsch zur Verfügung.

Vereinigte Kranken mit wertbeständigem Versicherungsschutz

Grundlage der neuen Tarife — Musterbedingungen des PKV-Verbandes

Die Vereinigte Krankenversicherung A. G., die mit der Bayerischen Landesärztekammer bekanntlich einen Gruppenversicherungsvertrag unterhält, hat ein neues Tarifwerk herausgebracht, das in dieser Form ein Novum auf dem deutschen Versicherungsmarkt ist. Es handelt sich um „Heilkostenvolltarife mit Leistungsdynamik“. Vertragsgrundlage sind die Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung.

Mit Einführung dieser Tarife ist die Vereinigte das erste große Unternehmen der PKV mit den Musterbedingungen des Verbandes, die am 31. 12. 1966 im Amtsblatt des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungs- und Bausparwesen veröffentlicht worden waren. Dieses Bedingungsmerkmal entstand nach langjähriger Vorarbeit unter Mitwirkung des Bundesaufsichtsamtes. Neben materiellen Verbesserungen des Versicherungsschutzes wurde eine bessere Überschaubarkeit für den Versicherten erreicht und somit — da künftig allen neuen Krankheitskostentarifen der PKV-Unternehmen diese Bedingungen zugrunde liegen werden — eine bessere Markttransparenz.

Ein entscheidendes Merkmal der neuen Heilkostenvollversicherung ist außerdem die „Leistungsdynamik“: Die Gesellschaft verpflichtet sich damit, den Versicherungsschutz wertbeständig zu halten. Der vom Versicherten einmal gewählte, subjektiv ausreichende Tarif kann demnach durch Kostensteigerungen auf dem Heilbehandlungssektor nicht unzureichend werden. Wenn Krankheitskosten steigen, steigen die Leistungen der Vereinigten mit, und zwar zur normalen Beitragsanpassung auch dann, wenn der Versicherte inzwischen

erkrankt ist oder die Altershöchstgrenze überschritten hat.

Eine Adaptierung des Versicherungsschutzes an Kostenveränderungen gibt es schon bei anderen Versicherungsgesellschaften. Das neue Tarifsystern der Vereinigten unterscheidet sich hiervon nach Mitteilung des Unternehmens vor allem dadurch, daß nicht nur reine Preissteigerungen, sondern auch alle sonstigen kostenbestimmenden Faktoren, wie beispielsweise verbesserte Heilbehandlungsmethoden — also praktisch der Preis des medizinischen Fortschritts — sowie die Zunahme der Schadenhäufigkeit in die Leistungsdynamik einbezogen werden.

In den vergangenen Jahrzehnten befanden sich die Heilbehandlungskosten bekanntlich in ständiger Bewegung. Jede noch so exakte mathematische Tarifikalkulation wurde schon nach relativ kurzer Zeit von dieser Entwicklung überholt. Für den nach einem „Heilkostenvolltarif mit Leistungsdynamik“ Versicherten wird der Versicherungsschutz künftig mit dieser Entwicklung Schritt halten.

Baumaßnahmen im Hochschulbereich

Eröffnung der Staatlichen Krankenpflegeschule der Universität München

Am 12. 12. 1967 fand in Anwesenheit von Staatssekretär Erwin LAUERBACH die feierliche Eröffnung der Staatlichen Krankenpflegeschule mit Wohnheim der Universität München für 180 Schülerinnen auf dem Gelände des Klinikums in München-Großhadern statt. Die internatsmäßig aufgebaute Schule, für deren Bauzeit 18 Monate benötigt wurden, wird einen wichtigen Beitrag zur Heranbildung des Schwesternnachwuchses leisten.

Das Gebäude gliedert sich in einen erdgeschossigen Flachbau für die Schule und ein neugeschossiges Hochhaus für die Wohn- und Schlafräume der Schülerinnen und der Lehrschwestern. Das Wohnheim enthält 90 Zweibettzimmer für Schülerinnen und pro Geschoß ein Lehrschwester-Appartement. Im Erdgeschoß des Flachbaus befinden sich 7 Unterrichtsräume, die Dienstzimmer für Lehrschwestern und Oberin und die Pausenhalle, im Untergeschoß sind eine für ca. 200 Personen angelegte Küche, die bei der späteren Versorgung aus der Hauptküche im Wirtschaftsgebäude als Lehr-

**Bessere
Durchblutungsförderung**

O. P. 25 und 100 Dragées

REGULTON®

Nikotinsäure - Vitamin B₁



IFAG GMBH · 2 HAMBURG 22

ArzneiMüller
Bielefeld

Monapax

bei Husten
Keuchhusten
Bronchialkatarrh

und Diätküche verwendet wird, sowie ein Gymnastik- und ein Speisesaal.

Der Stromversorgung dient eine eigene im Haus befindliche Trafostation.

Der umbaute Raum von Schule, Wohnheim und Trafostation beträgt 30 300 cbm. Die Gesamtkosten betragen ca. 7 Mill. DM. Das Bauvorhaben wurde durch den Freistaat Bayern zu zwei Dritteln und vom Bund zu einem Drittel finanziert.

Beginn der Bauarbeiten war der 1. 3. 1966, das Richtfest fand am 15. 11. 1966 statt. Die Planung und Bauüberwachung oblag dem Neubauamt Universitätskliniken München-Großhadern.

Umbau des Anwesens am Biederstein für medizinisch-theoretische Zwecke

Hier werden die Institute für Gerichtliche Medizin, klinische Chemie, Mikrobiologie und Histologie der Fakultät für Medizin der Technischen Hochschule München untergebracht. Die Kosten der Maßnahmen wurden auf 1,86 Millionen DM festgesetzt.

Richtfest des Erweiterungsbaues für das Physiologische Institut und das Physiologisch-Chemische Institut der Universität München

Am 7. 12. 1967 fand das Richtfest für den Erweiterungsbau des Physiologischen Institutes und des Physiologisch-Chemischen Institutes der Universität München statt.

In dem Erweiterungsbau sollen fünf Forschungseinheiten für die Lehrstühle Physiologische Chemie und Physiologie untergebracht werden. Weiter sind Räume für den Lehrstuhl für Physikalische Biochemie vorgesehen. Der Neubau wird außerdem unter anderem Werkstätten, Unterrichtsräume, Verwaltungsräume, Tierställe und eine Tiefgarage aufnehmen. Die Gesamtkosten der Baumaßnahme wurden auf 14 Mill. DM festgesetzt; davon wurde bisher über eine Summe von 4,6 Mill. DM verfügt. Der umbaute Raum beträgt 46 415 cbm, die Gesamtnutzfläche 5511 qm. Der Erweiterungsbau wurde am 5. 4. 1967 begonnen, mit seiner Fertigstellung ist voraussichtlich im Sommer 1969 zu rechnen.

Planung und Bauleitung liegen beim Universitätsbauamt München. Der Bund bezuschußt die Baumaßnahme mit 50%.

Disziplinarische Entlassung von Kranken mit nach ansteckungsfähiger Lungentuberkulose aus Heilanstalten

Das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose hat an die Krankenanstalten und Kostenträger die nachstehende Empfehlung gegeben:

„Im Interesse der Seuchenbekämpfung sollten disziplinarische Entlassungen von Offentuberkulösen vermieden werden. Erweist sich ein solcher Kranker als nicht mehr tragbar für das Haus, so ist nach Rücksprache mit dem Kostenträger die Verlegung in eine andere Anstalt anzustreben.“

Wenn aus irgendwelchen Gründen die Entlassung nach Hause nicht zu umgehen ist, so muß die zuständige Tuberkulosefürsorgestelle umgehend benachrichtigt und über den Stand der Bakterienausscheidungen des Falles unterrichtet werden.“

Zuschüsse zur Pflegepersonalausbildung

Für die Ausbildung von Krankenpflegepersonal wurden folgende Staatszuschüsse an die kommunalen Schulen im Haushaltsjahr 1967 gegeben: Oberbayern DM 96 275.—, Niederbayern DM 16 500.—, Oberpfalz DM 33 000.—, Oberfranken DM 50 625.—, Mittelfranken DM 74 625.—, Unterfranken DM 15 000.— und Schwaben DM 79 875.—. Für Schulen anderer Träger (Rotes Kreuz, Ordensgemeinschaften und ähnliche Organisationen) betragen die Zuschußbeträge 1967 für Oberbayern DM 203 250.—, Niederbayern DM 57 750.—, Oberpfalz DM 91 500.—, Oberfranken DM 54 700.—, Mittelfranken DM 128 250.—, Unterfranken DM 85 500.— und Schwaben DM 96 000.—. Die Zuschüsse betragen nach Mitteilung des Innenministeriums bis zu DM 1500.— je Prüfling.

NEUE THERAPEUTIKA

Aldactone® 50-Saltucin®

zur vereinfachten Anwendung des bewährten diuretischen Prinzips Aldosteron-Antagonist + Saluretikum

Hauptindikationen: Leberzirrhose mit Aszites und Ödemen; durch Herzinsuffizienz bedingte Wasserretentionen, wenn mit Glykosiden allein und in Kombination mit Saluretika keine ausreichende Ausschwemmung erzielt wird; renal bedingte Wasserretentionen; Hypertonie.

Zusammensetzung: 1 Dragée enthält 50 mg Spironolactone mikronisiert (Aldactone) + 5 mg Thiabutazid (Saltucin).

Dosierung und Anwendung: Bei Leberzirrhose mit Aszites und Ödemen, wenn unter Aldactone allein innerhalb von 3–6 Tagen keine befriedigende Entwässerung erfolgt, 4× 1 Dragée Aldactone 50-Saltucin täglich, gegebenenfalls Steigerung bis etwa 6× 1 Dragée Aldactone 50-Saltucin. Nach Einsetzen der Diurese kann die Dosis verringert werden.

Bei bisher therapieresistenten Wasserretentionen kardialer, renaler und anderer Ursache: zu Beginn 3–4× 1 Dragée Aldactone 50-Saltucin täglich.

Zur diuretischen Erhaltungstherapie genügen oft intermittierende Gaben von Aldactone 50-Saltucin: 2× 1 Dragée jeden 3. Tag.

Bei Hypertonie anfänglich 2× 1 Dragée täglich; zur Erhaltungstherapie reicht häufig 1× 1 Dragée täglich aus.

Hinweis: Bei fortgeschrittener Niereninsuffizienz sollte Aldactone 50-Saltucin mit Vorsicht angewendet werden (vereinzelte Gefahr der Hyperkaliämie und einer verstärkten Retention N-haltiger harnpflichtiger Substanzen).

Handelspackungen: Aldactone 50-Saltucin OP. mit 20 Dragées DM 40,95 m. U. OP. mit 50 Dragées DM 93,05 m. U. AP. mit 500 Dragées.

Hersteller: Fa. Boehringer & Soehne GmbH, 6800 Mannheim.

Glyvenol®

Zusammensetzung: Glukofuranosid, eine einheitliche, chemisch exakt definierte, synthetische Substanz: Aethyl-3, 5, 6-tri-O-benzyl-D-glucofuranosid.

Anwendung: Venöse Zirkulationsstörungen, Müdigkeits-, Spannungs- und Schweregefühl in den Beinen, Schwellungszustände und schmerzhafte Sensationen bei längerem Stehen oder Sitzen.

Variköses Syndrom: durch Krampfadern bedingte Beschwerden, statische Ödeme, trophische Störungen der Haut, Phlebalgien.

Als Adjuvans bei Phlebitis und Periphlebitis, Ulcus cruris, Stauungsdermatosen und nach Varizenverödung; postthrombotisches Syndrom.

Dosierung: Durchschnittlich 3× tgl. 1 Kapsel grundsätzlich mehrere Wochen. Von Zeit zu Zeit kann eine Wieder-

So sieht man ihn seit Tagen husten, anstatt den Doktor gleich zu rufen - der hätt das Übel fortgeschafft mit

TUSS INFANTUM® Hustensaft



Apotheker Kurt Merz · 6497 Steinau

**70SSA
ARZNEI**

holung angezeigt sein, z. B. bei chronischer Belastung der Beine im Beruf und Haushalt.

Bei Fällen von Varikosis mit entzündlichen Begleiterscheinungen oder bei einer ausgesprochenen Phlebitis bzw. Thrombophlebitis kann die Tagesdosis ohne Bedenken erhöht werden, z. B. auf 3×2 Kapseln.

Handelsformen: 20 Kapseln DM 6,95 A. V. m. U., 50 Kapseln DM 16,10 A. V. m. U., 100 Kapseln DM 29,35.

Hersteller: CIBA Aktiengesellschaft, 7867 Wehr/Baden.

Helopanflat®-Dragées

Zusammensetzung: Jedes nach einem Spezialverfahren hergestellte Dragée enthält 200 mg Pancreatin. concentrat. $3 \times$ NF XII, die 25 Proteasen-Einheiten, 12 Amylase-Einheiten und 6 Lipase-Einheiten nach Willstätter entsprechen, sowie 40 mg Simethicon (Dimethylpolysiloxan) einer besonderen Verarbeitung.

Indikationen: Völle- und Druckgefühl sowie Blähbauch (Meteorismus); Zwerchfellhochstand mit Atemnot und Herzbeschwerden (Roemheld-Syndrom); intestinale Verdauungsbeschwerden, Flatulenz und Resorptionsstörungen infolge Pankreas- oder Darmdrüsen-Insuffizienz; Minderfunktion im Bereich von Magen, Leber, Galle und Darm; Schädigung der Darmflora durch Arzneimittel (Antibiotika, Sulfonamide, Zytostatika u. ä.) mit Hefeüberwucherung, die auch durch einseitige oder zu umfangreiche Ernährung (Kohlenhydrate) bedingt sein kann, oder durch Röntgenstrahlen; postoperativer Meteorismus. Vorbereitungen für „luft- oder gasfreie“ Röntgenaufnahmen des Bauch- und Beckenraumes sowie der Lendenwirbelsäule (Cholezystographie, Pyelographie, Zystographie; Übersichtsaufnahmen).

Dosierung: Zu allen Mahlzeiten und vor dem Schlafengehen jeweils 1–2 Dragées unzerkaut mit etwas Flüssigkeit einnehmen.

Zur Röntgenvorbereitung empfiehlt sich die Einnahme von $3-4 \times 2$ Dragées an beiden der Aufnahme vorhergehenden Tagen sowie von 2 Dragées nüchtern am Morgen des Aufnahmetages.

Handelsformen: Packung mit 30 Dragées, Packung mit 100 Dragées, Anstaltspackung mit 500 Dragées.

Hersteller: Helopharm KG, 1000 Berlin 52.

Nedacaps®

Zusammensetzung: 1 Kapsel: DMAE-Bitartrat 25 mg, Procainhydrochlorid 30 mg, Hämatorporphyrin 1 mg, Crataegus-Gesamtextrakt 50 mg, Inosithexanikotinat 100 mg, Hesperidin 10 mg, Vitamin E-Acetat 10 mg.

Indikationen: Revitalisierung und Regeneration in der Geriatrie, Prophylaxe und Therapie altersbedingter Kreislaufbeschwerden, degenerativer Gefäßerkrankungen und psychischer Schwierigkeiten (Depressionen, Antriebsschwäche, Demenz, Nervosität, Schlafstörungen usw.).

Anwendung: Im allgemeinen tgl. 1–2 Kapseln kurmäßig, zur Gefäßtherapie bis zu $3 \times$ tgl. 1–2 Kapseln.

Handelspackungen: Durchdrückpackungen mit 30 Kaps. DM 9,80 m. MwSt., Durchdrückpackungen mit 100 Kaps. DM 26,80 m. MwSt.

Hersteller: Neda-Werk Dr. Otto Palm, 8000 München 13.

Palmllac®

Zusammensetzung: 1 Tablette: Aluminiumhydroxid-Gel 200 mg, Wismutaluminat 100 mg, Magnesiumtrisilikat 150 mg, Magnesiumoxid 50 mg, Magnesiumhydroxid 150 mg, Magermilch-Sprühpulver 300 mg.

Indikationen: Akute und chronische Gastritiden, Ulcus ventriculi et duodeni, Hyperazidität (auch während der Gravidität), als Magenschutz bei aggressiven Medikamenten („Schutzmantel-Effekt“).

Anwendung: Bei Bedarf mehrmals tgl. 1–2 Tabletten feinerkaut, auch ohne Flüssigkeit.

Handelspackungen: Durchdrückpackungen mit 20 Tabl. DM 2,25 m. MwSt., Durchdrückpackungen mit 50 Tabl. DM 4,95 m. MwSt.

Hersteller: Neda-Werk Dr. Otto Palm, 8000 München 13.

Das Bayerische Rote Kreuz gibt sich die Ehre, Sie zum

Marqueteritenball

am 14. Februar 1968, 20 Uhr, im „Deutschen Theater“, München, einzuladen. Hervorragende Künstler, bekannte Tanzkapellen, das Faschingsprinzenpaar mit seinem Hofstaat sowie eine reichhaltige Tombola erwarten Sie.

Eintrittspreise für numerierte Plätze: 45.—, 30.—, 20.—, 10.—, 8.— DM, unnummerierte Karten und Kategoriekarten 6.— DM und Mehrwertsteuer. Abendanzug, Abendkleid, Uniform.

Kartenvorverkauf: Bayerisches Rotes Kreuz, Kreisverband München, Herzog-Rudolf-Straße 20, Zimmer 223, Telefon 22 46 71; und „Deutsches Theater“, Schwanthalerstraße 13, Telefon 59 55 41. Der Reinerlös des Balles fließt dem Bayerischen Roten Kreuz zu.

BUCHBESPRECHUNGEN

GRMR Dr. Wolf v. Keitz, Königstein im Taunus: „Das Gutachten im Versorgungswesen“. F. K. Schattauer Verlag GmbH Stuttgart. 1967. VII, 248 S., Format 14×21 cm, lam. kart., DM 22,—.

v. Keitz legt in bewährter Art, er ist ja seit Jahren den ärztlichen Sachverständigen durch seine reichliche literarische Tätigkeit bekannt, in diesem Buch die besonderen Probleme in der Begutachtung für das Versorgungswesen dar. Er hat die Begabung, die für den Nichtjuristen oft schwer verständlichen Gesetzes- und Verordnungstexte so zu erläutern, daß auch Ärzte, Verwaltungsbeamte und interessierte Laien mit den Paragraphen und Bestimmungen etwas anfangen können. Die höchstrichterliche weiterentwickelte Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes wird bis in die jüngste Zeit berücksichtigt und teilweise an Beispielen verständlich gemacht. Zur Verdeutlichung werden aber auch ausgewählte Fälle rein medizinischen Inhalts gebracht. Selbst besonders komplizierte Sachverhalte (z. B. die Kannversorgung, früher Härteausgleich) werden in klarer Weise dargelegt. Das Buch kann ohne Einschränkung all jenen empfohlen werden, die mit der Kriegsopferversorgung und mit der Soldatenversorgung beruflich zu tun haben. Aber auch der Versorgungsarzt liest dieses Buch mit Gewinn.

Dr. R. Ecknigk, München

Richard Haas, Oskar Vivell: **Virus- und Rickettsieninfektionen des Menschen**. Verlag: J. F. Lehmanns Verlag, München. 1048 S., 127 Abb., Ganzleinen, DM 180,—.

Die raschen Fortschritte der klinischen und naturwissenschaftlichen Virologie der letzten 20 Jahre brachten uns nicht allein neue Kenntnisse über die Ätiologie und die Epidemiologie zahlreicher Infektionskrankheiten — sie ließen uns zudem tief in physiologische Vorgänge der Zelle blicken; sie machten genetische Vorgänge verständlich und regten Untersuchungen auf dem Gebiet der Makromolekularchemie an. Ganz neue pathogenetische Aspekte der Tumorentstehung und der Onkolyse zeichnen sich ab. Die Fortschritte der Virusforschung gingen parallel mit Erfolgen der Methodenforschung. Eine eigene Welt kleinster Lebewesen eröffnete sich, und wir mußten staunend erkennen, in welch Intimen Konnex die Viren mit unseren Zellen treten, latent oder krankmachend — jedenfalls beeinflussen sie unser tägliches Leben.

Fortbildungslehrgang in der Phonokardiographie

29. und 30. März 1968

München, Stiftsklinik Augustinum
Chefarzt Prof. Dr. Michel

Auskunft

und Anmeldung: Bayerische Landesärztekammer
8000 München 23, Königinstraße 85
Telefon 36 11 21

Allgemeine Kapitel (Seite 1—289) behandeln die Grundlagen der Virologie und unser Wissen über die Rickettsien) Morphologie, Chemie, Biologie, wechselseitige Wirkungen zwischen Makroorganismus bzw. Zelle und Virus u. a.).

In speziellen Kapiteln wird auf die einzelnen Erreger eingegangen. Dabei erfahren jeweils Klinik, Pathogenese menschlicher Erkrankungen, der Erreger, seine Struktur und seine biologischen Eigenschaften eine eingehende Beschreibung.

Den Herausgebern ist es gelungen, kompetente Autoren für die einzelnen Kapitel zu gewinnen und in straffer Gliederung des umfangreichen Stoffes die wesentlichen Fakten und Gesichtspunkte herauszustellen. Damit werden auch Probleme aufgezeigt und Anregungen vermittelt. 127 Abbildungen ergänzen vortrefflich den Text und ein jedem Kapitel angeschlossenes Literaturverzeichnis mit vollen Titeln erleichtert die weitere spezielle Information. Der „HAAS—VIVELL“ ist heute eine unentbehrliche Informationsquelle für Ärzte, Naturwissenschaftler und Mikrobiologen. Das Buch nimmt die Mitte zwischen Handbuch und Lehrbuch ein. Trotz der schnellen Fortschritte und einiger inzwischen bekanntgewordener neuer Ergebnisse in der Virologie hat dieses Buch seit seinem Erscheinen (1965) nichts an Aktualität eingebüßt. Es gibt im deutschen Schrifttum kein anderes, das inzwischen zum eigenen Fachgebiet angewachsene Wissen um menschliche Virus- und Rickettsieninfektionen in gleicher Art umspannendes Werk. Ihm ist weitestehende Verbreitung zu wünschen.

Professor Dr. H. Stickl, München

„5. Bericht des gemeinsamen Ausschusses für Arbeitsmedizin der Internationalen Arbeitsorganisation und der Weltgesundheitsorganisation“, Genf 1967; Organisation Mondiale de la Santé, Série de Rapports Techniques No. 354. Text franz. und engl., Preis: Schw. Frs. 2,— bzw. US Dollar 0,60.

In der Reihe der technischen Berichte der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist in Nr. 354/1967 der 5. des gemeinsamen Ausschusses für Arbeitsmedizin der Internationalen Arbeitsorganisation und der Weltgesundheitsorganisation in Genf erschienen. Der Bericht geht davon aus, daß gute Arbeitsbedingungen ein wichtiges Element der wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung eines Landes sind. Dazu wird die Notwendigkeit betont, dem Arbeitsmediziner den Platz einzuräumen, der ihm im Rahmen der nationalen Entwicklungsprogramme für die Industrie gebührt. Der Bericht ist zwar hauptsächlich auf die gegenwärtige Lage in den Entwicklungsländern zugeschnitten. Er bringt aber nichtsdestoweniger auch Erörterungen von Fragen, die allgemeinere Bedeutung haben. So z. B., wenn gesagt wird, daß große Unternehmen häufig vollständige arbeitsmedizinische Dienste eingerichtet haben, während auf der anderen Seite für Arbeitnehmer in Handwerksbetrieben kaum etwas in dieser Hinsicht existiert. Nur sehr wenige Länder besitzen ein System sozialer Sicherungen, das auch die landwirtschaftlichen Arbeitnehmer durch Arbeitsmediziner betreut. In der Regel sind nicht einmal

die Staatsbediensteten durch eine Gesetzgebung über Arbeitsmedizin geschützt.

Interessenten können die Schrift in der Bundesrepublik Deutschland bei folgenden Stellen beziehen: Govi-Verlag G.m.b.H., 6000 Frankfurt, Beethovenplatz 1—3; W. E. Saarbach, 5000 Köln 1, Postfach 1510, Follerstr. 2; Alex. Horn, 6200 Wiesbaden, Spieglegasse 9. v. L.-n.

W. KELLER und A. WISKOTT: „Lehrbuch der Kinderheilkunde“, 1966, 2., neubearbeitete Auflage, 1142 S., 487 Abb., 91 Tab., Ganzleinen DM 84,—; Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Die 2. Auflage nach 4 Jahren zeigt, daß sich das Lehrbuch der Kinderheilkunde sehr gut eingeführt und bereits eingebürgert hat. Mit einem Umfang von rd. 1100 Seiten, aus der Feder von 24 Autoren stammend, ist es ein modernes Werk, das besonders für Kinderärzte und Praktische Ärzte geeignet ist. Es enthält eine Fülle von Wissen, nicht nur der Pädiatrie, sondern der gesamten Medizin, so daß es sowohl als Nachschlagewerk für die gesamte Pädiatrie, als auch als Lehrbuch gelten darf. Dabei reicht der Rahmen neben der klassischen Pädiatrie von der Prophylaxe über die Psychotherapie bis zur Chirurgie und Orthopädie und Urologie im Kindesalter. So ist das übersichtliche Buch auch für Studenten geeignet, denen freilich durch die Vorlesungen vermittelt werden muß, was zum notwendigen Wissensbestand gehört, und was als Spezialkenntnis nicht unbedingt gelernt werden muß. Hervorzuheben ist die Genauigkeit und Gründlichkeit mit der alle wesentlichen Themen der Kinderheilkunde abgehandelt sind. Den Herausgebern gebührt Dank und Anerkennung für ihre große Arbeit, der sie sich mit der Fertigstellung des Buches unterzogen haben; desgleichen dem Thieme-Verlag, der in bekannter Weise den Inhalt auch äußerlich ansehnlich und anziehend gestaltet hat. Das Lehrbuch wird mit Recht weiter großen Anklang finden und ist uneingeschränkt zu empfehlen.

Professor Dr. Windorfer, Erlangen

E. Maurice BECKETT: „Die häuslichen Unfälle“ (Les accidents domestiques-Cahiers de Santé publique No. 26) Weltgesundheitsorganisation, Genf, 1967, 155 S.; Preis: Schw. Frs. 6,— bzw. US Dollar 2,—. Text engl. und franz.

Im Gegensatz zu den Verkehrsunfällen, die in fast allen Ländern den Gegenstand öffentlicher Erörterungen bilden, wird den Unfällen im häuslichen Bereich immer noch ein geringeres Interesse entgegengebracht. Der Zahl nach sind die Haushaltsunfälle in allen entwickelten Industrieländern an die Spitze aller Unfälle getreten, soweit es sich um solche mit Todesfolge handelt. Es wird daher immer deutlicher, daß die Haushaltsunfälle ein immer ernster werdendes Problem der öffentlichen Gesundheit werden. In dem Maß, in dem man Fortschritte im Kampf gegen heilbare Krankheiten gemacht hat, im gleichen Maße, in dem sich die Bevölkerung vermehrt, wächst die Zahl der alten Menschen und der Kinder in allen Ländern. Und gerade bei diesen beiden Gruppen handelt es sich um die Altersklassen, die am meisten den Unfällen ausgesetzt sind, die sich in den Haushalten ereignen. Die Summe der Verletzungen und der wirtschaftlichen Verluste, die die Haushaltsunfälle verursachen, sind gleichermaßen ebenso beeindruckend wie die Mortalitätsrate, die sie in zahlreichen entwickelten Ländern hervorgebracht haben. Die soeben von Professor BECKETT von der Universität Aberdeen veröffentlichte Schrift behandelt die Haushaltsunfälle aus internationaler Sicht unter allen wichtigen Betrachtungswinkeln und bemüht sich, die Aufmerksamkeit aller Behörden der öffentlichen Gesundheitspflege und aller sonst Interessierten auf ein Problem zu lenken, das trotz seiner außerordentlichen Bedeutung für die Gegenwart und Zukunft immer noch verhältnismäßig vernachlässigt wird.

Die Schrift ist in englischer und französischer Sprache erschienen und kann in der Bundesrepublik Deutschland bezogen werden bei: Govi-Verlag G.m.b.H., 6000 Frankfurt, Beethovenplatz 1—3; W. E. Saarbach, 5000 Köln 1, Postfach 1510, Follerstraße 2, Alex. Horn, 6200 Wiesbaden, Spieglegasse 9. v. L.-n.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat November 1967*
(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Erkrankungen an Diphtherie traten im November unverändert selten auf; ein Fall von übertragbarer Kinderlähmung mit Lähmungserscheinungen wurde gemeldet. Erneut stieg dagegen im Berichtsmonat die Erkrankungshäufigkeit an Scharlach; auf 100 000 Einwohner trafen im Oktober 102, im November 121 Fälle (jeweils auf ein Jahr umgerechnet). Die Erkrankungs-

ziffern an übertragbarer Hirnhautentzündung gingen wie im Vormonat leicht zurück. Ebenfalls weniger häufig als im Oktober traten im November Fälle von Infektionskrankheiten der Verdauungsorgane auf. An Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) erkrankten allerdings etwas mehr Personen als im Vormonat.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

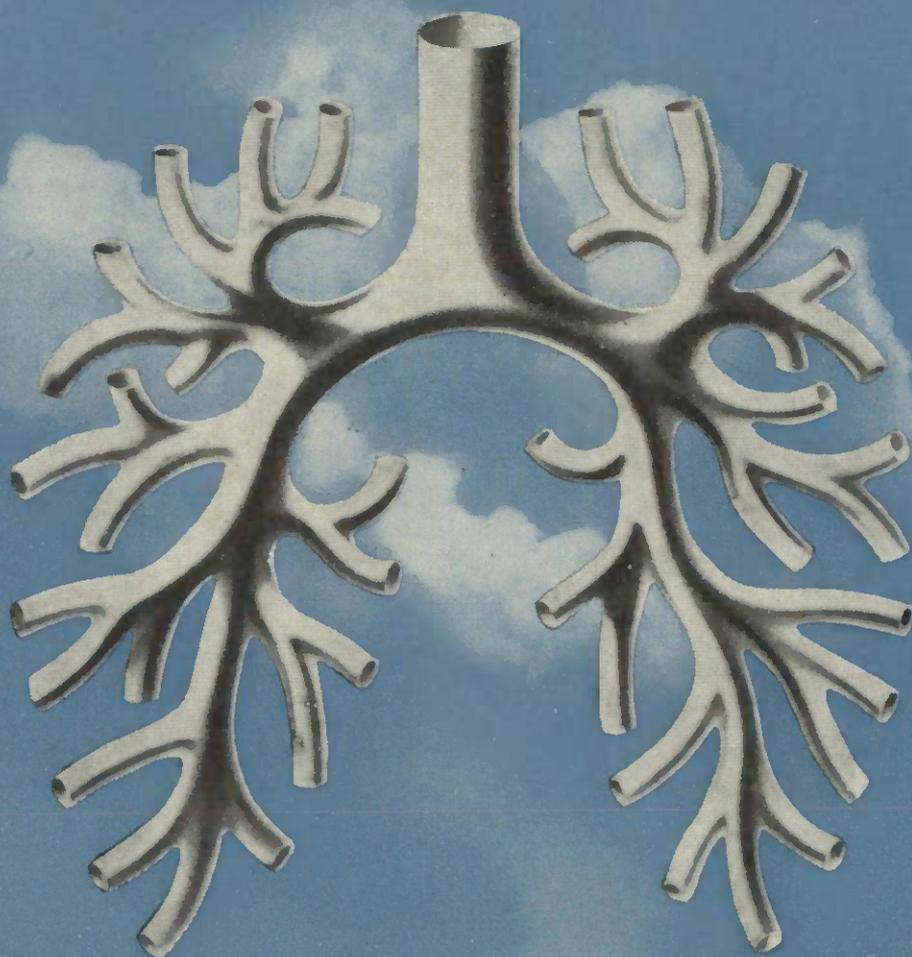
Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 29. Oktober bis 2. Dezember 1967 (Vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11	
	Diphtherie		Scharlach		übertragbare						Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa					
					Kinderlähmung		Hirnhautentzündung		Gehirnentzündung								Salmonellose		übrige Formen			
					dar. perel. Fälle		Meningokokken-Meningitis		übrige Formen													
E: ST:		E: ST:		E: ST:		E: ST:		E: ST:		E: ST:		E: ST:		E: ST:		E: ST:		E: ST:		E: ST:		
Oberbayern	—	—	457	—	—	—	—	5	—	28	—	—	2	—	2	—	2	1	67	—	2	—
Niederbayern	2	—	102	—	—	—	—	5	—	3	—	—	—	—	1	—	2	—	16	—	—	—
Oberpfalz	—	—	49	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	2	—	—	—	8	—	2	—
Oberfranken	1	—	136	—	—	—	—	4	—	9	2	—	—	—	1	—	1	—	3	—	1	—
Mittelfranken	—	—	216	—	1	1	—	3	—	9	—	1	1	3	—	1	—	—	16	—	—	—
Unterfranken	—	—	112	—	—	—	—	6	—	29	—	—	1	—	—	—	13	—	7	—	1	—
Schwaben	—	—	117	—	—	—	—	2	—	18	—	—	—	—	1	—	12	—	25	—	—	—
Bayern	3	—	1189	—	1	1	—	25	—	101	2	1	1	6	8	—	30	1	142	—	6	—
München	—	—	235	—	—	—	—	—	—	4	—	—	1	—	1	—	1	—	29	—	—	—
Nürnberg	—	—	62	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—
Augsburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	2	—	—	—
Regensburg	—	—	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	8	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	6	—	2	—	—	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23	
	Botulismus		Hepatitis infectiosa		Ornithose				Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾		Bang'sche Krankheit		Leptospirose				Q-Fieber		Tetanus		Wundstarrkrampf			
					Psittacose		(übrige Formen)						Weil'sche Krankheit		Coniocolic-fieber								übrige Formen	
					E: ST:		E: ST:		E: ST:		E: ST:		E: ST:		E: ST:		E: ST:		E: ST:		E: ST:		E: ST:	
Oberbayern	—	—	130	1	—	—	—	—	17	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—
Niederbayern	—	—	110	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	1
Oberpfalz	—	—	29	—	1	—	—	—	94	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Oberfranken	1	—	34	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—
Mittelfranken	—	—	28	—	—	—	2	—	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Unterfranken	—	—	73	—	—	—	—	—	8	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	1
Schwaben	—	—	23	—	—	—	—	—	98	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Bayern	1	—	427	1	1	—	4	—	239	—	2	—	1	1	1	—	2	—	7	—	5	—	3	—
München	—	—	62	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Nürnberg	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	4	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

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

Ditenate®



Bei Asthma
bronchiale
chronischer
Bronchitis
Lungenemphysem
Dreifache
Bronchodilatation
minimale
Nebenwirkungen

Ditenate® Depot-Tabletten

Anhaltender Schutz vor Bronchial-
spasmen – bei Tag und bei Nacht

Ditenate® Sirup

Prompte Kupierung leichterer Anfälle
bei Kindern und Erwachsenen

Dreifache Bronchodilatation
Zuverlässige Schleimhaut-
abschwellung
Milde Sedierung
Praktisch nebenwirkungslos
Kaum gastrische Störungen
Frei von Phenothiazinen und
Barbituraten

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

C-Kurs für Arbeitsmedizin

Weiterbildung für die Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“

veranstaltet vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge gemeinsam mit der Bayerischen Landesärztekammer vom 5. Februar bis 1. März 1968 im Hause des Arbeitsschutzes, 8000 München 22, Pfarrstraße 3

Montag, 5. Februar 1968

9.00—9.45 Uhr:

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

„Emotion als zentraler Faktor bei Entstehung psychosomatischer Störungen“

10.00—10.45 Uhr:

Prof. Dr. Dr. H. Eyer, Direktor des Max-von-Pettenkofer-Institutes für Hygiene und Mikrobiologie der Universität München

„Immunprophylaktische Maßnahmen in der Arbeitsmedizin“

11.00—11.45 Uhr:

Dr. med. habil. S. Koeppen, Leitender Arzt der Inneren Abteilung des Stadtkrankenhauses Wolfsburg

„Die elektrischen Unfälle“

13.30 Uhr, Abfahrt:

PFANNI-Werk Otto Eckart KG, München 80, Glonner Straße 6

Dienstag, 6. Februar 1968

9.00—9.45 Uhr und

10.00—10.45 Uhr:

Prof. Dr. H. Valentin, Direktor des Institutes für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Erlangen-Nürnberg

„Lungenfunktion und Pneumokoniosen“

mit Film „Lungenfunktion, Physiologie und Untersuchungsmethoden“

(C. H. Boehringer Sohn, Ingelheim am Rhein)

11.00—11.45 Uhr:

Rechtsanwalt Dr. jur. J. Bösehe, Rechtsabteilung der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal

„Die Probleme der ärztlichen Schweigepflicht beim Werksarzt“

13.30 Uhr, Abfahrt:

Süddeutscher Verlag GmbH, München 2, Sendlinger Straße 80

Mittwoch, 7. Februar 1968

8.00 Uhr, Abfahrt:

Klinik für Berufskrankheiten der Berufsgenossenschaft der keramischen und Glas-Industrie Bad Reichenhall

10.30 Uhr:

Referat: Chefarzt Dr. J. Kann

„Therapie berufsbedingter Bronchial- und Lungen-erkrankungen“

13.45 Uhr, Abfahrt:

ARWA Feinstrumpfwerke Hans Thierfelder, Bischofs-wiesen

Donnerstag, 8. Februar 1968

9.00—9.45 Uhr:

Dr. J. Probst, Oberarzt des Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhauses Murnau

„Rehabilitation durch wiederherstellungs-chirurgische Maßnahmen“

10.00—10.45 Uhr:

Prof. Dr. Th. Hellbrügge, Leiter der Forschungsstelle für prophylaktische Pädiatrie und Jugendmedizin an der Universität München

„Die ärztliche Betreuung Jugendlicher“

11.00—11.45 Uhr:

Prof. Dr. H. Otto, Pathologisches Institut der Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen

„Morphologie der Pneumokoniosen“

13.30 Uhr, Abfahrt:

Farbenfabriken Michael HUBER, Heimstetten, Kreis München

Freitag, 9. Februar 1968

9.00—9.45 Uhr:

Prof. Dr. W. Müller-Limmroth, Lehrstuhl und Institut für Arbeitsphysiologie der Technischen Hochschule München

„Beurteilung der Arbeitsschwere“

10.00—10.45 Uhr und

11.00—11.45 Uhr:

Prof. Dr. H. Oettel, Leiter des Gewerbehygienisch-Pharmakologischen Institutes der Badischen Anilin- und Soda-Fabrik AG, Ludwigshafen am Rhein

„Schwellenkonzentrationswerte gesundheitsschädlicher Gase, Dämpfe und Schwebestoffe, und ihre sinnvolle Anwendung in der Praxis“

Montag, 12. Februar 1968

9.00—9.45 Uhr:

Prof. Dr. H. Weichardt, Direktor des Institutes für Arbeitsmedizin der Universität Tübingen

„Erkrankungen durch Chrom“

10.00—10.45 Uhr:

Dr. R.-D. Berensmann, Vorsitzender des Ausschusses „Arbeitsmedizin“ und der „Ständigen Konferenz der Leiter der Ärztlichen Pressestellen, Pressereferenten der Landesärztekammern und Schriftleiter der ärztlichen Standespresse“

„Arbeitsmedizinische Bestrebungen der Bundesärztekammer“

11.00—11.45 Uhr:

Prof. Dr. H. R. Lückert, München

„Intelligenz und Intelligenzstörungen“

13.30 Uhr, Abfahrt:

HIMOLLA Polstermöbelwerk Carl Hierl GmbH, Taufkirchen/Vils (Obb.)

Termine der Internationalen Fortbildungskongresse der Bundesärztekammer 1968

Badgastein	10. 3. bis 23. 3. 1968
Davos	11. 3. bis 23. 3. 1968
Montecatini Terme	
Grado	31. 5. bis 15. 6. 1968
Meran	26. 8. bis 7. 9. 1968
Grado	2. 9. bis 14. 9. 1968

Dienstag, 13. Februar 1968

9.00—9.45 Uhr:

Prof. Dr. H. Schmidtke, Leiter des Institutes für Ergonomie der Technischen Hochschule München
„Psychohygiene im Betrieb“

10.00—10.45 Uhr:

Prof. Dr. H. Schmidtke, München
„Physische Ermüdung“

11.00—11.45 Uhr:

Prof. Dr. H.-J. Merté, Direktor der Augenklinik rechts der Isar der Technischen Hochschule München
„Schädigungen der Linse des Auges durch physikalische Einwirkungen“

„Hornhautschädigung des Auges durch Benzochinon“

13.45 Uhr, Abfahrt:

C. CONRADTY, Elektroden, elektrische und galvanische Kohlen, Kolbermoor

Mittwoch, 14. Februar 1968

8.00 Uhr, Abfahrt:

Industriewerke F. P. HAMBERGER GmbH, Rosenheim
 13.30 Uhr, Weiterfahrt:
 Bayerische Woldecken-Fabrik, Bruckmühl

Donnerstag, 15. Februar 1968

9.00—9.45 Uhr und

10.00—10.45 Uhr:

Prof. Dr. W. Klosterkötter, Direktor des Institutes für Hygiene und Arbeitsmedizin, Klinikum Essen der Ruhruniversität Bochum

„Staubbekämpfung im Betrieb“

11.00—11.45 Uhr:

Prof. Dr. S. Rosegger, Direktor des Institutes für Schlepperforschung der Forschungsanstalt für Landwirtschaft, Braunschweig-Völkenrode
„Vorzeitige Abnutzungsschäden der Wirbelsäule durch Erschütterung beim Schlepperfahren“

13.00 Uhr, Abfahrt:

Bayerische Pflugfabrik GmbH, Landsberg/Lech

Freitag, 16. Februar 1968

9.00—9.45 Uhr:

Dr. A. von Geiso, Werksarzt der Zechengruppe Katharina/Elisabeth der Essener Steinkohlenbergwerke AG Essen-Kray

„Wurmkrankheit und Augenzittern der Bergleute“

10.00—10.45 Uhr:

OMR Dr. H. Zorn, Betriebsarzt Technische Werke der Stadt Stuttgart AG, Stuttgart

„Die Gesundheitsschädlichkeit polyzyklischer aromatischer Kohlenwasserstoffverbindungen“

11.00—11.45 Uhr:

Prof. Dr. Dr. S. Borell, Dermatologische Klinik und Poliklinik der Universität München

„Diagnostik, Therapie und Prophylaxe in der Arbeitsdermatologie“

Montag, 19. Februar 1968

9.00—9.45 Uhr:

ORMR Prof. Dr. R. Hauf, Der Staatliche Gewerbearzt beim Gewerbeaufsichtsamt Freiburg

„Erste Hilfe im Betrieb“

10.00—10.45 Uhr:

Dr. W. Ehrenstein, Institut für Arbeitsphysiologie der Technischen Hochschule München

„Nachtarbeit und biologische Rhythmen“

11.00—11.45 Uhr:

ORMR Dr. Hanna Lohr, Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin München

„Praktische Fragen des Mutterschutzes im Betrieb“

13.30 Uhr, Abfahrt:

Fa. METZELER AG, München 12, Westendstr. 131—133

Dienstag, 20. Februar 1968

9.00—9.45 Uhr und

10.00—10.45 Uhr:

Prof. Dr. H. Symanski, Leiter des Institutes für Arbeitsmedizin der Universität des Saarlandes, Saarbrücken

„Erkrankungen durch Kadmium, Mangan, Thallium und Vanadium“

11.00—11.45 Uhr:

Dr. W. Ehrenstein, München

„Methoden der Beurteilung der physischen Leistungsfähigkeit“

13.30 Uhr, Abfahrt:

AGFA-GEVAERT AG, Kamera-Werk, München 90, Tegernseer Landstraße 161

Mittwoch, 21. Februar 1968

8.00 Uhr, Abfahrt:

Farbwerke HOECHST AG, Werk Gersthofen

15.00 Uhr, Beginn:

Farbwerke HOECHST AG, Werk Bobingen

Donnerstag, 22. Februar 1968

9.00—9.45 Uhr:

Prof. Dr. W. Müller-Limmroth, München

„Thermoregulation, Klima, Kleidung“

10.00—10.45 Uhr:

Dr. H. Petry, Werksarzt der Städtischen Werke Nürnberg

„Arbeitsmedizinische Aspekte der Verkehrsmedizin“

11.00—11.45 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. K. Bühlmeier, Kinderklinik der Universität München im Dr. von HAUNERSchen Kinderspital, München

„Prognose und Belastbarkeit bei operierten, angeborenen Herzvitien“

13.45 Uhr, Abfahrt:

Bavarla-Atelier GmbH, Geiseltal bei München

Freitag, 23. Februar 1968

9.00—9.45 Uhr:

Reg.Gew.Med.Direktor Dr. H. Buckup, Der Staatliche Gewerbearzt für Westfalen, Bochum-Stiepel

„Erkrankungen durch Nitro- und Aminverbindungen des Benzols oder seiner Homologen oder deren Abkömmlinge“

10.00—10.45 Uhr und

11.00—11.45 Uhr:

Gew.Med.Oberrätin Dr. J. Reinhardt, Niedersächsisches Landesverwaltungsamt — Arbeitsmedizin und Gewerbehygiene — Hannover

„Typische Frauenberufe: Ein Beitrag zur ärztlichen Berufskunde“

Montag, 26. Februar 1968

9.00—9.45 Uhr:

Dr. med. Dr. rer. nat. H.-G. Schwarz, Märkische Steinkohlegewerkschaft, Gesundheitsabteilung, Heessen

„Beschäftigung in hohen Temperaturen“

10.00—10.45 Uhr:

Reg.Med.Dir. Dr. H. Schneider, Leiter des Bayerischen Landesinstitutes für Arbeitsmedizin, München

„Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lunge durch Thomasmehl“

„Erkrankungen der Lunge durch Asbeststaub“

11.00—11.45 Uhr:

Dr. G. Fuchs, Geschäftsführendes Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin e. V. München, Werksarzt der Krauss-Maffei AG, München-Allach

„Arbeitsmedizin und tägliche Praxis“

14.00 Uhr, Abfahrt:

Franz SCHÖRG & Sohn, Lohnverzinkung, München 25, Georg-Hallmaier-Straße 1

Dienstag, 27. Februar 1968

Fasching — keine Veranstaltung

Mittwoch, 28. Februar 1968

8.00 Uhr, Abfahrt:

Auto-Union GmbH, Ingolstadt

14.30 Uhr, Beginn:

Deutscher Spinnereimaschinenbau Ingolstadt

Donnerstag, 29. Februar 1968

9.00—9.45 Uhr:

Dr. Dr. C. D. Bloedner, Ärztlicher Direktor des Sanatoriums für innere Erkrankungen, Lautergrund der LVA Berlin, Schwabthal/Of.

„Die berufliche Tätigkeit nach Lungenresektion“

Infekte - Abwehrschwächen - chronisch-rezidivierende Erkrankungen der Luftwege - exsudative Diathese - pastöse Gewebsschwächen - lymphatische Erkrankungen

Lymphozil®

das Präparat mit den **5** Vorteilen

- 1** direkte Hemmung der Hyaluronidase
 - = Stabilisierung der Gewebskittsubstanz
 - = Erschwerung der Passage von Infekterregern im Gewebe
 - = Festigung pastöser Gewebverbände
- 2** Aktivierung von Histozyten und Leukozyten
 - = gesteigerte Phagozytose und
 - = extrazellulärer Abbau von Erregern und Zerfallstoffen
- 3** Aktivierung des regenerativen Aufbaus
- 4** Normalisierung der Zellwandpermeabilität
 - = Resistenzsteigerung
- 5** gutdosierbar - gutverträglich



JULIUS REDEL
Cesra-Arzneimittelfabrik
Haueneberstein
bei Baden-Baden

10.00—10.45 Uhr:

Dr. H. Schiller, Leiter der Ärztlichen Abteilung der Daimler-Benz AG, Stuttgart-Untertürkheim

„Katastrophenschutz in der Industrie“

11.00—11.45 Uhr:

ORMR Dr. E. Hoffmann, Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin, München

„Arbeitsmedizinische Probleme bei der Büroarbeit“

14.00 Uhr, Abfahrt:

RHEINHOLD & MAHLA GmbH, Kork-, Stein- und Isoliermittelfabrik, Wärme-, Kälte-, Schallschutz, Puchheim

Freitag, 1. März 1968

9.00—9.45 Uhr:

Dr. K.-J. Schmidt, Farbenfabriken Bayer AG, Pflanzenschutz-Laboratorium, Wuppertal-Elberfeld

„Neuzeitliche Insektizide und ihre biologischen Wirkungen“

10.00—10.45 Uhr:

Reg.Gew.Direktor Dipl.-Chem. Dr. phil. O. Lang, Leiter des Bayerischen Landesinstitutes für Arbeitsschutz, München

„Technischer Arbeitsschutz: Atemschutzgeräte“

11.00—11.45 Uhr:

ORMR Dr. G. Bühlmeier, Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin, München

„Die Berufskrankheitenverordnung und die Liste der entschädigungspflichtigen Berufskrankheiten“

Kursgebühr wird nicht erhoben.

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

Für die Besichtigungen können in der Regel nur Teilnehmer am Gesamtprogramm zugelassen werden. Bei den Besichtigungen sowie bei Fahrten dorthin wird für Unfälle und sonstige Schäden nicht gehaftet. Es empfiehlt sich frühzeitige Anmeldung bei der Kursleitung und Quartierbestellung beim Fremdenverkehrsamt der Landeshauptstadt München, 8000 München 2, Bahnhofplatz 2, Telefon 55 58 81.

Auskunft: Münchener Kurse für Arbeits- und Sozialmedizin, Haus des Arbeitsschutzes, 8000 München 22, Pfarrstraße 3, Telefon 2 18 41

Einführungskurs in die moderne Wiederherstellungschirurgie der Nase und der Nasenscheidewand

vom 4. bis 9. März 1968 in Erlangen

Vom 4.—9. 3. 1968 findet in der Universitätsklinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke in Erlangen der 2. Einführungskurs in die moderne Wiederherstellungschirurgie der Nase und der Nasenscheidewand statt. Vorgesehen sind Operationsdemonstrationen, Übungen an der Leiche und Unterrichtsstunden.

Beschränkte Teilnehmerzahl.

Anmeldungen umgehend an Privatdozent Dr. med. H. Masing, 8520 Erlangen, Bohlenplatz 19/20.

Einführungskurs in die gastroenterologische Endoskopie

vom 4. bis 8. März 1968 in Erlangen

Vom 4.—8. 3. 1968 findet an der Medizinischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. med. L. Demling) der 2. Kurs zur Einführung in die gastroenterologische Endoskopie (Ösophago-, Gastro-, Rekto- und Laparoskopie mit Biopsie) statt.

Anmeldungen an Dr. med. R. Ottenjann, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12.

Kurs für Röntgenhelferinnen

vom 25. März bis 5. April 1968 in Erlangen

Vom 25. März bis 5. April 1968 findet der nächste von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Kurs für Röntgenhelferinnen in Erlangen unter der Leitung von Dr. med. H. Fuchs, Leiter der Röntgenabteilung der Medizinischen Universitätsklinik Erlangen, statt.

Anmeldungen zu diesem Kurs umgehend bei der Bayerischen Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85, Telefon 36 11 21.

Wissenschaftlicher Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Ernährung

am 18. April 1968 in München

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung veranstaltet am 18. 4. 1968 in München den X. Wissenschaftlichen Kongreß unter der Leitung von Herrn Professor Dr. med. N. Zöllner (München).

Vorträge über Ernährungsfragen auf dem Gebiete der menschlichen Ernährung, Tierernährung, Lebensmittelchemie, physiologischen Chemie, Pharmazie und angrenzenden naturwissenschaftlichen Fachgebieten können angemeldet werden.

Bedingungen: Die Vorträge (Redezeit höchstens 10 Min.) sollen bisher nicht publizierte eigene Forschungsergebnisse bringen. Bei der Anmeldung ist die Beilage einer kurzen Inhaltsübersicht erforderlich.

Anmeldungen werden an Herrn Professor Dr. N. Zöllner, Oberarzt der Medizinischen Poliklinik der Universität München, über das Wissenschaftliche Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, 6000 Frankfurt a. M., Feldbergstraße 28, erbeten.

Am 19. April 1968 wird in München das 3. Symposium über „Klinische Ernährungslehre“ abgehalten.

KONGRESSKALENDER

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

Januar 1968:

20. 1.—3. 2. in Madonna di Campiglio: XXXIII. Fortbildungslehrgang zur Erlangung des Sportärztdiplomes des Deutschen Sportärztekundes. Auskunft: Dr. Fr. Friedrich, Ob.-Med.-Rat a. D., 8000 München 23, Wilhelmstraße 16.
- 22.—24. 1. in Neuherberg: Strahlenschutz-Ergänzungskurs. Auskunft: Gesellschaft für Strahlenforschung, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 22.—26. 1. in Neuherberg: Strahlenschutzkurs in Röntgendiagnostik und -therapie. Auskunft: Gesellschaft für Strahlenforschung, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 25.—27. 1. in Hamburg: 70. Tagung der Nordwestdeutschen Gesellschaft für innere Medizin (Thema: „Kybernetik“ und „Intensivpflege in der inneren Medizin“). Auskunft: Prof. Dr. Axel Dönhardt, 2000 Hamburg 33, Rübenkamp 148, 2. Med. Abt. des Allgemeinen Krankenhauses Barmbek.
29. 1. bis 21. 2. in Bad Nauheim/Gießen: XIX. Fortbildungskurs in Bäder- und Klimaheilkunde und Physikalischer Medizin der Med. Fakultät der Universität Gießen in Bad Nauheim. Auskunft: Sekretariat der ärztlichen Fortbildungskurse, 6300 Gießen, Buchhelmstraße 10.

Contramutan®

Sichere Abwehr

bei
Fieber
Grippe
Infekten



ArzneiMüller
Bielefeld



Dr. Hermann Melzer's

Katheterpurindas äußerst schlüpfrige, reizlose und aseptische
GLEIT- UND SCHUTZMITTELVon leitenden Urologen und Chirurgen empfohlen, auf dem
Therapiekongreß in Karlsruhe in einem richtungweisenden
Vortrag zur „Therapie der akuten Harnverhaltung“ in seiner
vorzüglichen Verwendbarkeit besonders hervorgehoben.**DR. HERMANN MELZER** · Chem.-med. Laboratorium
Frankfurt/Main · Nußzeil 43**Februar 1968:**

- 3.—4. 2. in **Düsseldorf**: Fortbildungskurs für Mediziner
(Thema: „Frühkindliche Hirnschäden“). Auskunft:
Universität Düsseldorf, Rektorat, 4000 Düsseldorf,
Strümpfelstraße 4.
- 4.—10. 2. in **Hahnenklee**: 15. Winter-Fortbildungswoche.
Auskunft: Zahnärztekammer Niedersachsen, 3000
Hannover, Hildesheimer Straße 35.
- 4.—17. 2. in **London**: 13. Kurs für Anästhesie des British
Council. Auskunft: The British Council, Courses
Departement, 97/99 Park Street, London W 1.
- 5.—16. 2. in **Neutrauchburg**: Einführungslehrgang in
die manuelle Wirbelsäulen-Therapie. Auskunft: Dr.
med. Karl Sell, Facharzt für Orthopädie, 7972
Neutrauchburg.
- 12.—17. 2. in **Bernried**: Seminar in präventiver Kardiolo-
gie für Sportärzte. Auskunft: Prof. Dr. M. I.
Halhuber, Chefarzt der Klinik Höhenried, 8131
Bernried.
- 15.—17. 2. in **Berlin**: Arbeits- und Fortbildungstagung für
Angiographie mit internationaler Beteiligung. Aus-
kunft: Professor Dr. K. E. Loose, 2210 Itzehoe,
Städtische Krankenanstalten.
- 15.—17. 2. in **Berlin**: Internationaler Kongreß „Die heutige
Stellung der Morphologie in Biologie und Medizin“.
Auskunft: Organisationsbüro im Pathologischen In-
stitut der Humboldt-Universität, X 105 Berlin, Schu-
mannstraße 20/21.
- 17.—18. 2. in **Hamm**: Kurs für manuelle Behandlung der
Extremitäten-Gelenke. Auskunft: Sekretariat der
Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chiro-
therapie (FAC), 4700 Hamm, Ostenaallee 83.
19. 2.—8. 3. in **Berlin**: Strahlenschutzkurs für Ärzte mit
Praktikum. Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin,
1000 Berlin, 19, Soorstraße 83.
- 21.—23. 2. in **Innsbruck**: „Klinische Tage“ mit Operations-
demonstrationen. Auskunft: Professor Dr. P. Hu-
ber, A-6020 Innsbruck, Chirurgische Universitäts-
klinik.

ORIENT-TEPPICHE

seit 1925

Nichts ist so sehr Sache des Vertrauens als der Kauf eines Orient-
Teppichs. Das seit Jahrzehnten bestehende Fachgeschäft mit seinen
weltweiten günstigen Einkaufsverbindungen gewährleistet Ihnen bei
Ankauf eines Orient-Teppichs mit Sicherheit den 100prozentigen
Gegenwert Ihres Geldes.Meine genau kalkulierten Verkaufspreise, welche auf allen Teppich-
Etiketten angegeben werden, sind Einfuhrleistungen ersten Ranges.**ÜBER 2000 PERSERTEPPICHE ALLER PROVENIENZEN**
ORIENT-LÄUFER ALLER LÄNGEN UND BREITEN
BESONDERS GROSSE AUSWAHL IN ÜBERGROSSEN**MAX STEINHAUSEN**8 München 2, Briener Straße 10, Telefon 22 61 61 — 29 70 23
genau gegenüber Café Luitpold

- 21.—24. 2. in **Hannover**: 15. Biometrisches Kolloquium der
Deutschen Region der Internationalen Biometrischen
Gesellschaft. Auskunft: Institut für Statistik und
Biometrie, 3000 Hannover, Bischofsholer Damm 15.
- 23.—24. 2. in **Leipzig**: Chirurgentag. Auskunft: OMR
Prof. Dr. G. Rothe, Bezirkskrankenhaus St. Ge-
org. Chirurgische Klinik, X 7021 Leipzig.
- 23.—24. 2. in **Mainz**: Ketamine-Symposium. Auskunft: Uni-
versitätsklinik Mainz, Institut für Anästhesio-
logie, 6500 Mainz, Langenbeckstraße 1.
- 23.—25. 2. in **Erlangen**: 2. Kongreß der Gesellschaft für
Endoskopie. Auskunft: Dr. med. R. Ottenjann,
Medizinische Universität Erlangen, 8520 Erlangen,
Krankenhausstraße 12.
24. 2. in **Innsbruck**: 11. Klinisches Wochenende
(Thema: „Die Chirurgie im Alter“). Auskunft: Pro-
fessor Dr. P. Huber, A-6020 Innsbruck, Chirur-
gische Universitätsklinik.

BeilagenhinweisEiner Teilaufgabe ist ein Prospekt „Gehgips-Überschuh“ der
Firma C. Stiefenhofer KG., 8 München 12, Landsberger
Straße 79, beigelegt.„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer.
Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85/III,
Telefon 36 11 21, Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein.
Die Zeitschrift erscheint monatlich.Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungs-
gebühren und 5% Mehrwertsteuer. Für Mitglieder im Mitglieds-
beitrag enthalten. Postscheckkonto Nr. 52 52, Amt München,
Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“).Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung
GmbH & Co. KG., früher Verlag und Anzeigen-
verwaltung Carl Gabler, 8000 München 15, Postfach,
Sonnenstr. 29, Tel. 55 80 81, Fernschreiber: 05 23662,
Telegrammadresse: atlas-press. Für den Anzeigen-
teil verantwortlich: Ernst W. Scharfingher, München.Druck: Richard Pfäum Verlag München. Alle Rechte, ins-
besondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und
Mikrophotographie sowie das Recht der Übersetzung in Fremd-
sprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Ver-
lags. Rücksendung nichtverlangter Manuskripte erfolgt nur,
wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt. Bei
Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis
zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt,
wenn gegenständige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck
gebracht werden.**Bestseller
für Teenager**Natürlich hat sie ihn, diesen »Bestseller«; sie weiß, daß er eine
Auflage von über 40 Millionen hat; sie weiß überhaupt genau,
worauf es ankommt. Geld muß da sein. Sie plant voraus,
und wir helfen ihr dabei. Denn wir sagen ihr, wie sie mehr aus
ihrem Geld machen kann. So ein volles Sparkassenbuch
gibt ein beruhigendes Gefühl. Finden Sie nicht auch?**wenn's um
Geld geht-****SPARKASSE**