

# BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN  
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 1

München, Januar 1969

24. Jahrgang

## Vorbeugung und Wiederherstellung bei Herz- und Kreislaufkrankungen

Aufgaben einer modernen Rehabilitationsklinik\*)

Von Max J. Halhuber

Wenn man eine neue und neuartige Klinik in ihrer Landschaft, in ihrem architektonischen Habitus und in ihrer Einrichtung erstmals erlebt — sozusagen als ein Versprechen, das erst eingelöst werden muß (vielleicht wohlwollend als „großartiges“, vielleicht skeptisch als „großspurliges“ Vorhaben) —, dann erwartet man klare Auskunft, wie sich die Verantwortlichen die Erfüllung dieses Versprechens vorstellen.

Welches Konzept hat der Chefarzt als der Sprecher des hier wirkenden Teams, im Zusammenwirken mit Vorstand, Geschäftsführung und ärztlicher Abteilung der Landesversicherungsanstalt Oberbayern erarbeitet? Wie sieht er den Zusammenhang zwischen der sozialmedizinischen Situation im allgemeinen und den konkreten Aufgaben und Möglichkeiten hier und heute?

Zuerst soll mit einigen unvermeidlichen Zahlen und graphischen Darstellungen, die für sich selber sprechen, die epidemiologische und sozialkardiologische Situation in Mitteleuropa und in Oberbayern skizziert werden, um dann daraus Konsequenzen für die Praxis der Herzkrankenbetreuung und für die Lehre und Forschung in präventiver Kardiologie zu ziehen und zugleich darzulegen, wie diese Schlußfolgerungen an der Klinik Höhenried realisiert und konkretisiert werden. Ich bin in der glücklichen Lage, die folgenden Erörterungen und Folgerungen nicht nur auf theoretische Deduktionen oder meine früheren Erfahrungen in Innsbruck, Seefeld, Badgastein usw. zu begründen, sondern zweijährige Beobachtungen an etwa 5000 Patienten während des vollen Betriebs an der Klinik Höhenried mit-heranziehen zu können.

### 1. Epidemiologische Daten zur Verschiebung der Todesursachen und „Erkrankungsmuster“ in der Bundesrepublik Deutschland und in Oberbayern

Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation sind die Infektionskrankheiten im Rückzug begriffen, insbesondere Tuberkulose, Diphtherie, Keuchhusten und Scharlach. Jedoch blühen Malaria, Pocken und Ruhr dort gefährlich, wo Ärztemangel herrscht. Die drei führenden Todesursachen sind zur Zeit Herzkrankheiten, Tumoren und Gefäßläsionen des Zentralnervensystems

(ZNS). 18,2 Prozent aller Todesfälle im Jahre 1900 betrafen diese drei Ursachen in den USA, 1960 waren es 65,6 Prozent. In Deutschland liegen die Verhältnisse ähnlich. 65 Prozent oder  $\frac{2}{3}$  aller Todesfälle werden durch diese Krankheitsgruppen verursacht. Die standardisierten Sterbeziffern zeigen in den Jahren 1951 bis 1961 bei Männern und Frauen eine deutliche Zunahme der Herzkrankheiten. Erst an zweiter Stelle stehen die bösartigen Tumoren als Todesursache bei beiden Geschlechtern (Abb. 1) (BLOHMKE, 1967).

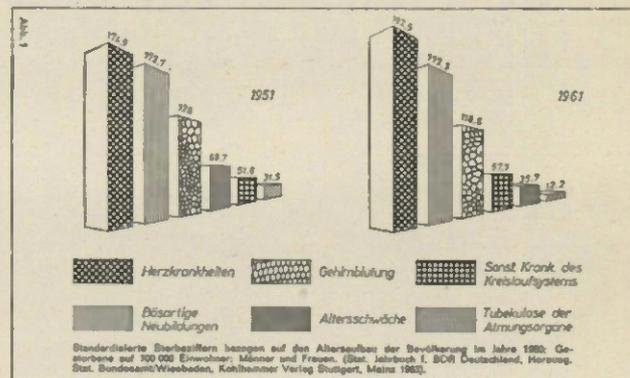


Abbildung 1

In den USA stirbt jede Minute ein Mensch am Herzinfarkt. Mit 550 000 Todesfällen pro Jahr ist dort die ischämische (koronare degenerative) Herzerkrankung derzeit die führende Todesursache überhaupt, der „Hauptmörder“ (main killer), geworden. Dabei haben britische Statistiken beim Vergleich 1952, 1957 und 1962 gezeigt, daß die Mortalität an ischämischen Herzerkrankungen bei noch nicht Vierzigjährigen sich verdoppelt hat im Vergleich zu den Fünfzig- und Sechzigjährigen (OLIVER und STUART-HARRIS, 1965). Während noch vor einigen Jahrzehnten der Häufigkeitsgipfel der Erkrankungen am Herzinfarkt zwischen dem 65. und 70. Lebensjahr lag, findet er sich jetzt mehr und mehr zwischen dem 50. und 60. Immer häufiger erkranken auch jüngere Menschen, sogar vor dem 40. Lebensjahr. Der Anteil dieser jugendlichen Infarkte vor dem 40. Lebensjahr betrug bei Moll und Hamacher 5 bis 7%, nach Angaben anderer Autoren liegt er sogar zwischen 7 und 10% (MOLL und HAMACHER, 1962).

\*) Dieses Referat ist Band 7 — 2. ergänzte Auflage — der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe entnommen. Die 1. Auflage erschien zur offiziellen Einweihung der Klinik Höhenried der Landesversicherungsanstalt Oberbayern am 25. Oktober 1967.

**Mortalität an Koronarsklerose im Bundesgebiet  
1952—1958**

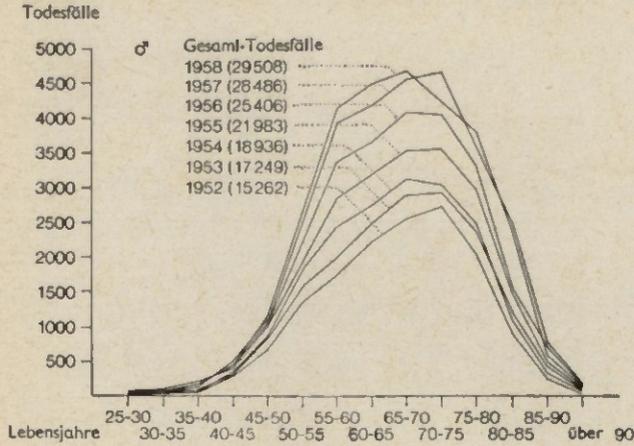


Abbildung 2

**Mortalität an Koronarsklerose im Bundesgebiet  
1958—1965**

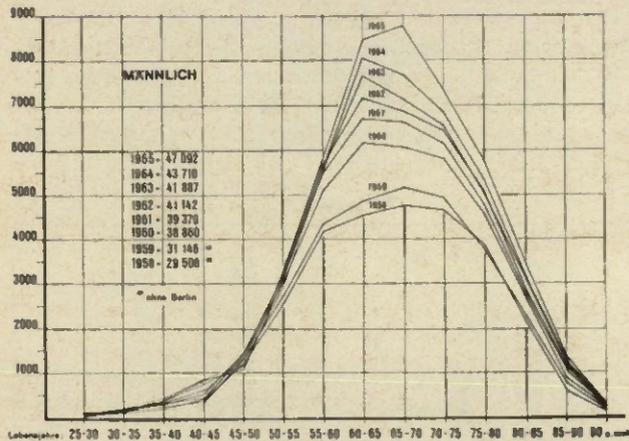


Abbildung 3

Ähnlich alarmierend ist die Statistik der Invaliditätsursachen. „Die Hauptursache für die Frühinvalidisierung, d. h. die vorzeitige Berentung, ist heute bei männlichen Arbeitern ebenfalls die Arteriosklerose, einschließlich der chronischen, nichtrheumatischen Herzerkrankungen, 1952 stand die Tuberkulose noch an erster Stelle der Invalidisierungsursachen, während sie 1964 ganz in den Hintergrund getreten ist. Bei den Arbeiterinnen dominieren 1952 und 1964 als Hauptursachen der Frühinvalidisierung der Bluthochdruck, die chronischen, nichtrheumatischen Herzerkrankungen und Arteriosklerose. Außerdem spielen die degenerativen Gelenkerkrankungen eine wesentliche Rolle für die Frühinvalidisierung, während die Tuberkulose immer im Hintergrund stand. Zwar hat sich die Lebenserwartung der einzelnen Altersgruppen und der Altersaufbau der Bevölkerung verändert, jedoch kann die wachsende Anzahl der chronischen Erkrankungen nicht nur mit diesen beiden Phänomenen erklärt werden (BLOHMKE, 1967).“

Schon 1954 ging der Verband der Träger der Rentenversicherung davon aus, daß mehr als jeder 3. Versicherte an Herz-, Gefäß- und Kreislaufkrankheiten stirbt, und fast die Hälfte der Versicherten wegen solcher Krankheiten im Durchschnitt 10 Jahre vor Voll-

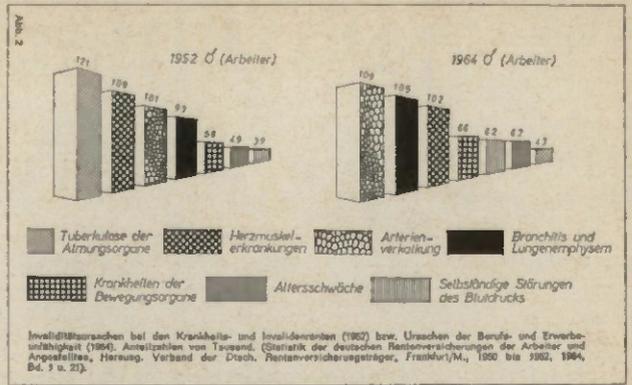


Abbildung 4

endung des 65. Lebensjahres invalide oder berufsunfähig wird, und es wurde daher damals schon als ein Hauptproblem der Sozialreform angesehen, hier entscheidende Maßnahmen anlässlich der damals bevorstehenden Rentenreform vorzusehen. Das ist inzwischen geschehen (WAHL, 1957).

Bemerkenswert erscheint mir in diesem Zusammenhang, daß nach einer Aufstellung, die wir Donat verdanken, vorzeitige Invalidisierungen bei Arbeitern häufiger als bei Angestellten und bei Frauen häufiger als bei Männern zu verzeichnen sind. Als Ursachen der vorzeitigen Rentengewährungen werden auch in dem von Donat herangezogenen Kollektiv mit zunehmendem Lebensalter vornehmlich Erkrankungen von Herz und Kreislauf angeführt.

Funktionelle Kreislaufstörungen sind bei Arbeitern anscheinend erheblich häufiger zu finden als bei Angestellten. Die Quote der Berentungen hat bei den Frauen noch stärker zugenommen. Auch hier werden bevorzugt Erkrankungen von Herz und Kreislauf als Diagnose angegeben. Es fällt darüber hinaus bei Frauen der zwei- bis dreimal höhere Anteil der funktionellen Kreislaufstörungen gegenüber Männern auf und besonders die unverhältnismäßig große Rate der Hypertonie, die anscheinend bei Arbeiterinnen dreizehnmal häufiger auftritt als bei männlichen Angestellten gleichen Alters (DONAT, 1967).

Auch wenn diese Unterschiede zu kritischer Skepsis bezüglich einer einheitlichen Begriffsfassung und Diagnostik der Blutdrucksteigerung herausfordern, so bleibt doch die auffällige Häufung von Befunden bestehen, die zumindest als Vorläufer von Hochdruck- und Gefäßkrankheiten gelten dürfen.

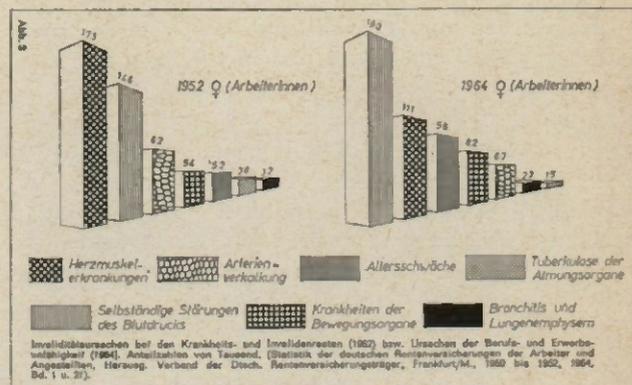


Abbildung 5



## Wenn P. mit dem grossen P. kommt -

Wenn P. (Ihr Patient) mit dem grossen P. kommt —  
Gereiztheit, Unruhe, Gespanntsein, Nervosität, Schlafstörungen,  
die gesundheitsgefährdenden Probleme unserer Zeit —  
dann ist Vitanerton indiziert. Denn Vitanerton ist die wohldosierte,  
treffende Waffe gegen das grosse P.  
Weil es schießt, ohne zu zerstören, weil es das grosse P.  
auf unproblematische Art besiegt.



**Vitanerton**<sup>®</sup> für Ihren Problem-Patienten

50 Kerne · 100 ml flüssig

Spart Psychopharmaka ein

„Was steckt nun hinter diesen Zahlen, hinter den ärztlichen Diagnosen, die nicht deutlich genug ausdrücken, um was es sich eigentlich im Einzelfall handelt? Wir wissen heute wirklich noch nicht, welcher Anteil der Neuzugänge tatsächlich auf die jahrelange Belastung oder sogar Überbelastung durch das Arbeitsleben zurückzuführen ist, und welcher Anteil auf das Konto der sogenannten Zivilisationskrankheiten oder — um mit Professor Jores in Hamburg zu sprechen — einfach auf ‚das falsche Leben‘ gebucht werden muß. Das weist noch keine Statistik nach, weil die ärztlichen Diagnosen es nicht ausdrücken“ (JUSATZ, 1963). Diese hochaktuellen Fragen sind nur durch großangelegte epidemiologische und medizinsoziologische Untersuchungen zu klären, die durch internationale Planungskonferenzen vorbereitet werden sollten.

Wie ist nun die spezielle soziokardiologische Situation im Bereich der Landesversicherungsanstalt Oberbayern? Über die Entwicklung der Krankheitsrenten bei Herzkranken im Vergleich zu den bewilligten Gesundheitsmaßnahmen in den vergangenen Jahren gibt die Abb. 6

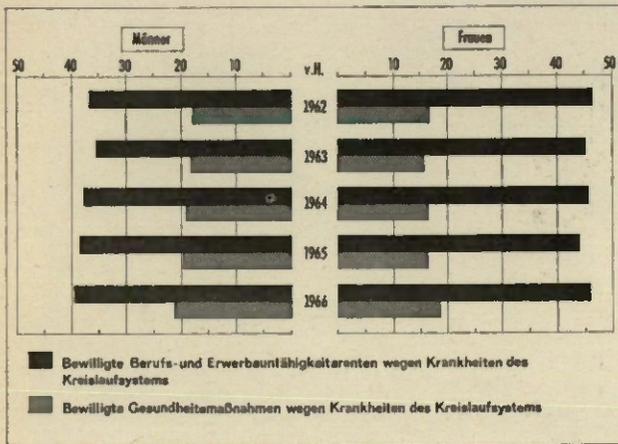


Abbildung 6

anschaulich Auskunft. Sie stellt das Verhältnis der bewilligten Heilmaßnahmen (schraffiert) zu den Neuzugängen an Frühinvalidität wegen Herz-Kreislauf-erkrankungen dar. Die Vergleiche der Jahreszahlen von 1964 bis 1966 ergeben, daß die bewilligten Heilmaßnahmen unwesentlich zunehmen (bei Männern von 17% aller bewilligten Gesundheitsmaßnahmen bis auf 22%, bei den Frauen von 16% auf 18%), während die Früh- bzw. Krankenrentenneuzugänge wegen Herz- und Kreislauf-erkrankungen bei den Männern um 40%, bei den Frauen um 45% schwanken. Aus dieser Aufstellung geht hervor, daß die Zuwachsrate an Krankenrenten durch Herz-Kreislauf-erkrankungen bei Frauen größer als bei Männern ist, hingegen wesentlich weniger Gesundheitsmaßnahmen erfolgen. Dieses Mißverhältnis ist von gesundheitspolitischen Gesichtspunkten aus nicht gerechtfertigt. Es wäre zu klären, weshalb bei Frauen weniger Heilverfahren durchgeführt werden, als nach den Statistiken wünschenswert wäre.

Aus der Darstellung der absoluten Zahlen geht hervor, daß sowohl bei den Männern wie bei den Frauen die Rentenanzugänge im Bereich der Herz-Kreislauf-erkrankungen in den vergangenen drei Jahren eine abnehmende Tendenz zeigen, während die bewilligten Gesundheitsmaßnahmen sowohl bei den Männern wie bei

den Frauen zugenommen haben. Es ist ein ursächlicher Zusammenhang in der Entwicklung zum mindesten nicht auszuschließen (Abb. 7).

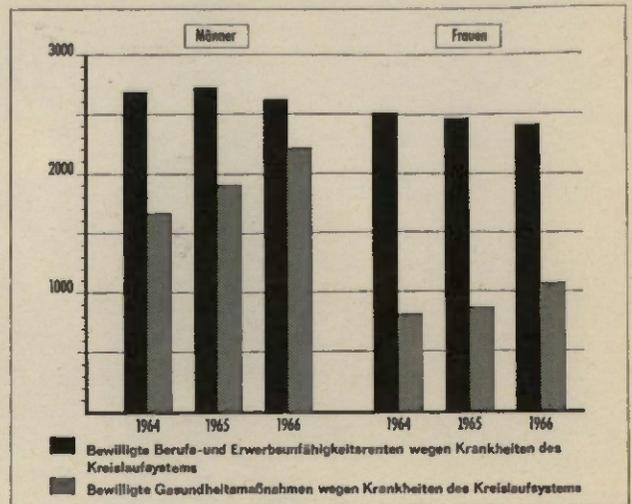


Abbildung 7

Aufgrund des Verwaltungsberichtes 1966 der LVA Oberbayern wurden 1966 für Krankheiten des Kreislaufsystems für Männer 2211 und für Frauen 1066 (im ganzen 3277) „Gesundheitsmaßnahmen“ bewilligt. Im Vergleich zum Jahre 1965 ergibt sich eine Zunahme von 496 Bewilligungen (295 Männer, 201 Frauen), also um fast 20%.

In der Altersgliederung betreffen die Krankheiten des Kreislaufsystems bezüglich der bewilligten Gesundheitsmaßnahmen zu über 50% Menschen in den Altersgruppen zwischen 50 und 59 Jahren.

Eine Aufstellung über die Berufs- und Erwerbsunfähigkeit durch Herzerkrankungen 1966 (Abb. 8) in der Bundesrepublik Deutschland erlaubt folgende Aussagen:

Bei den Angestellten — sowohl bei den männlichen als auch bei den weiblichen Angestellten — ist der Herzinfarkt etwa dreimal so häufig die Ursache einer Berufs- und Erwerbsunfähigkeit wie bei den Arbeitern. In der Bundesrepublik liegen also die Verhältnisse (noch?) anders als sie von Lawrence Hinkle-Ithaca N. Y. nach Untersuchungen am Personal des größten Fernmelde- und Elektronik-Konzerns der USA, der

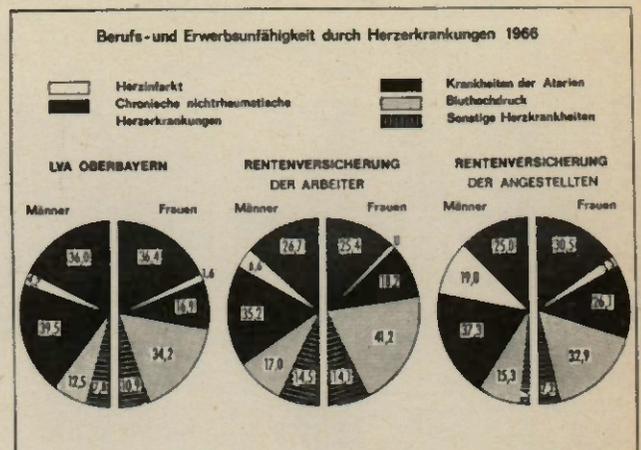


Abbildung 8

American Telephone and Telegraph Co. — „Bell-System“ berichtet worden ist. Dort lagen die Arbeiter an der Spitze, vor den Vorarbeitern, den Abteilungsleitern und leitenden Angestellten.

Wie den versicherten Herzkranken durch Hellmaßnahmen entsprechend dem § 1236 der Reichversicherungsordnung am besten geholfen und eine Frühinvalidisierung möglichst verhindert werden kann, diese Frage ist sozusagen der „rote Faden“, der durch alle folgenden Erörterungen sichtbar bleiben sollte.

## 2. Präventive Kardiologie als angewandte Epidemiologie der sogenannten Risikofaktoren

Von den drei Hauptgruppen von Herzerkrankungen, den angeborenen, den rheumatischen und den ischämischen Herzerkrankungen, soll die erste Gruppe hier ausgeklammert werden, da sie zahlenmäßig nicht so ins Gewicht fällt wie die beiden anderen Gruppen und ihre Prävention besondere Probleme stellt.

Der gegenwärtige Stand unseres Wissens um Ätiologie, Prognose, Vorbeugungs- und Therapiemöglichkeiten bei rheumatischen und ischämischen Herzerkrankungen kann in 3 Thesen zusammengefaßt werden:

### These Nr. 1

Bei den häufigsten chronischen Herz-Kreislaufkrankheiten, sowohl bei den rheumatischen als auch bei den degenerativen, ist nur eine Frühstadienbehandlung, eine Prävention (ein „Zuvorkommen“) der Weiterentwicklung einerseits, und eine Rehabilitation, d. h. eine Kompensation irreparabler Folgezustände durch noch vorhandene Funktionsmöglichkeiten des Organismus andererseits ergiebig und sinnvoll.

(Es gehören in diesem Sinne Prävention und Rehabilitation, Vorbeugung und Wiederherstellung auch begrifflich zusammen.)

Als **primäre Prävention** bezeichnet man nach Stamler die Vorbeugung einer Krankheit, bevor sie sich überhaupt entwickelt oder zumindest, bevor sie subjektive und objektive Symptome hervorruft.

Als **sekundäre Prävention** bezeichnet man die Vorbeugung oder Verhinderung des Fortschreitens und der akuten Rückfälle von chronischen Krankheiten, die schon klinisch manifest geworden sind.

Als **Rehabilitation** bezeichnet man alle Maßnahmen, die ein Optimum des körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens eines gesundheitlich Behinderten intendieren (GERCKE, 1968). „Eine befriedigende Rehabilitation umfaßt alle medizinischen und sozialen Maßnahmen zur Wiedereingliederung eines Erkrankten oder Beschädigten in das tätige Leben. Sie ist eine nachsorgende Behandlung mit sozialer Zielsetzung, der gerade in der inneren Medizin und insbesondere im Gebiet der Herz-Kreislaufkrankungen zunehmend Aufgaben zuwachsen (DELIUS, BADER, 1965).“

Die Frühstadienerkennung der chronischen Herzerkrankungen, die **vorsymptomatische Diagnostik**, ist eine weitere Hauptaufgabe der modernen präventiven Kardiologie. Von ihr wird noch die Rede sein müssen.

### These Nr. 2

Bei den ischämischen (koronaren) Herzerkrankungen, welche ja nach dem heutigen Stand unseres Wissens eine plurikausale (multifaktorielle) Genese haben, muß dem breiten Ursachenspektrum krankmachender Lebensbedingungen (den sog. Risikofaktoren) ein ebenso breites Spektrum von vorbeugenden Maßnahmen entsprechen, wobei die medikamentösen Möglichkeiten heute noch eine relativ geringe Rolle spielen.

#### Risikofaktoren = krankmachende Lebensbedingungen bei Arteriosklerose und Herzinfarkt

1. Hypertonie (erhöhter Blutdruck)
2. Übergewicht
3. Hyperlipämie (erhöhter Blutfettspiegel)
4. Diabetische Stoffwechsellage (versteckte Zuckerkrankheit)
5. Zigarettenrauchen
6. Bewegungsmangel
7. Persönlichkeitsstruktur und Umweltschäden
8. Infekte
9. erbliche Belastung

Präventive Kardiologie ist in diesem Sinne angewandte Epidemiologie, wobei ja die „Einkreisung“ des Herzinfarktes durch Beherrschung seiner Risikofaktoren ihr Hauptanliegen sein muß (HEYDEN, 1967).

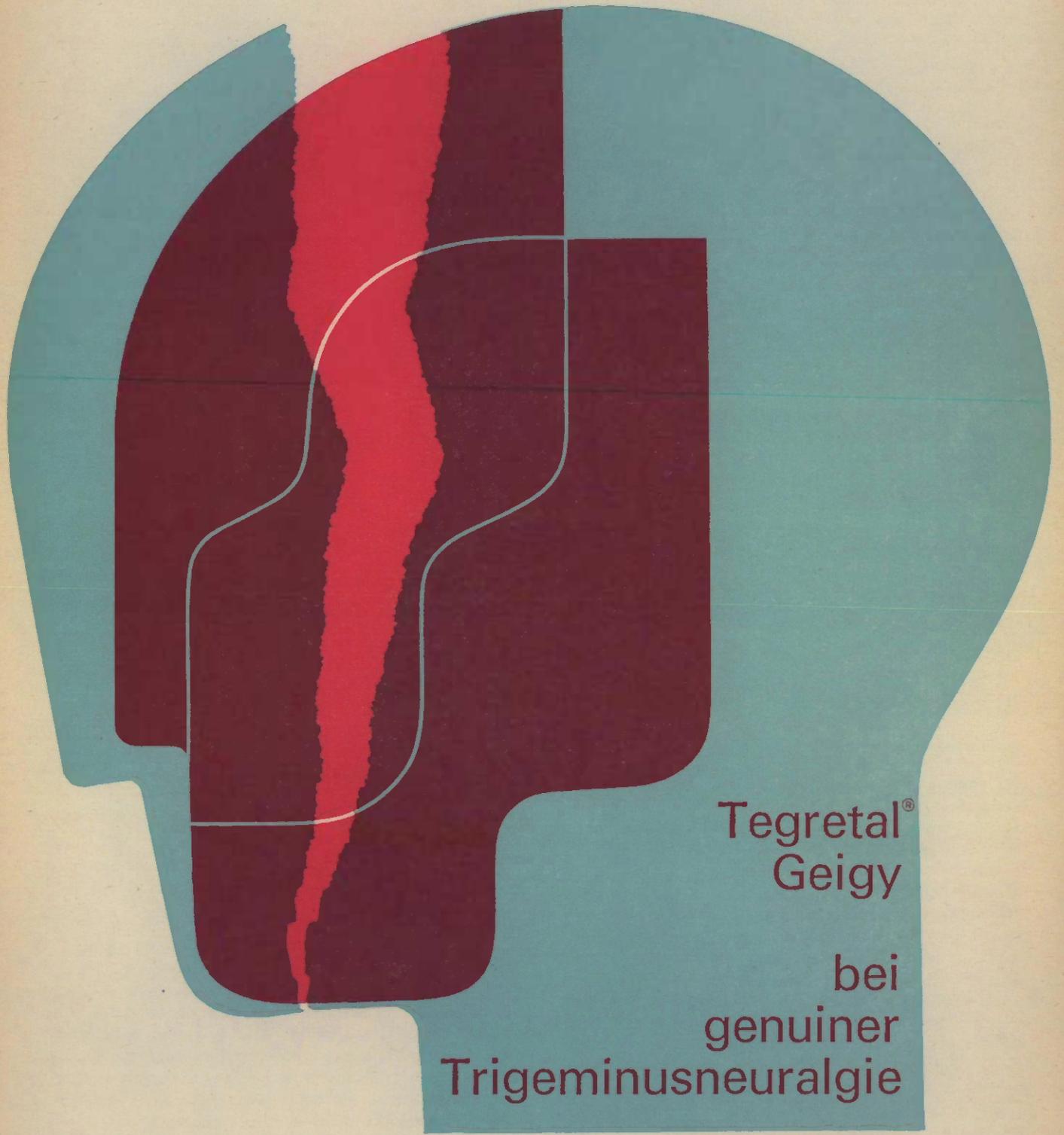
Die Reihung der Risikofaktoren ist hier durch die therapeutische Zusammengehörigkeit und Beeinflussbarkeit und nicht durch die individuell jeweils verschiedene prognostische Bedeutung bestimmt.

Wie kann man die Erkenntnisse von den Risikofaktoren, also anerkannte Ergebnisse der Epidemiologie der koronaren Herzkrankheit, in konkrete Hilfe zur Erst- und Zweit-Prävention bei einer möglichst großen Anzahl von Gefährdeten transformieren? Diese Frage, die jeden Arzt mit therapeutischem Imperativ bedrängt, scheint mir das aktuellste Problem der präventiven Kardiologie in unserer Zeit.

Der Versuch einer Antwort soll in einer These zusammengefaßt werden:

### These Nr. 3

Vor- und Nachsorgekliniken mit entsprechenden Möglichkeiten zur Integration von: Diätetik (gegen Übergewichtigkeit, Hyperlipämie, Diabetes und Nikotinabusus), Bewegungstherapie und Physiotherapie (gegen das „Faulenzer-Herz“), medikamentösen Langzeittherapieplänen (gegen Hypertonie), Psychotherapie und Erziehung zur aktiven Gesundheitspflege scheinen bei guter Kooperation mit den einweisenden und nachbehandelnden Ärzten am ehesten in der Lage, die praktischen Konsequenzen aus den Erkenntnissen über die Risikofaktoren für eine möglichst große Anzahl von Menschen zu realisieren.



Tegretal®  
Geigy

bei  
genuiner  
Trigeminusneuralgie

J.R. Geigy A.G., Basel  
Pharma-Herstellung und Vertrieb  
für Deutschland:  
Dr. Karl Thomae GmbH  
795 Biberach an der Riss

Diese These Nr. 3 ist allerdings — zum Unterschied von den beiden erstgenannten Thesen, die gesicherte wissenschaftliche Aussagen darstellen — noch eine echte Arbeitshypothese, die durch aufwendige Untersuchungsmethoden an entsprechenden Modellanstalten geprüft werden muß.

Sozialmedizinisch befriedigende Ergebnisse sind hierbei nur durch vergleichende Prospektivstudien und langfristige Kurverlaufsbeobachtungen mit Kontrollgruppen im Zusammenwirken von Arbeitsphysiologen, Epidemiologen, Humanökologen, Medizinsoziologen, Psychologen und Klinikern zu erwarten, wobei das Untersucher- und Behandlererteam nicht identisch sein darf. Da sowohl bei den in Mittel- und Osteuropa traditionellen „Kuren“, als auch bei den „Gesundheits-Clubs“ in den USA immer mehrere Risikofaktoren gleichzeitig beeinflusst werden, ist zu bedenken, daß es kaum je wissenschaftlich einwandfrei gelingen kann, Einzelmaßnahmen zur Prävention zu erfassen, sondern immer „Akkord“-Wirkungen.

### 3. Die zur Beherrschung der Herzinfarkt-Risikofaktoren zuständigen medizinischen Fachbereiche

Gerade im Bereich der degenerativen Herz- und Gefäßkrankheiten hat die präventive Kardiologie Methoden und Ergebnisse zahlreicher, zum Teil weit auseinanderliegender Wissenschaftsbereiche zu berücksichtigen und zu koordinieren, und zwar sowohl in der ambulanten poliklinischen Überwachung als auch während einer stationären Behandlung, z. B. einer „klinischen Kur“ (KLEPZIG, 1960).

- a) Diätetik: für Übergewicht, Hochdruck, erhöhten Blutfettspiegel, Diabetes, Raucherentwöhnung
- b) Bewegungstherapie: für körperliche Inaktivität, Hochdruckkrankheit, Diabetes, psychosozialen Stress, Übergewicht
- c) Psychotherapie (z. B. autogenes Training): für Hochdruckkrankheit und psychosoziale Stressfolgen
- d) Physikalische Bäder- und Klimatherapie: für alle vegetativen Störungen als bewährte Basisbehandlung
- e) Medikamentöse Langzeittherapie: für Hochdruckkrankheit, Diabetes und erhöhten Blutfettspiegel
- f) Frühdiagnostik: für hereditäre Belastung, latenten Diabetes, Hochdruckkrankheit, Trainingsmangel
- g) Gesundheitserziehung: für die Dauerkontrolle aller Risikofaktoren

#### a) Diätetik

Nachdem beim internationalen Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer im März 1967, der unter dem Slogan „Die Todsünden der Menschen von heute“ stand, von anerkannten Ernährungswissenschaftlern Vortragstitel wie „Die Volksseuche Fettsucht“, „Der Selbstmord mit Messer und Gabel“ usw. auf dem Programm waren, braucht hier wohl nicht mehr betont zu werden, welche Bedeutung der richtigen Ernährungsberatung während einer klinischen Kur zukommt.

Die bisherigen Erfahrungen an der Klinik Höhenried — vor allem mit der Reduktionskost bei Übergewichtigen

— lassen die Diätetik im Gesamttherapieplan mindestens so wichtig werden wie die Bewegungstherapie. Die Mitarbeit der Küchenleitung und der Diätassistentinnen, die bei der Aufklärung der Patienten in Kurzvorträgen oder im persönlichen Gespräch — auch mit den Angehörigen des Patienten — eine besondere Verantwortung haben, scheint mir für Anstalten und Kliniken unserer Art heute unerlässlich zu sein.

Die wissenschaftliche Forschung auf dem Gebiet der Arteriosklerose und ihrer Zusammenhänge mit der Ernährung ist zwar noch im Fluß, aber allgemein anerkannt ist heute der Wert der kalorienarmen, relativ fett- und kohlehydratarmen, aber eiweißreichen Ernährung. Die Beziehungen zwischen verminderter Lebenserwartung und erheblicher Übergewichtigkeit sind bekannt.

Nach der Framingham-Studie wird zwar lediglich Angina pectoris bei Übergewichtigkeit häufiger. Zusammen mit Hypertonie oder Diabetes mellitus wird Adipositas jedoch zum Risikofaktor auch für Infarkte. Daneben steigt nach bereits eingetretenem Herzinfarkt die Letalität bei diesen Patienten um nahezu 50% (EGGERS et al., 1962). Übergewichtige haben häufig erhöhte Serumlipide, wodurch sie auch indirekt in eine risikobelastete Gruppe geraten (HARTMANN, 1967).

Die Wirkung einer Cholesterin-Blutspiegel-senkenden Diät auf die Re-Infarkt-mortalität ist in Norwegen durch 5 Jahre hindurch bei einer Gruppe von 206 männlichen Infarkt-kranken Patienten studiert und die Ergebnisse mit jener anderen Gruppe von 208 Patienten verglichen worden, die ihre gewohnte Lebensweise fortsetzten.

Die Cholesterin-senkende Diät verminderte die Gesamtzahl der Re-Infarkte, besonders bei Patienten unter 60 Jahren (LEREN, 1966).

Der Anti-Coronary-Club in New York hat rund 1000 Mitglieder, die sich im infarktgefährdeten Alter zwischen 40 und 59 Jahren befinden und mit mehr Risikofaktoren für einen Infarkt belastet sind als die Durchschnittsbevölkerung. (Sie sind eher übergewichtig, haben höheren Blutdruck und einen höheren Cholesterin-Blutspiegel. Nur 18,7% der untersuchten Klubmitglieder wiesen zu Versuchsbeginn keinen der drei Risikofaktoren — Fettsucht, Hochdruck und Hypercholesterinämie — auf.) Eine Kontrollgruppe dagegen hatte annähernd doppelt so viele (34% der Mitglieder), die frei von allen Risikofaktoren waren. Trotz des erhöhten Risikos blieben die Kostgänger der Vorsichtsdiät vom Anti-Herzinfarkt-Klub in der Folge eher vom Herzinfarkt verschont als die Kontrollgruppen gleichen Alters. Deren Infarkthäufigkeit lag ungefähr drei- bis viermal so hoch wie jene der Klubmitglieder, die sich einer diätetischen Disziplin unterworfen hatten. Natürlich haben diese Klubmitglieder nicht nur Diät eingehalten, sondern waren auch sonst mehr herzverantwortungsbewußt, d. h., sie hatten ein disziplinierteres Leben geführt. Es handelt sich hauptsächlich um Juden in New York. Ein Vergleich der Untersuchungsergebnisse an Mitgliedern des Anti-Herzinfarkt-Klubs mit denen an der Bevölkerung von Framingham, die keine Diät hielt, ergibt, daß gesundheitserzieherische Maßnahmen, vor allem in diätetischer Hinsicht, sinn-

voll sind. Wir müssen aber auch einsehen, daß ein wesentlich intensiverer Einsatz von andragogischen, ja sogar werbepsychologischen Hilfen in der Diätetik notwendig ist, als es bisher üblich war. Ohne den Einsatz der Sozialforschung werden wir dabei nicht zum Ziel kommen (SCHMIEDTCHEN, 1967).

#### Erfolg der Infarktprophylaxe nach Joliffe

Anzahl abnormer Risikofaktoren	Infarktmorbidität in 5 Jahren pro 1000 Untersuchte	
	ohne Diät (Framingham)	mit Diät (New York)
0	3	4
1	20	5
2	36	2

(zitiert nach HARTMANN, 1967)

Allgemein anerkannt ist heute der Wert der Nikotinabstinenz. Die WHO-Konferenz 1965 in Bukarest, ebenso wie eine Konferenz von Experten in Kopenhagen 1965, haben ausdrücklich festgestellt, daß die epidemiologischen Untersuchungen, was das Zigarettenrauchen angeht, überzeugend sind und keine neuen Untersuchungen notwendig erscheinen (Working group on studies on the prevention of ischemic Heart Disease Copenhagen — Regional Office for Europe WHO 1965). Rauchen kann eine auslösende Ursache des akuten Herzinfarkts sein.

„Starke Zigarettenraucher haben dreimal so häufig einen Myokardinfarkt wie Pfeifen- und Zigarrenraucher und Zigarettenraucher, die das Rauchen aufgegeben haben. Zigarettenrauchen ist augenscheinlich aber nicht in Beziehung zu bringen mit der Angina pectoris. Frühere Raucher, die das Rauchen aufgegeben haben, haben eine Infarkt-Morbidität und Mortalität, die derjenigen von Nichtrauchern gleich ist. Der Mechanismus, durch den das starke Zigarettenrauchen die Todesrate erhöht, ist ungeklärt (DOYLE et al., 1962).“

Klee erwähnt 3 Paare eineiiger Zwillinge, von denen jeweils nur der stark rauchende Zwilling Bruder einen Vorderwandinfarkt hatte (KLEE, 1962).

Dawber vergleicht aufgrund der Ergebnisse der Framingham-Studie das Rauchen einer Zigarette mit einer Injektion einer Ampulle Adrenalin subkutan (DAWBER, persönliche Mitteilung, 1964).

Bei 10 langjährigen Rauchern im Alter von 25 bis 35 Jahren, mit einem täglichen Konsum von mehr als 20 Zigaretten, wurde die Herz-Lungen-Funktion in Ruhe und unter Fahrradergometerbelastung vor Einstellen des Rauchens sowie nach drei- und sechswöchiger Abstinenz untersucht. Nach dreiwöchigem Nichtrauchen waren die pulmonale Diffusionskapazität und die Expirationsgeschwindigkeit angestiegen, die Herzfrequenz und die Sauerstoffschuld nach Belastung vermindert. Nach 6 Wochen Abstinenz erschien die Lungenfunktion noch weiter normalisiert.

Diese Ergebnisse zeigen, daß Störungen bei jugendlichen Rauchern nach Einstellen des Rauchens in kurzer Frist schon reversibel sind (KRUMHOLZ et al., 1965).

Immer wieder wird an uns Ärzte die Frage gestellt, ob es außer dem eigenen Willen wirksame Nikotinentwöhnungsmittel gäbe. Ich darf hier deshalb die Antwort

von Herrn Prof. Kuschinsky vom pharmakologischen Institut der Universität Mainz auf eine Leserfrage in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift 1966 zitieren: „Immer wieder werden Mittel zur Entwöhnung vom Tabakrauchen empfohlen. Alle diese Verfahren sind im günstigsten Fall als psychologisch wirksames Hilfsmittel aufzufassen. Das Bedürfnis nach oralen Kontakten wird häufig durch Lutschen von Zuckerwaren oder Kauen von Kaugummi befriedigt. Mitunter werden auch sehr verdünnte Lösungen von Mineralsalzen, z. B. Kupfersulfat, zur Mundspülung empfohlen, weil danach das Rauchen kein Vergnügen mehr bereitet. In den letzten Jahren wurde immer wieder das chemisch und pharmakologisch dem Nikotin ähnliche Lobelin als Entwöhnungsmittel empfohlen. Dabei soll ein gewisser Ersatzeffekt zustande kommen. In doppelten Blindversuchen hat sich aber gezeigt, daß Lobelin nicht besser wirksam ist als Placebo (KUSCHINSKY, 1966).“

Bei der „Raucherentwöhnung“ handelt es sich sowohl um einen wichtigen Bereich der Diätetik als auch um ein psychotherapeutisches, ja psychiatrisches Problem — wie bei jeder Suchtbehandlung. Auch diese praktisch eminent wichtige und schwierige Aufgabe der Gesundheitserziehung ist meines Erachtens am ehesten im Rahmen einer klinischen Kur, d. h. außerhalb des häuslichen Milieus und auch außerhalb des Akutkrankenhauses in den Griff zu bekommen. Am besten in Zusammenarbeit mit einer „Raucherpoliklinik“ am Heimatort.

Wer sich auch nur einigermaßen sachlich mit der Problematik und der epidemiologischen Bedeutung des Zigarettenrauchens für die Herz- und Gefäßerkrankungen beschäftigt, wird verstehen, warum wir an der Klinik Höhenried ohne jeden ideologisch gefärbten Fanatismus durch „Nichtraucherabteile“ innerhalb der Klinik, durch einschlägige Diskussionen und durch Filmvorführungen zum Thema — der Film des Deutschen Gesundheitsmuseums „Der Tod gibt eine Party“ ist eine gute Hilfe — unvermeidliche Konsequenzen ziehen. Ganz bewußt habe ich den Bereich der Diätetik, der Probleme der Ernährung und Genußmittel, an den Anfang der Erörterungen gerückt.

Hier scheint mir eine Hauptaufgabe von Anstalten unserer Art zu liegen. Wir sind mit den bisherigen Erfolgen der Gewichtsreduktion zufrieden und versprechen gerne unseren tapferen „Schwergewichtlern“, die 10 bis 20 Pfund in 4 Wochen abgenommen haben, daß wir eine Kurwiederholung in einem Jahr befürworten, wenn sie ihr reduziertes Gewicht bis dahin halten.

#### b) Die Bewegungstherapie

Warum soll die Übungsbehandlung in besonderer Weise den Stil der Klinik Höhenried prägen?

Die Bedeutung des Bewegungsmangels in Beziehung zur Entwicklung ischämischer Herzerkrankungen, ebenso wie die Möglichkeiten der Bewegungstherapie für Prophylaxe und Rehabilitation, sind in den vergangenen Jahren lebhaft diskutiert worden. Die bisherigen Untersuchungsergebnisse mit epidemiologischen Methoden scheinen aus methodischen Gründen nicht überzeugend, weshalb ein Expertenkomitee der Weltgesundheitsorganisation 1965 in Kopenhagen den Bewegungsmangel nur unter die potentiell bedeutungsvollen Risiko-

faktoren des Herzinfarkts gerechnet hat. In der Zwischenzeit sind aber sowohl beim VI. Weltkongreß für Sportmedizin 1966 in Hannover, als auch bei einem 1966 gemeinsam von der UNESCO (Research Committee, International Council of Sport and Physical Education) und der Medizinischen Fakultät der Universität Tel Aviv veranstalteten Internationalen Symposium über „Körperliche Aktivität und Alter“ neue experimentelle und klinische Ergebnisse zum Thema mitgeteilt worden, die mir überzeugend erscheinen.

An erster Stelle sei hier eine klinisch-experimentelle Untersuchung der hämodynamischen Trainingswirkungen bei Koronarpatienten erwähnt, die BERGMAN und VARNAUSKAS (1966) an der Medizinischen Universitätsklinik in Göteborg, Schweden, durchgeführt haben: „Es wurden acht Koronarkranke mittleren Alters in Ruhe und bei Belastung vor und nach einem Monat bzw. sechs Monaten Training mit einem Fahrradergometer untersucht (bei vier der Patienten war auch ein Koronarangiogramm durchgeführt worden, das eine Stenose oder den Verschluß von einem oder mehreren größeren Koronargefäßstäben zeigte). Alle Patienten waren nach dem Training klinisch gebessert und zeigten eine erhöhte Belastungstoleranz im Hinblick auf die Angina pectoris und die Dyspnoe. Der auffälligste Effekt war aber eine Abnahme des Blutdrucks, des Herzminutenvolumens sowie des Milchsäurespiegels im Koronarsinusblut nach Belastung.“

KIRCHHOFF et al. (1965) konnte zeigen, daß bei 26 Patienten, die im Sauerstoffmangel bzw. beim Belastungsversuch in der Unterdruckkammer den pathologischen Befund einer ST-Senkung im EKG vom ischämischen Typ (deszendierend bzw. horizontal verlaufend) aufwiesen, nach einer Terrainkur in allen Beobachtungen eine Normalisierung des EKG-Befundes erreicht wurde.

FRANK et al. (1966) hat in New York beobachtet, daß Patienten mit frischem Herzinfarkt, die unmittelbar vor dem Infarkteintritt als körperlich sehr aktiv gelten konnten, innerhalb der ersten vier Wochen nur in 17% tödliche Komplikationen hatten, während Patienten, die körperlich nicht aktiv waren, in derselben Zeit in etwa 49% Komplikationen erlagen.

Nach TAYLOR (1962) hat ein Sportler eine etwa dreimal so große Chance den ersten Herzinfarkt zu überleben als der körperlich inaktive.

Diese Beobachtungen bestätigen klinische Eindrücke und Erfahrungen, die uns seit Jahren in Innsbruck, der „Stadt der Bergsteiger“, geläufig sind.

Hier muß auch auf die augenscheinlich guten Rehabilitationsergebnisse bei Koronarkranken hingewiesen werden, die von verschiedenen Arbeitsgruppen in Israel erzielt wurden (BRUNNER, 1966; GOTTHEINER, 1963; KELLERMANN, 1966).

Schließlich seien in diesem Zusammenhang auch noch Beobachtungen des Freiburger Arbeitskreises erwähnt, die dafür sprechen, daß in der Rehabilitationsphase bei Kranken mit abgeheiltem Herzinfarkt eine zusätzliche Glykosidtherapie einer ausschließlichen Bewegungstherapie überlegen sei (KÖNIG, REINDELL und GOLDSCHMID, 1966).

Ich habe hier nur eine subjektive Auswahl von Beobachtungen und Arbeiten aus der jüngeren Zeit gebracht, die mir wichtige Argumente für die Bedeutung

der Bewegungstherapie in der präventiven Kardiologie zu bringen scheinen. Für ein eingehenderes Studium sei auf folgende einschlägige Veröffentlichungen hingewiesen: HOLLMANN, 1965; JOKL, 1964; KIRCHHOFF und BECKMANN, 1965; KRAUS und RAAB, 1963; MEL-LEROWICZ, 1961; ROSKAMM, REINDELL und KÖNIG, 1966.

Zusammenfassend kann man feststellen, daß die Bewegungstherapie („Heil-Sport, Terrainkur usw.“) beim Koronarkranken aus zwei Gründen wichtig ist:

1. Wegen der unmittelbaren Trainingswirkung (Ökonomisierung des Kreislaufs durch vegetative Gesamtumstimmung — das Herz kann ein bestimmtes Minutenvolumen mit niedriger Pulsfrequenz leisten —, Vergrößerung des Kollateralnetzes und Zunahme des Kapillarnetzes, was den Komplikationen einer Koronarsklerose entgegenwirkt);

2. wegen der mittelbaren Effekte in erzieherischer und psychotherapeutischer Hinsicht (Erhöhung des Selbstvertrauens und der Lebensfreude, Erleichterung der Diät und Raucherentwöhnung, „ein neues Urlaubsgefühl“). In diesem Sinne ist ein „internistischer Versehrtensport“ Klammer und Hilfe für viele andere therapeutische Maßnahmen, sei es ambulant, sei es im Rahmen einer klinischen Kur. Er erleichtert z. B. die Einstellung des Hypertonikers auf seine medikamentöse Dauertherapie, wie wir an zahlreichen Beispielen erlebt haben.

Der genius loci von Höhenried bietet sich zur Bekämpfung des „Faulenzerherzens“ besonders an:

1. geographisch durch die landschaftlichen Gegebenheiten (See, Wald, Sportwiesen, Wandermöglichkeiten, die Nähe der Alpen für das Skiwandern usw.)
2. „medizinisch“ durch die Tradition einer Erholungslandschaft in der Nachbarschaft von Ohlstadt, Buching, Wörishofen

Herr Medizinalklinikdirektor Dr. H. Milz, stellvertretender Chefarzt und Leiter der Abteilung für Bewegungstherapie und physikalische Therapie, der jahrelang Oberarzt bei Herrn Kollegen Beckmann war und von 1964 an die Vorsorgekuren im Schloß Höhenried geleitet hat, setzt hier, unterstützt von Dr. Grünwald eine Tradition fort. Es ist unser Bestreben, in freundschaftlicher Verbundenheit mit den Kollegen P. Beckmann und H. Kirchhoff diese Tradition auch in der Rehabilitation von Koronarkranken und Herzoperierten einzusetzen und neuen Erfahrungen anzupassen.

### e) Die Psychotherapie

Einleitend sei darauf hingewiesen, daß der 7. Internationale Kongreß für Psychotherapie 1967 in Wiesbaden unter dem Leitthema stand: Psychotherapie — Prävention und Rehabilitation. So aktuell sind unsere Probleme auch in diesem Teilbereich.

Die Urform der Psychotherapie, nämlich das ärztliche Gespräch, darf während der mehrwöchigen klinischen Kuren („endlich will sich ein Doktor Zeit für mich nehmen“) gerade heute nicht verkümmern. Bei kritischer Betrachtung der Situation in unseren Kurorten und Kuranstalten scheinen aber Gefahren für diese „geduldige und verlässliche Zuwendung“ — wie beim Internistenkongreß 1967 die Aufgabe der Psychotherapie

allgemein definiert worden ist — gegeben. Zusätzlich kann vor allem die Gruppentherapie, etwa in Form des autogenen Trainings nach J. H. SCHULTZ, wie es bei uns täglich vor dem Abendessen für eine ausgewählte Gruppe von Patienten von Frau Kollegin M. Lepper durchgeführt wird, eine wesentliche Hilfe bieten. Aber auch die Übungen der Bewegungstherapie sind z. T. im Sinne von P. Beckmann als „Psychotherapie der Überregung“ wirksam. Sie erscheinen heute als Ausgleich von psychosozialen Stress-Situationen gerade auch beim (Schicht-)Arbeiter aktuell.

Wie immer man zu den Theorien der psychosomatischen Schulen eingestellt sein mag, ob man z. B. die These von Jores, daß nicht oder falsch gelebtes Leben krank mache (z. B. „durch Behinderung der Entfaltung“), bejaht oder verneint, auch Skeptiker werden in einer Erfahrung übereinstimmen: ein „Ausspannen“ (in einem neuen Milieu), eine seelsorgerische „Einkehr“ (mit entsprechender Bibliothherapie), eine „Umprogrammierung“ (wie Jores das Ziel der Psychotherapie in der Sprache des Computer-Zeitalters bezeichnet hat), wird in einer echten Erholungslandschaft auch heute wesentlich erleichtert. Das entspricht auch der jahrhundertealten Erfahrung der Kurorte.

#### d) Die physikalische Therapie

Hydrotherapie und Balneotherapie — z. B. die Kneipp-schen Anwendungen, die man als „Mikrometerschraube“ der Reizdosierung in der physikalischen Therapie bezeichnet hat — dürfen als altbewährte Basis der Prävention und Rehabilitation bei Herz- und Gefäßkranken gelten.

„Die traditionelle Kombination der kurörtlichen Bäderbehandlung mit übender Bewegungstherapie ist auch nach neuen Anschauungen physiologisch fundiert und die Balneotherapie keine Konzession an magische Bedürfnisse, sondern rationell begründet (OTT, 1960).“

Der richtige Einsatz der Bäderabteilung, der Sauna und des Schwimmbades spielt deshalb im Rahmen einer klinischen Kur eine wichtige Rolle, sofern allerdings die Eigenaktivität des Patienten gefördert und nicht durch passive „magische“ Ersatzbehandlungen (das CO<sub>2</sub>-Bad am Morgen als einzige Opfergeste an den Kur-Geist) eingelullt wird.

Die Bäderabteilung der Klinik Höhenried wird von Dr. Hans-Georg Strebels und Bademeister Johann Bachmann betreut.

#### e) Medikamentöse Langzeittherapie

Während wir im Bereich der rheumatischen Herzleiden über eine wirksame Form medikamentöser Dauerprophylaxe durch regelmäßige Antibiotika-Gaben verfügen, ist bei den arteriosklerotischen Erkrankungen heute eine befriedigende spezifische medikamentöse Prävention noch nicht generell möglich (HALHUBER, 1968 a). Hingegen sind wir heute pharmakotherapeutisch in der Lage, einige Grundleiden, die als Risikofaktoren für die ischämischen Herzerkrankungen eine Rolle spielen, zu beherrschen — sofern wir erreichen, daß der Patient auf einen individuellen medikamentösen Langzeittherapieplan eingestellt wird. Eine solche „Einstellung“ ist heute nicht nur beim Diabetiker lebenswichtig, sondern genauso auch beim Hochdruckkranken, bei chronischen Herzrhythmusstörungen und auch bei

der chronischen Herzinsuffizienz. Die praktische Durchführung eines solchen individuellen Langzeittherapieplans ist aber wiederum während eines mehrwöchigen Heilverfahrens am leichtesten zu beginnen, wenn der Stationsarzt den Patienten unter standardisierten Lebensbedingungen täglich beobachten kann. Patienten mit Vorhofflimmern, bei denen eine Regularisierung indiziert ist, werden 2—3 Wochen lang auf die Kardioversion vorbereitet (z. B. mit Antikoagulantien) und nach der Elektrokardioversion auf ihre individuelle Dosis mit Chinidin-Duriles o. ä. zur Prophylaxe von Rückfällen noch 2—3 Wochen lang eingestellt.

Auch die Pharmakotherapie muß in den übrigen Therapieplan integriert werden, um optimal wirksam sein zu können.

#### f) Die differenzierte Früh- und Funktionsdiagnostik

Ob es uns behagt oder nicht, die Frühdiagnostik von subklinisch verlaufenden, d. h. nicht durch die unmittelbare Krankenuntersuchung erfassbaren Frühzuständen einer Erkrankung (Presymptomatic diagnosis), wird immer mehr Sache routinemäßiger Labortests. (Denken wir an die Reihenuntersuchungen zur Erfassung der Tuberkulose im Röntgenbild, bevor ein klinischer Befund faßbar wird, denken wir an die Erfassung des latenten Diabetes durch Zuckerbelastungsproben oder den Tolbutamidtest.)

Eine breitangelegte klinische und labormäßige Durchuntersuchung ist relativ leicht während eines Heilverfahrens durchführbar, wenn eine länger dauernde Krankenbeobachtung, ein wiederholtes ärztliches Gespräch (zu dem der Stationsarzt freilich Zeit haben muß) und richtiger Einsatz moderner Technik in der Medizin möglich sind. Dabei kann auch mit Fragebogenmethodik ein „Infarktprofil“ erarbeitet werden, wie es z. B. HEYDEN (1967) in seiner BBC-Studie oder MELLEROWICZ et al. (1967) verwendet haben, oder wie es die WHO vorgeschlagen hat. Erst während eines mehrwöchigen stationären Heilverfahrens, einer klinischen Kur, wird zuweilen eine ambulant nicht erkannte und kaum erkennbare Grundkrankheit mit symptomatischer vegetativer Dystonie, für die die vegetative Labilität nur ein Begleitsyndrom war, diagnostiziert. Deshalb ist eine modern ausgerüstete und eingerichtete Laborabteilung, insbesondere die Abteilung für Kreislauf- und Röntgen-diagnostik, kein Luxus.

Der nachbehandelnde Hausarzt und der Werksarzt haben Anspruch darauf, über den Patienten, der aus einer Kurklinik entlassen wird, einen in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht differenzierten Bericht zu bekommen, der ihnen ausreichende Unterlagen für die Weiterbehandlung in die Hand gibt.

Auch zur richtigen Dosierung einer so differenzierten Therapieform, wie es die Bewegungstherapie darstellt, ist beim Herzkranken eine möglichst exakt messende Verlaufsbeobachtung sowohl praktisch therapeutisch als auch wissenschaftlich besonders wichtig. Dies versucht man heute durch die Ergometrie, die Spiroergometrie und durch die Telemetrie, d. h., drahtlose EKG-Aufnahmen während der Bewegungstherapie zu erreichen.

Über die Einrichtung unserer Abteilung für Kreislaufdiagnostik berichtet der Funktions-Oberarzt OMR Dr. H. Hofmann an anderer Stelle.\*)

Wegen der Zunahme der Stoffwechselstörungen und Hepatopathien auch in unserem Krankengut, wird die entsprechende Spezial-Diagnostik (Laparoskopie usw.) — betreut durch OMR Dr. A. Lepper — auch eine zunehmende Bedeutung erlangen.

#### g) Die Gesundheitserziehung

Auf der Internationalen Sozialmedizinischen Tagung 1965 in Berlin wurde mit Recht die Ansicht vertreten: „Als echte Präventivmaßnahme sollte die Möglichkeit zur Gesundheitserziehung auf psychologisch-pädagogischer Basis während der Kur noch besser genutzt werden — zumal das Informationsbedürfnis des Patienten dem entgegenkommt (SCHMIDT, 1966).“

Der Dauererfolg einer Kur bei chronisch Kreislaufkranken steht und fällt mit deren gesundheitserzieherischem Ergebnis, d. h. mit einer „Lebensreform“ oder einem Fitness-Programm, das zu Hause durchgeführt wird. Während der klinischen Kur muß der Patient jene Lebensweise kennen und anerkennen lernen, welche er dann im Alltag und im Beruf weiterführen soll. Dabei erscheinen uns Gesundheitserziehung und Sport ideale Partner für eine Neigungsehe, sei es in den Altersriegen von Turn- und Sportvereinen, in Betriebssportgemeinschaften, im Kneipp-Bund (in Augsburg ist seit Jahren ein solcher Versuch mit Erfolg realisiert worden) und in Gesundheitsklubs (etwa ähnlich dem Anti-Coronary-Club in New York). Von der Wirksamkeit dieser „Eduktion“ hängt es ab, ob Sozialkuren ihren Zweck voll erreichen, und ob die Investitionen der Sozialversicherungen in den Kuranstalten gerechtfertigt sind.

Aus diesem Grund wird in der Klinik Höhenried dem gesundheitserzieherischen Aspekt der Kur besonderes Augenmerk zugewendet: Kurvorträge von etwa 30 Minuten Dauer mit Diskussionen zu einschlägigen Themen 1—2mal wöchentlich um 18 Uhr, Gruppenunterricht durch die Ernährungsberaterin, Filme usw. Jeden Dienstag um 18 Uhr ist eine Fragestunde des Chefarztes.

Tonbandaufzeichnungen von Vorträgen werden im Hausrundspruch während der Liegekurzeit gesendet und wiederholt. In der Beschaffung allgemeinverständlicher gesundheitserzieherischer Schriften und Lehrmittel sind uns mehrere Stellen in dankenswerter Weise behilflich: die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln; Institut „Mensch und Arbeit“, München. Frau Dr. v. Mengershausen ist für die Förderung der Gesundheitserziehung an der Klinik verantwortlich.

Da die gesundheitserzieherische Beeinflussung aber über den Aufenthalt in einer Kurklinik unbedingt hinausreichen muß, wäre eine engere Zusammenarbeit mit den einweisenden und nachbehandelnden Ärzten auch in diesem Bereich dringend notwendig.

GERCKE (1964) hat auf einer Dienstbesprechung leitender Ärzte und Chefärzte ausgeführt: „Es ist wohl kein illusionärer, sondern realer und praktischer Wunsch, wenn ich sage: Unsere Häuser müssen durch die von ihnen ausströmenden Gesundheitsimpulse — gleich aus

\*) Abdruck erfolgt in einem der nächsten Hefte des „Bayerischen Ärzteblattes“.

## 22. Bayerischer Ärztetag

vom 17. bis 19. Oktober 1969 in Amberg

welchen Indikationen heraus — zu anerkannten Stätten einer Gesundheitserziehung unserer Versicherten und damit weitester Kreise der Öffentlichkeit werden, denn, machen wir uns nichts vor, es ist ein Typikum unserer Zeit, daß Bewilligen, Gewähren, Stillhalten, Schweigen, Unangenehmes vermeiden zum probaten Mittel der Menschenführung geworden zu sein scheint. Während das Mahnen, das ehrliche Erklären oder ‚Ihr müßt nun endlich anders leben‘, eines geradezu pathologischen Hanges zum Leben mit Auspuffgasen, Nikotin, Alkohol, Kaffee, Aufputzmitteln aller Art, heute fast inhuman erscheint.“

Wir wollen uns nichts vormachen bezüglich der Ergiebigkeit der traditionellen gesundheitspädagogischen Methoden. Müssen wir uns nicht Neues einfallen lassen?

Ein Symposium über „Gesundheitserziehung und die geheimen Verführer“ an der Klinik Höhenried am 27./28. September 1968 hat ein Gespräch zwischen Ärzten und Werbepsychologen einzuleiten versucht (HALHUBER-PFÜTZNER, 1968).

#### 4. Strukturprinzipien moderner Vor- und Nachsorgekliniken

Mit der Betonung der Zusammenarbeit („Kooperation“), wie auch der gesundheitserzieherischen Aspekte („Eduktion“) und mit der anfangs erwähnten „Integration“, sind die drei Strukturprinzipien genannt, auf die es mir in der Gestaltung moderner Kurkliniken und Langzeitkrankenhäuser in Zukunft anzukommen scheint. Ich darf sie ihrer großen Bedeutung wegen nochmals hier zusammenfassen:

##### a) Integration (Eingliederung)

Gerade im Bereich der Herz- und Gefäßerkrankungen muß eine moderne Vor- und Nachsorgeklinik Methoden und Ergebnisse zahlreicher, zum Teil scheinbar weit auseinanderliegender Wissenschaftsbereiche berücksichtigen und koordinieren. (Sie wurden im Abschnitt 3 skizziert)

Anschaulich und räumlich ausgedrückt: In der Kurklinik müssen Diätküche und Gymnastikhalle, Unterrichtsraum für autogenes Training oder Fragestunden und Intensivpflegeraum für Notfallsituationen, Bäderabteilung und Apotheke, Hallenschwimmbad und Labor gleichberechtigt und miteinander wirksam werden, wenn ein optimaler Erfolg erreicht werden soll. Diese Integration und Eingliederung sollte ohne „Ideologisierung“ einzelner Methoden und ohne unangemessene Bevorzugung einzelner Bereiche durch persönliche Neigungen und Interessen erfolgen, was in der Praxis der Sanatoriumsmedizin besonders schwierig zu sein scheint.

In diesem Zusammenhang darf ich die Definition der „Nachsorgeklinik“ anführen, wie sie SCHÖLMERICH (1957) gegeben hat:

„Sie hat den Sinn, die Behandlung chronisch Kranker zu intensivieren, ökonomischer zu gestalten und zugleich der Forschung und Lehre auf diesem Gebiet neue Impulse zu vermitteln.“

Vor- und Nachsorgekliniken scheinen mir nach dieser Definition auch zeitgemäß am ehesten den Intentionen des Gesetzgebers zu entsprechen, der im § 1236 RVO die Erhaltung, Besserung und Wlederherstellung der Erwerbsfähigkeit durch Heilmaßnahmen intendiert.

#### b) Edukation

Der Patient soll während der klinischen Kur jene Lebensweise kennen und — was entscheidend ist — anerkennen lernen, die er im Alltag zu Hause beibehalten muß. Der Dauererfolg einer Kur bei chronisch Kreislaufkranken steht und fällt mit deren gesundheits-erzieherischem Ergebnis, d. h. einer „sportlichen“ Haltung und Lebensform, die nachher im Beruf und zu Hause durchgehalten wird. Ist es erlaubt, dieses Ziel in einem Werbeslogan für den Patienten verständlich zu machen? „Trotz chronischer Krankheit — ein neues Leistungs- und Lebensgefühl — mit den Sicherungen der modernen Medizin!“

Wenn an Anstalten wie Höhenried ein echter Dauererfolg erreicht werden soll, dann ist aber auch die planmäßige Mithilfe der sogenannten Massenmedien in allen Bereichen der Gesundheit, Pädagogik und Andragogik heute mit entscheidend. In diesem Zusammenhang kann nicht der ganze Bereich Ärzte — Presse oder nur Kurwesen und Öffentlichkeit erörtert werden. Wir brauchen aufbauende Kritik, aber auch Verständnis und Mitwirkung, um negativ wirksame Vorurteile, die den Kurerfolg der Patienten von vorneherein in Frage stellen, zu vermeiden. Wir brauchen die Hilfe der Presse, um ein richtiges Leitbild vom Ziel und Wirken der Kurkliniken zu verbreiten. Dabei müssen wir uns vor zwei Extremen hüten: Eine Kurklinik ist weder ein militärisches Trainingslager („Gesundheitskaserne“), in dem gleichmacherisch eine uniforme Lebensform aufgezwungen wird, noch ein Kurheim alter Art, in dem der Patient bequem und passiv bleibt. (Am liebsten würde ich den Spruch von Tennessee Williams in allen Räumen der Klinik plakativieren: „Der Wolf draußen vor der Tür, der uns zerfleischen will, heißt Bequemlichkeit“!)

Daher rühren unsere Bedenken gegen Namen wie „Parksanatorium“ für Anstalten unserer Art. Die Wahrheit liegt auch hier in einer Mitte, die nicht verlustig gehen darf.

#### c) Kooperation

Die beiden erstgenannten Ziele sind nur durch enge Zusammenarbeit mit den zuweisenden und nachbehandelnden Ärzten zu erreichen. Sowohl was die Auswahl der Patienten zur klinischen Kur angeht, als auch was die Betreuung nach der Kur betrifft, ist diese Zusammenarbeit so entscheidend für den Kurerfolg, daß wir sie zu den Strukturprinzipien einer modernen Kurklinik für chronisch Herzkranken zählen. Sie betrifft Hausärzte, Vertrauensärzte und Gutachter sowie Werksärzte in gleicher Weise.

Aus den bisherigen Ausführungen müßte nun verständlich geworden sein, für welche Heilanzeigen (Indikation) eine Anstalt wie Höhenried zuständig ist und welche

Stellung sie im Rahmen der gesamtärztlichen Versorgung einnimmt.

#### 5. Indikationen der Klinik Höhenried

- Ischämische Herzerkrankungen in allen Stadien, d. h. Zustand vor und nach Herzinfarkt (Ausheilungsstadium I—III). Alle durch mehrere Risikofaktoren Gefährdeten! (HALHUBER, 1968 b).
- Hochdruckkrankheit in den Stadien I—III (mit Ausnahme des apoplektischen Insults).
- (Latenter) Diabetes mit Gefäßkomplikationen, Hypertension jeder Genese.
- Zustand nach Herzoperation bei rheumatischen und angeborenen Herzfehlern.
- Alle Herzerkrankungen mit beginnender chronischer Herzschwäche (Belastungsinsuffizienz) mit und ohne Herz-Rhythmusstörung.
- Behandlungsbedürftige chronische oder anfallartige Herz-Rhythmusstörungen jeder Genese, auch ohne chronische Belastungsinsuffizienz. (Die Einrichtung mit modernen Geräten zur Elektrotherapie ermöglicht die Kardioversion. Der mehrwöchige Aufenthalt erleichtert die notwendige Einstellung auf eine individuelle antifibrillatorische Prophylaxe mit Chinidin oder Novocamid, um die Rückfallbereitschaft möglichst herabzusetzen)
- Periphere Durchblutungsstörungen im arteriellen und venösen Bereich, sofern eine Bewegungstherapie noch sinnvoll ist.
- „Vegetative Dystonie“ (Kreislaufstörungen) jeder Genese. (Falls es sich um ein vegetatives Begleitsyndrom bei einer noch unerkannten Grundkrankheit handelt, z. B. einer Hepatopathie, so sollte diese eben während des Heilverfahrens diagnostisch abgeklärt werden)

#### Bewilligte Gesundheitsmaßnahmen 1966

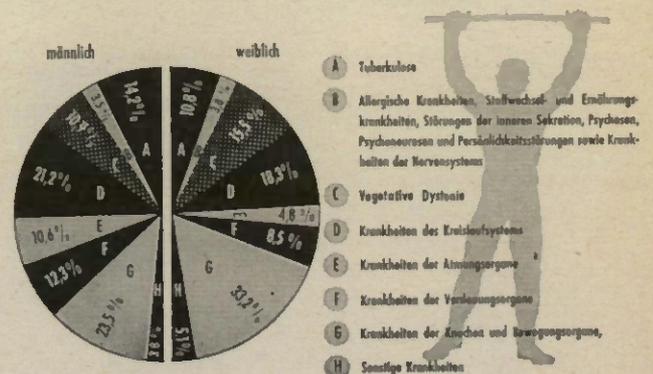


Abbildung 9

Aus dieser graphischen Darstellung geht hervor, daß der Indikationsbereich der Klinik Höhenried, Krankheiten des Kreislaufsystems: Krankheitsgruppe B und vegetative Dystonie: Krankheitsgruppe C, zusammen an der Spitze der Einzelgruppen liegen.

Es wurden wegen vegetativer Kreislaufstörungen bei den Männern in 10,9% bei den Frauen in 15,5% Gesundheitsmaßnahmen von der LVA Oberbayern bewilligt.



Seit dem 6. 1. 1969  
spricht man in Deutschland  
wieder über Eisen,  
genauer gesagt über

# Kendural<sup>®</sup> C

die orale Eisen-„Injektion“

Werum?

1. weil es in Deutschland 78,6% (!) der weiblichen Bevölkerung zwischen 15 und 50 Jahren an Eisen mangelt\*
2. weil Sie mit Kendural C ohne Sorge um Nebenwirkungen der Patientin 525 mg voll verwertbares Eisensulfat in einer Gabe pro Tag zuführen
3. weil der Gehalt von 1/2 g Vitamin C in Kendural C den Therapieerfolg auch bei Eisenasorptionsstörungen sicherstellt

\* Seibold, M. et al.: Münch. med. Wochr. 107, 816 (1965)

#### Kendural<sup>®</sup> C

Depottabletten mit 525 mg  
Ferrosulfat und 500 mg  
Ascorbinsäure

in Gläsern mit 15 und 30 Stück  
und in Klinikpackungen



DEUTSCHE ABBOTT GMBH  
Import und Vertrieb C. H. Boehringer Sohn  
6507 INGELHEIM AM RHEIN

Für die Krankheiten des Kreislaufsystems betrug der Anteil aller bewilligten Gesundheitsmaßnahmen für Männer 21,2%, für Frauen 18,3%.

## 6. Stellung der Klinik Höhenried im Rahmen der gesamtärztlichen Versorgung

### a) Beziehung zum Akutkrankenhaus und zur Universitätsklinik

Wenn die moderne Medizin den wachsenden Ansprüchen der Bevölkerung weiterhin genügen will, muß die Zahl der Krankenhausbetten in den nächsten 10 Jahren mindestens verdoppelt werden. Das forderte beim XV. Internationalen Krankenhauskongreß 1967 dessen Präsident Dr. I. C. BURKENS (Niederlande).

Durch Rehabilitationskliniken wird eine Entlastung und Ergänzung der Akutkrankenhäuser erhofft. Je früher ein chronisch Kranker systematisch und von speziell geschulten Ärzten und Therapeuten in einer Nachsorgeklinik betreut wird, um so kürzer ist der Weg „vom Bett zum Job“, was im Interesse aller Sozialversicherungsträger gelegen ist.

Das gilt auch für die Rehabilitation nach Herzinfarkt, weshalb die LVA Oberbayern sich entschlossen hat, an der Klinik Höhenried bei Infarktkranken unmittelbar nach der Krankenhausentlassung „Anschluß-Heilmaßnahmen“ durchzuführen (HALHUBER, 1968 b).

### b) Beziehung zu den Hausärzten

Im Entlassungsbericht müssen die nachbehandelnden Praktischen Ärzte, Internisten, Werksärzte und Amtsärzte alle Unterlagen in die Hand bekommen, um den chronisch Kranken individuell und optimal weiterbetreuen zu können. Ist die Behauptung übertrieben, daß von der Entwicklung neuer Formen der Zusammenarbeit in der Betreuung des chronisch Kranken zwischen Krankenhaus und Hausarzt das Schicksal der Kuranstalten (und Kurorte) genauso wie das Schicksal und die Struktur des Hausarztes der Zukunft mit abhängen wird?

### c) Die Beziehung zu anderen Kuranstalten für Vorsorge- und Wiederherstellungskuren

Wie schon ausgeführt, wird ein Langzeitkrankenhaus für Herz- und Kreislaufkranke in der äußeren und inneren Struktur neben der Diätetik zunehmend durch die aktive Bewegungstherapie geprägt. Überall in der westlichen und östlichen Welt zunehmende Erfahrungen bestätigen diese These. Es ist das bleibende Verdienst von P. Beckmann, mit den Wiederherstellungskuren in Ohlstadt bahnbrechend vorausgegangen zu sein.

Unser Ziel an der Klinik Höhenried ist es, die an Anstalten, wie Ohlstadt, Buching, usw., während der Frühheilverfahren gewonnenen Erfahrungen für einen anderen Kreis von Kranken anzuwenden und entsprechend zu modifizieren.

## 7. Forschungsaufgaben im Bereich der präventiven und poliklinischen Kardiologie an der Klinik Höhenried

Wie in der Patientenbetreuung, so kann auch in der Forschung den vielfältigen Aspekten der präventiven Kardiologie (z. B. der Verschiedenartigkeit der Risikofaktoren, die unter Kontrolle gebracht werden sollen)

nur eine Integration verschiedenartiger Methoden und Ansätze gerecht werden. Die konventionellen Methoden der klinischen und messenden Kardiologie genügen nicht, sie sind durch die neuen Möglichkeiten der Epidemiologie und Statistik, der medizinischen Dokumentation, der Medizin-Soziologie und der Sozialpsychologie, ja der Rhythmologie zu ergänzen und zu erweitern. Daß diese Notwendigkeit auch von der Kurortwissenschaft und der Sanatoriumsmedizin erkannt worden ist, geht aus dem Verhandlungsbericht eines Symposiums über Kurerfolgs- und Kurverlaufsbeurteilung hervor, das im Mai 1967 in Bad Wörishofen veranstaltet worden ist (TEICHMANN, 1968).

Im angelsächsischen Schrifttum finden sich entsprechende Hinweise in den Büchern von RAAB (Prevention of ischemic Heart Disease, 1966) und von STAMLER (Lectures on preventive Cardiology, 1967). Die eingangs erörterte Arbeitshypothese von der Ergiebigkeit klinischer Kuren für die Prävention und Rehabilitation bei chronischen Herz-Kreislaufkrankheiten bedarf zu ihrer wissenschaftlichen, einwandfreien Prüfung einer Computer-gerechten Dokumentation. Im Bereich der Landesversicherungsanstalt Oberbayern erarbeitet derzeit ein wissenschaftlicher Ausschuß neue Krankenblätter für ihre Kuranstalten, um eine elektronische Datenverarbeitung und dadurch auf lange Sicht prospektive Vergleichsstudien zur Morbidität von rehabilitierten und nicht rehabilitierten Patientengruppen zu ermöglichen. Solche vergleichende statistische Untersuchungen sind derzeit mit der konventionellen Dokumentation noch nicht möglich. Für die Praxis brauchbare Ergebnisse so aufwendiger Prospektivstudien im Bereich der klinischen präventiven Kardiologie und Kurortwissenschaft sind deshalb auch — ähnlich den epidemiologischen Studien in der Stadt Framingham, Albany usw. — erst nach einem Jahrzehnt der Durchführung zu erwarten. Aber es scheint mir wissenschaftspolitisch und sozialpolitisch gleich bedeutsam, daß die Aktualität derartiger sozialmedizinischer Untersuchungen heute schon erkannt wird und diese von den zuständigen Stellen der Sozialversicherung und der Forschungsorganisationen gefördert werden.

Werden unsere Kurkliniken und Kurorte als „Laboratorien“ der Medizin-Soziologie und Sozialpsychologie erkannt und wissenschaftlich genutzt? „Es ist bedauerlich, daß zahlreiche sehr aufschlußreiche soziologische Untersuchungen und Fragebogenerhebungen in der Vergangenheit ohne medizinische Erhebung durchgeführt wurden. Erst wenn beide Untersuchungen gleichzeitig und an demselben Kollektiv durchgeführt werden, können Aussagen über bestehende Zusammenhänge zwischen sozialen und gesundheitlichen Faktoren gemacht werden“ (BLOHMKE, 1967).

Neben großangelegten epidemiologischen und medizinsoziologischen Planungen scheinen mir aber nach den Erfahrungen an der Innsbrucker Universitätsklinik und am Institut für Heilbäderforschung, Salzburg, Längsschnittuntersuchungen und Kurverlaufsbeobachtungen an ausgewählten Patientengruppen ergiebig.

Als Beispiel darf ich auf eine Untersuchungsreihe hinweisen, die seit 1965 an mehreren Gruppen von Hochdruckkranken im Stadium I durchgeführt wurde. Während einer kombinierten Klima- und Terrainkur im

Hochgebirge (Kühtai/Tirol und Obertauern/Saizburg, geleitet von Herrn Prof. Dr. K. Inama und Dr. W. Scholing) und in Höhenried (geleitet von Oberarzt Dr. Hofmann), wurden an jedem vierten Tag unter gleichbleibender Ergometerbelastung mehrere Parameter geprüft. Gleichzeitig wurde eine Kontrollgruppe, die am Arbeitsplatz weiter tätig war, von Betriebsärzten der Firma Siemens in der gleichen Weise untersucht (Leitung Dr. Florian und Dr. Hartmann). Aus den Ergebnissen, auf die hier nicht eingegangen werden kann, ist bemerkenswert, daß bei Nachuntersuchungen noch mehrere Monate nach der Kur ökonomisierende Effekte im Pulsfrequenzverhalten und im Blutdruck mit statistischen Methoden objektiviert werden konnten. Solche Längsschnittuntersuchungen, die durch mehrere Jahre zur selben Jahreszeit mit verschiedenen, möglichst gleichartigen Gruppen durchgeführt werden, erfordern einen erheblichen materiellen und Arbeits-Aufwand — wir sind sowohl den Landesversicherungsanstalten Niedersachsen und Oberbayern als auch dem Bundesministerium für Gesundheitswesen in Bad Godesberg und der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege (DZV) für die finanzielle Unterstützung dankbar —, sie erfordern überdies, um den Nutzeffekt zu erhöhen, eine enge Zusammenarbeit verschiedener Anstalten und Institutionen und spezialisierter Arbeitsgruppen auf internationaler Basis.

Wenn es eine Futurologie als ernstzunehmenden Aspekt der Wissenschaft auch in der Heilkunde gibt — dürfen wir beim derzeitigen Stand der Entwicklung in der technischen Welt daran noch zweifeln? —, dann hat sie besonders enge Verknüpfung zur präventiven Medizin.

Wir sind dankbar für die gute wissenschaftliche Zusammenarbeit mit folgenden Institutionen: dem Zentralkrankenhaus Gauting der LVA Oberbayern (Doz. Dr. Blaha und Prof. Dr. Petersen), der 1. Med. Klinik der Technischen Hochschule München (Prof. Dr. Blömer und Dr. Kiefhaber), dem Institut für Arbeitsphysiologie an der Technischen Hochschule München (Prof. Dr. Müller-Limmroth), dem Institut für die Prophylaxe der Kreislaufkrankheiten der Universität München (Prof. Dr. Schimert), den Periodicity Analysis Laboratories, University of Minnesota, Minneapolis (Prof. F. Halberg), dem Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München, Abteilung für klinische Chemie (Dr. Stamm), dem Flugmedizinischen Institut Fürstenfeldbruck (Generalarzt Prof. Dr. Lauschner und Doz. Dr. Kirchhoff), der Betriebsärztlichen Abteilung der Fa. Siemens AG (Dr. Florian), dem Institut für Heilbäderforschung, Salzburg (Prof. Dr. Inama).

#### **8. Lehre (Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung) im Bereich der präventiven und poliklinischen Kardiologie an der Klinik Höhenried**

Einleitend sei hier der Begriff „Präventive Kardiologie“ unter dem Aspekt des medizinischen Unterrichts nochmals definiert: Präventive Kardiologie ist die Lehre

a) von den krankmachenden Lebensbedingungen, den sogenannten Risikofaktoren (angewandte Epidemiologie, Humanökologie, Erholungsforschung)

b) von den Methoden der Früh-, ja Früherkennung beginnender chronischer Herz-Kreislaufkrankungen (vorsymptomatische Diagnostik)

c) von der Erstellung des individuellen Langzeittherapieplans beim chronisch Herzkranken (Erst-, Zweit-Prävention und Rehabilitation)

Die bisherigen Ergebnisse der präventiven Kardiologie (als angewandte Epidemiologie und Humanökologie) bedingen nicht nur neue Strukturprinzipien in der Patientenbetreuung (Integration, Edukation, Kooperation) und in der Forschung, sondern auch neue Schwerpunkte und Formen in der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Mediziner.

Wie von namhaften Autoren mehrfach betont worden ist (OTT, 1964, RAAB, 1964, MELLEROWICZ, 1961), verlangen neue Erkenntnisse von bisher ungewobnen oder neuartigen Kombinationen pathogenetischer Faktoren auch ein neuartiges medizinisches Denken.

Wie in der Forschung, so ist auch im Unterricht diese schwierige Aufgabe nur durch Arbeitsgruppen zu leisten, z. B. durch Gemeinschaftsvorlesungen, an denen Dozenten aller einschlägigen Fachgebiete zusammenwirken: Kliniker, Sozialmediziner, Arbeitsphysiologen, Sportmediziner, Physiotherapeuten, Ernährungswissenschaftler, Psychologen und Medizin-Soziologen.

So lange z. B. spezifische pharmakotherapeutische Möglichkeiten nicht ausreichen, um in einem Frühstadium der Weiterentwicklung degenerativer Herzerkrankungen „zuvorzukommen“, wäre die unspezifische „allgemeine Therapie“ (Reaktionstherapie nach NEERGARD, regulative Therapie nach HOFF, internistische Übungsbehandlung nach BECKMANN), ebenso wie Diätetik, Psychotherapie und Sportmedizin auch im Unterricht mehr zu berücksichtigen und besser zu koordinieren.

Zur Einführung des stundenplanüberlasteten Studenten in eine solche Synthese allgemeiner Therapiemaßnahmen hat sich die nach der deutschen Bestallungsordnung heute noch vorgeschriebene Pflichtvorlesung über „naturgemäße Heilmethoden“ durchaus bewährt, die ich seit 1956 gemeinsam mit Professor Dr. K. Inama in Innsbruck halte. Man könnte einer solchen Vorlesung mit guten Gründen die Etikette „Prävention und Rehabilitation in der inneren Medizin“ geben.

Vorbeugung und Wiederherstellung im Bereich der ischämischen Herzerkrankungen scheint mir dabei ein Modellfall der sogenannten „allgemeinen Therapie“. Für 1968/69 habe ich an der Medizinischen Fakultät Innsbruck einen Lehrauftrag für eine zweistündige Vorlesung über präventive Kardiologie.

Für die praktische Ausbildung am Krankenbett und am Übungsplatz der Bewegungstherapie werden im Rahmen der Famulatur bzw. der von der Studienreform vorgesehenen Internatszeit auch die entsprechenden Rehabilitationskliniken mehr heranzuziehen sein, ebenso für die Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin bzw. für Kardiologie.

Für die Fortbildung der praktizierenden Ärzte bieten Kliniken und Anstalten in einer Erholungslandschaft ideale Voraussetzungen zu mehrtägigen Seminaren und

# Tadip<sup>®</sup>

Breit-Basis-Antihypertonikum



## Sanfter Zwang senkt Hochdruck stufenlos

Aus der Bayer-Forschung:

1. Tadip enthält zwei moderne, besonders wirksame antihypertensive Prinzipien.
2. Tadip verbindet zuverlässige blutdrucksenkende Wirkung mit guter Verträglichkeit.
3. Tadip führt dadurch bei fast jeder leichteren bis mittelschweren Hypertonie zu einer sicheren, aber nicht brusken Drucksenkung.
4. Vielfach genügt zur Dauertherapie bereits die Anfangsdosis von 1mal täglich 1 Tablette.

Eine Tablette Tadip<sup>®</sup> enthält  
125 mg Presinol<sup>®</sup> + 10 mg Leron<sup>®</sup>  
Packungen mit 20 und 60 Tabletten

Wochenendveranstaltungen. In Höhenried ist ein einwöchiges Seminar (mit Internat), das von der Bayerischen Landesärztekammer bzw. dem Sportärzte-Verband mitveranstaltet wird, für je 25 Teilnehmer 2mal jährlich (im Januar und im Juni) zu einer Dauereinrichtung geworden.

Bei solchen Gelegenheiten ist auch die sehr nötige Gesundheitserziehung der Ärzte selbst — ad usum proprium — am ehesten zu fördern.

#### Zusammenfassung

Die alarmierende Entwicklung der Todesursachen und der Frühinvaliditäts-Statistik durch chronische, insbesondere ischämische Herzkrankheiten und die Ergebnisse der modernen Epidemiologie von den krankmachenden Lebensbedingungen (Risikofaktoren), machen die „Einkreisung“ des Herzinfarkts (des „Hauptmörders der zivilisierten Menschheit“) zum Hauptproblem der präventiven Kardiologie.

Es wird erörtert, wie die heute wissenschaftlich anerkannten Erkenntnisse von den Risikofaktoren: Über-

gewichtigkeit, Zigarettenrauchen, Hochdruckkrankheit, Diabetes, körperliche Inaktivität, psychosozialer Stress, erbliche Belastung, in konkrete Hilfe zur Vorbeugung und Wiederherstellung bei einer möglichst großen Zahl von gefährdeten Menschen umgesetzt werden können.

Der Ausbau von spezialisierten Vor- und Nachsorgekliniken wird als die in eine (Folge-)Richtung zu Ende gedachte, angewandte Epidemiologie diskutiert, im Hinblick auf die Patientenbetreuung, die Forschung und die Lehre präventiver Kardiologie. Sie wird als neuer und aktueller Aspekt des Wissensgutes der konventionellen Inneren Medizin und zahlreicher Randgebiete verstanden. Deren Integration, die intensivere Edukation der Patienten und Ärzte und mehr Kooperation werden als Strukturprinzipien von Kurkliniken dargestellt und begründet. Es wird die Frage aufgeworfen, ob eine Alternative zu dieser Entwicklung überhaupt gegeben ist.

Literaturverzeichnis kann beim Verfasser angefordert werden.  
Anschr. d. Verf.: Professor Dr. med. Max J. Halhuber, Chefarzt der Klinik Höhenried, 8131 Bernried (Starnberger See)

## Gesundheitspolitische Aspekte der Anwendung von Ovulationshemmern\*)

Von Gerd K. Döring

Die Ovulationshemmer stellen heute die optimale Methode der Empfängnisregelung dar. Diese Stellung verdanken sie ihrer einzigartigen Zuverlässigkeit, ihrer allgemeinen Annehmbarkeit und nicht zuletzt der Tatsache, daß etwa 98% aller Frauen sie ohne ernstere Nebenwirkungen oder Gefahren nehmen können. Es sind verschiedene Gesichtspunkte, die die Anwendung einer zuverlässigen Empfängnisregelung nützlich, ja notwendig erscheinen lassen:

1. Für das einzelne Ehepaar ist es die Möglichkeit, die Kinderzahl und die Geburtenabstände nach der körperlichen und seelischen Leistungsfähigkeit der Mutter und nach den Lebensumständen der Familie einzurichten.
2. In bevölkerungspolitischer Hinsicht ist es die Notwendigkeit, das übermäßige Anwachsen der Bevölkerungszahl zu regulieren.
3. Gesundheitspolitisch steht die Möglichkeit, mit Hilfe zuverlässiger kontrazeptiver Maßnahmen eine wirksame Prophylaxe der Abtreibung zu erzielen, im Vordergrund.

Hier ist die nützliche Wirkung der Ovulationshemmer bereits heute erkennbar: Seit der zunehmenden Verbreitung der Ovulationshemmer wird über eine Abnahme der Abtreibungszahl berichtet.

Die Abtreibung ist ein gesundheitspolitisches Weltproblem, das in allen Ländern gleichermaßen die Gemüter bewegt. Der berühmte amerikanische Gynäkologe

GUTTMACHER hat die Abtreibung als „die einzige große Epidemie bezeichnet, mit der man trotz aller Fortschritte der modernen Medizin nicht fertig geworden ist“. Man muß ihm zustimmen, aber zugleich feststellen, daß es sich bei der Abtreibung nicht allein um ein medizinisches Problem handelt.

#### Die gesundheitspolitische Bedeutung der Abtreibung

Wie häufig sind Abtreibungen? Diese Frage konkret zu beantworten, macht Schwierigkeiten. So ist es z. B. wenig sinnvoll, Zahlenangaben aus verschiedenen Ländern zu vergleichen, weil die Zahl der kriminellen Aborte sehr stark davon abhängt, wie eng oder weit in einem Land die legale Schwangerschaftsunterbrechung gesetzlich geregelt ist. In Ländern, wie Japan, Tschechoslowakei oder Ungarn, in denen eine sehr großzügige soziale Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung existiert, gibt es kaum kriminelle Aborte. Dagegen ist die Zahl der Abtreibungen überall dort besonders hoch, wo die Indikation zur legalen Schwangerschaftsunterbrechung sehr eng gefaßt ist, wie z. B. in Frankreich. In der Bundesrepublik Deutschland werden jährlich rund 4000 Schwangerschaften aus medizinischer Indikation unterbrochen, weil eine ernste Gefahr für Leben oder Gesundheit der Mutter besteht. Eine andere Indikation gibt es zur Zeit bei uns nicht. Es sind aber ernstzunehmende Bestrebungen im Gang, auch bei uns die Unterbrechung wegen der Gefahr von Erbkrankheiten oder von Mißbildungen des Kindes, und wenn die Schwangerschaft die Folge von Notzucht oder Blutschande ist, zu erlauben. Hier dürfte die im Gang befindliche Strafrechtsreform Neues bringen.

\*) Nach einem Vortrag anlässlich des III. Sozialmedizinischen Kurses am 7. November 1968 in München.

Die genaue Zahl der Abtreibungen wird bei uns nicht statistisch erfaßt. Man ist demnach auf Schätzungen angewiesen. Die oft genannten Zahlen von 1—2 Millionen pro Jahr sind sicher zu hoch gegriffen, sie wurden anscheinend aus den sehr hohen Zahlen einzelner Großstädte mit hoher Abtreibungsquote extrapoliert. Ich halte diejenigen Schätzungen für realistisch, die mit etwa 500 000 Abtreibungen pro Jahr in der Bundesrepublik rechnen. Das ist immer noch eine erschreckend hohe Zahl. Sie besagt, daß durchschnittlich auf zwei ausgetragene Schwangerschaften eine Abtreibung kommt.

### Die Gefahren der Abtreibung

Früher war die Mortalität der Abtreibung außerordentlich hoch, sie galt bis etwa 1950 in Großstadt-Frauenkliniken eindeutig als häufigste Todesursache. Nach 1950 sank die Abtreibungsmortalität laufend ab. Die Mortalitätszahlen, die in wissenschaftlichen Publikationen, auch neueren, angegeben werden, liegen meines Erachtens viel zu hoch. Die angeführten Prozentsätze schwanken zwischen 0,35% und 4,2%. Durch die Einführung der Antibiotika und durch die Fortschritte der klinischen Schocktherapie liegt in unserem Land die Abtreibungsmortalität heute etwa bei 1 auf 2000 Eingriffe. Das wären auf 500 000 Abtreibungen 250 Todesfälle im Jahr. Das würde ein Drittel der sogenannten Muttertodesfälle ausmachen, d. h. der mütterlichen Todesfälle, die in unmittelbarem Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett erfolgen.

In Ländern, in denen der artefizielle Abortus aus sozialer Indikation in Krankenhäusern vorgenommen wird, ist die Mortalität des Eingriffs am niedrigsten. Sie beträgt in Japan weniger als 1 auf 10 000. Aus der Tschechoslowakei wurde für die Jahre 1963 und 1964 über mehr als 140 000 Schwangerschaftsunterbrechungen ohne einen Todesfall berichtet. In Ländern ohne soziale Indikation für eine legale Interruptio ist die Mortalität höher. In den USA beträgt die Mortalität nach den Angaben, die OVERSTREET auf dem Weltkongreß der International Planned Parenthood Federation in Santiago de Chile 1967 machte, etwa 45% der ganzen Müttersterblichkeit. Der Delegierte von Columbien gab 1967 auf einer Tagung der Weltgesundheitsorganisation an, die Abtreibung sei in seinem Land die häufigste Todesursache bei Frauen zwischen 15 und 35 Jahren.

Wie Sie wissen, gibt es auch noch aus den letzten Jahren Angaben über die Zahl der Abtreibungstodesfälle, die die von mir genannte Zahl von 250 um das Vierzigfache übersteigen. Ich halte diese Zahl von 10 000 Abtreibungstodesfällen für absurd. Beträgt doch die Gesamtzahl der weiblichen Todesfälle von Frauen im geschlechtsreifen Alter pro Jahr nicht mehr als 13 800 (1963). Die Annahme von 250 Abtreibungstodesfällen im Jahr hat viel mehr Wahrscheinlichkeit für sich. Diese Zahl beruht auf den Erfahrungen der Großstadt-Frauenkliniken und der Gerichtsmediziner. Es muß zugegeben werden, daß es exakte Zahlen über Abtreibungstodesfälle nicht gibt, weil damit gerechnet werden muß, daß zumindest bei einem Teil dieser Fälle die Todesursache bewußt falsch angegeben wird, so daß die amtliche Todesursachenstatistik Fehler aufweist.

Neben der Mortalität spielt die Morbidität eine große Rolle. Die Häufigkeit von Gesundheitsschäden beträgt

etwa das Hundertfache der tödlichen Komplikationen. Man rechnet mit einer Morbidität von 5—10%. Das sind die komplizierten fieberhaften Aborte, bei denen am häufigsten Salpingitiden, aber nicht selten eine Parametritis oder Pelveoperitonitis die Komplikationen der Abtreibung darstellen. Gynäkologischerseits ist oft darüber publiziert worden, daß man in etwa 50% aller Entzündungen im Bereich des kleinen Beckens als Ursache eine Abtreibung annehmen muß. Als Spätschaden bleibt oft eine Sterilität durch Tubenverschluß zurück. Die Angaben in der Literatur schwanken zwischen 10 und 44%. Man wird auch heute noch annehmen können, daß bei sekundärer Sterilität sich bei näherer Exploration in einem Drittel der Fälle in der Anamnese ein fieberhafter Abort zeigt. Wer als Gynäkologe tagtäglich mit der Beratung und Behandlung unfruchtbarer Ehepaare mit dringendem Kinderwunsch zu tun hat, wird das bestätigen.

Zu den Folgen der Abtreibung werden auch psychische Störungen gerechnet. Nicht selten treten nach Abtreibungen polymorphe Konfusionszustände, Schuldgefühle und Gefühlsspannungen auf. Es kann zu Bewußtseinsstörungen, zu melancholischer Verstimmung oder zu schizoiden Zuständen kommen. Es können sogar bleibende Störungen des seelischen Gleichgewichts bestehen bleiben, wie sie von August MAYER treffend als „seelische Narben“ bezeichnet worden sind. Über die Häufigkeit derartiger seelischer Abtreibungsfolgen gehen die Angaben weit auseinander. Es scheint ein Zusammenhang damit zu bestehen, ob in einem Land die Abtreibung streng verboten — oder ob eine Schwangerschaftsunterbrechung leicht zu erlangen ist. Seelische Störungen werden dort häufiger beobachtet, wo eine Frau das Bewußtsein hat, eine strafbare Tat begangen zu haben. Aber auch ohne ernstere psychische Störungen gibt es nicht wenige Frauen, die nach Abtreibungen ihr Leben lang mit einem Schuldgefühl herumlaufen, besonders wenn später dringend gewünschte Schwangerschaften nicht zustande kommen.

Wenn wir von einer jährlichen Abtreibungszahl von 500 000 ausgehen, dann bedeutet eine Morbidität von 5—10%, daß in jedem Jahr 25 000 bis 50 000 Frauen an Abtreibungsfolgen erkranken.

Die Zahlen verlangen die Erörterung der wirtschaftlichen Folgen der Abtreibung, zumal hier Berührungspunkte zu gesundheitspolitischen Aufgaben vorhanden sind. In Ländern mit besonders hoher Abtreibungsquote ergeben sich schwerwiegende Probleme: Der Delegierte von Columbien erklärte im vorigen Jahr auf einer Tagung der Weltgesundheitsorganisation, in Columbien wäre ein großer Teil aller Krankenhausbetten mit Frauen belegt, die an den Folgen einer Abtreibung leiden. Darunter litte der planmäßige Aufbau des Gesundheitsdienstes in seinem Lande.

Auch bei uns sind laufend 10—20% der gynäkologischen Krankenhausbetten mit fieberhaften Aborten oder Entzündungsfolgen nach artefizielltem Abort belegt.

Wenn man annimmt, daß 10% der Abtreibungen klinischer Behandlung bzw. Nachbehandlung bedürfen, dann sind das bei uns 50 000 Frauen, die durchschnittlich wenigstens 10 Tage im Krankenhaus liegen. Das ergibt 500 000 Krankenhaustage pro Jahr. Setzte man die tatsächlichen Kosten für einen Tag Krankenhausaufenthalt mit DM 30.— bis DM 40.— an, so errechnet sich jährlich ein Aufwand von 15—20 Millionen DM, der im

wesentlichen von den Krankenkassen aufgebracht werden muß. Englische Gesundheitspolitiker haben kürzlich eine ähnliche Rechnung aufgemacht und kamen bei angenommenen 100 000 Abtreibungen auf jährlich erwachsende Kosten für den Nationalen Gesundheitsdienst in Höhe von 3 Millionen Pfund. Zu den Krankenhauskosten kommt die finanzielle Belastung der Volkswirtschaft durch den Arbeitsausfall berufstätiger Frauen. Der Arbeitsausfall beträgt nach finnischen Statistiken bei Abtreibungen durchschnittlich 16 Tage. Wenn wir von unseren 500 000 Abtreibungen ausgehen und unterstellen, daß in den meistbetroffenen Altersklassen 30% der Frauen berufstätig sind, so ergibt das einen Arbeitsausfall von rund 3 Millionen Arbeitstagen pro Jahr.

#### Möglichkeiten zur Verhütung der Abtreibung

Mit den bisher praktizierten Maßnahmen waren keine greifbaren Erfolge zu verzeichnen. Durch Strafandrohung nach dem gültigen Strafgesetz war eine Verminderung der Abtreibungszahlen nicht zu erreichen. Strafrechtlich und kriminalpolitisch erweist sich das Mißverhältnis der Zahl der Abtreibungen zu der Zahl der eingeleiteten Strafverfahren oder gar zu der Zahl im Strafprozeß verurteilten Täter als höchst ärgerlich und wird vermutlich Konsequenzen bei der Neufassung des Abtreibungsparagrafen haben.

Auch durch kirchliche Verbote oder durch erzieherische Maßnahmen ist es bisher nicht gelungen, die Abtreibung aus der Welt zu schaffen.

Dabei ist es für Fachleute, wenigstens seit den Veröffentlichungen des Japaners KOYA im Jahre 1959, offenkundig, daß man durch Aufklärung über empfängnisverhütende Maßnahmen die Zahl der Abtreibungen senken kann.

Im Sinne einer Abtreibungsprophylaxe sind natürlich nur zuverlässige Kontrazeptiva von Wert. Man hat allen Anlaß zu der Feststellung, daß unzuverlässige

Kontrazeptiva oft die Quelle der Abtreibung sind, weil eine Frau, die trotz der Anwendung unzuverlässiger Verhütungsmittel konzipiert, offenbar besonders leicht den Entschluß zur Abtreibung faßt. Auf dem 8. Weltkongreß für geplante Elternschaft in Santiago erklärte NOVAK die hohe Zahl der Abtreibungen in Europa mit dem überwiegenden Gebrauch primitiver und unzuverlässiger Verhütungsmittel.

Da es inzwischen absolut zuverlässige Methoden der Empfängnisverhütung gibt, erscheint für die Zukunft eine günstigere Entwicklung vorhersehbar. Bereits seit 1965 ist auch in der Bundesrepublik Deutschland ein Rückgang der Abtreibungszahlen spürbar. Dieser Rückgang steht gewiß nicht nur in zeitlichem, sondern auch in ursächlichem Zusammenhang mit der rasch zunehmenden Verbreitung eines absolut zuverlässigen Verhütungsmittels, den Ovulationshemmern.

Wenn man die Entwicklung der hormonalen Kontrazeptiva verfolgt hat und die Erfolgsstatistiken kennt, kann man mit gutem Gewissen sagen, die Zuverlässigkeit der Ovulationshemmer sei bei sachgemäßer Anwendung 100%/ig. In neueren Statistiken beträgt die Versagerquote der Ovulationshemmer etwa 0,2 ungewollte Schwangerschaften auf 100 Anwendungsjahre, und die wenigen Versager erweisen sich bei eingehender Prüfung alle als Patientenfehler.

Gesundheitspolitisch ist die rasch zunehmende Verbreitung der Ovulationshemmer sehr zu begrüßen. Zur Zeit nehmen rund 1,8 Millionen Frauen regelmäßig Ovulationshemmer zum Zwecke der Empfängnisregelung. Die zunehmende Tendenz zur Anwendung der Ovulationshemmer als Verhütungsmittel läßt auf einen weiteren Rückgang der Abtreibungszahlen und ihrer üblen Folgen hoffen!

Ansch. d. Verf.: Professor Dr. med. Gerd K. Döring, Chefarzt der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Harlaching, 8000 München 90, Sanatoriumsplatz 2

## Vermittelt die Universität wissenschaftliches Denken?

Von E. Stetter

Kaum mehr übersehbar sind die Vorschläge für Reformen der Schulen aller Art. Heftige Kritik wird wegen Versäumnissen laut; Sorge bereitet unter anderem die zunehmend ungünstiger werdende Relation zwischen Bedarf und Möglichkeiten an Lehrenden und Ausbildungsstätten. Aber auch Fragen der Struktur werden lebhaft diskutiert.

Wir wollen hier einige Anregungen geben, die ausgehen von einer spezifischen Aufgabe der Universitäten: die Studierenden an wissenschaftliches Denken heranzuführen und ihnen Wissenschaft zu vermitteln. Nur auf diesen einen Punkt konzentrieren sich diese Ausführungen.

Nach JASPERS ist Wissenschaft die methodische Erkenntnis, deren Inhalt zwingend gewiß und allgemeingültig ist. Wissenschaftliche Erkenntnis ist also immer nur dort, wo der Weg, auf dem dieses Wissen gewonnen worden ist, bis in alle Vorstufen klar gemacht wird.

In den letzten Jahrzehnten ist die Summe des wissenschaftlich Erkannten ungeheuer gewachsen; in manchen Bereichen ist das Erschlossene kaum mehr übersehbar. Es ist deshalb unmöglich geworden, den Studierenden das gesamte erarbeitete Wissen eines Faches nahezubringen. Eine Auswahl des „Lehrstoffes“ ist zwingend notwendig. Die Beschränkung kann deshalb um so rigoroser sein, als das Ziel der Vermittlung von Wissenschaft nicht mehr sein kann, daß der Studierende eine Unmasse Wissen geboten bekommt, sondern, daß er methodisch Erkenntnis zu werten versteht. Die Aneignung notwendigen Fachwissens wäre auch außerhalb der Universität möglich. Während hier eine radikale Beschränkung verlangt wird, worauf bei dem Abschnitt über die Examina noch einmal zurückzukommen ist, muß andererseits von der Universität eine Erweiterung des zu Erarbeitenden insofern gefordert werden, als der Studierende einen, wenn auch nur verhältnismäßig bescheidenen Über-

blick über den Stand der Wissenschaften, die spezifischen Methoden der Einzelwissenschaften und die Grenze möglichen Wissens bekommen soll, da er nur dann in der Lage ist, Wissen von bloßer Meinung und Aberglauben zu trennen und am geistigen Leben kritisch teilzunehmen.

Daß es außer Wissen auch andere Verhaltensweisen des Menschen zur Welt gibt, sei nur am Rande erwähnt, um nicht falsch verstanden zu werden. Wir denken an die Haltung des Gläubigen oder an das Weltverständnis des Künstlers. Beides sind nicht Anliegen der Universität; dagegen gehört zur wissenschaftlichen Forschung selbstverständlich auch die methodische Bearbeitung von Religionen und Kunstrichtungen.

Gerade in der Zeit der Gärung an den Hochschulen könnte die Universität durch eingehende Methodenlehre den Studenten die Möglichkeit geben, sicheres Wissen abzugrenzen von nur scheinbaren Wahrheiten und ihnen damit helfen, zu wirklich kritischer Stellungnahme zu kommen. Eine sachliche, streng wissenschaftliche Haltung würde auch anerkannt.

Diese Prinzipien müssen sich auch hinsichtlich der Examina auswirken. Von romantischen Vorstellungen mancher Professoren über die Aneignung eines umfassenden Wissens über ihr besonderes Fach aus möglichst vielen und möglichst umfangreichen Lehrbüchern muß abgegangen werden; der Akzent darf nicht mehr auf der Fülle des Stoffes, er muß vielmehr auf der sicheren Beherrschung wissenschaftlicher Methodik als dem Schlüssel zum Wissen liegen. Folgerichtig ist der Lehrstoff nicht nur rigoros zu beschränken, sondern auch den Studierenden zur Kenntnis zu bringen, welcher Stoff bei dem Universitätsexamen verlangt wird. Hieran haben sich die Prüfenden dann aber auch zu halten in der klaren Erkenntnis, daß methodisches Wissen wichtiger ist als Vielschere.

Die Forderung der Stoffbegrenzung ist keineswegs leicht zu erfüllen. Sie verlangt bei dem Lehrenden nicht nur einen ausgezeichneten Überblick über sein Fach, sondern auch die Fähigkeit einer angemessenen Gliederung mit entsprechender Schwerpunktbildung. Die Stoffauswahl für das Examen soll nicht nur in allgemeinen und unverbindlichen Sätzen, die ganze Gebiete umfassen, dem Studierenden zur Kenntnis gebracht werden, sondern stichwortartig in Katalogform. Daß so etwas möglich ist, bewiesen z. B. nach dem Krieg die aus Büchernot entstandenen Dümmlerschen Kurzleit-

fäden; Professor STÖHR brachte ein ausgezeichnetes Anatomiebüchlein heraus, in dem alles für eine Prüfung Notwendige in Stichworten verzeichnet war; selbstverständlich war es nur für den brauchbar, der bereits so viel studiert hatte, daß ihm jedes Stichwort den ganzen damit gemeinten Sachverhalt aufleuchten ließ. Der Gewinn lag in der Sicherheit, mit dem durch diesen Leitfaden umrissenen Wissen bestehen zu können. Nun eignet sich sicher ein Fach wie Anatomie besonders gut für solche Bestandsaufnahme. Daß dies aber auch auf allen anderen Gebieten möglich ist, zeigt der aus demselben Verlag stammende Kurzleitfaden über Philosophie von Aloys MÜLLER.

Für manche Hochschullehrer mag hier zunächst der Einwand aufkommen, ein solches Verfahren sei zu billig und der Universität nicht gemäß. Wir möchten dagegen aber daran erinnern, daß es schon immer Professoren gab, die Skripten ihrer Vorlesungen autorisierten und sich bei der Prüfung auf das von ihnen dargebotene Wissen beschränkten. Der Gewinn für die Studierenden ist sehr groß, wenn sie wissen, was im Examen an Stoff verlangt wird. Dann haben sie erst wieder Zeit und Freiheit, ihr Studium breiter anzulegen, weil die Arbeit für das Examen rationeller sein kann. Wir sind außerdem davon überzeugt, daß die Studierenden nicht mehr so viele Semester aus Angst vor dem Examen anhängen werden, was ein großer Gewinn nicht nur für die einzelnen Studenten, sondern vor allem auch für die auf einen Studienplatz Wartenden wäre.

Nochmals zusammengefaßt: in unserer jetzigen Situation ist es die Aufgabe der Universität, mehr denn je dem Studierenden zu zeigen, wie man methodisch Wissen erarbeiten kann, das in dieser Relativierung zwingend gewiß und allgemeingültig ist; demgegenüber hat die weit überbewertete Fülle von „Lehrstoff“ zurückzutreten; hier muß radikal gekürzt werden; denn ein für den späteren Beruf notwendiger Ausbau des Sachwissens kann auch auf anderen Wegen erworben werden.

Selbstverständlich wird trotzdem das im Examen nachzuweisende Wissen in manchen Fächern noch recht umfangreich sein, besonders dort, wo Universitäts- und Staatsexamen zusammenfallen, wie z. B. in der Medizinischen Fakultät. Aber auch hier sind sich die Kenner der Materie darüber klar, daß eine Beschränkung auf das wesentliche möglich und notwendig ist.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. E. Stetter, Praktischer Arzt, 8450 Amberg, Prechtelstraße 9

Band 10 unserer Schriftenreihe mit den Vorträgen der 18. Wissenschaftlichen Ärztetagung Nürnberg

## Therapie der Magen- und Darmkrankheiten Therapie der Herz- und Kreislaufkrankheiten Probleme der medikamentösen Geburtenregelung

steht unseren Kollegen kostenlos zur Verfügung.

Die Kassenärzte Bayerns erhalten ihn über die Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Die anderen Kollegen, die diesen Band ebenfalls zu erhalten wünschen, bitten wir um eine kurze Mitteilung; die Broschüre geht ihnen dann durch die Post zu.

**neu**

# die Waffe gegen hohe Arzneikosten

## Demoplas®

beherrscht  
Rheumatismus

mehr als  
Phenylbutazon  
senkt Arzneikosten  
entscheidend

■ **Demoplas®**

Phenylbutazon 150 mg  
mit Aescin  
+ Vitamin B<sub>1</sub>, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub>  
30 Dragées

**DM 2.95**

einschl. Mehrwertsteuer

■ **Delta-Demoplas®**

Phenylbutazon 50 mg  
+ Prednisolon 1,5 mg  
mit Aescin  
+ Vitamin B<sub>1</sub>, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub>  
30 Dragées

**DM 2.95**

einschl. Mehrwertsteuer

■ **Demoplas® comp.**

Phenylbutazon 100 mg  
+ Aminophenazon 150 mg  
mit Aescin  
+ Vitamin B<sub>1</sub>, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub>  
30 Dragées

**DM 2.95**

einschl. Mehrwertsteuer



ADENYL-  
CHEMIE

ADENYL-CHEMIE

## Die Alterssicherung der freien Berufe

Von Adolf von Lippmann

Auf der Vortragsveranstaltung in Bad Godesberg im Oktober 1968 der Kölner Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, in der Organisationen der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung, der Lebensversicherung, der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung, der Arbeitnehmer und Arbeitgeber, der Heilberufe und andere Berufsstände vertreten sind, hatte Dr. Josef STOCKHAUSEN, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, über die Aussichten und Wünsche der freien Berufe zur Altersvorsorge gesprochen. Er betonte am Anfang seiner Darlegungen, daß der von dem Deutschen Bundestag beschlossene und noch nicht erteilte Auftrag an die Bundesregierung, die Selbständigen und die Angehörigen der freien Berufe in die gesetzliche Rentenversicherung einzubeziehen, die davon betroffenen Gruppen auf ein Prokrustesbett mit allen sich daraus ergebenden schmerzhaften Folgen binden würde. So, wie der Auftrag erteilt worden sei, müsse er als nicht durchführbar angesehen werden.

In seinen weiteren Ausführungen wies er darauf hin, daß die Bedingungen für eine Altersversorgung erhebliche und kaum auszuräumende Unterschiede zwischen den Angehörigen der freien Berufe und den in der gewerblichen Wirtschaft Tätigen aufweisen. Beide Bereiche sind aber auch, getrennt betrachtet, in sich sehr inhomogen. Auf der einen Seite reichen sie vom selbständigen Bäcker und Metzger bis zum Inhaber industrieller Unternehmen und umfassen auf der anderen Seite so unterschiedliche Berufe, wie die des Journalisten, des Arztes, des Rechtsanwaltes oder der bildenden Künstler. Ebenso unterschiedlich sind aber auch die Bedingungen für die Bildung eines Vorsorgekapitals oder eines Versorgungsanspruches für Alter und Invalidität. Dabei können die freien Berufe in der Regel heute nicht mehr auf ein nennenswertes Betriebskapital zurückgreifen, sondern müssen, da ihre Berufsausübung eine höchst persönliche Tätigkeit ist und eine in der physischen Leistungsfähigkeit begründete obere Grenze hat, auf das zurückgreifen, was sie sich selbst erarbeitet haben.

Einer der wesentlichsten Angelpunkte in der Altersversorgung der Selbständigen und der freien Berufe ist die Lösung des Problems der sogenannten alten Last. Hier handelt es sich um soziale Tatbestände, die in ihrer Ursache zu einem wesentlichen Teil das Ergebnis von Entwicklungen sind, auf die der einzelne keinen Einfluß gehabt und die er infolgedessen auch nicht zu verantworten hat. In Analogie zu den entsprechenden Regelungen der gesetzlichen Rentenversicherung und auch für den Personenkreis der sogenannten „13ler“ sollte der Staat die alten Lasten auch im Bereich der freien Berufe übernehmen. Dadurch würde ein wesentliches Hindernis zur Errichtung weiterer berufsständischer Versorgungseinrichtungen beseitigt und ein weiterer Schritt vorwärts in Richtung auf die Verwirklichung einer sozialen Gerechtigkeit gemacht werden können.

Die freien Berufe haben eine durchaus positive Einstellung zu der Verpflichtung zur Altersvorsorge. Sie wünschen jedoch im allgemeinen, dieser Verpflichtung auf

einem freiheitlichen Weg, d. h. ohne einen allgemeinen Zwang, gerecht werden zu können, um sich in einer dementsprechenden Ordnung das ihren Bedürfnissen am besten entsprechende System im Rahmen ihrer individuellen Gesamtvorsorge schaffen zu können. Eine derartige Gliederung in diesem Sinn setzt sich zusammen aus der Versorgung durch berufsständische Einrichtungen auf gesetzlicher Grundlage, durch freiwillige und gleichberechtigte Teilnahme an der gesetzlichen Rentenversicherung, der undiskriminierten Möglichkeit, Sicherheit und Versorgung über den dritten klassischen Weg der privaten Lebensversicherung zu finden und schließlich auf dem weiten Feld der Möglichkeiten durch andere Formen der Kapitalbildung finanzielle Vorsorge für das Alter zu betreiben.

Wenn der Staat hier den freien Berufen helfen wollte, dann sollte er alles tun, um die erwähnten Formen und Wege der Altersvorsorge voll wirksam werden zu lassen.

Im konkreten wurden von Stockhausen folgende Forderung erhoben. Als erste und wichtigste, die bereits angesprochene Anerkennung der Verpflichtung zur Übernahme der alten Last durch den Staat. Ferner für die im wesentlichen nur bei den Heilberufen vorhandenen gesetzlich fundierten öffentlich-rechtlichen Versorgungseinrichtungen eine weitere sozialversicherungsrechtliche Konsolidierung durch die volle Anerkennung als Ersatzinstitutionen, auch in steuerrechtlicher Hinsicht. Das schließt den gesetzlichen Anspruch der im Angestelltenverhältnis tätigen Mitglieder der Heilberufe auf den Arbeitgeberanteil ebenso ein, wie die Nachversicherung ehemaliger Beamter auch bei den berufsständischen Versorgungseinrichtungen und schließlich deren Gleichstellung mit der gesetzlichen Rentenversicherung bei Leistungen während des Wehrdienstes.

Schließlich wurde gefordert, die Bildung weiterer berufsständischer Versorgungseinrichtungen in anderen Gruppen der freien Berufe durch die Gewährung organisatorischer Hilfe und vor allem auch hier durch die Übernahme der alten Last durch den Staat zu erleichtern. Für Gruppen von freien Berufen, bei denen aus der besonderen Struktur der einzelnen Berufsgruppen heraus Globallösungen in der einen oder anderen Form nicht möglich sind, sollte die Möglichkeit ihrer freiwilligen Selbstversicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung wieder geschaffen werden.

Endlich müßten die Beiträge zur Altersvorsorge für die verschiedenen Formen der Bildung von Vorsorgekapital oder eines Versorgungsanspruches steuerlich den Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung gleichgestellt werden. Dazu gehört auch die Frage, ob nicht auch ein Vorsorgekapital in einer bestimmten noch festzulegenden Form von der Vermögens- und Erbschaftsteuer freigestellt werden sollte. Eine gerechte Lösung dieser steuerpolitischen Frage erscheint deshalb so wichtig, weil sonst das formale Recht der freien Entscheidung unter Umständen durch die damit verbundenen wirtschaftlichen Nachteile praktisch wieder aufgehoben oder unzumutbar eingeschränkt werden würde. Es dürfte deshalb auch keinen ungerechtfertigten Unterschied

zwischen der steuerlichen Behandlung der gesetzlichen und der privaten Altersvorsorge geben. Nur mit dieser im sozialversicherungsrechtlichen und steuerrechtlichen Bereich vollzogenen Gleichstellung aller Formen der Altersvorsorge kann in unserer Gesellschaftsordnung das verwirklicht werden, was unter der Verpflichtung zur Altersvorsorge in einer freiheitlich gegliederten Ordnung zu verstehen ist.

Zu den Plänen der Ausdehnung der gesetzlichen Rentenversicherung auf die freien Berufe hat die Gesellschaft vor kurzem Stellung bezogen, die in folgenden Punkten zusammengefaßt ist:

1. Dem Gesetzgeber notwendig erscheinende Maßnahmen zur Einbeziehung weiterer Bevölkerungskreise in die gesetzliche Altersvorsorge sollten nur unter Wahrung der bestehenden Gliederung und der jetzigen Solidargemeinschaften zur Altersvorsorge durchgeführt werden.
2. Wenn die „Alte Last“ sich nicht aus der Solidarität der zum Zweck der Altersvorsorge zusammengeschlossenen Gruppen bewältigen läßt, wird sie im Wege über die Sozialhilfe übernommen werden müssen.
3. Bestehende Versorgungswerke von Berufsgruppen sind zu erhalten, die weitere Errichtung ist zu unterstützen. Allen Gruppen freier und selbständiger Berufe ist die gesetzliche Möglichkeit zu geben, eigene Versorgungswerke zu bilden. Hierzu ist noch anzuführen, daß die in der Vergangenheit, insbesondere von der Ärzte- und Zahnärzteschaft sowie den Journalisten geschaffenen Altersversorgungswerke sich in vollem Umfang bewährt und sich den gestellten Anforderungen gewachsen gezeigt haben. Damit ist ein Weg gewiesen, der auch für weitere, einer Alters-

sicherung noch bedürftiger Gruppen selbständiger Berufe gangbar erscheint. Voraussetzung dafür ist ein geeignetes Finanzierungsverfahren. Für ein kapitalbildendes Verfahren spricht dabei u. a., daß mit seiner Hilfe Investitionskapital für die Wirtschaft und die öffentliche Hand bereitgestellt wird. Eine besondere Vielfalt und eine den gruppenspezifischen Risiken Rechnung tragende Gestaltung der Altersvorsorge — auch in Ergänzung vorhandener Basisversorgungen — bietet überdies die private Lebensversicherung, wie langjährige praktizierte Gruppenversicherungen mit einer Reihe von Berufsständen zeigen.

4. Die Mitgliedschaft in Versorgungswerken von Berufsgruppen darf weder rechtlich noch wirtschaftlich benachteiligt und der Zugang des Berufsnachwuchses nicht behindert werden.

Die in der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. zusammengeschlossenen Organisationen sind der Auffassung, daß es zur Schaffung einer Alterssicherung für weitere Kreise unseres Volkes genügt, Rahmengesetze zu erlassen, die lediglich eine Verpflichtung zur Altersvorsorge unter bestimmten Mindestbedingungen fordern. Mit einer derartigen „Hilfe zur Selbsthilfe“ wird der Staat unter Wahrung freiheitlicher Grundsätze seiner sozialstaatlichen Verantwortung gerecht. Dem einzelnen wird dabei jener Spielraum verantwortlicher eigener Entscheidung belassen, der den verfassungsmäßigen Grundrechten entspricht. Unbeschadet dessen gehört es zu den vornehmsten Pflichten des sozialen Rechtsstaates, für diejenigen einzutreten, die zur Vorsorge aus eigener Kraft nicht imstande sind.

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

## Spezialklinik zur Vor-, Weiter- und Nachbehandlung von Tumorkranken in Bad Trißl, Gemeinde Oberaudorf, für Kassen- und Privatpatienten

— In Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung  
in Bayern —

Chefarzt: Dr. med. A. Leonhardt, Facharzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe

Anmeldung von Patienten auf vorgedrucktem ärztlichem Befundbericht **ausschließlich** über die Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung, 8000 München 23, Königinstraße 85/IV, zu Händen des Geschäftsführenden Arztes.

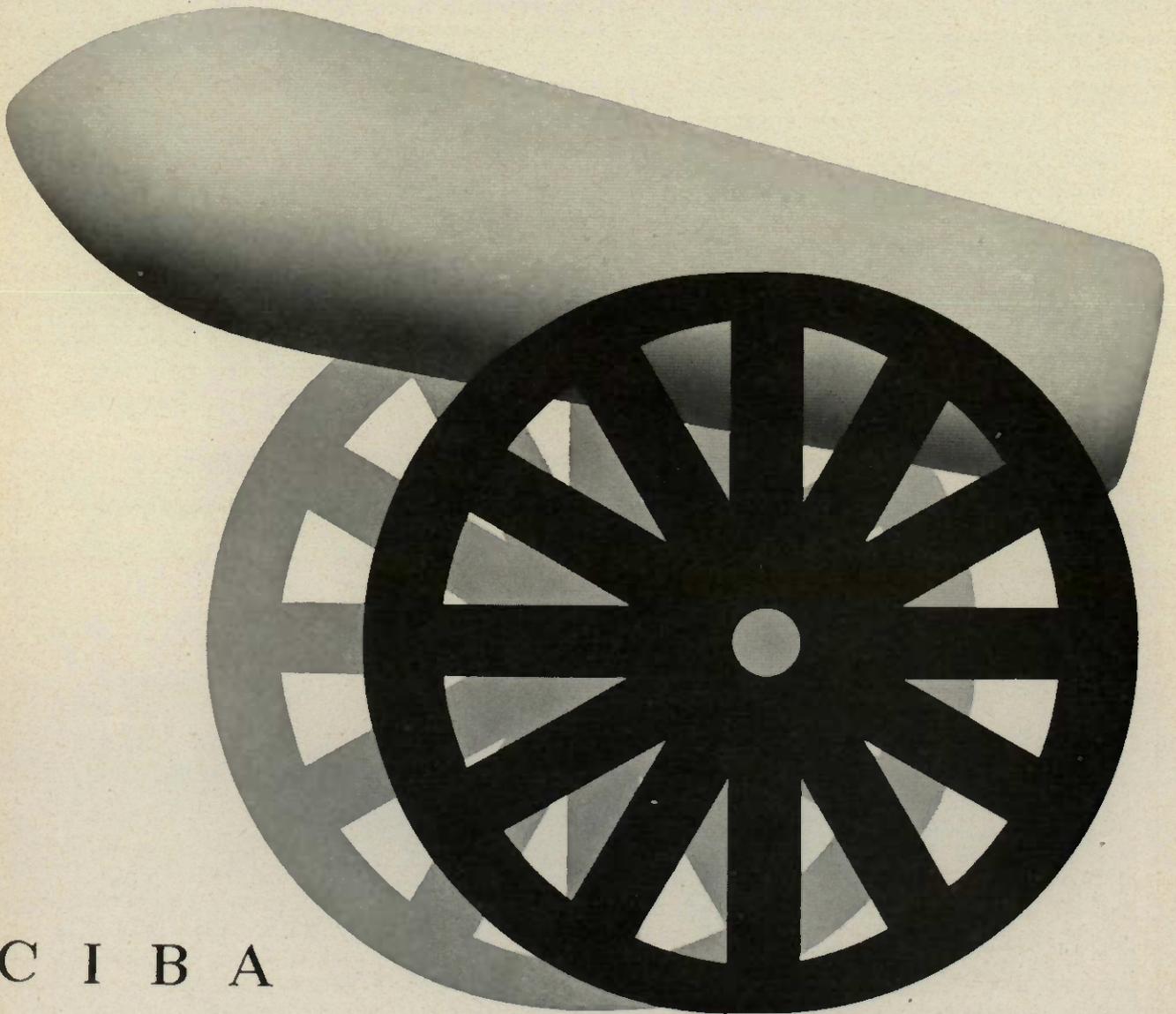
Nach entsprechender Benachrichtigung durch die Arbeitsgemeinschaft Einweisung in die Klinik mit dem üblichen Krankenbaus-Einweisungsschein bzw. einfachem Arztbrief bei Verlegung aus einer anderen Klinik.

Die Formulare für den Befundbericht sind bei der Arbeitsgemeinschaft und bei den Formularausgabestellen der Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns erhältlich.

Gut gerüstet  
gegen  
starke Schmerzen  
und Spasmen mit

# Spasmo-Cibalgin<sup>®</sup>

compositum



C I B A

## AUS DEM STANDESLEBEN

### Das Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

40. Fortbildungskurs — Leitung: Professor Dr. Dietrich J a h n , Nürnberg

(Schluß)

#### 3. Hauptthema: „Vegetative Störungen“

Dr. A. LANDOLT, Zürich:

##### „Fortschritte in der Anatomie des zentralen Nervensystems — das limbische System“

In der neurophysiologischen Forschung um die Sicherstellung der Lokalisation der verschiedenen Hirnfunktionen bemüht man sich heute um die Klärung der Bedeutung des limbischen Systems im Rahmen eines Assoziationszentrums. Zum limbischen System gehören u. a. der Gyrus cinguli, Induseum griseum, Hippokampus, Nucleus amygdalae, die durch Nervenfaserverzüge sowohl untereinander als auch mit den übrigen Hirnarealen direkt oder indirekt anatomisch und funktionell in Verbindung stehen. Die emotionelle Seite der Psyche im Dienste der Selbst- und Arterhaltung wird dorthin projiziert. Durch elektrische Reizung und durch chirurgische Ausschaltung von gewissen Bezirken des limbischen Systems kann bei Versuchstieren ein buntes Spektrum von affektiven Verhaltensweisen hervorgerufen werden. Man findet Bilder von Angst, Aggressivität, Bewegungsdrang, Sexualität oder ruhiger Sicherheit. Ferner können vegetativ innervierte Organe, wie Herz und Blutgefäße, Magen-, Darm- und Urogenitaltrakt, Pupillen, endokrine Drüsen usw., beeinflusst werden. Bisher fehlt allerdings noch eine detaillierte Lokalisation der Reaktionsweisen, was daraus ersichtlich wird, daß scheinbar gleich angelegte Reize in einem Fall Zähmung, im anderen Fall gesteigerte Aggressivität zur Folge hatten. Die Negrikörperchen bei der Tollwut im Hippokampus lassen einen Zusammenhang mit den Affektstörungen wie Bösartigkeit und Wut erklären.

Das Schmerzempfinden wird im Hippokampus gesteuert, so daß man bei Karzinom-Patienten Elektrokoagulationen mit Erfolg durchgeführt hat. Lust- oder Befriedigungsgefühle scheinen ebenfalls möglich, da Ratten mit im limbischen System liegenden Elektroden gelegentlich zu ununterbrochener Selbstausslösung des Reizes durch Pedal neigen. Das Gedächtnis eines Patienten wird nach chirurgischer Entfernung gewisser Hippokampusformationen dahin gehend verändert, daß bei gleichem Intelligenzquotienten wie vor der Operation und vollkommen erhaltenem Altgedächtnis neue Informationen nicht mehr gespeichert werden können. Die Formung stabiler Eindrücke aus den aufgenommenen Sinnesimpulsen ist nicht mehr möglich. Im retikulären System des Hirnstammes, zu dem das limbische System verschiedene Verbindungen besitzt, ist die Regulation des Schlaf-Wach-Rhythmus lokalisiert; entsprechende Einflüsse sind nachgewiesen. Die doppel-läufigen Verbindungen des limbischen Systems mit dem Stirnhirn erklären die Beobachtungen, daß intensive Emotionen sich auf intellektuelle Leistungen und die Gedächtnisfunktion erheblich auswirken, wobei speziell gefühlsbetonte Erfahrungen im positiven und negativen

Sinn den Eingang in unser Gedächtnis wesentlich leichter finden als nicht gefühlsbetonte Informationen.

Professor Dr. H. v. DITFURTH, Mannheim:

##### „Verhaltensphysiologische und allgemein-biologische Aspekte psychovegetativer Syndrome“

Trotz außerordentlicher Bemühungen besteht in der Definition der psychovegetativen Störsyndrome noch große Unsicherheit. Entsprechend existieren gleichermaßen geradezu entgegengesetzte pathogenetische Hypothesen und therapeutische Empfehlungen. Die Schwierigkeiten beginnen bereits bei der definitorischen Abgrenzung des vegetativen oder autonomen vom sog. animalischen Nervensystem. Das Kriterium der unbewußt-selbsttätigen Funktion auf vegetativer Seite gegenüber der bewußten, willentlich herbeigeführten Handlung, läßt z. B. bei der Atmung schon im Stich, die praktisch von beiden Systemen gesteuert werden kann. Ein sicheres Charakteristikum aller als „vegetativ“ bezeichneten Abläufe (z. B. Wachsen, Atmen, Schlaf, Zeugen, Altern) ist, daß sie sich auf dem Boden angeborener Erfahrung vollziehen. Die vegetativen Funktionen ermöglichen erst eine sinnvolle Auseinandersetzung des Organismus mit seiner Umwelt zur Erhaltung der Existenz. Die entsprechenden Reizqualitäten sind z. B. Wärme, Kälte, Hunger, Schmerz, Sättigung und Verlockung. Bei psychovegetativen Störungen wäre nach dieser Definition somit auf der elementaren, vegetativen Ebene die Kommunikation unseres Organismus mit der Umwelt gestört.

Ein weiteres Merkmal vegetativer Vorgänge ist ihre zeitliche Periodik (s. Temperatur, Hormonspiegel usw.). Hierbei ist im allgemeinen ein 24-Stunden-Rhythmus zu erkennen, der jedoch nicht durch äußere Einflüsse, wie z. B. den Tag-Nacht-Wechsel, hervorgerufen wird, sondern eine angeborene Eigenschaft aller lebenden Organismen darstellt, möglicherweise in der Erbanlage fixiert durch Anpassung der Art an die äußeren Bedingungen von Tag und Nacht durch Jahrmillionen. Die tageszeitliche Periodik spielt jedoch die wichtige Rolle eines „Zeitgebers“ mit der Aufgabe, die angeborene endogene Rhythmik in biologisch sinnvoller Weise mit den periodisch wechselnden Umweltbedingungen zu synchronisieren. Entsprechend diesem zweckmäßigen Rhythmus in der Abstimmung zwischen allen Lebewesen und der äußeren Natur sind die einzelnen vegetativen Funktionen untereinander sinnvoll gekoppelt. Somit wird der kommunikative Charakter aller vegetativen Prozesse um so deutlicher.

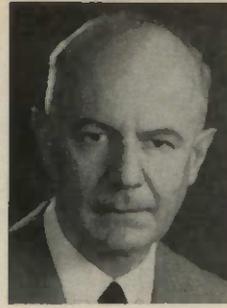
Wird die Synchronisation zwischen endogener Periodik und Tag-Nacht-Rhythmus unterbrochen bzw. phasenverschoben, wofür transkontinentale Flugreisen in Ost-West-Richtung oder umgekehrt ein unfreiwilliges, modernes Experiment darstellen, so dauert die vegetative Neu-Einregulierung mehrere Tage. Die gelöste Kopplung ist spürbar an Abgeschlagenheit und allgemeinem



Dr. A. Landolt  
Zürich



Prof. Dr. H. v. Ditsfurth  
Mannheim



Prof. Dr. L. Delius  
Bad Oeynhausen



Prof. Dr. P. Christian  
Heidelberg

Mißempfinden, eventuell Kopfschmerzen, Schwitzen oder Magen-Darm-Störungen. Die chronische Divergenz zwischen „innerer Zeit“ und Ortszeit bei Flugzeugbesatzungen stellt ein ernstes Problem dar, es resultieren häufig Symptome, die im Rahmen des vegetativen Störungssyndroms bekannt sind. Ein Flug in Nord-Süd-Richtung (z. B. Deutschland—Südafrika) ohne Verschiebung der Ortszeiten löst das beschriebene Syndrom bemerkenswerterweise nicht aus, was für die Richtigkeit besagter Annahme spricht.

Man wird die Vermutung wagen dürfen, daß beim vegetativen Störungssyndrom der vegetative Apparat und auch seine Funktion grundsätzlich gar nicht gestört sind, sondern nur seine Synchronisation, seine Abstimmung mit den Umweltvariablen verlorenging. Die moderne Zivilisation variiert die Konstanz der Umweltbedingungen. So darf es nicht wundern, daß durch Veränderung der Nacht der Schlaf in Mitleidenschaft gezogen wird. Mit zunehmender Zivilisation treten erwartungsgemäß die vegetativen Störungssyndrome mehr und mehr in den Vordergrund.

Professor Dr. L. DELIUS, Bad Oeynhausen:

#### „Allgemeine Krankheitslehre der psychovegetativen Syndrome — Stand und Ausblick“

Hier handelt es sich um das wohl häufigste Krankheitsbild unserer Zeit. Ist es eine psychische oder somatische, eine funktionelle oder eine organische Krankheit? Dem Arzt begegnen erlebte Beschwerden und objektivierbare Symptome im Grenzgebiet des Psychisch-Vegetativen, wobei Psyche und Soma gleichwertig in einem Ergänzungsverhältnis, quasi simultan-korreliert, zueinander stehen. Primär im vegetativen Nervensystem beginnende und ausschließlich hier morphologisch begründete Krankheitseinheiten sind nicht bekannt. Was den vegetativen Störungen aber zugrunde liegt, sind aller Wahrscheinlichkeit nach reversible, nur mäßig von der Norm abweichende Regelvorgänge. Also ist auch die Bezeichnung „funktionell“ zutreffend, jedoch nicht umfassend genug. Kritisch definiert sind psychovegetative Syndrome, Zustandsänderungen des Befindens, des Gesamtverhaltens und der neurohormonal regulierten Körper- bzw. Organfunktionen, welche pathogenetisch zusammengehören und der Gesundheit nachteilig sind. Der Grund und zugleich auch die Wirkung der Störungen bestehen in einer Regulationsleistungsschwäche mit einem somatischen und einem psychischen Aspekt. So kommt es zu anomalen Allgemeingefühlen und Organempfindungen, zu einem erlebten Leidensdruck. Für die Praxis erhebt sich die Forderung einer Zweiseiten-

betrachtung der psychovegetativen Störungen. Die Voraussetzungen dafür liegen einerseits im Verstehen des Mißbefindens und andererseits in der Messung des Fehlverhaltens. Gewisse psychologische Kenntnisse sind allerdings hierfür unumgänglich. Genetisch spielt bei dem psychovegetativen Syndrom ein konstitutionelles Moment eine große Rolle, eine Gegebenheit, die sich aus hereditären und erworbenen Ursachen, aus Erbe und Umwelt formt. Den Mutterboden psychosomatischer Störungen bildet somit die konstitutionsgenetisch bedingte Regulationsschwäche.

Die psychovegetativen Störungssyndrome haben an Häufigkeit relativ zugenommen, sogar in Grönland, so daß eine Abhängigkeit von soziokulturellen Faktoren in Frage gestellt wird. Die größere Häufigkeit bei Frauen ist unumstritten. Je nach Lage des Falles kann mehr die psychische Komponente dominieren (als Extrempsychoneurosen und Hypochondrien) oder die somatische (von rein vegetativ erscheinenden Störungen bis zu organischen Krankheiten). Im Rahmen der ersten Gruppe wären die von einer „Sterbeangst“ und einer sympathiko-kardiovaskulären Erregung geprägten Herzphobien sowie die tetaniformen Krisen, insbesondere wegen ihrer subjektiven Dramatik zu erwähnen. Somatische Faktoren, sowohl angeborene Dispositionen als auch „erworbene“ Noxen, spielen in der Pathogenese der zweiten großen Gruppe eine wichtige Rolle. Bei der Colitis ulcerosa z. B. haben sich theoretisch bemerkenswerte und praktisch wichtige Beziehungen zwischen der modernen Immunologie und der Psychosomatik ergeben.

In der Diagnostik der psychovegetativen Störungen sind anamnestische Fragen über die zeitliche Zuordnung von somatischen und psychischen Entwicklungslinien, die Motivation sekundärer Erlebnisverarbeitung bei Krankheiten sowie das soziale Feld der Familiengeschichte und der Berufsarbeit äußerst aufschlußreich. Gewisse Kenntnisse sowohl der Funktion des limbischen Systems als auch der peripheren vegetativen Rezeptoren sind notwendig. Relativ konstant hat sich an Laborbefunden die ungeklärt niedrige „gebremste“ BSG erwiesen. Organische Krankheiten sind nach Möglichkeit auszuschließen, jedoch ist auch die Verkettung mit Organleiden geläufig. Die Komplementärtherapie fordert die Komplementärtherapie mit Integration medikamentöser, physikalischer und psychologisch orientierter Behandlungsverfahren. Alleinige Rezeptur von Psychopharmaka ist zu vermeiden, sie lähmt eher den Patienten als ihn zu stabilisieren. Die Anleitung zur bewußten Kontrolle des vegetativen Nervensystems sowie zu körperlichen Aktivierungsmaßnahmen bilden die Grundlage der Therapie.

Professor Dr. P. CHRISTIAN, Heidelberg:

**„Symptomatologie, Beurteilung und Prognose der  
Problempatienten in der täglichen Praxis“**

Der Oberbegriff „psychovegetative Syndrome“ umfaßt Regulationsstörungen einzelner Organe oder Organsysteme ohne nachweisbare Organschädigung, verbunden mit verminderter Leistungsfähigkeit und mit einer neurotoiden oder manifest neurotischen Persönlichkeitsstruktur. Unter physikalischen bzw. emotionalen Belastungen werden diese Regulationsstörungen besonders evident, objektivierbar und registrierbar an Veränderungen des Blutdrucks sowie der Puls- und Atemfrequenz. Man unterscheidet bei orthostatischer Belastung eine hypertone von einer hypotonen Regulationsstörung. Im ersten Fall beobachtet man Anstieg des Blutdrucks und der Puls- und Atemfrequenz (sympathiko-vasaler Anfall) in der Regel einhergehend mit starken Angstgefühlen bis zur Sterbeangst, gelegentlich in Kombination mit Kardialgien, die in eine Herzphobie münden können. An Symptomen kennt man weiterhin Spannungsgefühle, Bewegungsdrang, Schlafstörungen, plötzliche Schweißausbrüche, Trockenheit im Hals, Kopfschmerz, vermehrte Reizempfindlichkeit und Affektibilität. Die hypotone Regulationsstörung zeigt ein umgekehrtes Verhalten von Blutdruck und Puls mit gesteigerter körperlicher und geistiger Ermüdbarkeit, Beklemmungsgefühl in der Herzgegend, ungenügendem Blutdruckanstieg bei Belastung und Einschränkung der Leistungs-

breite. Eine der häufigsten vegetativen Regulationsstörungen ist das nervöse Atmungssyndrom. Trotz vermehrter und vertiefter Atemexkursionen haben die Patienten das Zwangsgefühl, nicht richtig durchatmen zu können. Aus der entsprechenden Hyperventilation resultiert ein erniedrigter  $\text{CO}_2$ -Druck im Blut, mit welchem die Hirndurchblutung gekoppelt ist. Zerebrale Minderdurchblutung mit Schwindel und Konzentrationsschwäche ist die Folge.

Als besonderes Syndrom wäre noch das sogenannte hyperkinetische Herzsyndrom mit Dauertachykardie und erhöhtem Herzzeitvolumen zu nennen, das auf  $\beta$ -Rezeptorenblocker gut anspricht.

Entsprechende Messungen der Kreislauffekte hat man auch bei psychischen Belastungen vorgenommen. Dabei hat sich gezeigt, daß sogenannte reine Affekte (Angst, Schreck, suggerierte Angst) weniger wirksam sind als persönlich bedeutsame und im Interview gezielt angerührte Konfliktsituationen. Hier sind recht massive und lang anhaltende vegetative Auswirkungen festzustellen. Geistige Belastungen, wie Rechen- und Konzentrationsleistungsteste, führen bereits zu einem deutlichen Anstieg der Kreislaufgrößen, unerwünschte Störungen (Besuch, Telefonanruf), verstärken jedoch die Auswirkung (Beispiel des Lee-Effekts). Bezüglich der Prognose der vegetativen Dystonie hat man an umfangreichen katamnestischen Erhebungen über 20 Jahre nachgewiesen, daß die Lebenserwartung gegenüber einem Kontrollkollektiv eindeutig höher sei. Die vermutete häufigere Entwicklung organischer Lei-



# Pernionin®

## Pernionin®-Salbe

Durchblutungssteigernde u. gewebsregenerierende Frostsalbe

## Pernionin®-Teil-Bad

Periphere und lokale Durchblutungsstörungen, z. B. Akroparoesthenen, Brachiolegia 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

den (einschließlich Herzleiden, Infarkt) muß verneint werden. Aus psychologischen Gründen sollte der Patient von diesem Sachverhalt unterrichtet werden, da die Mehrzahl der Patienten auf alleinige medikamentöse Therapie nicht anspricht. Physikalische Therapie, Umstellung der Lebensweise und Trainingsmethoden erbrachten bessere Ergebnisse. Der Erfolg der angeführten Therapiearten tritt jedoch gegenüber Remissionen zurück, die allein schon durch positive Veränderungen im familiären Bereich, sozialen Aufstieg und berufliche Besserstellung bewirkt werden.

Privatdozent Dr. B. STAEHELIN, Zürich:

#### „Fortschritte in der Therapie psychosomatischer Störungen“

Ein medizinpsychologisches Menschenverständnis ohne Berücksichtigung der überräumzeitlichen Dimension des Menschen ist auf die Dauer nicht haltbar. Die heutige Zeit, so auch die Medizin als Wissenschaft, haben das Verständnis für das Unbedingte eingebüßt, d. h., es fehlt ihnen die Sicht für die zweite Wirklichkeit der Natur des Menschen. Unter dieser zweiten Wirklichkeit faßt man all das am Menschen zusammen, was nicht nur seiner Erfahrungsfähigkeit vom Unbedingten, Ewigen, vom Sein, vom Göttlichen entspricht, sondern was er an individueller Ausprägung von diesem letzten Unbedingten selbst ist. Diese zweite Dimension ist der tatsächliche Bestandteil der Tiefe des Wesens eines jeden Menschen und macht die menschliche Natur erst aus. Hier handelt es sich um medizin-psychologisch erfaßbare Tatsachen, ohne in den Raum der Theologie oder Philosophie abgleiten zu müssen. Prinzipielle Fortschritte in der Therapie psychosomatischer Störungen sind erst dann zu erwarten, wenn man nicht nur die eine Hälfte des Menschen erfaßt, die erste materialistische Wirklichkeit, die biologisch-individuelle Dimension mit dem Bedingtheitsein in Raum und Zeit, sondern diese zweite Wirklichkeit als gleichberechtigt akzeptiert und sie nicht wie Sigmund FREUD als wissenschaftsunwürdige, infantile Illusion belächelt. Über Psychoanalyse und Daseinsanalyse hinaus soll diese zweite Dimension im Rahmen einer Wirklichkeitsanalyse zunehmend erforscht werden. Erst wenn es gelingt, den Menschen in seiner Ganzheit zu erkennen, wird eine verantwortungsbewußte Psychotherapie möglich, deren Ziel es sein soll, die erste Wirklichkeit des Patienten, seine Alltagsbewährung wiederherzustellen, damit sie Form und Gefäß werde, in der sich die zweite Wirklichkeit des Menschen gestalten kann mit individueller Ausformung des Unbedingten. Die gängigen psychotherapeutischen Methoden wollen dem Kranken helfen, ein geordnetes soziales und emotionales Leben in seinem Alltag aufzubauen, ihn realitätsangepaßt, arbeitsfähig und genüßfähig zu machen (Sigmund Freud). Die Daseinsanalyse stellt ihr Ziel mehr in den Dienst der Entfaltung wesenseigener Möglichkeiten. Die wirklichkeitsgemäße Psychotherapie hingegen fordert noch mehr, sie sucht die bewußte Verwurzelung eines Patienten in seiner überräumzeitlichen Dimension und bannt die Gefahr der Sinnentleerung, der Seinsvergessenheit, der Entwurzelung und der Nivellierung.

Für weitaus die meisten Patienten genügt es, wenn sie wieder eine gesunde Form ihrer Alltagsbewährung erreichen. Ihnen eine Sicht und eine Stimmung aufzudrängen, die ihnen nicht ein tiefes wesenseigenes An-

liegen sind, ist sicher ein ärztlicher Kunstfehler. Nur bei etwa 20% der Patienten ist ein bewußtes Erarbeiten der zweiten Wirklichkeit im Hinblick auf Erfolgsaussichten unumgänglich.

Professor Dr. K. DONAT, Hamburg-Eppendorf:

#### „Beurteilung, Differenzierung und Behandlung von nichtorganischen Kreislaufstörungen“

Kliniker schätzen den Anteil ihrer Herz- und Kreislauf-Patienten, deren Beschwerden ohne Organbefund auf vegetative Regulationsstörungen zurückzuführen sind, auf 20—50%, im Durchschnitt etwa ein Drittel. Die subtraktive Diagnostik per exclusionem (findet man keine morphologischen Abweichungen, so nimmt man eine vegetative Störung an) sowie die vorschnelle Etikettierung eines Beschwerdebildes mit einer morphologisch determinierten Diagnose führen auf Irrwege. Man hüte sich vor Überbewertung scheinbar pathologischer Herzbefunde. Nicht jedes Herzgeräusch, nicht jeder abnorme Ekg-Befund, nicht jeder ungewöhnliche Blutdruckwert sind Symptome einer organischen Erkrankung. Die Alternative somatisch oder psychisch, morphologisch oder funktionell ist nicht real. Bei jeder somatisch bedingten Erkrankung stellen sich auch psychische Alterationen ein und jede Organläsion führt letzten Endes zur Änderung der Funktion und somit zu Abweichungen im Zusammenspiel der vegetativen Regelsysteme. Das Ausmaß der Funktionsänderung wird naturgemäß nicht nur von der Stärke der Störfaktoren im somatischen und/oder psychischen Bereich abhängig sein, sondern ebenso von der Güte der Regelsysteme. Somit werden vegetative Kreislaufstörungen als Fehlregulationen des Kreislaufs und des Herzens definiert, die für die aktuelle optimale Funktion des Gesamtorganismus nachteilig sind, ausgelöst entweder durch psychische oder somatische Störfaktoren und begünstigt durch entsprechende Konstitution. Als typisches Beispiel wäre die paroxysmale Tachykardie zu nennen (vegetative Impulse, übererregbares heterotopes Reizbildungszentrum). Die Therapie muß je nach zu differenzierender Situation mehr auf zentrale Sedierung oder auf einen kardialen Angriffspunkt gerichtet sein. In der Diagnostik und Behandlung von Kreislaufstörungen, wobei Organläsionen und vegetative Einflüsse nebeneinander wirksam werden können, kommt es auf die Beurteilung des Anteils jeder Komponente an sowie auf die Abschätzung des Kompensationsgrades (z. B. hämodynamisch unwirksamer Herzklappenfehler mit vegetativer Begleitsymptomatik als Folge des Wissens um die Diagnose).

Bei Tachykardien sind u. a. ursächlich zu unterscheiden: affektiver Antrieb (Liebe, Leid, Angst), heterotope Reizbildung, humorale Einflüsse, Trainingsmangel, Anämie, Herzinsuffizienz usw.

Die adäquate Wertung des Blutdrucks ist offenbar ein besonderes Problem. Eine sichere Differenzierung zwischen der Situationshypertonie und einer echten essentiellen Hypertonie ist im Grunde erst dann möglich, wenn schon sekundäre Folgen einer Druckbelastung am Herzen und an den Gefäßen nachweisbar sind. Eine renale Hypertonie ist auszuschließen. Das Orthostase-Syndrom beweist eine Regulationschwäche des peripheren Kreislaufs. Zu unterscheiden sind außerdem arterielle Zentralisation sowie venöse Rück-

# Fortschrittliche Rheuma-Therapie mit Dipyron®

Voraussetzung für eine erfolgreiche Rheuma-Therapie ist die Berücksichtigung der Forderungen nach Hyperämie und intensiver Analgesie. Dazu gehören ferner Beseitigung der Entzündung und Auflösung der Fibrinablagerungen. Durch seine Zusammensetzung erfüllt Dipyron diese Bedingungen.

## Was sagen Klinik und Praxis über Dipyron?

**In WIEN:** „... Besonders gut sprachen beim *Zervikalsyndrom* die radikulären Reizerscheinungen und die vasovegetativen Symptome auf die Dipyron-Behandlung an. ... erklärbar durch Behebung ausgeprägter Durchblutungsstörungen in der umgebenden Muskulatur.“ (W. BLUMENCRON, „Der Praktische Arzt“, 1966)

**In MÜNCHEN:** „... Besonders gut war der Therapieerfolg bei den an *Periarthritis humeroscapularis* Erkrankten. ... Die prompte Wirkung des Medikaments war auch bei den Lumbago-kranken subjektiv besonders auffallend...“ (A. MAAS, „Ärztliche Praxis“, 1966)

**In WÜRZBURG:** „In Fällen chronisch rezidivierender *Ishialgien* ... normalisierten sich ... nach Redressement in Narkose ... die Verhältnisse nur langsam. Nach 14-tägiger Medikation (mit Dipyron) ergaben die Nachuntersuchungen, daß die entzündungshemmende und durchblutungsfördernde Komponente des Medikaments geeignet war, dem kompressionsbedingten Wurzelödem entgegenzuwirken und eine beschleunigte Regeneration der Spinalwurzel herbeizuführen.“

(G. MOLZEN, „Medizinische Klinik“, 1967)

**In HAMBURG:** „*Schultersteifen* mit oder ohne Veränderungen der Halswirbelsäule standen im Vordergrund. In zahlreichen Fällen war die Erkrankung ... bei stundenlangem angespanntem Sitzen hinter dem Steuer auf der Autobahn aufgetreten. Behandlungsergebnisse: In 10 Fällen trat bereits in den ersten Tagen der Dipyron-Medikation eine völlige bis weitgehende Beschwerdefreiheit und ein Wiedergewinn der Beweglichkeit des Gelenkes in seinem gesamten Bewegungsumfang auf.“

(H. EHRENBERG, „Ärztliche Praxis“, 1964)

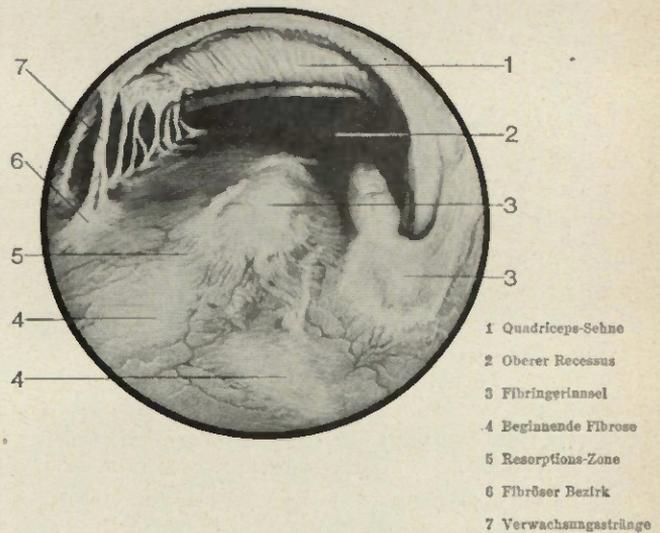
**In DÜSSELDORF:** „Die bei *zervikalen Schäden* häufig geklagten Parästhesien der Hände und Arme sprachen auf die Behandlung ebenfalls recht gut an. Bei sieben Fällen von *Periarthritis humeroscapularis* hat die Dipyron-Behandlung in keinem Falle versagt.“

(H. SÜTTINGER, „Der Landarzt“, 1963)

## Wie wirkt Dipyron?

Heilende Hyperämie für Gelenk und Muskel direkt von innen, intensive Analgesie vom Blutstrom her und Unterstützung des Abbaus fibrinoider Ablagerungen.

## Der Wirkort von Dipyron



Arthroskopisches Bild des rechten Kniegelenks bei primär chronischer Polyarthritis: Fibringerinnsel auf der Synovia, von einem entzündlichen Granulationsgewebe durchsetzt. Alle Stadien der Organisation und Resorption des Fibrins durch die wuchernde Synovia sind zu erkennen (VAUBEL).

## Bestätigt die Grundlagenforschung diese therapeutische Konzeption?

„Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie“ von H. HAMPERL, Bonn:

„Die Fibrindurehränkung der kollagenen Fasern sieht man besonders deutlich im rheumatischen Granulom. Wenn die Auflösung der Fibrinfäden durch Zellfermente ausbleibt, kann das liegenbleibende Fibrin nur im Rahmen einer länger dauernden Entzündung weggesehafft werden. Es wirkt wie ein Fremdkörper und unterhält die Entzündung, als deren Produkt es entstanden ist.“

„Die Röntgendiagnostik der Periarthrosen und der Periarthritis“

von A. LEB, „Fortsehr. Röntgenstr.“:

„Im Bereich arthrotischer Kniegelenke ist mit der Serien-Angiographie eine verminderte Blutfüllung der Kollateralen einwandfrei festzustellen.“

„Wie drückt die Hyperergische Gewebsschädigung den klinischen Bildern der chronischen rheumatischen Infektarthritis ihr Gepräge auf“ von G. EDSTRÖM, „Zeitsehr. für Rheumaforsch.“. Es wird gezeigt, daß der Sauerstoffverbrauch in den Myogelosen der gelenknahen Muskulatur vermindert ist.

**Dipyron - eine sinnvolle therapeutische Konzeption.**

Hersteller: JOHANN A. WÜLFING · DÜSSELDORF



Priv.-Doz.  
Dr. B. Staehelin, Zürich



Priv.-Doz. Dr. W. Dölle  
Marburg

flußstörungen (mangelnder Venentonus, Varikosis). Schließlich seien noch die parakardialen Dysästhesien wegen ihrer Häufigkeit zu erwähnen, charakterisiert durch vorwiegend in Ruhe auftretende subjektive Mißempfindungen in der linken Thoraxhälfte. Bei der echten Angina pectoris imponiert das anfallsartige Auftreten im Zusammenhang mit körperlicher Belastung.

Vegetative Kreislaufstörungen fordern eine sinnvolle polypragmatische Therapie der Teilfaktoren mit dem Ziel der Kompensation. In Frage kommen einerseits Kreislaufstimulanzien und Vasotonika,  $\alpha$ -Rezeptorenblocker, eventuell Mineralokortikoide, andererseits Sedativa und  $\beta$ -Rezeptorenblocker. Die medikamentöse Therapie kann nur symptomatisch wirksam sein. Es kann sich die Funktion normalisieren, besonders wenn dem Patienten durch Symptomunterdrückung die Sorge vor einer ernsthaften Krankheit genommen ist. Weitaus wichtiger und auf die Dauer erfolgreicher ist die physikalische Therapie, die allerdings auch unbequemer ist. Prinzipiell soll hierbei durch Training des Herz-Kreislauf-Systems und der Skelettmuskulatur im Sinne einer heilsamen Störwirkung die Regulation beansprucht werden, so daß sich bei steigender Belastbarkeit die Funktion normalisiert und stabilisiert. Zu empfehlen sind körperliche Anstrengungen, Sport, Gymnastik, Anwendung von Wärme und Kälte, von Bädern und Massagen. Schließlich die psychische Behandlung des Patienten reicht von der aufklärenden Aussprache mit dem Arzt bis zur Psychotherapie durch einen geschulten Spezialisten. Ob es dann immer gelingt, eine echte Dauerheilung zu erzielen, bleibt ungewiß. Was aber durch die vielschichtige Therapie erreicht werden kann, ist eine hinreichende Kompensation, ein Leben mit einem zwar konstitutionell labilen Nervensystem, aber ohne wesentlichen Leidensdruck.

Privatdozent Dr. W. DÖLLE, Marburg:

#### „Psychovegetative Syndrome im Gastro-Intestinalbereich in Diagnostik und Therapie“

Eines der führenden Symptome im Rahmen der funktionellen Krankheitsbilder des Magen-Darm-Traktes ist der viszerale Schmerz als Ausdruck der „Dyskinesien“. Dieser Schmerz wird bewirkt durch Kontraktion der glatten Muskulatur eines Hohlorgans gegen den Inhalt oder durch Ausdehnung des Inhalts gegen eine tonisch-statische Muskulatur. Die Auslösung des dyskinetischen Mechanismus erfolgt durch neuromuskuläre Irritation, wobei eine emotionelle Spannung zur Auslösung genügen kann. Der Schmerz kann brennend oder krampfartig sein, er kann als Völle- oder Schwere-

gefühl besonders im Oberbauch beschrieben werden und mit Erbrechen, Diarrhoe oder Schweißausbruch einhergehen. Er hält selten bis zu einer Stunde an und ist an- und abschwellend. Weitere Symptome funktioneller Störungen sind Mißempfindungen wie das Globus-Syndrom, Sodbrennen und Tenesmen. Bei der Diagnostik derartiger Irritationen spielt die wiederholte Anamnese durch einen neutral beobachtenden Arzt eine entscheidende Rolle. Selbstverständlich ist nach organischen Ursachen zu forschen, wobei Duodenaldivertikel, Malrotation, Verwachsungen usw. wahrscheinlich eine untergeordnete Rolle spielen. Kleine Psychotherapie mit dem Ziel, dem Patienten die Zusammenhänge mit äußeren Umständen und Problemen klarzumachen, bringt in vielen Fällen Erfolg. Oft jedoch ist zusätzliche medikamentöse Therapie mit Sedativa, Anticholinergika und Psychopharmaka sowie der Einsatz physikalischer Maßnahmen unumgänglich, um für den Patienten einen Modus vivendi zu finden.

Auf eines der häufigsten funktionell bedingten Krankheitsbilder auf gastroenterologischem Gebiet, das „reizbare Kolon“, soll als repräsentatives Beispiel näher eingegangen werden. Man unterscheidet zwei Hauptformen:

1. Das spastische Kolon mit Schmerz, Obstipation, Schafkot- oder Bleistiftstuhl und manchmal Schleimabgang,
2. die emotionelle Diarrhoe ohne Schmerzen mit breigen oder wäßrigen, blutfreien Stühlen.

Mit Kolitis hat das irritable Kolon nichts zu tun, da per definitionem jegliche Entzündung fehlt. Frauen sollen fast doppelt so häufig daran leiden als Männer. Als auslösende Ursachen findet man meist psychologische Konflikte. Ohne eine besondere Persönlichkeitsstruktur zu erkennen, sind doch folgende Merkmale bei entsprechenden Patienten mehrfach vorhanden: Emotionell, gespannt, penibel, gewissenhaft, introspektiv, neurasthenisch, unter Druck stehend. Die anamnestische Angabe von Speisenunverträglichkeit entspringt oft dem Kausalitätsbedürfnis der Kranken. Besonders saure Früchte werden angeschuldigt. Gar nicht so selten beginnt das Syndrom des reizbaren Kolons nach einer infektiösen Dickdarmerkrankung. Der Allgemeinzustand des Patienten ist in der Regel gut, eventuell Druckschmerz über einem Teil oder dem gesamten Kolon, gelegentlich walzenförmige Resistenz, oft Befunde einer vegetativen Labilität (Schlaflosigkeit, Müdigkeit, Leistungsschwäche, Kopfschmerz usw.). Zu den notwendigen Untersuchungen gehört die Bestimmung von Hb und BSG, Rektoskopie, Kolon-Kontrasteinlauf, Stuhlbetrachtung und Ausschluß von Blutbeimengungen, die nur sehr selten vorkommen.

Bei der Therapie des spastischen Kolons beginnt man mit Vermeidung erfahrungsgemäß unverträglicher sowie zu heißer oder zu kalter Speisen. Weiterhin kommen in Frage: milde Laxierung, Sedativa und Anticholinergika sowie „kleine Psychotherapie“ mit dem Versuch der Regulierung von Konflikten. Die Behandlung der emotionellen Diarrhoe fordert ungefähr gleiche Voraussetzungen: flüssigkeitsarme Kost, Rauch- und Alkoholverbot und ein Stopfpulver.

Die Prognose ist gut für die einzelne Attacke, Rückfälle sind jedoch häufig. Die Diarrhoe hat eine bessere Prognose als das spastische Kolon, die Lebenserwartungen werden nicht beeinträchtigt.

### Der unwahre Bericht der „Quick“

Die Illustrierte „Quick“ beschäftigte sich in ihrer Nummer 2 vom 8. Januar 1969 unter der irreführenden Überschrift „Skandal um Krebsklinik“ mit der auf Initiative der Bayerischen Landesärztekammer geschaffenen und von der Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung betreuten Klinik für Tumorkranke in Bad Trißl. Die sicher mit Absicht so gewählte Überschrift wäre selbst dann nicht berechtigt, wenn der Inhalt des Artikels wahr wäre. Das ist jedoch nicht der Fall. So war z. B. die als Kronzeugin benannte Patientin „Hausfrau Johanna S. aus Colmar (Elsaß)“ niemals Patientin in der Klinik, das abgebildete Haus stellt nicht die Klinik dar, sondern das Privathaus des entlassenen Chefarztes — und so geht es in diesem Artikel mit den Unwahrheiten weiter. Das „Deutsche Ärzteblatt“ wird demnächst darüber berichten.

### Nachtrag zur Berichterstattung über den 21. Bayerischen Ärztetag

Der Bayerische Ärztetag hat zwei Anregungen zugestimmt, welche der Delegierte Dr. LIEBL vorgetragen hat:

1. Unter dem Vorsitz der Bundesärztekammer soll eine Vereinbarung der Kinderchirurgen mit den operativen Fächern über die Teilgebietsabgrenzung der Kinderchirurgie erstellt werden.
2. Der Ärztetag regt an, baldmöglichst Verhandlungen mit dem Ziel der Einführung einer Zusatzbezeichnung „Unfallbehandlung“ aufzunehmen.

Beide Anregungen werden von der Bayerischen Landesärztekammer weiter verfolgt.

### Neue Dienstzeitregelung für die Geschäftsstelle der Kammer

Infolge der am 1. Januar 1969 in Kraft getretenen Verkürzung der Arbeitszeit im öffentlichen Dienst ergibt sich für die Geschäftsstelle der Kammer folgende neue Dienstzeitregelung:

Montag mit Donnerstag	7.30—16.45 Uhr
Freitag	7.30—16.00 Uhr

Im Interesse der Erledigung des sehr umfangreichen Schriftverkehrs werden alle Kolleginnen und Kollegen gebeten, die zwischen 8.30 und 13.00 Uhr angesetzte Sprechzeit möglichst zu beachten.

### Festsitzung der Medizinischen Gesellschaft Augsburg

Zu Ehren von Hofrat Friedrich Hessing anlässlich des 100jährigen Bestehens der Orthopädischen Anstalten in Göggingen

An die 300 Personen, vorwiegend Ärzte, waren der Einladung der Medizinischen Gesellschaft gefolgt, um einen Orthopädiemechaniker zu ehren.

Professor Dr. A. STÖTTER, Vorsitzender der Medizinischen Gesellschaft, begrüßte die anwesenden Mitglieder und Gäste, Vertreter des Staates, der Stadt und der Kirche, sowie auch Vertreter der hier ebenfalls beteiligten Berufsgruppe Orthopädiemechaniker mit herzlichen Worten. Professor Dr. HOHMANN, Altmeister der Orthopädie, hatte es sich nicht nehmen lassen, eigens zu dieser Feier aus seinem Ruhesitz in Oberbayern zu kommen. Er gab einen kurzen Überblick über die Entwicklung der Orthopädie und zog Parallelen zwischen HESSING und HEINE, die sich beide auf unwissenschaftlichen Wegen dem Fortschritt widmeten und beide von ihren Zeitgenossen viel angefeindet wurden.

Professor Dr. GIULIANI, Chefarzt der HESSINGSchen Klinik in Augsburg-Göggingen, schilderte den Lebensweg HESSINGS, seine Ideen, und zeigte deren Verwirklichung. Als 13. Kind einer einfachen Familie auf dem Lande stand ihm vorerst nur eine Handwerkslehre offen. Doch die Schreinerei konnte ihn bei seinem Gedanken- und Ideenreichtum allein nicht fesseln. Auf sein ständiges Drängen hin ließ man ihm eine weitere, eine Instrumentenbaulehre zuteil werden. Noch heute steht ein von ihm selbst erbautes Harmonium in den HESSINGSchen Anstalten in Göggingen. Die Mechanik ist es, die sein Denken ausfüllt. Er wendet sich mit seinen konstruktiven Planungen einem neuen Objekt, dem körperlich behinderten Menschen zu, und sinnt auf Möglichkeiten, ohne Operation, auf mechanischem Wege, mittels eigens konstruierter Apparate, diesen Menschen zu helfen. Von der Praxis her verstand er es, mit Holz, Metall, Leim, Leinwand und anderen notwendigen Utensilien umzugehen. Durch Stipendien erreicht er eine weitere Fachausbildung und widmet sich danach ganz dem kranken, dem körperlich behinderten Menschen. Vor 100 Jahren kam es zur Gründung der HESSINGSchen Anstalten in Göggingen, die am 25. 12. 1868 ihre Pforten öffneten. Die ärztliche Leitung lag in den Händen von Dr. KERSCHENSTEINER. Hier entstanden, nur aus Beobachtung und praktischen Konstruktionen, viele seiner in der Grundidee heute noch an-

mehrgleisige  
ferment-  
therapie eupeptum

Oberbauchstörungen  
Meteorismus  
Dyskinesien

C. P. 24 Dropes  
C. P. 100 Dropes  
außerdem Anstaltspodungen

IFAH GM8H HAM8URG 22

# AMPHODYN *retard*

neu



**eine  
morgens  
genügt**

um die schwierige Phase  
des  
»Orthostatikers«  
und  
»Kreislaufschwächlings«  
zu überbrücken

... die  
wenigsten  
brauchen  
mittags  
eine zweite!



München 23

Amphodyn retard enthält je Kapsel:  
150 mg Roßkastanienextrakt (= 25 mg Aescin)  
20 mg Etilerfrin

gewandten Apparate, der HESSINGSche Schuh, das Stützkorsett, der Schienenhülsenapparat usw. Von hier aus wurden die Patienten dann in weitere Kuranstalten zur Nachbehandlung geschickt. Wenn man heute die Aufzeichnungen, Abbildungen durchsieht, muß man staunen, mit welch modernen Ideen HESSING die Menschen dem Leben wieder zugeführt hat. Ohne die Schlagworte, die heute in aller Munde sind, überhaupt zu kennen, führte er bereits eine Ganzheitstherapie, eine Beschäftigungstherapie und eine Rehabilitation durch. Er stärkte mit gesunder Kost, Bewegung in frischer Luft den ganzen Organismus, ließ Gruppensport und Rasenspiele durchführen. Trotz vieler Anfeindungen, die ihn von seiten der Schulmedizin erreichten, erkannten große Ärzte, daß seine Konstruktionen, z. B. seine orthopädischen Einlagen, „geradezu die Grundlage der sozialen Existenz des Kranken“ sind, wie es in einem 50 Jahre alten Lehrbuch der Chirurgie heißt.

Zahlreiche Prominente, Mitglieder europäischer Fürstenthäuser, gehörten zu seinen Patienten. So erlangte er noch zu Lebzeiten Anerkennung, u. a. den Hofratstitel. Sein Werk hat sein Leben überdauert. Dr. GIULIANI schloß mit warmen Worten seinen Bericht über das Leben eines Mannes, der diese Ehrung und Anerkennung verdient hat.

Höhepunkt der Festsitzung war der Vortrag „Kunst und Medizin“ von Professor Dr. SCHADEWALDT, Düsseldorf. Nach einführenden Worten über das Einmalige, die Unwiederholbarkeit in der Kunst und die individuelle subjektive Sicht des Künstlers gab er in einer Fülle von ausgezeichnet ausgewählten Wiedergaben berühmter Plastiken, Gemälden, Radierungen u. a. m. Querschnitte zu den Themen Künstler-Arzt und Künstler-Patient bzw. Krankheit durch die Jahrhunderte. Die Arztporträts reichten von der unpersönlichen, idealisierten Hippokrates-Büste bis zur wirklichkeitstreuen Wiedergabe von Helmholz oder Hoffmann (Struwelpeter). Im zweiten Querschnitt sah man die Krankheit, das Leiden als solches, aber auch den Arzt aus der Perspektive des Patienten. Man gewann kulturhistorische Einblicke in das Leben und die Krankheiten früherer Jahrhunderte, sah Darstellungen einer Pestwelle, Lepröser, ja erstaunlicherweise sogar im Mittelalter bereits in der Kunst dargestellte Dismelie-Kinder.

Die ebenfalls mit Dias untermalte Lebensschilderung HESSINGS sowie die kaleidoskopartig vorgebrachte Darstellung „Kunst und Medizin“, beispiellos fesselnd interpretiert von Professor SCHADEWALDT, ließen den Abend zu einem wissenschaftlichen Erlebnis, zugleich zu einem künstlerischen Genuß werden.

Dr. Thea Müller-Kamerhuis, München

## Dringlich zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

### Mittelfranken

**Dürrwangen:** 1 Allgemeinpraktiker

**Emskirchen:** 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um die Errichtung einer zusätzlichen dritten Kassenarztstelle für einen Praktischen Arzt. Einer der bisher in Emskirchen tätigen Ärzte ist derzeit für längere Zeit aus Gesundheitsgründen an der Ausübung seiner Kassenpraxis verhindert und wird auch nach Wiederherstellung der Gesundheit seine große Kassenpraxis nicht mehr im seitherigen Umfang weiterführen können. Der noch in Emskirchen tätige zweite Praktische Arzt ist allein durch seine eigene große Kassenpraxis schon überlastet.

**Hersbruck:** 1 Facharzt für Augenkrankheiten

Es handelt sich um einen alten Kassenarztsitz, der durch Verzicht des bisherigen Augenarztes frei geworden ist. Am Kreis Krankenhaus Hersbruck besteht die Möglichkeit, Belegbetten zu erhalten.

**Markt Erlbach, Lkr. Neustadt/Aisch:** 1 Allgemeinpraktiker

**Weldenbach-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.

### Niederbayern

**Frauenau, Lkr. Regen (Bayer. Wald):** 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um eine durch Tod des Praxisinhabers frei gewordene Kassenarztstelle. Frauenau hat ca. 3700 Einwohner und ein großes Einzugsgebiet. Am Ort ist ein zweiter Praktiker niedergelassen.

**Mengkofen, Lkr. Dingolfing:** 1 Allgemeinpraktiker

Mengkofen hat ein Einzugsgebiet von ca. 4000 Einwohnern. Durch den Tod von 2 Allgemeinpraktikern ist der Ort derzeit ohne Kassenarzt. Das Haus des im Juli 1968 verstorbenen Kollegen kann gemietet oder eventuell käuflich erworben werden.

**Wegscheid (Bayer. Wald):** 1 Allgemeinpraktiker

Wegscheid ist eine Marktgemeinde im unteren Bayerischen Wald mit einem ärztlichen Einzugsgebiet von rund 4000 Einwohnern. Am Krankenhaus ist ein chirurgischer und internistischer Chefarzt tätig. Der einzige Allgemeinpraktiker mit einer umfangreichen Kassenpraxis ist am 7. 9. 1968 verstorben. Die Gemeinde Wegscheid ist bei der Beschaffung von Wohn- und Praxisräumen behilflich.

(Fortsetzung Seite 56)

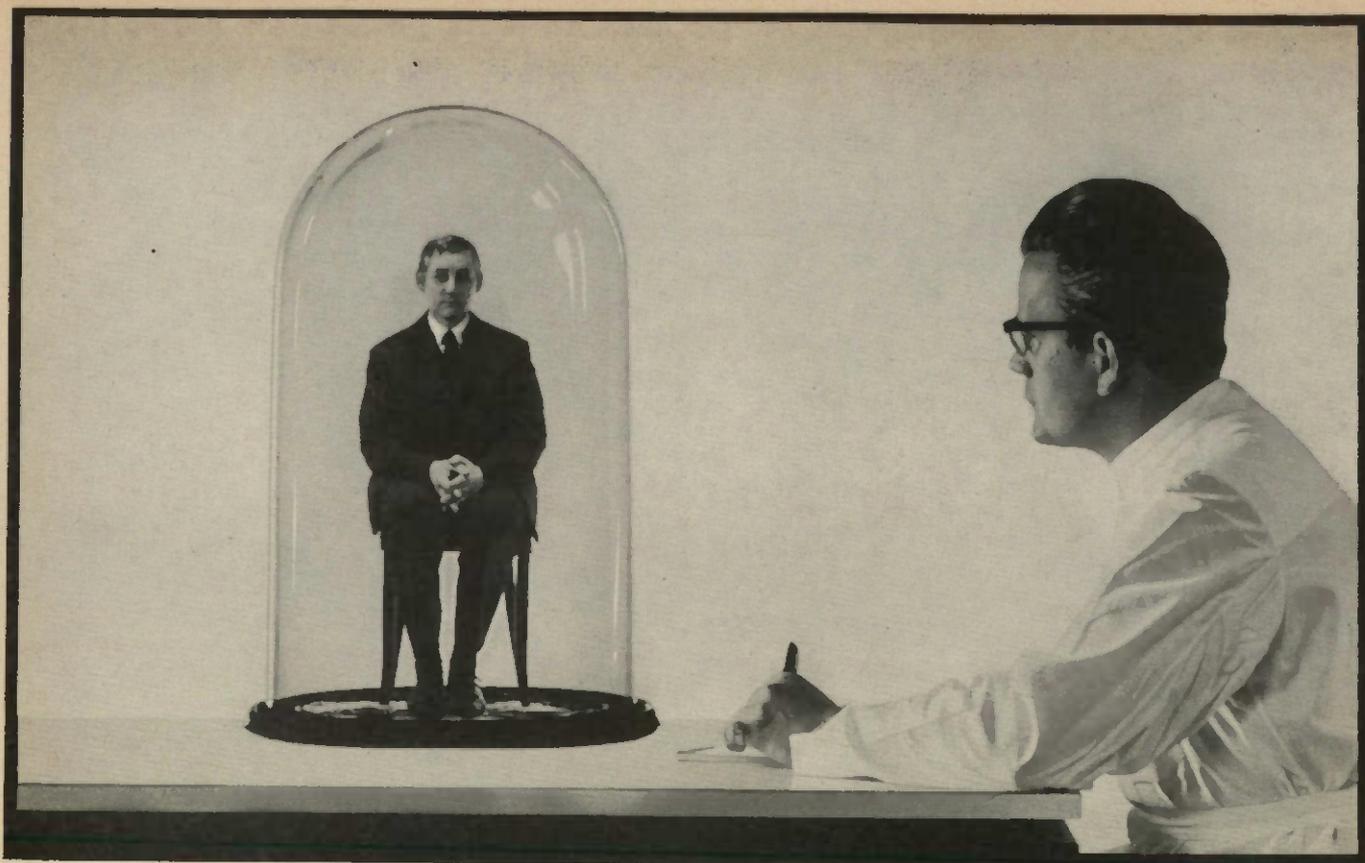
## Klinischer Fortbildungskurs

In der Chirurgischen Klinik und Poliklinik r. d. Isar der Technischen Hochschule München findet unter der Leitung von Herrn Direktor Professor Dr. Maurer

vom 17.—21. Februar 1969

ein Fortbildungskurs statt.

Auskunft und Anmeldung: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85, Telefon 36 11 21 (App. 26)



## **DER V-PATIENT**

### **ERKENNEN SIE IHN?**

V

In jedem Lebensalter gibt es Perioden der **VULNERABILITÄT**, in denen außergewöhnliche Belastungen zu einer Reduzierung der Widerstandskraft des Individuums gegenüber exogenen und endogenen Noxen führen. In solchen Perioden ist der Bedarf an Vitalstoffen (d.h. an Vitaminen, mineralischen Grundstoffen, Spurenelementen) stark erhöht.

Diese Substanzen steigern über den Intermediärstoffwechsel die Energieproduktion. Es ist nachgewiesen worden, daß bereits bestehende Hypovitaminosen die Vitaminresorption beeinträchtigen. Die fehlenden Vitamine müssen daher in erhöhten Dosen zugeführt werden, um trotz der eingeschränkten Resorption die Aufnahme ausreichender Mengen zu gewährleisten.

# **SUPRADYN<sup>®</sup>**

**VITAMINE IN HOHER DOSIERUNG SOWIE MINERALISCHE GRUNDSTOFFE  
UND SPURENELEMENTE IN AUSGEWOGENER KOMBINATION**

**10 UND 20 KAPSELN, 10 BRAUSETABLETTEN**

**DER V-PATIENT  
IM KINDESALTER**



**VULNERABEL DURCH:**

Appetitlosigkeit, ein Signal zu erhöhter Aufmerksamkeit. — Wachstumschübe. Sie beanspruchen den Stoffwechsel in besonderem Maße. — Fieberhafte Erkrankungen. Sie belasten vor allem den Vitaminhaushalt.

**DER V-PATIENT  
IM JUGENDALTER**



**VULNERABEL DURCH:**

Körperliche und geistige Überanstrengung, wie sie exzessiver Sport und Prüfungen mit sich bringen.

**DER V-PATIENT  
IM BERUFSALTER**



**VULNERABEL DURCH:**

Starke körperliche und geistige Beanspruchung im Beruf: Gefahr frühzeitiger Abnutzung. Rekonvaleszenz: unzureichende Auffüllung der Vitalstoffreserven.

**DIE V-PATIENTIN**



**VULNERABEL DURCH:**

Schwangerschaft und Stillen: sehr beträchtliche Steigerung des Bedarfes an Vitalstoffen.

**DER V-PATIENT  
IM RENTENALTER**



**VULNERABEL DURCH:**

Einseitige und unzureichende Ernährung, besonders bei vereinsamten Alternenden. Hypofermentie und Resorptionsschwäche als Folgen der Altersatrophie der Magen- und Darmschleimhaut. Chronische Krankheiten und protrahierte Rekonvaleszenz.



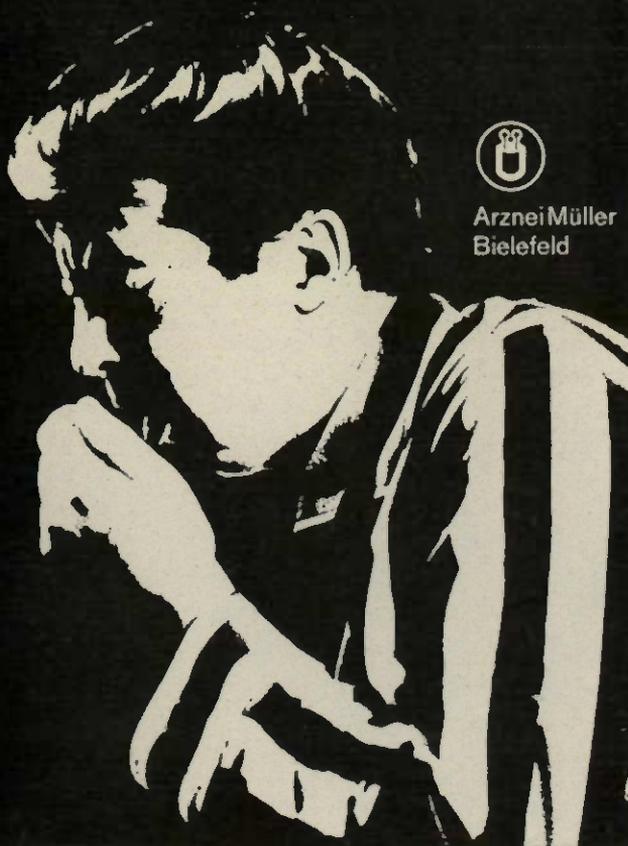
*Die Nacht  
ist nicht  
zum Husten da!\**

*\* der Tag auch nicht*

**Monapax®**

Tropfen 20 ml und 50 ml  
Dragees 40 und 100 Stück  
Kinderzäpfchen 10 Stück

Neu: Monapax®-Hustensaft 165 g  
Monapax® mit Dihydro-Codein  
Tropfen 20 ml  
Saft 110 g



ArzneiMüller  
Bielefeld

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

Die Stelle wurde durch den Wegzug des bisherigen Praxisinhabers frei.

In den Krankenhäusern Regen und Zwiesel besteht die Möglichkeit, Belegbetten zu erhalten.

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

#### Oberbayern

**Erding:** 1 Allgemeinpraktiker

**Gaimersheim, Lkr. Ingolstadt:** 1 Allgemeinpraktiker

**Langengelsing, Lkr. Erding:** 1 Allgemeinpraktiker

**Nandlstadt, Lkr. Freising:** 1 Allgemeinpraktiker

Bisheriger Alleinarzt ist am 15. November 1968 verstorben

**Tittmoning, Lkr. Laufen:** 1 Allgemeinpraktiker

**Töging, Lkr. Altötting:** 1 Allgemeinpraktiker

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

#### Oberfranken

**Bad Steben, Lkr. Naila:** 1 Allgemeinpraktiker

**Bayreuth:** 1 Facharzt für Kinderkrankheiten  
1 Facharzt für Laboratoriumsdiagnostik  
(Alleinarzt)

**Coburg:** 1 Facharzt für Kinderkrankheiten

**Enchenreuth, Lkr. Stadtsteinach:** 1 Allgemeinpraktiker  
(Alleinarzt)

**Hohenberg a. d. Eger, Lkr. Wunsiedel:** 1 Allgemeinpraktiker  
(Alleinarzt)

**Kulmbach:** 1 Allgemeinpraktiker

**Leupoldsgrün, Lkr. Hof:** 1 Allgemeinpraktiker  
(Alleinarzt)

**Marktredwitz:** 1 Allgemeinpraktiker

**Schauenstein, Lkr. Naila:** 1 Allgemeinpraktiker  
(Alleinarzt)

**Untersiemau, Lkr. Coburg:** 1 Allgemeinpraktiker

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

#### Oberpfalz

**Amberg:** 1 Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten

**Erbendorf:** 1 Allgemeinpraktiker

**Hahnbach:** 1 Allgemeinpraktiker

**Mitterteich:** 1 Allgemeinpraktiker

**Neumarkt:** 1 Facharzt für Augenkrankheiten

**Pressath:** 1 Allgemeinpraktiker

**Regensburg:** 1 Facharzt für Kinderkrankheiten

**Roding:** 1 Allgemeinpraktiker

**Schwandorf:** 1 Facharzt für Augenkrankheiten

**Sulzbach-Rosenberg:** 1 Allgemeinpraktiker

**Vobenstrauß:** 1 Allgemeinpraktiker

**Waldershof:** 1 Allgemeinpraktiker

**Waldthurn:** 1 Allgemeinpraktiker

**Welden:** 1 Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten

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

### Schwaben

**Augsburg:** 1 Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten

Der Praxisvorgänger ist am 26. 4. 1968 verstorben.

**Günzburg:** 1 Facharzt für Augenkrankheiten  
Wohn- und Praxisräume sind vorhanden.

**Markt Waid, Lkr. Mindelheim:** 1 Allgemeinpraktiker  
Praxisaufgabe steht bevor.

**Mering, Lkr. Friedberg:** 1 Allgemeinpraktiker  
Praxisvorgänger ist verstorben.

**Wallerstein, Lkr. Nördlingen:** 1 Allgemeinpraktiker  
Der Praxisvorgänger ist am 23. 9. 1968 verstorben.  
Praxisräume stehen zur Verfügung.

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

### Unterfranken

**Aidhausen, Lkr. Hofheim:** 1 Allgemeinpraktiker  
Praxisaufgabe steht bevor.

**Bastheim, Lkr. Mellrichstadt:** 1 Allgemeinpraktiker

**Hambach, Lkr. Schweinfurt:** 1 Allgemeinpraktiker

**Heigenbrücken, Lkr. Aschaffenburg:** 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um eine große Kassenpraxis, die seit 1. 10. 1968 wegen Todesfall unbesetzt ist.

**Rottenberg, Lkr. Alzenau:** 1 Allgemeinpraktiker

**Wildflecken/Rhön:** 1 Allgemeinpraktiker

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

### AMTLICHES

(Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums der Justiz vom 22. 11. 1968 — 2413 E — VII a — 4214/68)

#### Stellenausschreibung für hauptamtliche Ärzte bei den bayerischen Justizvollzugsanstalten

Für die Strafanstalten Amberg, St. Georgen-Bayreuth, Kaisheim bei Donauwörth und Straubing werden hauptamtliche Anstaltsärzte gesucht.

Beschäftigung zunächst im Angestelltenverhältnis mit Vergütung nach Vergütungsgruppe IIa oder Ib BAT. Nach Ableistung der üblichen Probezeit ist bei Vorliegen der Voraussetzungen eine Übernahme in das Beamtenverhältnis möglich. Die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst ist nicht erforderlich. Der Aufstieg bis zum Regierungsmedizinalsektor (BesGr. A 15) ist möglich. Die Ausübung einer Privatpraxis kann auf Antrag genehmigt werden. Dienstwohnungen können gegebenenfalls zur Verfügung gestellt werden. Bewerbungen werden an das Bayerische Staatsministerium der Justiz — Abteilung F —, 8000 München 35, Justizpalast am Karlsplatz, erbeten. Den Gesuchen sind Ausbildungsnachweise und Bescheinigungen über bisherige Tätigkeiten in Urschrift oder beglaubigter Abschrift, sowie ein handgeschriebener Lebenslauf und ein Lichtbild aus neuerer Zeit beizufügen. Bei Bewerbern, die bereits im öffentlichen Dienst tätig sind, genügt statt dessen die schriftliche Zustimmung zur Einnahme in ihre Personalakten.



# MIGRÄNEX®

**Indikation:** Migräne und ähnliche Kopfschmerzen, pectanginöse Beschwerden, krampfartige Schmerzen im Gallen- und Darmbereich, Pulsunregelmäßigkeiten, Menstruationsbeschwerden.

Verschreibungspflichtig

Muster auf Anforderung

ROSSA

KURT MERZ · 6497 STEINAU

Der 21. Bayerische Ärztetag hat in seiner Sitzung am 13. Oktober 1968 den Abschnitt II der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns — Weiterbildungsordnung — in der nachstehend wiedergegebenen Fassung beschlossen. Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat diese Weiterbildungsordnung mit Entschließung vom 26. 11. 1968 (III 8 — 5012 — 4/68) genehmigt.

## Berufsordnung für die Ärzte Bayerns — II. Weiterbildungsordnung

### II.

#### § 24

#### Arztbezeichnungen

##### (1) Die Bezeichnung

1. Allgemeinarzt oder Arzt für Allgemeinmedizin
  2. Anästhesist oder Arzt oder Facharzt für Anästhesie
  3. Augenarzt oder Arzt oder Facharzt für Augenheilkunde
  4. Chirurg oder Arzt oder Facharzt für Chirurgie
  5. Frauenarzt oder Arzt oder Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
  6. Hals-Nasen-Ohrenarzt oder Arzt oder Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
  7. Hautarzt oder Arzt oder Facharzt für Dermatologie und Venerologie
  8. Internist oder Arzt oder Facharzt für Innere Medizin
  9. Kinderarzt oder Arzt oder Facharzt für Kinderheilkunde
  10. Kinder- und Jugendpsychiater oder Arzt oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
  11. Laborarzt oder Arzt oder Facharzt für Laboratoriumsmedizin
  12. Lungenarzt oder Arzt oder Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde
  13. Mund- und Kieferchirurg oder Arzt oder Facharzt für Mund- und Kieferchirurgie
  14. Nervenarzt, Neurologe, Psychiater oder Arzt oder Facharzt für
    - a) Neurologie und Psychiatrie oder Nervenheilkunde
    - b) Neurologie
    - c) Psychiatrie
  15. Neurochirurg oder Arzt oder Facharzt für Neurochirurgie
  16. Orthopäde oder Arzt oder Facharzt für Orthopädie
  17. Pathologe oder Arzt oder Facharzt für Pathologische Anatomie
  18. Pharmakologe oder Arzt oder Facharzt für Pharmakologie
  19. Radiologe oder Arzt oder Facharzt für Radiologie
  20. Urologe oder Arzt oder Facharzt für Urologie
- darf führen, wer dafür die Anerkennung der Landesärztekammer besitzt.

##### (2) Zusammen mit der Facharztbezeichnung dürfen nach Genehmigung durch die Landesärztekammer

1. der Chirurg die Teilgebietsbezeichnung
  - a) Kinderchirurgie oder
  - b) Unfallchirurgie

##### 2. der Internist die Teilgebietsbezeichnung

- a) Gastroenterologie
  - b) Kardiologie oder
  - c) Lungen- und Bronchialheilkunde
- führen.

##### (3) Die Führung mehrerer Facharzt- und mehrerer Teilgebietsbezeichnungen und ihre Verbindung mit der Bezeichnung als Allgemeinarzt oder als Praktischer Arzt sind unzulässig.

#### § 25

#### Art, Inhalt, Dauer und zeitlicher Ablauf der Weiterbildung

- (1) Mit der Weiterbildung kann erst nach der Bestallung als Arzt oder nach der Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes begonnen werden; der Beginn der Weiterbildung zum Mund- und Kieferchirurgen setzt auch die Bestallung als Zahnarzt oder die Erlaubnis zur Ausübung des zahnärztlichen Berufes voraus. Die Weiterbildung muß ganztätig sein und in einer Assistenzarztstelle erfolgen. Eine Zeit ärztlicher Tätigkeit, in welcher auch eigene Praxis ausgeübt wird, ist nicht anrechnungsfähig.
- (2) Tätigkeitsabschnitte unter  $\frac{1}{2}$  Jahr können nur dann auf die Weiterbildungszeit angerechnet werden, wenn dies in der Anlage zur Berufsordnung ausdrücklich vorgesehen ist.
- (3) Innerhalb der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit für ein Fachgebiet soll mindestens 1 Jahr unter Leitung eines Facharztes abgeleistet werden, der zur vollen Weiterbildung ermächtigt ist.
- (4) Eine Weiterbildung im Ausland kann bis zur Hälfte der jeweils vorgeschriebenen Weiterbildungszeit angerechnet werden, wenn sie den Grundsätzen dieser Weiterbildungsordnung entspricht.
- (5) Die Weiterbildung muß gründlich und umfassend sein. Dauer und Inhalt der Weiterbildung richten sich nach den Bestimmungen der Anlage zur Berufsordnung. Die dort angegebenen Weiterbildungszeiten sind Mindestzeiten. Die Weiterbildung hat sich auf den in den Definitionen angegebenen Tätigkeitsbereich zu erstrecken.

#### § 26

#### Ermächtigung zur Weiterbildung

- (1) Die Weiterbildung erfolgt unter verantwortlicher Leitung der von der Landesärztekammer zur Weiterbildung ermächtigten Ärzte, die an dafür geeigneten deutschen Universitätskliniken, Krankenanstalten und Instituten als leitende Ärzte oder in freier Praxis tätig sind.
- (2) Die Ermächtigung zur Weiterbildung kann dem Arzt nur für das Gebiet erteilt werden, dessen Bezeichnung er führt. Die Ermächtigung kann sowohl auf einen Teil der abzuleistenden Weiterbildungszeit als auch in ihrem Inhalt beschränkt werden.

- (3) Der Arzt, der zur Weiterbildung ermächtigt wird, muß auf seinem Gebiet umfassende Kenntnisse und Erfahrungen besitzen. Er muß geeignet sein, eine gründliche Weiterbildung zu vermitteln. Der Facharzt, der zur Weiterbildung ermächtigt wird, soll diese Kenntnisse und Erfahrungen in langjähriger Tätigkeit als Facharzt, möglichst in der Stellung eines Oberarztes oder 1. Assistenzarztes, erworben haben. Der ermächtigte Arzt ist verpflichtet, die Weiterbildung persönlich zu leiten und entsprechend der Berufs- und Weiterbildungsordnung zu gestalten. Er hat ein Zeugnis auszustellen, das im einzelnen die erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten des Antragstellers darlegt und zur Frage der Eignung ausführlich Stellung nimmt.
- (4) Die Weiterbildungsstätten müssen personell sowie nach Krankengut und Einrichtungen für eine gründliche und umfassende Vermittlung wissenschaftlicher und praktischer Kenntnisse in der Allgemeinmedizin bzw. in dem erstrebten Fachgebiet geeignet sein. Die Landesärztekammer führt ein Verzeichnis der zur Weiterbildung berechtigten Ärzte, aus dem hervorgeht, in welchem Umfang sie zur Weiterbildung ermächtigt sind.
- (5) Die Ermächtigung ist bei der Landesärztekammer zu beantragen. Der antragstellende Arzt hat das Gebiet und die Weiterbildungszeit, für die er die Ermächtigung beantragt, näher zu bezeichnen. Die Ermächtigung wird dem Arzt erteilt, wenn und soweit er die Erfüllung der in den Abs. 1—4 aufgeführten Voraussetzungen nachweist.
- (6) Mit der Beendigung der Tätigkeit des Arztes an der Weiterbildungsstätte endet seine Ermächtigung zur Weiterbildung.
- (7) Die Ermächtigung ist zu widerrufen, wenn ihre Voraussetzungen nicht mehr gegeben sind.
- (2) Zur Prüfung der Anerkennungs- und Genehmigungsanträge werden bei der Landesärztekammer ein Ausschuß und ein Widerspruchsausschuß gebildet. In diesen Ausschüssen sollen jeweils zwei Ärzte des Gebietes mitwirken, auf dem sich der Arzt weitergebildet hat.
- (3) Die Landesärztekammer erteilt die Anerkennung oder Genehmigung nach Anhörung des Ausschusses, wenn der Bewerber den Bestimmungen über die Weiterbildung genügt und die erforderliche Eignung besitzt.
- (4) Sind die Voraussetzungen für die Anerkennung oder Genehmigung nicht erfüllt, so teilt die Landesärztekammer dem Bewerber die Ablehnung seines Antrages mit. Sie ist mit Gründen und einer Rechtsmittelbelehrung zu versehen. Gegen diesen Bescheid kann der Bewerber binnen eines Monats nach Zugang Widerspruch bei der Landesärztekammer einlegen. Diese entscheidet über den Widerspruch nach Anhörung des Widerspruchsausschusses. Eine ablehnende Entscheidung ist zu begründen und mit einer Rechtsmittelbelehrung zu versehen.
- (5) In Zweifelsfällen kann die Landesärztekammer auf Vorschlag des Ausschusses oder des Widerspruchsausschusses Gutachten eines oder mehrerer Ärzte des betreffenden Gebietes einholen.
- (6) In Ausnahmefällen kann die Anerkennung oder Genehmigung erteilt werden, wenn der Bewerber nachweist, daß er in einem abweichenden Weiterbildungsgang eine gleichwertige Weiterbildung erworben hat.

## § 28

**Aberkennung**

Die Anerkennung als Allgemeinarzt oder als Facharzt und die Genehmigung zur Führung einer Teilgebietsbezeichnung können zurückgenommen werden, wenn die für die Anerkennung oder Genehmigung erforderlichen Voraussetzungen nicht gegeben waren. Vor der Entscheidung sind der nach § 27 Abs. 2 gebildete Ausschuß und der Arzt zu hören. Für den Zurücknahmebescheid und für das Zurücknahmeverfahren gelten die Bestimmungen des § 27 Abs. 4 Satz 2—5 und Abs. 5 sinngemäß.

## § 27

**Anerkennung und Genehmigung**

- (1) Der Arzt kann nach Beendigung der vorgeschriebenen Weiterbildung bei der Landesärztekammer die Anerkennung als Arzt für Allgemeinmedizin oder als Facharzt sowie die Genehmigung zur Führung einer Teilgebietsbezeichnung beantragen. Dem Antrag sind alle Nachweise über die Weiterbildung sowie die erteilten Zeugnisse beizufügen.

# Neurovegetalin®

VERLA-PHARM  
TUTZING/OBB.

das klassische Sedativum

25 50 100 Dragées

25 Dragées 50 Dragées

verstärkt mit psychotroper Komponente

# Neurovegetalin® forte

## § 29

**Geltungsbereich der Anerkennungen, Genehmigungen und Ermächtigungen**

Die von Ärztekammern in der Bundesrepublik Deutschland einschließlich des Landes Berlin ausgesprochenen Anerkennungen und Genehmigungen (§§ 27, 28) sowie die Ermächtigungen zur Weiterbildung (§ 26) werden auch im Bereich der Bayerischen Landesärztekammer anerkannt.

## § 30

**Pflichten der Fachärzte**

- (1) Fachärzte werden grundsätzlich nur in dem Fachgebiet tätig, dessen Bezeichnung sie führen. Sie dürfen eine allgemeinärztliche oder allgemein-vertrauensärztliche Tätigkeit nicht ausüben. Ausnahmen bei ärztlichem Notfalldienst oder ehrenamtlicher Tätigkeit sind zulässig.
- (2) Fachärzte, welche zusätzlich eine Teilgebietsbezeichnung führen, dürfen im wesentlichen nur auf diesem Teilgebiet tätig sein.
- (3) Fachärzte, die hauptamtlich als Leiter von Krankenanstalten oder deren Abteilungen tätig sind, sollen sich außerhalb des Krankenhauses im allgemeinen auf Sprechstunden- und konsultative Tätigkeit beschränken.
- (4) Fachärzte dürfen sich in der Regel nur durch Fachärzte des gleichen Faches vertreten lassen.

## § 31

**Übergangsvorschriften**

- (1) Die bisher von der Landesärztekammer ausgesprochenen Facharztanerkennungen gelten weiter mit der Maßgabe, daß auch die jeweils zutreffende neue Bezeichnung geführt werden darf.
- (2) Bei Ärzten, die eine Medizinalassistentenzeit abgeleistet haben, verbleibt es bei der bisher vorgeschriebenen Weiterbildungszeit.
- (3) Ärzte, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Weiterbildungsordnung als Praktische Ärzte tätig sind, erhalten nach einer zehnjährigen Tätigkeit in eigener Praxis auf Antrag die Anerkennung als Allgemeinarzt. Drei Jahre in eigener Praxis sind

gegen ein Jahr klinische Tätigkeit nach bestandenen Staatsexamen austauschbar.

- (4) Ärzte, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Weiterbildungsordnung die Bezeichnung Chirurg oder Internist führen dürfen, erhalten nach einer zweijährigen Tätigkeit in einem der in § 24 Abs. 2 bezeichneten Teilgebiete an entsprechenden Krankenanstalten oder deren Abteilungen auf Antrag die Genehmigung, diese Teilgebietsbezeichnung zu führen.
- (5) Lungenfachärzte erhalten auf Antrag die Berechtigung, die Facharztbezeichnung für Innere Medizin, jedoch nur zusammen mit der Teilgebietsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde, zu führen.
- (6) Nervenärzte und Kinderärzte, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Weiterbildungsordnung diese Bezeichnung führen dürfen, erhalten nach einer dreijährigen Tätigkeit in dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie an entsprechenden Krankenanstalten oder deren Abteilungen auf Antrag die Anerkennung als Kinder- und Jugendpsychiater.
- (7) Ärzte, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Weiterbildungsordnung in dem Gebiet der Pathologischen Anatomie tätig waren, erhalten nach einer fünfjährigen Tätigkeit in diesem Gebiet an entsprechenden Instituten auf Antrag die Anerkennung als Pathologe.
- (8) Ärzte, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Weiterbildungsordnung in dem Gebiet der Pharmakologie tätig waren, erhalten nach einer fünfjährigen Tätigkeit in diesem Gebiet an entsprechenden Instituten auf Antrag die Anerkennung als Pharmakologe.
- (9) Die Anträge nach Abs. 5 müssen innerhalb eines Jahres nach dem Inkrafttreten der Weiterbildungsordnung gestellt werden. Das gleiche gilt für die Anträge nach Abs. 3, 4, 6, 7 und 8, wenn die dort vorgeschriebenen Tätigkeiten vor dem Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung abgeleistet wurden. Sind sie teilweise nach dem Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung abgeleistet worden, so sind die Anträge innerhalb eines Jahres nach Erfüllung der Voraussetzungen für die Anerkennung oder Genehmigung zu stellen.

**Anlage zur Berufsordnung**

Die bei den einzelnen Fachgebieten angegebenen Weiterbildungszeiten sind, soweit nichts anderes bestimmt ist, im Fachgebiet bzw. Teilgebiet abzuleisten.

**1. Allgemeinarzt****Definition des Gebietes:**

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

**Weiterbildungszeit:** 4 Jahre

Abzuleisten sind:

1½ Jahre Innere Medizin,

1 Jahr Chirurgie und/oder Gynäkologie und Geburtshilfe,

3 Monate Allgemeinmedizin in einer freien Praxis,

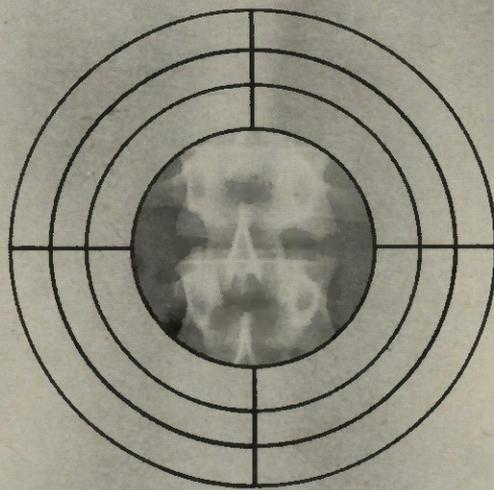
1 Jahr 3 Monate in Allgemeinmedizin oder in einem Fachgebiet nach freier Wahl, wobei auch Tätigkeitsabschnitte von mindestens 3 Monaten angerechnet werden können.

**2. Anästhesist****Definition des Fachgebietes:**

Das Fachgebiet Anästhesie umfaßt die allgemeine und lokale Anästhesie einschließlich deren Vor- und Nachbehandlung, die Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen während operativer Eingriffe, die Wiederbelebung und die Intensivtherapie in Zusammenarbeit mit den für das Grundleiden zuständigen Fachärzten.

**Dolo-Arthrosetten<sup>®</sup>**  
plus **Arthrosenex<sup>®</sup>**

die zielsichere  
Arthrosen-Therapie



Bei starken Schmerzen:

Dolo-Arthrosetten  
plus Arthrosenex-Salbe

Zur Langzeit-Therapie:

Arthrosetten  
plus Arthrosenex-Salbe



GEORG A. BRENNER ARZNEIMITTEL-FABRIK GMBH  
7297 ALPIRSBACH/SCHWARZWALD

**Weiterbildungszeit: 4 Jahre**

Angerechnet werden 6 Monate Weiterbildung in Chirurgie, Innerer Medizin, Pharmakologie, Physiologie, Lungenfunktionsdiagnostik oder Blutgruppenserologie.

**3. Augenarzt****Definition des Fachgebietes:**

Das Fachgebiet Augenheilkunde umfaßt die Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation der anatomischen und funktionellen Veränderungen des Auges und seiner Adnexe.

**Weiterbildungszeit: 4 Jahre**

Davon mindestens 3 Jahre im Stationsdienst.

**4. Chirurg****Definition des Fachgebietes:**

Das Fachgebiet Chirurgie umfaßt die operative Behandlung von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Mißbildungen sowie die entsprechenden Voruntersuchungen, konservativen Behandlungsverfahren, ihre Nachsorge und Begutachtung.

**Weiterbildungszeit: 6 Jahre**

Davon mindestens 5 Jahre im Stationsdienst.

Angerechnet werden 6 Monate Weiterbildung in Anästhesie, Neurochirurgie, Orthopädie, Pathologische Anatomie oder Urologie; die Anrechnungsfähigkeit entfällt, wenn insgesamt 2 Jahre der Weiterbildung in Teilgebieten der Chirurgie abgeleistet werden.

In den Teilgebieten (§ 24 Abs. 2 Nr. 1) können insgesamt nicht mehr als 2 Jahre der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit angerechnet werden.

Die Weiterbildung hat sich auch auf die fachgebundene Röntgendiagnostik einschließlich des Strahlenschutzes zu erstrecken.

**Teilgebiet Kinderchirurgie****Weiterbildungszeit: 2 Jahre**

Davon mindestens 1½ Jahre im Stationsdienst.

Die Weiterbildung in dem Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung in der Chirurgie abgeleistet werden.

**Teilgebiet Unfallchirurgie****Weiterbildungszeit: 2 Jahre**

Davon mindestens 1½ Jahre im Stationsdienst.

Die Weiterbildung in dem Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung in der Chirurgie abgeleistet werden.

**5. Frauenarzt****Definition des Fachgebietes:**

Das Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe umfaßt die Erkennung, Verhütung und Behandlung der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane und von krankhaften Zuständen und Komplikationen in der Schwangerschaft sowie die Vorbereitung, Leitung und Nachbehandlung normaler und pathologischer Geburten, einschließlich der Vornahme geburtshilflicher Operationen.

**Weiterbildungszeit: 5 Jahre**

Davon mindestens 4 Jahre im Stationsdienst.

Abzuleisten sind:

mindestens 1½ Jahre in dem Gebiet der Frauenheilkunde und

mindestens 2 Jahre in dem Gebiet der Geburtshilfe.

Angerechnet werden 6 Monate Weiterbildung in Chirurgie oder Urologie.

Die Weiterbildung hat sich auch auf die fachgebundene Röntgendiagnostik und Therapie mit Radionukliden einschließlich des Strahlenschutzes zu erstrecken.

**6. Hals-Nasen-Ohrenarzt****Definition des Fachgebietes:**

Das Fachgebiet Hals-Nasen-Ohrenheilkunde umfaßt die Erkennung, die konservative und operative Behandlung, die Prävention und Rehabilitation der Erkrankungen, Verletzungen, Frakturen, Mißbildungen und Formveränderungen

des äußeren, mittleren und inneren Ohres sowie des inneren Gehörganges sowie der hierzu führenden und daraus folgenden Erkrankungen, einschließlich der Erkrankungen der Halsabschnitte der Wirbelsäule,

der inneren und äußeren Nase und des pneumatischen und stützenden Systems sowie der Weichteile des Gesichtsschädels (der Nasennebenhöhlen, ihrer knöchernen Wandungen und des Jochbeins) sowie der Schädelbasis,

des Epi- und Mesopharynx einschließlich der Tonsillen, der Zunge und des Zungengrundes, des Mundbodens, der Glandula submandibularis und der Lippen, des Halses, des Hypopharynx und Larynx einschließlich der Halsabschnitte von Trachea und Ösophagus, des Lymphabflußgebietes des Kopfes und Halses,

der Glandula parotis und des Nervus facialis innerhalb und außerhalb der Schädelbasis sowie der übrigen Hirnnerven im Bereich des Halses und des Kopfes außerhalb der Schädelbasis,

der Hör- und Gleichgewichtsfunktionen und des Geruchs- und Geschmacksinnes, einschließlich der Audiologie sowie die wiederherstellenden und plastischen Operationen des Hals-Nasen-Ohrenbereiches,

die Endoskopie und endoskopische Therapie der tieferen Luft- und Speisewege und der Mediastinoskopie, die Phoniatrie, Logopädie und Pädaudiologie.

**Weiterbildungszeit: 4 Jahre**

Davon mindestens 3 Jahre im Stationsdienst.

Die Weiterbildung hat sich auch auf die fachgebundene Röntgendiagnostik einschließlich des Strahlenschutzes zu erstrecken.

**7. Hautarzt****Definition des Fachgebietes:**

Das Fachgebiet Dermatologie und Venerologie umfaßt die Erkennung, die Behandlung, die Prävention und Rehabilitation von Erkrankungen der Oberhaut, der Unterhaut, der Schleimhaut und der Hautanhangsgebilde; der Geschlechtskrankheiten und der nicht-venerischen Erkrankungen der äußeren Geschlechtsorgane, des varikösen und analen Symptomenkomplexes und die Andrologie.

**Weiterbildungszeit: 4 Jahre**

Davon mindestens 2½ Jahre im Stationsdienst.

6 Monate sind in dem Gebiet der Strahlenbehandlung von Hautkrankheiten abzuleisten.

**8. Internist****Definition des Fachgebietes:**

Das Fachgebiet Innere Medizin umfaßt die Erkennung und konservative Behandlung der Erkrankungen der

Atmungsorgane, des Herzens und Kreislaufs, der Verdauungsorgane, der Nieren und ableitenden Harnwege, des Blutes und der blutbildenden Organe, des Stoffwechsels und der inneren Sekretion, der internen allergischen Erkrankungen, der internen Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, der Infektionskrankheiten und Vergiftungen einschließlich der erforderlichen diagnostischen Maßnahmen, der Prophylaxe und Rehabilitation.

**Weiterbildungszeit: 6 Jahre**

Davon mindestens 4 Jahre im Stationsdienst. In dieser Zeit sollen 6 Monate Weiterbildung in der Intensivpflege enthalten und angemessene Gelegenheit zum Erwerb der notwendigen Laborkenntnisse gegeben sein.

1 Jahr Weiterbildung ist in dem Gebiet der internen Röntgendiagnostik abzuleisten; diese einjährige ganztägige Weiterbildung kann durch eine entsprechende Teilnahme an der internen Röntgendiagnostik während der gesamten internen Weiterbildungszeit ersetzt werden.

Angerechnet werden 6 Monate Weiterbildung in Bakteriologie-Serologie, Biochemie, Dermatologie, Kinderheilkunde, Nervenheilkunde, Pharmakologie und Toxikologie, Pathologischer Anatomie, Physiologie oder Radiologie; die Anrechnungsfähigkeit entfällt, wenn insgesamt 2 Jahre der Weiterbildung in Teilgebieten der Inneren Medizin abgeleistet werden.

In den Teilgebieten (§ 24 Abs. 2 Nr. 2) können insgesamt nicht mehr als 2 Jahre der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit angerechnet werden.

**Teilgebiet Gastroenterologie**

**Weiterbildungszeit: 2 Jahre**

Davon mindestens 1½ Jahre im Stationsdienst.

Die Weiterbildung in dem Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung in der Inneren Medizin abgeleistet werden.

**Teilgebiet Kardiologie**

**Weiterbildungszeit: 2 Jahre**

Davon mindestens 1½ Jahre im Stationsdienst.

Die Weiterbildung in dem Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung in der Inneren Medizin abgeleistet werden.

**Teilgebiet Lungen- und Bronchialheilkunde**

**Weiterbildungszeit: 2 Jahre**

Davon mindestens 1½ Jahre im Stationsdienst.

Die Weiterbildung in dem Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung in der Inneren Medizin abgeleistet werden.

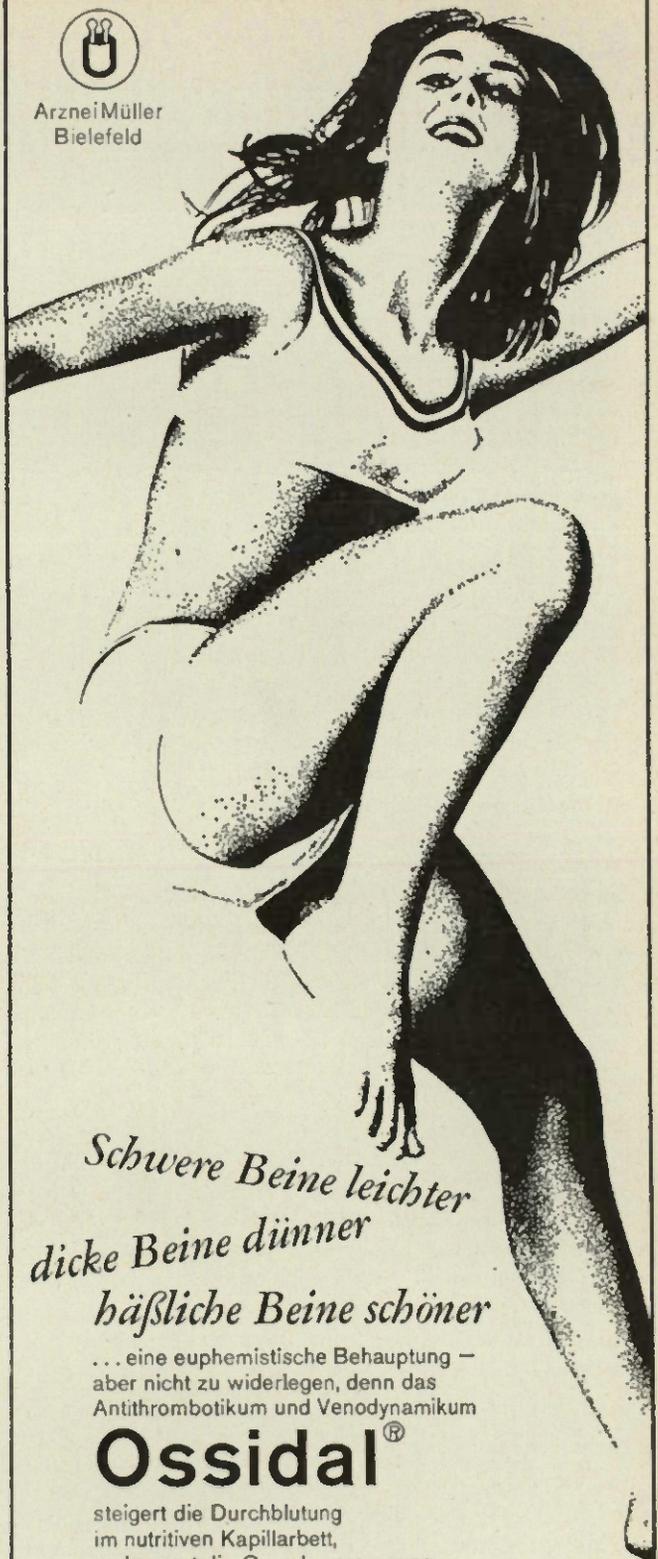
**9. Kinderarzt**

**Definition des Fachgebietes:**

Das Fachgebiet Kinderheilkunde umfaßt die Erkennung und Behandlung aller körperlichen und seelischen Erkrankungen des Kindes von der Geburt bis zum Ende der gesetzlichen Grundschulpflicht einschließlich der erforderlichen diagnostischen Maßnahmen, der Prävention und Schutzimpfungen und der Fürsorge im Kindesalter.



ArzneiMüller  
Bielefeld



*Schwere Beine leichter  
dicke Beine dünner  
häßliche Beine schöner*

... eine euphemistische Behauptung –  
aber nicht zu widerlegen, denn das  
Antithrombotikum und Venodynamikum

**Ossidal®**

steigert die Durchblutung  
im nutritiven Kapillarnetz,  
verbessert die Gewebsversorgung  
mit Nährstoffen und Sauerstoff,  
fördert die Ausschwemmung  
von Stoffwechselabbauprodukten,  
erschließt zusätzlich Kollateralen,  
schwemmt Stauungsödeme aus,  
wirkt antiphlogistisch.  
Ihr Patient empfindet  
eine schnelle Erleichterung.

Verschreibungsformen:

Tropfen 50 u. 100 ml · Salbe 20, 40 u. 100 g

**Weiterbildungszeit: 4 Jahre**

Davon mindestens 3 Jahre im Stationsdienst.

Angerechnet werden 6 Monate Weiterbildung in Innerer Medizin, Psychiatrie und Neurologie, Dermatologie und Venerologie, Chirurgie, Orthopädie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Pathologie, Pharmakologie, Physiologie, Biochemie oder Bakteriologie und Serologie.

**10. Kinder- und Jugendpsychiater****Definition des Fachgebietes:**

Das Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie umfaßt alle Maßnahmen der Erkennung, der nicht-operativen Behandlung, der Prävention, der Rehabilitation und der Begutachtung bei psychischen, psychosomatischen und neurologischen Erkrankungen oder Störungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter.

**Weiterbildungszeit: 4 Jahre**

Abzuleisten sind:

2 Jahre Kinder- und Jugendpsychiatrie,  
davon mindestens 1½ Jahre im Stationsdienst,  
1 Jahr Psychiatrie und Neurologie,  
1 Jahr Kinderheilkunde.

**11. Laborarzt****Definition des Fachgebietes:**

Das Fachgebiet Laboratoriumsmedizin umfaßt die Anwendung und Beurteilung morphologischer, chemischer, physikalischer, immunologischer und mikrobiologischer Untersuchungsverfahren von Körpersäften, ihrer morphologischen Bestandteile sowie von abgeschledenen und ausgeschiedenem Untersuchungsmaterial zur Erkennung physiologischer Eigenschaften und krankhafter Zustände sowie zur Verlaufskontrolle einschließlich der dazu erforderlichen Funktionsprüfungen und diagnostischen Eingriffe.

**Weiterbildungszeit: 5 Jahre****12. Lungenarzt****Definition des Fachgebietes:**

Das Fachgebiet Lungen- und Bronchialheilkunde umfaßt die Erkennung, die konservative Behandlung, die Prävention, die Rehabilitation und die Begutachtung der Erkrankungen der Lunge und der Bronchien.

**Weiterbildungszeit: 4 Jahre**

Davon mindestens 3 Jahre im Stationsdienst.

Abzuleisten sind:

3 Jahre Lungen- und Bronchialheilkunde,  
1 Jahr Innere Medizin.

Die Weiterbildung hat sich auch auf die fachgebundene Röntgendiagnostik einschließlich des Strahlenschutzes zu erstrecken.

**13. Mund- und Kieferchirurg****Definition des Fachgebietes:**

Das Fachgebiet Mund- und Kieferchirurgie umfaßt die Erkennung, die konservative und chirurgische Behandlung, die Prävention und die Rehabilitation der Erkrankungen, Verletzungen, Frakturen, Mißbildungen und Formveränderungen, die vom Zahn, vom Zahnhalteapparat, von den Alveolarfortsätzen und vom harten Gaumen ausgehen, der beiden Kiefer, einschließlich

chirurgische Kieferorthopädie, des Gaumens, der Lippen, des Naseneingangs, des Oberkiefer- und des Jochbeins (Reposition und Fixation), des Unterkiefers einschließlich des Kiefergelenks, der vorderen  $\frac{2}{3}$  der Zunge, der Mundhöhlenwandungen, der Glandula submandibularis sowie der Weichteile des Gesichtsschädels, der Glandula parotis, der Lymphknoten, alles im Zusammenhang mit den vorgenannten Erkrankungen, Exstirpation des Nervus infraorbitalis, alveolaris Mandibularis und lingualis,

die Korrekturen des Mundes und des Mundbodens sowie der Biß- und Kaufunktion, die Eingliederung von Resektionsprothesen und anderer prothetischer und orthopädischer Hilfsmittel,

die wiederherstellende und plastische Chirurgie der vorstehend aufgeführten Bereiche.

**Weiterbildungszeit: 4 Jahre**

Davon mindestens 2½ Jahre im Stationsdienst.

Angerechnet werden 6 Monate Weiterbildung in Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Anästhesie oder Chirurgie.

Die Weiterbildung hat sich auch auf die fachgebundene Röntgendiagnostik einschließlich des Strahlenschutzes zu erstrecken.

**14a) Neurologe und Psychiater****Definition des Fachgebietes:**

Das Fachgebiet Nervenheilkunde umfaßt alle Maßnahmen der Erkennung, der nicht-operativen Behandlung, der Prävention, der Rehabilitation und der Begutachtung bei Erkrankungen des zentralen, peripheren und vegetativen Nervensystems sowie der Muskulatur (Myopathien und Myositiden) bei psychischen Krankheiten oder Störungen und bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten.

**Weiterbildungszeit: 5 Jahre**

Abzuleisten sind:

mindestens 2 Jahre Neurologie,  
davon 1½ Jahre im Stationsdienst;  
mindestens 2 Jahre Psychiatrie,  
davon 1½ Jahre im Stationsdienst;

1 Jahr in den Gebieten Neurologie, Psychiatrie, Neurochirurgie, Neuropathologie, Neurophysiologie, Innere Medizin, Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Wenigstens 6 Monate der psychiatrischen Weiterbildung sind in einem öffentlichen psychiatrischen Krankenhaus abzuleisten.

Die Weiterbildung in der Neurologie hat sich auch auf die fachgebundene Röntgendiagnostik einschließlich des Strahlenschutzes zu erstrecken.

**14b) Neurologe****Definition des Fachgebietes:**

Das Fachgebiet Neurologie umfaßt alle Maßnahmen der Erkennung, der nicht-operativen Behandlung, der Prävention, der Rehabilitation und der Begutachtung bei Erkrankungen des zentralen, peripheren und vegetativen Nervensystems sowie der Muskulatur (Myopathien und Myositiden).

**Weiterbildungszeit: 4 Jahre**

Abzuleisten sind:

3 Jahre Neurologie, davon 2 Jahre im Stationsdienst,  
1 Jahr Psychiatrie.



# NERVO·OPT®

beruhigt die Nerven  
und bringt  
erquickenden Schlaf

Zusammensetzung:

Extr. Valerian., Humul. lup., Visc. alb., Adonis - Calc. gluconic.  
Kal. bromat. - Aminophenazon - Natr. diaethylbarbituric. 100 mg  
(1,2%) - Acid. phenylacetylbarbituric. 10 mg (0,1%).



OP zu 200 com oder 50 Drageas

DR. BRAUN U. HERBERG • BAD SCHWARTAU

Angerechnet wird auf die Weiterbildung in Neurologie bis zu einem Jahr die Weiterbildung in Neurochirurgie, Neuropathologie, Neurophysiologie und Innerer Medizin. Die Weiterbildung hat sich auch auf die fachgebundene Röntgendiagnostik einschließlich des Strahlenschutzes zu erstrecken.

#### 14c) Psychiater

##### Definition des Fachgebietes:

Das Fachgebiet Psychiatrie umfaßt alle Maßnahmen der Erkennung, der nicht-operativen Behandlung, der Prävention, der Rehabilitation und der Begutachtung bei psychischen Krankheiten oder Störungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten.

**Weiterbildungszeit:** 4 Jahre

Abzuleisten sind:

3 Jahre Psychiatrie, davon 2 Jahre im Stationsdienst, 1 Jahr Neurologie.

Angerechnet wird auf die Weiterbildung in Psychiatrie bis zu 1 Jahr die Weiterbildung in Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie oder 6 Monate in Neuropathologie oder Neurophysiologie.

Wenigstens 6 Monate der psychiatrischen Weiterbildung sind in einem öffentlichen psychiatrischen Krankenhaus abzuleisten.

#### 15. Neurochirurg

##### Definition des Fachgebietes:

Das Fachgebiet Neurochirurgie umfaßt die Gehirnchirurgie, die Traumatologie des Hirnschädels und des zentralen und peripheren Nervensystems, die Rückenmarkchirurgie sowie die Chirurgie des peripheren und sympathischen Nervensystems.

**Weiterbildungszeit:** 6 Jahre

Davon mindestens 4 Jahre im Stationsdienst.

Angerechnet wird bis zu insgesamt 1 Jahr die Weiterbildung in Neurologie, neurologischen Grundwissenschaften, Chirurgie oder Orthopädie oder 6 Monate Anästhesie, Augenheilkunde oder Hals-Nasen-Ohrenheilkunde.

Die Weiterbildung hat sich auch auf die fachgebundene Röntgendiagnostik einschließlich des Strahlenschutzes zu erstrecken.

#### 16. Orthopäde

##### Definition des Fachgebietes:

Das Fachgebiet Orthopädie umfaßt die Erkennung, Behandlung, Prävention, Rehabilitation und Begutachtung

von angeborenen und erworbenen Formveränderungen und Funktionsstörungen, Erkrankungen und Verletzungen der Stütz- und Bewegungsorgane.

**Weiterbildungszeit:** 5 Jahre

Abzuleisten sind:

2 Jahre Chirurgie,

3 Jahre Orthopädie, davon mindestens 2½ Jahre im Stationsdienst.

Die Weiterbildung in Chirurgie muß der in Orthopädie vorangehen.

Die Weiterbildung hat sich auch auf die fachgebundene Röntgendiagnostik einschließlich des Strahlenschutzes zu erstrecken.

#### 17. Pathologe

##### Definition des Fachgebietes:

Das Fachgebiet Pathologische Anatomie umfaßt die Beratung und Unterstützung der in der Krankenbehandlung tätigen Ärzte bei der Erkennung von Krankheiten und ihrer Ursachen, bei der Überwachung des Krankheitsverlaufes und bei der Bewertung therapeutischer Maßnahmen durch die Untersuchung übersandten morphologischen Materials oder durch Obduktion.

**Weiterbildungszeit:** 5 Jahre

Angerechnet wird bis zu 1 Jahr die Weiterbildung in Anatomie, Neuropathologie oder Gerichtsmedizin.

#### 18. Pharmakologe

##### Definition des Fachgebietes:

Das Fachgebiet Pharmakologie umfaßt die Erforschung von Arzneimittelwirkungen und von Vergiftungen im Tierexperiment und am Menschen einschließlich der Untersuchungen von Resorption, Verteilung, chemischen Veränderungen im Organismus und Elimination, die Mitarbeit bei der Entwicklung und Anwendung neuer Pharmaka sowie bei der Bewertung ihres therapeutischen Nutzens, die Beratung von Ärzten in der Arzneimitteltherapie und bei Vergiftungsfällen, die gutachtliche Stellungnahme zu pharmakologischen und toxikologischen Fragen.

**Weiterbildungszeit:** 5 Jahre

Abzuleisten sind:

4 Jahre in dem Gebiet der experimentellen Pharmakologie und Toxikologie; darauf kann angerechnet werden bis zu 1 Jahr die wissenschaftliche Tätigkeit in einem der Fächer Physiologie, Biochemie, Biophysik,



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

# Dismenol

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

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

Mikrobiologie, Pathologie, Chemie (einschließlich pharmazeutischer Chemie), Physikalische Chemie, Physik.

1 Jahr klinisch-pharmakologische Forschung.

### 19. Radiologe

#### Definition des Fachgebietes:

Das Fachgebiet Radiologie umfaßt die ärztliche Anwendung ionisierender Strahlen einschließlich derjenigen von radioaktiven Stoffen zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken.

**Weiterbildungszeit:** 5 Jahre

Abzuleisten sind:

3 1/2 Jahre Röntgendiagnostik,

1 1/2 Jahre Strahlentherapie,

6 Monate Weiterbildung in dem Gebiet der diagnostischen Anwendung von Radionukliden kann auf die Röntgendiagnostik angerechnet werden.

### 20. Urologe

#### Definition des Fachgebietes:

Das Fachgebiet Urologie umfaßt — abgesehen von den internen Parenchymerkrankungen der Niere — die Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation der Erkrankungen, der Mißbildungen und Verletzungen

des männlichen Urogenitalsystems und der weiblichen Harnorgane, einschließlich der Uro-Tuberkulose.

**Weiterbildungszeit:** 5 Jahre

Davon mindestens 4 Jahre im Stationsdienst.

Die Weiterbildungszeit ist abzuleisten in Chirurgie und Urologie, davon mindestens 1 Jahr Chirurgie und mindestens 3 Jahre Urologie.

Die Weiterbildung in Chirurgie muß der in Urologie vorangehen.

Die Weiterbildung hat sich auch auf die fachgebundene Röntgendiagnostik einschließlich des Strahlenschutzes zu erstrecken.

**Die Änderung der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns tritt am 1. Juli 1969 in Kraft. Gleichzeitig treten die §§ 26 bis einschließlich 35 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. 4. 1958 (Bayer. Ärzteblatt 1958, Heft 3), zuletzt geändert am 16. 10. 1965 (Bayer. Ärzteblatt 1966, Heft 1) außer Kraft.**

München, den 26. November 1968

Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer  
gez. Professor Dr. med. Hans J. Sewering

## AUS DER GESCHICHTE DER MEDIZIN

### Sanitätspolizeiliche Massenuntersuchungen beim Eisenbahnbau in Bayern in der Mitte des 19. Jahrhunderts

Von K. Meister

Der Ausbau des weiträumigen Eisenbahnnetzes in Bayern erfolgte vom Jahre 1835 an in immer rascherem Tempo bis gegen Ende des 19. Jahrhunderts. Die Baulung der zahlreichen Arbeiter an den Neubautrecken machte deren sanitätspolizeiliche Überwachung nötig, war doch z. B. der erste Einbruch der asiatischen Cholera nach Mitteleuropa von 1831/32 noch überall erinnerlich.

Von 1846 ab geben erhaltene Akten direkten Einblick in die bayerischen Verhältnisse. Danach oblag zunächst den Gerichtsärzten — als Offizialsache —, später den Bezirksärzten, die körperliche Untersuchung der zahl-

reichen Unternehmerarbeiter. Aus äußeren Gründen war diese stets dringlich, so daß meist Massenuntersuchungen mit ihren unangenehmen Begleitumständen anfielen.

Allerdings traten dabei auch örtliche Schwierigkeiten auf, wie folgendes Gesuch des praktischen Arztes Dr. May aus Harburg an der Wörnitz in Schwaben vom 11. 4. 1848 an seinen Landesvater ausweist:

„Zur Verhütung ansteckender Krankheiten müssen einer Königlichen Verordnung gemäss alle jene Individuen, welche bei der Eisenbahn Arbeit nehmen wollen, aertzlich untersucht werden; Diese aertzliche Unter-

Für  
Ihre  
Magen-Patienten

**ULCOLIND®**

1/2 Packung 30 Tabletten

1/1 Packung 60 Tabletten



Lindopharm KG Hilden Rhld

schirmt übersteigerte vegetative Reize ab

Haloperidol

löst Spasmen im Verdauungs-  
trakt und hemmt übermäßige  
Sekretion

Ollisoprominhydrochlorid

stellt an der  
Magenschleimhaut  
physiologische

Verhältnisse wieder her

Bismut. aluminicum, Succus Liquiritiae

bedeutet gleich-  
zeitige Leberschutztherapie

Cholin orotat

Grind- und  
Eiterausschläge  
der Haut, an Nägeln  
und Haaren,  
Panaritien,  
Furunkel,  
Karbunkel,  
Brust- und  
Schweiß-  
drüsenabszesse

# ilon abszess- Salbe<sup>®</sup>

Saubere Anwendung  
hautfreundlich



JULIUS REDEL  
CESRA- Arzneimittelwerk  
Haueneberstein bei Baden-Baden

suchung wird von den Königlich Gerichtsärzten vorgenommen. Der Sitz des Gerichtsarztes für das Fürstliche Herrschaftsgericht Harburg ist zu Wallerstein und dadurch, daß Wallerstein 6 Stunden von hier entfernt ist, die Vornahme dieser Untersuchung von dem Gerichtsärzte unmöglich; das Fürstliche Herrschaftsgericht beauftragte deshalb mit dieser Untersuchung den unterzeichneten prakt. Arzt dahier; da dieser für diese Bemühung eine Remuneration in Anspruch nahm, so wurde diese Angelegenheit an die Königliche Regierung und an das Königliche Ministerium gebracht, was nach einem Jahre die allerhöchste Entschliebung zur Folge hatte, daß die Arbeiter für die Folge theils in Donauwörth, theils in Nördlingen aerztlich untersucht werden sollten. Sowohl einzelne Accordanten als auch die Königliche Eisenbahn-Sektion machten gegen diese Anordnung die Einwendung der Unausführbarkeit, da dadurch im günstigsten Falle ein Tag Arbeitszeit für jeden Einzelnen verloren ginge, theils den Leuten das Geld fehle, diesen Weg zu machen, aber ohne eine Aenderung dieser Anordnung erzielen zu können. Es blieb den Accordanten nichts übrig, als die Visitationsgebühren selbst zu entrichten und solche den Arbeitern abzuziehen!

Anders gestaltete sich diese Angelegenheit dieses Frühjahr; die neu ankommenden Arbeiter bestunden darauf dahier unentgeltlich visitiert zu werden, namentlich jene, welche nicht einzeln, sondern in größerer Anzahl kamen; sie verlangten es auf eine Weise, daß es der Unterzeichnete für das Beste hielt, ihrem Verlangen zu willfahren, da er bei der ohnehin im Fürstenthum herrschenden allgemeinen Aufregung den Zündstoff nicht vermehren zu dürfen glaubte. Der Unterzeichnete machte hievon die geeignete Anzeige bei dem Fürstlichen Herrschaftsgericht Harburg, welches darüber der Königlichen Regierung berichtete. Da nun schon mehrere Wochen seit dieser Anzeige verflossen sind, ohne daß bis jetzt irgendeine Aenderung erfolgt wäre, da ferner nach der innersten Ueberzeugung des Unterzeichneten die Arbeiter weder schuldig sind diese Gebühren für die Vornahme einer polizeilichen Maßregel selbst zu entrichten, noch ihnen zugemuthet werden kann, daß sie deshalb einen Tag Arbeit versäumen müssen um den Weg von hier nach Donauwörth oder Nördlingen zu machen, so wagt es der Unterzeichnete die allerunterthänigste Bitte zu stellen.

„Eure Königliche Majestät wollen in allerhöchster Gnade diese gegen die Arbeiter gewiss ungerechte und gehässige Anordnung aufheben und befehlen, daß die Eisenbahnarbeiter im Polizeibezirk Harburg auch zu Harburg aerztlich untersucht werden müssen und dass die Remuneration hiefür als eine vom Staate angeordnete polizeiliche Maßregel, auch der Staat zu tragen habe.“

In allertiefster Ehrfurcht  
erstatt

Eurer Königlichen Majestät  
aller unterthänigst treuehorsamster  
Dr. May prakt. Arzt“

Der Hinweis auf die Spannung auch im Fürstenthum Wallerstein ist rückschauend bemerkenswert, hatten doch wenige Wochen vorher in verschiedenen Residenzen die bekannten Unruhen von 1848 stattgefunden.

Den Akten ist weiter zu entnehmen, daß das Gesuch des Dr. May von Erfolg begleitet war, es wurde ihm



**Esberitox<sup>®</sup>** das Basistherapeutikum  
bei infektiösen Erkrankungen  
erhöht die Abwehrbereitschaft  
steigert die Abwehrkräfte

Liquidum Injektionslösung  
Tabletten Suppositorien

 **Schaper & Brümmer**  
3324 Salzgitter-Ringelheim

eine Vergütung von 300 Gulden für seine offenbar mehrjährige Mitarbeit zuerkannt.

Weniger erfolgreich gestaltete sich das 1852 vorgelegte Gesuch des königlichen Professors und Stadtgerichtsarztes Dr. Escherich zu Würzburg, der unter Hinweis auf seine Lehrtätigkeit der Staatsarzneikunde und die mit der Untersuchung der Eisenbahnarbeiter verbundenen Zeitverluste beantragte, diese Tätigkeit an einen Wundarzt abtreten zu dürfen. Ihm wurde bedeutet, daß diese zu seinen Amtsgeschäften gehöre und infolgedessen eine besondere Vergütung an den Wundarzt nicht möglich sei.

Nach Jahren schließlich konnte das federführende bayerische Ministerium des Handels und der öffentlichen Arbeiten nicht umhin, in Anbetracht der ungewöhnlich zahlreichen und belastenden Untersuchungen den beteiligten Ärzten eine besondere Vergütung — Remuneration — zuzubilligen, waren doch anfangs der 50er Jahre

in Oberfranken	rund	26 000,
„ Mittelfranken	„	30 000,
„ Unterfranken	„	17 000,
„ Schwaben	„	109 000 Streckenarbeiter tätig.

Es wurde deshalb unter dem 29. Dezember 1854 verfügt:

„Nachdem die ärztliche Untersuchung der bei dem Staatseisenbahnbau beschäftigten Arbeiter die Dienstleistung der königlichen Gerichtsärzte in außerordentlicher Weise in Anspruch nimmt, das Königliche Staatsministerium des Innern die Bewilligung besonderer Remuneration hiefür als begründet erachtet und in Ermangelung anderweltiger Mittel die Konkurrenz der Eisenbahnbauverwaltungen verlangt, die Eisenbahnbauverwaltung auch insofern beteiligt erscheint, als das Ausmaß ansteckender Krankheiten unter den Eisenbahnbauarbeitern, wenn dies nicht durch eine angemessene ärztliche Kontrolle verhütet wird, auf den Bahnbau selbst möglicherweise höchst nachteilig einwirken kann, so hat das unterzeichnete Königliche Ministerium beschlossen zur Realisierung solcher ärztlicher Remunerationen einen Aversalbeitrag vom Eisenbahnbauverwaltungen eintreten zu lassen.

Das Aversum ist für die bis zum März des Jahres in Betrieb gekommenen Bahnstrecken auf 5000 Gulden festgesetzt worden.

Von da an soll die Größe des Aversalbeitrages nach Bahnstunden berechnet und für die Stunde 30 Gulden in Ansatz gebracht werden, wonach sich der Gesamtaversalbeitrag für sämtliche am Schluß des Jahres in Betrieb stehenden Eisenbahnen auf 6565 berechnet.“

Einen weiteren Einblick ermöglicht auszugsweise das Gesuch, in welchem der Gerichtsarzt Dr. Schmidt zu Lichtenfels am 12. Mai 1859 um eine solche Remuneration nachsucht:

„Die Anzahl der successive zu untersuchenden Arbeiter betrug in dem kurzen Zeitraume von anderthalb Jahren mehr denn dritthalbtausend, wozu ein gewiss sehr großer Zeitaufwand erfordert wurde.

Sehr viele der erkrankten Arbeiter, in der nächsten Umgebung der Baustellen ansässig, zogen es selbstverständlich vor, nicht in das Spital gebracht, sondern zu Hause behandelt zu werden, welchen Verlangen der gehorsamst Unterzeichnete stets aus Humanitäts-Rücksichten unentgeltlich nachkam, sowie er auch ihn in seiner Wohnung aufsuchenden Arbeitern gratis ordnete.

Die Königliche Eisenbahnbausektion stellte sehr häufig Requisitionen zu Visitationen der Marktendereien; auch diese, allerdings Officialgeschäfte, wurden stets unverweilt erledigt, obwohl sie bey den entlegenen und theilweise weglosen Situationen derselben . . . . . gewiss sehr beschwerlich waren.

Ob und in welchem Maße die gerichtsaerztlichen Leistungen entsprachen, hiefür dürfte der Umstand zeugen, daß von den zahlreich erkrankten und theilweise durch Erdfälle und Felsensprengungen äusserst gefährlich verwundeten Arbeitern Alle, bis auf zwei Incurable, die sich indeß mit Korbflechten beschäftigen können, und vier Gestorbene, geheilt aus der ärztlichen Behandlung hervorgingen, sowie ohngeachtet der oft ungünstigen Witterungsverhältnisse, in Folge der strengen Beaufsichtigung der Wohnungen und Kosthäuser epidemische Krankheiten nicht Platz griffen.“

Die Akten weisen aufgrund zahlreicher gleichartiger Vorgänge aus, wann etwa die einzelnen Strecken fertiggestellt wurden, da die Vergütungen erst nach Abschluß der Bauarbeiten gezahlt wurden. So liegt auch ein Vorgang vom 11. Februar 1880 vor, in dem die General-Direction der Königlich Bayerischen Verkehrsanstalten (Bauabtheilung) an das Staatsministerium des Königl. Hauses und des Aeußern die vorgesehene Vergütung an die Bezirksärzte für die oben genannten Untersuchungen auf der Linie Neumarkt—Pocking vorschlägt. Im einzelnen soliten dem Dr. Löcherer in Mühldorf für seine 6,8 km lange anteilige Strecke 95,— M, dem Bezirksarzt Dr. Egger in Eggenfelden für 22 km Strecke 310,— M, dem Dr. Stömmer, Bezirksarzt in Pfarrkirchen für 14 km Strecke 195,— M und dem Dr. Rauscher, Bezirksarzt in Griesbach für 20 km Strecke 280,— M gezahlt werden. Aus der Aufstellung ist noch zu ersehen, daß die Berechnung nach den anteiligen neuerbauten Strecken-km nicht immer gerecht war, hat doch der Dr. Löcherer nur 600 Arbeiter untersucht, der Dr. Egger jedoch 2900, der Dr. Stömmer sogar 3005 und der Dr. Rauscher 2472 Bewerber. Offenbar in Kenntnis dieser Zahlen hat nun der genannte Dr. Stömmer gegen die Überweisung der 195,— M remonstrirt. Er schreibt deshalb unter dem 12. März 1880 auszugsweise und läßt es an praller Deftigkeit nicht fehlen:

**RECORSAN**<sup>®</sup>

**LIQUID**. c. Rutin

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

O.P. Tropfflasche zu 30 ml

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

„Während des Baus der Rothalbahn hatte ich die zugehenden Arbeiter ärztlich zu untersuchen und so habe ich vom 18. Sept. 1877 bis 30. Aug. 1879, also im Laufe von 2 Jahren 3005 Arbeiter untersucht. Nachdem nun die Bahn seit  $\frac{1}{2}$  Jahr im Betriebe steht, erscheint eine Entschliebung der Königl. General-Direction der Verkehrs-Anstalten vom 1. Febr. l. J., wonach mir mit Genehmigung des k. Staatsministeriums des Aeußern im Einverständnis mit dem k. Staatsministerium des Innern eine Remuneration von 195 M zugewiesen wird. Wenn man 195 M durch 3005 dividiert, so treffen für jeden Arbeiter nicht ganz  $6\frac{1}{2}$  Pf, welches Honorar denn doch in höchstem Mißverhältnisse zu meiner Leistung steht. Daß eine Remuneration von kaum  $8\frac{1}{2}$  Pf pro Kopf in der That zu klein ist, geht auch aus der höchsten Ministerial-Entschliebung vom 20. Dezember 1879 (Gesetz- und Verordnungsblatt vom J. 1879 pag. 1537) hervor, nach welcher als Besichtigungsgebühr für Thieraerzte bei Schweinen 10 Pf, bei Kälbern 20 Pf per Stück, bei größeren Thieren noch mehr als entsprechend erachtet und festgesetzt ist. Es dürfte also bei Menschen der Satz von 20 Pf per Kopf immerhin noch ein sehr bescheidener sein.

Ich nahm diese Untersuchungen mit größter Genauigkeit vor, indem ich sie in jedem Falle, sowohl bei männlichen als weiblichen Arbeitern, nicht bloß auf die Arme, Beine und Geschlechtstheile, sondern auch auf Brust, Unterleib und Rücken, also auf den ganzen Körper ausdehnte. Durch diese Art der Untersuchung gelang es auch, ansteckende Krankheiten, z. B. Syphilis und Krätze von meinem Bezirke insoweit fern zu halten, daß in diesen 2 Jahren kaum eine größere Anzahl solcher Krankheiten vorkamen, als in anderen Jahren. Dabei wurde auch das Interesse des Ärars nicht vergessen, indem das Bestehen körperlicher Gebrechen, auf welches später fälschlicherweise ein Entschädigungsanspruch hätte gegründet werden können, auf dem ärztlichen Atteste jedesmal ausdrücklich bemerkt wurde.

Ich habe alle diese Untersuchungen in meiner Wohnung vorgenommen, während außerdem ein eigenes Lokal hierfür hätte beschafft werden müssen. Dabei wurde, da häufig 20 bis 30, ja bis 82 Arbeiter auf einmal zu untersuchen waren, und ein sehr großer Theil derselben (hauptsächlich verkommene Böhmen und Italiener) zerlumpte, verschwitzte und sonst unreine Wäsche oder auch gar kein Hemd auf dem Leibe hatte, und schon am Leibe selbst nach Schweiß und Unreinlichkeit roch, meine Wohnung nicht allein mit üblen,

ekelhaften Gerüchen gefüllt, sondern es blieben auch außer Gassenschmutz noch Flöhe in Unzahl nebst einigen Läusen zurück, ja dieses Volk zerspuckte meinen Gang und dessen Wände und entleerte einigemal sogar den Urin daselbst auf dem Boden hin. Zu alledem erhielt ich, wenn ich z. B. einen Krätzigen nicht als gesund erklärte, noch Grobheiten, welche auch noch Gewaltthätigkeiten befürchten ließen, so daß ich mich später genöthigt sah, polizeiliche Assistenz zu jeder Untersuchung zu requiriren.“

Die Bemühungen des Dr. Stömmer hatten leider nur einen bescheidenen Erfolg: an Stelle der beantragten 600 M erhielt er eine Nachzahlung von 75 M, so daß ihm im Ganzen 270 M bewilligt wurden, also pro Untersuchung 9 Pf!

Offenbar blieben aber derartige Einsprüche, möglicherweise auch noch von anderen Ärzten in gleicher Lage vorgetragen, nicht ganz unbeachtet, jedenfalls ist den Akten zu entnehmen, daß nach Einführung des neuen Münz- und Maßsystems schließlich durch Verfügung vom 10. April 1882 die Vergütung auf 15 M für den km festgesetzt wurde. Zweck derartiger Untersuchungen sollte, wie am 20. Juli 1885 erneut festgestellt, die Verhütung der Verbreitung ansteckender Krankheiten sein.

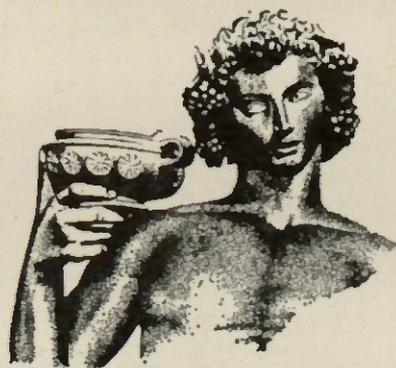
Kurz vorher, am 1. Dezember 1884, war die gesetzliche Krankenversicherung in Kraft getreten, die als wesentliche Ergänzung des neuen Unfallversicherungsgesetzes galt. Ihr Schöpfer Bismarck sagte im Jahre 1892 über seine Motive u. a.: „Mein Gedanke war, die arbeitenden Klassen dazu zu gewinnen, oder soll ich sagen, zu bestechen, den Staat als soziale Einrichtung anzusehen . . . Es widerspricht der Moral, aus menschlichem Mißgeschick oder Leiden Vorteile zu ziehen. Lebens-, Unfall- und Krankenversicherung dürfen nicht der privaten Spekulation überlassen werden. Sie müssen vom Staate durchgeführt werden . . .“

Die Interessen der Krankenkassen haben ebenso wie das 1880 gegründete, unter Oscar Lippl (1840—1901) im Jahre 1877 über ganz Bayern ausgedehnte „Institut der Bahnärzte“ mit seinen 233 Bezirken im Jahre 1887 eine Änderung in der Durchführung der oben geschilderten sanitätspolizeilichen Untersuchungen erleichtert. Erstmals finden sich 1891 Hinweise auf eine Beteiligung der Bahnärzte anstatt der anderweitig beanspruchten Bezirksärzte. Die beteiligten Ministerien stimmten für die vorgesehenen Neubauten München-Allach und München-Feldmoching in folgender Form zu:

„Daß diesselts gegen die beabsichtigte Heranziehung der Bahnärzte Dr. Erhard in Oberschleißheim und Dr.



TAESCHNER

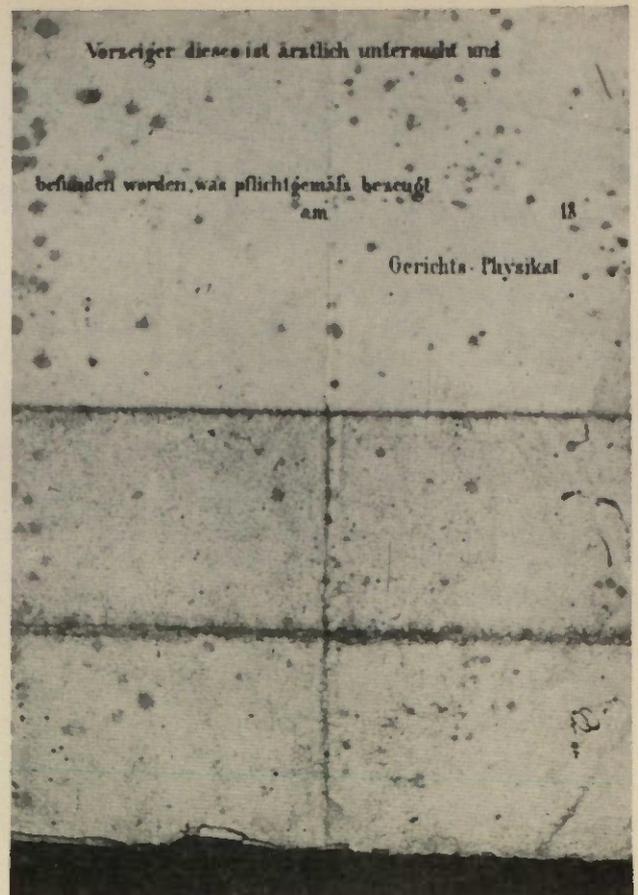
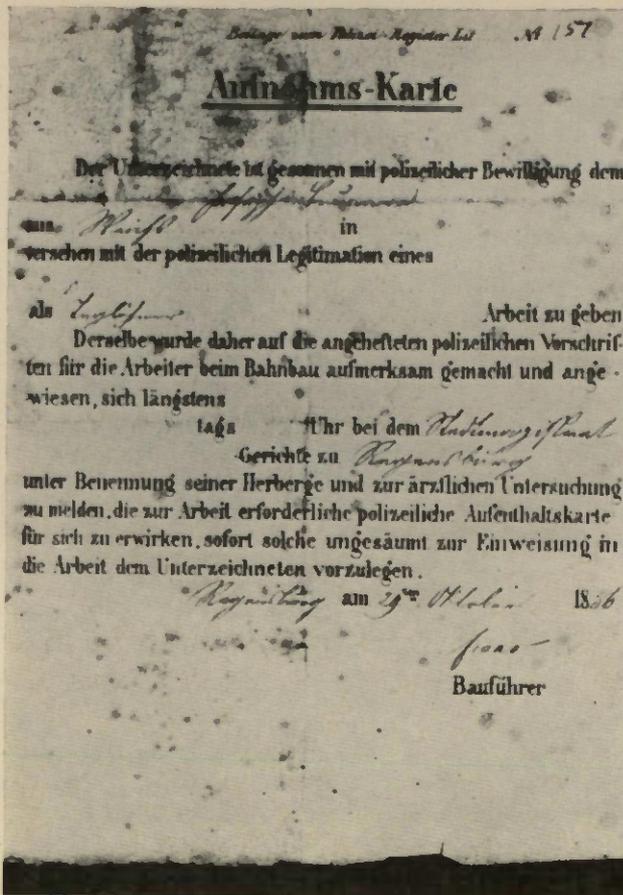


so alt — so neu — so gut

für Kinder und Erwachsene  
der wohlschmeckende Hustensirup

**Pertussin<sup>®</sup>**

AUF THYMIANBASIS  
auch mit Codein



Vorder- und Rückseite der Aufnahms-Karte für Tagelöhner aus dem Jahre 1856

Besnard in Pasing zur Untersuchung der bei den Bahnbauten im Bezirksamte München 1 beschäftigten Arbeiter so wie gegen die Honorierung der genannten Ärzte nach Maßgabe der bisherigen Gepflogenheit eine Erinnerung nicht besteht.“

Als Unterzeichner finden sich in den Akten die Unterschriften der Staatsminister Freiherr von Crallshelm und von Feilitzsch. Die eben genannte Beteiligung der Bahnärzte bewährte sich anscheinend, so daß die Generaldirektion unter dem 26. April 1892 ihrem vorgesetzten Ministerium in längeren Ausführungen diese Regelung zur dauernden Einführung empfahl. Sie schreibt u. a.:

„Angesichts des Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes hat sich nun die Notwendigkeit einer eingehenderen Constatirung des Gesundheits- und Körperzustandes dieser Arbeiter ergeben, einerseits um Personen fernhalten zu können, welche lediglich zu dem Zwecke in Arbeit treten, um nach weniger Tage Beschäftigung die Hilfe der Krankenkassa in Anspruch nehmen zu

können, andererseits um erfolgreich einem etwaigen Versuche begegnen zu können: Gebrechen, welche schon vor der Aufnahme in dem Dienst bei dem Neubau bestanden haben, auf denselben zurückzuführen und auf diesem Wege eine Unfallrente sich zu verschaffen. Aber nicht nur im Interesse der Arbeitgeber liegt die genaue Constatirung des Körperzustandes, sondern auch in jenem der Arbeiter, in dem dieselben hierdurch in die Lage versetzt werden, bei Beschädigungen, welche sie bei dem Neubau erlitten haben, den ihnen obliegenden Nachweis des ursächlichen Zusammenhanges in verläßlicher Weise zu erbringen.

Auch die Fernhaltung ungeeigneter Personen von den Krankenkassen ist nur von Vortheil für die Arbeiter, da die Letzteren bei erhöhter Inanspruchnahme der Krankenkasse auch Erhöhung ihrer Mitgliederbeiträge zu gewärtigen haben.

In den vorstehenden Ausführungen dürfte der Nachweis für die Notwendigkeit einer eingehenderen körperlichen Untersuchung der Neubauarbeiter erbracht

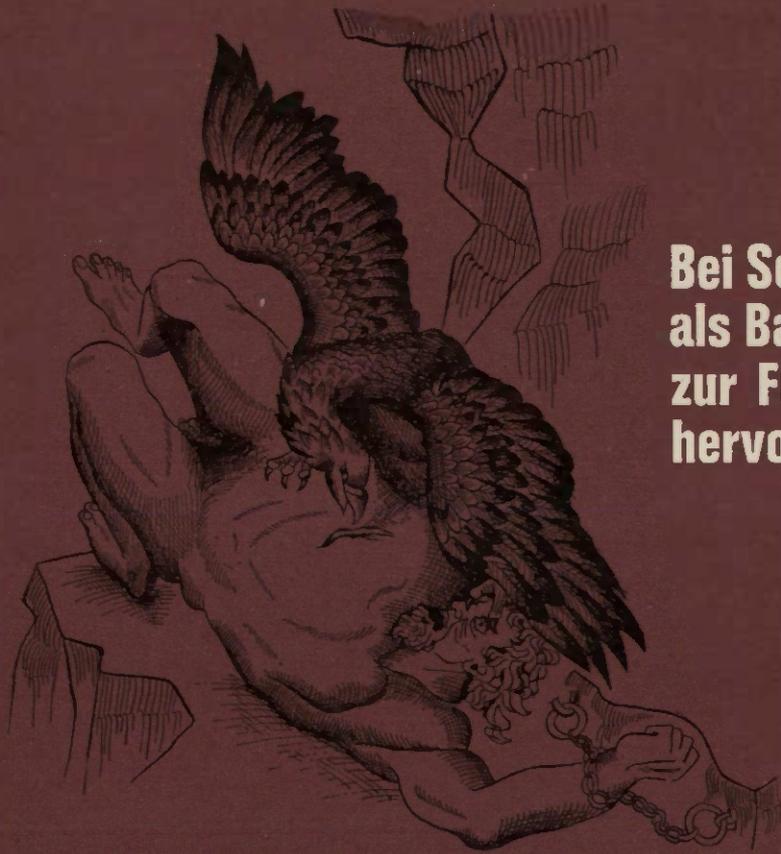
# Passiorin

Rein pflanzliches Dauersedativum  
 IPassiorin, inc., Solis alb., Crataeg. oxyac. I  
 Ohne Gewöhnungsgefahr  
 Ohne Nebenwirkungen

Unschädliche Kur- und Dauermedikation  
 zur Stabilisierung des Nervensystems

SIMONS' CHEMISCHE FABRIK GAUTING BEI MÜNCHEN





„Prometheus“ nach einem Gemälde von Peter Paul Rubens

**Bei Schäden der Leber  
als Basis-Therapeutikum  
zur Führung des Patienten  
hervorragend geeignet**

# hepatofalk®

Zusammensetzung:	
Cholinorotat	50 mg
Cystein hydrochl.	20 mg
Vitamin B 1	2 mg
Nicotinamid	10 mg
Vitamin B 12	5 µg
Folsäure	0,3 mg
Fel Tauri depurati	30 mg
Extr. Ammi visn.	10 mg
Extr. Absinthii	20 mg
Extr. Boldo	30 mg
Extr. Chelidonii	20 mg
Extr. Curcumae xanth.	30 mg
Extr. Cynarae scol.	20 mg
Extr. Taraxaci	15 mg
Frangula-Konzentrat	5 mg
Rheum-Konzentrat	4 mg
pro Dragee	

**Vier Gründe für hepatofalk**  
**Förderung des Leberstoffwechsels  
durch Substitution der Coenzyme**  
**Milde Cholerese**  
**Regulierung der Darmtätigkeit**  
**Sehr gute Verträglichkeit**



seln und wird nun zu erörtern sein, wer diese Untersuchungen vornehmen solle und wie hoch die Vergütung hierfür zu bemessen wäre. In dieser Richtung gestattet sich gehorsamst Gefertigte nachstehende Darlegungen ehrerbietigst zu unterbreiten:

1. Zur Vereinfachung würde es dienen, die sanitätspolizeiliche Untersuchung und die erwähnte eingehendere Untersuchung gleichzeitig und durch ein und denselben Arzt vornehmen zu lassen, und zwar dürfte es am zweckmäßigsten sein, dieselbe durch jenen Arzt bethätigen zu lassen, welchem später im Erkrankungsfalle die Behandlung und im Verunglückungsfalle die Abgabe des Gutachtens über die Wirkungen des Unfalles auf die Erwerbsfähigkeit obliegt, nämlich durch den Bahnarzt.

Gegen die Uebertragung der sanitätspolizeilichen Untersuchung an die Bahnärzte möchte schon deshalb nicht wohl ein Bedenken bestehen, da den Genannten, welche ausnahmslos nach den Vorschlägen der k. Kreisregierungen aufgestellt werden, die Elgenschaft öffentlicher Medizinalbeamter zuerkannt ist.

Als Vergütung für jede Untersuchung möchte der Betrag von mindestens 50 Pf in Aussicht zu nehmen zu sein. Dieser Betrag würde von den Bahnärzten nach Ablauf einer bestimmten Frist . . . zu liquidieren sein. Die beantragte eingehendere Untersuchung der Neubauarbeiter dürfte sich nur auf die im unmittelbaren Dienste der k. Bauverwaltung stehenden Arbeiter (sog. Regie-Arbeiter) zu beschränken haben. Inwieweit dieselbe auch auf die von den Accordanten beschäftigten Arbeiter auszudehnen sei, dürfte den Arbeitgebern und bethelligten Berufgenossenschaften überlassen werden können, so daß für die sog. Accordantenarbeiter es zunächst bei der bisherigen sanitätspolizeilichen Untersuchung sein Verbleiben hat.

Diese sanitätspolizeiliche Untersuchung möchte jedoch gleichfalls von den Bahnärzten vorzunehmen sein und dürfte der bisher schon wiederholt in Anwendung gekommene Satz von 20 Pf für jede Arbeiteruntersuchung ausreichend sein.“

Wenn es auch nicht aktenkundig ist, so erscheint es wohl möglich, daß Dr. Oscar Lippl, inzwischen als Oberregierungsrat Leiter der Verwaltungsabteilung in der Generaldirektion, mit seinen administrativen Möglichkeiten dieses Vorhaben zugunsten der Bahnärzte gefördert hat, denn in den Dienstanweisungen für den ärztlichen Dienst vom Jahre 1897 wird in § 4 Ziffer 7 angeordnet:

„Die Eisenbahnbauarbeiter sind nach Maßgabe der erlassenen oberpolizeilichen Vorschriften einer sanitätspolizeilichen Untersuchung durch einen Amtsarzt zu unterstellen, um der Gefahr der Verbreitung ansteckender Krankheiten bei Ansammlung größerer Arbeitermassen vorzubeugen.“

Das Bayerische Rote Kreuz gibt sich die Ehre, Sie zum

## Margueriten-Ball

am 12. Februar 1969, 20.00 Uhr, im Deutschen Theater, einzuladen.

Hervorragende Künstler, bekannte Tanzkapellen, das Faschingsprinzenpaar mit seinem Hofstaat und eine reichhaltige Tombola erwarten Sie.

Eintrittspreise für nummerierte Plätze: DM 45.—; 30.—; 20.—; 10.—; 8.—; unnummerierte und Kategoriekarten DM 6.— und Mehrwertsteuer.

Kartenvorverkauf: Rotes Kreuz, Seitzstraße 8 (frühere Herzog-Rudolf-Straße), Zimmer 223, Telefon 22 46 71 und Deutsches Theater, Schwanthalerstraße 13, Telefon 59 55 41.

Der Reinerlös des Festes fließt dem Roten Kreuz, Kreisverband München, für seine vielfältigen Aufgaben zu.

Diese sanitätspolizeiliche Untersuchung wird regelmäßig den Bahnärzten der betreffenden Strecken durch Sondervertrag gegen Sondervergütung übertragen.

Das Ergebnis der Untersuchung ist auf der Rückseite der Aufnahmekarte vorzumerken; für Regiebauarbeiter ist außerdem dem Bahnarzte das Untersuchungsformular 1 B zuzuleiten.“

### Zusammenfassung

Aus den Akten des Verkehrsmuseums Nürnberg gehen bemerkenswerte Einzelheiten über die anlässlich der ausgedehnten Streckenneubauten seinerzeit erforderlichen Massenuntersuchungen meist ausländischer Wanderarbeiter hervor. Zunächst waren die Gerichtsärzte damit beauftragt, später wurde die teilweise große Belastung gegen sehr geringe Vergütung den Bezirksärzten übertragen, bis sie schließlich aus praktischen Gründen an die Bahnärzte überging.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. K. Meister, 5800 Hagen/W., Stresemannstraße 3

**Tonsilgon®**

Basistherapie  
bei lymphatischen Reaktionen  
(Tonsillitiden, Pharyngitiden)

BIONORICA KG  
NÜRNBERG

Der Gruppenversicherungsvertrag Ihrer Ärztekammer mit der Vereinigten und ihrer Tochtergesellschaft Salus – ein Vertrag zu Ihrem Nutzen: Beitrag bis zu 25 % niedriger als in der Einzelversicherung. Wartezeiten entfallen. Vorerkrankungen werden mitversichert. Versicherungsleistungen auch bei Kur-aufenthalt, Erkrankungen im Ausland, Berufs- und Sportunfällen. Für jedes Kalenderjahr, in dem kein Tagegeld beansprucht wird, erfolgt eine beachtliche Beitragsrückerstattung. Der Vertrag umfaßt: Krankentagegeld, abgestimmt auf den individuellen Bedarf des niedergelassenen und des angestellten Arztes. Krankenhaustagegeld. Krankenhauskostenersatz für die Familienangehörigen des Arztes. Vereinigte Krankenversicherung A.G. 8000 München 23 · Leopoldstraße 24

DIE VEREINIGTE KRANKEN-  
VERSICHERUNG IST  
VERTRAGSGESELLSCHAFT DER

Bayerischen Landesärztekammer

Ärztekammer Bremen

Ärztekammer Hamburg

Landesärztekammer Hessen

Ärztekammer Niedersachsen

Ärztekammer des Saarlandes

Landesärztekammer Rheinland-Pfalz:

Bezirksvereinigungen  
Koblenz-Montabaur, Pfalz, Trier

Bezirksärztekammer Nordbaden

Bezirksärztekammer  
Nordwürttemberg

Bezirksärztekammer Südbaden

Bezirksärztekammer  
Südwestfalen-Lippe

Ärztekammer und  
Kassenärztlichen Vereinigung  
Schleswig-Holstein



kostenersatz für die Familienangehörigen des Arztes.

Vereinigte Krankenversicherung A.G.

8000 München 23 · Leopoldstraße 24

### Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat November 1968\*

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Erkrankungshäufigkeit an Scharlach stieg von 69 Fällen je 100 000 Einwohner im Oktober auf 81 Fälle im Berichtsmonat an (jeweils auf ein Jahr umgerechnet). Die Zahl der Diphtherieerkrankungen war etwas höher als in einem der vergangenen Monate des Jahres. Übertragbare Hirnhautentzündung trat gegenüber dem Vormonat nahezu unverändert auf.

Nur einige wenige Personen erkrankten im November

an Typhus, Paratyphus oder Ruhr. Die Erkrankungshäufigkeit an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) stieg im November deutlich an, nämlich von 16 auf 68 Fälle je 100 000 der Bevölkerung; dies jedoch lediglich als Folge einer Gruppenerkrankung einer größeren Anzahl von Personen im Landkreis München. Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) trat im November gleich häufig wie im Vormonat auf.

### Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 3. bis 30. November 1968 (Vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare																		
					Kinderlähmung				Hirnhautentzündung				Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				
	der. parat. Fülle		Meningokokken-Meningitis		Übrige Formen		Gehirnentzündung		Salmonellose		Übrige Formen												
E <sup>1)</sup>	ST <sup>2)</sup>	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST		
Oberbayern	8	—	222	—	—	—	—	4	—	13	—	—	—	3	—	—	—	2	—	503	1	1	—
Niederbayern	1	—	23	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	8	—	—	—
Oberpfalz	—	—	29	—	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	—	—	—
Oberfranken	1	—	158	—	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—
Mittelfranken	—	—	97	—	—	—	—	2	1	2	—	1	1	—	—	—	—	—	—	5	—	1	—
Unterfranken	—	—	49	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—
Schwaben	—	—	65	—	—	—	—	1	—	7	—	—	—	—	1	—	—	—	—	6	—	—	—
Bayern	10	—	643	—	—	—	—	10	1	34	—	3	1	3	—	1	—	3	—	541	1	3	—
München	—	—	123	—	—	—	—	1	—	4	—	—	—	2	—	—	—	2	—	19	1	—	—
Nürnberg	—	—	42	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Augsburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	4	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—
Würzburg	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21	
	Botulismus		Hepatitis infectiosa		Oraltheose				Verdachtsfälle von Tollwut <sup>3)</sup>		Brucellose (Übrige Formen)		Leptospirose (Übrige Formen)		Malaria-Ersterkrankung		Toxoplasmose		Wundstarrkrampf	
					Psittakose		Übrige Formen													
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	—	—	71	—	—	—	1	—	7	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Niederbayern	—	—	77	1	—	—	—	—	14	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Oberpfalz	—	—	17	—	—	—	1	—	28	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—
Oberfranken	1	—	28	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	1
Mittelfranken	2	—	26	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	1
Unterfranken	1	—	29	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
Schwaben	—	—	40	—	1	—	—	—	46	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—
Bayern	4	—	286	1	1	—	2	—	111	—	2	—	2	—	1	—	10	—	3	2
München	—	—	35	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Nürnberg	—	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	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.

für offene  
und stumpfe Traumen  
Hämatome Prellungen  
Distorsionen

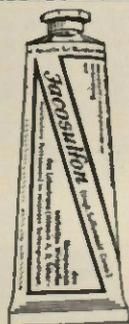
# Traumeel-Salbe<sup>®</sup>

zur Therapie posttraumatischer  
und postoperativer  
Weichteilschwellungen



**-Heel**

Biologische Heilmittel Heel GmbH Baden-Baden



35 ccm

← Ungt 25 ccm, 55 ccm  
250 ccm

**Indikationen:**

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

**Pilzkrankungen der Haut**

(Unguentum u. Pulvis im Wechsel)

## Jacosulfon

Die  
Sulfonamid-Harnstoff  
Kombinationstherapie

**Indikationen:**

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

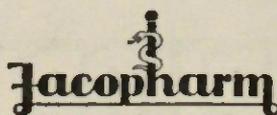


Packung 10 Tabletten



55 ccm

← Tube mit Kanüle



Arzneimittelfabrik  
gegr. 1929

Hamburg-Schenefeld



10 ccm, 30 ccm

**Allgemein:**

Fistel und  
Gangeliterungen

**Augen:**

Bakteriell bedingte  
Lid-, Bindehaut-  
und Hornhaut-  
entzündungen  
Dekryocystitis  
Hordeolum,  
Chelation  
Ulcus cornea  
serpens

**Hals - Nasen - Ohren:**

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

**KONGRESSE UND FORTBILDUNG****43. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin**

vom 28. bis 30. März 1969 — Thema: „Immunologie für die Praxis“  
Leitung: Professor Dr. A. Schretzenmayr, Augsburg

**Freitag, 28. März 1969**

16.00 Uhr:

**Klinische Visiten im Westkrankenhaus**

20.00 Uhr:

**Filmabend im oberen Fletz des Rathauses****Samstag, 29. März 1969**

8.00—9.00 Uhr:

Besichtigung der Industrieausstellung im unteren Rathausfletz

9.00—9.30 Uhr:

Prof. Dr. H. Spiess, München:  
„Impfprobleme der Praxis“

9.30—10.10 Uhr:

Prof. Dr. H. Feischhacker, Wien:  
„Humorale und zelluläre Abwehr“  
(Antikörper, lymphozytär-plasmozelluläres System)

10.10—10.40 Uhr:

Prof. Dr. C. Steffen, Wien:  
„Klinische Immunpathologie, hämolytische Erkrankungen“  
(Diagnostik des erworbenen hämolytischen Ikterus, Kälteagglutininkrankheiten, Immunoleuko- und thrombopenie, medikamentös-allergische Leuko- und Thrombopenien und sonstige Autoimmunkrankheiten)

10.40—11.10 Uhr: Pause

11.10—11.40 Uhr:

Prof. Dr. H. Martin, Frankfurt:  
„Immunpathologische Probleme innerer Erkrankungen“

11.40—12.10 Uhr:

Prof. Dr. P. G. Scheurlen, Köln  
„Angeborene und erworbene Antikörpermangelzustände“

12.10—13.30 Uhr: Mittagspause

13.30—15.15 Uhr:

**Podiumsgespräch:**  
„Prophylaxe und Therapie der Erythroblastose als Aufgabe der ärztlichen Praxis“  
Einleitendes Referat: Prof. Dr. A. Holländer, Basel:  
„Fortschritte in der Prophylaxe und Therapie der Erythroblastose“  
(einschließlich der Referenten entsprechender Fachrichtungen)**Sonntag, 30. März 1969**

8.00—9.00 Uhr:

Besuch der Industrieausstellung im unteren Rathausfletz

9.00—9.30 Uhr:

Prof. Dr. W. Müller, Basel:  
„Immunologie endokriner Erkrankungen“  
(Schilddrüse, Nebennieren, Gonaden)

9.30—9.50 Uhr:

OA. Dozent Dr. R. Boos, Basel:  
„Immunologie endokriner Erkrankungen“  
(Diabetes mellitus)

9.50—10.05 Uhr:

Dr. A. G. Gathof, Würzburg:  
„Serologischer Schwangerschaftstest und weitere für die Praxis mögliche Testmethoden der Hormonserologie“

10.05—10.25 Uhr:

OA. Dozent Dr. S. Seidl, Frankfurt:  
„Immunologische Probleme entzündlicher Lebererkrankungen“

10.25—11.00 Uhr: Pause

11.00—11.30 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. R. Pichlmayr, Hannover:  
„Moderne Transplantationsprobleme“

11.30—12.00 Uhr:

Frau Dr. I. Beck, Behringwerke Frankfurt/Höchst:  
„Prophylaxe und Therapie mit Immunglobulinen“

12.00—13.30 Uhr: Mittagspause

13.30—14.00 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. H. Deicher, Hannover:  
„Immunsuppression als therapeutisches Prinzip“

14.00—14.30 Uhr:

Prof. Dr. U. Gerlach, Münster:  
„Bindegewebsstoffwechsel unter zytostatischer Therapie“

14.30—15.30 Uhr:

**Podiumsgespräch:**  
„Immunsuppressive Therapie in der Praxis“  
Einleitendes Hauptreferat: Priv.-Doz. Dr. H. Deicher, Hannover.**Wichtiger Hinweis:**

Der Augsburger Fortbildungskongreß zieht um: Ab März 1969 finden die Kongresse nebst Industrieausstellung und Sonderveranstaltungen im historischen Rathaus der Stadt Augsburg statt.

Anfragen und Anmeldungen: Sekretariat des „Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin“, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2, Tel. 2 27 77

Bewährt  
bei  
rheumatischen  
Erkrankungen

**CAMPHOPIN<sup>®</sup>-SALBE**

40 g DM 1,55

Richard Schöning · Berlin



## Fortbildungskurs in Ösophago- und Bronchoskopie

am 28. Februar / 1. März 1969 in Erlangen

Am 28. Februar und 1. März 1969 findet an der Universitäts-HNO-Klinik der zweite Fortbildungskurs in Ösophago- und Bronchoskopie statt (Leitung: Professor Dr. Birnmeyer).

Anmeldeschluß: 31. Januar 1969.

Auskunft: Sekretariat der Universitäts-HNO-Klinik, 8520 Erlangen, Waldstraße 1

## 3. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie

am 7./8. März 1969 in Erlangen

An der Medizinischen Universitätsklinik Erlangen findet am 7./8. März 1969 der 3. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie e. V. unter dem Vorsitz von Dr. med. A. Huzly, Stuttgart, statt.

Auskunft: Privatdozent Dr. med. R. Ottenjann, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12

## KONGRESSKALENDER

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

### Februar 1969

- 3.—14. 2. in **Köln**: II. Winterkongreß für diagnostische und therapeutische Technik. Auskunft: Generalsekretariat der „Internationalen Gesellschaft für Allgemeinmedizin“, Dr. med. K. Engelmeier, 4740 Oelde, Lange Straße 21 a.
- 3.—14. 2. in **Neutraunburg**: Einführungslehrgang in die manuelle Wirbelsäulen-Therapie. Auskunft: Dr. med. Karl Sell, Facharzt für Orthopädie, 7972 Neutraunburg.
- 3.—28. 2. in **Bad Nauheim**: XX. Fortbildungskurs in Bäder- und Klimatherapie und Physikalischer Medizin. Auskunft: Sekretariat der ärztlichen Fortbildungskurse, 8300 Gießen, Rudolf-Buchheim-Straße 10.
- 3.—28. 2. in **München**: B-Kurs für Arbeitsmedizin. Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin im Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3.
- 17.—21. 2. in **Neuherberg**: Einführungskurs in den Strahlenschutz. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.
17. 2.—7. 3. in **Berlin**: Strahlenschutzkurs für Ärzte einschließlich Praktikum. Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83.

## Phonokardiographie-Kurs für Fortgeschrittene\*)

2. und 3. Mai 1969, Beginn jeweils 9.00 Uhr, München, Stiftsklinik Augustinum.

Chefarzt: Professor Dr. D. Michel

Anfragen und Anmeldungen nur an die Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königstraße 85, Telefon 08 11 / 36 11 21 (Apparat 26)

\*) Kurs für Teilnehmer früherer Kurse.

23. bis 28. Juni 1969

## Seminar in „präventiver Kardiologie“

Klinik Höhenried, Bernried (Starnberger See)

Chefarzt: Professor Dr. med. M. J. Halhuber

Anfragen und Anmeldungen nur an die Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königstr. 85, Tel. 08 11 / 36 11 21 (Apparat 26)

17. 2.—7. 3. in **Neuherberg**: Strahlenschutzkurs (Einführungs-, 1. und 2. Fortbildungskurs). Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.
- 19.—21. 2. in **Innsbruck**: „Klinische Tage“. Auskunft: Sekretariat der Chirurgischen Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck, Anichstraße 35, z. H. Frau Kapferer.
22. 2. in **Innsbruck**: 12. „Klinisches Wochenende“. Auskunft: Sekretariat der Chirurgischen Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck, Anichstraße 35, z. H. Frau Kapferer.
- 22.—23. 2. in **Salzburg**: „Familienplanung“. Auskunft: Sekretariat der Österreichischen Gesellschaft für Sexualerziehung und Familienplanung, A-5020 Salzburg, Münzgasse 2.
22. 2.—8. 3. in **San Martino di Castrozza**: XXXVI. Fortbildungslehrgang des Deutschen Sportärztebundes zur Erlangung des Sportarzt-Diplomes. Auskunft: OMR Dr. Fr. Friedrich, 8000 München 23, Wilhelmstraße 16.
- 24.—28. 2. in **Neuherberg**: Strahlenschutzkurs (1. Fortbildungskurs). Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.
28. 2.—1. 3. in **Erlangen**: Fortbildungskurs in Ösophago- und Bronchoskopie. Auskunft: Sekretariat der Universitäts-HNO-Klinik, 8520 Erlangen, Waldstr. 1.

### März 1969

- 3.—7. 3. in **Neuherberg**: Strahlenschutzkurs (2. Fortbildungskurs). Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.
- 3.—8. 3. in **Erlangen**: III. Einführungskurs in die Wiederherstellungschirurgie der Nase und der Nasenscheidewand. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. med. H. Masing, 8520 Erlangen, Waldstraße 1.

**Liquirit**®  
Magentabletten

Volle Wirksamkeit auf therap. Breite

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

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

KP 30/OP. 60 Tabl.

- 3.3.—30.6. in Düsseldorf: 34. Amtsarztlehrgang der Akademie für Staatsmedizin. Auskunft: Sekretariat der Akademie für Staatsmedizin, 4000 Düsseldorf, Auf'm Hennekamp 70.
- 7.—8.3. in Erlangen: 3. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie e. V. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. med. R. Ottenjann, Medizinische Universitätsklinik, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12.
- 9.—22.3. in Badgastein: XIV. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Thema: „Leben, Krankheit und Heilung als molekulares Geschehen“). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln-Lindenthal I, Postfach 1220.
- 10.—22.3. in Davos: XVII. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Thema: „Leben, Krankheit und Heilung als molekulares Geschehen“). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln-Lindenthal I, Postfach 1220.
- 12.—15.3. in Leipzig: 2. Kongreß der Gesellschaft für Altersforschung. Auskunft: Prof. Dr. W. Ries, Medizinische Klinik der Universität, X-701 Leipzig, Johannisallee 32.
- 14.—21.3. in Berchtesgaden: Internationaler Frühjahrskongreß für Ganzheitsmedizin. Auskunft: Bundesverband Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren, 8000 München 2, Richard-Wagner-Straße 10/I.
- 14.—15.3. in Erlangen: Fortbildungstage in praktischer Medizin. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. med. K. Bachmann, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12.
- 15.—22.3. in Freudenstadt: 36. Kongreß des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren e. V. Auskunft: Dr. med. Hans Haferkamp, 6500 Mainz, Adam-Karrillon-Straße 13.
- 17.—21.3. in Berlin: Lehrgang über theoretische und praktische Grundlagen des Strahlenschutzes für den Lungenfacharzt. Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83.
- 17.—21.3. in Neuberberg: Strahlenschutzkurs in Röntgendiagnostik und -therapie. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuberberg, Ingolstädter Landstraße 1.
- 24.—28.3. in Berlin: Lehrgang über theoretische und praktische Grundlagen des Strahlenschutzes für den Lungenfacharzt. Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83.
- 24.—29.3. in Davos: Tagung der Internationalen Gesellschaft für Lymphologie (ISL). Auskunft: Internationale Gesellschaft für Lymphologie, CH-8028 Zürich, Postfach 128.
- 25.—27.3. in Fürstfeldbruck: 16. Flugmedizinische Arbeitstagung (Thema: „10 Jahre Flugmedizin in der Bundeswehr“). Auskunft: Oberstarzt Dr. Potten, 8080 Fürstfeldbruck, Flugmedizinisches Institut der Luftwaffe.
- 28.—29.3. in München: Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Luft- und Raumfahrtmedizin. Auskunft: Oberstarzt Dr. H. Gerlach, 8080 Fürstfeldbruck, Flugmedizinisches Institut der Luftwaffe.
- 27.—29.3. in Sils-Maria: Gemeinsame Tagung der Schweizerischen Gesellschaft für klinische Zytologie zusammen mit der Deutschen und Österreichischen Gesellschaft für Zytologie. Auskunft: Dr. med. J. Jenny, CH-8032 Zürich, Plattenstraße 66.
- 28.—30.3. in Augsburg: 43. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin (Thema: „Immunologie für die Praxis“). Auskunft: Sekretariat des „Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin“, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2.
- 28.—30.3. in Verona: VI. Veranstaltung der „Giornate Mediche Internazionali“. Auskunft: Sekretariat der Giornate Mediche Internazionali, Istituti Ospitalieri di Verona, Via Bassini 6, I-37100 Verona.
- 31.3.—2.4. in Tübingen: Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Auskunft: Prof. Dr. J. Hirschmann, 7400 Tübingen, Liebermeisterstraße 20.
- 31.3.—12.4. in Meran: I. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer (Thema: „Die Aufgaben des Arztes im Zeitalter des Kindes“). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln-Lindenthal I, Postfach 1220.

#### Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe ist ein Prospekt der Firma Nattermann, Köln, beigelegt.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 83/III, Telefon 36 11 21, Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein.

Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 5,5% = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Postscheckkonto Nr. 52 52, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8000 München 15, Postfach, Sonnenstraße 29, Tel. 55 80 31, Fernschreiber: 05 23662, Telegrammadresse: atlas-press. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München.



Druck: Richard Pfaum Verlag München. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrophotographie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rücksendung 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 gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

# 100 Milliarden DM

das sind hunderttausend Millionen DM  
oder rund 60%  
aller Spareinlagen in der Bundesrepublik.

Für dieses Vertrauen danken die deutschen Sparkassen ihren 28 Millionen Sparer. Diese ungeheure Summe hat wesentlich zur Erreichung unseres Lebensstandards beigetragen. Sie ermöglicht es uns, allen Kunden — und damit auch Ihnen — mit Krediten zu helfen.



wenn's um  
Geld geht-  
SPARKASSE

## haben Deutschlands Sparer den Sparkassen anvertraut