

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 9

München, September 1969

24. Jahrgang

Intensivtherapie in der Praxis

Vorschau auf das Thema des 44. Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin vom 26. bis 28. 9. 1969

Von A. Schretzenmayr, Augsburg

Wachstation, Intensivpflege, Intensivtherapie, coronary care units, per- und postoperative Patientenüberwachungsanlagen sind revolutionäre Schlagworte, die in den letzten Jahren allen jenen, die mit dem Krankenhauswesen zu tun hatten, große Anstrengungen und Sorgen, neue Pflichten, aber auch erfolgversprechende Aufgaben auferlegt haben. Der Krankenhausträger sieht diese neuartige Form der Krankenpflege vorwiegend unter den Aspekten der Finanzierung, der Krankenhausarchitekt fühlt sich für die Lösung der räumlichen Voraussetzungen einer solchen Intensivpflegestation bei Neu-, Um- und Erweiterungsbauten verantwortlich, der Elektroingenieur entwirft Pläne für die elektronische Ausrüstung, das Pflegepersonal erhofft sich eine Erleichterung seiner schweren Aufgabe bei der Pflege der Schwerkranken und Frischoperierten, der Arzt ist die treibende Kraft für all diese neuen Einrichtungen, und der Bürger schließlich freut sich, daß für ihn als potentiellen Patienten soviel neue, teure und erfolgversprechende Apparaturen angeschafft werden.

Zur Geschichte der Krankenpflege

Es hat nicht an Stimmen gefehlt, die diesen Trend zur Intensivpflegestation, diese Vorliebe für elektronische Apparate und technische Perfektionierung im Krankenhaus als Modesache abtun wollten. Um den revolutionären Charakter und die Notwendigkeit der Intensivtherapie besser zu verstehen, lassen Sie uns einen kurzen Blick auf das Krankenhauswesen früherer Zeiten werfen. Krankenhäuser, die es bereits in der Antike gab, waren zunächst nur reine Pflegestationen für Kranke, die keine Angehörigen oder Freunde besaßen. Schon früh entwickelten sich daraus Behandlungszentren. Als solche fungierten im klassischen Altertum die Tempel des Asklepios, aber auch außerhalb des griechisch-römischen Kulturkreises, z. B. in Indien, bestanden krankenhaushähnliche Einrichtungen. Da der Begriff der Nächstenliebe im heutigen Sinne noch unbekannt war, dürften kommerzielle und religiöse Gesichtspunkte die Grundlage solcher „klinischer Abteilungen“ des Tempels gewesen sein. Eine entscheidende Wende, deren Auswirkungen bis heute bestehen, erfuhr das Krankenhauswesen durch das Christentum. Die Sendung des Christentums, sich der Armen und

Kranken anzunehmen, hat bis heute Kräfte mobilisiert — und wird es hoffentlich noch weiter tun —, die durch keine politischen, weltanschaulichen, finanziellen oder sozialen Bemühungen ersetzt werden können. Das berühmteste Hospital der Spätantike war das des Hl. Baseius in Caesarea, das im Jahre 372 eröffnet wurde,



Abbildung 1

Die Zeichnung aus einem Anatomiebuch des 16. Jh. illustriert die Gefahren, die vor der Ära der Asepsis den Insassen des Krankenhauses drohten und erst durch Semmelweis erkannt wurden



Abbildung 2

Francisco de Goya, *Casa de locos* (1795): Der spanische Maler schildert aufgrund eigenen Erlebens als psychiatrisch Kranker Szenen aus dem im Keller untergebrachten Irrensaal



Abbildung 3

W. Hogarth, *Irrenasyl in Bedlam* (1735): Fesselung Geisteskranker als pflegerische Maßnahme

als „ein Ort zum Wohle der Fremdlinge, sowohl derer, die auf der Durchreise waren, als auch derer, die krank waren und der Behandlung bedurften“. Im Mittelalter blieb das Krankenhaus überwiegend Pflegestation für durchreisende Pilger und hilflose Kranke, wenn es auch an gelegentlichen therapeutischen Ansätzen nicht gefehlt hat. Im Hinblick auf unser Thema „Intensivtherapie“ sollen jedoch drei Aspekte des mittelalterlichen Krankenhauses hier erwähnt werden, um die prinzipiellen geistigen und wissenschaftlichen Unterschiede gegenüber dem modernen Krankenhaus herauszustellen:

Das Krankenhaus des Mittelalters war eine Brutstätte der Seuchen und Infektionen, so daß trotz hingebender Pflege durch fromme Frauen und Männer viele der Insassen nicht Heilung fanden, sondern Opfer der Seuchen wurden (Abb. 1). Diese Gefahr ist in Form des Erysipels bis ins 20. Jahrhundert geblieben; erst seit Erfindung der Sulfonamidtherapie und Besserung der Krankenhaushygiene ist der Hospitalbrand verschwunden, aber selbst heute noch ist die Bekämpfung des „Hospitalismus“ eine der Grundvoraussetzungen für eine Intensivpflege.

Besonders ungünstig war die Situation in den Irrenhäusern des Mittelalters, in denen die Fesselung der Irren und andere menschenunwürdige Maßnahmen ein Inferno auslösten, das die Künstler der früheren Jahrhunderte so oft zu anklagenden Bildern dieser Zustände veranlaßte (Abb. 2 u. 3). Welche Szenen und Situationen die Fesselung der Kranken verursacht, konnte der Verfasser dieses Berichts bei seinem Aufenthalt in China (vor dem zweiten Weltkrieg) erleben, wo damals in den psychiatrischen Abteilungen noch diese Form der Irrenpflege durchgeführt wurde, und dies unter den erschwerenden Bedingungen des tropischen Klimas; da die Kranken untertags wegen der Hitze nicht in den Krankensälen belassen werden konnten, wurden sie nicht nur an den Händen gefesselt, sondern im Hospitalgarten auch an einem Bein mit einer drei Meter langen Kette „angepflockt“, wobei ein meist reparaturbedürftiger Sonnenschirm Schatten spenden sollte. Nachts kamen die Kranken dann gefesselt in den Saal, der sich in Nichts von den Bildern Goyas und anderer Künstler unterschied. Dabei muß man annehmen, daß mangels einer Intensivdiagnostik unter den unruhigen Patienten dieser psychiatrischen Krankenhäuser viele Stoffwechselkomata waren, die heute auf einer Intensivstation häufig geheilt werden können. Welche Erlösung die Intensivtherapie mit Psychopharmaka gerade für die unruhigen Geisteskranken darstellt, ergibt ein Vergleich der Bilder Goyas oder Hogarths mit einer modernen psychiatrischen Intensivpflegestation, die durch ihre undramatische Ordnung und Sauberkeit charakterisiert ist.

Ein heute fast unverständliches Charakteristikum des mittelalterlichen Krankenhauses waren die an Hysterie grenzenden Ausschreitungen der Liebestätigkeit in der Krankenpflege; Königstöchter, fromme Witwen, „Büßerrinnen“ verrichteten die niedrigsten Dienste, küßten die stinkenden Wunden der Aussätzigen, erhofften die Ansteckung und taten noch schlimmere, kaum zu beschreibende Übertreibungen in ihrem Fanatismus der Krankenpflege (Abb. 4). Es handelt sich um eine falsch verstandene „Intensivpflege“. Dieses grauenhafte Bild steht in krassem Gegensatz zu der nüchternen Sachlichkeit der modernen Intensivpflege.



Abbildung 4

Nicolaus Manuel Deutsch (1484–1530): Die hl. Anna bei der Pflege Aussätziger mit handlosen Armen und verstümmelten Beinen

Die Entdeckung der Vitalfunktionen

Selbstverständlich brachten schon die Aufklärung und die Renaissance rasch eine Besserung der mittelalterlichen Zustände; der grundsätzliche Wandel jedoch vom reinen Pflege- und Hilflosenhospital zum therapeutisch orientierten Krankenhaus trat erst mit dem Aufschwung der Chirurgie durch die Entdeckung der Anästhesie, der Antiseptik und Asepsis auf. Die Weiterentwicklung des Krankenhauses in Form der Aufgliederung in die einzelnen Spezialabteilungen, entsprechend den Facharztdisziplinen, haben wir z. T. noch selbst miterlebt. Diese Aufteilung des Krankenhauses schien für immer hohe Trennwände zwischen die einzelnen Spezialabteilungen gelegt zu haben, die die Fachgebiete noch weiter voneinander entfernten, als sie es schon von der Sache her waren. Da führte die auseinanderstrebenden ärztlichen Disziplinen eine wissenschaftliche Neuentdeckung wieder zusammen (Abb. 5): Vielleicht wäre es besser, von Wiederentdeckung oder nur von Neuorientierung zu sprechen; in ihrer Wirkung auf die Therapie jedoch war die Lehre von den Vitalfunktionen des Menschen gleichbedeutend mit jeder anderen großen Entdeckung in der Medizin! Das Wissen um die Bedrohung der Vitalfunktionen durch mechanische, toxische, anoxämische, operative Einflüsse und die Kunst der Wiederherstellung der Vitalfunktionen durch intensive ärztliche und pflegerische Maßnahmen auf der Intensivpflegestation hat in den letzten Jahren der gesamten Medizin einen ungeheuren Aufschwung gebracht. Einen Einblick in diese neuen Möglichkeiten der Intensivpflege im kleinen, mittleren

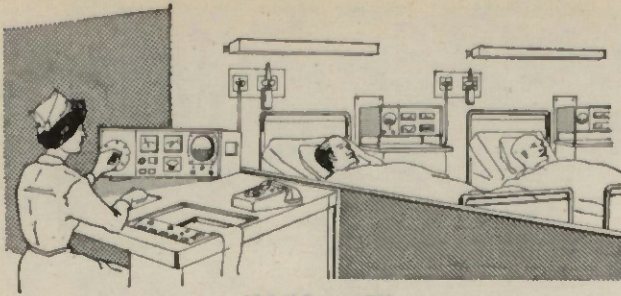


Abbildung 5*)

Die „elektronische“ Krankenschwester: Meßwertanzeige an jedem Krankenbett und zusätzlich zentrale Informationsmöglichkeit
(nach H. PFLÜGER, Anästhesieabteilung des Krankenhauses Nordwest, Frankfurt)

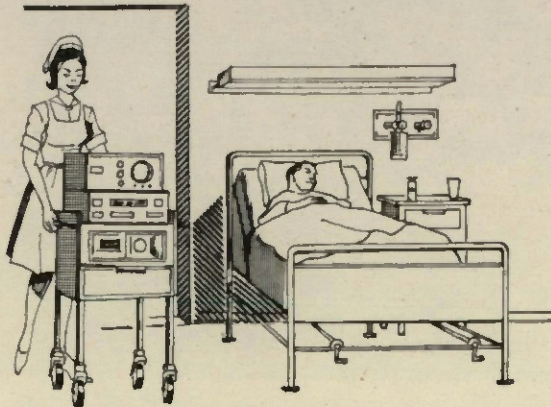


Abbildung 6*)

„Bedside-unit“ — fahrbare Gerätekombination zur Aufstellung an jedem beliebigen Krankenbett

und großen Krankenhaus gewähren die beigegebenen Strichzeichnungen, die einer Arbeit von Professor Dr. H. PFLÜGER, Frankfurt, entnommen sind (Abb. 6).

Bedrohung der Vitalfunktionen und ärztliche Praxis

Aile diese historischen, aktuellen und zukunftsweisen Probleme werden Gegenstand des 44. Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin sein, der mit dem Generalthema „Intensivtherapie in der Praxis“ vom 26. bis 28. 9. 1969 in allen Räumen des Augsburger Rathauses, also im unteren und oberen Fletz, im großen Goldenen Saal, in den Fürstenzimmern und in den Fraktionsräumen ablaufen wird.

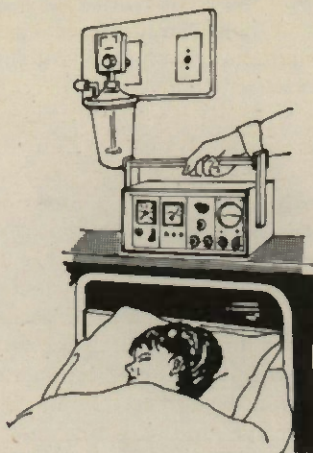


Abbildung 7*)

Kleiner, tragbarer Bettmonitor, unter günstigen Voraussetzungen in kleinen Krankenhausabteilungen oder im Haus des Kranken einsetzbar

Es wird Aufgabe des ersten Referates in der Vormittagsitzung am Samstag (27. 9. 1969) sein, die Bedeutung der Intensivpflege für alle ärztlichen Disziplinen und damit für alle Abteilungen des Krankenhauses, sowohl für die chirurgisch- wie die konservativ-tätigen Fachkliniken darzustellen.



Abbildung 8*)

Gerätekombination aus Mehrzweckapparaturen zu vielseitigem Gebrauch im Operationssaal und auf Station

Der Referent, Privatdozent Dr. Dr. HAAN, Hamburg, hat sich besonders mit der Verwirklichung der Ideen der Intensivpflegestation in der Klinik für Innere Krankheiten beschäftigt, und gerade diese Erfahrungen sind für den weiteren Verlauf des Kongresses von besonderer Wichtigkeit: es soll durch unseren Augsburger Kongreß untersucht werden, ob und wie weit die Ideen und Erfolge der Intensivpflegestation auf die ambulante ärztliche Praxis übertragen werden können (Abb. 7). Mit Blick auf die teuren elektronischen Maschinen, die wir mit dem Begriff der Intensivpflege verbinden, möchte man diese Frage vorschnell verneinen. Und doch haben sich bereits viele Erfahrungen der Intensivtherapie gerade für die Allgemein- und Fachpraxis segensreich ausgewirkt. Wir betonten es bereits: Intensivpflege und Intensivtherapie bedeutet Wiederherstellung der Vitalfunktionen des Menschen, also der Atmung und der Herzkreislauffunktion. Dazu sind zunächst keine elektronischen Geräte und keine Apparate notwendig, sondern notwendig ist der in Schockbekämpfung und Reanimation erfahrene Arzt, der als erster zu einem bedrohten Patienten gerufen wird (Abb. 8). Dem akut bedrohten Patienten nützt die ganze Elektronik im weitentfernten Krankenhaus nichts mehr, wenn es dem Erstbehandler nicht gelingt, die Vitalfunktionen des Kranken, des Verunglückten oder Vergifteten so weit und so lange wiederherzustellen, daß der Vitalbedrohte in den Genuß des technischen Fortschrittes im Krankenhaus gelangen kann.

So heißt das zweite — das wichtigste — Referat des Augsburger Herbstkongresses: „Schockbekämpfung und Reanimation in der ambulanten Praxis“. Privatdozent Dr. H. BERGMANN, der Anästhesist der Linzer Krankenanstalten, wird die theoretischen Grundlagen für dieses Wissen geben und dann werden in einem Podiumsgespräch, bei dem alle interessierten Fachgebiete vertreten sind, die Konsequenzen aufgezeigt werden, die diese neuen Erkenntnisse für die Einrichtung und

*) Abb. 5-8 = Abb. 3, 4, 5, 7 aus: PFLÜGER, H.: Per- und postoperative Patientenüberwachung. Fortschr. Med. 87, 9:367 (1969).

Ausrüstung der ambulanten ärztlichen Praxis haben. Dabei werden die Geräte auch „in natura“ demonstriert, und es werden nicht in erster Linie elektronische Geräte sein, sondern das Gespräch beginnt bei der Arzttasche und ihrem Inhalt, und schon bei diesem Thema wird der Zuhörer, der Arzt der Praxis, sehr lebhaft mitreden; denn er ist es, der hier die meiste Erfahrung hat! Dieser Erfahrungsaustausch zwischen Praxis und Klinik wird also zu weiterer Vertiefung der Kenntnisse über die Intensivtherapie führen. Selbstverständlichkeit wird bei diesem Podiumgespräch auch über viele neue Instrumente und Apparate, auch über elektronische Geräte für die ambulante Praxis gesprochen werden. Diese oft sehr teuren Geräte sind heute in der Praxis notwendig, um denjenigen Teil der Intensivtherapie sicherzustellen, der auf dem Sektor der ambulanten Krankenversorgung die Voraussetzung für den glücklichen Ausgang einer Bedrohung der Vitalfunktionen bei unseren Patienten ist.

Vorbeugende Intensivtherapie

Das Problem der Intensivtherapie erschöpft sich nun nicht in der Schockbekämpfung und Reanimation; gerade weil die ambulante Praxis Frühfälle sieht und diagnostisch-therapeutisch betreuen muß, muß der Begriff der Bedrohung der Vitalfunktionen sehr viel weiter gefaßt werden; anders ausgedrückt, bedeutet dies: man darf in einer modernen Arztpraxis gar nicht so lange warten, bis die Vitalfunktion Stockungen und Defekte zeigt oder bis sie gar zusammenbricht; diese Gefahren müssen im voraus erkannt und im voraus bekämpft werden. Hier eröffnet sich somit ein weites Feld für die Verwirklichung der Ideen der Intensivtherapie.

Das Kongreßprogramm kann nur einige wenige Beispiele aufführen, die dem Hörer zeigen sollen, wo und wann er zur Intensivtherapie aufgerufen ist, bei welchen Krankheiten und Krankheitsgruppen besonders häufig Störungen der Vitalfunktionen auftreten können und wie diesen rechtzeitig vorgebeugt werden kann.

Ein solches Beispiel für vorausdenkende Intensivtherapie bei den Herzkreislaufkrankungen bieten die „Herzrhythmusstörungen“, ein Thema, über das der Kardiologe Chefarzt Dr. J. SCHMIDT-VOIGT, Eppstein/Taunus, sprechen wird. Nicht selten wird gerade auf diesem Gebiete der Arzt vor schwere und schnelle Entscheidungen gestellt: handelt es sich bei der in der Sprechstunde festgestellten Herzunregelmäßigkeit nur um ein harmloses Herzstolpern, wie es so oft bei Nervösen auftritt, oder ist sie der Beginn einer bedrohlichen Rhythmusstörung, etwa beim Herzinfarkt? Ist sedierende Therapie angezeigt oder ist sofort Intensivtherapie, eventuell mit elektronischen Geräten einzuleiten? Die gleiche Verantwortung lastet auf dem erstbehandelnden Arzt bei den Patienten mit Herzversagen; Professor Dr. G. RIECKER, der Kardiologe der Universität Göttingen, wird seine Erfahrungen für die Ärzte der Praxis in folgendem Referat niederlegen: „Rekompensierung des insuffizienten Herzens durch ambulante Sofort- und Dauertherapie“. Auch die Nierenerkrankungen gehören in den Kreis dieser Erkrankungen. Es wird zwar in der ambulanten Praxis die künstliche Niere als typische Intensivtherapie nur in Ausnahmefällen anwendbar sein; aber es erwachsen dem Arzt der Praxis, wie Professor Dr. LOSSE, der

Nephrologe der Universität Münster, in seinem Referat: „Intensivtherapie der Nierenerkrankungen in der Praxis“ darlegen wird, gerade bei den nierenbedingten Elektrolytstörungen wichtige Sofort- und Präventivaufgaben der Intensivtherapie, die bewältigt werden müssen, um diese Patienten für die künstliche Niere oder Nierentransplantation vorzubereiten bzw. hinüberzuretten.

Ein weiteres Referat, mit dem die Arbeit des dritten Kongreßtages (Sonntag, 28. 9. 1969) eingeleitet wird, lautet: „Intensivtherapie septischer Prozesse (Antibiotika, Kortikoide, Gesinnungshemmung, Fibrinolyse, Kreislauftherapie)“. Diesen ganzen Katalog von wichtigsten Therapieformen der Praxis wird mit großer Erfahrung und österreichischem Charme der Wiener „klinische Pharmakologe“ Dozent Dr. K. H. SPITZY erläutern und moderne Weiterentwicklungen dieser Intensivtherapie aufzeigen. Professor Dr. A. SATTLER, ebenfalls Wiener, diskutiert neue Formen der Intensivtherapie auf dem pulmonologischen Sektor in seinem Referat: „Bronchitis und Asthmabehandlung in der Praxis“. Den ersten Teil des wissenschaftlichen Programms des dritten Kongreßtages beschließt ein in Augsburg wohlbekannter Schweizer Referent, Professor Dr. F. WUHRMANN, Winterthur, mit dem Thema: „Lebertherapie, innocens — inoffensiv — intensiv“. Schon aus dieser Formulierung entnehmen wir, daß wir von dem rhetorisch und didaktisch gewandten Redner wieder, wie so oft, einen auf höchster wissenschaftlicher Ebene aufgebauten Vortrag erwarten dürfen, der — aufgelockert durch einen unverwüßlichen Schweizer Humor — einen Höhepunkt des 44. Augsburger Kongresses darstellen wird.

Der zweite Teil des Kongreßvormittags am 28. 9. 1969 bringt weitere drei Referate über die Intensivtherapie, und zwar in der Neurologie (Professor Dr. W. BIRK-MAYER, Wien), in der Psychiatrie (Winkl. Hofrat Professor Dr. G. HARRER, Salzburg) und in der hormonellen Behandlung der weiblichen Sterilität (Professor Dr. R. KAISER, München). Als Abschluß des Kongresses wird am Sonntagnachmittag in Form eines Podiumgesprächs über die Intensivtherapie in der Kinderheilkunde diskutiert, wobei drei einleitende Kurzreferate über aktuelle pädiatrische Probleme Rede und Gegenrede in Fluß bringen sollen: Privatdozent Dr. J. G. MOORMANN, Homburg/Saar: „Kinderurologie“; Privatdozent Dr. U. STEPHAN, Erlangen: „Zerebrale Erkrankungen“; Privatdozent Dr. W. SCHUSTER, Erlangen: „Das dyspnoische Kind“.

Klinische Visiten, Seminare und Demonstrationen des BRK

Dieses aus Hauptreferaten und Podiumgesprächen bestehende Kongreßprogramm wird mit gewohntem Fleiß umrahmt von einem riesigen Zusatzprogramm. Die Chefärzte der Augsburger Kliniken und ihre Mitarbeiter werden, wie bei allen früheren Kongressen, ihren ärztlichen Gästen technische Einrichtungen der Klinik zum Kongreßthema, einschlägige Röntgen- und sonstige Befunde, aber auch Patienten zeigen, die durch die neuen Erkenntnisse der Intensivtherapie gerettet werden konnten.

Zwei Seminare werden parallel zum Kongreß in Nebenräumen des Rathauses laufen: das „Immunbiologische Symposium“, das der Chefarzt des Bayerischen Roten

Kreuzes, Dr. A. G. GATHOF, Würzburg, mit seinen Mitarbeitern zum fünften Mal veranstaltet, besitzt diesmal eine ausgedehnte zusätzliche Informationsquelle, in dem die gesamten für die Intensivtherapie notwendigen Einrichtungen des Bayerischen Roten Kreuzes ausgestellt und vorgeführt werden. Diese praktische Information beginnt bei der Demonstration der verschiedensten Formen des Krankentransportes, der ja für Vitalbedrohte ganz besondere Vorkehrungen haben muß, und erstreckt sich über alle technischen und personellen Dienste des Roten Kreuzes, ein riesiges Demonstrationmaterial, das glücklicherweise im großen Goldenen Saal des Rathauses einen würdigen und geeigneten Ausstellungsraum gefunden hat.

Das zweite, parallel zum Hauptprogramm in den Fürstenzimmern laufende Seminar, ist eine Neueinrichtung: es handelt sich um ein Laborseminar, das von Privatdozent Dr. M. KIENHOLZ, Frä. Dr. H. SCHRETZENMAYR und dem Laborteam der Firma Boehringer, Mannheim (Dipl.-Chem. E. DIETZ und Dr. KANTER) sowie für Kassenärztliche Abrechnungsfragen von Herrn Dipl.-Kfm. H. STARK getragen wird.

Fortbildung nunmehr auch für die Arzthelferin

Das Neue an diesem Seminar ist der Versuch, sowohl den Arzt wie seine Hilfen im Labor, also die Arztfrau und die laborkundige Arzthelferin an einen Labortisch und gewissermaßen unter einen Laborhut zu bekommen. Dieser Versuch mag manchen zunächst schockieren; denn bisher bildete sich der Arzt getrennt von seinem Hilfspersonal fort. Die Erfahrung bei mehreren Dutzend ähnlicher Veranstaltungen der letzten Jahre hat aber gezeigt, daß das zunächst nur für den Arzt gedachte Laborseminar in zunehmendem Maße auch von den Arztfrauen und den Laborhelferinnen besucht wurde. Diese Entwicklung ist auch durchaus verständlich: Arzt und Arzthelferin müssen in der eigenen Praxis im Labor engstens zusammenarbeiten, sich gegenseitig unterstützen und besonders sich aufeinander verlassen können. Unser nunmehr für beide Teile programmiertes Laborseminar trägt somit einer natürlichen Entwicklung Rechnung, und wir erhoffen uns

eine Potenzierung der Informationsmöglichkeiten und des Erfolges. Um die ungleiche Vorbildung der Teilnehmergruppen auszugleichen, wird zunächst an ein-einhalb Kongreßtagen das Laborseminar nur für Arztfrauen und Arzthelferinnen gelesen mit besonderer Betonung derjenigen Aufgaben, die ihrer Laborarbeit zukommt. Die restlichen eineinhalb Kongreßtage sind dann für ein gemeinsames Laborseminar vorgesehen. Es soll dabei der Arzt auch darüber informiert werden, was die Arzthelferin ihm an Arbeit abnehmen kann, andererseits soll aber auch die Arzthelferin über Aufgaben etwas hören, die dem Arzt allein zukommen, also Indikation zu den verschiedensten Laboruntersuchungen, Bewertung von Laborergebnissen, Integration klinischer Befunde und technischer Daten usw. Dieses Zusammenlernen wird in der Arztpraxis dann auch das Zusammenarbeiten fördern und es wird vor allem eine große Lücke schließen, die bisher nur unvollkommen und unbefriedigend berücksichtigt wurde: die Fortbildung der Arzthelferin. Die Arzthelferinnen rekrutieren sich heute aus den seit über 10 Jahren in der Berufsschule eingerichteten Lehrgängen. Sowohl von der Schule, dem Lehrherrn wie von der ärztlichen Ständesvertretung sind große Anstrengungen unternommen worden, den Lehrstoff dieser jungen Mädchen ständig zu vertiefen und zu verbreitern. Aber was diese Helferinnen vor 10 Jahren auf den Arzthelferinnenschulen gelernt haben, ist heute vielfach überholt und — abgesehen von einigen wenigen Spezialkursen für die Elite unter ihnen — fand sich wenig Gelegenheit zum Dazulernen. Mit dem geschilderten Mehrzweck-Laborseminar des 44. Augsburger Kongresses soll ein Anfang mit systematischer Fortbildung für die Arzthelferinnen gemacht werden. Ein solcher Versuch wird sich, wenn er glückt, lohnen; denn die Leistungsfähigkeit und das wissenschaftliche Niveau einer Arztpraxis hängt heute nicht mehr allein von der Kunst des Praxisinhabers ab, die „Ein-Mann-Praxis“ von früher hat aufgehört zu existieren, das Können des ganzen Teams einer ärztlichen Praxis bestimmt den Erfolg bei der ärztlichen Betreuung des Kranken.

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

Spezialkliniken zur Vor-, Weiter- und Nachbehandlung von Tumorkranken für Kassen- und Privatpatienten

in

Bad Trißl-Oberaudorf/Inn

und

Schloßbergklinik Oberstaufen/Allgäu

In Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern

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 Kliniken mit dem üblichen Krankenhaus-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.

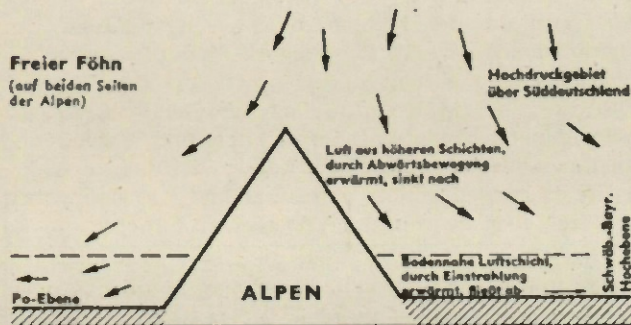
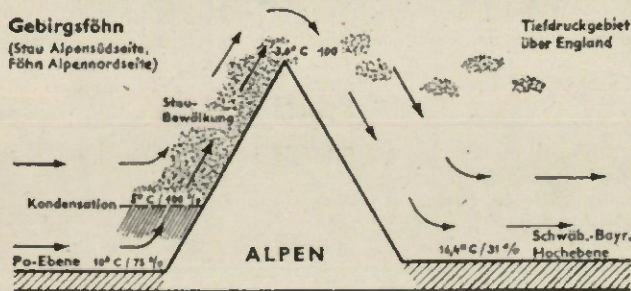
(Aus der Bayerischen Landesimpfanstalt München [Direktor: Professor Dr. H. Stickl])

Der Föhn und seine Auswirkung auf die sportliche Leistungsfähigkeit

Von J. v. Mahs und H. Stickl

Keinem Wettergeschehen ist bisher soviel Beachtung geschenkt worden, wie dem Föhn des nördlichen Alpenraumes. Seit 150 Jahren bemühen sich Meteorologen und Mediziner darum, die Erfahrungen der Bewohner dieses Gebietes zu objektivieren und die Ursachen für den auffälligen Zusammenhang zwischen Föhn und menschlichen Befindungsstörungen zu finden. Wie kann sich der Föhn auf sportliche Leistungen auswirken?

Meteorologisch versteht man unter dem Begriff „Föhn“ eine absteigende Luftströmung, also einen Fallwind. Beim „freien Föhn“ fließt er aus einem großräumigen Hochdruckgebiet langsam zu Boden und erzwingt dadurch kompensatorisch eine Aufwärtsbewegung kalter Luft eines benachbarten Tiefdruckgebietes; beim „Gebirgsföhn“ fließt er am Rand eines Gebirges herab. Während der freie Föhn überall auftreten kann, ist der Gebirgsföhn — wie der Name schon ausdrückt — an ein quer zur Windrichtung gelagertes Hindernis in Form eines Gebirges gebunden (s. Abb.).



Da für das nördliche Alpenvorland lediglich dieser Gebirgsföhn wetterbeeinflussend ist, soll im folgenden auf den freien Föhn nicht näher eingegangen werden.

Der Alpenföhn ist ein ausgesprochener Südwind. Eine über dem Mittelmeerraum mit Wasserdampf angereicherte, nördlich gerichtete Luftströmung wird an der Südflanke der Alpen gezwungen, aufzusteigen. Dabei kühlt sich die Luft zunächst um 1° pro 100 Meter ab. Da jedoch der Feuchtigkeitsgehalt der Strömung bereits relativ hoch ist (ca. 80%), ist schon nach wenigen 100 Metern der Sättigungsgrad erreicht, der überschüssige Wasserdampf der Luft wird bei weiterer Abkühlung kondensiert, es entstehen Staubewölkung und Niederschlag. Die bei den Kondensationsvorgängen frei werdende Wärme wirkt der durch das Aufsteigen der Luft bewirkten Abkühlung entgegen, die nun nicht

mehr 1° C pro 100 m, sondern lediglich $0,6^\circ$ C pro 100 m beträgt.

Demnach erreicht die Luftströmung also den Alpenkamm wasserdampfgesättigt und mit einer von der Kammhöhe abhängigen niedrigen Temperatur.

An der Nordflanke des Gebirges „fällt“ nun der Wind talwärts. Er erwärmt sich dabei um 1° C pro 100 m und verliert schnell an Feuchtigkeit. Die den Kamm erreichende Staubewölkung, „Föhnmauer“ genannt, löst sich kontinuierlich auf, und es zeigen sich die der Bevölkerung bekannten Föhnwolken, silbrig glänzende, fischförmige Wolkenreste.

Trifft die herabfallende Luftströmung auf eine noch im Vorland liegende Kaltluftschicht, muß diese — meist nur wenige hundert Meter mächtig — zunächst abgedrängt werden (Oberföhn). Erst dann ist der Föhn „durchgebrochen“, es herrscht klares, trockenes Schönwetter, bei dem die Berge scharf konturiert weithin zu sehen sind.

Das Ende des Föhns kündigt sich nach einigen Stunden bis mehreren Tagen durch zunehmende, langgezogene und wellige Bewölkung an, die Temperatur sinkt, die Wolkendecke schließt sich, und es beginnt zu regnen. Dieser Wetterwechsel vollzieht sich sehr schnell (Wettersturz) und kann deshalb für Bergsteiger und Skiläufer oft verhängnisvoll werden.

Bedingt durch die Luftverteilung im Mittelmeerraum und durch die Stärke der Strömung, weist das Auftreten des Föhns in unserem Gebiet große Unregelmäßigkeiten auf. So gibt es föhnreiche und föhnarme Jahre, wobei die Monate März bis Mai und Oktober/November bevorzugt zu sein scheinen. Nach einer Statistik des Wetteramtes München entfielen in den Jahren 1951 bis 1953 auf 1096 Tage in München und Umgebung 456 Föhnstage (41,6%) und 640 föhnfreie Tage (58,4%).

„Föhnkrankheit“

Wichtig für die medizinische Erforschung der Wetterabhängigkeit des menschlichen Organismus ist der sogenannte „Vorföhn“. Dieser Begriff hat sich aus der Erfahrung ergeben, daß wetterfähige Menschen bis zu 20 Stunden vor Einbruch des Föhns, also bevor noch meteorologische Atmosphärenänderungen im Tal nachweisbar sind (Trockenheit, Wärme, Südwind), mit mehr oder minder ausgeprägten Befindensstörungen reagieren. Diese als *Wetterfähigkeit* bezeichneten Störungen sind sehr vielgestaltig. Die auftretenden Symptome lassen sich in drei große Gruppen einteilen:

1. Vasomotorisch-sekretorische Symptome:

Gerötete oder blasse Haut mit gesteigerter oder gehemmter Transpiration, Benommenheit mit Schwindelgefühl, unregelmäßige Herzrhythmen (meist beschleunigter Puls), pektangiose Beschwerden, Hyper- und Hypotonie und Bronchospastik mit asthmoiden Symptomen.

2. Motorisch-sensorische Symptome:

Muskuläre Zuckungen, erhöhte Schmerzempfindlichkeit (Neuralgien, Kopfschmerzen, Migräne), Juckreiz, Parästhesien.

3. Psychische Symptome:

Mattigkeit und Arbeitsunlust, unmotivierte Reizbarkeit, Konzentrationsschwäche, schneller Wandel von heiterer Stimmung in Mißmut, Mangel an psychischen Hemmungen, Nichtigkeitsgefühle, psychogene Depressionen mit gesteigerter Suizidgefahr!

Einen großen Teil dieser Reaktionen mag man dem Absinken des Blutdruckes zuschreiben, aus dem eine Mangeldurchblutung der inneren Organe, der Muskulatur und besonders des Gehirns resultiert.

Wegen herabgesetzter Aufmerksamkeit, Ungeschicklichkeit, dem Mangel an Sorgfalt, Konzentration und Reaktionsfähigkeit, kommt es gehäuft zu Unfällen in Betrieben, im Haushalt und im Straßenverkehr, wobei rücksichtslose Fahrweisen und unbeherrschte Reaktionen der Kraftfahrer besonders im nervenbeanspruchenden Berufsverkehr auffallen. Gereiztheit und Aggressivität führen zu Streitigkeiten und zu einer statistisch erwiesenen Häufung der Kriminalität.

Alkohol- und Nikotinwirkung werden unter solchen meteorotropen Einflüssen verstärkt, was z. B. auch bei Unfällen oder Verbrechen in Betracht gezogen werden muß.

Ein so weit reichendes Spektrum möglicher Symptome erklärt schon, daß die Menschen auf die biotrope Föhnwirkung sehr unterschiedlich reagieren. Grundsätzlich können alle Menschen von den wetterbedingten Auswirkungen erfaßt werden. Für das Ausmaß der Beschwerden ist lediglich die körperlich-seelische Konstitution des einzelnen und seine Abhängigkeit von anderen Umweltfaktoren ausschlaggebend. Sensible, leicht erregbare Personen unterliegen dem Föhneinfluß in weit größerem Maße als „vegetativ widerstandsfähigere“ Menschen, bei denen Beschwerden nur sehr gering oder gar nicht in Erscheinung treten. Nach allen bisher vorliegenden empirischen und statistischen, sowie experimentell erworbenen Kenntnissen scheint erwiesen, daß der Föhn das vegetative Nervensystem des Menschen irritiert, indem die automatische Selbststeuerung des Gleichgewichtes zwischen Sympathikus und Parasympathikus im Zwischenhirn gestört bzw. gehemmt wird. De Rudder vertritt dabei die Meinung, daß die biotrope Föhnwirkung sich primär parasympathikoton auswirkt, und daß als Gegenregulation eine Steigerung des Sympathikotonus erfolgt.

Auch die Symptome der krankhaften Wetterempfindlichkeit deuten darauf hin, daß das Vegetativum der eigentliche Rezeptor für die meteorotropen Vorgänge ist. Beeinflußt vom wechselseitigen Überwiegen von Sympathikus und Parasympathikus ergibt sich dann eine Fülle von Krankheitserscheinungen, die sich in vasomotorischen, endokrinen, sekretorischen, motorischen und psychischen Dysregulationen äußern, wodurch die Widerstandskraft des Organismus herabgesetzt und das Akutwerden chronischer Krankheitsbilder bewirkt werden kann.

Demnach gibt es keine direkt krankheitsauslösenden Eigenschaften biotroper Faktoren, sondern es wird lediglich über das vegetative Nervensystem die physiologische Koordination der einzelnen Organfunktionen

gestört und somit ein locus minoris resistentiae geschaffen.

Besonders ein auf verschiedenste Weise vorgeschädigter Organismus muß auf den Föhn mit „Wetterempfindlichkeit“ reagieren.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über einige Krankheiten, die unter biotropen Einflüssen aus einem latenten Stadium in ein akutes übergehen, oder die in ihrer bestehenden Symptomatik verschlimmert werden können:

Krankheitsbild	biotrope Auswirkung
Kreislauf labilität Herzinsuffizienz	Blutdruck-Abfall, -krisen Dekompensation, akuter Herztod
Koronarinsuffizienz	Pektanginöse Beschwerden, Stenokardien, Herzinfarkt
Thrombose	Embolie, Häufung der Lungenembolien
Steinleiden Asthma	Koliken Anfall bis zum Status asthmaticus, Neue Schübe
Rheumatismus Infektionskrankheiten (bes. Tbc) Kehlkopfkrupp	Virulentwerden der Erreger durch geminderte Resistenz des Organismus Spast. Bronchitis mit Erstickungssyndrom
Spasmophilie der Säuglinge	Anfälle (eventuell durch Absinken der Kalziumwerte), Tetanie (tödliche Herztetanie) alle psychogenen Formen, Suizidgefahr
Depressionen	
Zustand nach Amputationen	Stumpf- und Narbenschmerzen
Zustand nach Commotio cerebri	Kopfschmerzen
Zustand nach Gehirnverletzungen	epileptiforme Störungen

Diese und andere Krankheitsbilder können vor allem unter dem Einfluß des herannahenden Föhns (Vorföhns), aber auch des den Föhn beendenden Wettersturzes in Symptomatik und Verlauf negativ stimuliert werden. Vorherrschend scheint dabei — wie bei der Wetterföhligkeit — die Beeinflussung des Gefäßsystems zu sein. Abwechselnde Vasokonstriktion und Vasodilatation, besonders der Koronargefäße, und Blutdruckregulationsstörungen können bei Herz- und Kreislaufkrankheiten zu lebensbedrohlichen Zuständen führen.

In der Verschiebung des Säure-Basen-Gleichgewichtes in Richtung Azidose, glaubt PFANNER eine weitere Auswirkung biotroper Einflüsse zu sehen. Er stützt sich dabei auf die Beobachtung, daß Krankheiten, die von einer Azidose begleitet werden (z. B. Eklampsie, Röntgenkater), ähnliche Symptome wie bei Föhneinwirkung zeigen. MÖRIKOFER, STAHEL und GÖTZ berichten wiederum von einer starken Leukopenie im Zusammenhang mit wetterbedingten, vegetativen Neurosen.

Wenn auch nach diesen Berichten eine blutchemische und blutmorphologische Reaktion als Folge einer biotropen Wetterstörung anzusehen ist, müssen die Zusammenhänge zwischen Wetter und Mensch mit größter Reserve betrachtet werden. Schon allein die Tatsache, daß man von seiten der Bevölkerung und auch der Medizin dem meteorologisch eindrucksvollen und häufig auftretenden Föhn Schädigungen des menschlichen Organismus zur Last legt, die auch von anderen Wetter-situationen ebenso hervorgerufen werden können (vom Kleinwetter bis zum weitreichenden Frontendurchzug), mahnt zur kritischen Beurteilung.

Der neue Schlüssel
zum körpereigenen
Insulin

Daonil®

(Prüfungsbezeichnung HB 419)

Minimale Dosierung

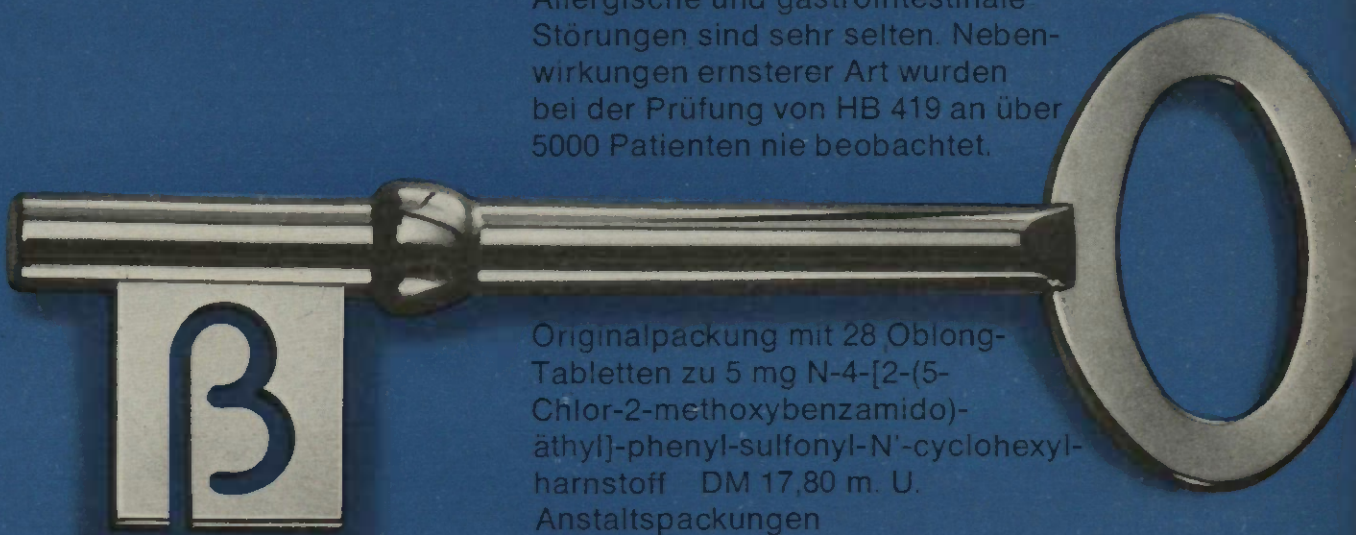
Die Tagesdosis liegt zwischen 2,5 und 15 mg, meist bei 5 mg. Dies bedeutet eine extrem niedrige Substanzbelastung.

Maximale Wirksamkeit

Wenn andere orale Antidiabetika nicht oder nicht mehr wirken, ist Daonil oft noch erfolgreich.

Optimale Verträglichkeit

Allergische und gastrointestinale Störungen sind sehr selten. Nebenwirkungen ernsterer Art wurden bei der Prüfung von HB 419 an über 5000 Patienten nie beobachtet.



Originalpackung mit 28 Oblong-
Tabletten zu 5 mg N-4-[2-(5-
Chlor-2-methoxybenzamido)-
äthyl]-phenyl-sulfonyl-N'-cyclohexyl-
harnstoff DM 17,80 m. U.
Anstaltspackungen



HOECHST — ein Pionier
der Diabetes - Therapie

Farbwerke Hoechst AG · 6230 Frankfurt (M) 80

Eine Abgrenzung der alleinigen Föhnwirkung von anderen biotropen Einflüssen ist nicht möglich, da die Suche nach spezifischen biotropen Faktoren bisher erfolglos geblieben ist. Rapide Luftdruckänderungen, Feuchtigkeitsschwankungen, Temperaturdifferenzen, wechselnder Ozongehalt der Luft, elektromagnetische und kosmische Strahlungen, Ionisation und andere atmosphärische Störungen sind bisher auf ihre Biotropie untersucht worden, ohne daß jedoch ein spezifischer Hauptfaktor gefunden werden konnte. Es handelt sich aller Wahrscheinlichkeit nach um das komplexe Zusammenwirken mehrerer oder aller dieser Faktoren. Dem Föhn ist dabei keine Sonderstellung zuzusprechen.

Mögliche Einwirkung auf die sportliche Leistungsfähigkeit

Nachdem vegetative Befindensstörungen in Zusammenhang mit dem Föhneinfluß gebracht worden sind, ist man geneigt, die beschriebene Konzentrationsschwäche, die herabgesetzte Reaktionsfähigkeit, die Erhöhung der Reizschwelle und das Absinken des Blutdruckes als Gründe für sportliche Leistungsminde- rung anzusehen. Organische Reaktionen im Sinne einer Wetterempfindlichkeit kommen hier nicht in Betracht, da in der Regel latente Erkrankungen bei Sportlern nicht vorauszusetzen sind.

Wenn sich die von PFANNER angenommene, bioklimatisch bedingte Verschiebung des Säure-Basen-Gleichgewichtes bestätigen sollte, könnte auch die azidotische Stoffwechsellage bei Föhn eine echte Leistungsminde- rung bewirken, da ohnehin bei schwerer Muskelarbeit eine Azidose auftritt. Je nach Belastung folgt dieser Azidose eine Hypoxämie der Muskulatur, Milchsäure- anhäufung und rasche Erschöpfung. Bei Hochleistungs- sportlern jedoch wird sich dieser Stoffwechselvorgang gegenüber einem weniger trainierten Menschen kaum noch negativ auswirken, da man nach langen Trainings- zeiten auch bei höchsten Belastungen nur geringe Milch- säurewerte findet. Untrainierte Gelegenheitsportler dürften hiervon eher betroffen sein.

Neuere Forschungen haben auch ergeben, daß bei extrem hoher Belastung durch Muskelarbeit eine klimatisch bedingte Leistungsverminderung nicht in Erscheinung tritt. Die klimatische Belastung zeigt sich erst während der Arbeit folgenden Erholungsphase, die deutlich verlängert ist. Bei warmen Witterungsbedin- gungen normalisieren sich Pulsfrequenzen und Blut- druck nur sehr verzögert. In diesem Zusammenhang könnte der schnelle Temperaturanstieg bei Föhnein- bruch eine gewisse Rolle spielen, doch erreichen bei uns die Temperaturen keine solchen Werte, die von Einfluß auf sportliche Leistungen sein könnten, zumal die Luft extrem trocken ist.

Eine Steigerung der Empfindlichkeit gegen die Föhnauswirkungen ist bei Sportlern nicht zu befürchten, denn eine solche „Sensibilisierung“ ist die Folge langdauernder Irritationen des Vegetativums und tritt nur auf bei disponierten, körperlich untrainierten Menschen, die sich über Monate oder Jahre im Föhn- gebiet aufhalten. Für die bevorstehende Olympiade bedeutet dies, daß für Sportler aus aller Welt der Föhn selbst bei ungünstigsten Vorbedingungen ohne Bedeu- tung ist.

Nach allen bisher vorliegenden Kenntnissen über die Auswirkungen des Föhns im Alpen- und Voralpen-

gebiet ist also eine Beeinträchtigung der sportlichen Leistungsfähigkeit nicht anzunehmen. Durch ständiges körperliches Training wird im Gegenteil die vegetative Koordination aufrecht erhalten, die Kreislaufsituation gefestigt und die psychi- sche Grundstimmung stabilisiert. Auch bei föhnemp- findlichen Menschen kann mit sportlicher Betätigung die Abhängigkeit vom Föhneinfluß herabgesetzt, wenn nicht gar vermieden werden.

Leder ist der Föhn bei der Bevölkerung unseres Ge- bietes in unberechtigt schlechten Ruf geraten. Er wird für jegliche Art von körperlichen und geistigen Lei- stungsschwächen verantwortlich gemacht. Die Inan- spruchnahme des Föhns bei Fehlleistungen durch die Bewohner läßt vermuten, daß neben echter Föhnemp- findlichkeit viele Menschen nur der „Massenpsychose Föhn“ unterliegen. Während die relativ wenigen Föhn- empfindlichen korrekterweise nur in der Phase des Vorföhns über Befindensstörungen klagen, ist für den weitaus größten Teil der „föhneempfindlichen“ Bevölke- rung die „optische“ Wittersituation der Anlaß, sich un- wohl zu fühlen. Sind die Berge klar zu sehen, „müssen sich Störungen des Allgemeinbefindens einstellen“. Diese Menschen unterliegen einem Trugschluß, denn gerade in dieser Phase des durchgebrochenen Föhns mit klarer Bergsicht und warmem, sonnigem Wetter, sind Befindensstörungen bei den wirklich Föhnkranken be- reits abgeklungen.

Solche Fehldeutungen werden schnell verbreitet und sind dazu geeignet, Angst vor dem „krankmachenden Föhn“ zu erzeugen. Sportler z. B., die aus fremden Ge- bieten zu Wettkämpfen in unser Gebiet kommen, und über den Föhn und dessen biologische Wirkung nicht orientiert sind, werden allzuleicht von einer autosugge- stiven Föhnangst erfaßt und befürchten eine föhnbe- dingte Leistungsminde- rung.

Aufgabe von Meteorologen, Ärzten und besonders von Sportärzten sollte es daher sein, die Bevölkerung auf- zuklären und ihr die unbegründete Angst vor dem Föhn zu nehmen.

Therapie

Infolge mangels an Kenntnissen über die kausale Pa- thogenese der Föhnkrankheit kann die Behandlung ech- ter Föhnbeschwerden nur symptomatisch erfolgen. Ge- trennt werden muß dabei die Therapie der „Wetterfüh- ligkeit“ eines ansonsten gesunden Menschen von der der „Wetterempfindlichkeit“, bei der ein kranker Organis- mus Voraussetzung ist. Bei letzterer wird man in erster Linie die Grunderkrankungen behandeln müssen und in ge- gebenen Fall zusätzlich zentral sedierende Pharmaka verabreichen. Bei der Behandlung der rein vegetativ bedingten Wetterfühligkeit haben sich sedativ-äquili- brierende Präparate bewährt, die sich z. B. aus zentral und peripher angreifenden Kreislaufmitteln, Analgeti- cis und einem Sedativum zusammensetzen. Sie sollen tonisierend auf das periphere Gefäßsystem, zentral sti- mulierend, zugleich sedativ, koronarerweiternd sowie zentral und peripher durchblutungsfördernd wirken. Kreislaufsensationen, Mattigkeit und sämtliche psychi- schen Föhnbeschwerden bis zu ausgeprägten psychoge- nen Depressionen lassen sich mit solchen Präparaten ausreichend beherrschen.

Abschließend sei nochmals auf die Bedeutung eines ge- zielten Körpertrainings verwiesen, das ein besseres va- somotorisches Reaktionsvermögen herstellt, somit die medikamentöse Therapie unterstützt oder gar über- flüssig werden läßt. In jedem Fall setzt sie die Anfäl- ligkeit gegenüber Föhneinfluß deutlich herab.

Zusammenfassung

Nach kurzem Eingehen auf das meteorologische Föhn-geschehen werden die Symptome der „Wetterfähigkeit“ des Gesunden denen der „Wetterempfindlichkeit“ des latent kranken Menschen gegenübergestellt. Das vegetative Nervensystem gilt als Rezeptor für den Föhneinfluß, obgleich die auslösenden biotropen Faktoren bisher nicht differenziert werden konnten. Eine Beeinträchtigung der sportlichen Leistungsfähigkeit ist unter Föhnwetterlagen nicht zu verzeichnen. Im Gegenteil setzt körperliches Training beim Gesunden durch Koordination der Organfunktionen die Föhnempfindlichkeit herab. Sport sollte deshalb föhnanfälligen Menschen empfohlen werden.

Literaturverzeichnis

- ASSMANN, D.: Die Wetterfähigkeit des Menschen. Gustav-Fischer-Verlag Jena (1955).
- AURICH, G.: Die Segment-Therapie bei vegetativen und wetterbedingten Regulationsstörungen. Med. Klinik 51, 1946—1947 (1956).
- BERG, H.: Probleme der Meteoropathologie. Grenzgeb. Med. 1, 1—4 (1948).
- BOOIJ, J.: Der Föhn und seine pathologische Bedeutung. Münch. Med. Wschr. 84/L, 135—138 (1937).
- BREZOWSKY, H.: Der Föhn ist besser als sein Ruf. Selecta 40, 16 (1960).
- BREZOWSKY, H.: Über die biotrope Wirkung von Föhn und freiem Föhn. Äztl. Sammelblätter 47, 125 (1958).
- BREZOWSKY, H.: Über die pathogene Belastung durch Wettervorgänge. Med. Klinik 55, 2235—2240 (1960).
- BREZOWSKY, H. und E. FRIES: Die Behandlung wetterbedingter vegetativer Fehlsteuerungen durch Antiföhn. Med. Klinik 55, 2284 bis 2286 (1960).
- CERNEA, R.: Wetter und Klimakterium. Therapie d. Gegenwart 95, 416—20 (1956).
- CURRY, M.: Über Ursachen und Bedeutung der Wettereinfüsse auf den Organismus. Äztl. Forschung 5/6, 81—93 (1948).
- v. FICKER H. und B. de RUDDER: „Föhn und Föhnwirkung“. Akademische Verlagsanstalt Leipzig, 1943.
- HARTWEGGER, E. W. S.: Zur Therapie der Wetterfähigkeit und Wetterempfindlichkeit. Med. Klinik 51, 474—476 (1956).
- HENKEL, G.: Über die Föhnwirkung im menschlichen Körper. Münch. Med. Wschr. 86/L, 958 (1939).
- HOCHREIN, M.: Münch. Med. Wschr. 105/II., 1821 bis 1822 (1963), Fragekasten.
- HUTZEL, H.: Die Behandlung von Föhnbeschwerden. Äztl. Praxis 9, 11—15 (1957).
- KRAUSE, H.: Wetterempfindlichkeit (Fragekasten). Dtsch. Gesundheitswesen 4, 22 (1949).
- KÜHNAU, J.: Der Einfluß des Wetterwechsels auf den normalen menschlichen Organismus. Dtsch. med. Wschr. 63/L, 617 (1937).
- LOSSNITZER, H.: Diskussion über Dr. Currys Bioklimatik. Grenzgeb. Med. 3, 94—103 (1948).
- s. ebenda.
- „Föhn und Kriminalität“. Kriminalistik-Verlag Hamburg, 1955.
- Leibesübungen und Sport. Münch. Med. Wschr. 109, 256—266 (1967).
- Das Hochgebirgsklima und seine Bedeutung für den Wintersport. Sportmedizin und olympische Spiele 1936.
- Festschrift der Sportärzteschaft. Dtsch. Med. Wschr. 62/L, 1936, Sonderausgabe S. 20 bis 23.
- Der deutsche Winter. Dtsch. Med. Wschr. 62/L, Sonderausgabe S. 18 bis 19 (1936).
- Föhn und Föhnkrankheit. Münch. Med. Wschr. 86/II, 1190—1193 (1939).
- Neue Aspekte der Klimatologie. Materia Medica Nordmark XXI/6, 342—354 (1969).
- Die Meteorotropie der Lungenembolie. Z. Klin. Med. 138, 242 (1940).
- Die Behandlung commotioneier und post-commotioneier Erscheinungen. Landarzt 35, 1026—1028 (1957).
- „Grundriß einer Meteorobiologie des Menschen.“ Springer-Verlag, Heidelberg 1952.
- In: Seybold, A., H. Wolterreck: „Klima, Wetter, Mensch.“ Quelle & Meyer-Verlag Heidelberg, 1952.
- Unsere Beziehungen zum Föhn. Das Wetter 57, 114—121 (1940).
- Beziehungen des Wettergeschehens zu inneren Erkrankungen und deren Therapie. Erfahrungsheilkunde 5, 172—177 (1956).
- Studien über die physiologische Wirkung des Föhns. Münch. Med. Wschr. 79/L, 293 (1932).
- Der Einfluß des Föhns auf den Wasserhaushalt. Münch. Med. Wschr. 89/L, 625 (1942).
- Vom Föhn des Föhnkranken. Fortschr. Med. 74, Nr. 13/14, 357 (1956).
- Das Verhalten der Körpertemperatur unter spezifischen Witterungseinflüssen. Z. Ges. Inn. Med. 3, 132 (1954).
- Der Einfluß des Klimas auf die Leistungsfähigkeit des Menschen. Dtsch. Sportärztekongreß 1963, 255—269.
- Blutbild, vegetatives System und Wetter. Dtsch. Med. Wschr. 73, 200—203 (1948).
- Anschr. d. Verf.: Professor Dr. med. Helmut Stickl, Dr. med. Joachim Frhr. v. Mahls, Bayerische Landesimpfanstalt, 8000 München 90, Am Neudeck 1.

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

Therapie der Magen- und Darmkrankheiten

Therapie der Herz- und Kreislaufkrankheiten

Probleme der medikamentösen Geburtenregelung

steht unseren Kollegen kostenlos zur Verfügung.

Die Kassenärzte Bayerns erhielten ihn bereits 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.

Perspiran® prot.

Beschwerdefreier Tag – ungestörte Nachtruhe

wieder aufatmen aufatmen

Eine oder eine halbe Tablette am Morgen und am Abend – je nach Schwere des Krankheitsbildes – bringen Schutz für 24 Stunden. Die abendliche Gabe führt bei qualender Kurzatmigkeit zu beschwerdefreier Nachtruhe. Bei Kindern ab 6 Jahren empfiehlt sich die Verabreichung von 1mal oder 2mal einer halben Tablette pro Tag.

OP 20 und 50 Snap-Tabletten

Die neuartige Snap-Tablette bietet zusätzliche Therapievorleile:

- leicht zu teilen
- individuell dosierbar
- jetzt auch für Kinder ab 6 Jahren
- von empfindlichen Patienten leicht einzunehmen

GÖDECKE

Neugestaltung der Berufsordnung

Von H. Braun

Die zur Zeit gültige Berufsordnung für die Ärzte Bayerns wurde vom Bayerischen Ärztetag 1957 beschlossen und trat am 1. 4. 1958 in Kraft. Die Erfahrungen, die seitdem gesammelt wurden, und die Weiterentwicklung in wissenschaftlicher und berufspolitischer Hinsicht machen ein Neuüberdenken und eine Neuformulierung notwendig. Auch das Zusammenrücken im europäischen Raum und die kommende Freizügigkeit der Niederlassung innerhalb der EWG verlangen eine weitgehende Annäherung und eine Harmonisierung.

So wurde zuerst der zweite Teil der Berufsordnung, die Facharztordnung oder, wie sie jetzt heißt, die Weiterbildungsordnung, vom Deutschen und Bayerischen Ärztetag 1968 verabschiedet. Sie trat nach der ministeriellen Genehmigung am 1. 7. 1969 in Bayern als erstem Bundesland in Kraft.

Ein Vorentwurf des ersten Teiles, nämlich der eigentlichen Berufsordnung, lag schon dem Bayerischen Ärztetag 1968 in Bad Kissingen zur Beratung vor. Dabei konnten keine gravierenden Diskrepanzen in den Meinungen der bayerischen Delegierten festgestellt werden. Nach nochmaliger Beratung in der Berufsordnungskommission und im Vorstand der Bundesärztekammer wurde dem 72. Deutschen Ärztetag in Hannover ein ausgereifter Entwurf vorgelegt, zu dessen Beratung allen Landesärztekammern reichlich Gelegenheit geboten war.

Es war nicht vorauszusehen, daß die Beratungen darüber zweieinhalb Tage in Anspruch nehmen würden, ohne daß eine endgültige Verabschiedung erfolgen konnte. Warum aber wurde dann so lange mit großer Intensität und mit Verantwortungsbewußtsein diskutiert? Sicher deshalb, weil die einen meinen, es würde zu viel und die anderen, es würde in manchen Dingen zu wenig reglementiert. Ein anderer Grund ist die oft schwierige Findung der richtigen und glücklichsten Formulierung für einen bestimmten Sachverhalt. Und schließlich geht es darum, was eine Berufsordnung für Ärzte überhaupt alles enthalten soll — eine Berufsordnung, die Grundgesetz für alles ärztliche Handeln, für die Stellung des Arztes in der Gesellschaft und seine Einstellung zum Beruf, für sein Selbstverständnis und für das kollegiale Verhalten untereinander sein soll. Ein Grundgesetz also, für dessen Übertretung oder Nichtbeachtung man zur Rechenschaft gezogen werden kann.

Nach dieser Definition bin ich der Meinung, daß man nicht bis in die Nebensächlichkeiten hinein alles ärztliche Tun und jede Verhaltensweise regeln, daß man aber das Grundsätzliche klarer und mit mehr Gewicht formulieren sollte, damit der Arzt daraus eine Grundhaltung gewinnt, aus der heraus seine Entscheidungen auch in kleineren Dingen konfliktlos erwachsen.

Dieser Forderung wurde entsprochen, indem in zahlreichen Paragraphen unwesentliche Einzelheiten gestrichen wurden, um unnötige Einengungen der ärztlichen Freiheit zu vermeiden und dadurch mehr Klarheit in der Formulierung und in der Auslegung zu gewinnen.

Im § 1 lautet der erste Abschnitt des vorgelegten Entwurfes: „Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes.“ Der „Dienst am Volke“ hatte für manchen nun aus vergangenen Erfahrungen einen unangenehmen Beigeschmack. Es wurde daher vorgeschlagen für das Wort „Volk“ Worte wie „Bevölkerung“ oder „Gesamtheit“ zu wählen. Übrigens ist bis jetzt in der gültigen westdeutschen Fassung auch vom „Dienst an der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Gesamtheit“ die Rede; während in der gültigen Bayerischen Berufsordnung der einzelne und das gesamte Volk angesprochen ist.

Ich glaube, man sollte sich in unserer heutigen Demokratie nicht scheuen, den Dienst am gesamten Volke hervorzuheben. Ein autoritäres Regime würde auch andere Formulierungen mißachten. Im übrigen hat der Dienst an der Gesundheit des einzelnen Priorität, und es kann ein vermeintlicher Dienst an der Gesundheit des Volkes nicht realisiert werden, wenn er Leben oder Gesundheit des einzelnen ernstlich in Frage stellen würde.

Ich bin im positiven Sinne für die vorgelegte Formulierung. Der Arzt, der heute mehr denn je erkennt, daß der Mensch nur als Ganzes gesehen und behandelt werden kann, hat so wie kaum ein anderer Beruf die Möglichkeit, Persönlichkeiten zu formen. Der Arzt in dieser Zeit kann nicht, wie es einmal Wiechert von seinem Beruf als Dichter formulierte, abseits am Rande des Geschehens stehen und zusehen. Er muß sich mitten ins Volk stellen, mit ihm leben und hat somit eine echte politische Verantwortung. Er darf nicht aus der Verantwortung flüchten, die er als tragendes und vom Vertrauen getragenes Glied der Gesellschaft hat.

Gerade in einer Zeit, in der der Ruf nach staatlichen oder sozialen Fesseln für den ärztlichen Beruf im politischen Raum immer lauter wird, kann uns die bewußte Integregation in der Gesamtheit des Volkes die Freiheit retten. Nach unseren heutigen Definitionen der Gesundheit bedeutet der „Dienst an der Gesundheit des gesamten Volkes“ nicht nur das Verhüten von Seuchen, sondern eben auch die Sorge um das Wohlergehen des Volkes ganz allgemein, soweit wir aus unserem ärztlichen Wissen und aus unserer ärztlichen Erfahrung dazu beitragen können. Wenn wir uns vor aller Öffentlichkeit diesen Dienst auferlegen und gerade auch in unseren berufspolitischen Entscheidungen zum Tragen bringen, wird die Allgemeinheit verstehen, daß ihr der freie Arzt besser dienen kann als der abhängige.

Im Hinblick auf bedrohliche Entwicklungen, die sich besonders in manchen Großstädten abzeichnen, halte ich es für notwendig, an den 3. Abschnitt des § 1 einen Satz anzufügen, aus dem die Verpflichtung hervorgeht, daß der Arzt für seine Kranken immer erreichbar sein muß: denn der ärztliche Beruf ist eben kein Gewerbe. Ausgenommen sind natürlich Zeiten, in denen nach § 19 ein geregelter Notdienst besteht. Das Ansehen unseres Standes und das Vertrauen in ihn wird aber sicher aufs schwerste erschüttert, wenn viele Ärzte dazu übergehen, Dienststunden einzuführen. Es wird von Städten berichtet, in denen nach 17 Uhr kaum noch ein Arzt erreichbar ist, so daß sich die Standesvertre-

tung zur Aufrechterhaltung der ärztlichen Versorgung gezwungen sieht, für alle Tage der Woche Notdienste einzurichten, für die junge Kollegen aus den Krankenhäusern angestellt werden. Das drohende Aussterben des praktischen Arztes wurde schon oftmals beklagt.

Hier aber, muß man feststellen, schaufelt sich der praktische Arzt selbst sein Grab. Daß der Arzt am Wochenende nach einer schweren Arbeitswoche auch einmal ausspannen muß, und daß deshalb die Ärzteschaft dafür einen Notdienst organisiert, wird jeder verständnisvoll akzeptieren. Ich bin auch der Meinung, daß man gerade dem Praktiker und dem Landarzt alle Hilfen für eine Erleichterung seiner verantwortungsvollen Tätigkeit geben sollte — im Sinne einer Rationalisierung, Errichtung von Gruppenpraxen usw. Es darf aber das eine Fundament unseres dem Dienst am Menschen und unserem eigenen Gewissen verpflichteten freien ärztlichen Wirkens, das seit allen Jahrhunderten steht, auch für die Zukunft nicht erschüttert werden — das Fundament des Vertrauens. Es besteht darin, daß der Kranke gerade in der größten Not — nämlich in der echten Notfallsituation — den Arzt seines Vertrauens immer erreichen können muß. Wo dies als Regel nicht mehr gewährleistet ist, wo der Kranke, wenn er am meisten den braucht, dem er sein ganzes Leben anvertraut hat, sich einer anonymen Institution ausgeliefert sieht, wird das so notwendige Vertrauen der Bevölkerung zum ärztlichen Stand einseitig von der Ärzteschaft her schwerstens gefährdet. Im übrigen ist von hier aus der Weg zu dem von uns immer abgelehnten staatlichen Ambulatorium nicht mehr weit. Niemand soll sagen, daß man durch solche Regelungen, die ja nur den sonst so vagen Begriff der ärztlichen Ethik sichtbar machen sollen, der jungen Generation erst recht den Weg zur Allgemeinpraxis verbaut. Trotz mancher Auswüchse, behaupte ich, daß der Idealismus auch in der heutigen Jugend lebt, und daß manche Reaktionen der Jugend nur aus der Enttäuschung über die Spießbürgerlichkeit und die jeden Idealismus mordenden Satttheit der Etablierten zu verstehen sind. Wie sehr die heutige medizinische Jugend noch Verständnis und Begeisterungsfähigkeit für das alte Hausarztideal aufbringt, zeigen die Berichte der Famuli in Landpraxen. Die Bestimmungen über die Schweigepflicht sind unverändert geblieben. Es wurde lediglich hinzugefügt, daß man die Belehrung und Verpflichtung der Angestellten schriftlich niederlegen sollte.

Auch an der Pflicht zur Erhaltung des keimenden Lebens ändert sich nichts. Wegen des ständigen Fortschrittes der Behandlungsmöglichkeiten von Erkrankungen in der Schwangerschaft und der damit zusammenhängenden Einengung der medizinischen Indikation zur Interruptio, sollte von ärztlicher Seite keine Ausweitung der Indikationen angestrebt werden.

Es kann nicht deutlich genug betont werden, daß es sich bei der Sterilisation um ein ganz anderes Problem handelt; denn hier existiert ja noch kein Leben, das geschützt werden müßte. Die Sterilisation wurde nämlich aus gegebenem Anlaß im § 4 neu in die Berufsordnung eingefügt. In der Diskussion um diesen Paragraphen in Hannover hatte man manchmal den Eindruck, daß Interruptio und Sterilisation in einen Topf geworfen wurden, was wegen der grundlegenden Verschiedenheit des Problems gefährlich ist. Der § 4 soll lauten: „Sterilisationen sind zulässig, wenn sie aus medizinischen,

genetischen oder schwerwiegenden sozialen Gründen indiziert sind.“ Es darf auch nicht übersehen werden, daß von Sterilisationen die Rede ist ohne geschlechtliche Unterscheidung. Sie kann also sowohl bei der Frau als auch beim Mann vorgenommen werden. Es handelt sich darum, daß die Entscheidung in dieser Frage in der ärztlichen Verantwortung bleiben soll. Auch die Sterilisation aus sozialen Gründen muß eine präventive ärztliche Entscheidung sein, da nur der Arzt die gesundheitliche und psychische Gefahr für Mutter und Familie bei größerer Kinderzahl und bestimmten sozialen Gegebenheiten aus persönlicher Kenntnis der Verhältnisse beurteilen kann.

In der Diskussion um dieses Thema wurde auch das Problem der Kastration angeschnitten, das aber in der Berufsordnung nicht geregelt werden muß, weil es sich bei medizinischer Indikation um einen Bestandteil der Therapie handelt, die im Gespräch zwischen Arzt und Patient zu entscheiden ist. Die diesbezügliche Regelung, etwa bei Triebverbrechern, wurde neuerdings durch den Gesetzgeber vorgenommen.

Einen neu einzuführenden Paragraphen, der Experimente am Menschen regeln sollte, beantragte Frau Dr. Ohnesorge. Dieser Antrag wurde wegen der Vielschichtigkeit des Problems an die Berufsordnungskommission weitergeleitet.

Die Grundprinzipien der Niederlassung in eigener Praxis wurden beibehalten, ebenso die Beschränkung, daß das Abhalten von Sprechstunden an mehreren Orten nicht gestattet ist. Wenn es die Sicherheit der ärztlichen Versorgung erfordert, kann die Ärztekammer Ausnahmen erlauben.

Die alten Bestimmungen, daß im selben Haus weitere Praxen derselben Fachrichtung nur mit Zustimmung der bereits dort niedergelassenen Praxisinhaber errichtet werden dürfen, und daß dann, wenn ein Arzt innerhalb seines Praxisbereiches verzieht, kein Arzt derselben Fachrichtung innerhalb des ersten halben Jahres in den alten Räumen eine Praxis eröffnen darf, sind im neuen Entwurf entfallen.

Im Sinne der Klarheit und der Beschränkung auf das Wesentliche wurde auch im nächsten Paragraphen nur mehr generell die Verpflichtung niedergelegt, Verträge über die ärztliche Tätigkeit der Kammer vorzulegen. Die Einzelheiten über die Art der Verträge werden nicht mehr erwähnt.

Die Regelungen über die ärztlichen Aufzeichnungen sind inhaltlich unverändert geblieben, mit der Ausnahme, daß die Aufbewahrungspflicht von 5 auf 10 Jahre verlängert wurde. Dies wurde von manchen Kollegen als unzumutbare Belastung empfunden, weil für sie die damit verbundene Raumfrage unlösbar schien. Sie wurden darauf hingewiesen, daß es heute Möglichkeiten gibt — z. B. mit Mikrofilmen — umfangreiche und raumsparende Dokumentationen vorzunehmen. Jeder, der bisher seine Unterlagen nach 5 Jahren vernichtet hat, wird auch in der vergangenen Zeit Schwierigkeiten bei der Eriedigung von Anfragen der Sozialgerichte usw. gehabt haben, so daß es nicht nur zweckmäßig, sondern auch notwendig ist, die Aufbewahrungszeit zu verlängern.

Die Bestimmungen über Gutachten und Zeugnisse und über das ärztliche Honorar sind inhaltlich gleichgeblieben.

Im § 12, der das kollegiale Verhalten behandelt, soll, wie Herr Kollege Odenbach beantragte, eine zusätzliche Bestimmung eingefügt werden, der zufolge ein zu ärztlichen Verrichtungen zugezogener Arzt (evtl. nachgeordneter Arzt) Anspruch auf eine Vergütung aus dem Honorar des liquidierenden Kollegen haben soll.

Eine längere Diskussion entwickelte sich in Hannover über den § 13 mit der Behandlung von Patienten anderer Ärzte. Es ging vor allem um die Notfallbehandlung, nach der der Hausarzt vom Geschehen unterrichtet werden soll, und um die Frage, an wen der aus dem Krankenhaus zu Entlassende überwiesen werden soll, besonders dann, wenn er einen anderen als den überweisenden Arzt zur Weiterbehandlung wünscht. In diesem Fall darf dem Patienten die freie Arztwahl nicht genommen werden. Der einweisende Arzt hat aber dann ein Recht, zumindest einen Durchschlag des Entlassungsberichtes zu erhalten, um zu erfahren, was aus seinem Patienten geworden ist und ob seine Einweisungsdiagnose sich bestätigt hat.

Bei der Notfallbehandlung sollte der behandelnde Arzt dann umgehend unterrichtet werden, wenn eine Weiterbehandlung erforderlich und dafür die Kenntnis des Erstbefundes und der eingeleiteten Therapie notwendig ist.

Im § 14 wird die Beschäftigung von Vertretern und Assistenten geregelt. Neu wird gefordert, daß sich der Arzt, der sich vertreten lassen will, darüber zu vergewissern hat, ob die Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Vertretung in der Person des Vertreters erfüllt sind. Die Aufnahme dieser Bestimmung in die Berufsordnung wurde aus gelegentlichen negativen Erfahrungen der letzten Jahre heraus notwendig.

Die Genehmigung für die Beschäftigung eines Assistenten soll nicht wie bisher nur wegen gesundheitlicher Gründe und wegen politischer, berufspolitischer und wissenschaftlicher Tätigkeit erteilt werden, sondern auch, wenn der Praxisinhaber die Berechtigung für die Weiterbildung hat und wenn es die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung erfordert. Diese Gegebenheit trifft vor allem für Allgemeinärzte zu, die nach der neuen Weiterbildungsordnung die Berechtigung zur Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin erlangen. Hier müssen Assistentenstellen geschaffen werden, da die entsprechenden Forderungen der Weiterbildungsordnung sonst nicht erfüllt werden könnten. Die Beschäftigung eines Assistenten zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung wird dort notwendig sein, wo ein Landarzt über Gebühr dadurch belastet wird, daß freigewordene Nachbarpraxen nicht besetzt werden können.

Im vorgelegten Entwurf war gefordert, daß bei Beschäftigung eines Assistenten die Anwesenheit und Leitung des Praxisinhabers vorauszusetzen ist. In einem Änderungsantrag wurde beschlossen, daß nicht die Anwesenheit, sondern nur die Leitung durch den Praxisinhaber zu verlangen ist; denn gerade ein berufspolitisch tätiger Kollege muß sich für die Dauer einer Sitzung oder Tagung von seinem Assistenten vertreten lassen können.

Eine lange Diskussion löste in Hannover der § 15 aus, in dem die werks- und betriebsärztliche Tätigkeit abgegrenzt werden soll. Es ist selbstverständlich, daß von der Ärzteschaft die Errichtung von Werksambulatorien zur Behandlung von Betriebsangehörigen abgelehnt wird und daß einer Beschneidung der freien Arztwahl

durch den Arbeitgeber nicht Vorschub geleistet werden darf. Andererseits muß aber eine Formulierung gefunden werden, die die ärztlichen und menschlichen Rechte eines auf diesem Sektor arbeitenden Kollegen nicht ungebührlich beschneidet. Außerdem muß die zu findende Formulierung der Verfassung entsprechen, weil sie anders gar keine Chance hätte, vom Ministerium genehmigt zu werden. So wurden zu diesem Punkt zwar allerlei Anregungen gegeben, die aber doch zu keiner alle befriedigenden Fassung dieses Paragraphen führen konnten. Daher blieb kein anderer Weg, als den § 15 mit allen Anträgen und Diskussionsbeiträgen an die Kommission zur Weiterberatung zurück zu überweisen. Dasselbe Schicksal erlitt der § 21, der das Zusammenwirken von Arzt und Nichtarzt betrifft. Dazu wurde u. a. ein Antrag vorgelegt, nach dem ein Katalog der Fälle aufgenommen werden sollte, in denen eine Zusammenarbeit erlaubt sein soll. Wie weitere Ergänzungsanträge dazu zeigten, wird es außerordentlich schwer sein, eine gerechte und doch lückenlose Aufzählung vorzunehmen, ohne daß ständig Berufsordnungsänderungen mit weiteren Ergänzungen notwendig werden. M. E. wird man allen Seiten nur gerecht mit einer allgemeinen Formulierung, die aber so sein muß, daß jeder Arzt ohne juristische Beratung das Erlaubte vom Unerlaubten unterscheiden kann. Die vom Ausschuß vorgelegte Formulierung im § 21/2 erscheint mir deshalb die glücklichste und bedürfte daher keiner Änderung oder Ergänzung. Sie lautet: „Ein unzulässiges Zusammenarbeiten im Sinne von Absatz 1 liegt nicht vor, wenn die Tätigkeit von Arzt und Nichtarzt am Patienten zur Erzielung des Heilerfolges nach den Regeln der ärztlichen Kunst notwendig ist und die Verantwortungsbereiche von Arzt und Nichtarzt klar erkennbar voneinander getrennt bleiben.“

Keine Meinungsverschiedenheit gibt es über den § 22 mit dem Titel: „Verordnung und Empfehlung von Heil- und Hilfsmitteln“, über den § 23, der Begutachtung von Heil- und Hilfsmitteln, und über den § 24, der die Anzeigen und Verzeichnisse regelt.

Unwidersprochen bleiben auch die allgemeinen Bestimmungen über die Praxisschilder in § 25. Nur wegen der erlaubten Zusatzbezeichnungen wurden neue Anträge gestellt. So sollen auch die Zusatzbezeichnungen „Sportarzt“ und „Unfallbehandlung“ bei dementsprechender Weiterbildung und Tätigkeit erlaubt werden. Gegen die Zusatzbezeichnung „Sportarzt“ dürfte niemand schwerwiegende Bedenken haben. Verlangen doch die Sportärzte selbst eine sehr umfangreiche und gediegene Weiterbildung auf diesem Gebiet, die sich im übrigen seit vielen Jahren bestens bewährt hat. Die Forderung, die Zusatzbezeichnung „Unfallbehandlung“ aufzunehmen, begründet der Antragsteller mit der steigenden Zahl der Unfallverletzten, die die deutsche Ärzteschaft zwingt, die Versorgung der Unfallverletzten zu verbessern und sicherzustellen. Diese Situation verlange daher gebieterisch die Einführung einer Kennzeichnung der Ärzte, die fachlich befähigt, willens und in der Lage sind, an der Versorgung Unfallverletzter teilzunehmen. Vorher wird ausgeführt, daß der Kreis dieser Ärzte möglichst groß sein müsse.

Gerade diese letzte Feststellung betrachte ich als schlagkräftiges Argument dafür, daß man eine eigene Bezeichnung nicht einführen sollte. Es sollten nämlich, von den Chirurgen abgesehen, alle praktischen Ärzte eine

ACHTUNG!

ab 4. September 1969 ist das Ärztehaus Bayern über die neue Telefon-Nr.

33 20 21

erreichbar

Erstversorgung von Unfallverletzten sachgerecht durchführen können, um sie ohne Schaden einer endgültigen Versorgung zuzuführen. Dazu gehören m. E. natürlich auch Kenntnisse und praktische Fähigkeiten in der Reanimation. Sich diese zu verschaffen, gehört zu der in der Berufsordnung festgelegten Pflicht zur Weiterbildung.

Die letzten beiden Paragraphen, die das Anbringen der Schilder und die Ankündigung auf Briefbogen, Rezeptvordruck und Stempeln beinhalten, wurden durch die Kommission in der Substanz nicht geändert und blieben auch in Hannover ohne Widerspruch.

So halte ich den durch die Berufsordnungskommission vorgelegten Entwurf im ganzen für geglückt. Er wird die bayerische Ärzteschaft, nachdem er schon vom Bayerischen Ärztetag 1968 vorberaten wurde, in Amberg wieder beschäftigen. Dabei sollten die in Hannover akzeptierten Anträge und die hier besprochenen Anregungen berücksichtigt werden. Das Amberger Ergebnis sollte so sein, daß es die bayerischen Delegierten zum nächsten Deutschen Ärztetag befähigt, mit klaren Argumenten zu einer endgültigen Verabschiedung der Berufsordnung entscheidend beizutragen. Schließlich kann eine klar formulierte und alles Wesentliche umfassende Berufsordnung, die sich die Ärzteschaft selbst gibt, vielleicht einen entscheidenden Einfluß auf die oft so bedrohlich scheinende politische Entwicklung ausüben — besonders in Dingen, die die Ärzte selbst und ihr Verhältnis zu den Patienten und zum ganzen Volk betreffen.

Verf.: Dr. med. Hermann Braun, Prakt. Arzt, 8411 Nittendorf, Vorsitzender des ärztl. Bez.-Verb. Oberpfalz

Studientagung für Arzt-Dozenten an Höheren Fachschulen für Sozialarbeit

in Frankfurt/M., Wilhelm-Polligkeit-Institut

(DZV) Vom 26. bis 27. Juni 1969 veranstaltete die Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e. V., Frankfurt/M., zum zweiten Male eine Studientagung für Arzt-Dozenten an Höheren Fachschulen für Sozialarbeit. Die Studientagung — sie war zugleich der 30. Lehrgang im Lehrgangswerk der Deutschen Zentrale — beschäftigte sich mit der Psychologie des Lernens,

kritischer Betrachtung der Lehrformen, dem Modell einer Unterrichtsstunde (Frau Dr. Marianne Günzel, München) und, einfürend, mit Fragen des programmierten Unterrichts (Franz S. Wagner, München). Das Podiumsgespräch über Sozialarbeit im Gesundheitswesen (Leitung: Dozent Dr. H. Stehmanns, Köln) mit anschließender Diskussion gab den Teilnehmern eine umfassende Orientierung über die gesundheitspolitischen Probleme in Theorie und Praxis der gesundheitlich-medizinischen Sozialarbeit. Frau Oberstudiendirektorin Dr. Sigrid Willemsen, Bochum, setzte in ihrer Zusammenfassung weiterführende Akzente für die Arbeit der nächsten Jahre.

Für diesen Teilnehmerkreis soll die nächste Studientagung im Jahre 1970 durchgeführt werden.

10-Jahre-Vergleich Fachärzte — Praktische Ärzte in der BRD (ohne West-Berlin)

A Praktische Ärzte

1958	praktische Ärzte in freier Praxis	26 957
	praktische Ärzte als leitende Krankenhausärzte	294
	praktische Ärzte bei Behörden	2 902
	Sa.:	30 153
1968	praktische Ärzte in freier Praxis	26 651 (— 1,2%)
	praktische Ärzte als leitende Krankenhausärzte	244 (—17,0%)
	praktische Ärzte bei Behörden	3 330 (+14,8%)
	Sa.:	30 225

B Fachärzte

1958	Fachärzte in freier Praxis	14 229
	Fachärzte als leitende Krankenhausärzte	3 119
	Fachärzte bei Behörden	1 424
	Sa.:	18 772
1968	Fachärzte in freier Praxis	19 543 (+37,4%)
	Fachärzte als leitende Krankenhausärzte	4 349 (+39,4%)
	Fachärzte bei Behörden	2 720 (+91,0%)
	Sa.:	26 612

C Die Entwicklung der praktischen Ärzte

in freier Praxis

1958	praktische Ärzte in freier Praxis	26 957
1968	praktische Ärzte in freier Praxis	26 651 (— 1,2%)

(d. h., im Jahre 1958 waren 65,5% aller niedergelassenen Ärzte Praktiker, im Jahre 1968 nur noch 57,7%)

Gegenüberstellung der Beurteilungsbegriffe in den einzelnen Zweigen der Begutachtung

Von R. Ecknigk

Meine Aufgabe wird es sein, die Unterschiede besonders zwischen der amtsärztlichen Tätigkeit auf dem Gebiete der Attestierung und Begutachtung auf der einen Seite und der sozialmedizinischen Begutachtung auf der anderen Seite darzulegen.

Das Aufgabengebiet der amtsärztlichen Attestierung und Begutachtung ist ja durch das Vereinheitlichungsgesetz und die drei Durchführungsverordnungen festgelegt. Da aber viele Amtsärzte in Nebentätigkeit auch andere Gutachten erstatten, erschien es der Vorstandschafft des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins richtig, darüber einmal allgemeine Ausführungen vortragen zu lassen. Besteht doch ein grundlegender Unterschied zwischen einem amtsärztlichen Zeugnis und Gutachten und einem sozialmedizinischen Gutachten im engeren Sinne.

Zum besseren Verständnis meiner Ausführungen ist ein kurzer Blick in die historische Entwicklung des Medizinalwesens und damit des Gutachterwesens notwendig. In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts oblag dem Physikus neben seiner Dienstaufgabenerfüllung als gerichtlicher Arzt auch die, ich zitiere wörtlich, „Ausübung einer im Rahmen der Tätigkeit für die medizinische Polizei zu verrichtende Ausfertigung amtlich-ärztlicher Atteste und Zeugnisse“. Im Laufe des 19. Jahrhunderts wurde den Kreis- und Bezirksärzten dann auch die Beurteilung und Behandlung im Rahmen der Armenpflege übertragen. Später kam dann noch die Tätigkeit im bahnärztlichen Dienst dazu. Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts wurden die Kreisärzte bevorzugt als Vertrauensärzte der Invalidenversicherungsanstalten und der Berufsgenossenschaften beschäftigt. Der beamtete Arzt war der geeignete, von den Trägern der Sozialversicherung mit der Begutachtung beauftragte Arzt.

Die 40 Jahre währende ärztlich-gutachterliche Mitwirkung des staatlichen Gesundheitsbeamten im Versicherungswesen wurde jedoch jäh eingeschränkt durch das Inkrafttreten der Bestimmungen des Reichsversicherungsamtes vom 12. 10. 1926 über die Unterstützungspflicht der Krankenkassen und der Unternehmer gegenüber den Trägern der Unfallversicherung und über Ersatzleistungen zwischen Krankenkassen, Ersatzkassen und Trägern der Unfallversicherung. Die Reformierungen der Sozialversicherung durch das „Sanierungsgesetz“ von 1933, das „Aufbaugesetz“ von 1934 und das „Ausbaugesetz“ von 1937 bedeuteten noch vor Inkrafttreten des Vereinheitlichungsgesetzes am 1. 4. 1935 ebenfalls einen erheblichen Einbruch in die bisherige Monopolstellung des staatlichen Medizinalbeamten als vertrauensärztlicher Gutachter im Bereich der Sozialversicherung und des in voller Entwicklung begriffenen neuen medizinischen Arbeits- und Forschungszweiges der sozialen Versicherungsmedizin.

Aber auch das Vereinheitlichungsgesetz hat die ärztliche Gutachtertätigkeit der Amtsärzte beschränkt, vorwiegend auf dem Gebiete der gesetzlichen Kranken-

und Rentenversicherung. Es vollzog sich in zunehmendem Ausmaß ein Aufgeben und ein erzwungener Verzicht der ärztlich-gutachterlichen Mitwirkung der Amtsärzte in der ärztlichen Sachverständigentätigkeit. So wenigstens sehen es Kenner der Materie und Miterlebende, ausführlich dargelegt im zehnbändigen Handbuch „Das öffentliche Gesundheitswesen“.

Nach § 3 Abs. 1 des Vereinheitlichungsgesetzes obliegt den Gesundheitsämtern die amts-, gerichts- und vertrauensärztliche Tätigkeit, soweit sie durch Landesrecht den Amtsärzten übertragen ist. In Bayern ist allerdings, alter Tradition entsprechend, der gerichtsärztliche Dienst vom allgemeinen öffentlichen Gesundheitsdienst abgetrennt.

In § 1 der 2. Durchführungsverordnung (in Bayern ist ja seit 1957 die I. und 3. Durchführungsverordnung aufgehoben) ist festgelegt, daß das Gesundheitsamt „amtliche Zeugnisse in allen Fällen auszustellen hat, in denen die Beibringung eines amtsärztlichen Zeugnisses vorgeschrieben ist“. Die amtsärztliche-vertrauensärztliche Gutachtertätigkeit des Amtsarztes umfaßt derzeit etwa 45 verschiedene Aufgaben, deren Ausübung und Erfüllung als dienstliche Pflichtaufgabe anzusehen ist.

Parallel zu der Einschränkung der Gutachtertätigkeit der Amtsärzte entwickelte sich eine neue Art von ärztlichen Gutachtern, der ärztliche Sachverständige im System der sozialen Sicherung. Die Invalidenversicherungsanstalten, die Unfallversicherungen, die Krankenversicherungen, die Kriegsoferversorgung, die Bahn- und Postbehörden (um nur die wichtigsten zu nennen) bauten langsam ihre eigenen ärztlichen Dienste auf, zuerst mit angestellten, später auch mit beamteten Ärzten. Diese Ärzte wurden und sind heute besonders fachkundige Berater der jeweiligen Institution, also ärztliche Sachverständige. Im Laufe der Jahre hat sich die Zahl dieser neuen Ärzteguppe, dieser beamteten Ärzte, enorm vermehrt, so daß sie heute die Zahl der Medizinalbeamten im Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes übertrifft.

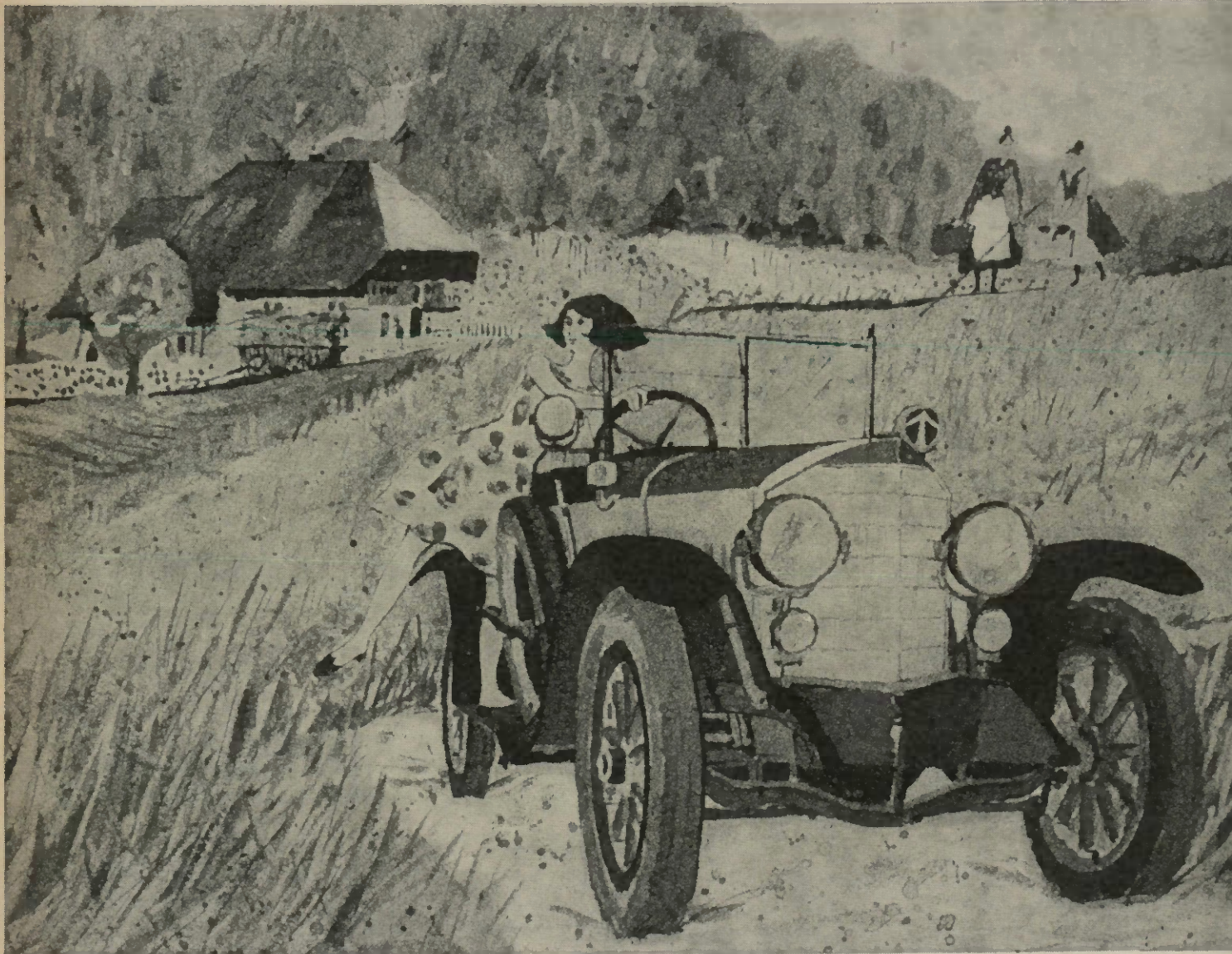
Jetzt aber zu den Zeugnissen und Gutachten. Im allgemeinen wird leider eine scharfe Trennung der Begriffe „ärztliches Zeugnis“ und „ärztliches Gutachten“ nicht eingehalten.

Im ärztlichen Zeugnis werden die Tatsachen eines medizinischen Sachverhaltes und einer ärztlichen Feststellung unter Berücksichtigung verschiedener Fragestellungen wiedergegeben. Jedoch ist eine Begründung für die Art der vorgenommenen Fragebeantwortung oder Urteilsbildung oder Schlußfolgerung nicht vorgesehen. Das ärztliche Zeugnis begnügt sich nach der Befunderhebung „mit einer knappen Formulierung des ärztlichen Urteils ohne weitere Erklärung“.

Das ärztliche Gutachten dagegen enthält neben den ärztlichen Tatsachen-Feststellungen in einem gutachterlichen Urteil die Art der gestellten Diagnose und die begründete Deutung der Diagnose aus den Befund-

Damit das Fahrgestell solange hält
wie der Motor läuft:

arthrosenex



Zur ganzheitlichen Therapie der Arthro-Myo-Pathien,
lokal: Arthrosenex mit intensiver Tiefenwirkung,
intern: Dolo-Arthrosetten: analgetisch, myotonolytisch
Arthrosetten: Umstimmung des periartikulären
Stoffwechsels, zur Langzeit-Therapie.

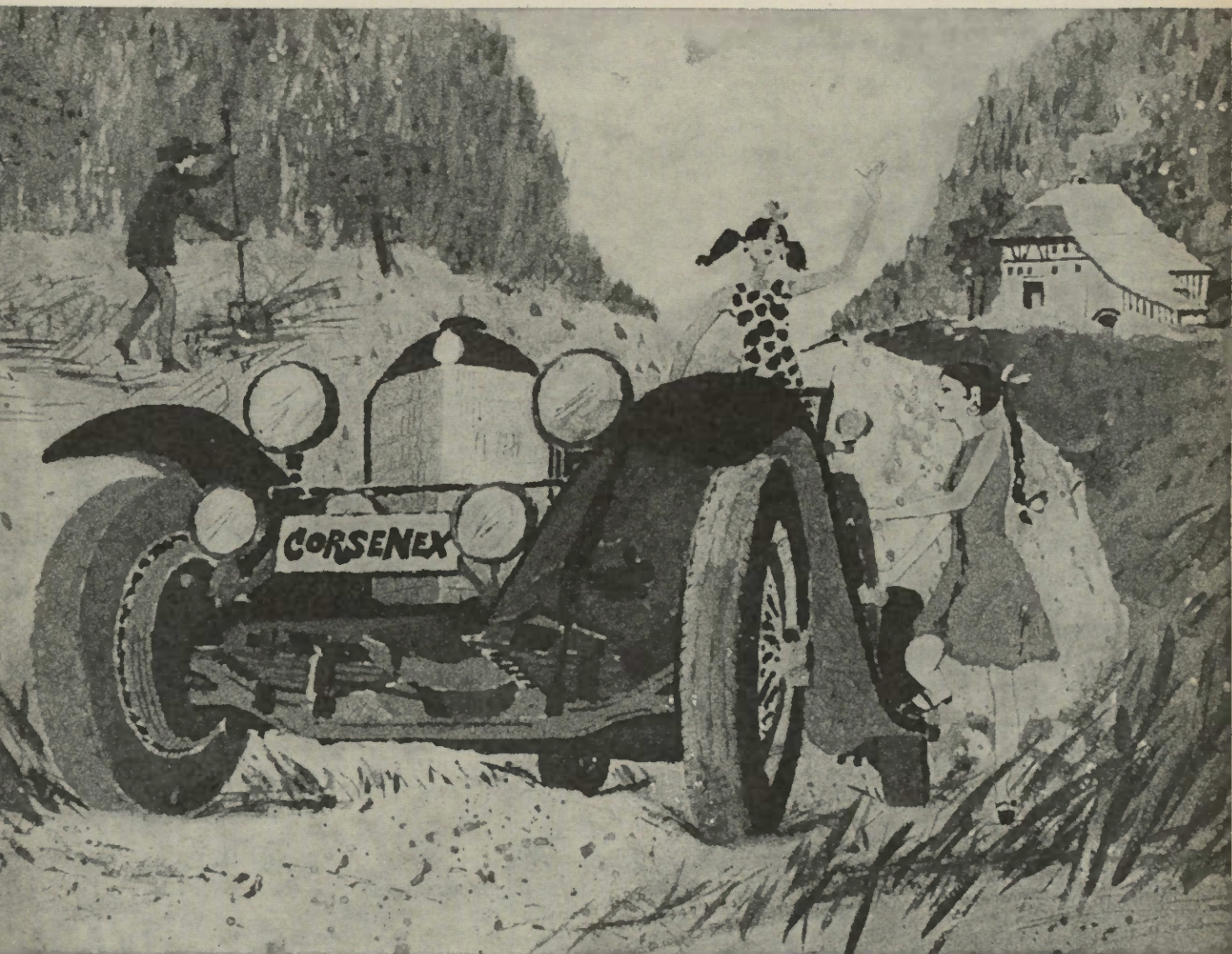
Georg A. Brenner
Arzneimittel-Fabrik GmbH
7297 Alpirsbach/Schwarzwald

Arthrosenex 50,0 DM 4,45
Dolo-Arthrosetten 30 Dragees DM 3,80
Arthrosetten 40 Dragees DM 3,30
Literatur und Muster auf Wunsch.



Damit der Motor solange läuft
wie das Fahrgestell hält:

CORSENEX



Ein Herz altert nicht allein.
Darum nicht nur ein Cardiacum, darum gleich ein
Cardiacum kombiniert mit vasotropen Substanzen,
Stoffwechsel- und Verdauungsaktivatoren.
Darum: das Gero-Cardiacum Corsenex —
denn das Geschehen ist komplex.

Georg A. Brenner
Arzneimittel-Fabrik GmbH
7297 Alpirsbach/Schwarzwald

40 Dragees DM 4.75
Literatur und Muster auf Wunsch



erhebungen, unter Heranziehung allgemeiner medizinisch-wissenschaftlicher Erfahrungssätze und der geltenden medizinisch-wissenschaftlichen Auffassungen, die aus dem gesamten ermittelten medizinischen Sachverhalt und Tatbestand gezogenen Schlußfolgerungen, die ausführlich begründet werden, die Beantwortung der von der Auftragsbehörde gestellten Fragen unter Darlegung der ärztlich-gutachterlichen Auffassung und Meinung. — So wörtlich nachzulesen in Band 5 des Handbuchs „Das öffentliche Gesundheitswesen“.

Dort fand ich auch die bereits 1931 von de BARY aufgestellten Gutachterregeln und Gutachterrichtlinien, die man auch heute noch als richtungweisend und verbindlich, als voll beachtenswert für die Ausübung einer Gutachtertätigkeit zu bezeichnen hat:

1. Der gutachtende Arzt ist nicht Anwalt seines Patienten, er ist auch nicht der Richter, der zu entscheiden hat, er ist vielmehr der Sachverständige, der ohne Rücksicht auf die Wünsche der einen oder der anderen Seite ein Urteil abgeben soll, das auf einer sachkundigen Prüfung des Tatbestandes begründet ist.
2. Die wichtigste Grundlage für das ärztliche Gutachten ist die Untersuchung, das Wesentliche bleibt für jeden Gutachter, daß dem Schlußurteil nur absolut sichere Feststellungen zugrunde gelegt werden.
3. Die Angaben des Begutachteten müssen von den eigenen Wahrnehmungen des Gutachters scharf geschieden werden, die oberste Forderung ist die absolute Objektivität, die neben der wissenschaftlichen Gründlichkeit und der kritischen Sorgfalt den Mut einer verantwortungsbewußten Unabhängigkeit voraussetzt.
4. Das Urteil soll klar und erschöpfend sein, nach sorgfältiger Abwägung der Gründe und Gegenstände auf ein scharf gezeichnetes, schlüssiges Endergebnis herauskommen. Ein Gutachten, das zu viel Möglichkeiten offenläßt, verfehlt seinen Zweck.

Nun, ein anderer, sehr deutlicher Unterschied zwischen Attest und Gutachten zeigt sich auch in der Art und Weise, wie Fachausdrücke des Versicherungswesens gebraucht werden. Der ärztliche Sachverständige stellt nur rein medizinische Tatsachen fest. Der Begriff „Berufsunfähigkeit“ oder „Erwerbsunfähigkeit“, um nur die markantesten und häufigsten zu nennen, kann mit ärztlicher Überzeugungskraft nicht gebraucht werden, da er ja auch nichtärztliche Teilbegriffe beinhaltet, die der Arzt eben nicht beurteilen kann. Der ärztliche Sachverständige kann eben nicht beurteilen, ob eine Verweisung in einen anderen Beruf in Betracht kommt und welche Erwerbstätigkeit gegebenenfalls in Frage steht. Hier muß die Verwaltung zuerst ihre Beurteilung abgeben oder nachträgliche Zusatzfragen stellen. Der Arzt kann sich nur zu der verbliebenen Leistungsfähigkeit äußern oder, im negativen Sinne, die ärztlicherseits nicht mehr zumutbaren Tätigkeiten möglichst genau angeben. Welche Schlußfolgerungen daraus dann die Verwaltung zieht, kann vom Arzt im voraus nicht gesagt werden. Es ist deshalb am besten (und daran erkennt man u. a. den Wert eines Sachverständigen-Gutachtens), wenn in der Beurteilung nur

rein medizinische Feststellungen getroffen werden und keinesfalls Verwaltungsentscheidungen vorweg genommen werden. Ob ein Schrankenwärter auf die Tätigkeit in einem Stellwerk verwiesen werden, oder ob ein Maschinenschlosser in die Materialausgabe versetzt werden kann, muß die Verwaltung entscheiden, nicht der Arzt.

Ebenso ist es mit dem Begriff der „Dienstunfähigkeit“ nach dem Beamtengesetz. Auch hier hat der Gutachter nur die verbliebende Leistungsfähigkeit und die noch zumutbaren oder die nicht mehr zumutbaren Tätigkeiten nach medizinischen Gesichtspunkten darzulegen und zu werten, nicht aber die Feststellung „dienstunfähig“ zu treffen. Der Begriff „Dienstunfähigkeit“ beinhaltet mehr als der ärztliche Sachverständige mit medizinischer Begründung aussagen kann.

Der einzige Begriff, der eine rein ärztliche Aussage enthält und so auch von der Verwaltung unverändert übernommen wird, ist der Begriff der „Arbeitsunfähigkeit“. Nach der Definition des Begriffes „Arbeitsunfähigkeit“ in der Reichsversicherungsordnung kommen nur gesundheitliche und somit vom Arzt zu beurteilende Gesichtspunkte in Betracht.

Aber nun zurück zum Gutachten des ärztlichen Sachverständigen. Das Attest oder auch das amtsärztliche Zeugnis will ich hier in diesem Zusammenhang unberücksichtigt lassen.

Es sollen kurz die einzelnen Bausteine eines Gutachtens angesprochen werden, also die Anamnese, der Befund, die Diagnose und die Beurteilung. In Abwandlung eines bekannten Ausspruches ist eine gute Anamnese bereits die halbe Diagnose und eine gute Diagnose bereits das halbe Gutachten. Die Anamnese soll allgemein erhoben werden und nicht nur zugespitzt auf die jeweilige Gutachtensfragestellung. Bei der Anamneseerhebung sollten auch alle verneinten Fragen festgehalten werden. Beim Erstgutachten (und im Bereich der sozialen Sicherung bleibt es meist nicht nur bei einer einmaligen Begutachtung) wird man die unbefangenste Auskunft bekommen. Wie wichtig gerade die zum frühesten Zeitpunkt gegebene Vorgeschichte ist, weiß jeder erfahrene Gutachter. Auch muß aus der Diktion des Gutachtens eindeutig hervorgehen, welche Angaben und Ansichten vom Untersuchten stammen, welche Diagnosen von Befundberichten übernommen wurden und was der Untersuchende selbst festgestellt hat. Gerade in Attesten, auch amtsärztlichen, aber auch in Attesten von renommierten Fachärzten und Professoren kann man da allerhand, z. T. geradezu groteske Fehler finden. In einem Gutachten müssen auch alle normalen Befunde ausdrücklich erwähnt werden. „Herz o. B.“ oder „Leib o. B.“ genügen eventuell für eine Befundfixierung auf der Ambulanzkarte in der Behandlungspraxis, keinesfalls aber für eine sozialmedizinische Begutachtung. Auch sollte man bestrebt sein, besonders bei Gutachten mit Beurteilung des Kausalzusammenhanges, auch dann Objektivbefunde zu erheben, wenn man von vorneherein keinen pathologischen Befund erwartet. Somit sollte man insbesondere nach Unfällen nicht nur die verletzte Seite eingehend befunden und röntgen lassen, sondern auch die andere, gesunde Seite. Wie wichtig dies im Einzelfall sein kann, soll folgender Fall zeigen:

Ein Wehrpflichtiger gibt an, sich einige Wochen vorher beim Geländedienst verletzt zu haben, jedenfalls habe er seit diesem Sturz im Dienst Schmerzen im linken Handgelenk. Eine fachorthopädische Untersuchung mit Röntgenaufnahme ergibt eine Kahnbeinfraktur links. Da eine längere Ruhigstellung im Gips keine Besserung erbringt, wird der Soldat mehrmals von verschiedenen Orthopäden untersucht und auch mehrfach geröntgt. Nach über zehnmönatiger Gipsbehandlung ist röntgenologisch die Kahnbeinfraktur immer noch unverändert, dafür findet sich jetzt aber eine Inaktivitätsatrophie und eine Teilversteifung am Handgelenk und an verschiedenen Fingergelenken. Ein WDB-Gutachten bewertet die Kahnbeinfraktur als Wehrdienstbeschädigung mit einer MdE von 30%. Nach der Entlassung aus der Bundeswehr erfolgte nunmehr eine Begutachtung in einer Versorgungsärztlichen Untersuchungsstelle, und dabei wurden erstmals beide Handgelenke geröntgt. Dabei ergibt sich eindeutig, daß niemals eine Kahnbeinfraktur vorgelegen hat, sondern daß es sich um eine angeborene beidseitige Kahnbeinanomalie handelt. Als WDB kam also nicht eine Pseudarthrose des linken Kahnbeins in Betracht, sondern die Inaktivitätsatrophie und die Teilversteifungen infolge des zehn Monate un- nütz getragenen Gipsverbandes.

Nun einige allgemeine Bemerkungen zur Gutachten- diagnose: Daß ein „Zustand nach...“ in einem Gutach- ten nichts zu suchen hat, sollte selbstverständlich sein, da dieser Begriff unpräzise ist und nicht erkennen läßt, was eigentlich tatsächlich damit gemeint ist. Ein „Zu- stand nach Hepatitis“, ein „Zustand nach Lungenent- zündung“, ein „Zustand nach Unterarmfraktur“ be- leuchtet diese nichts oder sehr viel beinhaltenen Aus- drücke.

Die Diagnose im Gutachten muß so weitgehend wie irgend möglich gesichert sein. Zur Differentialdiagnose müssen alle üblichen Methoden nach dem jeweiligen Stand der Wissenschaft bis zur Klärung angewandt werden. Werden aus bestimmten Gründen wichtige klärende Untersuchungen nicht durchgeführt, dann müssen im Gutachten die Gründe ausdrücklich erwähnt werden. Denn sogenannte Verdachtsdiagnosen haben in einem Gutachten nichts zu suchen. Entweder beste- hen begründete Hinweise für die Annahme der ent- sprechenden Diagnose, oder aber es handelt sich nur um vage Vermutungen, auf die sich eine verantwort- liche Beurteilung nicht aufbauen darf.

Auch fordert man für eine Gutachtendiagnose eine so- weit wie mögliche Benennung von morphologischen Organveränderungen, ähnlich wie sie der Pathologe verwendet. Funktionelle Ausfälle oder funktionelle Störungen allein stellen nämlich meist keine eigent- liche Gutachtendiagnose dar, sie können nur zur wei- teren Erläuterung gebraucht werden. Allgemeine Ver- legenheitsdiagnosen, wie „Cholezystopathie“, „Stenokar- die“, „Vegetative Dystonie“, um nur einige zu nennen, gehören ebensowenig in ein Gutachten, wie die Be- nennung von Syndromen, z. B. „Roemheld“ oder „Dumping“.

Man kann gelegentlich lesen „Verdacht auf Cholezysti- tis, weil sich bei den Untersuchungen eine Cholezystitis nicht mit Sicherheit ausschließen ließ“. Bei derartigen Gedankengängen wird etwas Entscheidendes verwech- selt. Die bei den Begutachtungen zu prüfende Wahr-

scheinlichkeit bezieht sich nur auf den ursächlichen Zu- sammenhang, nicht aber auf die Diagnose oder auf äußere schädigende Einwirkungen. Die Nichtbeachtung dieses grundlegenden Unterschiedes ist nicht selten Anlaß zu heftigen Gutachterdifferenzen.

Nun zur eigentlichen Beurteilung, die aus der Diagnose erwächst. Hier gibt es bei den sozialmedizinischen Gut- achten zwei Hauptgruppen: die Gruppe der Gutachten, die zum verbliebenen Leistungsvermögen oder auch zum negativen Leistungsbild Stellung nehmen, z. B. die Gutachten der Vertrauensärzte für die Krankenkassen, der Rentengutachter für die Arbeiter- und Angestell- tenrentenversicherung, für die Knappschaftsrenten- versicherung. Die andere Gruppe, z. B. Gutachten für die Berufsgenossenschaften, für die Kriegsofferversor- gung, das Entschädigungswesen, hat die Erwerbsmin- derung (meist im abstrakten Sinne) einzuschätzen und insbesondere den Kausalzusammenhang zwischen äuße- ren schädigenden Einwirkungen und einer festgestell- ten Gesundheitsstörung zu beurteilen.

Wenn ich nur drei Definitionen wörtlich zitiere, dann erkennt man sehr schnell, weshalb der Gutachter nicht schreiben kann: „Herr NN. ist berufsunfähig.“ Nach GERCKE ist z. B. der Begriff der Berufsunfähigkeit „ein medizinisch-soziologisch-wirtschaftlicher Misch- begriff, der mit den Mitteln des Rechts gehandhabt wird“.

„Vermindert bergmännisch berufsfähig (§ 45, Abs. 2 KnVNG) ist ein Versicherter, der infolge Krankheit oder anderer Gebrechen oder Schwäche seiner körperl- iche n oder geistigen Kräfte weder imstande ist, die von ihm bisher verrichtete knappschaftliche Arbeit aus- zuüben, noch imstande ist, andere im wesentlichen wirt- schaftlich gleichwertige Arbeiten von Personen mit ähnlicher Ausbildung sowie gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten in knappschaftlich versicherten Be- trieben auszuüben.“

„Berufsunfähig (§ 1246 RVO, § 23 AnVG, § 46 KnVNG) ist ein Versicherter, dessen Erwerbsfähigkeit infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabge- sunken ist. Der Kreis der Tätigkeiten, nach denen die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten zu beurteilen ist, umfaßt alle Tätigkeiten, die seinen Kräften und Fähig- keiten entsprechen und ihm unter Berücksichtigung der Dauer und des Umfangs seiner Ausbildung sowie sei- nes bisherigen Berufes und der besonderen Anforder- ungen seiner bisherigen Berufstätigkeit zugemutet werden können. — Zumutbar ist stets eine Tätigkeit, für die der Versicherte durch Maßnahmen zur Erhal- tung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbs- fähigkeit mit Erfolg ausgebildet oder umgeschult wor- den ist.“

„Erwerbsunfähig (§ 1247 RVO, § 24 AnVG, § 47 KnVNG) ist der Versicherte, der infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder von Schwäche seiner kör- perlichen und geistigen Kräfte auf nicht absehbare Zeit eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit nicht mehr ausüben oder nicht mehr als nur gering- flüchtige Einkünfte durch Erwerbstätigkeit erzielen kann.“ Der Gutachter hat also in jedem Einzelfall zu beurtei-

len, zu weichen Tätigkeiten der Untersuchte noch fähig erachtet wird, ob er noch ganztägig und regelmäßig einer Erwerbstätigkeit nachgehen kann, welche Einschränkungen aufgrund der Befunde und der Diagnose gegeben sind, ob z. B. nur noch leichte körperliche Arbeiten, keine Arbeiten an Maschinen, kein Heben schwerer Gegenstände verrichtet werden dürfen. Dabei ist es am besten, wenn weniger die nicht mehr zu leistenden Tätigkeiten aufgezählt werden als vielmehr im Sinne eines positiven Leistungsbildes die noch zu leistenden Arbeiten genau bezeichnet werden. Um so leichter kann dann die Verwaltung entscheiden, ob eine Verweisung in eine andere Erwerbstätigkeit in Betracht kommt, oder ob eine Rente wegen Berufsunfähigkeit gewährt werden kann. Aber auch die Frage einer beruflichen Rehabilitation wird dadurch für die Verwaltung leichter und z. T. erst möglich, wenn der ärztliche Sachverständige möglichst präzise das Leistungsvermögen dargelegt hat.

Zur ärztlichen Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs zwischen äußeren schädigenden Einwirkungen und festgestellten Gesundheitsstörungen ist zu sagen: In der Begutachtung für das System der sozialen Sicherung gilt meist die Ursachenlehre von der wesentlichen Bedingung. Was ist nun aber eine „Ursache“ im verwaltungs-juristischen Sinne? In einem Aufsatz im Bundesversorgungsblatt vom Jahre 1956, Heft 1, Seite 9, heißt es wörtlich: „Eine Ursache kann begrifflich nur gegeben sein, wenn eine Folge vorliegt, da sie ihrem Wesen nach erst mit der Folge entsteht. Mittelbare Folgen sind Folgen unmittelbarer Folgen. Demzufolge kann eine unmittelbare Ursächlichkeit nur bestehen, wenn eine unmittelbare Folge der Ursache zu weiteren Folgen geführt hat. Unter mittelbarer Ursächlichkeit ist also das Hervorrufen von Folgen durch unmittelbare Folgen eines Ereignisses oder Zustandes zu verstehen.“ Solche Ausführungen sind und bleiben natürlich für einen naturwissenschaftlich ausgebildeten Menschen unverständlich.

Da man bei biologischen Vorgängen fast nie mit Sicherheit eine Kausa allein bejahen oder verneinen kann und außerdem eigentlich nie nur eine einzige Ursache besteht, ist im BVG und SVG und auch im BEG Kausalzusammenhang nur nach der Wahrscheinlichkeit zu beurteilen. Da der Begriff „wahrscheinlich“ relativ vage ist, wurde er von Juristen definiert. Das Bayerische Landessozialgericht gab einmal folgende Begriffsbestimmung:

„Wahrscheinlich im Sinne des Versorgungsrechts ist diejenige Möglichkeit, die nach Anstellung aller zweckdienlichen Überlegungen jeder anderen Möglichkeit gegenüber den Vorrang verdient. Wahrscheinlich ist diese Möglichkeit nur dann, wenn sie in so hohem Grad vorhanden ist, daß sie vernünftigerweise die richtige Überzeugung zu bilden und zu rechtfertigen geeignet ist.“

Mit dieser juristischen Definition kann der Mediziner nicht viel anfangen. Leichter wird es, wenn man für die praktische Anwendung etwa folgende Überlegungen anstellt:

Welche Momente spielen für das Zustandekommen einer speziellen Gesundheitsstörung überhaupt eine Rolle? Dann muß man die einzelnen Momente in ihrer Wertigkeit oder Wichtigkeit gegeneinander abwägen. Wenn schließlich mehr Gesichtspunkte für einen Zusammenhang sprechen als dagegen, dann kann der ursächliche

Zusammenhang mit Wahrscheinlichkeit bejaht werden. Meine Zeit ist leider knapp bemessen, so daß ich nicht näher auf diesen und andere sehr interessante Punkte eingehen kann. Hinzuweisen ist noch auf die Tatsache, daß in den verschiedenen Zweigen der Begutachtung vielfach die gleichen Ausdrücke für verschiedene Tatbestände verwendet werden und daß auch umgangssprachliche Ausdrücke z. T. fest umschriebene Fachausdrücke sind. Beispielsweise darf ich an den Begriff der Erwerbsunfähigkeit erinnern oder an den Begriff der Hilflosigkeit, der Steh- und Gehbehinderung, der Kurfähigkeit und viele andere. Dadurch kommen ärztliche Aussagen zustande, wie „Herr NN. ist nicht nur erwerbsunfähig, sondern auch berufsunfähig und 70 Prozent arbeitsunfähig.“ Dies ist ein wörtliches Zitat! Oder ein wörtliches Zitat aus einem Gutachten einer Universitätsklinik aus dem Jahre 1967: „Diagnose: Zustand nach Radium-Röntgentherapie wegen Neoplasma colli uteri, Stadium II, 1962. Derzeit kein Anhalt für Rezidiv, jedoch starke Sklerosierung im Bereich des linken Parametriums bis zur Beckenwand hin, die ohne Fragen starke Beschwerden macht. Teleangiektasien und Trigonumzystitis der Blase. Beurteilung: Mit Rücksicht auf Alter und Adipositas und die bestehenden Beschwerden ist die Patientin in einem Zustand, der einen vollen Arbeitseinsatz doch nicht mehr zuläßt. Deshalb sollte man die Patientin dauerberenten.“ Einige Zeilen weiter wird die Frage nach den noch zumutbaren Tätigkeiten folgendermaßen beantwortet: „Keinerlei Arbeiten mehr möglich!“

Um die Schwierigkeiten und Mißverständnisse zu vermeiden, die durch den unterschiedlichen Gebrauch der gleichen Ausdrücke zustande kommen, sollte jeder bestrebt sein, nach einem derartigen Begriff zum Ausdruck zu bringen, in welcher Art er ihn gebraucht hat, z. B. „hilflos im Sinne des BVG“ oder „erwerbsunfähig im Sinne des LAG“. Am richtigsten ist es aber, wenn der Gutachter die entsprechenden medizinisch-verwaltungsjuristischen Mischbegriffe vermeidet und sich nur auf die rein ärztlichen Aussagemöglichkeiten beschränkt. Der ärztliche Sachverständige sollte sich auch nicht durch seine Verwaltung zu Aussagen verleiten lassen, die über seine Kompetenz gehen. So wollte z. B. die Versorgungsverwaltung lange Zeit vom Ärztlichen Dienst wissen, ob bei einem Kriegervater oder einer Kriegermutter Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 1247 RVO besteht. Diese Frage kann der Ärztliche Dienst aber nicht beantworten. Der Ärztliche Dienst kann nach einer Untersuchung und Diagnose wohl das verbliebene Leistungsvermögen darlegen, mehr aber nicht. Ob dann Erwerbsunfähigkeit im Sinne der RVO vorliegt oder nicht, das muß die Verwaltung festlegen, nicht der Arzt.

Diese Beschränkung des ärztlichen Sachverständigen auf sein Fachgebiet kennzeichnet den erfahrenen Gutachter und macht nur dem jungen Arzt Schwierigkeiten. Diese Beschränkung vermeldet gar viele Diskrepanzen, nicht nur zwischen Verwaltungen und Ärzten, sondern auch gutachterliche Streitigkeiten zwischen den Ärzten.

Vortrag anlässlich der Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins e. V. am 18. Oktober 1968 in Augsburg.

Anschr. d. Verf.: *Regierungsmedizinaldirektor Dr. med. R. Ecknigk, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge, 8000 München 13, Winzererstraße 9*

Neuzulassung zum Medizinstudium — reformbedürftig!

Von Erich Grassl, München

Die Neuzulassungen zum Medizinstudium entscheiden über die Qualität der Ärzte von morgen!

Wenn bis vor kurzem nur die intellektuelle Auslese bestand (Abiturnoten) und jetzt noch die passive Wartezeit (pro nicht zugelassenes Semester 0,1 Verbesserung) dazukommt, so kann doch niemand behaupten, daß das die rechte Auslese für einen hochwertigen Arztstand der Zukunft sei!

Bislang schicken die Bewerber für das Studium der Medizin einen ausführlichen Fragebogen an die Zentrale Registrierstelle in Hamburg. Dort wird über einen Computer der Notendurchschnitt errechnet und an die verschiedenen Universitäten, für die sich der Bewerber entscheidet, zugeleitet. Die Fakultäten entscheiden dann nach der Qualität der Note in einer Rangliste, die bis auf die Hunderterstelle nach dem Komma geht.

Für die Bewerber mit einer schlechten Note war es bisher fast aussichtslos, mit einer Annahme auch nach mehreren Semestern rechnen zu können. Jetzt haben sie die Chance, daß für jedes umsonst beworbene Semester der Notendurchschnitt um 0,1 verbessert wird.

Für Eltern und Bewerber ist es ferner scheußlich — da meine beiden Söhne zum Medizinstudium bereits zugelassen sind, kann ich darüber sine ira schreiben —, daß meist erst ca. 8 Tage vor Semesterbeginn die Zusage erfolgt. Da die Bewerbungen ja meist für einige Universitäten vorliegen, muß man in der kurzen Zeit sich um ein Zimmer sehen, was heute bei dem Mangel an Studentenbuden fast unmöglich ist.

So entscheidet also im wesentlichen nur die Abiturnote über die Zukunft des jungen Arztes. Wo sind menschliche Qualität, Charakter, Standhaftigkeit, Herz und Gemüt, wo Hilfsbereitschaft und ethisches Fundament erfaßt und berücksichtigt, wo auch so einfache Eigenschaften, wie Fingerfertigkeit, Einsatzbereitschaft und praktischer Sinn, die doch auch zu einem richtigen Arzt gehören!?

Die intellektuelle Auslese durch die Abiturnoten sagt nicht einmal etwas über die Güte und Leistung beim Physikum und bei der ärztlichen Prüfung aus!

Was man bisher gefühlsmäßig vermutete, liegt nun einwandfrei bewiesen vor. Der Kieler Professor für Anatomie, Dr. Alkmar von KÜGELGEN*), der Vorsitzende**) des Zulassungsausschusses der Kieler Medizinischen Fakultät, hat 71 Kandidaten, die von 1965 bis 1968 ihr Physikum mit der Gesamtnote „Eins“ bestanden haben, näher beleuchtet.

Nur zwei der Kandidaten hatten ein Abitur mit der Durchschnittsnote 1,4 erreicht. Ein Abiturient hatte 1,8, zwei die Note 2 und drei die Note 2,2. Dagegen hatten sieben Einser-Kandidaten nur die Note 3,4, vier die Note 3,6, acht sogar nur eine 3,8 und sechs gar nur die Note 4 im Abitur erreicht.

Die Untersuchung ergab, daß 37 der 71 Kandidaten mit der Note 1 im Physikum keine Mediziner geworden wären, wenn man damals Kandidaten mit der Note 3,2 oder schlechter an der Kieler Universität nicht zum Studium zugelassen hätte.

Das war damals in Kiel möglich. Nach der heutigen Form über den Computer in Hamburg dürften in vielen Universitäten der Bundesrepublik mit der Abiturnote über 2,5 kaum Aussicht bestehen, zum Medizinstudium zugelassen zu werden. Wieviel Studenten werden also abgelehnt, die an sich das Zeug zu einem guten Arzt haben!

Man wird also andere Wege der Auslese gehen müssen, zumindest zusätzliche Wege! Testung, psychologische Eignungsuntersuchung, Auslese nach der persönlichen Vorstellung vor einem Zulassungsausschuß usw. sind alles Möglichkeiten, die aber viel Zeit und Mühe machen. Man müßte auch noch mehr als bisher, die Beurteilungen der Chefärzte und Oberärzte berücksichtigen, bei denen der Bewerber den Krankenpflagedienst abgeleistet hat. Auch müßte man den vielen Bewerbern, die abgelehnt wurden und die unbedingt Medizin studieren wollen, eine größere Chance zur Bewährung geben!

Ich habe daher am 72. Deutschen Ärztetag in Hannover den Antrag gestellt, der fast einstimmig angenommen wurde:

„Die Bundesärztekammer wird gebeten, ihren Einfluß geltend zu machen, daß bei der Neuzulassung zum Medizinstudium neben der Note des Reifezeugnisses und der Zeitdauer der Ablehnungen jede über den achtwöchigen Krankenpflagedienst hinausgehende praktische pflegerische Betätigung eine feste Punktwertung erfährt. Die Beurteilungen der Chefärzte und der Prüfungskommissionen sind dabei maßgeblich zu berücksichtigen und als Eignungstest zu bewerten. Damit gibt man dem Abiturienten feste Handhaben, wie er schlechtere Noten in einem bestimmten Zeitraum, in dem er sich pflegerisch betätigt, ausgleichen kann, und verurteilt ihn nicht zum Abwarten und Nichtstun. Die stärkere Heraushebung der pflegerischen Betätigung wird sicher später mehr junge Ärzte der freien Praxis als Praktische Ärzte zuführen.“

Als pflegerische Betätigung gilt der über acht Wochen hinausgehende Krankenpflagedienst, ferner die Ausbildung als Masseur und Krankengymnast, als Bademeister, als medizinisch-technischer Assistent, als Kneippbademeister, die Zeit im Sanitätsdienst bei der Bundeswehr usw.

Es ist ferner anzustreben, daß zumindest der über acht Wochen hinausgehende Krankenpflagedienst von den Krankenanstalten entsprechend honoriert werden. Damit könnte der Mangel an Krankenpflegern und Krankenschwestern etwas ausgeglichen werden.“

Anschr. d. Verf.: Dr. med. et phil. Erich Grassl, 8000 München 25, Hofmannstraße 26.

*) „Abiturnoten kein Maßstab“, in „Der deutsche Arzt“, Heft 11, vom 10. Juni 1969, S. 446.

**) „Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik 1968/69“ von Prof. Dr. med. STOCKHAUSEN, Tätigkeitsbericht zum 72. Deutschen Ärztetag, S. 47.

Errichtung eines Lehrstuhls für experimentelle Chirurgie in München

Aus Anlaß der Errichtung eines Ordinariats für experimentelle Chirurgie in München, wird nachstehend über die Arbeit dieser Abteilung in der Chirurgischen Universitätsklinik berichtet. (Siehe auch „Bayerisches Ärzteblatt“, Nr. 8/1969.)

Die Abteilung für experimentelle Chirurgie an der Chirurgischen Universitätsklinik München (Direktor: Professor Dr. Dr. h. c. ZENKER) ist im Jahre 1961 in den Räumen des ehemaligen Operationsbunkers errichtet worden, an den zusätzlich ein Personaltrakt angebaut wurde. Zur Zeit wird dieser Personaltrakt mit Mitteln der Volkswagenstiftung erweitert. Der ursprüngliche Sinn dieser Neugründung war, Räume zu schaffen, in denen die experimentellen Grundlagen zukünftiger Operations- und Behandlungsmethoden erarbeitet werden können. Dementsprechend ist die Abteilung vor allem mit Tierställen, Tieroperationsräumen und Laboratorien zur Ausführung analytischer Messungen ausgestattet. Der Personalstand umfaßt zur Zeit neben dem Abteilungsleiter 5 Assistenten, 3 Pflichtassistenten, 7 technische Assistentinnen, 2 Sekretärinnen und 2 Tierpfleger. Daneben haben im begrenzten Umfang Kollegen aus der Chirurgischen Klinik und Gäste Gelegenheit, vorübergehend ein bestimmtes Forschungsprogramm zu bearbeiten, wobei ihnen die Mitarbeiter und Einrichtungen des Institutes zur Verfügung stehen. Dasselbe gilt für Studenten zur Durchführung ihrer Doktorarbeit.

Eine solche neue Einrichtung ohne Tradition und Vorbild warf natürlich einige Fragen hinsichtlich der Arbeitsrichtung, Organisation und Zusammenarbeit mit der Chirurgischen Klinik auf. Bei der Konzeption der Abteilung war der Gedanke maßgebend, vor allem zur Durchführung von Habilitationsarbeiten ausschließlich klinisch tätiger Chirurgen zu schaffen. Das brachte aber die Gefahr mit sich, daß die personellen und apparativen Möglichkeiten der Abteilung immer wieder auf neue Fragestellungen eingestellt und auf diese Weise verzettelt werden und man nie ein langfristiges Programm zur Lösung zukunftssträchtiger Probleme der modernen Chirurgie hätte aufnehmen können. So galt es, Schwerpunkte zu schaffen, die einerseits eine kontinuierliche Entwicklung und Ausnützung der Arbeitsmethoden der Abteilung erlaubten, andererseits aber doch so „klinik-

bezogen“ waren, daß auch die aus der Klinik kommenden Kollegen für sich und die Sache gewinnbringend mitarbeiten konnten. Unter diesen Gesichtspunkten wurden schon 1962 drei Gebiete ausgewählt, die bis zum heutigen Tage die Schwerpunktarbeit des Institutes darstellen: Pathophysiologie und Therapie des Schocks, Pathophysiologie und Therapie des Hirnödems und schließlich Organtransplantation unter besonderer Berücksichtigung der Immunsuppression. Es sind dies drei Arbeitsgebiete, die auf den ersten Blick wenig miteinander zu tun haben. Gerade dies war jedoch wichtig, um die Ausbildung innerhalb der Abteilung einigermaßen universell zu gestalten. Zur Bearbeitung von Schockproblemen mußten die modernen Methoden der Kreislaufphysiologie herangezogen werden, die Aufklärung der Pathophysiologie des Hirnödems setzt die Kenntnisse des Hirnstoffwechsels und des Elektrolyt- und Wasserhaushaltes und seiner Bestimmungsmethoden voraus und schließlich führte die Beschäftigung mit der Organtransplantation zur Immunologie und ihren Techniken. Gleichzeitig ergaben sich ständige Kontakte zur Chirurgischen Klinik, zur Herz- und Kreislaufchirurgie, zur Neurochirurgie und zur Transplantationschirurgie. So hatte jeder, der längere Zeit in der Abteilung arbeitete, nicht nur Gelegenheit, auf seinem eigenen engeren Arbeitsgebiet, sondern auch von anderen zu lernen und die gesamte Abteilung gewann einen breiten Ausbildungsstand.

Wenn man heute von der Münchner experimentellen Abteilung spricht wird meistens an das Antilymphozytenserum gedacht, das dort in Zusammenarbeit mit Rudolf PICHLMAYR sowie Kollegen aus der I. Medizinischen Klinik und der Landesanstalt für Tierseuchenbekämpfung in Schleißheim entwickelt wurde und inzwischen bei vielen Organtransplantationen in München und aller Welt erfolgreich Anwendung fand. Aber das ist zu einseitig. Denn auch auf anderen, weniger in der Öffentlichkeit diskutierten Gebieten, wurden Erfolge erzielt, die die Münchner experimentelle Abteilung über die Landesgrenzen hinaus bekannt machten. So hat der inzwischen für experimentelle Chirurgie habilitierte Dr. MESSMER mit der Entdeckung der Wirkung hochosmolarer Infusionslösungen auf die Durchblutung des Splanchnikusgebietes einen neuen Weg zur

KREWEL-WERKE · Eltorf b. Köln





Aspecton[®]

Kontakt-Expectorans

Hustentropfen

mit reizkupierender Schleimhaut-Tiefenwirkung und

Sofort-Hustenstilleffekt

Therapie des Schocks gewiesen, der sich bereits ebenfalls klinisch bewährt hat. Ähnlich verhielt es sich mit den Arbeiten über das Hirnödem, mit denen Dr. REULEN (inzwischen in Mainz habilitiert) und nach ihm Dr. BAETHMANN die Theorie der metabolischen Genese und intrazellulären Lokalisation des Hirnödems untermauern konnten (Dr. REULEN erhielt inzwischen den Boehringer-Preis 1969). Der zur selben Arbeitsgruppe gehörende Dr. MENDLER hat für seine Arbeiten einen Preis des American College of Chest Physicians erhalten. Auch auf diesem Gebiet ergaben sich Konsequenzen für eine kausale Therapie des Hirnödems, die derzeit in Zusammenarbeit mit der Neurochirurgischen Universitätsklinik (Direktor: Professor Dr. MARGUTH) erprobt wird. Schließlich beschränken sich die Arbeiten über die Organtransplantation nicht nur auf die Herstellung und klinische Erprobung des Antilymphozytenglobulins, sondern auch weitere experimentelle Untersuchungen zur Transplantationsimmunologie sind seit Jahren im Gange, mit denen Dr. LAND, Dr. SEIFERT und Dr. HOPF, Assistenten am Institut, bekanntgeworden sind.

Eine wesentliche akademische Aufgabe ist die Betreuung von Habilitanten und Doktoranden. In der experimentellen Abteilung sind bisher 10 Habilitations- und 28 Doktorarbeiten entstanden, wovon 4 mit Preisen ausgezeichnet wurden. Zweifellos ist hier ein Weg gefunden worden, Studenten und junge Kollegen schon frühzeitig mit wissenschaftlicher Arbeit vertraut zu machen und sie für die Probleme der modernen Chirurgie zu begeistern. Das Münchener Institut wurde auf diese Weise Vorbild und Beispiel für die Errichtung ähnlicher Abteilungen an anderen deutschen Universitäten, und auch Delegationen von ausländischen Universitäten (skandinavische Länder) haben schon die Arbeitsweise und Organisationsform an dieser experimentellen Abteilung studiert, um in ihren Ländern die Einrichtung ähnlicher Institute anzuregen.

Die experimentelle Abteilung wurde mit der Durchführung des Kongresses der Europäischen Gesellschaft für Experimentelle Chirurgie betraut, der Ostern 1968 in München stattfand. Dort wurde Professor Dr. BRENDEL zum Präsidenten dieser Gesellschaft für 1968/69 gewählt. Er und Dr. MESSMER sind die deutschen Herausgeber der Zeitschrift *European Surgical Research*.

Betrachtet man die schnelle Entwicklung der experimentellen Chirurgie, dann wird niemand bezweifeln, daß die Einrichtung eines solchen Institutes einem

Die Vertreterzentrale der Bayerischen Landesärztekammer

sucht für Vertretungen

Praktische Ärzte und Fachärzte

Meldungen erbeten an die Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85, Telefon 33 20 21 (Apparat 37)

dringenden Bedürfnis moderner medizinischer Forschung entsprach. Man kann ja nicht länger an dem Problem vorbeigehen, daß sich die theoretische und klinische Medizin immer weiter voneinander entfernen und eine Lücke entsteht, die unbedingt ausgefüllt werden muß. Dem hat jetzt die medizinische Fakultät München mit der Errichtung eines Lehrstuhls für Experimentelle Chirurgie Rechnung getragen und damit einen Weg vorgezeichnet, der nicht nur für die Chirurgie, sondern auch für andere große klinische Fächer gangbar, ja notwendig ist. Solche Institutionen, die eine Brücke zwischen theoretischer und klinischer Forschung schlagen, werden eventuell sogar eine Voraussetzung für die neue, vom Wissenschaftsrat empfohlene Schwerpunktsbildung in den einzelnen Fakultäten sein, die der Kooperation zwischen Theoretikern und Medizinern dienen soll. So hat die Existenz einer Abteilung für experimentelle Chirurgie mit dazu beigetragen, daß vom Wissenschaftsrat für die Medizinische Fakultät der Universität München ein Sonderforschungsbereich „Restitution und Substitution innerer Organe“ genehmigt wurde, in welchem die Forschung der Probleme der Organtransplantation wesentlicher Bestandteil ist. Noch leidet die experimentelle Abteilung sehr stark unter Raummangel. Schließlich stellen die tief unter der Erde liegenden Räume des ehemaligen Operationsbunkers keine ideale Arbeitsstätte dar, wenngleich gerade damit bewiesen wurde, daß es nicht die äußeren Verhältnisse sind, die den Wert einer Arbeit mitbestimmen. Bereits im ersten Bauabschnitt des Klinikums Großhadern ist jedoch eine große Abteilung für experimentelle Chirurgie eingeplant, so daß sich auch diese Verhältnisse in absehbarer Zeit ändern werden.



KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln

Mallebrin®
Gurgeln, Spülungen, Wundbehandlung

R-Mallebrinetten®
Adstringo-antiseptische Rachentabletten

AUS DEM STANDESLEBEN

Tagesordnung für den 22. Bayerischen Ärztetag vom 17. bis 19. Oktober 1969 in Amberg

1. Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer
2. Rechnungsabschluß 1968 und Voranschlag 1970
3. Neuwahl des 2. Vorsitzenden (Vizepräsident) der Bayerischen Landesärztekammer
4. Benennung eines Nachfolgers für den verstorbenen nichttrichterlichen Beisitzer des Berufsgerichtes für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München
5. Entwurf einer Berufsordnung für die deutschen Ärzte
6. Wahl der Tagungsorte des 23. Bayerischen Ärztetages 1970 und des 24. Bayerischen Ärztetages 1971.

Einführungslehrgänge in die Kassenpraxis

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet im Zusammenwirken mit den Landesverbänden der RVO-Kassen in Bayern am **Samstag, 20. September 1969, in Nürnberg** einen Einführungslehrgang in die Kassenpraxis.

Nähere Auskunft erteilt: KVB-Bezirksstelle Nürnberg, 8500 Nürnberg, Keßlerplatz 5.

Ein weiterer Einführungslehrgang findet am **Samstag, 22. November 1969, in München** statt.

Nähere Auskunft erteilt: KVB-Bezirksstelle München-Stadt und -Land, 8000 München 2, Brienner Straße 23. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Anerkennung für langjährige Tätigkeit als Notfallärzte durch Überreichung von ADAC-Arztkoffern

Das Bundesverkehrsministerium hat sich entschlossen, im Rahmen einer Sonderaktion 700 Arztnotfallausrüstungen jungen Assistenzärzten zu übergeben, die aktiv an einer Verbesserung der derzeitigen Unfallhilfe mitgewirkt haben und mit dem modernen Verfahren der Wiederbelebungsverfahren aufs beste vertraut sind.

Im Rahmen dieser Aktion erhielt die Bayerische Landesärztekammer über den ADAC eine Quote von 120 ADAC-Arztkoffern.

Die Bayerische Landesärztekammer verteilte die Koffer unter Berücksichtigung von Arztdichte und Unfallhäufigkeit wie folgt in Bayern:

- 25 München
- 20 Oberbayern
- 15 Mittelfranken
- 15 Unterfranken
- 15 Schwaben
- 10 Oberfranken
- 10 Niederbayern

und 10 Oberpfalz

Mit der regionalen Verteilung wurden die Ärztlichen Bezirks- und Kreisverbände beauftragt.

Die Übergabe der 25 ADAC-Arztkoffer in München erfolgte im Rahmen einer kleiner Feierstunde am Mittwoch, dem 20. August 1969, im großen Sitzungssaal der ADAC-Hauptverwaltung München, Königinstraße 9—11 in Anwesenheit von Herrn Professor Dr.

Hans Joachim Sewering, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Herrn Stadler, Vizepräsident des ADAC und Herrn Professor Wachsmuth, Vorsitzender des Ärztekollegiums des ADAC.

Vizepräsident Stadler wies mit einer gewissen Befriedigung auf die Tatsache hin, daß von den etwa 105 000 Ärzten Deutschlands ca. 40 000 Mitglieder des ADAC sind, für die der Arzt-Notfallkoffer zu einem Vorzugspreis von DM 148,— zu beziehen ist.

Prof. Wachsmuth wies auf die zunehmende Bedeutung der Maßnahmen der ersten ärztlichen Hilfe am Unfallort hin und wünschte in diesem Sinne, daß der Koffer bald zum festen Bestand eines jeden Arztautos gehören möge.

Professor Sewering würdigte bei der Übergabe die Verdienste der anwesenden jungen Assistenzärzte um die Verbesserung der Unfallhilfe, zu der sie mit ihrem selbstlosen, stillen Einsatz Wesentliches beitragen.

Die Ausstattung der Notfallkoffer entspricht Empfehlungen des Ausschusses und der Ständigen Konferenz „Verkehrsmedizin“ der Bundesärztekammer. In einem staub- und wasserdichten, schlagfesten Koffer sind Plasmaexpander mit Infusionsbestecken, Dreiecktücher, Verbandpäckchen, Heftpflaster, ein kräftiges Messer, Flügelkanülen, Tubus, Patentspritze, Warnleuchtstab, Holzspatel und weitere Ausrüstungsgegenstände enthalten.

Der Koffer fand allgemein Zustimmung bei den anwesenden Assistenzärzten, die ja Experten des Münchener Notarzt-Dienstes sind. Es kamen auch einzelne Anregungen einer Verbesserung zur Sprache, die der ADAC dankbar aufgegriffen hat.

„Nur Auserwählte verdienen im Jahr eine Million“

Auszugsweise Abschrift eines Artikels mit obenstehender Überschrift aus der „Mittelbayerischen Zeitung“ vom 4. Juli 1969.

„Erheblich eingespannt im beruflichen Trott sind zu meist auch die freien Berufe. Hier allerdings nehmen sich die Verdienste weniger bescheiden aus. Die frei praktizierenden Ärzte haben es verstanden, ihre Einkünfte im vergangenen Jahr ungefähr zu verdreifachen. Schon 1966 verdiente nur ein Zehntel von ihnen unter 25 000 DM, ein Drittel lag zwischen 25 000 und 50 000 Mark, und mehr als ein Drittel zwischen 50 000 und 200 000 Mark. 2155 Ärzte verdienten damals zwischen 200 000 und 500 000 Mark, 175 bis zu einer Million, 22 mehr als diese.“

Dieser tendenziösen Berichterstattung muß gegenübergetreten werden: Es ist festzustellen:

1. Die Einkünfte freipraktizierender Ärzte haben sich im vergangenen Jahr nicht verdreifacht, sondern um ca. 7 Prozent erhöht. Das entspricht exakt der allgemeinen Lohnentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland.
2. Der durchschnittliche Jahresumsatz eines freipraktizierenden Kassenarztes lag im Jahre 1968 bei knapp 80 000 DM, wovon mindestens 30 Prozent für

Unkosten (personelle und sächliche Praxisunkosten) abzusetzen sind. Damit bleibt als zu versteuernder, durchschnittlicher Jahresverdienst ca. 55 000 DM.

3. Selbstverständlich befinden sich unter den Ärzten auch solche, die als internationale Kapazitäten Spitzenverdiener in dieser Berufsgruppe sind. Hierbei handelt es sich aber um einen Anteil, der erheblich unter 2 Prozent der Gesamtzahl liegt.

Abschließend muß noch dazu festgestellt werden, daß Ärzte, die mehr als den Normverdienst von 55 000 DM erreichen, dazu nur durch die kostenlose Mitarbeit der Ehefrau als Ärztin, Arzthelferin, Sprechstundenhilfe usw., in der Lage sind, so daß in einer großen Anzahl der Fälle dieser Verdienst eigentlich den Doppelverdienst von zwei arbeitenden Ehepartnern darstellt.

(Aus: Nachrichtendienst 14/1969)

Dringlich zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

Oberbayern

Langengelsling, Lkr. Erding: 1 Allgemeinpraktiker

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

Niederbayern

Diepoltskirchen, Lkr. Eggenfelden: 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um eine durch Tod des einzigen dort niedergelassenen Allgemeinpraktikers frei gewordene Kassenarztstelle. Diepoltskirchen umfaßt ein Einzugsgebiet von etwa 4000 Einwohnern.

Fürstenstein, Lkr. Passau: 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um eine durch Tod eines Allgemeinpraktikers frei gewordene Kassenarztstelle. Fürstenstein hat etwa 3500 Einwohner. Am Ort ist ein zweiter Praktiker niedergelassen.

Hauzenberg, Lkr. Wegscheid (Bayer. Wald): 1 Allgemeinpraktiker

Hauzenberg, nahe bei Passau gelegen, umfaßt ein Einzugsgebiet von rund 9000 Einwohnern. Durch den Tod eines Allgemeinpraktikers im Februar 1969 stehen für die ärztliche Versorgung der Bevölkerung derzeit nur 3 Kassenärzte zur Verfügung, von denen 2 aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage sind, ihre Praxis in vollem Umfang auszuüben. Die Gemeinde ist bei der Beschaffung von Wohn- und Praxisräumen behilflich. Hauzenberg besitzt eine neue Realschule.

Perlesreut, Lkr. Wolfstein (Bayer. Wald): 1 Allgemeinpraktiker

In Perlesreut, das über ein großes Einzugsgebiet verfügt, kann die umfangreiche Praxis eines Kollegen, der am 1. Oktober 1969 in den Ruhestand tritt, übernommen werden. Ein zweiter Allgemeinpraktiker ist am Ort niedergelassen.

Wurmansquick, Lkr. Eggenfelden: 1 Allgemeinpraktiker

In Wurmansquick, das ein Einzugsgebiet von etwa 3500 Einwohner umfaßt, wurde durch Wegzug des einzigen dort tätigen Allgemeinpraktikers zum 1. Juli 1969 eine Kassenarztstelle frei.

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

Die Stelle wurde durch den Wegzug des bisherigen Praxisinhabers frei.

Es besteht die Möglichkeit, am Krankenhaus Belegbetten zu erhalten.

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für

Ärzte — Niederbayern —, 8440 Straubing, Lilienstraße 5—7, zu richten.

Oberfranken

Bad Steben, Lkr. Naila: 1 Allgemeinpraktiker

Im bayerischen Staatsbad Bad Steben (bedeutendes Radiumbad) wird ein weiterer Praktischer Arzt benötigt, der sich eine gesicherte Existenz gründen kann. Die Genehmigung zur Führung des Titels „Badearzt“ oder „Kurarzt“ wäre von Vorteil. Wohn- und Praxisräume sind vorhanden.

Coburg: Facharzt für Kinderkrankheiten

Es handelt sich um die dritte derzeit verwaiste Kinderfacharztstelle in der Stadt Coburg mit ca. 42 000 Einwohnern, guten kulturellen Einrichtungen, u. a. Theater, und allen höheren Schulen, Polytechnikum. Eine gesicherte Existenz ist zu erwarten. Gute Verkehrsverhältnisse, direkte Verbindung nach München.

Hegnabrunn, Lkr. Kulmbach: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Hegnabrunn ist ein aufstrebender Industrieort mit 1000 Einwohnern und Einzugsgebiet. Er liegt verkehrsgünstig zwischen den Städten Bayreuth (ca. 15 km Entfernung) und Kulmbach (ca. 10 km Entfernung). In beiden Städten befinden sich alle höheren Schulen. Die Gemeinde, in der rege Bautätigkeit herrscht, ist bei der Beschaffung von Wohn- und Praxisräumen behilflich. Es käme auch eine Niederlassung in dem mit Hegnabrunn zusammengebauten Eisenbahnknotenpunkt Neuenmarkt (knapp 2000 Einwohner, 1 Arzt in Neuenmarkt niedergelassen) in Frage. In beiden Orten sollte sich eine gute Existenz aufbauen lassen.

Hiltoltstein, Lkr. Forchheim: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Der zum 1. 10. 1969 frei werdende Arztsitz Hiltoltstein bietet eine gesicherte Existenz. Der landschaftlich reizvoll gelegene Marktflöcken in der Fränkischen Schweiz hat ca. 700 Einwohner und großes Einzugsgebiet. Die Marktgemeinde Hiltoltstein bietet Wohn- und Praxisräume in einem modernen Neubau an.

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

Der durch altersbedingtes Ausscheiden des Inhabers frei gewordene Arztsitz muß wieder besetzt werden. Die Räume des bisherigen Praxisinhabers stehen zur Verfügung. Im Herbst frei werdende Wohn- und Praxisräume im Sparkassenneubau werden ebenfalls bereitgehalten. Hohenberg ist ein landschaftlich schön gelegenes Städtchen.

Kulmbach: 1 Allgemeinpraktiker

In der Stadt Kulmbach, mit ca. 23 000 Einwohnern, wird ein weiterer Praktiker benötigt. Kulmbach hat alle höheren Schulen am Ort.

Leupoldsgrün, Lkr. Hof: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Leupoldsgrün — 1000 Einwohner — ist 8 km von der Stadt Hof entfernt. Hof hat alle höheren Schulen. Es handelt sich um die Wiederbesetzung des seit längerer Zeit verwaisten Arztsitzes. Die Gemeinde bietet Hilfe bei der Bereitstellung von Wohn- und Praxisräumen.

Ludwigsstadt, Lkr. Kronach: 1 Allgemeinpraktiker

Ludwigsstadt ist ein freundliches Städtchen mit ca. 3000 Einwohnern und Einzugsgebiet im Frankenwald. Es handelt sich um die Wiederbesetzung des durch Ableben des Praxisinhabers frei gewordenen zweiten Kassenarztsitzes. Eine gesicherte Existenzgrundlage ist gegeben. Wohn- und Praxisräume stehen zur Verfügung.

Marktschorgast, Lkr. Kulmbach: 1 Allgemeinpraktiker
Im Marktflecken Marktschorgast, reizvoll an einem Badese gelegen, soll die infolge Ablebens des Inhabers frei gewordene Praktikerstelle wieder besetzt werden. Sie bietet eine gesicherte Existenz. Alle höheren Schulen in Kulmbach und Bayreuth sind verkehrsgünstig zu erreichen. Wohn- und Praxisräume stehen zur Verfügung.

Neustadt, Lkr. Coburg: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

Die kreisfreie Stadt Neustadt bei Coburg hat ca. 12 500 Einwohner und liegt ca. 15 km von der Stadt Coburg mit allen höheren Schulen und Polytechnikum entfernt. In Neustadt befindet sich ein naturwissenschaftlich-neusprachliches Gymnasium (Abitur) und eine staatliche Realschule. Es handelt sich um die Wiederbesetzung der durch Ableben des Inhabers frei gewordenen Augenarztstelle, die eine ausgezeichnete Existenz bietet. Belegbetten in Privatklinik am Ort. Wohn- und Praxisräume sind vorhanden.

Schauenstein, Lkr. Naila: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Schauenstein — 1600 Einwohner — ist ein freundliches Bergstädtchen im Frankenwald in schöner Lage mit schulischem und kommunalem Mittelpunkt, 17 km von der Stadt Hof entfernt. Höhere Schulen in Hof, Helmbrechts (5 km), Münchberg (15 km), Naila (8 km). Neu ausgebaut Wohn- und Praxisräume im zentral gele-

genen Rathaus werden freigemacht. Weitere Räumlichkeiten stehen zur Verfügung. Gesicherte Existenzgrundlage.

Untersiemau, Lkr. Coburg: 1 Allgemeinpraktiker

Untersiemau hat ca. 1600 Einwohner und liegt 8 km von der Stadt Coburg entfernt, mit Bahn- und Busverbindung nach dort. Ein zweiter Arzt, der sich eine gesicherte Existenz gründen kann, wird dringend benötigt. Ein Haus, als Arzthaus geeignet, steht zur Verfügung.

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

Mittelfranken**Bad Windsheim, Lkr. Uffenheim: 1 Facharzt für Augenkrankheiten**

Die bisherige einzige Augenarztpraxis am Ort ist durch Tod des bisherigen Praxisinhabers nicht mehr besetzt. Belegmöglichkeit am Krankenhaus der Stadt Windsheim ist gegeben.

Bubenreuth, Lkr. Erlangen: 1 Allgemeinpraktiker
Zweiter Kassenarztsitz in einer Gemeinde mit 3500 Einwohnern, in unmittelbarer Nähe der aufstrebenden Universitätsstadt Erlangen.

Emskirchen: 1 Allgemeinpraktiker

Hersbruck: 1 Facharzt für Augenkrankheiten
Durch Verzicht frei gewordener, alter Kassenarztsitz. Belegmöglichkeit am Kreis Krankenhaus Hersbruck ist gegeben.

Nassenfels, Lkr. Eichstätt: 1 Allgemeinpraktiker Einzelarztsitz mit großem Hinterland.

Nürnberg, Ortsteil Langwasser: 1 Allgemeinpraktiker
Fünfte Kassenarztstelle für einen Praktischen Arzt in der zur Zeit 25 000 Einwohner zählenden und ständig wachsenden Trabantenstadt Nürnberg-Langwasser.

Scheinfeld: 1 Allgemeinpraktiker
Durch Tod frei gewordener dritter Arztsitz in einer Kreisstadt.

Weidenbach-Triesdorf: 1 Allgemeinpraktiker
Zweite Kassenarztstelle an einem Ort mit großem Einzugsgebiet.

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

KREWEL-WERKE · Ehorf b. Köln



Ergo-Kranit® -Tabl.

Cerebral-Antispasmodicum auf Secale-Basis

Migräne-Kranit® -Tabl.

Cerebral-Antispasmodicum



Eisen

auf nüchternen Magen

1x täglich

Kendural® C

die orale Eisen-„Injektion“

Warum?

1. Weil „1x täglich auf nüchternen Magen“ ein neuer Maßstab für die orale Eisentherapie ist
2. weil Reizerscheinungen am Magen bei Kendural C nicht mehr auftreten können. Eisen wird erst im Dünndarm freigegeben
3. weil 1/2 g Vitamin C pro Tablette auch bei gestörter Eisenresorption zum therapeutischen Erfolg führt.

Kendural® 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

Unterfranken

Aidhansen, Lkr. Hofheim: 1 Allgemeinpraktiker
Bastheim, Lkr. Meilrichstadt: 1 Allgemeinpraktiker
Großostheim, Lkr. Aschaffenburg: 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.

Hösbach, Lkr. Aschaffenburg: 1 Allgemeinpraktiker
 Praxls- und Wohnräume können zur Verfügung gestellt werden.

Rottenberg, Lkr. Alzenau: 1 Allgemeinpraktiker

Schneeberg, Lkr. Miltenberg: 1 Allgemeinpraktiker
 Wohn- und Praxlsräume sind vorhanden.

Wildflecken/Rhön: 1 Allgemeinpraktiker
 Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Unterfranken —, 8700 Würzburg, Hofstraße 5, zu richten.

Schwaben

Altenmünster, Lkr. Wertingen: 1 Allgemeinpraktiker
Augsburg-Ortsteil 16 (Oberhanssen-Süd):
 1 Allgemeinpraktiker

Bsch, Lkr. Illertissen: 1 Allgemeinpraktiker

Deiningen, Lkr. Nördlingen: 1 Allgemeinpraktiker

Wiederbesetzung des Kassenarztsitzes.

Haus kann gemietet oder durch Kauf erworben werden.

Fellheim, Lkr. Memmingen: 1 Allgemeinpraktiker

Einzelarztsitz, gutfundierte Landpraxis,

Haus kann durch Kauf oder auf Rentenbasis erworben werden. Alle Mittelschulen sind in Memmingen (11 km) durch Bus- und Bahnverbindung erreichbar.

Friedberg bei Augsburg: 1 Allgemeinpraktiker
 1 Facharzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe

Königsbrunn, Lkr. Schwabmünchen: 1 Allgemeinpraktiker

Zusätzlicher Arztsitz zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung.

Markt Wald, Lkr. Mindelheim: 1 Allgemeinpraktiker
 Praxisaufgabe steht bevor.

Möttlingen, Lkr. Nördlingen: 1 Allgemeinpraktiker

Znsmarshausen, Lkr. Angsburg: 1 Allgemeinpraktiker
 Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Schwaben —, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2, zu richten.

Oberpfalz

Amberg: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

Cham: 1 Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten

Erbendorf: 1 Allgemeinpraktiker

Eschenbach: 1 Allgemeinpraktiker

Hahnbach: 1 Allgemeinpraktiker

Mitterteich: 1 Allgemeinpraktiker

Neumarkt: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

Roding: 1 Allgemeinpraktiker

Sulzbach-Rosenberg: 1 Allgemeinpraktiker

Vohenstrauß: 1 Allgemeinpraktiker

Weiden (Ortsteil Nord): 1 Allgemeinpraktiker

Weiden: 1 Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten

Weitere Kassenarztsitze für das Fachgebiet Augenkrankheiten, Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten, Kinderkrankheiten und für praktische Ärzte sind zu besetzen. Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Oberpfalz —, 84 Regensburg, Landshuter Straße 49, zu richten. Telefon 09 41 / 5 70 33.

v. Langenbeck-Preis 1970

Der von der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie gestiftete v. Langenbeck-Preis (Urkunde und DM 5000,—) wird im Jahre 1970 wieder vergeben. An dem Preisausschreiben können sich Mitglieder der Gesellschaft und der korporativ angeschlossenen wissenschaftlichen Vereinigungen in Oberarzt- oder Assistentenstellen mit Arbeiten aus dem Gebiet der klinischen und experimentellen Chirurgie der Kalenderjahre 1968 und 1969 beteiligen. Die Bewerbung mit der Arbeit in dreifacher Ausfertigung und einer Stellungnahme des Chefarztes ist bis zum **1. November 1969** (Datum des Poststempels) einzureichen an Professor Dr. med. E. KERN, Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg.

Nur fertig abgeschlossene Arbeiten werden berücksichtigt. Die für die Verleihung des Preises gültigen Bestimmungen sind bei der Geschäftsstelle der Gesellschaft (Kurfürstendamm 179, 1000 Berlin 15) erhältlich.

Beirat der Deutschen Ärzteversicherung

Am 22. Juli 1969 hat eine neue Amtszeit des Beirats der Deutschen Ärzteversicherung begonnen. Für diese neue Amtszeit wurden folgende Persönlichkeiten in den Beirat berufen bzw. erneut berufen:

Prof. Dr. med. **Kreienberg**, Kaiserslautern,
 Vorsitz

Dr. med. dent. **Winter**, Düsseldorf, stellvertr.
 Vorsitz

OMR Dr. med. **Schmidt**, Berlin, Schriftführer

Dr. med. **Techen**, Hamburg, stellvertr. Schriftführer

Dr. med. **Jungmann**, MdB, Bonn

Prof. Dr. med. **Martin**, Köppern

Dr. med. **Porschen**, Düsseldorf

Dr. med. **Schlöggell**, Widdersdorf

Prof. Dr. med. **Sewering**, München

Prof. Dr. med. **Stockhausen**, Köln

Dr. med. **Stratmann**, Himmighausen

Dr. med. **Voges**, Hamburg.

Seine Repräsentanten hat der Beirat entsprechend seiner Geschäftsordnung aus dem Kreis der Mitglieder gewählt.

Bei dem Beirat der Deutschen Ärzteversicherung handelt es sich um ein offizielles Beratungsgremium. So enthalten z. B. alle Heilberufetarife der CONCORDIA Lebensversicherungs-AG., die Tarife ihrer Zweigniederlassung DEUTSCHE ÄRZTEVERSICHERUNG also, generell die Festlegung, daß ein Versicherter oder Berechtigter auf einen ablehnenden Bescheid der Gesellschaft hin, vor Inanspruchnahme der Gerichte den Beirat anrufen kann, der sodann berechtigt ist, der Gesellschaft eine Änderung des ablehnenden Bescheides zu empfehlen.

PERSONALIA



Professor Dr. M. Lange zum 70. Geburtstag

Professor Dr. M. Lange, der im In- und Ausland bekannte emeritierte Münchner Ordinarius für Orthopädie ist in Dessau geboren. Schon 1924 kam er als junger Assistent zu seinem Onkel, Geheimrat Professor Dr. Fritz Lange an die von ihm aufgebaute Münchner Orthopädische Klinik.

Bereits 1929 konnte er sich an der Münchner medizinischen Fakultät habilitieren, nachdem er sich u. a. grundlegend mit einem zentralen Problem der Orthopädie befaßte, nämlich dem Nahtmaterial, was für Sehnen- und Muskeltransplantationen von entscheidender Bedeutung war. Die Klinik unter Leitung von Prof. F. Lange war damals mit Sehnentransplantationen besonders bekannt geworden.

1934 folgte nach zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten eine Monographie über die Wirbelgelenke. Diese Schrift ist heute noch richtunggebend.

1937 mußte er gleichzeitig mit Geheimrat Dr. Fritz Lange die Klinik verlassen.

1939 wurde er mit der Leitung eines Reserve-Lazarettes (Hohenzollernschule) betraut. Bald wurde das Reserve-lazarett zu einer bekannten Wiederherstellungsstätte. Diese für so viele Verletzte des zweiten Weltkrieges segensreiche Tätigkeit setzte M. Lange später im Versorgungskrankenhaus in Bad Tölz fort. Unzählbar sind dankbare Patienten aus der Tölzer Zeit. Entscheidende wissenschaftliche Dokumente entstanden in dieser Zeit. Unter anderem ist es ein Buch über Kriegsorthopädie. Dieses Buch wurde sofort von den Amerikanern für ihr ärztliches Personal übernommen. Weiter entstand 1951 die orthopädische Operationslehre. Sie ist in der Zwischenzeit in 2. Auflage einschließlich Ergänzungsband erschienen und in verschiedene fremde Sprachen übersetzt worden und ist nach wie vor das Standardwerk im deutschen Sprachraum.

1954 folgte M. Lange dem Ruf auf den orthopädischen Lehrstuhl, den er bis 1967 innehatte. Während dieser Zeit entstand noch ein dreibändiges Lehrbuch über die Orthopädie. Es bringt die Erkenntnisse jahrzehntelanger Erfahrungen, wie sie ein modern orientierter Orthopäde geben konnte.

M. Lange war Arzt und Lehrer besonderer Prägung, weshalb er Vorbild sein konnte. Stets war er informiert, was uns, seine Schüler, zu intensiver Tätigkeit veranlaßte und anspornte.

Wie von sich selbst verlangte er ganz selbstverständlich auch von seinen Mitarbeitern außerordentliche Leistungen.

Dank seines umfassenden Wissens war es ihm möglich, wissenschaftlich impulsgebend tätig zu sein.

Jetzt, nach seiner Emeritierung, ist er weiterhin tätig, und gibt die Zeitschrift für Orthopädie heraus.

Nach wie vor versteht er es — wie er anlässlich seines Geburtstages zeigen konnte —, die junge Generation auf die Probleme der Orthopädie aufmerksam zu machen, worunter er die wachstumsabhängigen Veränderungen vor allem versteht (Hüftluxationen, Wirbelsäulenverkrümmungen). Es sind Erkrankungen, die für ein Leben lang im Zentrum seiner ärztlichen Bemühungen standen. Aber auch zahlreiche andere Fragestellungen der Wiederherstellung des Halte- und Bewegungsapparates des Kranken oder Verletzten lagen ihm am Herzen. Er entwickelte verschiedene Operationsmethoden. Professor M. Lange verfügte über außergewöhnlich reiche Erfahrungen, was nur durch seine arbeitsame und zielstrebige Art möglich wurde. Seine ganze Schaffenskraft galt ärztlichen Aufgaben.

Viele gute Wünsche begleiten Professor M. Lange auf seinem weiteren Lebensweg. E. Hipp, Dortmund

Auszeichnung des BRK für Dr. Dr. Wendelstein

In Anerkennung seiner besonderen Verdienste im Roten Kreuz überreichte Regierungspräsident Burkhardt im Auftrag des Bayerischen Staatsministers des Innern Herrn Kollegen Wendelstein das ihm verliehene Steckkreuz des Roten Kreuzes. In seiner Ansprache betonte der Herr Regierungspräsident, daß sich Herr Dr. Dr. Wendelstein, der 1948 das Amt des Kolonnenarztes in Ansbach übernommen habe und seit 9 Jahren Chefarzt dieses Kreisverbandes sei, große Verdienste erworben und „in seinem Wirken um die Ausbildung für den Dienst im BRK Leitlinien gesetzt“ habe.

IN MEMORIAM

Ministerialrat I. R. Dr. med. Behrendt †

Am 16. 7. 1969 verstarb im Alter von 69 Jahren Ministerialrat I. R. Dr. Theodor Behrendt. Er trat im April 1928 bei der Versorgungsärztlichen Untersuchungsstelle Berlin ein und war bis 1945 bei verschiedenen Dienststellen der Reichsversorgungsverwaltung tätig. 1938 untersagten ihm die damaligen Machthaber jede ärztliche Tätigkeit im Zusammenhang mit Untersuchungen. Ab 1945 war Herr Dr. B. als niedergelassener Internist in München bzw. als Chefarzt beim Krankenhaus Wessobrunn tätig. Er trat im April 1951 als ärztlicher Referent beim Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge ein und war Leiter des Ärztlichen Dienstes bis zu seinem Ausscheiden im Juni 1966. Beim Aufbau der bayerischen Versorgungsverwaltung hatte er sich große Verdienste erworben, vor allem in bezug auf die Gestaltung einer gerechten und wissenschaftlich fundierten ärztlichen Begutachtung nach dem Bundesversorgungsgesetz.

Ronicol®

Klar

Weite des Horizontes

Klarheit des Denkens und Fühlens

dem alternden Menschen zu erhalten

ist vornehmstes Ziel der

Hell

Therapie der Cerebralsklerose

mit Ronicol® retard

Weit



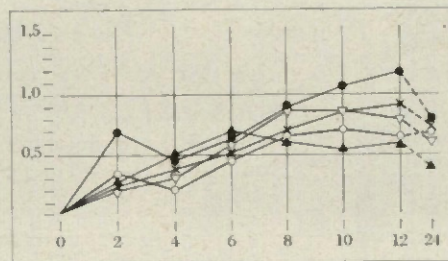
Titus Vespasianus Titus 39 bis 81 n. Chr.

Gleichmäßig intensive Wirkung über lange Zeit bei praktikabler Dosierung

ist ein wesentliches Merkmal der Therapie mit

Ronicol retard

Tritiumgehalt des Blutplasmas nach Einnahme von je
1 Dragée Tritium-markiertem Ronicol retard bei 5 Probanden



Ordinate:
Tritiumgehalt des Plasmas
ausgedrückt als μg T-Ronicol
(Tritium-markiertes β -Pyridyl-
carbinol-Tartrat) pro ml Plasma

Abszisse:
Stunden nach der Medikation

Raaflaub, J.: Med. Pharmakol. exp. 16, 393-98 (1967)

Ronicol retard läßt nach einmaliger Applikation den
Wirkstoffspiegel im Plasma 12 Stunden lang ansteigen und verhütet
so therapiefreie Stunden

Ronicol[®] retard

ein Depotpräparat besonderer Art
zur sinnvollen Therapie
der Cerebralsklerose

Ronicol retard

Dragées **150 mg**

Dosierung täglich: 2 x 1 bis 2 Dragées

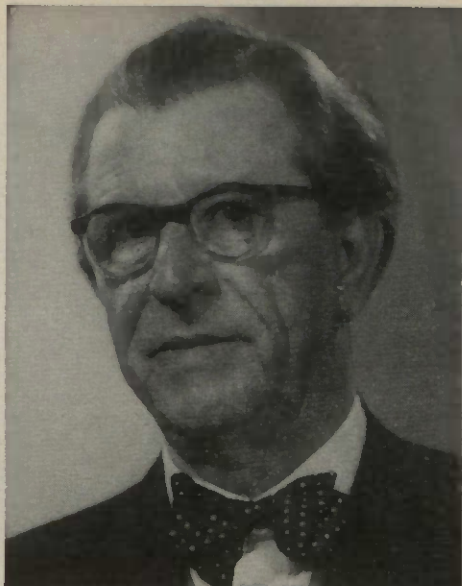
in schweren Fällen:

allmählich Steigerung auf 3 x 2 Dragées

auf lange Zeit: 2 x 1 Dragée



Hoffmann-La Roche AG
7887 Grenzach



Dr. med. Ferdinand von Velasco †

Herr Dr. med. Ferdinand von VELASCO ist am 29. 7. 1969 im Alter von 83 Jahren von uns gegangen.

Er entstammte einem alten spanischen Adelsgeschlecht und wurde am 24. April 1886 auf dem Schloßgut Geiselbullach bei München geboren. Nach dem medizinischen Studium in München, Erlangen und Heidelberg erlebte er den ersten Weltkrieg als Oberarzt an der Front. Nach seiner Weiterbildung zum Facharzt für Kinderheilkunde bei dem berühmten Geheimrat Professor Dr. Pfaundler in München ließ er sich 1922 in Regensburg als freipraktizierender Kinderarzt nieder und übernahm auch bald die Leitung des Säuglingsheims der Blauen Schwestern, der jetzigen Klinik St. Hedwig, deren Errichtung und Ausstattung er noch als Chefarzt maßgeblich beeinflusste. Von 1952 bis 1966 war er, getragen vom einmütigen Vertrauen der Ärzteschaft Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Regensburg und Umgebung und des Ärztlichen Bezirksverbandes Oberpfalz. In dieser Eigenschaft war er in derselben Zeit Mitglied des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer. In welchem hohem Ansehen er bei der gesamten Ärzteschaft stand, beweist die Tatsache, daß er zum Ehrenpräsidenten des 67. Deutschen Ärztetages gewählt wurde und seitdem dem Präsidium der Deutschen Ärztetage angehörte. Der Bundespräsident ehrte ihn für sein verdienstvolles Wirken mit dem Bundesverdienstkreuz 1. Klasse.

Trotz der Hochachtung, die ihm von der gesamten Regensburger Bevölkerung und von der Ärzteschaft entgegengebracht wurde, blieben ihm schwerste Schicksalsschläge nicht erspart. So verlor er noch am Ende des Krieges seine beiden Söhne, auf die er so viel Hoffnung gesetzt hatte. Trotzdem bewahrte er immer seine Haltung und war allen gegenüber, besonders innerhalb der Ärzteschaft, der ruhende und ausgleichende Pol. Unter Ärzten wurde oft von ihm als Grandseigneur gesprochen. Damit wurde ihm inoffiziell ein Titel verliehen, der seinem Wesen und seinem Wirken voll angemessen war.

Am Leben und Wirken der Ärzteschaft hat er bis wenige Tage vor seinem Tod noch vollen Anteil genom-

men. Die Regensburger und die ganze bayerische Ärzteschaft erfährt in ihm einen großen und unersetzlichen Verlust. Er ist in den langen Jahren seines Wirkens für alle zum echten Vorbild geworden und wird es immer bleiben.

Dr. H. Braun, 1. Vorsitzender des ärztlichen Bezirksverbandes Oberpfalz

Bundestagswahl 1969

Unsere Parteien zur Gesundheitspolitik

Die Christlich-Soziale Union hat rechtzeitig vor der Bundestagswahl ihr gesundheitliches Programm überarbeitet und neuerdings bekanntgegeben. Das Programm befaßt sich mit allen Bereichen des Gesundheitswesens. Für uns Ärzte sollten folgende Passagen von besonderem Interesse sein:

„Die CSU fordert daher:

Gewährleistung der ambulanten Versorgung durch freipraktizierende Ärzte, Zahnärzte und Apotheker in Stadt und Land

Zügigen Auf- und Ausbau des Krankenhauswesens im Rahmen der Gesamtplanung

Überwindung der Bettennot in den Großstädten und Ballungsräumen

Bemühungen der Heilberufe um Verbesserung von Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung

Geeignete und ausreichende Ausbildungsmöglichkeiten für Studenten der Medizin, Zahnmedizin und Pharmazie

Vermehrte Ausbildungsstätten für ärztliches Hilfspersonal.“

„Gesundheitsvorsorge

Vorsorgende und heilende Medizin bilden eine untrennbare natürliche Einheit. Die bereits gewährleistete ärztliche Betreuung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen auf Teilgebieten der Gesundheitsvorsorge und im Krankheitsfall muß durch umfassende Vorsorgemaßnahmen für junge und alte Menschen ergänzt werden. Dazu gehören ärztliche und zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen sowie die ärztliche Betreuung im Säuglings- und Kindesalter einschließlich der Schutzimpfungen. Auch diese Vorsorgemaßnahmen müssen daher Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden. Die privaten Krankenversicherungen sind zu gleichen Leistungen anzuregen.“

Zu den Heilberufen führt das Programm aus:

„Voraussetzung für die Ausübung der Heilkunde muß die ärztliche Approbation sein. Die neue Approbationsordnung für Ärzte ist so bald wie möglich in Kraft zu setzen, um die Voraussetzungen für eine moderne theoretische und praktische Ausbildung der Medizinstudenten zu schaffen.

Um einer Notlage in der zahnärztlichen Versorgung unserer Bevölkerung vorzubeugen, sind dringend neue Ausbildungsplätze für Zahnärzte zu schaffen.

Die ärztliche und zahnärztliche Tätigkeit muß leistungsgerecht honoriert werden.

Obwohl die Zahl der in der Krankenpflege Tätigen erheblich zugenommen hat, ist sie immer noch zu gering. Deshalb müssen der Zugang zu den pflegerischen Berufen sowie die Ausbildung und Fortbildung weiterhin vielseitig gefördert werden. Dazu dienen erhöhte Zuschüsse sowie die Bereitstellung von Mitteln für die Errichtung ausreichender Wohnungen für das Pflegepersonal.

Die Errichtung und Ausstattung der Krankenpflege- und Krankenpflegehilfeschulen soll im Rahmen der Krankenhausförderung berücksichtigt werden.

Für technische Assistentinnen in der Medizin und pharmazeutisch-technische Assistentinnen, sowie für spezielle Aufgaben, wie Zytologie, sind Ausbildungsstätten zu schaffen, die den modernen Anforderungen in der Ausbildung und dem steigenden Nachwuchsbedarf Rechnung tragen.“

Erstmals hat eine politische Partei sich dafür eingesetzt, daß die Ausübung der Heilkunde an die ärztliche Approbation gebunden sein muß. Das ist außerordentlich beachtenswert, und wir Ärzte können nur hoffen, daß die CSU diesen Grundsatz auch bei den weiteren, sicherlich heißen Auseinandersetzungen über diese Frage nicht wieder verlassen wird.

Von der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands sind zur Bundestagswahl verschiedene Äußerungen zur Gesundheitspolitik erschienen. In den „Sozialdemokratischen Perspektiven“ ist die Gesundheitspolitik nur kurz angesprochen, und vor allem die Bedeutung der Gesundheitsvorsorge unterstrichen. Im Regierungsprogramm der SPD 1969 wird folgendes ausgeführt:

„Sicherung der Gesundheit

Die wachsenden Möglichkeiten des technischen Fortschritts müssen für den Schutz der Gesundheit des Menschen eingesetzt werden.

Vorbeugende Gesundheitspflege und die Frühdiagnose von Krankheiten werden wir durch gezielte Vorsorgeuntersuchungen intensiv weiterentwickeln. Die Erkenntnisse der modernen Arbeitsmedizin müssen

überall zugunsten des Arbeitnehmers angewendet werden.

Für die Bekämpfung der weitverbreiteten Krankheiten unserer Zeit, wie Krebs, Herz-Kreislauf-Schäden, Stoffwechselkrankheiten, werden wir alle Möglichkeiten der medizinischen Wissenschaft mobilisieren.

Ein bedarfsgerecht gegliedertes System leistungsfähiger Krankenhäuser muß den gleichberechtigten Anspruch aller Bürger auf eine Krankenhausversorgung sichern, die den heute gegebenen Möglichkeiten der Wiederherstellung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit entspricht. Für diese Versorgung muß die Finanzierung gesichert werden.

Wir werden die sportliche Betätigung stärker fördern und die Bemühungen der Deutschen Olympischen Gesellschaft unterstützen. Jede neue Sporteinrichtung dient der Gesundheit und der Erholung. Neben der Unterstützung der Olympischen Spiele 1972 darf die bisherige Sportförderung nicht eingeschränkt werden (9, 10). Vorhandene Initiative in Vereinen und Gemeinden muß weiter gestützt werden. Wir werden den Sport von jeder Art politischer Auflage freihalten.“

Leider enthalten beide Äußerungen nichts über die Stellung des Arztes bei Krankenbetreuung und Gesundheitsvorsorge.

Die Freie Demokratische Partei bringt in ihrem Konzept nur einige Punkte zur Neuordnung der Krankenversicherung, die wir ebenfalls zitieren:

„Die Aufgabenbereiche der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung sind abzugrenzen.

Der Leistungskatalog für Vorsorge und Rehabilitation ist zu erweitern.

Die Wahlfreiheit in der Vorsorge zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung ist zu verbessern.

Alle Angestellten haben, ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Einkommens, Anspruch auf Arbeitgeberzuschuß zum Beitrag für die gesetzliche oder private Krankenversicherung.

Das Solidarprinzip ist zum Beispiel durch Kostenersatzung oder Beitragsrückgewähr neu zu gestalten.“

Diese Partei wird allerdings in der ersten Septemberhälfte ein weiteres Programm veröffentlichen.

Sanhelios

Pharmaz. Fabriken · 1 Berlin 62 · Ruf 711588

PREDNISON und PREDNISOLON 'Sanhelios' 5 mg

Zusammensetzung

Jede Tablette mit Doppelbruchrille enthält 5 mg Prednison bzw. Prednisolon USP XVI, BP 58.

Indikation

Rheumatische Erkrankungen und Affektionen an Knochen, Gelenken und Bändern; Asthma bronchiale und allergische Rhinitis; Heufieber; Blutkrankheiten; Leber-, Herz- und Nierenkrankheiten.

Preise gem. A. T. m. U.

20 Tabletten nur DM 5,25

50 Tabletten DM 12,10 · 100 Tabletten DM 23,— · Klinikpackung zu 500 Tabletten

Bericht des Bayerischen Staatsministers für Arbeit und soziale Fürsorge, im Einvernehmen mit dem Bayerischen Staatsminister des Inneren in Vollzug eines Beschlusses des Bayerischen Landtags vom 12. März 1968 über die

Ärztliche und zahnärztliche Versorgung der Bevölkerung auf dem Lande

Die ärztliche und zahnärztliche Versorgung der Bevölkerung auf dem Lande ist in Bayern im allgemeinen im ausreichenden Umfang sichergestellt. An einzelnen Orten, insbesondere in den Grenz- und Zonenrandgebieten, treten zuweilen Engpässe auf.

Die überwiegende Mehrzahl der bayerischen Bevölkerung (84,9% der Gesamtbevölkerung) wird durch die gesetzlichen Krankenkassen ärztlich versorgt. Die ausreichende ärztliche und zahnärztliche Versorgung der Landbevölkerung ist daher in erster Linie eine Aufgabe der Krankenkassen und der Kassenärztlichen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung.

Der Untersuchung über die derzeitigen Verhältnisse in Bayern wurde der Stand vom Mai 1968 zugrunde gelegt.

Kassenärzte

Für die kassenärztliche Versorgung der Versicherten und ihrer Angehörigen waren im Erhebungszeitpunkt 7756 Kassenärzte und 349 gemäß § 368 a Abs. 8 der Reichsversicherungsordnung (RVO) an der kassenärztlichen Versorgung beteiligte Krankenhausärzte tätig. Sie üben ihre Tätigkeit in sogenannten Kassenarztsitzen aus, für die sie nach § 368 a Abs. 2 RVO zugelassen werden. Davon waren 51 Kassenarztsitze nicht besetzt, z. T. seit mehreren Monaten. Bei einer Gesamtzahl von 8105 Ärzten erscheint die Zahl der vakanten Kassenarztsitze relativ gering.

Es ist jedoch zu beachten, daß die Ärztedichte, d. h. das Verhältnis zwischen der Bevölkerungszahl und der Zahl der Kassenärzte in den einzelnen Landesteilen erhebliche Unterschiede aufweist, wie sich u. a. aus der Anlage 2 ergibt. Bei dieser Aufstellung wurde der Zahl der Kassenärzte aus technischen Gründen (es ist nur die Zahl der Versicherten, nicht aber die der Angehörigen bekannt) die Gesamtzahl der Bevölkerung gegenübergestellt, also auch der Anteil von 15,1%, der nicht von den gesetzlichen Krankenkassen versorgt wird; im Ergebnis wirkt sich dies jedoch nicht sonderlich aus, da ein Großteil der Privatpatienten ebenfalls von den Kassenärzten behandelt wird.

Im Landesdurchschnitt entfällt auf 1325, bei Einbeziehung der gemäß § 368a Abs. 8 RVO beteiligten Krankenhausärzte auf 1268 Einwohner ein Kassenarzt. Die größte Ärztdichte weist der Regierungsbezirk Oberbayern einschließlich der Landeshauptstadt München mit 1094 Einwohnern je Kassenarzt auf.

Alle übrigen Regierungsbezirke liegen unter dem Landesdurchschnitt:

Mittelfranken	1 : 1354
Unterfranken	1 : 1414
Schwaben	1 : 1414
Oberfranken	1 : 1459
Oberpfalz	1 : 1626
Niederbayern	1 : 1650

Die geringste Ärztdichte, nämlich weniger als die Hälfte des bayerischen Landesdurchschnitts (1 : 1325) weisen folgende Landkreise auf:

Karlstadt (Ufr.)	1 : 2731
Roding (Opf.)	1 : 3253
Parsberg (Opf.)	1 : 2975
Neumarkt (Opf.)	1 : 2961
Karlstadt (Ufr.)	1 : 2731
Bogen (Ndb.)	1 : 2651

In folgenden Landkreisen sind die Verhältnisse nur unwesentlich besser; hier steht jeweils ein Kassenarzt für folgende Einwohnerzahlen zur Verfügung:

Oberviechtach (Opf.)	2640
Ebern (Ufr.)	2640
Riedenburg (Opf.)	2579
Kemnath (Opf.)	2482
Höchststadt/Aisch (Ofr.)	2464
Nabburg (Opf.)	2462
Vohenstrauß (Opf.)	2453
Wegscheid (Ndb.)	2441

Hieraus wird ersichtlich, daß die Grenz- und Zonenrandgebiete besonders betroffen sind.

Die Kassenärzte bevorzugen deutlich den oberbayerischen Raum. Von 1960 — 1967 stieg die Zahl der Kassenärzte in Bayern um 1101 an; davon entfielen etwa $\frac{2}{3}$ auf den Regierungsbezirk Oberbayern (372) und die Landeshauptstadt München (366).

In München allein praktizieren 1544 Kassenärzte, in Niederbayern dagegen nur 605 und in der Oberpfalz nur 578. In der Oberpfalz waren 20 Kassenarztsitze — die Hälfte seit mehr als drei Monaten — nicht besetzt; dies sind $\frac{2}{5}$ aller vakanten Kassenarztsitze in ganz Bayern.

Kassenzahnärzte

Am Stichtag waren in Bayern 4884 Kassenzahnärzte tätig. 83 Kassenzahnarztsitze waren nicht besetzt.

Im Landesdurchschnitt steht für je 2105 Einwohner ein Kassenzahnarzt zur Verfügung. Mit 1685 Einwohnern je Kassenzahnarzt sind auch hier, wie bei den Ärzten, die Verhältnisse in Oberbayern einschließlich der Landeshauptstadt München am günstigsten. Bei den übrigen Regierungsbezirken ergeben sich folgende Durchschnitte:

Mittelfranken	1 : 2124
Schwaben	1 : 2215
Unterfranken	1 : 2469
Oberfranken	1 : 2474
Oberpfalz	1 : 2567
Niederbayern	1 : 2599

Eine besonders geringe Dichte weisen folgende Landkreise auf:

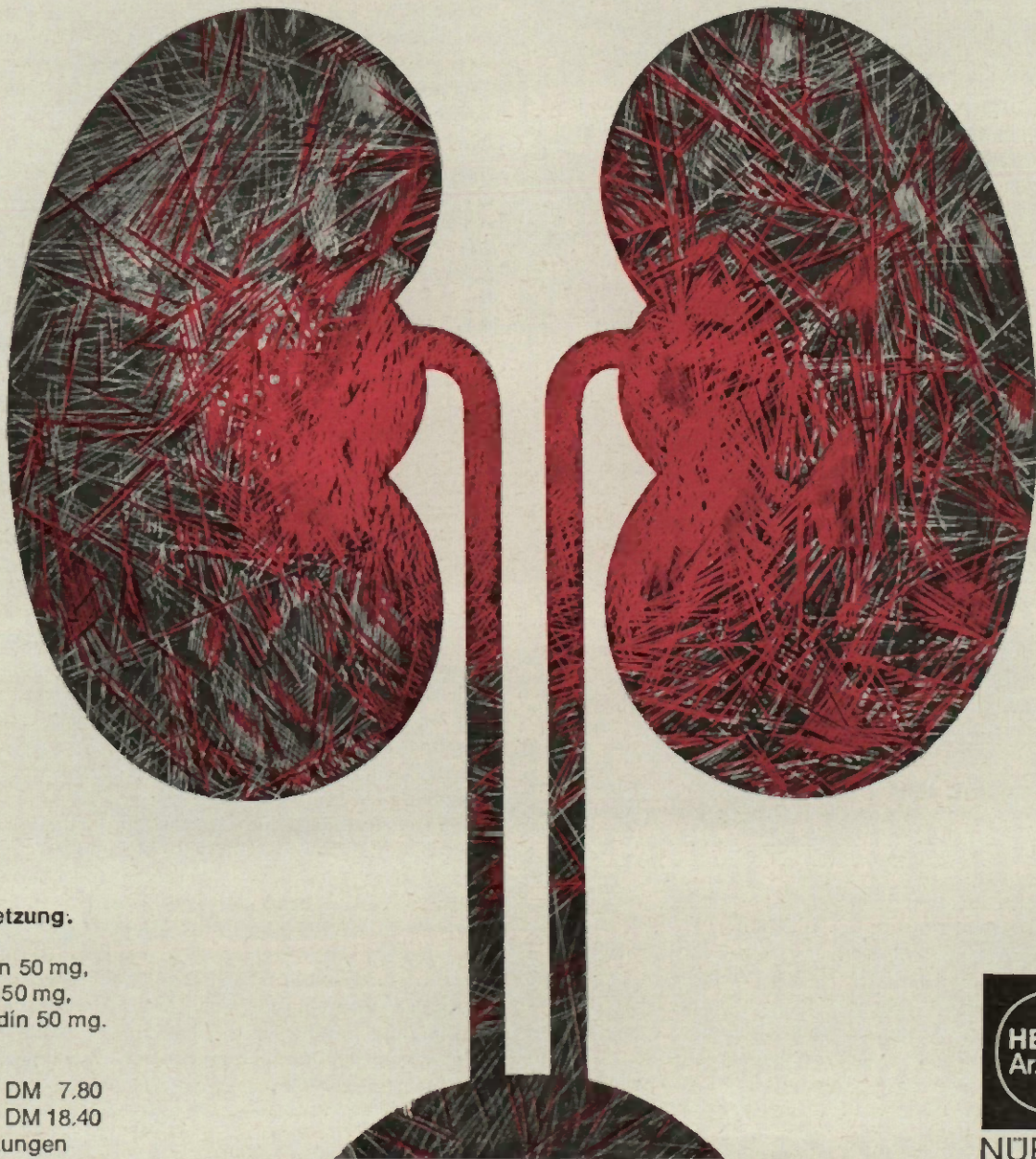
Neunburg vom Wald	1 : 5903
Königshofen l. Grabfeld	1 : 4543
Schrobenhausen	1 : 4324
Beilngries	1 : 4161
Eichstätt	1 : 4154
Wolfstein	1 : 3826
Kempton	1 : 3781
Kemnath	1 : 3723
Grafenau	1 : 3701

Neu
Gut verträgliche und
hochwirksame Nitrofurantoin-
Sulfadiazin-Therapie

Urospasmon[®]

gegen Infektionen der Harnwege

Hohe Harn- und Gewebskonzentration
Breites Wirkungsspektrum
Besonders gute Magen-Darm-Verträglichkeit
und geringe Toxizität
Rasche Beseitigung von Begleitbeschwerden



Zusammensetzung.
1 Tablette =
Nitrofurantoin 50 mg,
Sulfadiazin 150 mg,
Phenazopyridin 50 mg.

Packungen:
20 Tabletten DM 7.80
50 Tabletten DM 18.40
Anstaltspackungen

HEUMANN
Arzneimittel
NÜRNBERG

Zusammenfassung

Es gibt keinen absoluten Richtwert für das Verhältnis zwischen der Einwohnerzahl und der Zahl der Ärzte bzw. Zahnärzte, an dem die Verhältnisse in Bayern gemessen werden könnten. Der Wissenschaftsrat hält jedoch in seinen Empfehlungen zur Struktur und zum Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten (März 1968) eine Arztdichte von 1 : 630 und eine Zahnarztdichte von 1 : 2000 für erstrebenswert; tatsächlich betrug im Jahre 1966 in der Bundesrepublik die Arztdichte 1 : 690 und die Zahnarztdichte 1 : 1907. Hierbei ist zu beachten, daß diese Zahlen sämtliche Ärzte und Zahnärzte einschließen, also außer den frei praktizierenden auch alle Krankenhaus- und sonstigen Ärzte.

In Bayern beträgt die Arztdichte in diesem Sinne 1 : 657, ist also günstiger als im Bundesdurchschnitt.

Stellt man der Einwohnerzahl nur die frei praktizierenden Ärzte gegenüber, auf die es ja bei der Betreuung der Landbevölkerung in erster Linie ankommt, so ergibt sich im Bundesdurchschnitt eine Arztdichte von 1 : 1100, in Bayern von 1 : 1140 und bei Kassenärzten von 1 : 1268. Die Kassenzahnarztdichte in Bayern liegt mit 1 : 2105 nur unwesentlich unter der Richtzahl des Wissenschaftsrates.

Die ärztliche und zahnärztliche Versorgung der Bevölkerung in Bayern ist somit — im ganzen gesehen — ausreichend. Gemessen an der Arztdichte ist jedoch die Versorgung der Bevölkerung auf dem Lande und insbesondere in den Grenz- und Zonenrandgebieten erheblich ungünstiger als die Versorgung der Stadtbevölkerung. Die zunehmende Bevorzugung der Städte bei der Wahl des Niederlassungsortes durch den ärztlichen Nachwuchs erzeugt ein unerwünschtes Gefälle, das die gleichmäßige ärztliche und zahnärztliche Versorgung der Gesamtbevölkerung gefährdet. Zwar kann nicht von einem Notstand gesprochen werden, jedoch erscheint in Gebieten mit einer Arztdichte von 1 : 2400 und mehr die ärztliche Versorgung nicht mehr als ausreichend. Wenn auch in Notfällen Transportmittel zum Aufsuchen des Krankenhauses oder benachbarter Ärzte zur Verfügung stehen, so bringt die geringe Arztdichte doch für die betroffene Bevölkerung erhebliche Unannehmlichkeiten, wie weitere Wege und längere Wartezeiten, mit sich. Für die Ärzte in diesen Gebieten bedeutet sie zwangsläufig eine Überbeanspruchung. Fallen dort nur einzelne Ärzte aus, sei es durch Krankheit, Praxisaufgabe oder Tod, so können örtliche Engpässe auftreten, die zu einer vorübergehenden Verschärfung der Lage führen.

Wie kann die ärztliche und zahnärztliche Versorgung auf dem Lande und in den Grenzgebieten verbessert werden?

Bis zum Jahre 1960 konnte der „Landflucht“ der Ärzte und Zahnärzte durch § 368a Abs. 1 RVO entgegen gewirkt werden. Nach dieser Bestimmung wurde die Zahl der Kassenarzt- und der Kassenzahnarztsitze nach einer Verhältniszahl bestimmt: je 500 Versicherte 1 Arzt, je 900 Versicherte 1 Zahnarzt. Es gab also keine freie Kassenzulassung. Ärzte, die als Kassenärzte zugelassen werden wollten, konnten sich jeweils nur um frei werdende oder neu geschaffene Kassenarzt- bzw. -zahnarztsitze bewerben.

Mit Entscheidungen vom 23. 3. 1960 — 1 BvR 216/51

(BVerfGE 11/30 ff) — und vom 8. 2. 1961 — 1 BvL 10/60, 1 BvR 289, 348/60 (BVerfGE 12/144 ff) — hat das Bundesverfassungsgericht den § 368a Abs. 1 RVO, soweit diese Vorschrift die Zulassung zur Krankenkasse von einer Verhältniszahl der versicherten Bevölkerung je Arzt abhängig machte, für verfassungswidrig erklärt.

Nach diesen Entscheidungen kommt die beanstandete Regelung einer objektiven Zulassungsvoraussetzung für den Arztberuf in Gestalt einer Bedürfnisprüfung nahe. Seit dem sogenannten Apotheken-Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 11. 6. 1958 — 1 BvR 596/56 (BVerfGE 7/377 ff) — sind objektive Zulassungsvoraussetzungen — das sind solche, auf deren Erfüllung der Bewerber keinen Einfluß nehmen kann — mit dem Grundrecht der Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) nur vereinbar, wenn sie zur Abwehr nachweisbarer oder höchstwahrscheinlicher schwerer Gefahren für ein überlegend wichtiges Gemeinschaftsgut erforderlich sind.

Das Bundesverfassungsgericht sieht zwar die Volksgesundheit als wichtiges Gemeinschaftsgut an, erachtet jedoch die Zulassungsbegrenzung nach § 368a Abs. 1 RVO nicht als einzige Möglichkeit, um eine ausreichende ärztliche Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Somit hat jeder Arzt und jeder Zahnarzt einen Rechtsanspruch, bei Erfüllung der subjektiven Voraussetzungen an dem Ort seiner Wahl als Kassenarzt bzw. Kassenzahnarzt zugelassen zu werden.

Die Staatsregierung hat nach der gegenwärtigen Rechtslage keine rechtliche Handhabe, auf eine gleichmäßige ärztliche Versorgung der Bevölkerung hinzuwirken. Das allgemeine Heilberufsrecht regelt nur die Zulassung zum Beruf, läßt daher eine Beschränkung der Berufsausübung in dem Sinn, daß Ärzte oder Zahnärzte im Interesse einer ausreichenden ärztlichen oder zahnärztlichen Versorgung der Bevölkerung sich nur an einem bestimmten Ort niederlassen dürfen, nicht zu. Das für die kassenärztliche Versorgung einschlägige Sozialversicherungsrecht gehört nach Art. 74 Nr. 12 GG zu den Gebieten der konkurrierenden Gesetzgebung. Da der Bund hier seine Gesetzgebungsbefugnis voll ausgeschöpft hat, ist den Ländern auf diesem Gebiet keine Gesetzgebungskompetenz verblieben.

Die kassenärztliche Versorgung wird auch nicht von staatlichen Behörden durchgeführt. Nach § 368 RVO haben zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Versicherten und deren Angehörigen Ärzte, Zahnärzte und Krankenkassen zusammenzuwirken. In der gesetzlichen Krankenversicherung gilt der Grundsatz der Selbstverwaltung, das staatliche Aufsichtsrecht erstreckt sich nach § 30 Abs. 1 RVO nur darauf, daß Gesetz und Satzung beachtet werden.

Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie die Krankenkassen schöpfen alle ihnen im Rahmen der Gesetze zu Gebote stehenden Möglichkeiten aus, um vakante Kassenarzt- und Kassenzahnarztsitze wieder zu besetzen und eine möglichst gleichmäßige ärztliche Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Sie loben die freien Kassenarztsitze in jeder denkbaren Form (durch persönliche Beratung von Bewerbern, durch Ausschreibung im „Bayerischen und Deutschen Ärzteblatt“) aus. Die Kassenzahnärztliche Vereinigung macht in zunehmendem Maße von der Möglichkeit der Genehmigung von Zweigpraxen Gebrauch; um die Dauerbeanspruchung des einzelnen Landarztes auf ein tragbares Maß herabzumindern, ist gegenwärtig die Errichtung von Gemeinschaftspraxen

im Gespräch. Nach § 15 Abs. 1 der Zulassungsordnung für Kassenärzte und Kassenzahnärzte vom 18. 5. 1957 (BGBl. I S. 572) können andere Zulassungen im Zulassungsbezirk so lange zurückgestellt werden, bis für einen vordringlich zu besetzenden Kassenarzt- bzw. Kassenzahnarztsitz ein Arzt zugelassen ist. Auch von dieser, gegenwärtig einzigen gesetzlichen Handhabe machen die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Gebrauch. Die Sperrung eines Zulassungsbezirkes ist jedoch nach ihrer Auskunft häufig eine wenig taugliche Maßnahme für die Besetzung vakanter Kassenarztsitze.

Einige Gemeinden und Landkreise bemühen sich, durch Sondervergünstigungen Ärzte zur Niederlassung in abgelegenen ländlichen Gebieten zu bewegen. Sie stellen Wohn- und Praxisräume zu besonders günstigen Bedingungen zur Verfügung. Die Vereinigungen gewähren jungen Ärzten z. T. als Stärkhilfe zinsbillige Darlehen. Doch auch diese Bemühungen haben nicht den erwarteten oder nur einen zeitweiligen Erfolg, da die meisten Kassenarztsitze finanziell gute Verdienstmöglichkeiten bieten.

Da die Organe der kassenärztlichen Selbstverwaltung alles in ihren Kräften Stehende unternehmen, um vakante Arztsitze wieder zu besetzen, besteht für die Staatsregierung keine Möglichkeit, aber auch keine Veranlassung zu rechtsaufsichtlichen Maßnahmen.

Die Staatsregierung ist der Überzeugung, daß die kassenärztliche und kassenzahnärztliche Selbstverwaltung — wie in der Vergangenheit, so auch künftig — das gewiß nicht einfache Problem der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung auf dem Lande aus eigener Kraft meistern wird. Zur Erreichung dieses Zieles steht die Staatsregierung mit den Organen der Selbstverwaltung in laufendem Kontakt und fördert alle auf dieses Ziel gerichteten Maßnahmen. Von dem gegenwärtig mit Nachdruck betriebenen Ausbau der medizinischen Fakultäten der bayerischen Universitäten verspricht sich die Staatsregierung gleichfalls einen günstigen Einfluß auf die ärztliche Versorgung der Landbevölkerung. Die langjährigen Bestrebungen zur strukturellen Verbesserung der Grenz- und Zonenrandgebiete, die Raumordnungsmaßnahmen, schließlich auch die Bemühungen um die Verbesserung der Schulverhältnisse werden, zwar nicht von heute auf morgen, aber doch in nicht zu ferner Zukunft, die ländlichen Bereiche auch für die Ärzte wieder attraktiver machen.

Sollte sich jedoch eine Entwicklung anbahnen, die die ärztliche Versorgung der Bevölkerung auf dem Lande ernstlich gefährdet erscheinen ließe, so würde die Staatsregierung unverzüglich die erforderlichen Schritte unternehmen, um über einen Initiativantrag des Bundesrates geeignete gesetzgeberische Maßnahmen herbeizuführen.

Mittelfranken

Verwaltungsbezirk	Bevölkerung 31. Dez. 1967	nieder- gelassene Kassen- ärzte	Ärztedichte	nieder- gelassene Kassen- zahnärzte	Zahnärztedichte
			1 Arzt auf Einwohner		1 Zahnarzt auf Einwohner
Stadtkreise und Landkreise:					
1. Ansbach und SK	84 815	68	1247	42	2019
2. Dinkelsbühl	35 380	24	1474	11	3216
3. Eichstätt und SK	41 537	24	1731	10	4154
4. Erlangen und SK	118 321	81	1461	57	2076
5. Feuchtwangen	38 199	16	2262	13	2785
6. Fürth und SK	172 455	129	1337	84	2053
7. Gunzenhausen	39 989	26	1538	12	3324
8. Hersbruck	32 513	20	1626	14	2322
9. Hilpoltstein	34 228	18	1901	10	3423
10. Lauf (Pegnitz)	41 770	23	1818	17	2457
11. Neustadt a. d. Aisch	54 868	36	1519	20	2733
12. Nürnberg und SK	530 302	464	1143	301	1762
13. Rothenburg o. Tauber und SK	30 727	17	1807	12	2561
14. Scheinfeld	21 375	12	1781	8	2672
15. Schwabach und SK	93 424	55	1699	36	2595
16. Uffenheim	36 771	28	1313	18	2043
17. Weißenburg i. Bay. und SK	52 282	35	1494	21	2490
	1 458 754	1076	1354	686	2124

RECORSAN[®]

LIQUID. c. Rutin

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

O. P. Tropfflasche zu 30 ml

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

Oberfranken

Verwaltungsbezirk	Bevölkerung 31. Dez. 1967	nieder- gelassene Kassen- ärzte	Ärztedichte 1 Arzt auf Einwohner	nieder- gelassene Kassen- zahnärzte	Zahnärztedichte 1 Zahnarzt auf Einwohner
Stadtkreise und Landkreise:					
1. Bamberg und SK	182 705	125	1302	78	2086
2. Bayreuth und SK	111 814	93	1202	52	2150
3. Coburg und SK und SK Neustadt	128 336	101	1251	53	2384
4. Ebermannstadt	27 922	12	2327	10	2792
5. Forchheim und SK	67 008	42	1595	20	3504
8. Höchstadt a. d. Aisch	51 740	21	2464	14	3696
7. Hof und SK	88 569	69	1284	46	1925
8. Kronach	79 758	54	1477	26	3068
9. Kulmbach und SK	58 294	42	1388	23	2535
10. Lichtenfels	53 594	32	1675	17	3153
11. Münchberg	40 678	23	1769	18	2260
12. Naila	35 436	25	1417	13	2726
13. Pegnitz	38 913	20	1946	11	3538
14. Rehau und SK Selb	48 332	28	1655	20	2317
15. Stadtsteinach	20 187	10	2019	9	2243
16. Staffelstein	28 385	11	2399	9	2932
17. Wunsiedel und SK Marktredwitz	72 894	52	1402	29	2514
	1 108 563	760	1459	448	2474

Unterfranken

Verwaltungsbezirk	Bevölkerung 31. Dez. 1967	nieder- gelassene Kassen- ärzte	Ärztedichte 1 Arzt auf Einwohner	nieder- gelassene Kassen- zahnärzte	Zahnärztedichte 1 Zahnarzt auf Einwohner
Stadtkreise und Landkreise:					
1. Alzenau i. Ufr.	52 447	23	2280	16	3278
2. Aschaffenburg und SK	136 396	116	1176	68	2006
3. Bad Kissingen und SK	58 501	57	1026	25	2340
4. Bad Neustadt a. d. Saale	35 530	28	1269	16	2221
5. Brückenau	18 831	12	1569	8	2354
6. Ebern	26 404	10	2640	9	2934
7. Gemünden	21 853	13	1681	8	2732
8. Gerolzhofen	41 335	25	1653	14	2953
9. Hammelburg	28 127	16	1758	9	3125
10. Haßfurt	45 857	24	1911	13	3527
11. Hofheim i. Ufr.	19 195	13	1477	8	2399
12. Karlstadt	40 969	15	2731	17	2410
13. Kitzingen und SK	56 673	37	1532	25	2267
14. Königshofen i. Grabfeld	18 173	12	1514	4	4543
15. Lohr	35 871	25	1435	15	2391
16. Marktheidenfeld	43 587	24	1816	14	3113
17. Mellrichstadt	23 661	13	1820	7	3380
18. Miltenberg	37 313	28	1333	14	2665
19. Obernburg	64 825	33	1964	21	3087
20. Ochsenfurt	35 126	20	1756	14	2509
21. Schweinfurt und SK	128 495	108	1190	53	2424
22. Würzburg und SK	201 234	176	1143	96	2096
	1 170 403	828	1414	474	2469

Esberiven-[®] Liniment

bei Erkrankungen des Venen- und
Lymphgefäßsystems, entzündlichen
und ödematösen Gewebeprozessen

Prompte Resorption

Steigerung der Blut- und
Lymphzirkulation
Antiphlogistische Wirkung
Fibrinolyse

Schmerzstillender Kühleffekt

Nota bene: Angenehmer Geruch
Ausgezeichnete Hautverträglichkeit



Schaper & Brümmer
Salzgitter-Ringelheim



Oberbayern

Verwaltungsbezirk	Bevölkerung 31. Dez. 1967	nieder- gelassene Kassen- ärzte	Ärztendichte		Zahnärztedichte	
			1 Arzt auf Einwohner	nieder- gelassene Kassen- zahnärzte	1 Zahnarzt auf Einwohner	
Städtkreise und Landkreise:						
1. Aichach	41 446	26	1594	13	3188	
2. Altötting	85 753	51	1681	33	2599	
3. Bad Aibling	47 050	36	1307	23	2046	
4. Bad Tölz	37 908	42	903	27	1404	
5. Berchtesgaden und SK Bad Reichenhall	53 831	73	737	43	1252	
8. Dachau	77 811	51	1526	33	2358	
7. Ebersberg	69 930	44	1589	29	2411	
8. Erding	71 191	34	2094	22	3236	
9. Freising und SK	84 818	55	1542	37	2292	
10. Fürstenfeldbruck	110 912	66	1680	46	2411	
11. Garmisch-Partenkirchen	62 976	72	875	39	1615	
12. Ingolstadt und SK	125 716	90	1397	64	1964	
13. Landsberg und SK	61 496	42	1464	25	2460	
14. Laufen	58 040	36	1557	29	1932	
15. Miesbach	71 785	67	1071	51	1408	
16. Mühldorf	67 605	48	1408	27	2504	
17. München und SK	1 392 922	1544	902	994	1401	
18. Pfaffenhofen a. d. Ilm	54 806	30	1827	21	2610	
19. Rosenheim und SK	124 512	118	1055	73	1706	
20. Schongau	41 413	29	1428	22	1882	
21. Schrobenhausen	30 267	13	2328	7	4324	
22. Starnberg	82 431	90	916	49	1682	
23. Traunstein und SK	108 076	92	1175	62	1743	
24. Wasserburg a. Inn	52 106	30	1737	22	2368	
25. Weilheim	71 222	56	1272	45	1582	
26. Wolfratshausen	58 976	39	1512	29	2034	
	3 142 999	2874	1094	1865	1685	

Niederbayern

Verwaltungsbezirk	Bevölkerung 31. Dez. 1967	nieder- gelassene Kassen- ärzte	Ärztendichte		Zahnärztedichte	
			1 Arzt auf Einwohner	nieder- gelassene Kassen- zahnärzte	1 Zahnarzt auf Einwohner	
Städtkreise und Landkreise:						
1. Bogen	37 127	14	2651	11	3375	
2. Deggendorf und SK	73 870	49	1508	28	2838	
3. Dingolfing	34 609	19	1822	12	2884	
4. Eggenfelden	47 413	26	1824	17	2789	
5. Grafenau	29 611	14	2115	8	3701	
6. Griesbach	42 124	22	1915	14	3009	
7. Kelheim	54 596	32	1706	20	2730	
8. Kötzing	32 897	14	2350	10	3290	
9. Landau a. d. Isar	30 724	16	1920	9	3414	
10. Landshut und SK	93 341	82	1138	43	2171	
11. Mainburg	21 151	12	1763	13	1627	
12. Mallersdorf	30 136	18	1674	15	2009	
13. Passau und SK	96 530	75	1287	40	2413	
14. Pfarrkirchen	50 472	33	1529	23	2194	
15. Regen	44 686	26	1719	17	2629	
16. Rottenburg	22 396	10	2240	8	2800	
17. Straubing und SK	68 170	51	1337	31	2199	
18. Viechtach	29 570	13	2275	9	3286	
19. Vilshofen	36 757	20	1838	12	3063	
20. Vilshofen	55 476	30	1849	24	2312	
21. Wegscheid	24 407	10	2441	9	2712	
22. Wolfstein	42 085	19	2215	11	3826	
	998 148	605	1650	384	2599	

Oberpfalz

Verwaltungsbezirk	Bevölkerung 31. Dez. 1967	nieder- gelassene Kassen- ärzte	Ärztedichte	nieder- gelassene Kassen- zahnärzte	Zahnärztedichte
			1 Arzt auf Einwohner		1 Arzt auf Einwohner
Stadtkreise und Landkreise:					
1. Amberg und SK	93 869	69	1360	37	2537
2. Beilngries	16 643	8	1870	4	4161
3. Burglengenfeld und SK Schwandorf	65 960	40	1649	25	2638
4. Cham	40 001	17	2353	14	2857
5. Eschenbach i. d. Opf.	35 995	19	1894	15	2400
6. Kemnath	22 337	9	2482	6	3723
7. Nabburg	32 017	13	2462	10	3202
8. Neumarkt i. d. Opf. und SK	59 218	32	2961	20	2961
9. Neunburg vorm Wald	17 708	9	1968	3	5903
10. Neustadt a. d. Waldnaab und SK Weiden	99 666	74	1347	42	2373
11. Oberviechtach	15 841	6	2640	5	3168
12. Parsberg	38 677	13	2975	14	2763
13. Regensburg und SK	220 516	177	1246	106	2080
14. Riedenburg	18 051	7	2579	6	3009
15. Roding	32 533	10	3253	13	2503
16. Sulzbach-Rosenberg	32 629	22	1483	11	2968
17. Tirschenreuth	57 276	34	1685	22	2603
18. Vohenstrauß	24 526	10	2453	8	3066
19. Waldmünchen	16 197	9	1800	5	3239
	939 660	578	1628	366	2567

Schwaben

Verwaltungsbezirk	Bevölkerung 31. Dez. 1967	nieder- gelassene Kassen- ärzte	Ärztedichte	nieder- gelassene Kassen- zahnärzte	Zahnärztedichte
			1 Arzt auf Einwohner		1 Zahnarzt auf Einwohner
Stadtkreise und Landkreise:					
1. Augsburg und SK	332 618	261	1274	172	1934
2. Dillingen a. d. Donau und SK	65 014	42	1548	23	2827
3. Donauwörth	58 056	34	1708	27	2150
4. Friedberg	43 664	20	2183	12	3639
5. Füssen	36 181	33	1096	22	1645
6. Günzburg und SK	68 011	40	1700	29	2345
7. Illertissen	45 270	22	2058	16	2829
8. Kaufbeuren und SK	76 107	57	1335	37	2057
9. Kempten (Allgäu) und SK	100 371	81	1239	53	3781
10. Krumbach (Schwaben)	35 664	23	1551	13	2743
11. Lindau und SK	69 711	58	1202	44	1584
12. Markt Oberdorf	40 984	23	1782	17	2411
13. Memmingen und SK	85 903	67	1282	37	2322
14. Mindelheim	52 739	53	995	29	1819
15. Neuburg a. d. Donau und SK	60 326	32	1885	23	2623
16. Neu-Ulm und SK	83 093	48	1731	29	2865
17. Nördlingen und SK	49 715	38	1381	16	3107
18. Schwabmünchen	54 311	24	2263	18	3394
19. Sonthofen	73 017	67	1090	36	2028
20. Wertingen	33 069	14	2362	10	3307
	1 463 824	1035	1414	661	2215
BAYERN insges.	10 280 351	7756	1325	4884	2105

Kassenarztdichte in Bayern



1 Kassenarzt auf ... Einwohner



- = bis 1.000 Einwohner
- = 1.000 - 1.500 Einwohner
- = 1.500 - 2.000 Einwohner
- = 2.000 - 2.500 Einwohner
- = 2.500 und mehr Einwohner

Ausbau des Klinikums rechts der Isar

Schriftliche Anfrage der Frau Abgeordneten Hedwig WESTPHAL, SPD, vom 7. Februar 1969:

„Auf welchem Stand ist die Umwandlung des Krankenhauses rechts der Isar zur II. Medizinischen Fakultät?

1. Wie hoch gestalten sich die Kosten für die insgesamt nötigen Umbaumaßnahmen und die geplanten Neubaumaßnahmen?
2. Kommen durch die Veränderungen Krankenbetten in Wegfall? Wenn ja, wie viele?
3. Wie viele Berufungen sind schon erfolgt? Wie viele und welche stehen noch aus?
4. Bis wann ist die Umwandlung etwa abgeschlossen?“

Antwort des Bayerischen Staatsministers für Unterricht und Kultus vom 8. Mai 1969:

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

1. Die Kosten für die Umbaumaßnahmen und die notwendigen Neubaumaßnahmen belaufen sich nach den Festlegungen im Haushalt 1969/70 auf insgesamt 104 250 000,— DM. Da es sich teilweise erst um Schätzungskosten handelt, ist bei der einen oder anderen Teilbaumaßnahme — entsprechend der raschen Entwicklung von Wissenschaft und Technik auf medizinischem Gebiet, die nach Möglichkeit im Planungsstadium noch berücksichtigt wird — damit zu rechnen, daß sich die Kosten bis zur Festsetzung noch erhöhen werden.
Weitere als die im Haushalt bereits erfaßten Bauvorhaben sind derzeit nicht vorgesehen.
2. Der Freistaat Bayern hat sich in § 5 des Vertrages mit der Landeshauptstadt München vom 14./20. Juni 1967 zur Beibehaltung der bei der Übernahme von

der Stadt vorhandenen 1185 Krankenbetten verpflichtet. Es kommen also keine Betten in Wegfall.

3. Besetzt sind die Lehrstühle für

- a) Innere Medizin I
- b) Innere Medizin II
- c) Chirurgie
- d) Neurologie
- e) Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
- f) Augenheilkunde
- g) Dermatologie
- h) Röntgendiagnostik
- i) Pathologie
- k) Hygiene und Medizinische Mikrobiologie
- l) Pharmakologie und Toxikologie;

kommissarisch besetzt sind die Lehrstühle für

- a) Frauenheilkunde
- b) Kinderheilkunde; bei letzterem wird die endgültige Besetzung in Kürze erfolgen.

Vor dem Abschluß steht auch die Besetzung des Lehrstuhls für Nuklearmedizin.

Berufungsverhandlungen laufen für

- a) Psychiatrie
- b) Biostatistik, Medizinische Dokumentation und Datenverarbeitung;

keine Listen liegen derzeit vor für die Lehrstühle für

- a) Orthopädie
- b) Arbeitsmedizin.

4. Die Umwandlung in ein Hochschulklinikum wird personell bis etwa 1972, bezüglich der Baumaßnahmen bis etwa 1974/75 abgeschlossen sein.“

Schneller zum Ziel! Beginnen Sie deshalb jetzt mit Bausparen bei der Landesbausparkasse — der Bausparkasse der Sparkassen. Wichtiger Termin: 30.9.

Bis zu einem halben Jahr früher können Sie in eigenen vier Wänden wohnen, wenn Sie bis zum 30. September bei der Landesbausparkasse mit Bausparen beginnen.

Auch der Staat hilft Ihnen: Für Ihre Sparleistung erhalten Sie jedes Jahr eine Wohnungsbauprämie bis zu 400 DM — bei mittlerem Einkommen jetzt sogar bis zu 520 DM — oder bedeutende Steuervorteile. Arbeitnehmer können jetzt auch zusätzlich zu den prämienbegünstigten Sparbeträgen 312 DM bzw. 468 DM einzahlen und erhalten dafür ebenfalls eine Wohnungsbauprämie plus — bei mittlerem Einkommen — eine Zusatzprämie.

Noch haben Sie Zeit für einen Zeitgewinn! Fragen Sie gleich die Sparkasse oder unseren Bezirksleiter.



LANDESHAUSPARKASSE

8 München 2 • Karolinenplatz 1 • Telefon 21721



Maßnahmen zur Unterstützung der Contergan-geschädigten Kinder

Schriftliche Anfrage des Herrn Abgeordneten Rudolf Schöfberger, SPD, vom 25. Januar 1969:

1. Wie hoch schätzt die Staatsregierung die Zahl der Contergan-geschädigten Kinder in Bayern?
2. Welche besonderen Maßnahmen plant die Staatsregierung, um diesen Kindern zu helfen?
3. Beabsichtigt die Staatsregierung, besondere Schulen für diese Kinder, die nunmehr ins Volksschulpflichtige Alter kommen, einzurichten?

Antwort des Bayerischen Staatsministers des Innern vom 6. März 1969:

Die schriftliche Anfrage des Herrn Abgeordneten Schöfberger beantworte ich wie folgt:

1. Nach den von niedergelassenen Hebammen, geburts-hilflichen Kliniken und Kinderkrankenhäusern vor-liegenden Meldungen beträgt die Zahl der in den da-für in Frage kommenden Jahren 1959 bis 1962 gebo-renen und jetzt in Bayern lebenden Kindern mit an-geborenen Gliedmaßenmißbildungen (sogenannte Thalidomid-geschädigte Kinder) 200 bis 250. Auch die vom Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus im Jahre 1966 durchgeführte Erhebung erbrachte ein ähnliches Ergebnis.
2. Die Kinder wurden von Anfang an in Kinderkran-kenhäusern und orthopädischen Kliniken medizinisch versorgt. Drei Zentren befassen sich seit Bekannt-werden dieser Mißbildungen besonders mit der medi-zinischen Rehabilitation solcher Kinder: Die Kinder-klinik im Dr. v. HAUNERschen Kinderspital der Uni-versität München, die Orthopädische Klinik Wichern-haus in Altdorf bei Nürnberg und die Orthopädische Klinik König-Ludwig-Haus in Würzburg.

Außerdem werden solche Kinder vor allem noch in folgenden Kliniken behandelt: Orthopädische Abteil-ung der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen, HESSINGsche orthopädische Heilanstalt in Göggingen bei Augsburg, Kinderkrankenhaus Josefinum in Augsburg und Orthopädische Klinik des Bayerischen Roten Kreuzes in Lindenlohe bei Schwandorf in Bayern. Der Staat hat für notwendige Erweiterungen solcher Kliniken (z. B. der Orthopädischen Klinik Wichernhaus in Altdorf bei Nürnberg und der HES-SINGschen orthopädischen Heilanstalt in Göggingen) nicht unerhebliche Zuschüsse gewährt.

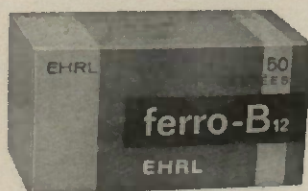
Von besonderer Bedeutung für die Kinder ist die frühe krankengymnastische, psychologische und heil-pädagogische Betreuung, möglichst zusammen mit gesunden Kindern, um eine Isolierung der behinder-

ten Kinder zu vermeiden. Das geschah vorbildlich in dem von der Universitätsklinik in München gemein-sam mit der Stadt München eingerichteten Sonder-kindergarten. Die Universitätsklinik hat außerdem die ambulante Betreuung in ganz Südbayern über-nommen. Sie hält in Zusammenarbeit mit den ört-lichen Gesundheitsämtern Sprechtage für Eltern und Kinder ab. Dabei werden vor allem die Mütter mit den gymnastischen Übungen und den Funktionen der Prothesen der Kinder vertraut gemacht, damit sie selbst mit den Kindern zu Hause weiterüben können. Auch in Augsburg wurde ein Sonderkindergarten ein-gerichtet, der einem allgemeinen Kindergarten ange-schlossen ist. In Nordbayern besteht eine mobile Be-treuung im Raum Bayreuth, Coburg und Naila. Den Kindern wird dadurch ein langdauernder Aufenthalt in einer Klinik oder in einem Heim erspart. Die Kin-der sollen nämlich so lange wie irgend möglich in der Familie belassen werden, damit sie in einer natür-lichen Umgebung mit gesunden Geschwistern und Spielgefährten heranwachsen.

Im übrigen haben die Kinder jetzt überwiegend das schulpflichtige Alter erreicht. Deshalb müssen weitere Planungen sich vor allem auf die schulischen Ein-richtungen richten.

3. Die ersten Dismelie-Kinder kamen im Schuljahr 1966/67, die letzten werden voraussichtlich 1969/70 zur Schule kommen. Zunächst war damit gerechnet wor-den, daß von den 200 gliedmaßengeschädigten Kin-dern etwa 90 eine Sonderschule besuchen müssen. Es wurden deshalb in der Landeshauptstadt für körper-behinderte Jugendliche in München 15 Plätze, im Wichernhaus bei Nürnberg 20 Plätze für gliedmaßengeschädigte Kinder freigehalten. Darüber hinaus noch fehlende Plätze standen in der Orthopädischen Kli-nik in Aschau, im König-Ludwig-Haus in Würzburg und in der HESSINGschen Orthopädischen Heilanstalt in Göggingen bei Augsburg zur Verfügung.

Inzwischen haben aber die Erfahrungen gezeigt, daß etwa 75 v. H. der Kinder in die normale Volksschule aufgenommen werden können. Vor allem die Eltern sind daran interessiert, daß ihre geschädigten Kinder unter allgemein üblichen Verhältnissen und in einer gesunden Umgebung aufwachsen. Es sind daher die ursprünglich freigehaltenen Plätze in den Sonder-schulen nur zum Teil belegt. Da die in der Träger-schaft der Pfennigparade am Petuelring in München entstehende Sonderschule ebenfalls bevorzugt glied-mäßengeschädigte Kinder aufnehmen will, dürfte die Schaffung weiterer Sonderschulen für diese Kinder aller Voraussicht nach nicht notwendig sein. Die Kin-der haben sich zum großen Teil an die Gesellschaft gewöhnt, jetzt muß sich diese an sie gewöhnen.



ferro-B₁₂-Ehrl

OP zu 20 DM 3.60

Dragées

Zur hochwirksamen
preisgünstigen oralen
Anämitherapie

1 Dragée enthält:
150 mg Ferroglukonat
15 γ Vitamin B₁₂
2 mg Folsäure

EHRL & CO KG
8 München 66

Beirat für den Aufbau der Medizinischen Fakultät an der Universität Regensburg

Kultusminister Dr. Ludwig HUBER hat einen Beirat für den Aufbau der Medizinischen Fakultät der Universität Regensburg berufen. Dem Beirat, der am 15. Juli 1969 zu einer ersten Sitzung zusammengetreten ist, gehören als ständige Mitglieder an: Professor Dr. Klaus BETKE (Kinderheilkunde, Universität München), Professor Dr. Max EDER (Pathologie, Universität Köln), Professor Dr. Hermann EGGERER (Biochemie, Universität Regensburg, z. Z. noch München), Professor Dr. Ernst PFEIFFER (Innere Medizin, Universität Ulm), Professor Dr. Horst HAMMELMANN (Chirurgie, Universität Marburg), Professor Dr. Albrecht STRUPPLER (Neurologie, TH München). Zum Vorsitzenden des Beirats, an dessen Beratungen auch der Rektor und der Kanzler der Universität Regensburg, ein Klinikbauberater, ein Verwaltungsfachmann für die Medizinische Fakultät und ein Vertreter des Kultusministeriums teilnehmen, wurde Professor Dr. BETKE gewählt.

Die Berufung eines eigenen Beirats für den Aufbau der Medizinischen Fakultät hatte bereits der 1965 von Kultusminister Dr. Ludwig HUBER berufene Beirat, der die Grundsätze für die innere Struktur der Universität Regensburg erarbeitet hat, empfohlen. Dieser Strukturbeirat, dem auch zwei Mediziner angehörten, hatte in seinen allgemeinen Empfehlungen vorgeschlagen, die Lehrstühle für die vorklinische Ausbildung in den Fachbereich Biologie und damit in die Naturwissenschaftliche Fakultät zu integrieren. Dieser Vorschlag wurde inzwischen verwirklicht. Der Strukturbeirat hatte ferner empfohlen, die Medizinische Fakultät in drei Fachbereiche (Theoretische Medizin, Klinische Medizin, Zahnmedizin) zu gliedern.

An der Universität Regensburg wird der Lehr- und Forschungsbetrieb in Teilbereichen der Naturwissenschaften zum WS 69/70 bzw. zum WS 70/71 aufgenommen. Die ersten Vorkliniker werden im WS 70/71 das Studium beginnen können. Mit den Erschließungsarbeiten für das Klinikum soll 1973, mit dem Bau des Klinikums einschließlich medizinisch-theoretischer Einrichtungen ab 1975 begonnen werden. Ein geeignetes Klinikgelände befindet sich im Eigentum des Freistaates Bayern.

Bekanntmachung des Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 26. August 1969.

Verkürzung der Medizinalassistentenzeit

Art. 2 Abs. 1 Satz 4 des Gesetzes zur Änderung der Bundesärzteordnung, das in Kürze verkündet werden wird, sieht vor, daß die Medizinalassistentenzeit für Personen, die beim Inkrafttreten des Gesetzes am 1. Januar 1970 bereits mit der Ausbildung als Medizinalassistent begonnen haben, nach einem Jahr endet. Dieses Jahr beginnt mit der Aufnahme der praktischen Tätigkeit als Medizinalassistent und endet dann, wenn die Summe aller Ausbildungszeiten mindestens ein Jahr beträgt. Vorausgesetzt ist dabei, daß in dieser Zeit je vier Monate auf einer Abteilung für innere Krankheiten und für Chirurgie abgeleistet worden sind; ist das nicht der Fall, dann verlängert sich die Medizinalassistentenzeit entsprechend.

Für alle übrigen Personen, die am 1. Januar 1970 die ärztliche Vorprüfung vollständig bestanden und wenigstens die klinische Ausbildung nach den Vorschriften der Bestallungsordnung für Ärzte vom 15. 9. 1953 (BestO) begonnen haben, gilt nach Art. 2 Abs. 1 Satz 1 bis 3 des Änderungsgesetzes folgendes:

Sie schließen die Ausbildung noch nach den Vorschriften der BestO ab. Die bisherige zweijährige Medizinalassistentenzeit verkürzt sich einheitlich auf ein Jahr. Die fachliche Aufgliederung der Medizinalassistentenzeit für diesen Personenkreis muß aber erst noch durch Rechtsverordnung des Bundesministers für Gesundheitswesen mit Zustimmung des Bundesrates festgelegt werden. Unter diese Regelung fallen auch die Personen, die bereits die klinische Ausbildung beendet oder die ärztliche Prüfung bestanden oder die zwar die Berechtigung nach § 62 Abs. 3 Satz 2 BestO erhalten, aber am 1. Januar 1970 noch nicht mit der Medizinalassistentenzeit begonnen haben.

Neurovegetalin®

VERLA-PHARM
TUTZING/OBB.

das klassische Sedativum

25 Dragées 50 Dragées

25 50 100 Dragées

verstärkt mit psychotroper Komponente

Neurovegetalin® forte

INTERESSANTES AUS ALLER WELT

Die Rolle der menschlichen Faktoren bei den Straßenverkehrsunfällen

Von Adolf von Lippmann

Trotz aller Bemühungen wächst die Zahl der Straßenverkehrsunfälle in der Welt ständig. Eine Reihe nützlicher Untersuchungen haben sich auf bestimmte physikalische Unfallfaktoren erstreckt, die sich auf die Bedingungen des Straßenverkehrs und die Ausgestaltung und Konstruktion der Motorfahrzeuge bezogen haben. Im allgemeinen weiß man aber nur wenig über die menschlichen Faktoren, die das Unfallrisiko beeinflussen, und zwar so wenig, daß es im gegebenen Fall oft kaum möglich ist, fundiert offensichtlich unrichtigen und unrealen Auffassungen entgegenzutreten. Um den Aspekt der menschlichen Faktoren bei der Entstehung der Straßenverkehrsunfälle einmal einer näheren Untersuchung zu unterziehen, hat die Weltgesundheitsorganisation im Oktober 1967 ein Symposium von internationalen Fachleuten der verschiedensten in Betracht kommenden Disziplinen einberufen. Der Bericht der Sachverständigen ist nunmehr unter dem Titel: „Die Rolle der menschlichen Faktoren bei den Straßenverkehrsunfällen“ zusammengestellt und den Regierungen der europäischen Mitglieder der WHO zur Verfügung gestellt worden. Eine Zusammenfassung des Inhalts des Berichtes ist in Vol. 23, Nr. 5/1969 der Chronique OMS in Genf veröffentlicht worden.

Es kann in diesem Rahmen nicht in der ganzen Breite auf den Bericht eingegangen werden. Aber eine Reihe von Punkten daraus sind immerhin so bemerkenswert, auch an dieser Stelle einmal hervorgehoben zu werden.

Die katastrophale, einer weltweiten Epidemie gleichenden, Ausdehnung der Straßenverkehrsunfälle und der doch weitgehende Mißerfolg alles dessen, was bis zur Gegenwart versucht worden ist, um dieser Entwicklung Einhalt zu gebieten, stellen die Behörden und die Gesundheitsdienste hauptsächlich der entwickelten Industrieländer vor außerordentlich gewichtige Probleme. Aus der Tatsache, daß in der Mehrzahl der Länder eine relative Abnahme der Zahl der tödlichen Verkehrsunfälle im Verhältnis zu der Zahl der registrierten Motorfahrzeuge festgestellt werden konnte, die gewisse Hoffnungen erweckt, hat sich noch keineswegs ergeben, daß auch die absolute Zahl der tödlichen Verkehrstoten gesunken ist. Im Gegenteil, diese Zahl ist immer noch im ständigen Steigen begriffen. Die Zahl von rund 150 000 Verkehrstoten in der Welt wird bald erreicht sein, wenn sie nicht inzwischen schon überschritten ist. Wenn berücksichtigt wird, daß nach den statistischen Ergebnissen für jeden im motorisierten Straßenverkehr Getöteten 40 weitere mehr oder minder

schwer Verletzte zu rechnen sind, so kommt man in der Welt zu einer Zahl von rund 6 000 000 Verletzten im Jahr.

Diese alarmierende Situation war die eigentliche Veranlassung für die WHO, über die Rolle der menschlichen Faktoren bei den Straßenverkehrsunfällen das bereits erwähnte Gremium von Fachleuten aus aller Welt, von Ärzten, Psychologen, Soziologen, Juristen, Konstrukteuren von Motorfahrzeugen und Straßenbauern im Oktober 1967 in Rom zusammentreten zu lassen. Für die Auswahl des Themas hat die Tatsache eine wesentliche Rolle gespielt, daß ganz offensichtlich alle bisher unternommenen technischen Maßnahmen nur ein begrenztes Ergebnis gehabt haben, weil noch zu wenig über die menschlichen Faktoren bekannt ist, die bei der Verursachung von Unfällen im motorisierten Straßenverkehr eine Rolle spielen.

Die Arbeiten des Symposiums waren nur auf das Verhalten der Fahrzeuglenker beschränkt. Das Verhalten der anderen Verkehrsteilnehmer ist nicht mit in Betracht gezogen worden. Ebenso war die Frage der Wirkung des Alkohols bei der Führung von Kraftfahrzeugen ausgeklammert worden, weil über diese Frage bereits eine Reihe Sonderuntersuchungen veranstaltet worden sind. Aus der Bundesrepublik Deutschland waren an dem Symposium Dr. med. H. HOFFMANN und Dr. med. D. von KLEBELSBERG beteiligt. Nachdem im allgemeinen die epidemieartige Situation bei den Straßenverkehrsunfällen betrachtet worden ist, haben sich die Teilnehmer der Untersuchung der Rolle zugewandt, die die in Betracht kommenden medizinischen, psychologischen und physiologischen sowie kulturellen und soziologischen Faktoren spielen können, ebenso wie die Wirkungen von Drogen, mit Ausnahme des Alkohols. Die Diskussionen haben zu bestimmten Vorstellungen im Hinblick auf die Auslese und die Erziehung der Fahrer und die Verbesserung der materiellen Voraussetzungen für die Fahrzeugführung geführt. In allen hauptsächlichlichen Punkten ist eine weitgehende Übereinstimmung erzielt worden.

Die epidemieartige Explosion der Straßenverkehrsunfälle ist im Kreis der WHO bereits im Jahre 1962 durch NORMANN*) beschrieben worden. Ferner sind Statistiken über die in diesem Zusammenhang verursachte Mortalität veröffentlicht worden**). Diese Statistiken

*) L. G. NORMANN (1962), Les accidents de la Route, Genève, Organisation mondiale de la Santé (Cah. Santé publ. No. 12)

** Rapp. statist. mond., 1963, 21, 300

optopan[®]-sedativ

bei: Nervosität, Abgeschlagenheit, Schlaflosigkeit und nervöser Reizbarkeit. — Keine Gewöhnung!



Apotheker Th. Lang Nachf. · München 82

Flasche zu 100 g, 150 g und 250 g

zeigen, daß die Straßenverkehrsunfälle in den entwickelten Ländern zu den hauptsächlichsten Todesursachen zählen. Sie zeigen aber ebenfalls die Bedeutung der Belastung für die Gesundheitsdienste dieser Länder. Im groben Schnitt mußten etwa 10% der in den großen Krankenhäusern verfügbaren Betten für bei Straßenverkehrsunfällen Verunglückte zur Verfügung gestellt werden (nach bestimmten Quellen sind diese Zahlen, für die Bundesrepublik Deutschland sogar höher).

Weiterhin zeigen aber die statistischen Erhebungen an, daß in dem Maß, in dem die Straßenverkehrsunfälle in bezug auf die Verletzungen schwerer werden, diese Belastung noch weiter anwächst. Einen Hinweis dafür gibt die Entwicklung in England, das im Hinblick auf die Verkehrsunfallbelastung noch nicht einmal an vorderster Stelle in der Welt steht. Dort wird, wenn die gegenwärtige Tendenz anhält, mehr als die Hälfte aller in Großbritannien geborenen Kinder bei Straßenverkehrsunfällen verletzt sein, dabei werden je eines von 50 Kindern das Leben verlieren.

Es ist anzunehmen, daß bei einer Analyse bestimmter unter dem Gesichtswinkel der menschlichen Faktoren gesammelter Daten, die bei den Straßenverkehrsunfällen eine Rolle spielen, sich bestimmte Schwerpunkte ergeben, die für die epidemische Ausbreitung der Unfälle von Bedeutung sind und die damit Hinweise für präventive Maßnahmen geben können. Eine der am meisten ins Auge fallenden Tatsachen ist, daß die Kraftfahrer der Altersklasse zwischen 15 und 25 Jahren im Straßenverkehr mehr Todesfälle verursachen, als bei anderen Gelegenheiten entstehen. In manchen Ländern entfallen 30% und mehr der gesamten Mortalitätsrate in der Altersklasse zwischen 15 und 25 Jahren auf die Folgen von Straßenverkehrsunfällen. Das ist ein merkwürdiges Phänomen, für das man noch keine ausreichend gefestigte wissenschaftliche Erklärung gefunden hat. Man müßte doch annehmen, daß es anders ist, weil die Fahrzeuglenker in dieser Altersklasse doch in der Regel im Vollbesitz ihrer geistigen und körperlichen Kräfte sind, über ein Optimum der geistigen und der Bewegungsreflexe verfügen, während die Fahrer in höheren Altersklassen, die weniger in tödliche Straßenverkehrsunfälle verwickelt werden, jedenfalls vom rein physischen aus gesehen, im Hinblick auf ihre geistigen und körperlichen Kräfte schon im langsamen Abstieg begriffen sind. Unter den möglichen Erklärungen sind bei den Fahrern zwischen 15 und 25 Jahren Mangel an Erfahrung, mit anderen Worten eine gewisse Unreife, andersartige Wirkungen der Ermüdung, von Alkohol und Drogen genannt worden. Aber allgemein ist bei den Diskussionen der Mangel an entsprechenden Unterlagen bedauert worden, die eine Bewertung der menschlichen Faktoren zulassen, die bei den Straßenverkehrsunfällen als Unfallursachen wahrscheinlich in sehr hohem Maß in Rechnung gezogen werden müssen. In der Gesamtheit sind die im Zusammenhang mit den Verkehrsunfällen aufgestellten Statistiken für eine Untersuchung der bei den Unfällen mitwirkenden menschlichen Faktoren nur sehr beschränkt zu verwenden, weil sie von den verschiedenen Stellen in der Regel nur im Hinblick auf eine spezifische Feststellung aufgestellt werden. Auch für internationale Vergleiche sind sie meistens nur in wenigen Punkten vergleichbar, und dann meistens noch nicht ohne weiteres. Auch Laborversuche mit Simulatoren können nur

Aussagen von beschränktem Wert liefern, weil sie niemals die im gegebenen Fall tatsächlich vorliegenden Verkehrsbedingungen herstellen können. Die Enquête fordert daher, künftig besondere Dienste einzurichten, die sich ausschließlich mit der Erforschung der menschlichen Faktoren bei Straßenverkehrsunfällen befassen, die insbesondere ihre Bemühungen auf die Aufhellung der Unfallereignisse richten sollen, die von den 15- bis 25jährigen Fahrern verursacht werden.

Was im Bericht für Italien im Jahre 1965 festgestellt ist, entspricht ungefähr dem allgemeinen Bild. Dort sind 58% der im Straßenverkehr vorgekommenen tödlichen Unfälle auf unangepasste Geschwindigkeit, vorschriftswidriges Überholen und vorschriftswidrige Verweigerung der Vorfahrt zurückzuführen gewesen. Das scheint aber doch ein Beweis dafür zu sein, wie Professor FERRAROTTI, Rom, auf dem Symposium bemerkte, daß dabei subjektive Faktoren hauptsächlich sozialen und kulturellen Charakters eine Rolle spielen. Die Führung eines Kraftfahrzeuges erfordert heute anerkanntermaßen einen hohen Gemeinschaftssinn und auf jeden Fall auch eine Anerkennung der Rechte der anderen. Es müssen daher unbewußte Impulse und Manifestationen eines übermäßig gesteigerten Individualismus am Anfang eines jeden vernunftwidrigen Verhaltens am Steuer eines Kraftwagens stehen. Gefördert wird dies durch die im Kraftwagen für den Fahrer eintretende Isolation von der Umwelt und die im gegebenen Fall mangelnde Anpassung an die kulturellen Umwandlungen der technischen Welt. Beides kann bei labilen Konstitutionen zu einer ausgesprochen antisozialen Haltung führen. Dazu kommt noch alles das, was durch irreführende Information und Propaganda von außen in das Bewußtsein, namentlich der jüngeren Fahrer getragen wird, was ebenso zu antisozialen Verhaltensweisen im Straßenverkehr führen kann. Vorstellungen, der Geschwindigkeitsexzeß würde die virile Potenz, die sexuelle und die körperliche, bestätigen, kommen kaum aus dem Inneren, sondern werden aus der Umwelt vermittelt. Der „Kraft-Mayr“ am Steuer wäre weit weniger verbreitet, wenn das Bild nicht nachhaltig in den öffentlichen Kommunikationsmitteln und in verbreiteten Anschauungen vermittelt worden wäre. Ungefähr auf derselben Ebene liegt die noch verbreitete Anschauung, daß das Lenken eines Kraftfahrzeuges eine erholsame Tätigkeit ist. Dr. med. Hoffmann hat als Berater der Bundesrepublik Deutschland auf dem Symposium darauf verwiesen, daß unter den heutigen Umständen das Lenken eines Kraftfahrzeuges nicht mehr als eine Erholung zu bezeichnen ist, sondern als eine, unter den verschiedensten Aspekten heraus zu betrachtende, sehr komplexe Arbeit angesehen werden muß, die einen sehr scharfen Sinn für die Verantwortung erfordert.

Auch die Erörterungen der Fachleute der WHO zeigen, daß weitgehend in den Fehler verfallen wird, die Suggestibilität des Einzelindividuums und der Masse ineinander fließen zu lassen. Freilich sind bestimmte Verhaltensweisen im Verkehr Massenerscheinungen geworden. Auch unterliegt im gegebenen Fall der einzelne gewissen Suggestivwirkungen, die von der Masse ausgehen. Es sind aber keine Reaktionen einer Masse. Das kann man alles schon bei BUMKE*) nachlesen, der an

*) O. BUMKE, Gedanken über die Seele, 4. Aufl., 1948, S. 128

einer entsprechenden Stelle schreibt: „Warum drängen sich nach einem Konzert die Menschen an den Garderoben, warum können sie nicht warten bis sie ihren Mantel bekommen? Die meisten haben es sicherlich nicht eilig. Hinterher stehen sie nämlich noch lange herum und schwatzen. Aber einige wenige drängen, und dann drängen alle.“ — „Springt ein Hammel über den Bach, springen alle anderen nach“, so heißt es im „Figaro“. Das ist aber in Wahrheit keine Massenreaktion, sondern eine Summe von Einzelreaktionen. Zwar wollen alle dasselbe, aber nicht miteinander, sondern ausgesprochen gegeneinander. Genauso ist es im Straßenverkehr. Auch hier handelt die Menge nicht als geschlossene Einheit, sondern im gegebenen Fall ist der einzelne darauf bedacht, wenn er auch in der Vielzahl auftritt, gegen alle anderen seine Aktion durchzuführen. Infolgedessen wird es auch nicht möglich sein, mit den der Massenpsychologie den Dingen beizukommen. Hier muß das Verhalten des einzelnen in bestimmte Kanäle gelenkt werden, um es einmal so auszudrücken, ohne weiter auf die entsprechenden dazu zur Verfügung stehenden Mittel näher einzugehen. Richtig ist, daß dabei die öffentliche Meinung eine große Rolle spielt. Je verbogener nämlich infolge einer falschen Information die öffentliche Meinung geworden ist, um so schwieriger wird die Einflußnahme auf den einzelnen sein. Vieles, was in den vergangenen Jahren in die Information unserer Verkehrsteilnehmer, hauptsächlich der Kraftfahrer geflossen ist, beruht auf bereits unbewußt gewordenen Irrtümern. Ein Irrtum ist es beispielsweise, den Kraftfahrzeuglenker als eine besondere Gattung von Mensch

hinzustellen, dem eine besondere Interessenlage unterschoben wird. Kraftfahrer ist keine Gattungsbezeichnung, wie unter den Tieren der Elefant, das Kamel oder andere, sondern ein Mensch mit all seinen Fähigkeiten und Fehlern, der lediglich in eine bestimmte Situation gestellt ist, ein Mensch, der eine Maschine bedient und sonst gar nichts, genau wie ein Dreher an der Drehbank oder sonst ein Arbeiter an einer Werkzeug- oder anderen Maschine. Weil man aber ein „Sondertier“ aus dem Kraftfahrzeuglenker gemacht hat, werden seine Reaktionen und Verhaltensweisen aus einem falschen Gesichtswinkel und nicht mehr aus dem der Betrachtung allgemein menschlichen Verhaltens gesehen.

Es gibt viele, die behaupten, der Straßenverkehr habe mit der Moral nichts zu tun. Aber ohne Zweifel ist die gefahrlose Abwicklung des motorisierten Straßenverkehrs eine Frage der Ordnung menschlichen Zusammenlebens. Wer aber das zugibt, wird sich auch zu dem Ausspruch des Präsidenten der Republik Sambia auf der 53. Internationalen Arbeitskonferenz in Genf in diesem Jahr bekennen müssen, der ausgeführt hat, wenn wir in der Welt eine erträgliche Ordnung unseres Zusammenlebens aufbauen wollen, dann werden wir diesem Gebäude auch eine solide moralische Grundlage geben müssen, denn das ist die einzige Art und Weise, in der die künftige Welt menschlicher gestaltet werden kann.

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

USA: 50 000 Ärzte zuwenig

Versuche zur Lösung eines kritisch gewordenen Problems

Von W. Schweisheimer

„Wenn man die Leistungsfähigkeit aller Ärzte nur um 4 Prozent erhöhen könnte, dann wäre dasselbe erreicht wie wenn man den Jahresertrag sämtlicher Medizinschulen verdoppelt hätte.“

Diese kürzliche Äußerung von Dr. Philip R. LEE, einem der führenden Beamten im amerikanischen Gesundheitsministerium, weist auf ein Problem hin, das neuerdings eine überaus dringliche, mancherorts eine kritische Bedeutung gewonnen hat: den Mangel an amerikanischen Ärzten.

Das Problem schlummert seit Jahren unter der Oberfläche, aber akut wurde es seit der Einführung von Medicare und Medicaid in das Gesundheitssystem. Nach Mitteilung der amerikanischen Regierung besteht ein Mangel von mindestens 50 000 Ärzten. Es handelt sich nicht nur um fertige Ärzte — namentlich fehlt es auch an Psychiatern und Nervenärzten —, sondern zum mindesten 10 000 Intern- (Medizinalpraktikanten) und Resident- (Krankenhausassistentenärzte) -stellen können nicht mit amerikanischen Kräften besetzt werden.

Der Ärztemangel ist am ausgesprochensten in den

Elendsvierteln (Slums) der großen Städte, in kleinen Gemeinden und ländlichen Gegenden. Das Problem ist längst über medizinische Kreise hinausgewachsen. Führende Tageszeitungen wie die „New York Times“ und verantwortungsbewußte Zeitschriften wie „U. S. News & World Report“ haben neuerdings eingehende Umfragen veranstaltet, um den Umfang des akuten Problems genauer bemessen zu können.

Vorschläge zur Abhilfe

Der logische Weg zur Abhilfe ist es natürlich, Wege zu suchen, um die Anzahl der Medizinstudierenden zu erhöhen. Das geschieht auch, wenn auch erst neuerdings. 14 neue Medizinschulen sind in der Errichtung begriffen und nahezu alle bestehenden 88 Medizinschulen erweitern ihre Anlagen und Baulichkeiten. Jedermann ist sich darüber klar, daß es Jahre und Jahre dauern wird, bis der bestehende Ärztemangel auf diesem Wege behoben sein wird. Aber der Notstand besteht jetzt, und für jetzt werden neue Hilfen und Wege gesucht. Das Ziel ist, den vorhandenen Ärzten



Muster auf Anforderung

MIGRÄNEX[®]

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

TOSSA
ARZNEI

KURT MERZ · 6497 STEINAU

die Möglichkeit zu geben, mehr Patienten in kürzerer Zeit zu behandeln. Außer der Neuausbildung künftiger Ärzte werden vor allem folgende vier Punkte erörtert:

1. Es soll ein Korps von „Hilfsärzten“ (assistant doctors) trainiert werden. Es sind das keine ausgebildeten Ärzte, sondern Personen, die eine Teilausbildung in medizinischen Dingen erhalten haben, wie Krankenschwestern, Lazarettgehilfen, die „medical corpsmen“ der amerikanischen Streitkräfte nach ihrer Entlassung usw. Sie sollen das Routinewerk der ärztlichen Praxis übernehmen und dadurch den Ärzten mehr Zeit für spezielle medizinische Tätigkeit verschaffen.

Dr. Lee, der diesen Gedanken unterstützt, führte aus, daß beispielsweise ein erheblicher Teil der kinderärztlichen Tätigkeit von solchen Arzthilfen übernommen werden könnte, ebenso sollten Hebammen die Tätigkeit der Geburtshelfer zum Teil übernehmen. Hebammen spielten in den USA seit langem eine immer mehr verschwindende Rolle.

Drei Grundprobleme sind mit diesem Gedanken verbunden und sie müssen gelöst werden, ehe er durchführbar ist: Welche legalen Fragen sind hier zu beantworten? Werden die Ärzte solche Arzthilfen akzeptieren? Wie werden sich die Patienten dazu stellen?

2. Gruppenmedizin, an sich in starkem Anstieg begriffen, wird weiter zunehmen. Klinische Zentren sollen die Einzelpraxis ablösen. Die Folge ist, daß die Patienten weitere Wege zurücklegen müssen, um ärztliche Hilfe zu bekommen, und daß ihre Behandlung sich unpersönlicher gestalten wird.
3. Computer, elektronische Großrechnergeräte, werden ein Routinewerkzeug der Medizin werden. Diese Automatisierung der Medizin wird dazu helfen, Diagnose zu stellen und andere Gesundheitsprobleme rasch zu lösen.
4. Mehr und mehr weibliche Ärzte werden in die Praxis eintreten. Sachverständige sind der Ansicht, daß im Laufe der nächsten zehn Jahre die Anzahl der weiblichen Ärzte in den USA sich mehr als verdoppeln wird.

Auch wer diese Wege ganz oder teilweise mit Skepsis betrachtet, wird zugeben müssen, daß mit einem Rückgang des Ärztemangels in absehbarer Zeit nicht zu rechnen ist. Im Jahre 1960 graduierten 7508 neue Ärzte von den amerikanischen Medizinschulen. Zur Zeit sind es 8235 im Jahr und für 1974 wird mit 10 737 gerechnet. Aber das U. S. Public Health Service rechnet mit folgenden Zahlen:

	Gebraucht		
	Praktizierende Ärzte	werden Ärzte	Mangel an Ärzten
1968	292 000	342 000	50 000
1970 (Schätzung)	314 800	367 000	52 200
1975 (Schätzung)	348 200	400 000	51 800

Ausländische Ärzte in amerikanischen Kliniken

So ist es wohl zu verstehen, daß seit Jahren mehr und mehr ausländische Ärzte in den amerikanischen Klini-

ken und Krankenhäusern tätig sind. In vielen großen Krankenhäusern sind die größere Hälfte der Krankenhausärzte Ärzte, die im Ausland studierten und ihre Examina machten. Es ist bekannt, daß seit einigen Jahren ausländische Ärzte, die länger an amerikanischen Krankenanstalten tätig sein wollen, außer dem Sprachexamen in Englisch auch ein amerikanisches medizinisches Examen zu bestehen haben. Diese Tests des „Educational Council for Foreign Medical Graduates“ (ECFMG) sind hochwertig und ihr Bestehen verbürgt ein Wissen, das jenem der angehenden amerikanischen Ärzte gleichwertig ist. In einem Teil der USA-Staaten sind aber solche Lücken in den Bestimmungen der Zulassung zu Krankenhäusern vorhanden, daß ein kleinerer Teil der ausländischen Ärzte in Wirklichkeit ohne License-Erteilung an Krankenanstalten tätig ist; das gilt vor allem für psychiatrische Anstalten.

Viele der hier tätigen ausländischen Ärzte haben aber ein sehr gutes medizinisches Niveau und für einen wirklich Strebenden sind die Sprachschwierigkeiten in relativ kurzer Zeit zu überwinden. Etwa 45 000 Ärzte, die ihre Ausbildung in ausländischen Medizinschulen erlebt haben, sind jetzt in den USA tätig. Im Jahr wird eine Durchschnittszunahme dieser Ziffer um 10 Prozent erwartet.

Nach der Aufstellung der „American Medical Association“ sind zur Zeit 45 749 Ärzte hier tätig, die an ausländischen Medizinschulen graduiert haben. Darin sind inbegriffen 5722 Graduierte von kanadischen Medizinschulen, 5055 von den Philippinen, 4150 von Deutschland, 2811 von Italien, 2313 von der Schweiz, 2110 von England, 1833 von Indien, 1201 von Mexiko, 1060 von Korea, 1000 vom Iran.

Im Vorjahr kamen 7500 ausländisch graduierte Ärzte nach den USA (nur ein Teil von ihnen für dauernd), während die Anzahl der an amerikanischen Medizinschulen graduierten Ärzte im Vorjahr 7574 betrug.

Wirklicher Notstand

Im Staat New York wurde festgestellt, daß 130 Gemeinden mit Bevölkerung von je über 2000 zur Zeit überhaupt keinen Arzt haben. In Kalifornien müssen manche Patienten 30 Meilen und mehr fahren, um einen Arzt zu Gesicht zu bekommen. Namentlich in Negervierteln besteht ein Ärztemangel und selbst Negerärzte zeigen Abneigung, sich in solchen Gegenden niederzulassen.

Es wurde berechnet, daß 1 Milliarde Dollar notwendig wäre, um die Ausbildung so vieler amerikanischer Ärzte zu ermöglichen als zur Zeit ausländische Ärzte nach den USA kommen. Sicherlich wird sich die bereits begonnene Ausweitung der ärztlichen Ausbildung in einiger Zeit entlastend fühlbar machen. Die Befürworter sozialisierter Medizin sehen in der jetzigen Entwicklung einen Anreiz zur Durchführung ihrer Bestrebungen und sie erwarten eine Reaktion der Regierung in dieser Richtung. Die amerikanische Ärzteschaft in ihrem Großteil will von einer solchen Entwicklung nichts wissen.

Anschr. d. Verf.: Dr. W. Schweisheimer, 66 Milton Road, Rye, New York 10 580

Ausschreibung der Stiftung „Hufeland-Preis“ für Arbeiten über Vorbeugende Gesundheitspflege

Für die beste Arbeit über „Vorbeugende Gesundheitspflege“ ist bis auf weiteres jährlich ein Preis von 10 000.— DM ausgesetzt worden.

Der Hufeland-Preis kann auch zwei Autoren, deren Arbeiten als gleichwertig anerkannt worden sind, je zur Hälfte zugesprochen werden.

Die Vergebung des Preises erfolgt in Form einer Ausschreibung. Zwecks Durchführung dieser Ausschreibung ist ein Kuratorium gebildet worden, das sich aus folgenden Herren zusammensetzt:

1. Landesobermedizinalrat Dr. med. PETRI, Vorsitzender, Süchteln
2. Präsident Dr. med. SCHIMRIGK, Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft Westdeutscher Ärztekammern) in Köln
3. Dr. med. Dr. med. dent. FORSTMANN, Bundesverband der Deutschen Zahnärzte e. V. in Köln
4. Professor Dr. med. FRITSCHKE, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln
5. Dr. med. KÜHN, Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e. V. in Bad Godesberg
6. Generaldirektor GARDE, Concordia Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft — Deutsche Ärzteversicherung — in Köln.

Die Bewertung der Arbeiten erfolgt durch ein Preisrichterkollegium, dessen Mitglieder von dem Kuratorium bestellt werden. Die Verleihung des Preises nimmt das Kuratorium auf Vorschlag des Preisrichterkollegiums vor.

Die Durchführung der Ausschreibung des „Hufeland-Preises“ erfolgt unter Aufsicht eines Notars.

Die Entscheidung des Kuratoriums ist unanfechtbar.

Für alle im Zusammenhang mit dieser Ausschreibung entstehenden Streitfragen wird der ordentliche Rechtsweg ausgeschlossen.

Das Kuratorium fordert hiermit öffentlich zur Teilnahme an der Ausschreibung des „Hufeland-Preises“ 1970 auf.

Der Preis wird durch die Concordia Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft (Deutsche Ärzteversicherung) Köln, zur Verfügung gestellt.

Zur Teilnahme sind berechtigt: Deutsche Ärzte und Zahnärzte.

I.

Die Arbeit muß zum Inhalt haben ein Thema auf dem Gebiete der

- a) Gesundheitsvorsorge oder
- b) der Vorbeugung gegen Schäden oder Erkrankungen, die für die Volksgesundheit von Bedeutung sind, oder
- c) der vorbeugenden Maßnahmen gegen das Auftreten bestimmter Krankheitsbilder oder Schäden, die die Lebenserwartung der Allgemeinheit beeinträchtigen oder Berufsunfähigkeit zur Folge haben können.

Unter den genannten Themenkreis fallen auch Arbeiten, die Maßnahmen zur Wiederherstellung von Frühgeschädigten oder sozialhygienische oder psychohygienische Fragen behandeln.

II.

Die Darstellung muß durch Schrift oder Film in allgemeinverständlicher Form erfolgen.

Wissenschaftlichen Gepflogenheiten entsprechend soll jede Arbeit möglichst eine Zusammenfassung der wichtigsten Tatsachen sowie des Ergebnisses und ein Quellenverzeichnis enthalten.

III.

Voraussetzung ist ferner, daß die Arbeit auf eigenen ärztlichen Erkenntnissen beruht, die von dem Preisrichterkollegium als wesentlich und wissenschaftlich vertretbar angesehen werden. Die Zusammenfassung und Wiedergabe bereits bekannter medizinischer Tatsachen erfüllt diese Voraussetzung nicht, es sei denn, daß sie in einem bestimmten neu erarbeiteten Zusammenhang gesetzt und dadurch neue wissenschaftliche Erkenntnisse gewonnen werden.

Die Arbeit darf noch nicht veröffentlicht worden sein und bis zur Verleihung des Preises nicht veröffentlicht werden.

Das Kuratorium kann auf Antrag die Veröffentlichung einer Arbeit vor der Verleihung des Preises gestatten, wenn ein wichtiger Grund vorliegt.

Jede Arbeit darf nur einmal eingereicht werden. Sie darf auch nicht zu anderen medizinischen Preisausschreibungen eingereicht worden sein oder bis zur Verleihung des Hufeland-Preises des betreffenden Jahrgangs eingereicht werden.

Sinupret[®]

schließt eine therapeutische Lücke

bei *Sinusitiden*

BIONORICA KG
NÜRNBERG

Das Kuratorium kann auf Antrag gestatten, daß von diesen Bestimmungen abgewichen wird.

Nach dem 31. Mai 1970 abgesandte Arbeiten können nicht berücksichtigt werden. Es gilt das Datum des Poststempels.

Das Kuratorium kann Personen, die allgemein oder beruflich straffällig geworden sind oder gegen die ein Strafverfahren schwebt, von der Teilnahme ausschließen.

Sofern gegen die Person des Verfassers auf Grund der Gesetze Bedenken nicht zu erheben sind, wird der Preis von DM 10 000.— dem Einsender der besten Arbeit zugesprochen, die die Voraussetzungen unter I bis III erfüllt.

Entspricht keine der eingereichten Arbeiten den genannten Voraussetzungen, so kann von einer Verleihung des Preises abgesehen werden.

Mit der Einreichung der Arbeit unterwirft sich der Teilnehmer den Bedingungen dieses Preisausschreibens und gibt für den Fall, daß seine Arbeit preisgekrönt wird, seine Zustimmung, daß die Festlegung von Form und Ort der Erstveröffentlichung im Einvernehmen mit dem Kuratorium der Stiftung erfolgt. Das Kuratorium behält sich das Recht vor, Form und Ort der Erstveröffentlichung zu bestimmen.

Die Arbeit ist bis zum 31. Mai 1970 an folgende Anschrift zu senden: „Hufeland-Preis“, Notariat, 5000 Köln, Norbertstraße 21.

Die Arbeit selbst ist mit einem vom Verfasser gewählten Kennwort zu versehen und darf den Namen des Verfassers nicht enthalten. Auf einem besonderen Bogen sind anzugeben: Vor- und Zuname, genaue Anschrift, Staatsangehörigkeit, Tag der Approbation, Alter, genaue berufliche Stellung und Tätigkeit des oder der Verfasser sowie das Kennwort der Arbeit.

Die Arbeit ist in doppelter Ausfertigung einzureichen. Der Einsender einer Arbeit verpflichtet sich, für den Fall, daß seine Arbeit mit dem „Hufeland-Preis“ ausgezeichnet wird, ein Exemplar der Stiftung für ihr Archiv zu überlassen, ohne daß seine Urheberrechte dadurch beeinträchtigt werden.

Bayer produziert Pharmazeutika in Indonesien

Die Farbenfabriken Bayer haben in Indonesien die Bayer Pharma Indonesia P. T. gegründet. Von dem genehmigten Kapital des neuen pharmazeutischen Unternehmens in Höhe von US-\$ 1,5 Mio übernimmt Bayer eine Mehrheitsbeteiligung.

In diesen Wochen beginnen in Djakarta die Bauarbeiten für eine Pharma-Fabrikation, die Anfang 1970 in Betrieb gehen soll. Damit wird in Übereinstimmung mit den Bestrebungen des indonesischen Gesundheitsministeriums die Versorgung der Bevölkerung mit im Lande produzierten Medikamenten auf eine breitere Basis gestellt.

Ausbildung von Arzthelferin-Lehrlingen

1. Berufsschulpflicht:

Das Schulpflichtgesetz vom 15. April 1969, das am 1. April 1969 in Kraft getreten ist, bestimmt in § 12 Abs. 1, daß die Berufsschulpflicht nach 3 Schuljahren endet. Bei Berufen, wie dem der Arzthelferin und einer zweijährigen Lehrzeit (bei einem Eintritt in das Lehrverhältnis mit vollendetem 16. Lebensjahr) verkürzt sich die Berufsschulpflicht auf die Dauer der Lehrzeit.

Danach sind Arzthelferin-Lehrlinge mit Mittlerer Schulreife, die bisher auf Grund der abgeschlossenen Lehrverträge zum regelmäßigen Besuch der Berufsschule verpflichtet waren, nunmehr auch nach diesem Gesetz der Berufsschulpflicht in vollem Umfang der Unterrichtsstunden für die gesamte Dauer ihrer Lehrzeit unterworfen. Die Berufsschulpflicht jüngerer Arzthelferin-Lehrlinge mit dreijährigem Lehrvertrag für die Dauer der Lehrzeit ist damit ebenfalls gesetzlich festgelegt.

2. Berufsschulunterricht

Nach der auf Grund des Berufsschulgesetzes vom 16. Juni 1960 in der geänderten Fassung vom 20. Juli 1964 und des Gesetzes vom 15. April 1968 erlassenen Verordnung des Bayer. Staatsministeriums für Unterricht und Kultus über den Berufsschulunterricht für Jugendliche mit zweijährigen Ausbildungszeiten vom 19. August 1969 (GVBl. Nr. 13 vom 29. August 1969) erhalten Jugendliche mit zweijährigen Ausbildungsverträgen, die im Schuljahr 1969/70 in das zweite Ausbildungsjahr eintreten, in diesem Schuljahr zwei Tage Unterricht in der Woche.

Das gleiche gilt für Jugendliche mit zweijährigen Ausbildungsverträgen ab Schuljahr 1969/70, d. h., für das 1. Jahr ihrer zweijährigen Ausbildung. Im darauffolgenden 2. Schuljahr erfolgt der Berufsschulunterricht nur an einem Tag.

Bei einer dreijährigen Lehrzeit erfolgt der Berufsschulunterricht in jedem Lehrjahr nur an einem Tag in der Woche. Alle Kolleginnen und Kollegen, welche Arzthelferin-Lehrlinge beschäftigen, werden gebeten, von diesen Bestimmungen Kenntnis zu nehmen.

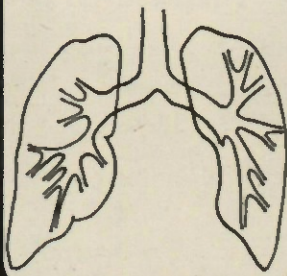
Das Chloramphenicol aus ›Göttingen‹

Gotimycin[®]

zur folgerichtigen Therapie
bei Infektionen
durch Bakterien
und große Viren

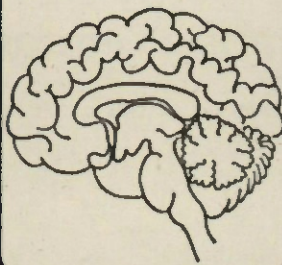
Atemwege:

Bronchitis
Pneumonie
Pleuro-Pneumonie
Bronchiektasie
Lungenabszeß



ZNS:

Meningitis



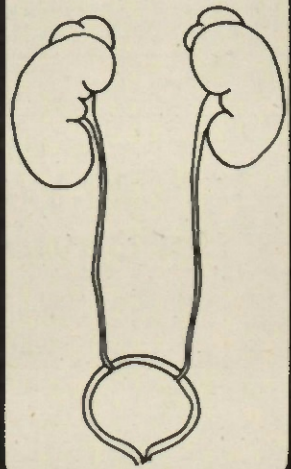
Darmtrakt:

Typhus abdominalis
Salmonelleninfekte
Cholecystitis
Cholangitis



Urogenitalsystem:

Bakteriurie
Pyelonephritis
Pyelitis
Prostatitis



DAUELSBERG + CO
GÖTTINGEN
Penicillin-Gesellschaft

Gotimycin[®] 500
O. P. mit 20 Kapseln
A. P. mit 100 Kapseln

Gotimycin[®]-Biprestule
(Zweimedien-Sofort-Spritze)
O. P. mit 1 Biprestule
A. P. mit 10 Biprestulen

Gotimycin[®] pro Injektione
O. P. mit 1 Inj.-Flasche
und Lösungsmittel-Ampulle
A. P. mit 10 Inj.-Flaschen
und Lösungsmittel-Ampullen

Mitteilung der Sektion Onkologie der Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie über L-Asparaginase

Die Behandlung der bösartigen Geschwülste mit chemischen Wirkstoffen hat durch die Einführung des Enzyms L-Asparaginase neue interessante Anregungen erhalten. Der Wirkungsart der L-Asparaginase kommt insofern eine Sonderstellung zu, als sie einen spezifischen Stoffwechseldefekt gewisser bösartig entarteter Zellen auszunutzen versucht. Diese Zellen vermögen das für ihr Wachstum notwendige Asparagin nicht selbst zu synthetisieren und sind auf die Zufuhr von Asparagin aus dem Interzellularraum angewiesen.

L-Asparaginase mindert die Asparagin-Konzentration in Blut und Gewebe und nimmt damit diesen Tumorzellen die Möglichkeit, ihren hohen Bedarf an Asparagin auszugleichen. Ohne die Zellteilung wesentlich zu stören hemmt L-Asparaginase den Zellstoffwechsel und die Zellvermehrung.

Nur ein Teil der Tumorzellen läßt sich durch L-Asparaginase beeinflussen, vorwiegend sind es Leukämiezellen, Karzinomzellen sprechen nach heutiger Kenntnis nicht an. Die zunächst in den USA entwickelte, sowie experimentell und klinisch erprobte L-Asparaginase wird in Deutschland innerhalb einer im Juni 1968 gegründeten Arbeitsgemeinschaft der Sektion Onkologie der Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie klinisch geprüft. An dieser Prüfung sind über 20 Universitätskliniken beteiligt, die in engem Erfahrungsaustausch mit der amerikanischen Prüfungsgruppe des Sloan-Kettering-Instituts stehen. Über die vorläufigen Ergebnisse dieser Arbeitsgemeinschaft hat Professor Dr. BEGEMANN, München, in einem Referat auf einer internationalen Arbeitstagung in Wien erstmalig am 25. 3. 1969 berichtet. Nach den bisherigen Erfahrungen dieser Arbeitsgemeinschaft bei 115 Patienten mit akuten Leukämien ist L-Asparaginase nur bei den akuten Lymphoblastenleukämien, den akuten Promyelozytenleukämien und bei einzelnen Monozytenleukämien wirksam, nicht aber bei den übrigen akuten Leukämien

und auch nicht wesentlich bei den chronischen Leukämien oder beim Myeloblastenschub chronischer myeloider Leukämien.

Auch scheint durch eine Erhöhung der Einzeldosen über 200 E/kg Körpergewicht hinaus keine Verbesserung der Behandlungsergebnisse zu erzielen zu sein. Bei den akuten Lymphoblastenleukämien konnte durch eine alleinige Asparaginase-Behandlung bei 45% eine Voll- oder Teilremission erzielt werden. Kinder reagierten — wie auch bei anderen Behandlungsformen akuter Leukämien — besser als Erwachsene, so daß bei ihnen eine Remissionsrate von 60% erzielt wird.

Auch die Behandlung mit L-Asparaginase ist mit einer Reihe von unerwünschten Nebenwirkungen belastet, deren Ausmaß nicht nur von der Dosishöhe, sondern auch von der Reinheit des Präparates, insbesondere dem Gehalt an Begleitstoffen, abhängt. L-Asparaginase wird von verschiedenen pharmazeutischen Firmen hergestellt; die deutsche Prüfungsgruppe verwandte ausschließlich L-Asparaginase von Bayer Leverkusen.

Unter der Behandlung von L-Asparaginase kommt es häufig zu Übelkeit, Erbrechen und Gewichtsabnahme sowie zu einer meist noch unter der Behandlung reversiblen Verminderung der Leukozyten, Thrombozyten und Erythrozyten. Bei etwa der Hälfte der Patienten fanden sich vorübergehend Zeichen einer Leberschädigung.

Die bei akuten Leukämien häufig deutlich gesteigerte Blutungsbereitschaft wurde unter der L-Asparaginase-Behandlung gelegentlich verstärkt. Zentralnervöse Störungen sowie Funktionsstörungen der Bauchspeicheldrüse stellen seltene und meist vorübergehende Nebenwirkungen dar.

Die experimentellen und klinischen Forschungen auf diesem neu erschlossenen Gebiet der Enzym Therapie sind noch keineswegs abgeschlossen. Nach den bisherigen Erfahrungen stellt die Anwendung der L-Asparaginase eine wichtige Erweiterung der bisherigen Behandlungsmöglichkeiten einiger akuter Leukämiformen dar.

Die 20. Wissenschaftliche Ärztetagung Nürnberg der Bayerischen Landesärztekammer

findet vom 5. bis 7. Dezember 1969 unter der wissenschaftlichen Leitung von Professor Dr. med. René Schubert statt.

Themen:

„Fehldiagnosen und ihre therapeutischen Konsequenzen“
unter besonderer Berücksichtigung der Gebiete Geriatrie – Gynäkologie
Neurologie – Pädiatrie – Psychiatrie – Urologie

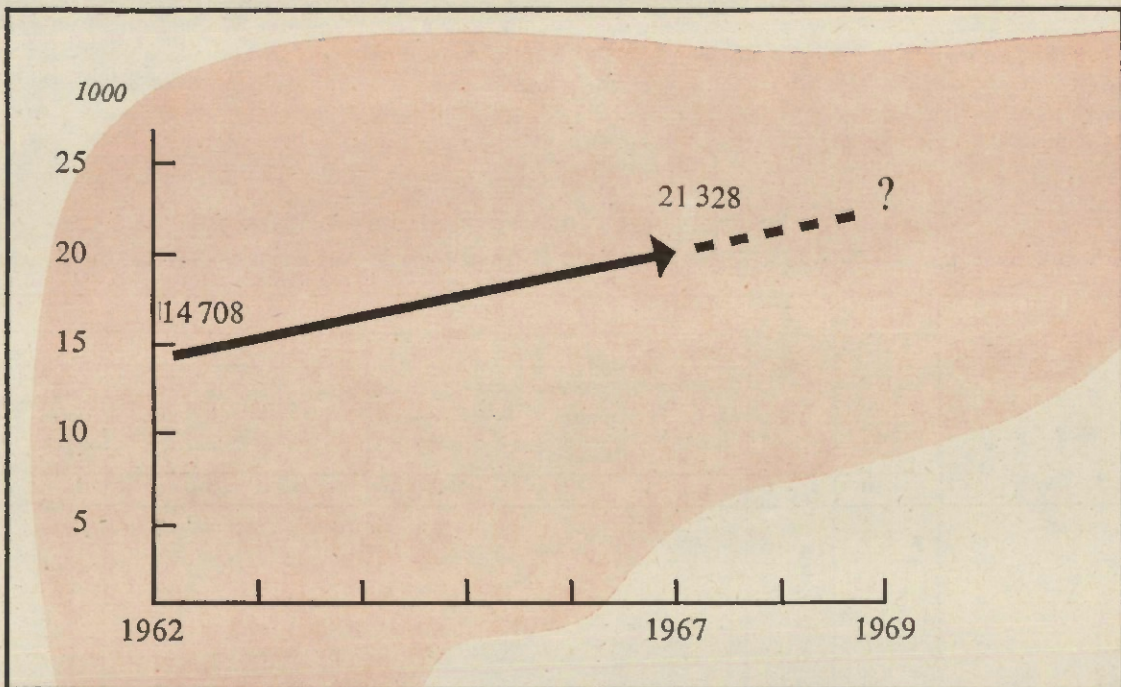
„Heutiger Stand der Therapie der Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“

„Ärztliche Beratung in der modernen Touristik“

Das Programm wird allen Ärzten in der Bundesrepublik übersandt werden

HEPATITIS

Nach dem statistischen Jahrbuch ist die Zahl der Neuerkrankungen an infektiöser Hepatitis von 1962-1967 um fast die Hälfte angestiegen.



HINTERHER

stellen sich drei Aufgaben:

Die endgültige Heilung der Leber und die Besserung des Gesamtzustandes zu beschleunigen,

Die Entstehung des posthepatitischen Syndroms zu verhüten,

Das Risiko des Überganges von der akuten in eine chronische Hepatitis herabzusetzen.

LITRISON®

HILFT HIER

Packungen · Dragées 30 und 150 Stück und Klinikpackungen



HOFFMANN-LA ROCHE AG · 7887 GRENZACH

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat August 1969*)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die genaue Feststellung der Krankheiten und der Todesursachen durch Ärzte und Leichenschauer und die Meldung der Zahlen an die Gesundheitsämter ist in dem kurzen Berichtszeitraum einer Woche durch vielfache Umstände erschwert (bakteriologische Prüfung, fachärztliche Untersuchung, Überlastung der Ärzte durch Krankheitshäufung, Fehlleitung der Leichenschauheime,

Postverzögerungen u. ä.). Die Wochenzahlen geben deshalb kein erschöpfendes Bild. Hierauf ist bei Beurteilung und Verwertung der Wochenzahlen entsprechend Rücksicht zu nehmen. Insbesondere empfiehlt es sich, für Monats- oder Jahresübersichten der Sterbefälle die standesamtlichen Zahlen zu verwenden. Sie sind ebenfalls durch die Gesundheitsämter geprüft.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Woche vom 3. August bis 9. August 1969 (Vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11	
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare						Tuberkulose der						Typhus abdominalis		Paratyphus A und B			
					Kinderlähmung		Hirnhautentzündung		Gehirnentzündung		Atmungsorgane (aktive Form)		Haut		übrigen Organe							
	E ¹⁾	ST ²⁾	E	ST	der. paral. Fälle		Meningokokken-Meningitis				übrige Formen		E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	—	—	8	—	—	—	—	2	—	9	—	—	—	54	6	1	—	7	—	—	—	—
Niederbayern	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	30	2	—	—	4	—	1	—	—
Oberpfalz	—	—	3	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	12	1	—	—	1	—	—	—	1
Oberfranken	—	—	8	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	22	2	—	—	—	—	—	—	—
Mittelfranken	—	—	6	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	13	3	—	—	4	—	—	—	—
Unterfranken	—	—	2	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	28	3	—	—	4	—	—	—	—
Schwaben	—	—	9	—	—	—	—	4	—	28	—	—	—	15	—	—	—	—	—	—	—	—
Bayern	—	—	41	—	—	—	—	7	—	46	—	—	—	174	17	1	—	20	—	1	—	1
Verwoche	—	—	90	—	—	—	—	4	1	47	1	—	—	129	4	—	—	7	—	1	—	1
München	—	—	4	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	41	3	—	—	7	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	3	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	11	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21	
	Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				Botulismus		Hepatitis infectiosa		Ornithose				Bang'sche Krankheit		Toxoplasmose		Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾	
			Salmonellose		übrige Formen						Psittacose		übrige Formen							
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	—	—	7	—	—	—	—	—	12	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Niederbayern	1	—	2	—	3	1	—	—	7	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Oberpfalz	—	—	2	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	3
Oberfranken	—	—	3	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Mittelfranken	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Unterfranken	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Schwaben	—	—	2	1	—	—	—	—	7	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	14
Bayern	1	—	17	1	3	1	—	—	40	—	1	—	2	—	2	—	1	—	—	20
Verwoche	1	—	27	—	3	—	—	—	52	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12
München	—	—	5	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

*) 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.



neu

mit

tonolift-[®] retard

die Hypotonie
fest im Griff:

1. Erhöhung des peripheren Widerstandes
2. Stimulierung des Vasomotoren-Zentrums
3. Steigerung des Herzminutenvolumens

Packungen mit 20 und 50 Dragées



Lesestörungen haben oft tiefer liegende Gründe

Lesestörungen, auch Dyslexien genannt, haben, wie amerikanische Wissenschaftler festgestellt haben, oft andere Gründe, als man bisher anzunehmen pflegte. Man sah sie weitgehend als entwicklungsbedingt an oder führte sie auf emotionale Probleme zurück. Jedoch wurde bei der Untersuchung einer Gruppe von 50 Kindern gefunden, daß nur etwa ein Drittel von ihnen tatsächlich an einer Dyslexie litt, während bei einem zweiten Drittel der Verdacht auf einen Defekt im Zentralnervensystem nahegelegen hat. Beim letzten Drittel der untersuchten Kinder habe es sich meistens um eine Entwicklungshemmung oder auch in verschiedenen Fällen um psychiatrische Erkrankungen gehandelt. Der Intelligenzquotient bel ungefähr einem Viertel der Kinder hat mit weniger als 75% unter der Norm gelegen, während in mehr als 40% der Fälle der Wortschatz und die sprachliche Ausdrucksfähigkeit deutlich unterentwickelt waren.

Insgesamt machten alle Kinder den Eindruck, daß sie in bezug auf Körpergröße, Gewicht, motorische Entwicklung, sprachliche Ausdrucksfähigkeit, Wahrnehmungsvermögen und im Verhalten ihrer Umwelt gegenüber, gemessen an anderen Kindern, mindestens zwei Jahre zurück waren. Bei acht von den 12 Kindern mit einem Intelligenzquotienten unter 75% ergab eine klinische Untersuchung deutliche Hinweise für einen Defekt des Zentralnervensystems. Drei Kinder dieser Gruppe haben eine allgemeine Entwicklungsstörung mit deutlicher Retardation gezeigt. Das gleiche konnte von insgesamt 18 Kindern der 50 untersuchten festgestellt werden.

Die amerikanischen Untersucher betonen, daß ein erstaunlich hoher Prozentsatz mit offensichtlich schwerwiegenderen Geisteskrankheiten ermittelt wurde, zumal in fünf von den 50 Fällen die Diagnose einer Schizophrenie gesichert werden konnte. -pbk-

Neurosen aus frühkindlichen Hirnschäden

Frühkindliche Hirnschäden, die auf Grund pathologischer Schwangerschaftsverläufe, vorausgegangener Fehlgeburten, Geburtsasphyxien, einer pathologischen Entwicklung im Säuglingsalter oder Ernährungsstörungen während der Säuglingszeit auftreten können, rufen, wie Professor Dr. LEMPP, Tübingen, kürzlich anlässlich der Lindauer Psychotherapie-Woche ausführte, eine spezifische psychische Leistungsschwäche hervor mit einer zwar veränderten aber keineswegs unbedingt verminderten Intelligenzstruktur. Zwar führe eine solche Wesensänderung allein noch nicht zur Neurose, sondern erst durch die Reaktion der Umwelt auf diese Wesensveränderung. Die Umwelt kenne eben nicht den organischen Anlaß dieser Anpassungs- und Verhaltensstörung und reagiere auf das Verhalten des Kindes

in Vorwurfshaltung und Abwertung. Die gefühlsmäßige Antwort des Kindes darauf wäre ein Sichmißverstehen-, Fehlbeurteilt-, Abgelehnt- und Überfordertfühlen. Dadurch entstehe dann gewissermaßen sekundär die kindliche Neurose. Nach Professor Dr. Lempp ist es wichtig, daß diese Schäden frühzeitig erkannt und Eltern und Erzieher über die Natur dieser im allgemeinen günstig verlaufenden Störung und der Verhaltensauffälligkeiten unterrichtet würden, weil dann eine sekundäre Neurotisierung vermieden werden kann. Allein schon ein Hinweis auf die verminderte Belastbarkeit des Kindes wirke sich als eine Prophylaxe gegen das Entstehen von Neurosen aus. -pbk-

Vereinigte Kranken: 400-Millionen-Grenze fast erreicht

Die Bayerische Landesärztekammer steht bekanntlich seit Jahren mit der Vereinigten Krankenversicherung A.G. durch einen Gruppenversicherungsvertrag in enger Verbindung. Zur Information unserer Leser bringen wir nachfolgend einen Auszug über die wichtigsten Daten des Geschäftsberichts 1968.

Die Vereinigte Krankenversicherung A.G., München/Berlin, meldet auch für das Jahr 1968 einen zufriedenstellenden Geschäftsverlauf. Obwohl die gesetzliche Neuregelung in der Rentner-Krankenversicherung die Beitrags- und Bestandsentwicklung nicht unwesentlich beeinflusste, hat sich das Geschäftsvolumen weiter beachtlich ausgedehnt. So stiegen die Beitragseinnahmen um 12,4% (1967: 11,1%) auf 377,3 Millionen DM. Einschließlich der eingegliederten Tochtergesellschaft Salus Krankenhauskosten-Versicherungs-A.G. erhöhten sie sich um 12,7% (11,8%) auf 394,5 Millionen DM und erreichten somit fast die 400-Millionen-DM-Grenze. Das Unternehmen verfügt derzeit über einen Marktanteil von rund 12%.

Der Versichertenbestand betrug Ende 1968 1 536 597 bzw. 1 690 436 Personen einschließlich Salus. Maßgeblichen Anteil an dem Gesamtzuwachs von 72 011 Versicherten hatte wie in den Vorjahren die selbständige Teilversicherung.

Dem Wachstum der Beitragseinnahmen stand erneut eine überproportionale Steigerung der Versicherungsleistungen gegenüber: Die um 14,7% (1967: 14,3%) auf 277,0 (241,6) Millionen DM gestiegenen Schadenausgaben bedingten eine Erhöhung der Schadenquote von 72,0% auf 73,4%. Die nach den Richtlinien des Verbandes der privaten Krankenversicherung ermittelte Leistungsquote (Versicherungsleistungen + Beitragsrückerstattungen + Zuführung zu den technischen Rückstellungen im Verhältnis zu den Beitragseinnahmen) betrug 84,3% und blieb damit weiterhin deutlich über dem Branchendurchschnitt.

SEIT 40 JAHREN IN DER PRAXIS ERPROBT UND BEWÄHRT

OXYMORS

KEINE SCHÄDIGUNG DER DARMFLORE UND DER NIEREN

bei Oxyuriasis

KEIN FALL SCHÄDLICHER NACHWIRKUNG I

Vermifuge Wirkung!

4-Tagesp. Nr. 201, Kinderp. Nr. 202, 3-Tagesp. Nr. 203, Tabl. m. Zäpf. Nr. 204, Tabl. P. Nr. 206, Analsalbe Nr. 207, Analsalbe »forte«

An Beitragsrückerstattungen wurden rund 20 Millionen DM ausgeschüttet — seit der Währungsreform sind damit auf diese Weise ca. 200 Millionen DM an die Versicherten zurückgeflossen. Die Kapitalanlagen wurden um 36,5 Millionen DM aufgestockt; die Vermögenserträge stiegen auf 18,9 Millionen DM (Durchschnittsverzinsung der Kapitalanlagen: 6,72%). Rationalisierungsmaßnahmen ermöglichten eine weitere Senkung des Verwaltungskostensatzes auf 5,78% der Beitragseinnahmen. Ende 1968 wies die Deckungsrückstellung 145,4 Millionen DM aus.

Nähmaschine für Körperbehinderte

Aus Schweden kommt eine ganz neuartige elektrische Nähmaschine für Körperbehinderte zu uns, mit der diese für sich selbst oder ihre Familie Stoffe verarbeiten oder eine Tätigkeit als Näherin und Heimarbeiterin ausüben können. Für viele Körperbehinderte wird dadurch eine oft willkommene Verdienstmöglichkeit erschlossen.

Für die verschiedenen Vorgänge beim Nähen mußten völlig neue Bedienungselemente konstruiert werden. Beispielsweise ein kombinierter Fuß- und Armanlasser, der notfalls von versehrten Personen auch mit dem Knie bedient werden kann. Das Einfädeln wird durch eine besondere Vorrichtung erleichtert und für das Einsetzen oder Herausnehmen der Spulen gibt es eine Spezialzange, mit der auch versehrte Hände hantieren können. Das gilt auch für die Fadenspannung, die Einstellung der Nähte, die Wahl der Stichbreite und viele andere Nähvorgänge. Ein sogenanntes „Steuerrad-Prinzip“ ist dabei ein nützlicher Helfer.

Stoffverarbeitenden Unternehmen bietet diese neuartige Nähmaschine mit ihren bis ins kleinste durchdachten Spezialkonstruktionen die Möglichkeit zur Beschäftigung von Körperbehinderten für Näharbeiten der verschiedensten Art, oder für die Vergabe von solchen Arbeiten an Heime für Körperbehinderte — Hersteller: Deutsche Husqvarna GmbH, 6071 Götzenhain, Postfach 30.

Fehlsichtigkeit gefährdet Straßenverkehr

Es läßt aufhorchen, wenn man erfährt, daß in der Bundesrepublik Deutschland schätzungsweise 2,5 Millionen Kraftfahrer keine volle Sehleistung besitzen. Diese Verkehrsteilnehmer bilden vielfach unbewußt eine ständige Unfallgefahr für sich und andere. Diese Vermutung wird durch die Ergebnisse von Augenuntersuchungen an Verkehrsteilnehmern eindrucksvoll bestätigt. Von 670 durch die Verkehrswacht getesteten Personen konnten 21,4% nicht richtig räumlich sehen, bei 11% lagen die für die Sehschärfe ermittelten Werte unter

der Norm, mit dem Seitenblickwinkel hatten 2,5% der Testteilnehmer Schwierigkeiten und in der Farberkennung versagten 2,2%. Was verbirgt sich nun im einzelnen hinter diesen verschiedenen Arten der Fehlsichtigkeit? Sagen wir es in aller Deutlichkeit: Jeder dieser Mängel kann schwerwiegende Folgen haben, und zwar sowohl für Beteiligte wie für Unbeteiligte. Wer nicht richtig räumlich sieht, kann Entfernungen — und damit vor allem den Abstand zum Vordermann — nicht richtig abschätzen und ist damit Anwärter auf eine der häufigsten Unfallarten: Den Auffahrunfall. Volle Sehschärfe ist andererseits wichtig, um den Inhalt von Verkehrsschildern auf eine möglichst große Entfernung sicher zu erkennen und damit bei den heute üblichen hohen Geschwindigkeiten rechtzeitig reagieren zu können. Von besonderer Bedeutung ist ein gutes seitliches Blickfeld. Ist der Seitenblickwinkel eingeschränkt, so wird der Fahrer ein seitlich ankommendes Fahrzeug nicht rechtzeitig erkennen können. Manche Verletzung der Vorfahrt läßt sich auf diesen Sehfehler zurückführen. Man sollte also im eigenen Interesse froh sein, daß der Sehtest beim Erwerb einer Fahrerlaubnis inzwischen Vorschrift geworden ist. Unsere Nachbarländer haben dieses Gesetz schon seit Jahren. Voraussetzung für die Verträglichkeit ist allerdings, daß die Brillenfassung an den Kopf ihres Trägers sorgfältig angepaßt und die Gläser zu den Augen richtig zentriert sind. Mit dem ZEISS Brillenanpaßgerät besitzt der Augenoptiker ein wertvolles Hilfsmittel, um schnell und ohne jede Belästigung des Kunden eine „Sicht nach Maß“ zu erhalten. Damit wird zugleich die eigene Sicherheit im Straßenverkehr wesentlich erhöht. Für den Kraftfahrer darf es nicht erst „klingeln“, wenn der Arm beim Zeitungslesen zu kurz wird. Eine gute Brille ist ebenso wichtig wie einwandfreie Bremsen. PI/Mon/Snp

Hospitalschiff „Helgoland“

Ärzteablösungen am 1. 11. 1969 und 1. 12. 1969

Zur Teilnahme am Vietnam-Einsatz des Hospitalschiffes „Helgoland“ sucht das DRK

zum 1. 11. 1969: 1 Assistenzarzt mit mehrjähriger chirurgischer Weiterbildung

zum 1. 12. 1969: 1 Facharzt für Innere Medizin

Bedingungen sind: Tropentauglichkeit und Verpflichtung für 6 Monate. Gegebenenfalls Vertragsverlängerung bis zu einem Jahr.

Vergütung nach II a bzw. I b der DRK-Arbeitsbedingungen (entsprechend BAT). Die Bezüge erhöhen sich sehr wesentlich durch Auslandszulagen, einen Kaufkraftausgleich und bei Verheirateten auch durch eine Trennungszulage. Freie Unterkunft und Verpflegung an Bord. Erweiterte gesetzliche Unfallversicherung.

Bewerbungen beim Deutschen Roten Kreuz, Generalsekretariat, 53 Bonn, Friedrich-Ebert-Allee 71

Bei
Hämorrhoiden

ALFERM®

PREDNISOLON-AZULEN-KOMBINATION
Salbe 15 g = DM 3,10 Supp. 10 St. = DM 2,75

Richard Schöning · Berlin



Bundesverband Deutscher Schriftsteller-Ärzte

in der UMEM (Union Mondiale des Ecrivains Medecins)

Gründungsvorstand: Präsident: Dr. med. Heinz Schauwecker, Berching/Opf., Egerlandstraße 4.

Vizepräsidenten: Dr. med. Otto Bolte, Hamburg 36, Jungfernstieg 43.

Dr. med. Edith Engelke, Kiel, Reventloulallee 25 b.

Schatzmeister: Dr. med. Elisabeth Lichdi, Heilbronn, Im Stahibühl 18.

Verbandssekretär: Dr. med. Alfred Rottler, Nürnberg, Karl-von-Lind-Straße 23.

Nachdem durch den Zusammenschluß der Landesgruppen Bayern, Hamburg, Schleswig-Holstein gerade noch rechtzeitig vor dem Internationalen Kongreß der Schriftsteller-Ärzte — Weltorganisation UMEM (union mondiale des ecrivains medecins) in Nizza (5.—9. 6. 69) ein offizielles Auftreten als Bundesverband Deutscher Schriftsteller-Ärzte möglich war, konnte die Aufnahme dieser deutschen Gruppe in die UMEM erreicht werden. Der vereinbarte — analog den übrigen nationalen Gruppen besetzte — Gründungsvorstand: Präsident Dr. med. Heinz Schauwecker, 8434 Berching/Opf., Vizepräsident: Dr. med. Otto Bolte, Hamburg, Jungfernstieg 43, und Dr. med. Edith Engelke, 23 Kiel, Reventloulallee 25 b, Verbandssekretär: Dr. med. Alfred Rottler, 85 Nürnberg, Karl-von-Linde-Straße 23, Kassenwart: Dr. med. Elisabeth Lichdi, 71 Heilbronn (Neckar), Im Stahibühl 18, war in Nizza vertreten durch Engelke, Schauwecker und Rottler. Unser Präsident wurde von der UMEM ins Ehrenkomitee berufen und an den Vorstandstisch gebeten. Außerdem waren anwesend die Kollegen Dohmann, Wally Friedenberg, Berlin, Jebens, Schwietert, Hamburg, und Herr Arthur Boskamp, der sich um Herausgabe einer Zeitschrift „Äsculap dichtet und malt“ bemüht und sich durch seine bereits erschienene Anthologie verdient gemacht hat. Die Kollegen waren mit Vorträgen und Gedichtlesungen beteiligt, die von Kollegen Dr. Bernard Schmitt, Metz, vorzüglich ins Französische übertragen wurden. Als besonderer Erfolg kann verzeichnet werden, daß der Internationale Kongreß der UMEM im Olympiade-Jahr 1972 nach Regensburg einberufen wird. 1970 findet er im italienischen Thermalbad Abano statt. Wir hoffen, daß bis dahin unser Bundesverband völlig organisiert und mit Satzung im Vereinsregister eingetragen ist und wir durch eine größere Anzahl von Mitgliedern vertreten sein werden.

Da nach Satzung des UMEM in Ländern, wo ein Verband von Schriftsteller-Ärzten besteht, Einzelmitglieder nicht mehr möglich sind, bitten wir die im Repertoire International 1968 verzeichneten bundesdeutschen Mitglieder, den UMEM-Beitrag von SF 5,— nicht mehr direkt, sondern über unser von Frau Dr. Lichdi ge-

führtes Konto Bundesverband deutscher Schriftsteller-Ärzte, Nr. 00/04082, bei der Handels- und Gewerbebank Heilbronn AG abzuführen. Wir bitten zugleich die Mitglieder, so weit möglich, für 1969 den vorgesehenen Jahresbeitrag von DM 20,—, in dem UMEM- und Landesgruppenbeiträge enthalten sind, an dieses Konto einzuweisen. Die sämtlichen bisher entstandenen Vertretungs- und Gründungskosten wurden von den Beteiligten persönlich getragen, wofür ein besonderer Dank ausgesprochen wird. Die Kosten für das herausgegebene Mitteilungsblatt hat Frau Dr. Lichdi übernommen, wofür wir gleichfalls herzlich danken.

In Berlin wie in Baden-Württemberg besteht Aussicht auf Zusammenkommen von Landesgruppen. Wir bitten alle Mitglieder, in Frage kommende Kolleginnen und Kollegen für unseren Verband zu gewinnen. Im Deutschen wie in einzelnen Landes-Ärzteblättern werden weitere Berichte erscheinen, auf die wir unsere Mitglieder hinweisen, wie auf die von Frau Dr. Engelke betreute Lyrik — Kolumne des Deutschen Ärzteblattes.

Wir sind bemüht, baldmöglichst eine im Gleichklang zur UMEM stehende Satzung zu erstellen, die den einzelnen Landesgruppen zur Genehmigung vorgelegt wird und nach Erteilung auch zum nötigen Eintrag ins Vereinsregister dienen soll. Wir bitten, unser Bestreben, dem Zusammenschluß zu dienen, gegenseitiges Kennenlernen und Fördern zu betreiben sowie zur Verständigung unter den Nationen beizutragen, durch Vertrauen und Mitarbeit zu unterstützen. Wir wollen ohne irgendwelche parteipolitische oder sonstige einseitige Absicht unseren Anteil zum Wirken der Schriftsteller-Ärzte auf der Welt leisten.

Mit kollegialer Verbundenheit für das Präsidium
Dr. Heinz Schauwecker Dr. Alfred Rottler

BUCHBESPRECHUNG

„Bayerische Chirurgen-Vereinigung 1911—1969 Geschichte — Satzungen — Mitglieder“

Zur 46. Tagung der Vereinigung am 18./19. Juli 1969 in München von G. MAURER, H. SCHMID und K.-E. und W. WIESNER.

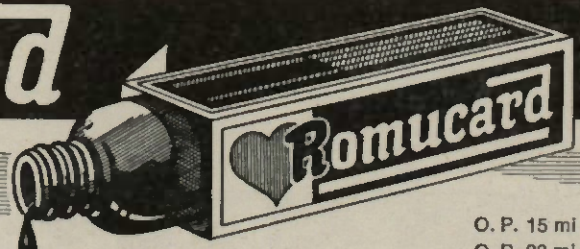
In der Medizinhistorischen Schriftenreihe Boehringer Mannheim erschien eine Darstellung der geschichtlichen Entwicklung der Bayerischen Chirurgenvereinigung, deren Zusammenfassung mangels fast sämtlicher Unterlagen erhebliche Schwierigkeiten bereitete. Um so höher ist die Herausgabe dieses Buches zu werten, da es nach mühevoller Arbeit doch gelang, ein für die Geschichte der Medizin in Bayern und darüber hinaus wertvolles Werk zu schaffen. Der Initiator ist Professor Dr. Georg Maurer, dem schon 1960 (in Zusammenarbeit mit Dr. Hannelore Hartl) „Die Geschichte der Chirurgie in Bayern“ zu danken war. Mit den Bildern der Vorsitzenden der Gesellschaft und kurzen Lebensläufen wird ein anschauliches Bild von den Persönlichkeiten

Romucard

Das bewährte Herztonicum mit spasmolytischer Wirkung



Indikationen:
Altersherz
Zirkulationsstörungen
Hypertonie
nervöse und
krampfartige
Herzbeschwerden



O. P. 15 ml DM 2.40
O. P. 30 ml DM 3.95

Zusammensetzung: Papaver 0,3%, Nitroglyc. 2,5 mg%, Tinct. Adonid. 7%, Tinct. Bellad. 4%, Tinct. Valerian. 3%, Tinct. Castan. 6%, Aneurin hydr. 50 mg%, Acid. ascorb. 500 mg%.

ROMU · ROMAN UNGLERT · PHARMAZEUT. FABRIK · 8031 ESTING b./MONCHEN

gegeben, die so maßgebend die Chirurgie in Deutschland befruchteten. Nicht nur über Bayern und den deutschen Raum hinaus wirkten sie, hochangesehen in der Internationalen Chirurgie. Dreizehn Vorsitzende der Bayerischen Chirurgenvereinigung waren Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie gewesen. Beigegeben ist das Faksimile der „Praesenzliste vom 28. Juni 1920“, die im Original erhalten geblieben ist. Welche Fülle bedeutender Gelehrter! Die Satzung der Vereinigung, die Bestimmungen über die Verleihung des Johann-Nepomuk-Nußbaum-Preises und ein alphabetisch geordnetes Verzeichnis der Mitglieder ergänzen ebenso wie die Namen der Ehrenmitglieder den weiteren Teil des Buches, dem eine kurze Übersicht über die Geschichte der Chirurgie in Bayern vorangestellt wird. Der Titel der bei den Tagungen gehaltenen Vorträge und der Demonstrationen gibt einen Überblick nicht nur über die weitgreifende wissenschaftliche Tätigkeit der Gesellschaft, sondern auch über die gerade in diesem Zeitabschnitt so bedeutsame Entwicklung der Chirurgie. — Die Drucklegung und hervorragende Ausstattung des Werkes wurde durch die Firma Boehringer Mannheim ermöglicht.

W. Koerting, München

LGR Dr. BECKER: „Helfer für den Kraftfahrer in Rechts- und Steuersachen“. 12. Auflage, 64 Seiten DIN A 4, DM 7.80. Fauser Verlag, 7410 Reutlingen.

Niemand wird so oft und unerwartet vor Rechts- und Steuerfragen gestellt, wie der Kraftfahrer. Nicht selten muß er Entscheidungen treffen, ohne länger überlegen zu können. Soll nach einem geringfügigen Unfall dem Geschädigten gegenüber die Schuld und damit die Schadensersatzpflicht anerkannt werden? Was muß der Versicherung gemeldet werden? Welche Ansprüche bestehen gegenüber der Versicherung? Viele solche und ähnliche Fragen sollte jeder Kraftfahrer sicher und zuverlässig beantworten können. Auf seiner „Sparte“ muß er Jurist sein. Dazu braucht er aber Hilfsmittel. Wirklich gute Hilfsmittel dieser Art sind aber selten. Hier haben wir eines.

Vom Kauf oder Verkauf eines Kraftfahrzeugs angefangen über die Finanzierung des Kaufpreises durch ein Finanzierungsinstitut oder mit Wechseln werden in einer anschaulich leicht verständlichen Sprache zuverlässig wichtige und interessante Hinweise und Erklärungen gegeben. In den weiteren Abschnitten erfährt der Leser Dinge, die für den Kraftfahrer fast lebensnotwendig sind: Wie kommt es, daß jeder Kraftfahrzeughalter in der Regel einen Teil seines eigenen Schadens selbst tragen muß, auch wenn der Fahrer des anderen unfallobeteiligten Fahrzeugs „alleinschuldig“ ist? Wann und in welcher Höhe haftet die eigene Haftpflichtversicherung, wenn mitfahrende Personen geschädigt werden? Was muß beachtet werden, damit die Haftpflichtversicherung überhaupt für einen Schaden aufkommt? Viele aufschlußreiche und anschauliche Beispiele aus dem Alltag sind angeführt für die Fälle, in denen die eigene Haftpflichtversicherung beim Fahrer oder Halter Rückgriff nehmen kann, wenn „Drittschäden“ abgedeckt werden müssen.

Besonders wertvoll sind die Ausführungen über die Schadensberechnung: Ersatz von Reparaturkosten und Totalschaden, Ersatz von Lackschäden, verbleibende Unfallspuren und Bedeutung des hierdurch entstehenden Minderwerts am Fahrzeug, Mietwagenkosten und Entschädigung für den entgangenen Gebrauch des Fahrzeugs während der Reparaturzeit. Anhand von einfachen Beispielen kann jeder geschädigte Autofahrer alle diese Schadensposten selbst errechnen und der „gegnerischen“ Haftpflichtversicherung zur Zahlung aufgeben. Aber auch für die Berechnung des Lohnausfalles bei Zahlungen der Sozialversicherung und bei Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber werden interessante Hinweise gegeben und nicht zuletzt auch zur Bemessung des Schmerzensgeldes.

Der Verwarnungsgeld- und Bußgeldkatalog, Abschnitte über Verkehrsstrafen, Fahrverbot und Entziehung der Fahrerlaubnis, über Eintragungen und Löschungen in

Temperatur elektronisch messen

mit Thermophil M 101:

1. Die elektronische Messung erfolgt in Sekunden, oral oder rektal (wahlweise mit Hygieneschutz).
2. Zeitsparende und einfache Handhabung für den Arzt und seine Helfer.
3. Besonders für große, fortschrittliche Praxen sowie Kinderärzte und -kliniken, Betriebs- sowie Vertrauensärzte geeignet.
4. Thermophil M 101 ist das erste amtlich geeichte Fieberthermometer.
5. Die Verwendung, ja die Bereithaltung ungeeichter Meßgeräte bei der Heilkunde wird durch das neue Eichgesetz (Bundesstag 9. 5. 1969) unterbunden.



Thermophil M 101

Anrechtschein

Wir legen Wert darauf, daß Sie das Thermophil M 101 in Ihrer Praxis in aller Ruhe erproben können.

Gegen Einsendung dieses Abschnittes senden wir Ihnen ein fabrikneues Gerät für 14 Tage kostenlos und unverbindlich – oder eine ausführliche Information mit Preisangebot.

Bitte senden an:

Ultrakust Gerätebau 8375 Ruhmannsfelden

Stempel erbeten

POLYSPECTRAN

Antibiotische Spezial-Augensalbe mit breitem Wirkungsspektrum, enthaltend pro Gramm:

Polymyxin-B-Sulfat	7 500 i. E.
Bacitracin	300 i. E.
Neomycinsulfat	5 mg

PREDNISULMID

Prednisolon 2,5 %
Sulfacetamid-Na 5 %,
Glucose 15 % in gewebsfreundlicher Salbengrundlage

Antibakterielle und entzündungshemmende Spezial-Augensalbe

GLUCOSULMID

Glucose 50 %, Sulfacetamid-Na 5 %
in gewebsfreundl. Salbengrundlage

Osmotherapie am Auge, speziell zur Aufhellung von Hornhauttrübungen

DR. THILO & CO. KG. DORTMUND

der Verkehrssünderkartei und im Strafregister runden zusammen mit einem besonderen Abschnitt über die Fahruntüchtigkeit und die Promillesätze nach der neuesten Rechtsprechung den Gesamtstoff ab.

„Urlaub auf dem Bauernhof“ — Sparkassen schlagen Brücke zwischen Stadt und Land.

Die bayerischen Sparkassen legen 1969 erstmals ein Adressenverzeichnis vor, das 800 bayerische Bauernhöfe enthält, die bereit und in der Lage sind, Urlauber aufzunehmen.

Damit wollen die bayerischen Sparkassen zwischen Stadt und Land eine Brücke schlagen. Ein Urlauber auf dem Lande nützt in gleichem Maße der bayerischen Landwirtschaft wie dem Städter, der mit seiner Familie einen erholenden und wirtschaftlich tragbaren Urlaub verbringen will. Die Landwirtschaft ist in zunehmendem Maße auf den Nebenerwerb angewiesen. Der Städter findet ein vielseitiges Angebot, so z. B. Höfe mit eigenem Schwimmbaden, Ponyzucht, Rehgehege, Gelegenheit zum Reiten, zum Jagen und zur Fischerei. Ein derart zusammengefaßtes Angebot ländlicher Urlaubsfreuden aus allen bayerischen Gegenden für den Städter gab es bisher noch nicht.

Das Adressenverzeichnis der bayerischen Sparkassen liegt ab sofort an den Schaltern der städtischen Sparkassen auf. Plakate im Schalterraum weisen darauf hin. Adressenverzeichnisse werden auch an Behörden, Ämter, Betriebe und — gegen eine Schutzgebühr von 1 DM — an Private abgegeben.

Aufgrund der großen Zahl der Sparkassen und ihrer Kunden wird man mit einer großen Breitenwirkung der Aktion „Urlaub auf dem Bauernhof“ rechnen dürfen.

Toleranzwerte für berufliche Kontakte mit durch giftige Substanzen angereicherte Luft

Die Gefahren, die in dem beruflichen Kontakt mit giftigen Substanzen liegen, sind durch die Fortschritte und die Modernisierung der Industrie und der Landwirtschaft beträchtlich gewachsen. In diesem Zusammenhang hat der gemeinsame Ausschuß für Arbeitsmedizin der Weltgesundheitsorganisation und der Internationalen Arbeitsorganisation seinen 8. Bericht vorgelegt, der in Nr. 415 der Série de Rapports techniques der WHO nunmehr veröffentlicht worden ist*). Der Bericht hat die Schwierigkeiten untersucht, denen man bei den Bemühungen begegnet, die beruflichen Kontakte mit Giftstoffen zu verringern, um damit die Gesundheit der Arbeitenden zu schützen.

Die Annahme zulässiger Schwellenwerte spielt eine wichtige Rolle bei der Verringerung der Gefahren beruflicher Kontakte mit toxischen Substanzen. Jedoch wirft die Aufstellung derartiger Schwellenwerte zahlreiche Probleme auf, die in dem Bericht zum Gegenstand eingehender Betrachtung gemacht worden sind. Dabei sind die Probleme, die die Bewertung des Grades der Einwirkung giftiger Substanzen aufwirft, betrachtet worden. Besondere Aufmerksamkeit ist den Methoden gewidmet worden, die der Bestimmung dieser Substanzen im Blut, im Urin und in der ausgeatmeten Atemluft dienen. Im Hinblick auf die Schwierigkeiten, die sich der Aufstellung einer zuverlässigen Beziehung zwischen den gefundenen Werten und dem Grad der Aussetzung entgegenstellen, dringt der Bericht auf weitere Nachforschungen, die noch unternommen werden müssen. Eine Zusammenstellung im Anhang zeigt für 24 Giftstoffe die international empfohlenen Schwellenwerte.

v. L.-n.

*) Niveaux admissibles d'exposition professionnelle aux substances toxiques véhiculées par l'air — Sixième Rapport du Comité mixte OIT/OMS de la Médecine du Travail — No. 415 — Série de Rapports techniques OMS. —

Die Schrift ist in Englisch und Französisch erschienen und kann in der Bundesrepublik Deutschland bezogen werden, bei: GOVI-Verlag GmbH, 6000 Frankfurt a. M., Beethovenplatz 1-3; W. E. SAARBACH, 5000 Köln, Postfach 1510, Follerstraße 2; Alex. HORN, 6200 Wiesbaden, Spiegelgasse 9.

44. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

vom 26. September bis 28. September 1969
Thema: „Intensivtherapie in der Praxis“

Kongreßleiter: Prof. Dr. A. Schretzenmayer

Freitag, 26. September 1969

20.00 Uhr:

Filmprogramm

Samstag, 27. September 1969

9.00—9.40 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. D. Haan, Hamburg
„Erfahrungen einer Intensivstation“

9.40—10.30 Uhr:

Primarius Dr. H. Bergmann, Linz
„Wiederbelebung und Schockbekämpfung in der
ärztlichen Praxis“

10.30—11.00 Uhr: Pause

11.00—11.30 Uhr:

Chefarzt Dr. J. Schmidt-Voigt, Eppstein
„Bedrohliche Rhythmusstörungen des Herzens und ihre
Beseitigung“

11.30—12.00 Uhr:

Prof. Dr. G. Riecker, Göttingen
„Rekompensierung des insuffizierten Herzens durch
ambulante Sofort- und Dauertherapie“

12.00—12.30 Uhr:

Prof. Dr. H. Losse, Münster
„Intensivtherapie bei ambulanten Nierenerkrankungen“

14.00—15.10 Uhr:

Podiumsgespräch
„Organisatorische, instrumentelle und apparative
Umstellung der Praxis auf Intensivtherapie“

Sonntag, 28. September 1969

9.00—9.30 Uhr:

Dozent Dr. K. H. Spitzky, Wien
„Intensivtherapie septischer Prozesse“
(Antibiotika, Kortikoide, Gerinnungshemmung, Fi-
brinolyse, Kreislauftherapie)

9.30—10.00 Uhr:

Prof. Dr. A. Sattler, Wien
„Bronchitis- und Asthmabehandlung in der Praxis“

10.00—10.30 Uhr:

Prof. Dr. F. Wuhrmann, Winterthur
„Lebertherapie: Innocens — inoffensiv — intensiv“

10.30—11.00 Uhr: Pause

11.00—11.30 Uhr:

Prof. Dr. W. Birkmayer, Wien
Intensivtherapie bei neurologischen Erkrankungen“

11.30—12.00 Uhr:

Wirkl. Hofrat Prof. Dr. G. Harrer, Salzburg
„Über die Dosierung psychotroper Pharmaka in der
Praxis“

12.00—12.30 Uhr:

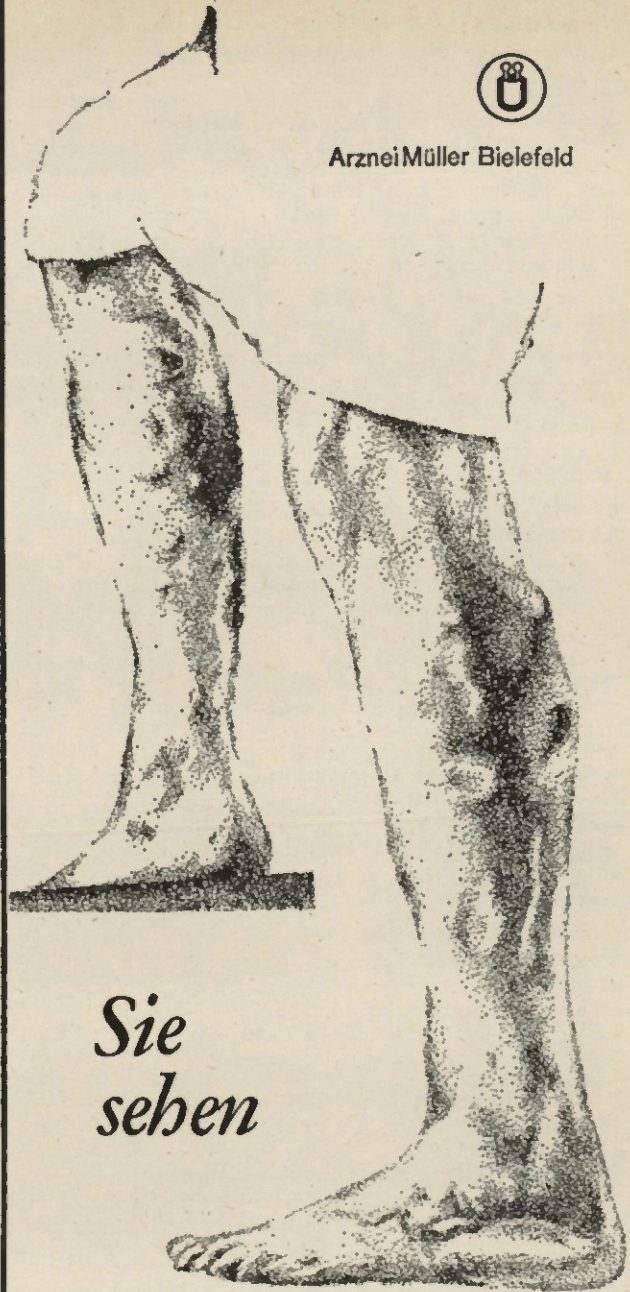
Prof. Dr. R. Kaiser, München
„Intensivbetreuung bei der bormonalen Behandlung
der weiblichen Sterilität“

14.00—15.30 Uhr:

Podiumsgespräch
„Intensivtherapie in der Kinderbeilkunde“
Einleitende Kurzreferate
Priv.-Doz. Dr. J. G. Moormann, Homburg/Saar
„Kinderurologie“
Priv.-Doz. Dr. U. Stephan, Erlangen
„Zerebrale Erkrankungen“
Priv.-Doz. Dr. Schuster, Erlangen
„Das dyspnoische Kind“



Arznei Müller Bielefeld



*Sie
sehen*

und verschreiben

Aescosulf[®]

Verschreibungsformen:

Tropfen 50 u. 100 ml, Dragees 100 Stück
Salbe 20 u. 50 g

Seminere:

Laborseminar mit Praktikum für Ärzte und laborerfahrene Arzthelferinnen und Fortbildung in Kassenärztlichem Abrechnungswesen für Ärzte, Arztfrauen und Arzthelferinnen.
Gebühr für Arztfrauen und Arzthelferinnen DM 20.—
Priv.-Doz. Dr. M. Kienholz, Frl. Dr. H. Schretzenmayr und Laborteam der Fa. Boehringer, Mannheim.

Dipl.-Kfm. H. Stark, Geschäftsführer der KVB Bezirksstelle Schwaben.

Freitag, 26. September 1969

16.00—20.00 Uhr:

Praktikum für laborerfahrene Arztfrauen und Arzthelferinnen (Leiter: Dipl.-Chem. E. Dietz, Dipl.-Chem. Dr. F. Kanter).

Thema:

- a) Laborgerätekunde
- b) Grundlagen der Photometrie.

Samstag, 27. September 1969

9.00—12.00 Uhr:

Praktikum für laborerfahrene Arztfrauen und Arzthelferinnen: Einfache und gründliche Einführung in die Labortechnik am Beispiel Blut- und Harnzucker.

15.10—17.00 Uhr:

„Das Praxislabor“ für Ärzte und laborerfahrene Arztfrauen und Arzthelferinnen.

Priv.-Doz. Dr. Kienholz und Dr. Schretzenmayr

Thema:

Klinisch-chemische Untersuchungen in der Praxis.

17.00—20.00 Uhr:

anschließend Praktikum für alle Teilnehmer.

18.00—20.00 Uhr:

Dipl.-Kfm. Stark: Kassenärztliches Abrechnungswesen.

Sonntag, 28. September 1969

10.00—12.00 Uhr:

„Das Praxislabor“ für Ärzte und laborerfahrene Arztfrauen und Arzthelferinnen

Priv.-Doz. Dr. Kienholz und Dr. Schretzenmayr

Thema:

Klinisch-chemische Untersuchungen in der Praxis

(Fortsetzung).

14.00—16.00 Uhr:

Praktikum (Fortsetzung) für alle Teilnehmer.

Anfragen und Anmeldungen: Kongreßbüro des „Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin“, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2

53. Versammlung der Vereinigung Südwestdeutscher HNO-Ärzte

vom 26. bis 28. September 1969 in Erlangen.

Die 53. Versammlung der Vereinigung Südwestdeutscher Hals-, Nasen-, Ohrenärzte findet in der Zeit vom 26. bis 28. September 1969 in Erlangen unter der Leitung von Professor Dr. G. Thelssing statt.

Tagungsort: Universitäts-HNO-Klinik, Erlangen, Waldstraße 1, Am Bohlenplatz.

Auskunft und Anmeldung: Prof. Dr. med. J. Matzker, 6500 Mainz, Langenbeckstraße 1.

XXIV. Internationaler ärztlicher Fortbildungskongreß

vom 29. September bis 4. Oktober 1969 in Karlsbad

Die Tschechoslowakische Ärztesgesellschaft J. Ev. Purkyne, mit ihren Sektionen für Balneologie und Physiotherapie, Gastroenterologie und Hepatologie, veranstalten gemeinsam mit dem Institut für Ärztliche Fortbildung in der Zeit vom 29. 9. — 4. 10. 1969 wieder den traditionell in Karlsbad stattfindenden XXIV. Internationalen ärztlichen Fortbildungskongreß mit dem Hauptthema: „**Neue Erkenntnisse in der Behandlung von Verdauungsbeschwerden**“.

Es sind mehr als 30 Vorträge von führenden Vertretern der medizinischen Wissenschaft aus der ganzen Welt, darunter 10 Elitevorträge aus dem Gebiete der Hepatologie u. a. von Prof. Dr. Martini, Marburg, Prof. Dr. de Groote, Leuven. Für Simultanübertragung in die deutsche, englische, französische und tschechische Sprache ist vorgesorgt.

Während des Kurses sind Besichtigungen der Kureinrichtungen, therapeutische Vorführungen, kulturelle und gesellschaftliche Veranstaltungen, dabei ein eigenes Damen-Programm, vorgesehen.

Anfragen: Sekretariat des Forschungsinstitutes für Balneologie, Mariánské Lázně, Marienbad.

Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins e. V.

am 3./4. Oktober 1969 in Würzburg

Freitag, 3. Oktober 1969

9.15 Uhr:

Eröffnung durch den Landesvorsitzenden RegMedDirektor Dr. A. Böhm

Begrüßungsansprachen Univ.Prof. Dr. theol. H. Fleckenstein, Vorstand des Seminars für Pastoraltheologie und Homiletik der Julius-Maximilians-Universität Würzburg

„**Recht und Grenzen einer staatlich gereigten Gesundheitsvorsorge**“

Univ.Prof. Dr. P. Polzien, Oberarzt der Medizinischen Poliklinik Würzburg

„**Möglichkeiten und Schwierigkeiten der Präventivmedizin innerer Krankheiten**“

Diskussion

14.15 Uhr:

Univ.Prof. Dr. W. Schwerd, Vorstand des Institutes für gerichtliche und soziale Medizin der Universität Würzburg

„**Todeszeit und Leichenschau heute und morgen**“
ObRegChemR. R. Uhlig, Staatliche Chemische Untersuchungsanstalt Augsburg

„**Diätahrung in lebensmittelchemischer Sicht**“
Univ.Prof. Dr. Th. Dimmling, Geschäftsführender Oberarzt des Institutes für Hygiene und Mikrobiologie der Universität Würzburg

„**Die Lebensmittelinfektionen und -vergiftungen aus der Sicht des Hygienikers**“

Doz. Dr. K. Klütseh, Oberarzt der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg

„**Zivilisationsproblem Hepatitis**“

Diskussion nach jedem Referat

Thyreovalun®

antithyreoidal, beruhigend
psychisch ausgleichend

keine strumigene Nebenwirkung

Tropfflasche mit 15 ml und 30 ml
Muster und Literatur auf Anforderung

Pasaiflora inc. + Avena sat. + Crataegus oxyac. + Prunus spin.

rein pflanzlich gut verträglich unschädlich

- Überfunktion der Schilddrüse leichten bis mittleren Grades
- Dysregulationen im Sinne einer symptomatischen Hyperthyreose in der Pubertät und im Klimakterium
- Allgemeine vegetative Störungen mit gesteigerter Erregbarkeit, Angst- und Spannungszuständen, Schieflosigkeit, Herz- und Kreislaufbeschwerden, Hyperhydrosis

Dr. Auf dem Kampe · Hamburg 52

Klinische Fortbildung in Bayern 1969

Kurseinteilung:

1. INNERE KRANKHEITEN

22. bis 26. September 1969

München, I. Med. Klinik r. d. Isar
der Technischen Hochschule
Direktor: Prof. Dr. Blömer

29. September bis 3. Oktober 1969

München, II. Med. Klinik r. d. Isar
der Technischen Hochschule
Direktor: Prof. Dr. Ley

6. bis 10. Oktober 1969

München, I. Med. Univ.-Klinik
Direktor: Prof. Dr. Schwiégk

24. bis 29. November 1969

Würzburg, Med. Univ.-Klinik
Direktor: Prof. Dr. Wollheim

2. KINDERKRANKHEITEN

6. bis 10. Oktober 1969

München, Städt. Krankenhaus München-Schwabing

1. und 2. Kinderabteilung in Verbindung mit der
kinderchirurgischen Abteilung

Chefärzte: Prof. Dr. Hilber, Dr. Schweier,
Dr. Singer

3. CHIRURGIE

6. bis 10. Oktober 1969

München, Chir. Univ.-Klinik
Direktor: Prof. Dr. Zenker

20. bis 25. Oktober 1969

Erlangen, Chir. Klinik mit Poliklinik der Universität

Direktor: Prof. Dr. Hegemann

3. bis 8. November 1969

Würzburg, Chir. Univ.-Klinik und -Poliklinik
Würzburg, Prof. Dr. Ernst Kern

4. FRAUENKRANKHEITEN UND GEBURTSHILFE

6. bis 10. Oktober 1969

München, I. Frauenklinik und Hebammenschule
der Universität

Direktor: i. V. Prof. Dr. Kaiser

6. bis 11. Oktober 1969

Würzburg, Univ.-Frauenklinik und Hebammenschule

Direktor Prof. Dr. Schwalm
(Unterkunft und Verpflegung in der Klinik
möglich)

5. PHONOKARDIOGRAPHIE (Anfängerkurs)

7. und 8. November 1969

München, Stiftsklinik Augustinum
Chefarzt: Prof. Dr. Michel

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

Samstag, 4. Oktober 1969

9.00 Uhr:

Mitgliederversammlung
(geschlossene Veranstaltung für Mitglieder)

Hinweise:

Die Veranstaltung am Freitag findet im Kleinen Konzertsaal
des Bayerischen Staatskonservatoriums der Musik,
Würzburg, Hofstallstraße 6, statt.

Die Veranstaltung am Samstag findet im Studentenhaus,
Würzburg, Jahnstraße 1, statt.

Anmeldung und Auskunft: Regierungsmedizinal-
direktor Dr. A. Böhm, 8000 München 19, Bothmer-
straße 6/1

Kurs für Röntgenhelferinnen

vom 6. bis 17. Oktober 1969 in Erlangen

Vom 6.—17. 10. 1969 findet der nächste von der Bayerischen
Landesärztekammer veranstaltete Kurs für
Röntgenhelferinnen in Erlangen statt.

Teilnahmevoraussetzung: Nachweis einer dreijährigen
praktischen Tätigkeit im Röntgenbereich.

Anmeldungen: Bayerische Landesärztekammer,
8000 München 23, Königinstraße 85, Telefon 0811/361121
(Apparat 26)

3. Klinisches Wochenende

am 11./12. Oktober 1969 in Weißenhorn

Am 11./12. Oktober 1969 findet in Weißenhorn das
3. Klinische Wochenende unter dem Thema „Akute Er-
krankungen des Oberbauches aus der Sicht des prakti-
zierenden Arztes“ statt.

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



Gegen
den
Kropf

rechtzeitig:

Spongiosal[®]

Besonders bewährt in der Thera-
pie und Prophylaxe bei:

Unterfunktionsstrumen, deren Ju-
gendform (Blähhs), Jodmangel,
thyreogener Adipositas und Ady-
namie.

Literatur und Muster übersenden
wir Ihnen auf Anforderung gerne.

Dr. VIRGIL
MAYER

7000 S-Bad Cannstatt · Postf. 544

5. Würzburger Fortbildungstagung

am 18. Oktober 1969

Am 18. Oktober 1969 findet die 5. Würzburger Fortbildungstagung unter dem Thema „Ophthalmo-Neurologie“ statt.

Referenten: Prof. Dr. Mackensen, Freiburg; Prof. Dr. Doden, Frankfurt; Prof. Dr. Cüppers, Gießen; Prof. Dr. Mertens, Würzburg; Prof. Dr. Huber, Zürich

Teilnehmergebühr: DM 35,— (Konto 03/38 304/04 bei der Deutschen Bank Würzburg)

Auskunft und Anmeldung: Prof. Dr. W. Leydhecker, Direktor der Universitätsaugenklinik, 8700 Würzburg, Röntgenring 12

Fortbildungsveranstaltungen der Medizinischen Poliklinik Erlangen

Vom 23. bis 26. Oktober 1969

In der Medizinischen Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg finden in der Zeit vom 23.—26. Oktober 1969 folgende Fortbildungsveranstaltungen statt:

Einführungsseminar in die Grundlagen der praktischen Elektrocardiographie

am 23./24. Oktober 1969

16. Ärztlicher Fortbildungskurs in praktischer Kardiologie

vom 24. bis 26. Oktober 1969

unter der Leitung von Professor Dr. C. Korth

Kursgebühr für das Einführungsseminar DM 25,—
Kursgebühr für den Fortbildungskurs DM 25,—
Kursgebühr für Teilnehmer beider Kurse DM 40,—

Auskunft und Anmeldung: Sekretariat der Medizinischen Poliklinik, 8520 Erlangen, Östliche Stadtmauerstraße 29

Wochenendtagung der „Ärztlichen Fortbildung im Chleimgau“

am 25./26. Oktober 1969 in Bad Reichenhall

Thema:

„Prävention und Rehabilitation in Sicht der praktischen Medizin“

Vorläufiges Programm:

Prof. Dr. W. Hirsch, Traunstein:

„Bedeutung der Prävention und Rehabilitation in der Allgemeinmedizin“

Prof. Dr. M. Halhuber, Höhenried:

„Rehabilitation des Herzinfarktkranken“

Dr. J. Schmidt-Voigt, Eppstein:

„Rehabilitation des organisch Herzkranken“

Med.-Dir. Dr. O. P. Schmidt, Bad Reichenhall:

„Bronchitisches Syndrom und Rehabilitation“

Priv.-Doz. Dr. J. Eisenburg, München:

„Rehabilitation bei Krankheiten im Bereich des Verdauungstraktes“

Prof. Dr. H. Losse, Münster:

„Rehabilitation bei Nierenerkrankungen“

Prof. Dr. H. Mehnert, München:

„Prävention und Rehabilitation bei Diabetes“

Priv.-Doz. Dr. H. Baatz, Bad Pyrmont:

„Rehabilitation in der Gynäkologie“

Priv.-Doz. Dr. H. Mathies, München:

„Rehabilitation bei Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises“

Prof. Dr. W. Birkmayer, Wien:

„Rehabilitation in neurologischer und psychiatrischer Sicht“

Dr. Hesse, Salzburg:

„Rehabilitation in der Neurochirurgie“

Dr. Dlemath, Salzburg:

„Neurochirurgische Beiträge zur Rehabilitation“

Dr. W. Reichstein, München, und

Dr. A. Leonhardt, Bad Trüßl:

„Probleme der Weiter- und Nachbehandlung von Tumorkranken“

Prof. Dr. Th. Helibrügge, München:

„Rehabilitation in der Kinderheilkunde“

Außerdem ist noch folgendes Referat vorgesehen:

„Rehabilitation bei Gefäßkrankheiten“

Auskunft: Dr. med. H. Matusczyk, 8210 Prien am Chiemsee, Knelpkurlhotel „Kronprinz“

4. Kurs für praktische Gastroenterologie

am 31. Oktober / 1. November 1969 in Erlangen

Am 31. 10./1. 11. 1969 findet an der Medizinischen Universitätsklinik in Erlangen unter der Leitung von Professor Dr. med. L. Demling der 4. Kurs für praktische Gastroenterologie statt.

Auskunft und Anmeldung: Priv.-Doz. Dr. med. R. Ottenjann, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12

Kurs für Laborhelferinnen

vom 3. bis 14. November 1969 in Nürnberg

Der nächste von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Kurs für Laborhelferinnen wird vom 3.—14. 11. 1969 an den Städtischen Krankenanstalten Nürnberg durchgeführt.

Teilnahmevoraussetzung: Nachweis einer dreijährigen praktischen Tätigkeit im Laborbereich.

Anmeldungen: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85, Telefon 0811/361121 (Apparat 26)

9. Bayerische Internistentagung

vom 21. bis 23. November 1969 in München

Die Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e. V. veranstaltet in der Zeit vom 21.—23. November 1969 in München die 9. Bayerische Internistentagung.

Auskunft und Anmeldung: Sekretariat der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e. V., 8036 Herrsching a. Ammersee, Summerstraße 3

Die 9. Tagung der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e. V. findet vom 21.—23. 11. 1969 in München unter Mitwirkung der Medizinischen Univer-

Passiorin

Rein pflanzliches Dauersedativum

(Passifl. inc., Salix alb., Crataeg. oxyac.)

Ohne Gewöhnungsgelahr

Ohne Nebenwirkungen

Unschädliche Kur- und Dauermedikation
zur Stabilisierung des Nervensystems

SIMONS CHEMISCHE FABRIK GAUTING BEI MÜNCHEN



stättsklinik Würzburg, Direktor Prof. Dr. E. Wollheim, und der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Würzburg, Direktor Prof. Dr. H. Franke, statt.

Tagungsort:

Kleine Kongreßhalle des Ausstellungsparkes München 12, Theresienhöhe 13

Mitgliederversammlung der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayern e. V. am Freitag, 21. November 1969, um 19.15 Uhr im Konferenzraum der kleinen Kongreßhalle des Ausstellungsparkes

Anschließend Begrüßungsabend im Hauptrestaurant des Ausstellungsparkes

Samstag, 22. November 1969

Vorsitz: Prof. Dr. E. Wollheim, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg

9.00—9.10 Uhr:

Eröffnung der Tagung durch den 1. Vorsitzenden der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns, Dr. R. Schindlbeck

„Myokardinfarkt“

9.10—9.30 Uhr:

E. Wollheim

Einleitung: **„Häodynamische Komplikationen nach Myokardinfarkt in ihrer Bedeutung für die Therapie und Letalität“**

9.30—9.55 Uhr:

K. W. Schneider

„Differentialdiagnose der ischämischen Koronarerkrankungen“

9.55—10.15 Uhr:

W. Gattenlöhner, R. Buck und L. Pipplig
„Rhythmusstörungen bei Myokardinfarkt und ihre Behandlung“

10.15—10.35 Uhr:

R. Buck, O. Erbersdobler, W. Gattenlöhner und L. Pipplig

„Blutgasveränderungen nach Myokardinfarkt und ihre Bedeutung für Prognose und Therapie“

10.35—11.05 Uhr:

Pause

11.05—11.20 Uhr:

H. Braun, R. Buck, W. Gattenlöhner und L. Pipplig

„Röntgenbeobachtungen nach Myokardinfarkt“

11.20—11.50 Uhr:

L. Pipplig, R. Buck und W. Gattenlöhner

„Differentialtherapie des Myokardinfarktes“

11.50—12.10 Uhr:

Diskussion

„Die funktionelle Betrachtung der Nierenkrankheiten als Basis der Therapie“

15.00—15.20 Uhr:

E. Wollheim

Einleitung

15.20—15.40 Uhr:

A. Heldland

„Funktionsdiagnostik“

15.40—16.00 Uhr:

H. Braun, G. Becker und W. Schmitt

„Röntgen- und Isotopdiagnostik“

16.00—16.15 Uhr:

H. Wernze

„Die diagnostische Bedeutung von Reninbestimmungen“

16.15—16.45 Uhr:

Pause

16.45—17.15 Uhr:

K. Klütsch

„Möglichkeiten und Grenzen der konservativen Therapie“

17.15—17.45 Uhr:

Rund-Tischgespräch über das Thema des Nachmittags

Moderator: E. Wollheim

Teilnehmer: H. Braun, A. Heldland, K. Klütsch, L. Pipplig, H. Wernze und K. W. Schneider

17.45—18.00 Uhr:

Diskussion und Beantwortung von Fragen

Sonntag, 23. November 1969

Vorsitz: Prof. Dr. H. Franke, Direktor der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Würzburg

„Frühdiagnose“

8.45—8.55 Uhr:

H. Franke

Einleitung: **„Zur Problematik der Frühdiagnose interner Erkrankungen“**

8.55—9.15 Uhr:

H. Franke und M. Merold

„Zur Frühdiagnose von Lymphknotenerkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der Toxoplasmose“

9.15—9.35 Uhr:

W. Börner, E. Moll, P. Naumann, P. Panchlo, E. Rauh

„Frühdiagnostik von Schilddrüsenkrankheiten“

9.35—9.50 Uhr:

P. Polzien

„Die Mitralklappenstenose, ihre Früherkennung und Verlaufsformen“

9.50—10.05 Uhr:

R. Juchems

„Frühdiagnose und Therapie des hyperkinetischen Herzsyndroms“

10.05—10.20 Uhr:

W. Strik und H. Pusch

„Enteritis regionalis, Klinik und Probleme der Frühdiagnose“

10.20—10.45 Uhr:

Pause



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

Dismenol

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

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

10.45—10.55 Uhr:

H. Haug

„Klinisch-chemische Vorsorgeuntersuchungen mit dem Autoanalyzer SMA 12“

10.55—11.10 Uhr:

E. Ruhl und G. Camphausen

„Bedeutung von hämatologischen Befunden zur Früherkennung von Karzinomen“

11.10—11.30 Uhr:

F. Husmann und W. Gross

„Neue Gesichtspunkte zur Behandlung der Hyperlipämie“

11.30—11.45 Uhr:

F. Longl

„Neuere Ergebnisse der erweiterten röntgenologischen Magenuntersuchungen“

11.45—12.00 Uhr:

Diskussion

Der Tagung ist eine Ausstellung pharmazeutischer Präparate und medizinisch-technischer Geräte in Halle 3 des Ausstellungsarkes angeschlossen.

Auskunft und Anmeldung: Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns, Dr. med. R. Schindlbeck, 8036 Herrsching vor München, Summerstraße 3, Telefon: (0 81 52) 2 00

Herbsttagung der Bayerischen Röntgengesellschaft am 29./30. November 1969 in München

Die Bayerische Röntgengesellschaft veranstaltet am 29./30. 11. 1969 in München ihre diesjährige Herbsttagung.

Themen:

1. Morbus Boeck (in Lunge und Skelett)
2. Röntgenologische Herzdiagnostik aus dem einfachen Röntgenbild
3. Röntgendiagnostik des Cor pulmonale chronicum
4. Die verschiedenen Methoden der Mannographie, ihre Vor- und Nachteile
5. Röntgendiagnostik der Hüftdysplasie
6. Röntgendiagnostik und Klinik semimaligner Knochengeschwülste
7. Über die biologische Wirksamkeit kleiner Strahlendosen
8. Praktische Bedeutung der Knochenszintigraphie
9. Nuklearmedizinische Tumordiagnostik

10. Freie Themen

Für die Themen 1 mit 9 sind Hauptreferenten vorgesehen.

Anmeldung von Vorträgen (unter Beifügung eines Autorreferates) bis 20. September 1969 an den 1. Vorsitzenden der Gesellschaft, Professor Dr. M. Pöschl, Röntgenabteilung der Chirurgischen Klinik der Universität, 8000 München 15, Nußbaumstraße 20.

KONGRESSREISEN

Ärztliche Kongreßreisen

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

Kongreßreise zum XXIV. Internationalen Ärztlichen Fortbildungskurs nach Karlsbad/CSSR
vom 29. September bis 4. Oktober 1969

Kongreßreise zum XII. Internationalen Rheumatologischen Kongreß nach Prag und Piestan/Slowakei, CSSR
vom 6. bis 11. Oktober 1969

Kongreßreise zum XII. Internationalen Kongreß für Radiologie nach Tokyo
vom 6. bis 11. Oktober 1969

Kongreßreise zum X. Internationalen Krebs-Kongreß nach Houston
vom 24. bis 29. Mai 1970

Auskunft: „Bayerisches Ärzteblatt“, 8000 München 23, Königinstraße 85, Telefon 33 20 21.

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.

22.—26. 9. in Neuherberg: Strahlenschutzkurs (1. Fortbildungskurs). Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

22.—27. 9. in Freiburg: 5. Internationale Konferenz über Alkohol und Verkehrssicherheit. Auskunft: Prof. Dr. W. Spann, 7800 Freiburg, Albertstraße 9.

22.—27. 9. in Tokyo: 16. Internationaler Kongreß für Arbeitsmedizin. Auskunft: Prof. Dr. E. C. Vigilani, Clinica del Lavoro, Via San Barnaba 8, I-20122 Mailand, sowie „Bayerisches Ärzteblatt“, 8000 München 23, Königinstraße 85, und Deutsches Reisebüro, Abt. „Ärztliche Kongreßreisen“, 6000 Frankfurt, Eschersheimer Landstraße 25—27.

22. 9.—17. 10. in München: C-Kurs für Arbeitsmedizin. Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3.

23.—25. 9. in Buenos Aires: 9. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für kardiovaskuläre Erkrankungen. Auskunft: Dr. A. D. Callow, 171 Harrison Avenue, Boston, Mass. 02111.

24.—27. 9. in Homburg: 25. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. Auskunft: Physiologisch-Medizinisches Institut der Universität, 6650 Homburg, Landeskrankenhaus.

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

Dileoprominhydrochlorid

stellt an der

Magenschleimhaut

physiologische

Verhältnisse wieder her

Bismut, aluminicum, Succus Liquiritiae

bedeutet gleich-

zeitige Leberschutztherapie

Cholin orotat

- 26.—27. 9. in New York: 12. Tagung der Internationalen Liga gegen Epilepsie. Auskunft: Prof. Dr. H. Gastaut, 67 rue Périer, F-13 Marseille (9 e).
- 28.—28. 9. in Augsburg: 44. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin. Auskunft: Sekretariat der Augsburger Fortbildungskongresse, 8900 Augsburg, Frobsinnstraße 2.
- 28.—28. 9. in Erlangen: 53. Versammlung der Vereinigung Südwestdeutscher Hals-Nasen-Ohren-Ärzte. Auskunft: Prof. Dr. J. Matzker, Univ.-HNO-Klinik, 6500 Mainz, Langenbeckstraße 1.
28. 9.—4. 10. in Baden-Daden: Hauptversammlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e. V. Auskunft: Dr. K. H. Reese, 5320 Bad Godesberg, Kölner Straße 40—42.
29. 9.—2. 10. in Dublin: 19. Internationaler Kongreß für Wehrmedizin und Wehrpharmazie. Auskunft: International Committee of Military Medicine and Pharmacy, 79 rue Saint-Laurent, Lüttich.
29. 9.—3. 10. in Hamburg: VIII. Pädiatrischer Fortbildungskurs. Auskunft: Doz. Dr. W. Schröter, Univ.-Kinderklinik, 2000 Hamburg 20, Martinistraße 52.
29. 9.—4. 10. in Karlsbad: XXIV. Internationaler ärztlicher Fortbildungskurs (Thema: „Neue Erkenntnisse in der Debandlung von Verdauungsbeschwerden“). Auskunft: Tschechoslowakische Medizinische Gesellschaft J. E. Purkyne, Sokolská 31, Prag 2.
- 4.—19. 10. in Seeg/Allgäu: Sportärztelehrgang mit Reitkurs. Auskunft: Chefarzt Dr. Chr. de Werth, Kurklinik, 8959 Schwangau.
- 5.—9. 10. in Berlin: 48. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin. Auskunft: Prof. Dr. W. Krauland, 1000 Berlin 33, Hiltorfstraße 18.
- 8.—10. 10. in Mexico City: 11. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie. Auskunft: SICOT, XI Congreso, Apartado Postal 12-930, Mexico 12, D. F.
- 8.—11. 10. in Innsbruck: Praktischer EKO-Kurs (Leitung: Prof. Dr. M. J. Halhuber). Auskunft: Sekretariat der Medizinischen Universitätsklinik, z. H. Frau Boida, A-6020 Innsbruck.
- 8.—11. 10. in Prag: XII. Internationaler rheumatologischer Kongreß. Auskunft: Tschechoslowakische Medizinische Gesellschaft J. E. Purkyne, Sokolská 31, Prag 2.
- 8.—11. 10. in Tokyo: 12. Internationaler Kongreß für Radiologie. Auskunft: Prof. Dr. T. Adachi, Dept. of Radiology, Tokio Medical and Dental Univ. School of Medicine, Tokio, und „Bayerisches Ärzteblatt“, 9000 München 23, Königinstraße 85.
- 6.—24. 10. in Berlin: Strahlenschutzkurs für Ärzte. Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83.
- 8.—11. 10. in Dubrovnik: II. Europäischer Sterilitätskongreß. Auskunft: Prof. Dr. K. Semm, II. Frauenklinik der Universität, 9000 München 15, Lindwurmstraße 2 a.
- 9.—12. 10. in Regensburg: 42. Fortbildungsveranstaltung des Regensburger Kollegiums. Auskunft: Sekretariat der ärztlichen Fortbildung, 8400 Regensburg, Altes Rathaus.
- 10.—11. 10. in Bad Lippspringe: XI. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Allergie- und Immunitätsforschung. Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Allergie- und Immunitätsforschung, z. H. Prof. Dr. Gronemeyer, 4792 Bad Lippspringe, Arminiuspark.
- 11.—12. 10. in Bad Wiessee: 17. Fortbildungskurs in Praktischer Medizin. Auskunft: Dr. K. Neresheimer, 8182 Bad Wiessee, Neureuthstraße 4.
- 11.—12. 10. in Innsbruck: Klinisches Wochenende. Auskunft: Sekretariat der Medizinischen Universitätsklinik, z. H. Frau Boida, A-6020 Innsbruck.
- 11.—12. 10. in Bad Salzungen: Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Auskunft: Ärztekammer Westfalen-Lippe, 4400 Münster, Kaiser-Wilhelm-Ring 2—4.

Oktober 1969:

- 1.—8. 10. in Koblenz: 52. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik. Auskunft: Dr. phil. G. Baader, 1000 Berlin 45, Augustastraße 37.
- 2.—5. 10. in Bremen: 96. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Auskunft: Prof. Dr. Dr. W. Hahn, 2300 Kiel-Wik, Weimarer Straße 9.
- 3.—5. 10. in Stuttgart: 15. Jahrestagung über die zytoplasmatische Therapie und die Methoden der Serum-Desensibilisierung. Auskunft: Dr. K. Theurer, 7000 Stuttgart, Frauenkopfstraße 49.
- 4.—5. 10. in Hennef: Sportärzte-Fortbildungslehrgang des Sportärztebundes Nordrhein. Auskunft: Dr. D. Schnell, 5224 Ruppichteroth, Otto-Willach-Straße 2.
- 4.—6. 10. in Timmendorferstrand: 74. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin wissenschaftliche Gesellschaft für die Physikalische Medizin mit Einfluß der Balneologie und Bioklimatologie. Auskunft: Prof. Dr. Zörkendörfer, 4902 Bad Salzungen, Extersche Straße 30.



Epsilon-Tachostyptan[®]

Hämostyptikum aus Lipidthromboplastin und Epsilon-Aminokapronsäure
Ein Fortschritt in der Behandlung von Blutungen

HORMON-CHEMIE MÜNCHEN

- 13.—14. 10. in Innsbruck: Übungskurs in klinischer Elektrokardiographie für Teilnehmer früherer Kurse (Leitung: Prof. Dr. M. J. Halhuber). Auskunft: Sekretariat der Medizinischen Universitätsklinik, z. H. Frau Boida, A-8020 Innsbruck.
- 13.—18. 10. in Innsbruck: Hämatologiekurs für Fortgeschrittene mit praktischen Übungen für Teilnehmer früherer Kurse. Auskunft: Sekretariat der Medizinischen Universitätsklinik, z. H. Frau Boida, A-8020 Innsbruck.
- 15.—18. 10. in Essen: Congressus Internationalis Angiologiae in memoriam Ratschow. Auskunft: Dr. D. Grobe, 4300 Essen, Hufelandstraße 55.
- 15.—18. 10. in Prag: XII. Morphologischer Kongress mit internationaler Beteiligung. Auskunft: Tschechoslowakische Medizinische Gesellschaft J. E. Purkyne, Sokolská 31, Prag 2.
- 16.—19. 10. in Baden bei Wien: 19. Jahrestagung der Deutschen Medizinischen Arbeitsgemeinschaft für Herdforschung und Herdbekämpfung. Auskunft: Sekretariat, 6000 Frankfurt 14, Hallgartenstraße 73.
- 17.—19. 10. in Bad Mergentheim: Lebertagung der Sozialmediziner. Auskunft: Dr. L. Wannagat, Stoffwechselklinik, 6990 Bad Mergentheim.
- 17.—19. 10. in Bad Nauheim: EKG-Kurs Teil II (ärztliche Fortbildung der LÄK Hessen). Auskunft: „EKG-Kurse“, Klinik Grand Hotel, 8350 Bad Nauheim, Ernst-Ludwig-Ring 2.
- 18.—19. 10. in Baden-Baden: Unfallmedizinische Arbeitstagung. Auskunft: Landesverband Südwestdeutschland der gewerblichen Berufsgenossenschaften, 8900 Heidelberg, Galsbergstraße 7.
- 18.—19. 10. in Hamm: Röntgenfunktionsdiagnostik-Kurs. Auskunft: Sekretariat der FAC, 4700 Hamm, Ostentallee 83.
- 20.—25. 10. in Wien: 23. Österreichischer Ärztekongress „Van-Swieten-Tagung“. Auskunft: Österreichische Ärztekammer, A-1010 Wien, Weihburggasse 10—12.
- 22.—23. 10. in Nürnberg: Wissenschaftlich-praktische Fachkonferenz zur Erforschung der Suchtgefahren (Thema: „Frauenalkoholismus in der Bundesrepublik Deutschland“). Auskunft: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahr, 4700 Hamm, Postfach 109.
- 23.—25. 10. in Baden-Baden: XIII. Baden-Badener Herbsttagung für Balneologie und Physikalische Therapie. Auskunft: Badeärztlicher Verein Baden-Baden, 7570 Baden-Baden, Sofienstraße 35.
- 23.—26. 10. in Stuttgart: 6. Fortbildungskongress für Praktische Medizin der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg. Auskunft: Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, 7000 Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32.
- 24.—25. 10. in Stuttgart: 4. Fortbildungskurs in urologischer Endoskopie. Auskunft: Dr. H. J. Reuter, 7000 Stuttgart-S, Humboldtstraße 18.
- 24.—26. 10. in Bad Salzungen: Fortbildungslehrgang „Vor- und nachklinische Tumorthherapie“. Auskunft: Dr. W. H. Kahlert, 4902 Bad Salzungen, Bergstraße 88.
- 25.—26. 10. in Bad Reichenhall: Wochenendtagung der „Ärztlichen Fortbildung im Chiemgau“. Auskunft: Dr. H. Matuszyk, 8210 Prien am Chiemsee, Kurhotel „Kronprinz“.
- 25.—26. 10. in Hennes: Sportärzte-Fortbildungslehrgang des Sportärztebundes Nordrhein. Auskunft: Dr. D. Schnell, 5224 Ruppichteroth, Otto-Willach-Straße 2.
- 25.—26. 10. in München: Kurs für manuelle Behandlung der Extremitäten-Gelenke (Fuß/Knie). Auskunft: Sekretariat der FAC, 4700 Hamm, Ostentallee 83.
27. 10. in Berlin: Arbeitsmedizinischer Grundlagenlehrgang (Stoffplan I). Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, 1000 Berlin 18, Soorstraße 83.
- 30.—31. 10. in Berlin: 7. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Angiologie. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. W. Bachmann, Strahleninstitut und Strahlenklinik der Freien Universität, 1000 Berlin 19, Spandauer Damm 130.
30. 10. in Baden-Baden: Einführungskurs in die ärztlich gezielte manuelle Therapie der Wirbelsäule (Chirotherapie). Auskunft: Sekretariat der FAC, 4700 Hamm, Ostentallee 83.
30. 10. in Baden-Baden: Tagung der Gesellschaft der Ärzte für Erfahrungs-Heilkunde. Auskunft: Dr. E. Fischer, 6900 Heidelberg, Blumentalstraße 38.
30. 10. in Halle: Jahresversammlung der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina. Auskunft: Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina, X-40 Halle.
30. 10. in München: Kurs über gezielte Krankengymnastik bei Wirbelsäulen- und Extremitäten-Erkrankungen. Auskunft: Sekretariat der FAC, 4700 Hamm, Ostentallee 83.

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe sind Prospekte der Firmen
Nattermann, Köln
Bio-Dynamics, Hamburg
Benechemie, München, und
Sür-Seereisen, Stuttgart,
beigefügt.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85/III, Telefon 33 20 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. 5252, 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 81, Fernschreiber: 05 23662, Telegrammadresse: atlas-press. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfing, München.



Druck: Richard Pfäum 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.

Zolghadar

Inh. Humbert Saemmer



TEPPICHE
aus PERSIEN
und CHINA

München Maximilianstr. 33 u. 34
Ingolstadt Theresienstr. 28