



Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Junl 1970

Todeszeit und Leichenschau heute und morgen *)

von W. Schwerd

Bereits vor vier Jahren habe ich auf Veranlassung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins zu dem Thema Leichenschau kritisch Stellung genommen.

Keiner von uns hat damals wohl geahnt, daß schon bald ein Problem auftaucht, dessen Bedeutung nicht nur für den Arzt, sondern für die Menschheit nicht hoch genug eingeschätzt werden kann, nämlich die Feststellung des Todes. Bis zu der ersten Herzverpflanzung durch BARNARD war zwar die sichere Feststellung des Todes keineswegs unproblematisch, denn es tauchte immer wieder die Frage der Bestattung Scheintoter auf, die allerdings die Laienwelt mehr beschäftigte als die Mediziner, und zum anderen war mit der Einführung künstlicher Beatmungsgeräte das Problem aufgetreten, wann diese bei schlagendem Herzen, aber fehlendem Bewußtsein abgestellt werden dürfen. Dies galt z. B. für den Fall, daß beim Fehlen weiterer Geräte ein neuer Patient mit gestörter Spontanatmung dazu kam. Hier muß der behandelnde Arzt die unendlich schwierige, ja übermenschliche Aufgabe bewältigen, über Leben und Tod zu entscheiden. Das Problem, das mit der ersten Herztransplantation auftrat, war also nicht neu, doch gewann es sofort eine enorme Aktualität, führte nicht nur in der Laienpresse, sondern auch in der Fachwelt zu immer neuen Diskussionen, zu einer Flut von Publikationen und schließlich dazu, daß man den Todesbegriff neu zu fassen versuchte. Einzelne Mediziner glaubten, mit dem Problem dadurch fertig zu werden, daß sie es als ein juristisches oder gar theologisches deklarierten, mußten aber erfahren, daß es für den konkreten Fall ein medizinisches blieb (vgl. auch SCHADEWALDT, S. 194).

Die Frage der sicheren Feststellung des Todes wäre ja vergleichsweise noch einfach, wenn man zu Transplantationen Herzen von Toten im bisherigen Sinne entnehmen könnte, d. h. von solchen Menschen, bei

denen das Herz unwiderruflich stillsteht. In der Laienpresse hat man zwar erklärt, selbstverständlich kämen nur Explantationen von Toten in Frage, aber der Mediziner weiß, daß bei der kurzen Überlebenszeit des Herzens bisher nur die Entnahme eines schlagenden Herzens in Betracht kommt. Also hat man die durchaus berechnete, aber ebenso ungeheuerliche Frage gestellt, ob unser bisheriger Todesbegriff, nämlich der dauernde Stillstand von Atmung und Kreislauf noch verbindlich sei. Diese wahrhaft erregende Frage, von deren Beantwortung die Existenz eines neuen Zweiges der Chirurgie abhängt, hat eine durchaus nicht einmütige Antwort gefunden. Sie läßt sich etwa dahin zusammenfassen, daß eine Explantation dann verantwortet werden kann, wenn bei einem Zerebralgeschädigten der Herztod als irreversible Folge feststeht. Unter dieser Voraussetzung wurde die Organentnahme selbst von theologischer Seite gebilligt (BÖCKLE, POMPEY, THIELICKE).

Ich möchte, um nicht vom Thema zu sehr abzukommen, hier nicht auf das Problem des übergesetzlichen Notstandes eingehen, das von juristischer Seite als Rechtfertigungsgrund bei Herzexplantationen in Betracht gezogen wurde, sondern zunächst nur die Frage stellen, ob es nicht mutiger und ehrlicher wäre zu sagen, daß derzeit ein solcher Eingriff nur am lebenden Herzen möglich ist. Der Weg über eine positivrechtliche Regelung der Organentnahme bei einem Sterbenden (vgl. auch SPANN und LIEBHARDT) erschien mir jedenfalls besser als der heikle Umweg über eine Änderung des Todesbegriffes.

Wie schon erwähnt, brachten uns die beiden letzten Jahre ein Fülle von Gedanken und Meinungen zu der Frage des Todeszeitpunktes, dabei auch eine Reihe von zum Teil neuen Begriffen, die geeignet erscheinen, statt der notwendigen Klarheit eher Verwirrung zu stiften. Hier einige von ihnen: Partialtod, Lokaltod, klinischer Tod (von GERLACH [5] als reversibler lebensbedrohlicher Sterbezustand bezeichnet), Individualtod, Totaltod, Vita reducta, Vita reducta paraletalis („Scheintod“), Vita minima.

Die Palette dieser Begriffe beleuchtet deutlich die eingetretene Unsicherheit um die exakte Feststellung des Todes und spiegelt eine Neubelebung alter Begriffe wider. Früher kam man mit drei Begriffen aus: Ago-

*) In Anlehnung an einen anlässlich der Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins am 3. Oktober 1969 in Würzburg gehaltenen Vortrag.

nie – Individualtod – supravitales Stadium, d. h. Zeitspanne von dauerndem Stillstand von Kreislauf und Atmung bis zum endgültigen Erlöschen der Lebensfähigkeit auch der letzten Zelle. Diesen (außer bei der Einäscherung) niemals exakt feststellbaren Zeitpunkt mit dem Begriff „Totaltod“ besonders zu kennzeichnen (GERLACH), halte ich aus praktischen Erwägungen nicht für erforderlich.

In letzter Zeit hat man besonders seitens der Chirurgen als maßgebendes Kriterium für den eingetretenen Tod statt der Feststellung des „letzten Atemzuges“ oder des „letzten Herzschlages“ auf die höhere Ebene des totalen und irreversiblen Funktionsverlustes des Gesamthirns als oberste integrierende, bewußtseinstragende und persönlichkeitsbestimmende Instanz, den Gehirntod abgestellt (GÜTGEMANN und KÄUFER).

Aufgrund praktischer Erwägungen halte ich es jedoch derzeit noch nicht für vertretbar, den Gehirntod dem Individualtod gleichzusetzen. Ich akzeptiere zwar das Argument, daß der Organtod des Gehirns unvereinbar mit den Begriffen Mensch und Leben sei (SPANN) oder daß menschliches Leben bis zum Organtod des Gehirns dauere (BOCKELMANN). Bei der Durchsicht der Literatur über den sicheren Nachweis des „Gehirntodes“ kann man aber wirklich nicht sagen, daß bisher absolut einwandfreie Methoden für diese wohl schwerwiegendste Feststellung, die für den Einzelmenschen überhaupt denkbar ist, existieren und: „es gibt keine Revisionsmöglichkeit für eine Fehlentscheidung“. Wir müssen um so vorsichtiger mit unseren Entscheidungen sein, als Beobachtungen von erstaunlichen Restitutions der Hirntätigkeit sich in letzter Zeit mehren (WACHSMUTH). Besonders bedenklich, geradezu gefährlich halte ich die radikale Formulierung des Theologen THIELICKE. Sie lautet: „Dort, wo das Selbstbewußtsein dauernd und radikal ausfällt, wo keine Ansprechbarkeit mehr vorliegt und auch in eindeutiger Weise nicht mehr regenerierbar ist, ist die Signatur des humanum erloschen und ist nur die biologische Larve dessen übriggeblieben, was einmal als menschliche Existenz diese Gefäße erfüllte.“

Gerade mit einer solchen Formulierung rücken wir in bedenklicher Weise an Begriffe wie den des lebensunwerten Lebens heran. Ich unterstelle Herrn THIELICKE nicht im geringsten, daß er solches in Betracht zog, aber wie leicht können solche Sätze mißdeutet werden.

Der von mir verteidigte klassische Todesbegriff und die inzwischen weit verbreitete Ansicht Individualtod = Gehirntod sind vielleicht nur in Nuancen verschieden, aber gerade auf diese Nuancen kommt es an. Man darf diese Frage nicht einseitig aus dem Blickwinkel der Transplantationschirurgie oder der Chirurgie schlechthin betrachten, denn einerseits mehren sich die Stimmen, die den Vorwurf erheben, bei Todesfällen in Kliniken sei es unterlassen worden, den Tod mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln, insbesondere aber den „Gehirntod“ festzustellen, an-

dererseits erheben sich aber auch neue Rechtsprobleme. Bei Todesfällen im Straßenverkehr, bei denen beispielsweise nachträglich einwandfrei festgestellt wird, daß bei der Kollision die Herzaktion noch bestand, wird man die weitere Frage, ob auch die Hirnfunktion (wegen eines möglichen vorangegangenen Traumas) noch intakt war, oft nicht mehr entscheiden und damit einen „Hirntod“ nicht ausschließen können. Daraus erheben sich nicht nur straf-, sondern unter Umständen auch erhebliche versicherungsrechtliche Konsequenzen.

Das Abstellen des Todesbegriffes auf die Gehirnfunktion hätte auch rechtliche Konsequenzen in der Neugeburtperiode, wie GERCHOW und SCHEWE kürzlich gezeigt haben. Bei einem Neugeborenen mit „Zeichen des Lebens“ (Atmung, Herzaktivität, Bewegungen) käme dann, wenn eine für die Fortsetzung des Lebens außerhalb des Mutterleibes entsprechende Entwicklung des Gehirns noch nicht vorliegt, ein Körperverletzungs- oder Tötungsdelikt nicht in Betracht.

Mit der Änderung des Todesbegriffes wären „Lebenszeichen“ keine Zeichen des Lebens, Vegetieren, d. h. Leben ohne bewußtes Erleben, wäre bei irreversibler Schädigung oder völliger Undifferenzierung des Gehirns kein Leben. Daß damit auch das Euthanasieproblem in ein neues Licht gerückt wird, dürfte wohl kaum zu bestreiten sein (vgl. dazu auch SCHADEWALDT). KUHLENDAHL hat auf die sprachliche Unterscheidungsmöglichkeit zwischen „lebend“ und „lebendig“ hingewiesen. Ein Mensch, dessen Bewußtsein erloschen ist, dessen Atmung und Kreislauf noch funktionieren oder mit maschineller Hilfe in Funktion gehalten wird, ist nicht mehr lebendig, aber er ist noch am Leben, er ist noch nicht tot, gleichgültig, wie tiefgreifend die Hirnschädigung ist.

Aus diesen Gründen folgt meines Erachtens zwingend, an dem klassischen Todesbegriff festzuhalten.* Dies beinhaltet jedoch keinesfalls die Notwendigkeit einer sinnlosen Fortsetzung von Wiederbelebungs- oder Lebenserhaltungsmaßnahmen in aussichtslosen Fällen. Hier wird der Arzt – wie bisher – unter schärfsten Kriterien (GÜTGEMANN und KÄUFER) die Frage zu prüfen haben, ob reanimierende Maßnahmen völlig aussichtslos sind, bevor er sie einstellt.

Die Beibehaltung des herkömmlichen Todesbegriffes enthebt uns auch der mit der Definition des Todes als „Hirntod“ auftretenden Schwierigkeit, etwa bei Patienten, bei denen die Hirnfunktionen aus innerer Ursache irreversibel geschädigt sind, Herz und Kreislauf aber funktionieren, die Frage zu stellen, ob eine weitere „Betreuung“ noch gerechtfertigt ist. Dem Ausweg, abhängig vom Anlaß des Geschehens wahlweise zwei Todesdefinitionen zuzulassen, kann schon aus rechtlichen Gründen nicht zugestimmt werden.

* Anmerkung: Auch GERLACH (5) setzt sich neuerdings für den Begriff „Individualtod“ ein.

Der Todeszeitpunkt ist bei einem mit maschineller Hilfe am Leben erhaltenen Menschen dann gegeben, wenn die maschinelle Unterstützung von Atmung bzw. von Atmung und Kreislauf beendet wird und damit Atmung und Herztätigkeit alsbald aufhören.

Wenn nunmehr statt der Abschaltung der Geräte die Vorbereitung einer Herzexplantation angeschlossen wird, so dürften dagegen keine ethischen Bedenken bestehen, sofern das Einverständnis der Angehörigen vorliegt.

Aus personenstands- und erbrechtlichen Gründen wird auch in Zukunft auf die Feststellung eines möglichen genauen Todeszeitpunktes nicht verzichtet werden können. Als Todeszeitpunkt wird man in der Praxis weiterhin den Stillstand von Atmung und Kreislauf anzusehen haben. Einen Zuschlag von 10 bis 15 Minuten zu machen, wie GERLACH vorgeschlagen hat, weil erst danach mit dem irreversiblen Erlöschen der Funktionen des Nervensystems zu rechnen ist, halte ich nicht für notwendig. In den Fällen, in denen der Tod unbeobachtet eingetreten ist, wird der Leichenschauer in der herkömmlichen Weise den Todeszeitpunkt aufgrund der festgestellten Leichenerscheinungen zu schätzen haben. Es wäre allerdings zu wünschen, daß auch er am methodischen Fortschritt der Zeit teilhat und daß man ihm ein einfaches und handliches Gerät gibt, mit dem er das Vorhandensein von Herzaktionen feststellen bzw. ausschließen kann.

Zu der Frage, ob Änderungen im Leichenschauwesen zu erwarten sind, ist folgendes zu sagen: Vor kurzem erschien der Entwurf eines neuen Bayerischen Bestattungsgesetzes, das — wie sich aus der Begründung ergibt — die bisherigen lückenhaften, überholten, änderungsbedürftigen und zerstreuten Vorschriften in einem Gesetz zusammenfaßt und damit der Rechtsbereinigung und Verwaltungsvereinfachung dienen soll. Es regelt die Erdbestattung, das Leichenschauwesen, die Feuerbestattung, die Herstellung und Erhaltung der Bestattungseinrichtungen und das Friedhofswesen.

Die Leichenschau wird in diesem Gesetz gleich am Anfang, nämlich in den §§ 2 bis 6 behandelt. Die für unsere Betrachtung wichtigsten Sätze lauten:

„Artikel 2: Ärztliche Leichenschau

(1) Jede Leiche ist vor der Bestattung zur Feststellung des Todes, der Todesart (natürlicher oder nicht natürlicher Tod) und der Todesursache von einem Arzt zu untersuchen (Leichenschau).

(2) Auf Verlangen eines jeden aufgrund des Art. 16, Abs. 2 zur Veranlassung der Leichenschau verpflichteten oder einer nach Art. 15, Abs. 2 zuständigen Stelle oder deren Beauftragten sind zur Leichenschau verpflichtet:

1. Jeder Arzt, der seine Niederlassung in dem Gebiet des Landkreises oder der kreisfreien Gemeinde hat, in dem sich die Leiche befindet.

Eine Mutter schreibt:

Giftstoff im Wartezimmer

Immer wieder muß ich mich, wenn ich mit meinen Kindern zum Arzt gehe, über die aufgelegten illustrierten ärgern. Ich kann einfach nicht begreifen, warum ausgerechnet Ärzte, die sich doch über die schädliche Wirkung solcher Zeitschriften auf Jugendliche im klaren sein müssen, derlei Lesestoff auslegen. Ich bin sicher, daß viele Ärzte keine Zeit dazu haben, die Lektüre in ihren Wartezimmern selbst einmal in die Hand zu nehmen. Ich bitte Sie, nehmen Sie sich doch einmal die Zeit und überlegen Sie, ob Sie solche illustrierten Ihren Kindern ohne weiteres in die Hand geben möchten. Wir Eltern wären Ihnen jedenfalls sehr dankbar, wenn wir unsere Kinder unbesorgt in die Warteräume unserer Ärzte schicken könnten und sie nicht gerade dort das zu lesen bekommen, was man zu Hause, ich glaube mit Recht, ablehnt.

2. In Krankenhäusern und Entbindungsheimen außerdem jeder dort tätige Arzt.

(3) Der Arzt kann die Leichenschau verweigern, wenn er dadurch sich selbst oder einen Angehörigen, zu dessen Gunsten ihm im Strafverfahren wegen familienrechtlicher Beziehung das Zeugnisverweigerungsrecht zusteht, der Gefahr aussetzen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden.“

Diese für Mediziner etwas schwer verständliche Formulierung besagt, daß mancherlei Möglichkeiten gegeben sind, eine Leichenschau zu verweigern, z. B. kann jeder behandelnde Arzt unter Berufung auf § 300 StGB (Ärztliche Schweigepflicht, die ja bekanntlich nach dem Tode des Patienten fortbesteht) die Leichenschau ablehnen.

Von besonderer Wichtigkeit ist, daß in Zukunft nur noch Ärzte Leichenschau durchführen dürfen, und daß gemäß Absatz 2, Satz 1 jeder Arzt, der seine Niederlassung in dem Gebiet des Landkreises oder der kreisfreien Gemeinde hat, in dem sich der Leichnam befindet, zur Leichenschau verpflichtet ist. Ferner die Ärzte in Krankenhäusern und in Entbindungsheimen.

Gegen den Wegfall der amtlichen Leichenschau habe ich größte Bedenken, weil damit der Eindruck entsteht, daß die Leichenschau zu einer nebensächlichen Angelegenheit gestempelt ist und deswegen, weil es sich mit unserer Erfahrung einfach nicht vereinbaren läßt, daß man eine Leichenschau schlicht jedem approbierten Arzt übertragen darf.

Ich möchte spezielle fachliche Probleme, die die Aufdeckung oder vielleicht nur den Verdacht eines unnatürlichen Todes bzw. einer strafbaren Handlung betreffen, nicht überbewerten. Nach den schon früher

geäußerten Bedenken (SCHWERD, 1965) hätte ich erwartet, daß man eher strengere Anforderungen an die Unterweisung und Beaufsichtigung der Leichenschauer stellt. Mit der Neuregelung ist das Gegenteil der Fall. Da man gerade heutzutage danach trachten müßte, die Todesfeststellungsmethoden des Leichenschauers zu verfeinern, wäre dies wohl nur dadurch zu erreichen, daß man die Leichenschau konzentriert und den Leichenschauer mit einem handlichen Gerät zum Nachweis von Herzaktionen eusrüstet. Damit wäre auch zu vermeiden, daß er bei unklaren Fällen („Scheintod“) in Gewissenskonflikte gerät oder allenfalls mehrfach die Leichenschau vornehmen muß. Im übrigen ist die Leichenschau, wenn ich recht sehe, auch nach dem neuen Gesetz eine Amtshandlung, was meines Erachtens Grund genug sein könnte, weiterhin amtliche Leichenschauer zu bestellen. Insoweit ist eine Änderung des Gesetzentwurfes unbedingt wünschenswert. Im übrigen ist zu hoffen, daß bereits mit dem Gesetz die vorgesehenen, bisher noch nicht formulierten Ausführungsbestimmungen, sorgfältig erarbeitet vorliegen werden.

Zusammenfassung

Unter Hinweis auf die sich abzeichnenden rechtlichen Probleme wird davor gewarnt, den herkömmlichen Todesbegriff „dauernder Stillstand von Atmung und Kreislauf“ durch den Begriff „Hirntod“ zu ersetzen. Ferner wird dafür plädiert, im zukünftigen Bayerischen Bestattungsgesetz die amtliche Leichenschau zu belassen.

Literaturverzeichnis

- BOCKLE, F.: Zitiert nach PRIBILLA
- GERCHOW, J., und G. SCHEWE: Oer etrefrechtliche Gedsnke der Güterebwägung und medizinische Aespekts über die Schutzbedürftigkeit des werdendan Lebene. Vortrag, Kongr. Otsch. Ges. Rechtsmedizin, Berlin, 1969
- GERLACH, J.: 1. Die Definition des Todes in Ihrer heutigen Problematik für Medizin und Rechtslehre. *Arztrecht*, 1968, 83
2. Individueltod - Partieltod - Vite rsducta. *Münch. Med. Wechr.*, 1968, 980
3. Gehirntod und toteler Tod. *Münch. Med. Wechr.*, 1969, 732
4. Syndrome des Sterbene und Vita reducte. *Münch. Med. Wechr.*, 1969, 169
5. Die Grundlegen der Feststellung desee und der Todezeit. *Arztrecht (Im Oruck)*
- GUTGEMANN, A., und C. KAUFER: Zeichen und Zeitpunkt desee im Hinblick auf Organtrensplantation. *Otsch. Ärzteblatt*, 1969, 2659
- KUHLENOAHL, H.: Zwischen Leben und Tod. *Vlg. Piper, München*, 1969, 87
- POMPEY, H.: Gehirntod und toteler Tod. *Münch. Med. Wechr.*, 1969, 736
- PRIBILLA, O.: Juristische, ärztliche und ethliche Fragen zur Todesfeststellung. *Otsch. Ärzteblatt*, 1968, 2318
- SCHADWALOT, H.: Oer Arzt vor der Frage von Leben und Tod. *Ruperto-Carole*, XX. J., Bd. 45, 1968, S. 184 ff
- SCHWERO, W.: Kritische Anmerkungen zur Leichenschau. *Bundesgesundheitsblatt*, 1965, 365
- SPANN, W.: Strafrechtliche Probleme an der Grenze von Leben und Tod. *Otsch. Z. Gerichtl. Med.* 57, 26 (1966)
- SPANN, W., und E. LIEBHART: Rechtliche Probleme bei der Organtrensplantation. *Münch. Med. Wechr.*, 1967, 672
- THIELICKE, H.: Das Recht des Menechen auf eeinen Tod. *Fortschritte der Medizin*, 86, 1067 (1968)
- WACHSMUTH, W.: Organtrensplantationen - Aussichten und Probleme. *Fortechr. d. Med.*, 87, 33 (1969)

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. med. W. Schwerd, Vorstand des Instituts für Rechtsmedizin der Universität Würzburg, 8700 Würzburg, Versbacher Landstraße

Zehn Jahre Vorsorge und Verlaufsbeobachtung des gynäkologischen Karzinoms an einem Kreiskrankenhaus

von A. Perchermeier

Dieser Bericht umfaßt eine Zusammenstellung aller gynäkologischen Karzinomfälle einschließlich des Carcinoma in situ des Kollums aus den Jahren 1959 bis 1968 und wurde durch eine Anfrage an alle einweisenden Ärzte ergänzt. Zunächst nur für diesen Kreis gedacht, dürfte der Bericht bei dem heutigen Stellenwert der Krebsvorsorge wohl auch allgemeines Interesse finden, zumal er zehnjährige Erfahrungen mit der Krebsvorsorge enthält. Der Fehler der kleinen Zahl, der einer solchen Arbeit eines einzelnen Untersuchers wesentlich anhaftet, mag durch die lange Dauer des Berichtszeitraumes verringert werden.

Methodik

Im Rahmen der ambulanten gynäkologischen Untersuchungen wurde bei sämtlichen neuen Quartalsfällen neben der Tastuntersuchung kolposkopiert, unabhängig von makroskopischen Befunden und auch von einer späteren Abrechnungsmöglichkeit. Daneben wurde die Zytologie in zunächst geringem, dann zunehmendem Maß eingesetzt. Die zytologischen Untersuchungen übernahm Herr Privatdozent Dr. H. J. SOOST in den Laboratorien zunächst der I. Universitäts-Frauenklinik München bzw. später des Bayerischen Landesverbandes zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheiten; auch an dieser Stelle möchte ich für die Übernahme der Untersuchungen ebenso wie für die fruchtbare Zusammenarbeit meinen Dank aussprechen. Anfänglich wurde die Zytologie besonders zur Abklärung atypischer Kolposkopiebefunde eingesetzt und häufig histologisch kontrolliert; nach den dabei gemachten günstigen Erfahrungen wurde sie mehr und mehr angewendet und ersetzte schließlich die histologische Abklärung bei unverdächtiger Malignitätsbeurteilung. In den letzten Jahren wurde die Zytologie gegenüber den Krankenkassen vertreten in allen Fällen von kolposkopisch atypischem Epithel, von kolposkopisch oder zytologisch unklaren Vorbefunden, von Parametrienbefunden einschließlich Narben, bei älteren Patientinnen mit kolposkopisch nicht mehr einsehbarer Platten-Zylinderepithelgrenze und bei Krebsangst auch ohne diese Vorbedingungen.

In der Privatambulanz wurde die Zytologie bei Einverständnis generell angewandt. Erspart wurde die Zytologie dagegen bei jüngeren Frauen mit normaler Portio und gut übersehbarer Platten-Zylinderepithelgrenze, bei Frauen vor (fraktionierten) Kürettagen, nach kürzlich vorausgegangener Zytologie oder Kürettage und

harmlosen Vorbefunden. Außerdem wurde die Zytologie auch bei klinisch sicherem Karzinom erspart und baldigst die histologische Sicherung angestrebt. Freilich verursacht gerade diese Einschränkung eine Senkung der zytologischen Trefferprozente und verschlechtert das optische Bild der zytologischen Erfolge.

Bei Fluor vaginalis war Fluordiagnostik mit Nativpräparat und gezielte Therapie Vorbedingung für die Zytologie, um die durch entzündliche Veränderungen bedingten diagnostischen Schwierigkeiten und damit Wiederholungsuntersuchungen zu vermeiden. Zur Abnahme des zytologischen Abstrichs hat es sich auch hier bewährt, die Spekulumuntersuchung an den Anfang der gesamten Untersuchung zu stellen, nach orientierender Kolposkopie ohne Abtupfen der Portio den zytologischen Abstrich – mit Watteträger – zu entnehmen und erst dann Kolposkopie mit Essigsäurebehandlung der Portio und gynäkologische Tastuntersuchung anzuschließen.

An Zahlen sind zu nennen: 600 bis 800 Quartalsfälle, im Jahr etwa 2500 Fälle mit Einschluß der Wiederholungsuntersuchungen aus Vorquartalen. Die Gesamtzahl der ein-, mehr- oder oftmals untersuchten Frauen kann nur geschätzt werden, sie dürfte 10 000 bis 12 000 betragen.

Durch Anfrage an 51 einweisende Ärzte wurden Statistik und Verlaufsbeobachtung bei Krebsvorsorge und Karzinomfällen kontrolliert. Beantwortet wurde diese Anfrage von 35 Kollegen über 124 Patientinnen, darunter auch einige hier nicht aufgeführte Verdachtsfälle.

	1959	60	61	62	63	64	65	66	67	68	Ges.
Colli O	4	4	-	2	3	3	4	1	3	3	27
Colli O, auswärts diagnostiziert	-	1	1	-	-	-	1	-	1	-	4
Anzahl der zytologischen Untersuchungen	50	100	150	150	296	195	208	313	407	508	
Alter der jüngsten	31	40	37	32	39	35	27	-	35	25	
Alter der ältesten Patientin	41	51	-	41	41	53	67	46	59	42	
gesund	2	3	-	1	2	-	4	1	4	3	20
verstorben	-	-	-	1*)	-	-	-	-	-	-	1*)
unbekannt	2	2	1	-	1	3	1	-	-	-	10

a) Anzahl nicht mehr genau zu ermitteln, Schätzwerte
*) 1966 an Magenkarzinom verstorben

Tabelle 1

Carcinomata in situ (intraepitheliale Karzinome, gesteigert atypische Epithelien) der Portio aus ambulantem und stationärem gynäkologischen Krankengut am Kreiskrankenhaus Kelheim 1959–1968 mit Angabe der zytologischen Untersuchungen und des Lebensalters der jüngsten und ältesten Patientinnen

Nicht beantwortet wurde sie von 10 Kollegen bezüglich 33 Patientinnen und von weiteren 6 Kollegen bezüglich 0 Patientinnen, die zur Gegenprobe ebenfalls angeschrieben worden waren. Von den 33 oben genannten Patientinnen waren anderweitig bekannt 15, auch Verdachtsfälle; unbekannt blieben 25 Karzinomfälle, davon 17 aus den Jahren 1959 bis 1963.

Ergebnisse

Neben 82 Fällen von Carcinoma colli I–IV fanden sich hier diagnostizierte 27 und weitere übernommene 4 Colli-0-Fälle. Außerdem wurden 28 Korpus- und 21 Ovarialkarzinome sowie 10 anderweitige Karzinome beobachtet. Einzelheiten zeigen die Tabellen 1 und 2:

Carcinoma	59	60	61	62	63	59-63	64	65	66	67	68	Ges.	
vulvae	2	-	-	-	-	2	-	-	1	-	1	4	
lebt	0					0			1		0	1	
verst.	2					2			0		1	3	
vaginae	1	1	1	-	2	5	-	-	-	-	-	5	
lebt	0	0	0		0	0						0	
verst.	1	1	1		1	4						4	
colli I–IV	11	4	9	8	9	41	7	9	13	6	6	82	
lebt	4	0	6	4	4	18	5	4	6	3	6	42	
verst.	5	3	1	2	2	13	2	5	4	1	0	25	
corporis	2	2	2	4	3	13	3	2	5	2	3	28	
lebt	1	0	1	2	0	4	1	2	3	1	3	14	
verst.	1	1	1	1	1	5	1	0	1	0	0	7	
ovaril	2	3	2	2	1	10	-	1	1	6	3	21	
lebt	0	0	0	0	0	0		0	0	1	3	4	
verst.	2	2	2	2	0	8		1	1	5*	0	15*	
Ligamenti lati												1	1
lebt												1	1
verst.												0	0
Gesamt	18	10	14	14	15	71	10	12	20	14	14	141	
lebt	5	0	7	6	4	22	6	6	10	5	13	62	
verst.	11	7	5	5	4	32	3	6	6	6	1	54	
unbek.	2	3	2	3	7	17	1	0	4	3	0	25	

*) 1 Suicid ante finem

Dezu folgende Neoplasmen in graviditate:

1 Coecum-Ca in graviditate 1959

1 neurogener Tumor am Sacrum in graviditate 1964

1 Peutz-Jeghers in graviditate 1966, Inop.

Tabelle 2

Invasive gynäkologische Karzinome 1959–1968 am Kreiskrankenhaus Kelheim

Von sämtlichen Kollumkarzinomen waren in der Ambulanz nur drei voruntersucht worden, regelmäßig nur zwei; ein weiteres Kollumkarzinom wurde 17 Monate nach hier erfolgter Entbindung festgestellt. Nicht mehr in der Statistik aufgeführt ist ein im Januar 1969 festgestelltes exophytisches Portiokarzinom, dessen Trägerin hier im April 1968 bei sehr starker Blutung einer Abortuskürettage unterzogen worden war; der Ehrlichkeit und der daraus zu ziehenden Konsequenz halber soll auch dieses erwähnt sein. Von sämtlichen hier

ambulant oder stationär behandelten enderen Patientinnen war keine weitere unter den Krebspatientinnen; mit anderen Worten, keine weitere der Krebspatientinnen war vorher hier ambulant oder stationär behandelt worden.

Felsch negativ fiel die Zytologie nur in zwei Fällen aus, in dem einen allerdings mehrmals. Einzelheiten dazu möge die kurze Fallschilderung der erwähnten fünf Patientinnen aufzeigen:

1. Patientin, 40 Jahre, seit 1961 in Überwachung mit langsam zunehmender kolposkopisch zunächst nicht suspekter Pseudoerosion der Portio. 1965 kleine Leukoplakie, zytologisch unauffällig. Wegen Zunahme der Erosion erste Gewebsentnahme und fraktionierte Kürettege 1965, histologisch uneuffällig. 1966 Zunahme der Epithelatyphen, Zytologie (hier und weitere zweimal nur von der sehr suspekten Atypie, nicht aus dem Zervikalkanal) war wieder unverdächtig. 1966 Elektrokonisation und fraktionierte Kürettege, 1967 fraktionierte Kürettege, sämtliche demels ohne histologischen Verdacht einer Malignität. August 1968 Zytologie wiederum negativ. Trotzdem entschloß man sich nun doch zur Exstirpation des Uterus, die wegen vier vorausgegangener Laparotomien bislang hinausgezögert worden war. Im Operationspräparat fand sich nun das lange befürchtete Karzinom, und zwar hoch in der Cervix uteri. Die Nachbeurteilung der Histologie bestätigte nun auch sehr kleine Partien eines hochdifferenzierten Adenokarzinoms in den Präparaten von 1966 und 1967. Besonders tragisch ist die Verkettung negativer zytologischer und histologischer Befunde, die wohl als extremer Ausnahmefall angesehen werden darf.

2. Patientin, 56 Jahre, wurde im September 1967 wegen suspekter Epithelveränderungen an der Portio und bei Zytologie Papanicolaou Gruppe IV einer Elektrokonisation und fraktionierten Kürettege unterzogen; histologisch konnte ein Karzinom nicht verifiziert werden. Der weiteren Überwachung stellte sich die Patientin nur lax. Am 7. 12. 1967 Zytologie Gruppe III, am 7. 5. 1968 Gruppe II nach Papanicolaou. Am 5. 11. 1968 wegen kolposkopisch wiederum suspektem Befund neuerdings Gewebsentnahme, die nun ein Plattenepithelkarzinom im Portio-, Zervix- und Korpusbereich bestätigte.

3. Patientin, 43 Jahre, war wegen einer kolposkopisch sehr unruhigen Epithelatypie fast zwei Jahre regelmäßig kontrolliert worden, die Zytologie war immer unverdächtig ausgefallen. Nach Wohnortwechsel hatte sie die dringend angeordneten Nachuntersuchungen verabsäumt und war dann nach 14 Monaten doch wieder in meine Sprechstunde gekommen. Nun lag bereits ein invasives Plattenepithelkarzinom von Kleinfingernagelgröße vor.

4. Patientin, 29 Jahre, erkrankte 1968, 17 Monate nach ihrer zweiten Entbindung, an einem exophytischen Portiokarzinom. Wahrscheinlich wäre zum Zeitpunkt der Krankenhausentlassung nach der Entbindung schon ein kolposkopischer Verdacht zu erheben gewesen, wenn diese Untersuchungen damals aus personellen Gründen hätten schon durchgeführt werden können.

5. Patientin, 43 Jahre, war im April 1968 bei starker Blutung einer Abortuskürettege unterzogen worden. Im Januar 1969 war ein ausgedehntes exophytisches Portiokarzinom festgestellt worden, dessen Vorstadien eine Kolposkopie post abrasionem sicher schon erkennbar gemacht hätte. Aus den oben genannten Gründen war diese auch hier unterblieben. Von den Patientinnen mit Carcinoma in situ (gesteigert atypischem Epithel) ist nach Behandlung bisher

keine einzige an einem invasiven Karzinom erkrankt. Die Behandlung bestand vorwiegend aus Elektrokonisation, selten scharfer Konisation der Portio, und vereinzelt — bei Rezidiven des atypischen Epithels — in der Totalexstirpation des Uterus.

Weitere Beobachtungen

Unter allen weiteren Kollumkarzinomen war nur noch eines, das keine anamnestischen oder kolposkopischen Warnzeichen aufgewiesen hatte; dieses wäre ohne Zytologie mit Sicherheit verschleppt worden.

Das kleinste zur Beobachtung gekommene Portiokarzinom war metallstecknadelkopfgroß und nur kolposkopisch sichtbar. Es war zytologisch nicht voruntersucht. Man kann sich leicht vorstellen, daß zytologisch nur gezielte Entnahme einen entsprechenden Befund ergeben hätte.

Folgende Fehler wurden beobachtet:

1956 war ein gesichertes Zervixkarzinom mit einfacher Totalexstirpation des Uterus ohne Nachbestrahlung behandelt worden. Nach 4 $\frac{1}{2}$ Jahren wurde hier ein Beckenwandrezidiv festgestellt. Trotz Strahlenbehandlung kam es zu diffuser Metastasierung und Exitus 1962.

Nachdem 1956 aus einer Probeexzision von der Portio gesteigert atypisches Epithel festgestellt worden und die Patientin weder behandelt noch überwacht worden war, wurde hier 1959 ein Plattenepithelkarzinom der Portio Stadium III gesichert. Heilung nach Strahlenbehandlung.

1951 sogenanntes präinvasives Plattenepithelkarzinom der Portio, mit abdominaler Totalexstirpation behandelt. Einige Jahre später Scheidenstumpfrezidiv. Nachsorgeuntersuchungen hätten dies wesentlich früher verifizieren lassen.

Zweitkarzinome wurden folgende gesehen:

Ovarialkarzinom 12 Jahre nach Mammakarzinom
Magenkarzinom 4 Jahre nach Colli-O der Portio
Korpuskarzinom gleichzeitig mit Ovarialkarzinom
Kleinzelliges Karzinom in Fibromyomknoten des Ligamentum latum 2 Jahre nach Mammakarzinom, vermutlich doch wohl metastatisch

Spätrezidive an der Portio fanden sich nach 16 und nach 12 Jahren.

Überlebenszeiten in einigen Fällen von Behandlungsverweigerung waren

5 Jahre bei Zervixkarzinom einer 56jährigen Frau
3 Jahre bei Korpuskarzinom einer 64jährigen Frau
3 Jahre bei exulzeriertem Portiokarzinom einer 92jährigen Frau.

Die Verteilung der Karzinomfälle in geographischer Hinsicht war in den ersten acht Jahren insofern interessant, als die Kreisstadt mit Kollumkarzinomen einen weiten Vorsprung hatte, mit Ovarialkarzinomen dagegen weit unter dem zu erwartenden Wert lag. Die letzten zwei Jahre haben dieses Bild gründlich verwischt, so daß die anfangs vermutete Geographie des Karzinoms jedenfalls bei dieser kleinen Zehl nicht dis-

Drei Alternativen für die Heufiebertherapie

Urbason® Depot

1 Einfachste Behandlung im
Prodromalstadium

Urbason Depot

1 Manobject® i.m.

Indikation: Prodromalstadium mit beginnenden Beschwerden, evtl. auch prophylaktische Anwendung. Wegen ihrer Einfachheit verdient diese Behandlung den Vorzug, sofern auf einen raschen Wirkungseintritt verzichtet werden kann.

Wirkung: Meist am folgenden Tag einsetzend, wochenlang anhaltend, eine Injektion meist für die Dauer der Saison ausreichend.

2 Steuerbare Behandlung im
akuten Stadium

Urbason retard

z. B. als 7-Tage-Kur: 3 Tage je 2,
4 Tage je 1 Dragee zu 8 mg.

Indikation: Akutes Stadium mit starken Beschwerden, daneben auch bei „Spritzenscheu“.

Wirkung: Innerhalb kurzer Zeit einsetzend, meist über die Dauer der Medikation hinaus für die ganze Saison ausreichend. Andernfalls beim allmählichen Wiedereinsetzen der Beschwerden Injektion von Urbason Depot, um den Effekt zu verlängern.

3 Behandlung für Sonderfälle
mit Soforteffekt

Urbason Depot

1 Manobject i.m. und gleichzeitig

Urbason solubile

40 mg i.v.

Indikation: Besondere Situationen, in denen schnellste Wiederherstellung der vollen Leistungsfähigkeit von großer Bedeutung ist.

Wirkung: Fast sofort einsetzend, wochenlang anhaltend.



Farbwerke Hoechst AG · 6230 Frankfurt (M) 80

neu

Ekzemtherapie
mit

Locasalen[®]

Salbe

subakut trockene
chronische
perchronische
Ekzeme

wirkungsvoll
behandeln

Zusammensetzung:
0,02% Flumethasonpivalat
3% Salicylsäure

Eigenschaften:

In Locasalen verbinden sich die therapeutischen Qualitäten von zwei bewährten Wirkstoffen: dem doppeltfluorierten Corticoid Flumethasonpivalat und Salicylsäure, inkorporiert in einer speziell formulierten fettreichen Salbengrundlage.

Die Corticoidkomponente wirkt intensiv antiphlogistisch, entzündungshemmend, entiproliferativ und antipruriginös. Die Salicylkomponente verleiht dem Präparat zusätzliche squamolytische, keratolytische, antiparakeratotische und antiseptische Eigenschaften. Die speziell formulierte Salbengrundlage verstärkt die Tiefenwirkung des Corticoids und fördert die Heilung.

Indikationen:

Alle subakuten bis perchronischen und insbesondere hyperkeratotischen Hautkrankheiten, chronische Ekzeme, Neurodermitis, Psoriasis, tylotische Ekzeme, Lichen chronicus Vidal, Lichen ruber, Dysidrosis chronica, Erythematodes chronicus cutaneus, Ichthyosis.

Kontraindikationen:

Hauttuberkulose, luische Hautaffektionen, frische Virusinfektionen der Haut. Locasalen darf nicht auf die Augenbindehaut appliziert werden.

Handelsformen:

Originalpackung zu 15 g
Anstaltspackungen zu 60 g und 300 g (5 × 60 g)

C I B A

kutiert werden kann. Aufgefallen ist die auch an größeren Zahlen beobachtete Abnahme des Kollumkarzinoms in den letzten Jahren.

Wert von Kolposkopie und Zytologie

Während die Kolposkopie schon eine ziemlich große Sicherheit in der Krebsvorsorge – vor allem bei jüngeren Frauen – bietet, sind doch suspekta Befunde nach meiner Schätzung noch in $\frac{2}{3}$ bis $\frac{3}{4}$ der Fälle zytologisch weiter differenzierbar. Mit anderen Worten: die Sicherheit der Untersuchung wird durch die Zytologie erheblich gesteigert und die Zahl der Probenentnahmen kann wesentlich verringert werden. Mit dieser Zielsetzung hat auch ein negativer Zytologiebefund einen erheblichen Wert, über den eine zytologische Trefferprozentstatistik nichts aussagen kann. Trotz dieser hohen Einschätzung der Zytologie sollte die Kolposkopie bei der fachärztlichen Untersuchung jedoch keineswegs fehlen, da sie die diagnostischen Möglichkeiten bereichert und sozusagen die Sicherheit der Untersuchung „vom anderen Ende her“ vergrößert, weil sie die Feststellung noch benignen aber doch schon vermehrt kontrollbedürftiger Epitheltypen ermöglicht und weil sie bei jüngeren Frauen mit gut einsehbarer Platten-Zylinderepithelgrenze auch die sparsamere Anwendung der Zytologie erlaubt.

Die generelle Anwendung der Zytologie ist in der Karzinomvorsorge unbedingt nötig. Bei aller Wertschätzung der Kolposkopie muß man klar sehen, daß diese für die Krebsvorsorge nicht obligatorisch gefordert werden kann, will man nicht die breite Anwendbarkeit opfern und damit die Krebsvorsorge selbst. Unbestritten ist der Wert der Kolposkopie in der fachgynäkologischen Sprechstunde, in die vom vorsorgeuntersuchenden Arzt auch alle Fälle etwa einer „Portioerosion“ mit nicht absolut einwandfreier Zytologie überwiesen werden sollten.

Kostenfragen

Zwei hiesige Krankenkassen haben mir – entgegenkommenderweise – die Unterlagen über die Kosten zur Verfügung gestellt, die für ihre Mitglieder bzw. Familienversicherten wegen Kollumkarzinomen entstanden sind. Für dieses Entgegenkommen möchte ich mich auch hier ganz besonders bedanken. Da die kleinere der beiden Kassen nur vier invasive und ein in-situ-Karzinom, das letzte 1964, aufweist, bringe ich im folgenden nur die Zahlen einer Kasse.

a) 8 Colli-O-Fälle DM 4209,33
davon 2 mit zweimaliger Konisation und vaginaler Totalexstirpation des Uterus (DM 1312,65 und 1038,37)
1 mit zweimaliger Konisation (DM 543,40 plus 230,51 Krankengeld)
3 mit einmaliger Konisation (DM 74,—; 76,20; 68,—)
1 einschließlich Kosten für Operationsaufenthalt bei Tubarabort, wobei die Atypie

diagnostiziert und behandelt worden war (DM 305,10)

1 einschließlich Kosten für stationär internen Aufenthalt wegen Nieren-Tbc.-Ausschluß (DM 560,—)

Der ungereinigte Durchschnitt ergibt DM 526,17; setzt man für die beiden letzten Fälle mit einmaliger Konisation einen vergleichbaren Betrag (DM 80,—) ein, so ergibt sich ein gereinigter Durchschnitt von DM 438,03.

b) 28 invasive Kollumkarzinomfälle

Krankenhauskosten	DM 45 192,23
Krankengeld (5mal)	13 439,68
Sterbegeld (5mal)	1 986,30
Gesamte Kosten	DM 60 618,21
Durchschnitt 28 Fälle 1959–1968	DM 2 164,94
Durchschnitt 13 Fälle 1963–1968	DM 2 963,73

In den letzten fünf Jahren waren nicht nur die Krankenhauskosten gestiegen, sondern hat auch die Berufstätigkeit der Frau und damit das für Selbstversicherte anfallende Krankengeld zugenommen.

Interessant ist nun die Frage, was im Idealfall der Vorsorge die Behandlung aller dieser Fälle als Colli-O gekostet hätte und wie groß die Ersparnis gewesen wäre. Dazu das folgende Planspiel mit Zahlen:

Tatsächliche Kosten für 28 invasive plus 8 Colli-O-Fälle	DM 64 827,54
dagegen hätten 36 Colli-O-Fälle gekostet (36 x 438,03)	DM 15 769,08
und es wären erspart worden	<u>DM 49 058,46</u>

Dabei handelt es sich um reine Kosten der Krankenkassen; unberücksichtigt ist dabei, wie sich bei den invasiven Fällen die Kosten weiter belaufen werden, wie der volkswirtschaftliche Verlust durch die Erkrankung und wie die öffentlichen Zuschüsse für Kliniken und Krankenhäuser weiter ins Gewicht fallen.

Aus dem ersparten Betrag von DM 49 058,46 hätten 2230 Vorsorgeuntersuchungen bezahlt werden können.

Konsequenzen für die weitere Arbeit in der Krebsvorsorge

Nach den bisherigen Erfahrungen sind für die auf breiter Ebene durchzuführende Krebsvorsorge bei der Frau folgende Forderungen und Anregungen anzumelden:

1. Unabdingbar ist die eingehende gynäkologische Untersuchung mit gründlicher Anamnese, SpekulumEinstellung und zytologischer Abstrichentnahme aus Portio und Zervikalkanal. Ganz deutlich sei ausgesprochen, daß die Abnahme des zytologischen Abstriches allein – ohne Tastuntersuchung – noch keine Vorsorgeuntersuchung ausmacht. Bei Fluor wird es nützlich sein, vor der Zytologie gezielte Fluorbehandlung zu betreiben.
2. Die Kolposkopie, so wertvoll sie ist, sollte wohl zur Vorsorgeuntersuchung nicht grundsätzlich gefor-

- dert werden, um nicht das ganze Vorsorgeprogramm in Frage zu stellen. Die Abklärung atypischer Befunde an der Portio aber, soweit auch die Zytologie nicht sicher einwandfrei ist, darf keine Leistung der Vorsorge mehr sein, sondern gehört — wie seit jeher — in die Hand des Fachgynäkologen, der dazu neben den anderen Möglichkeiten auch die Kolposkopie einsetzen kann.
3. Die Zytologie, bis zur Einführung der Krebsvorsorge immer mit dem Begriff „Engpaß“ koordiniert, verdient besondere Aufmerksamkeit. Trotz des Engpasses müssen strenge Voraussetzungen für die Zytologie gefordert werden, denn eine unzuverlässige Zytologie ist schlechter als gar keine. Gerade hier gilt es besonders, die Ärzte an der Front der Krebsvorsorge durch eine möglichst einwandfreie Zytologie zu sichern und die Vorsorge selbst nicht in Mißkredit kommen zu lassen; es gilt, den Krankenkassen unnötige Ausgaben für vermeidbare Nachuntersuchungen oder histologische Klärungen zu ersparen; vor allem aber gilt es, die Patientinnen vor den Folgen unzureichender Diagnostik zu schützen.
 4. Die Frist der Vorsorgeuntersuchungen scheint mit 12 Monaten auszureichen; bei jüngeren Frauen mit rascherem Epithelwachstum sollte diese Frist bezüglich ihres Auslangens besonders genau beobachtet werden.
 5. Als Idealforderung wäre anzustreben, auch jüngere Frauen, die bereits geboren haben, in die Krebsvorsorge einzubeziehen, da diese unbestreitbar mehr gefährdet sind als Nulliparae.
 6. Eine große Zahl parallelaufender Untersuchungen könnte eingespart werden, wenn abrechnungsmäßig die Möglichkeit bestünde, aus der „normalen“ Sprechstunde heraus zytologische Vorsorgeuntersuchungen zu veranlassen. Dabei wäre ähnlich mit dem Vorsorgeschein zu verfahren, um Doppeluntersuchungen auszuschließen. Ohne diese Möglichkeit der Zytologie würde auf die Dauer die fachgynäkologische Sprechstunde abgewertet, die doch immer in besonderer Weise auch eine Krebsvorsorge umfaßte.
 7. Die Mithilfe der Allgemeinärzte, die an der Gynäkologie interessiert und in ihr ausreichend ausgebildet sind, muß begrüßt werden. Von den Fachgynäkologen allein könnte die Vorsorge nicht bewältigt werden; auch ist es ein berechtigtes Anliegen der genannten Ärzte, von dieser Aufgabe nicht ausgeschlossen zu werden. Natürlich wird jeder Arzt eine Tätigkeit auf diesem Gebiet unterlassen, wenn er nicht genügend Zeit oder genügend Erfahrung dafür hat, erstens, um nicht das Vertrauen seiner Patientinnen zu mißbrauchen und zweitens, um sich im Fall einer dann unausbleiblichen Fehldiagnose nicht Angriffen von Patientin oder Angehörigen auszusetzen, die bis zu juristischen Komplikationen denkbar sind.
 8. Auch in der stationären Behandlung sollte die Durchführung der Krebsvorsorge angestrebt werden. Während diese bisher durchschnittlich wohl mit den Leistungen der Untersuchung und Kolposkopie möglich sein sollte, wäre auch noch die Zytologie anzustreben, die dann möglich würde, wenn auch innerhalb stationärer Behandlung der Krebsvorsorgeschein angenommen werden könnte.
 9. Bei der sehr großen Verantwortung, die jede Tätigkeit in der Krebsvorsorge den beteiligten Ärzten abverlangt, halte ich zur Sicherung und gleichzeitigen Selbstkontrolle der Kollegen folgende Vorschläge für berechtigt:
 - a) Aufbewahrung der Untersuchungsunterlagen, auch der zytologischen Präparate, obligatorisch für wenigstens fünf Jahre;
 - b) obligatorische Meldung von Karzinomfällen, denen eine Vorsorgeuntersuchung vorausging, an die Abrechnungsstellen, die Statistik führen;
 - c) obligatorische Meldung dieser Fälle durch die Abrechnungsstellen an ein Gremium, das von den Landesärztekammern zu ernennen wäre und dem Ärzte aller beteiligten Tätigkeitsbereiche angehören sollten sowie Nachricht hierüber an den behandelnden Arzt;
 - d) Besprechung von Fehldiagnosen anhand der Unterlagen, in einfacheren Fällen schriftlich.
- Diesen Vorschlag möge man im Hinblick auf die recht gut funktionierenden amerikanischen Gebräuche nicht als Zumutung oder permanentes Mißtrauen sehen; solche Maßnahmen wären zweifellos ein Schutz der mit großem Einsatz tätigen Ärzte und ebenso sehr ein solcher der Patientinnen vor einer hier besonders gefährlichen Unterfunktion. Auch und gerade hier kann uns „das Gesetz nur Freiheit geben“.
10. Die Vorsorgeuntersuchungen erfordern sehr viel Zeit. Eine Rationalisierung wenigstens der Anamneseerhebung durch Fragebogen und durch gesonderte Sprechstundenzeiten wird unumgänglich sein. Besonders muß den Frauen der Charakter der Vorsorgeuntersuchungen klargemacht werden, die keine Beratung für Erkrankungen oder allerlei Beschwerden sein kann. Eine persönliche Beratung über Maßnahmen der Selbstuntersuchung ist unmöglich und völlig unwirtschaftlich; solche Unterweisungen müssen Vorträgen vorbehalten bleiben.
- Ein Anamnesefragebogen wurde hier ausgearbeitet und wird gegenwärtig erprobt; er enthält alle warnenden Antworten in einer senkrechten Reihe angeordnet und erlaubt eine rasche Übersicht sowie gezielte weitere Fragen; auch ist die Patientin gedanklich schon auf die Art der Fragen vorbereitet. Wieviel qualvolle Minuten dauert es oft, allein den Termin der letzten Regel zu erfragen! Das Blatt zeigt die folgende Abbildung:

Sprechstundenblatt für die Krebsvorsorgeuntersuchung (Die Befundseite ist auf den Durchschreibesatz abgestimmt)

Kreis Krankenhaus Kefele
Gynaekologische Abteilung
KREBSVORSORGEUNTERSUCHUNG

Datum _____
Abn.Nr. V - _____

Anweisungen zur Ausfüllen der 1. und 2. Seite :

- 1) Personalien bitte in Druckschrift oder Schreibmaschine. Sollte Ihnen dies nicht möglich sein, wird dies gerne für Sie an der Anmeldung geschrieben.
- 2) Bitte die ganze Frage vor Beantwortung durchlesen
- 3) Kreuze bzw. Zahlen bitte in die entsprechenden Kästchen
- 4) Sollten Sie eine Frage nicht beantworten können, lassen Sie diese offen und bezeichnen die Frage auf der linken Seite des Blattes mit einem Fragezeichen
Sollte eine Frage für Sie nicht zutreffen, können Sie diese durchstreichen oder einfach offenlassen
- 5) Falls ein Untersuchungsblatt verschrieben oder anderweitig unbrauchbar werden sollte, besorgen Sie sich bitte Ersatz oder kommen Sie entsprechend früher zur Untersuchungstermin
- 6) Falls die Beantwortung überhaupt Schwierigkeiten macht, kommen Sie bitte etwa 30 Minuten vor der Untersuchungstermin; Hilfe zum Ausfüllen wird Ihnen gern geboten
- 7) **BITTE DAS BLATT NICHT FALTEN !**

Name (in Druckbuchstaben)	Vorname
Geburtsdatum	Beruf
Wohnort	Straße, Nr.
Krankenkasse	Versicherter, Name, Geburtsdatum

Bitte beantworten Sie die Fragen auf dieser und der nächsten Seite möglichst genau durch Ankreuzen, Zahlen oder weitere Angaben. Nähere Anweisungen auf der letzten Seite dieses Blattes; bitte diese vor dem Ausfüllen durchlesen!

Wurden Sie im Krankenhaus Kefele früher schon untersucht? ja nein
Abteilung: Chirurgie Innere Medizin Gynaekologie wann _____

Letzte Krebsvorsorgeuntersuchung durch Dr. _____ in _____
wann (Monat, Jahr) _____

Wurde bereits ein Probenschnitt durchgeführt: aus der Brust von Muttermund
Ausschabung durch Dr. _____ wenn _____
Ergebnis: _____

Nehehen Sie zur Zeit Medikamente ein? Nein?

"Pille"	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____
Oestrogene	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____
andere Mittel	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____

Die Mitteilung etwaiger krankhafter Befunde an den Hausarzt ist sehr zweckmäßig. Sofern Sie mit einer solchen einverstanden sind, tragen Sie bitte hier den Namen des Hausarztes ein: Dr. _____ te _____

bitte wenden!

Spätere Ergebnisse :

Lebensalter _____

Familienstand verheiratet ledig
verwitwet, geschieden

Zahl der Geburten _____ keine
Frühgeburten (wie schwer?) _____ keine
Abgänge (bis 6. Monat) _____ keine
davon fieberhafte Abgänge _____ keine

Alter bei der ersten Entbindung _____

Haben Sie gestillt? ja nein

Bemerkten Sie in letzter Zeit Knoten in der Brust? ja nein

Monatsblutung (Regelblutung) unregelmäßig regelmäßig
alle bis Lage, Dauer
stark mittel schwach
letzte Monatsblutung am _____, Dauer _____ Tage

Unregelmäßigkeiten der Monatsblutung seit wann _____ ja nein
Scheierblutungen vor der Monatsblutung ja nein
Scheierblutungen nach der Monatsblutung ja nein
Tropfblutungen zwischen den Regelblutungen ja nein
Ganz unregelmäßige Blutungen ja nein
Blutungen bei oder nach Berührung (z.B. Verkehr) ja nein
Blutungen bei Wasserlassen oder Stuhlgang ja nein

Keine Monatsblutungen mehr seit (Jahr) _____

Blutungen nach den Wechseljahren (aus der Scheide) ja nein
bei oder nach Berührung (z.B. Verkehr) ja nein
nach Stuhlgang oder Wasserlassen ja nein
ohne erkennbaren Anlaß ja nein
Blutungen wie oft _____ wann zuletzt _____ seit wann _____

Ausfluß ja nein , Farbe rötlich weiß
bräunlich gelblich
grünlich farblos

Scheerzan seit wann _____ (Wo., Mon., Jahre?) ja nein
wo _____

Gewichtsabnahme seit wann _____ ja nein

Beeerkungen (z.B. anderweitige Blutungen -Darm, Blase)

Ärztlicher Befund

Meese		negativ <input type="checkbox"/>
Axillen		Beobachtung <input type="checkbox"/>
		verdächtig <input type="checkbox"/>
Diagnose		positiv <input type="checkbox"/>
<u>Genitale</u>		
Wulve		negativ <input type="checkbox"/>
Vagina		Beobachtung <input type="checkbox"/>
Portio		verdächtig <input type="checkbox"/>
Carvis		positiv <input type="checkbox"/>
Corpus		
Adnexe		
Perimetrium		
Beckenwand		

Inguinaldrüsen

Sonstiges _____ Kolposkopie

Klinische Diagnose

<u>Zytologie</u>	Pap.-Gruppe	I	II	III	IV	negativ <input type="checkbox"/>
	Wiederholung	_____	_____	_____	_____	zweifelhaft <input type="checkbox"/>
	Histologie nötig	_____	_____	_____	_____	positiv <input type="checkbox"/>

Weitere Maßnahmen hinsichtlich Krebsvorsorge anderweitige Therapie.

keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ambulante Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überweisung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mitteilung an Patientin se _____
an Hausarzt se _____

Die Bereitschaft zur Vorsorgeuntersuchung ist im letzten Berichtsjahr überaus stark angewachsen. Sicher spielt die sehr begrüßenswerte Lösung der Kostenfrage dabei ursächlich die wichtigste Rolle. Daneben darf aber die ärztliche Aufklärungstätigkeit nicht erlahmen; selbst reklameartige Werbung sollte dabei nicht gescheut werden. Ein Slogan – etwa „12 Monate kein Krebs“ – könnte dabei durchaus positiv wirken, ohne dem seriösen Anliegen der Krebsvorsorge Abbruch zu tun.

Die Zusammenarbeit zwischen Allgemeinärzten und Gynäkologen wird in dieser Aufgabe erneut bewiesen werden müssen. Diesbezüglich haben die zehn Berichtsjahre fast durchweg Erfreuliches gebracht. Die vorstehenden Resultate der Krebsvorsorge wären ohne intensives Zusammenwirken von Hausärzten und Gynäkologen nicht denkbar. In diesem Sinne soll dieser Bericht auch ein Dank an die einweisenden Kollegen für ihre Mitarbeit sein, aber auch die Bitte, diese Zusammenarbeit auch weiterhin bezüglich unsicherer und atypischer Befunde zu intensivieren.

Die Krebsvorsorge in der Gynäkologie ist heute bereits mit hoher Sicherheit anwendbar; sie ist für den, der die erschütternden Krankheitsverläufe des Karzinoms kennt – und wer von uns kennt sie nicht – eine großartige Aufgabe. Sie ist nicht nur eine Forderung der Zeit, eine berechnete Forderung unserer Patientinnen, sondern vor allem eine Forderung unseres eigenen Gewissens.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. A. Parchermeier, Chefarzt der Geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung des Kreiskrankenhauses, 8420 Kelheim, Hemauer Straße 54

Spezialkliniken zur internen Vor-, Weiter- und Nachbehandlung von Tumorkranken

in

8203 Oberaudorf/Bad Trißl
und

8974 Oberstaufen/Allgäu

für Kassen- und Privatpatienten.

Anmeldung und Aufnahme ausschließlich über die Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern, 8000 München 23, Königinstraße 85/IV. Von dort können auch die für den ärztlichen Befundbericht benötigten Formulare angefordert werden.

Standesleben

73. Deutscher Ärztetag

vom 22. bis 27. Mai 1970

Der 73. Deutsche Ärztetag, der vom 22. bis 27. Mai 1970 in Stuttgart abgehalten wurde, fand seinen Höhepunkt in der Öffentlichen Kundgebung am 26. Mai 1970.

Der Alterspräsident des Deutschen Ärztetages, Herr Dr. med. DOBLER, eröffnete die Veranstaltung, auf der als Gäste Frau Bundesminister Käthe STROBEL, der Innenminister des Landes Baden-Württemberg und der Oberbürgermeister der Stadt Stuttgart sprachen. Die Grüße der ausländischen Kollegen überbrachte Herr Dr. BROCARD, Generalsekretär der Französischen Ärztekammer.

Im übrigen wird auf die eingehende Berichterstattung über den 73. Deutschen Ärztetag und die Öffentliche Kundgebung im „Deutschen Ärzteblatt“ verwiesen.

Paracelsus-Medaille für verdiente Ärzte

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

Während der Öffentlichen Kundgebung des 73. Deutschen Ärztetages am 26. Mai 1970 in Stuttgart wurden mit der Paracelsus-Medaille ausgezeichnet:

Dr. med. Martin THOMSEN und Frau Dr. med. Grete THOMSEN

Professor Dr. med. Paul ECKEL

Professor Dr. med. Gustav HOPF

Drs. med. Grete und Martin Thomsen

Mit Grete und Martin Thomsen ehren die deutschen Ärzte ein Kollegen-Ehepaar, das unter oft harten Entbehrungen nahezu sein gesamtes Berufsleben der ärztlichen Betreuung von Menschen in Entwicklungsländern widmete. Mehr als drei Jahrzehnte arbeiteten die Missionsärzte Grete Thomsen als Internistin und Martin Thomsen als Chirurg selbstlos und opferbereit unter den besonderen Bedingungen tropischer Länder. Obwohl auch die materielle Basis ihrer Arbeit nicht selten in Frage gestellt war, baute das Ehepaar Thomsen mit bewundernswerter Energie und Ausdauer ein Netz von medizinischen Hilfsstationen auf der indonesischen Insel Nias auf und war zugleich um

die Ausbildung einheimischen Krankenpflege- und ärztlichen Hilfspersonals wie um ärztliche Nachfolge bemüht. Mit Grete und Martin Thomsen ehren die deutschen Ärzte stellvertretend zugleich alle diejenigen Kollegen, die häufig unter Verzicht auf berufliche Karriere, persönliches Wohlergehen, Einkommen und viele Annehmlichkeiten des Lebens in der Zivilisation mit Zähigkeit und Idealismus bemüht sind, den medizinischen Fortschritt in die entlegendsten Teile unserer Welt zu vermitteln.

Professor Dr. med. Paul Eckel

Die deutschen Ärzte ehren mit Paul Eckel einen Gesundheits- und Standespolitiker, der sich um seinen ärztlichen Berufsstand wie um das Gesundheitswesen Deutschlands und darüber hinaus Europas in vielen Jahrzehnten hervorragende Verdienste erworben hat. Schon als junger Arzt setzte sich Paul Eckel mit ausgesprochen politischer Begabung nachhaltig für die Belange der in den Krankenhäusern tätigen Assistenzärzte ein, deren Sprecher er als Vorsitzender des Reichsverbandes der angestellten Ärzte Deutschlands von 1928 bis 1935 war. In schwerer Zeit berief das Vertrauen seiner Kollegen Paul Eckel 1945 in zahlreiche Ehrenämter in Ärztekammer, Kassenärztlicher Vereinigung und ärztlichen Verbänden. Leitmotiv und Grundlage seines berufspolitischen Wirkens waren die Erhaltung und Sicherung unabhängiger und freier ärztlicher Tätigkeit als Voraussetzung einer die großen Möglichkeiten moderner Medizin nutzenden gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung. Schwerpunkte seines berufspolitischen Wirkens im Rahmen der Bundesärztekammer, deren Vizepräsident er viele Jahre war, bildeten die Leitung von Ausschüssen und Konferenzen für Probleme von Strahlenschutz und Atomenergie in der Medizin, von Krankenhausfragen wie Gestaltung des Sanitätswesens in der Bundeswehr. Weit über die Bundesrepublik hinaus wurde Paul Eckel als Vertreter der freien Berufe und Strahlenmediziner im Rahmen des Wirtschafts- und Sozialausschusses der Europäischen Gemeinschaften bekannt. Mit seinem Amt als Präsident des Weltärztebundes 1960/61 erreichte sein berufspolitisches Wirken für die Ärzte der Bundesrepublik und der freien Welt einen Höhepunkt.

Professor Dr. med. Gustav Hopf

Die deutschen Ärzte ehren mit Gustav Hopf einen Wissenschaftler, Arzt und Berufspolitiker, der durch sein Lebenswerk hervorragende Verdienste um die Medizin wie um seinen Berufsstand erworben hat. Der Schwerpunkt seiner wissenschaftlichen Arbeiten lag in seinem Fachbereich bei der Erforschung von Therapiegrundlagen der Dermatologie. Außerdem hat er maßgeblich bei der Schaffung der Gesetzgebung zur Verhütung der Geschlechtskrankheiten mitgewirkt. Darüber hinaus hat er durch zahlreiche wissenschaft-

liche Publikationen wesentliche Zusammenhänge zwischen Leben, Gesundheit und Ästhetik aufgezeigt. Die wissenschaftlichen Kosmetik-Kongresse entsprangen seiner Initiative. Als ein Arzt, der seiner Zeit in allen Abschnitten seines Lebens stets weit vorausdachte, hat er sich frühzeitig intensiv um die Weiterentwicklung vor allem der Struktur des ärztlichen Dienstes im Krankenhaus bemüht und wesentliche Beiträge geleistet, um das Generationenproblem im Krankenhausärztlichen Dienst zu lösen. Seine Bemühungen stützten sich auf ein fundiertes Wissen der Krankenhausverhältnisse im In- und Ausland, das ihm auch international einen hervorragenden Ruf als Sachkenner auf diesem Gebiet einbrachte. Gustav Hopf ist Präsident des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands und arbeitet seit vielen Jahren sowohl in den Krankenhausausschüssen der Bundesärztekammer wie auch des Ständigen Ausschusses der Ärzteschaften der EWG-Länder mit.

Entschließungen des 73. Deutschen rztetages

In seiner mehrtägigen Beratung faßte der 73. Deutsche Ärztetag u. a. folgende Entschließungen:

rztliche Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten

„Durch die Vorsorgemedizin wurden breit enwendbare Verfahren zur gezielten Früherkennung von Krankheiten entwickelt. Sie ermöglichen die erfolversprechende ärztliche Behandlung rechtzeitig entdeckter Gesundheitsstörungen, die die Lebenserwartung, des körperliche und geistige Wohlbefinden sowie die Leistungsfähigkeit wesentlich verbessern kann.

Der Deutsche Ärztetag weist auf diese großen Möglichkeiten der Vorsorgemedizin erneut hin. Er begrüßt die inzwischen erfolgte Verwirklichung einzelner Teile der von ihm vorgelegten Programme zur Früherkennung von Krankheiten. Gleichzeitig mehnt er, des schon vor längerer Zeit der Öffentlichkeit übergebene verwirklichungsreife Vorsorgeprogramm zur Verbesserung von Gesundheit und Lebensaussichten der Neugeborenen, Säuglinge und Kleinkinder endlich zu realisieren.

Das vom Aussch ‚Vorbeugende Gesundheitspflege‘ in Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer dem 73. Deutschen Ärztetag vorgelegte Programm für Vorsorgeuntersuchungen bei Männern jenseits des 45. Lebensjahres, das die rechtzeitige Erkennung bestimmter Krebsformen sowie Hinweise auf Lungen- und Magenkrebs, Herz-, Kreislauf-, Stoffwechsel- und Hernweg-erkrankungen ermöglicht, wird begrüßt.

Dem Gesetzgeber wird empfohlen, dfr zu sorgen, d alle diese Vorsorgeprogramme, wie auch das schon früher vorgelegte Programm zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau, in den Katalog der Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden und damit der Bevölkerung unter Wehrung der freien Arztwahl zugute kommen können.“

Ausbau des Unfallrettungswesens

„Der Aufbau des Unfallrettungswesens in der Bundesrepublik folgt heute noch zu stark zufälligen Gegebenheiten. Das führt dazu, daß die Unfallrettung nicht einheitlich, oft unsystematisch und im ganzen nicht so durchgeführt wird, wie es dem heutigen Stand der verkehrsmedizinischen Erkenntnisse und den technischen Möglichkeiten entspricht. Nur in wenigen Städten der Bundesrepublik bestehen — zumeist aufgrund persönlicher Initiativen — Unfallrettungsdienste, die den Erfordernissen einer modernen Unfallrettung gerecht werden. Im übrigen fehlt es vor allem an ausreichender Finanzierung, an Koordination zwischen den beteiligten Stellen und an Bereitschaft mancher lokaler oder regionaler Organisationen, in der Unfallrettung wirkungsvoll zusammenzuarbeiten.

Ein modernes Unfallrettungssystem besteht aus einer Kette verschiedener Maßnahmen: Sofortmaßnahmen am Unfallort, Meldung, Erste Hilfe, Transport, Fachbehandlung und anschließende Maßnahmen zur Wiederherstellung der Gesundheit. In den letzten Jahren sind zur Verbesserung der Unfallrettung zwar manche Bemühungen zu verzeichnen, doch fehlt die Systematik. Nur bei gleichmäßigem Ausbau aller Glieder der ‚Unfallrettungskette‘ und Ineinandergreifen der Maßnahmen kann es zu einem sachgerechten System der Unfallrettung kommen. Besonders zu bedauern ist, daß heute zersplitterte Kompetenzen und Eifersüchteleien dem entgegenstehen. Eine Vereinheitlichung des Unfallrettungswesens durch Koordination aller Beteiligten ist daher dringend erforderlich.

Durch vordringlichen Ausbau des Meldesystems sollten die hier noch bestehenden Lücken geschlossen werden, weil Verzögerungen in der Unfallmeldung die rechtzeitige ärztliche Hilfe gefährden kann. Zu fordern ist ein bundeseinheitlicher Notruf, die Ausstattung der Rettungsfahrzeuge mit Sprechfunk und die Installation von Rufsäulen nicht nur an den Bundesautobahnen, sondern auch an viel befahrenen Bundes- und Landesstraßen.

Der Deutsche Ärztetag weist auf die zahlreichen Vorschläge hin, die Ärzetege und Bundesärztekammer in den letzten Jahren zur Verbesserung des Rettungswesens vorgelegt haben. Beispielhaft macht er auf Anregungen zur Ausrüstung und zum Einsatz von Rettungswagen, die Ausarbeitung von Broschüren zur ‚Ersten ärztlichen Hilfe‘ und — in Zusammenarbeit mit den Hilfsorganisationen und anderen Stellen — über ‚Sofortmaßnahmen am Unfallort‘ sowie die Vorlage des Notfallausweises der Deutschen Ärzteschaft aufmerksam.

Die Ärzteschaft ist auch weiterhin bereit, bei der Modernisierung der Unfallrettung mitzuwirken, verkehrsmedizinische Erfahrungen dabei zur Verfügung zu stellen und sich bei der Koordination der Interessen zu beteiligen.

Der Deutsche Ärztetag appelliert an Bund und Länder, die Arbeiten an einem den Möglichkeiten und Bedürfnissen gerechtwerdenden Unfallrettungswesen zu beschleunigen und bald zu Ende zu führen. Er forderte die zuständigen Stellen auf, ausreichende finanzielle Mittel für den Ausbau des Unfallrettungssystems zur Verfügung zu stellen.“

Gefährdung der Jugend durch ungeeignete Fernsehsendungen

„Seit langem weisen Ärzte und Pädagogen immer wieder auf die Gefahren hin, die Jugendlichen durch für sie unge-

eignete Fernsehsendungen drohen. Vor allem Kriminalfilme und Westernserien, die derzeit einen erheblichen Raum in deutschen Fernsehprogrammen einnehmen, gefährden nicht selten durch die Darstellung von Grausemkeiten die kindliche Psyche. Kinder und Jugendliche sind in der Regel noch nicht in der Lage, zu differenzieren und zu werten. Das Fernsehen präsentiert ihnen eine Welt, in der die ‚Guten‘ wie die ‚Schlechten‘ unterschiedslos zur Gewalt greifen. Wenn denn — wie zumeist üblich — die Handlung zu einem guten Ende führt, wird die gezeigte Gewaltanwendung durch ‚Gute‘ in der Vorstellungswelt der Heranwachsenden quasi legitimiert. Damit verschieben sich bei einem nicht ausgereiften Publikum, dessen kritisches Unterscheidungsvermögen noch nicht hinreichend getornt ist, die Vorstellungen darüber, was erlaubt und was nicht erlaubt ist. Nur zu leicht wird die Jugend dazu verführt, vermeintlichen Vorbildern, die ihr in Filmen vorgestellt werden, nachzueifern.

Zu Ihrer Rechtfertigung veranlaßten Produzenten solcher Filme ‚wissenschaftliche Untersuchungen‘, die angeblich erwiesen, daß auch die ständige Konfrontation mit den in Film und Fernsehen gezeigten Brutalitäten keinen Einfluß auf die Verhaltensweisen der Menschen hat. Wie sehr aber gerade Heranwachsende zu kriminellen Handlungen durch derartige Filme angeregt werden, lassen die Aussagen jugendlicher Verbrecher immer wieder sehr eindringlich erkennen.

Der Deutsche Ärztetag fordert daher die Fernsehanstalten und alle zuständigen Behörden und Institutionen auf, dafür zu sorgen, daß vor allem am Nachmittag und am frühen Abend keine Filme oder Fernsehspiele dieser Art gezeigt werden.“

Werbeverbot für Zigaretten

„Wie sehr Zigarettenrauchen die Gesundheit gefährdet und das Entstehen von Herz- und Kreislauferkrankungen sowie von Lungenkrebs begünstigt, ist aufgrund bereits fundierter wissenschaftlicher Untersuchungen inzwischen allgemein bekannt. Durch Zigarettenrauchen wird aber nicht nur die Gesundheit der Raucher selbst, sondern auch solcher Personen in Mitteleidenschaft gezogen, die in häuslicher Umgebung oder am Arbeitsplatz dem Zigarettenrauch ihrer rauchenden Mitmenschen ausgesetzt sind.

Trotz der seit Jahren von der Bundesärztekammer und den Deutschen Ärztetagen und ihren beratenden wissenschaftlichen Gremien ausgesprochenen Warnungen und trotz aller Bemühungen der mit der gesundheitlichen Aufklärung der Bevölkerung befaßten Kreise ist der Zigarettenkonsum in der Bundesrepublik gegenüber dem Vorjahr erneut um fast 6% gestiegen. Dieser Anstieg dürfte auf den Einsatz immer größerer Werbemittel der Industrie zurückzuführen sein, dem gegenüber entsprechend wirksame staatliche Gegenmaßnahmen fehlen. In diesem Zusammenhang drängt sich die Vermutung und Befürchtung auf, daß ursächlich für fehlende staatliche Maßnahmen auch die Milliarden-Einnahmen aus der Tabaksteuer sind.

Der Deutsche Ärztetag appelliert erneut an alle, die es angeht, im gesundheitlichen Interesse der gesamten Bevölkerung und jedes einzelnen Menschen für Zigaretten ein generelles Werbeverbot zu erlassen. Die Unterbindung der Werbung für Zigaretten würde dazu beitragen, daß die in erster Linie gefährdeten Jugendlichen das Gefühl verlieren, ‚etwas zu versäumen‘ oder ‚keine vollwertigen und modernen Menschen‘ zu sein, wenn sie nicht rauchen.“

Zur Verordnung oraler Ovulationshemmer

Leitsätze des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer

Verabschiedet und veröffentlicht vom Wissenschaftlichen Beirat und vom Vorstand der Bundesärztekammer anlässlich des 73. Deutschen Ärztetages

1. Hormone sind hochwirksame Substanzen, die nur auf ärztliche Verordnung und unter ärztlicher Kontrolle genommen werden sollten.
2. Die ärztliche Verordnung erfordert ein sorgfältiges Abwägen der in Kauf zu nehmenden Nebenwirkungen gegen den erwünschten Effekt. Dies gilt in besonderem Maße für die Anwendung von hormonellen Kontrazeptiva bei gesunden Frauen.
3. Der gegenwärtige Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse veranlaßt die Bundesärztekammer zu folgenden Empfehlungen, die bei der Verordnung eingehalten werden sollten:

A) Vor Behandlungsbeginn

Ausschluß der Kontraindikationen durch eine gründliche Anamnese und allgemeinärztliche Untersuchung
Palpationskontrolle der Unterleibsorgane mit Spiegeleinstellung der Portio und zytologischer Abstrichkontrolle
Abtastung der Memmae
Kontrolle des Urins auf Zucker
Blutdruckmessung

B) Unter der Behandlung

In halbjährlichen Abständen:
Palpationskontrolle der Unterleibsorgane mit Spiegeleinstellung der Portio sowie Abtastung der Memmae
Urinuntersuchung auf Zucker
Blutdruckkontrolle
In jährlichen Abständen:
Zytologische Abstrichkontrolle
Leberfunktionstest bei Verdacht auf Leberschaden

C) Als Kontraindikationen gelten:

Vorgegangene Thromboembolien in der Schwangerschaft
Sichelzellanämie
hormonabhängige maligne Tumoren
Gruvidität
bestehender Leberzeffschaden
akute Leberinfekte
Schwangerschaftsiktterus in der Anamnese
familiäre, angeborene oder erworbene Störungen der Gallesekretion — wie der Dubin-Johnson und das Rotor-Syndrom
Aufreten von Migräne und Sehstörungen unter der Behandlung

D) Besondere Überwachung erfordern:

Thrombophlebitis in der Anamnese
stark ausgeprägte Verikosis
Epilepsie
Otosklerose
Fibromyome des Uterus
Hypertonie mit Herzerkrankungen

neu von **cascan**
Wiesbaden

Digitoxin*
+ Heparin

Ditaven®
Comp.-Creme

Indikationen:

Thrombophlebitis, entzündl. Infiltrate,
Hämatome, Distorsionen,
variköser Symptomenkomplex

Zusammensetzung:

100 g Ditaven comp.-Creme enthalten:
Digitoxin 30 mg
Heparin-Na 5000 I. E.

Handelsformen und Preise n. A. T.

Tube mit 25 g DM 4,90
Tube mit 100 g DM 16,15

*

Das neue Prinzip der lokalen Digitoxin-Therapie bei venösen Durchblutungsstörungen wurde erstmals mit der Einführung von Ditaven®-Lotion erfolgreich verwirklicht.

Diabetes
Tetanie
Porphyrie

4. Die Bundesärztekammer beobachtet sorgfältig die weitere Entwicklung der medizinischen Forschung auf dem Gebiet der hormonellen Kontrazeptiva. Sie wird praktisch wichtige Folgerungen aus neuen Erkenntnissen bekanntgeben.

Rauschmittel und Suchtgefahr

„Die deutsche Ärzteschaft verfolgt in Übereinstimmung mit maßgeblichen Wissenschaftlern in großer Sorge den außerordentlichen Anstieg des Gebrauchs von Rauschmitteln vor allem in weiten Kreisen der Jugendlichen.

Nachdem bereits der Alkoholismus zu schwerwiegenden sozialen und medizinischen Problemen führte, ist nunmehr festzustellen, daß durch den Gebrauch von bei uns neuartigen Rauschmitteln, so vor allem durch Produkte aus der Hanfdroge (Haschisch und Marihuana) zunehmend aber auch durch LSD (Abkömmling der Lysergsäure) und weitere den Bewußtseinsinhalt krankhaft verändernde Substanzen (Halluzinogenen), Probleme entstehen, die immer bedrohlicher werden. Während die Gefährlichkeit von LSD und verwandter Rauschgifte so deutlich ist, daß niemand dies in Zweifel zieht, muß nachdrücklich unterstrichen werden, daß auch Hanfdrogen-Präparate keineswegs harmlos sind. Bei längerem Gebrauch von Haschisch sind Persönlichkeitsdefekte ebenso erwiesen wie Psychosen bei hoher Dosierung oder persönlicher Disposition. Haschisch wird fast ausschließlich von Jugendlichen zwischen 14 und 25 Jahren genommen. Der Gebrauch ist bei diesen Jugendlichen besonders beliebt, um tatsächlichen oder vermeintlichen Schwierigkeiten auszuweichen. Empfindungen der Befriedigung und der glückhaften Entrückung unterhalten das Verlangen nach Wiederholung und nach stärker wirkenden Mitteln, vor allem bei persönlichkeitsgebundener oder situativer Gefährdung.

Unter diesen Umständen ist die in der Öffentlichkeit erhobene Forderung, Haschisch und Marihuana für den Gebrauch freizugeben, unverantwortlich. Wir müssen vielmehr sowohl den Alkohol bekämpfen, als auch weitere Suchtgefahren und Suchtgefahren abwehren.

Der Deutsche Ärztetag warnt deshalb in Übereinstimmung mit der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde nachdrücklich vor jeder Liberalisierung der Herstellung, des Handels und des Verbrauchs von Cannabis (Haschisch, Marihuana), LSD und anderer halluzinogener Substanzen. Er fordert eine Erweiterung und Verbesserung der Kontrollmaßnahmen gegenüber diesen Suchtstoffen, eine Intensivierung der sachlichen Aufklärung und Information der Öffentlichkeit über die Gefahren des Gebrauchs von Rauschmitteln, ganz gleich welcher Art, sowie Hilfe und ausreichende Rehabilitationsmöglichkeiten für die bedauernswerten Opfer.“

Reform der ärztlichen Ausbildung

„Die neue Approbationsordnung ist eine entscheidende Voraussetzung für die Reform der ärztlichen Ausbildung. Die Studienreform kann nur dann verwirklicht werden, wenn Personal, Bauten und Sachmittel im erforderlichen Umfang bereitstehen. Nur so können wesentliche Ziele der Ausbildungsreform: Neubestimmung des Lehrstoffes, Streifung des medizinischen Unterrichts, Betonung der Praktike und Unterweisung in kleinen Gruppen am Krankenbett, erreicht werden.

Der Deutsche Ärztetag appelliert daher an alle zuständigen Stellen des Bundes und der Länder, denen bei der Realisierung der Ausbildungsreform eine große Verantwortung zufällt, die nötigen Haushaltsmittel bereitzustellen und den Vorschlägen auf Einbeziehung geeigneter Krankenhäuser als Lehranstalten für die ärztliche Ausbildung Rechnung zu tragen.

Der Deutsche Ärztetag begrüßt die Bereitschaft des Westdeutschen Medizinischen Fakultätentages zur Neuordnung und zum Ausbeu der medizinischen Ausbildungsstätten und ebenso zur Reform der Personal- und Lehrkörperstruktur. Bei diesen Reformüberlegungen müssen die besonderen Aufgaben der Universitätskliniken und medizinischen Institute unbedingt beachtet werden, nämlich Krankenversorgung und patientenbezogene Lehre und Forschung, Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses sowie Teilnahme an der Weiterbildung und Fortbildung von Ärzten. Der Deutsche Ärztetag bittet alle Gremien, die Vorschläge zur Hochschulreform vorzubereiten, diese Gegebenheiten im medizinischen Bereich besser als bisher zu berücksichtigen. Er appelliert an den Gesetzgeber, bei der Gestaltung von Hochschulgesetzen den besonderen Aufgaben der Hochschulkliniken und medizinischen Institute gerecht zu werden.“

Niederlassungsbeschränkung / Approbationsordnung

„Der 73. Deutsche Ärztetag lehnt entschieden alle Vorschläge und Versuche ab, die vor zehn Jahren verfassungsgerichtlich festgestellte Freiheit der ärztlichen Niederlassung durch rechtliche Manipulationen fregwürdiger Art einzuschränken. Er wehrt sich insbesondere gegen den Versuch, die für eine verbesserte ärztliche Ausbildung notwendige Approbationsordnung dazu zu mißbrauchen, jungen Ärzten nur eine Teilapprobation zu erteilen, um die volle ärztliche Approbation erst nach sechs- bis siebenjähriger obligatorischer Landarztstätigkeit erhalten zu können. Derart weitgehende dirigistische Maßnahmen stehen nicht nur im Widerspruch zur Bundesärzteordnung, sondern auch zur Verfassung.

Es kann sicher nicht die Absicht sein, junge Ärzte sofort nach Erhalt ihrer Approbation ohne die bisher übliche Tätigkeit am Krankenbett und ohne die erforderlichen praktischen Erfahrungen, auf sich selbst gestellt, in die verantwortungsvolle Tätigkeit eines Landarztes zu zwingen. Derartige Manipulationen müssen aus dem Verantwortungsbewußtsein der Ärzteschaft gegenüber der Bevölkerung mit Nachdruck abgelehnt werden.

Der 73. Deutsche Ärztetag wird gegen jeden Versuch kämpfen, die freie Niederlassung in eigener Praxis als Arzt einzuschränken.“

Besoldung der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst

„Die gemeinsame Kommission zwischen Marburger Bund und Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes hat erneut Besoldungsvorschläge für beamtete Ärzte erarbeitet, die eine ihrer Leistung und Verantwortung entsprechende Vergütung gewährleisten und somit qualifizierten Ärzten den Eintritt in diese Laufbahn interessant machen würde.

Diese Vorschläge wurden vor einem Jahr Regierungen und Behörden auf Bundes- und Landesebene vorgelegt sowie der Öffentlichkeit übergeben. Auch die Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Länderminister und

Senatoren hat vor nahezu zwei Jahren eigene Vorschläge, die sich weitgehend mit den erstgenannten Vorschlägen decken, gemacht. Leider ist eine Reaktion der angesprochenen Stellen bisher, abgesehen von unverbindlichen Gesprächen, ausgeblieben. Die inzwischen im Beamtenrecht eingeführte Regelbeförderung von den Besoldungsgruppen A 13 nach A 14 betref alle beamteten Gruppen und ist nicht als Erfüllung unserer Forderungen anzusehen. Insgesamt schnitten die Medizinalbeamten schlechter ab als die Beamten der übrigen Verwaltungssparten.

Der Deutsche Ärztetag erwartet, daß die angesprochenen Stellen nunmehr unverzüglich die Ihnen übergebenen Forderungen zu einer Neuordnung der Besoldung der beamteten Ärzte erfüllen, um die ungerechtfertigte Benachteiligung dieser Ärzte endlich zu beseitigen."

Gegen Schlechterstellung von Ärzten und Pflegepersonal an Krankenhäusern in bezug auf Regelung der Arbeitszeit

„Der 73. Deutsche Ärztetag ist befremdet darüber, daß die vom Bund, der Tarifgemeinschaft deutscher Länder und der Vereinigung kommunaler Arbeitgeberverbände dem Marburger Bund angebotene und von der Gewerkschaft ÖTV und der Deutschen Angestelltengewerkschaft bereits abgeschlossene Tarifregelung über die stufenweise Angleichung der Arbeitszeit der an Krankenhäusern tätigen Ärzte und der in der Krankenpflege beschäftigten Mitarbeiter die Diskriminierung dieser Berufsgruppen im öffentlichen Gesundheitswesen für weitere drei Jahre aufrechterhält, wobei nicht einmal eine der längeren Arbeitszeit entsprechende höhere Vergütung vorgesehen ist.

Er protestiert auf das schärfste gegen dieses erneute Festhalten an einer ungerecht und daher unzumutbaren Arbeitszeitregelung für die angestellten Ärzte. Durch sie ist erhebliche Unruhe unter den Krankenhausärzten entstanden, die zu spontanen Kampfmaßnahmen führen kann.“

Mangel an Hilfs- und Krankenpflegepersonal

„In vielen Krankenanstalten und Hochschulkliniken herrscht ein derartiger Mangel an ärztlichem Hilfs- und Krankenpflegepersonal, daß hierdurch die Versorgung der Bevölkerung im Krankenhaus gefährdet ist und auch für Forschung und Lehre in der Medizin nicht übersehbare Nachteile entstehen können. Der Deutsche Ärztetag ersucht die Bundesregierung und die Landesregierungen, durch geeignete Maßnahmen hier Abhilfe zu schaffen.“

Unbefriedigende Lage der wissenschaftlichen Assistenten

„Die berufliche Situation der wissenschaftlichen Assistenten an den medizinischen Universitätskliniken und -instituten ist trotz wiederholter Proteste in den letzten Jahren immer noch in vieler Hinsicht unbefriedigend. Die als Konsequenz nicht beachteter Proteste durchgeführten Kampfmaßnahmen brachten zwar in einigen Bereichen Verbesserungen, die jedoch unzureichend sind. Gestützt auf zwar formell gültige, der Sache nach aber überholte Bestimmungen des Beamtenrechts wird einem großen Teil der in Kliniken und Instituten tätigen wissenschaftlichen Assistenten die Ableistung von Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdiensten ohne entsprechendes Entgelt zugemutet. Neuerdings wurde als Bereitschaftsdienstvergütung in einigen Ländern ein Satz von 40 Pfennig je Stunde angeboten. Anstatt Existenzbedingungen und berufliche Zukunftschancen nachhaltig zu verbes-

Das Inhaltsverzeichnis für 1969 des „Bayerischen Ärzteblattes“ kann über die Schriftleitung, 8000 München 23, Königinstraße 85, angefordert werden.

sern und damit die qualifizierten jungen Ärzte zur Mitarbeit auf Dauer zu gewinnen, verweigert man heute noch vielerorts wissenschaftlichen Assistenten unter Hinweis auf ihren Status als „Beamter auf Widerruf“ jegliche Vergütung für Überstunden.

Die wissenschaftlichen Assistenten an den medizinischen Universitätskliniken und -instituten sind für die ärztliche Versorgung ihrer Patienten verantwortlich und daneben in Forschung und Lehre tätig. Es ist widersinnig, kurzsichtig und sachlich nicht gerechtfertigt, den im Status von Widerrufsbeamten tätigen Ärzten zusammen mit wesentlichen Teilen sozialer Sicherheit (Kündigungsschutz), neben einer minimalen Bezahlung auch noch das Entgelt für von ihnen nicht veranlaßte im Interesse der Erfüllung ihrer Aufgaben aber erforderliche Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste zu verweigern. Man kann ihrer Vergütung nicht die allgemeinen beamtenrechtlichen Regelungen zugrunde legen, wenn man ihnen gleichzeitig die viel weitergehenden Rechte der Beamten, insbesondere hinsichtlich der sozialen Sicherheit, vorenthält.

Der Deutsche Ärztetag fordert deshalb erneut, den wissenschaftlichen Assistenten an den medizinischen Universitätskliniken und -instituten angemessene Arbeitsbedingungen mit der gleichen sozialen Sicherheit und den Vergütungsregelungen zu geben, wie sie Arbeitnehmer mit vergleichbarer Vorbildung, Leistung und vergleichbarem Verantwortungsbereich zustehen.

Zugleich wiederholt der Deutsche Ärztetag seine Forderung, die wissenschaftlichen Assistenten, die ohne Versorgungsanswartschaften aus dem Beamtenverhältnis ausscheiden, auf ihren Antrag bei ihrer zuständigen ärztlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgungseinrichtung nachzuversichern. Zur Zeit werden die den Ärzten dafür zustehenden Beträge ausschließlich an die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte geleistet, bei der keineswegs immer entsprechende Rentenansprüche entstehen. Damit geht dem davon betroffenen Teil der wissenschaftlichen Assistenten an den medizinischen Universitätskliniken und -instituten ein erheblicher, von ihnen selbst erarbeiteter Anteil an ihrer Alters- und Hinterbliebenenversorgung verloren. Zugleich kann ein Zeitraum ohne jeden Versicherungsschutz entstehen. Auch diese Benachteiligung der wissenschaftlichen Assistenten sollte schnellstens beseitigt werden.“

Ergänzung zu:

Unbefriedigende Lage der wissenschaftlichen Assistenten

„Der 73. Deutsche Ärztetag nimmt zur Kenntnis, daß der vom 72. Deutschen Ärztetag in Hannover verabschiedete sogenannte Leerparagraph, der die Nachversicherung von Widerrufsbeamten in ärztlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgungseinrichtungen vorbehaltlich einer gesetzlichen Regelung vorsieht, noch nicht in die Satzungen aller ärztlichen Versorgungseinrichtungen aufgenommen wurde.

Der 73. Deutsche Ärztetag fordert hiermit nochmals nachdrücklich alle Landesärztekammern auf, für die baldige Auf-

nahme des Leerparagraphen Sorge zu tragen, damit in ebensichtbarer Zeit Initiativen für entsprechende Gesetzesänderungen sinnvoll werden.“

Stellung der wissenschaftlichen Assistenten

„Der Deutsche Ärztetag begrüßt, daß einige Bundesländer den Status des Widerrufsbeamten für wissenschaftliche Assistenten der Medizinischen Fakultäten aufgeben zugunsten des Angestelltenverhältnisses nach BAT.

Damit ist einer oft wiederholten Forderung des Deutschen Ärztetages entsprochen, die großen sozialen Ungerechtigkeiten dieses Dienstverhältnisses endlich zu beseitigen. Der Deutsche Ärztetag stellt fest, daß die Änderung im arbeitsrechtlichen Status die Aufgabe des Assistenten an der Hochschulklinik nicht berührt. Hochschulärzte müssen ausdrücklich das Recht auf eigene wissenschaftliche Tätigkeit im Rahmen der Vorhaben ihres Fachbereiches erhalten.“

Ausnutzung von Medizinalassistenten

„Nach der geltenden staatlichen Approbationsordnung für Ärzte ist der ärztliche Nachwuchs nach bestandenen ärztlichen Staatsexamen, d. h. nach Abschluß eines etwa sechsjährigen Universitätsstudiums, verpflichtet, eine seit dem 1. Januar 1970 noch ein Jahr dauernde praktische Ausbildung als Medizinalassistent in Krankenhäusern abzuleisten. Während dieser Zeit sind die Medizinalassistenten sowohl nach ihrem Status als auch hinsichtlich der von ihnen verlangten Arbeitsleistung als geprüfte Medizinalpersonen keine Studenten mehr, haben aber andererseits wegen der noch nicht erteilten Approbation auch nicht den Status eines approbierten Arztes. Trotzdem werden von ihnen Arbeitsleistungen verlangt, die weitgehend denen von Assistenzärzten entsprechen. Für diese Leistungen, die fast immer über die Erfordernisse reiner Ausbildungstätigkeit hinausgehen, erhalten die Medizinalassistenten jedoch im allgemeinen kein angemessenes, ihrer Leistung entsprechendes Entgelt; sie werden vielmehr oft mit Beträgen abgespeist, wie sie heute nicht einmal mehr ungelerten Arbeitskräften angeboten werden.

Schon im Jahre 1969 hatte der Deutsche Ärztetag Veranlassung, auf diese bedauerliche Fehlentwicklung hinzuweisen, wobei er die Krankenhausträger aufforderte, den Medizinalassistenten diejenige Vergütung zu zahlen, die ihrer Tätigkeit auf der Grundlage einer langjährigen und erfolgreich abgeschlossenen Universitätsausbildung entspricht. Mit Bedauern und mit Befremden muß der 73. Deutsche Ärztetag demgegenüber feststellen, daß die Tarifgemeinschaft der deutschen Länder im abgelaufenen Jahr nicht nur dieser Aufforderung nicht entsprochen hat, sondern sogar den Versuch unternahm, die Vergütung der Medizinalassistenten noch herabzusetzen. Lediglich den in einer Reihe von Universitätskliniken daraufhin spontan durchgeführten Abwehr- und Protestaktionen der Betroffenen und der mit ihnen solidarischen ärztlichen Organisationen ist es zu verdanken, daß wenigstens diese weiteren unverantwortlichen und ungerechtfertigten Minderungen der Entgelte für Medizinalassistenten unterblieben.

Gleichwohl ist die derzeitige Situation alles andere als befriedigend. Der 73. Deutsche Ärztetag fordert daher erneut alle Verantwortlichen — die Tarifpartner und insbesondere die Krankenhausträger — auf, dafür zu sorgen, daß die Entgelte für Medizinalassistenten ihrem hohen Ausbildungs- und Leistungsaufwand entsprechen.“

Tumorklinik Bad Trißl erweitert

In Anwesenheit des Bayerischen Staatsministers des Innern, Herrn Dr. Bruno MERK, wurde am 6. Mai 1970 das neu erbaute 3. Bettenhaus der Tumorklinik Bad Trißl seiner Bestimmung übergeben.

Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer und Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft für Krebs-erkennung und Krebsbekämpfung in Bayern, Herr Professor Dr. med. Hans J. SEWERING, hatte eine große Zahl von Ehrengästen aus diesem Anlaß in die Klinik eingeladen.

Der Besitzer des Hauses, Herr Direktor Hans RÖSNER, konnte bei Beginn einer Feierstunde u. a. die in Begleitung des Herrn Innenministers erschienenen Herren der Gesundheitsabteilung im Bayerischen Staatsministerium des Innern, Vertreter des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und soziale Fürsorge, den Präsidenten der Bayerischen Versicherungskammer, Vertreter der örtlichen Behörden, leitende Damen und Herren der großen Krankenkassen in Bayern, Ärzte der näheren und weiteren Umgebung, sowie die Krankenhausfürsorgerinnen aus den Städten München und Augsburg begrüßen. Der Einladung waren auch gefolgt der Besitzer des Tumorkrankenhauses Schloßbergklinik Oberstaufen, der Bürgermeister von Miltenberg, die Vorstandsmitglieder des Ökumenischen Trägerverbandes „Therapeutikum St. Mang“, Träger der dritten von der Arbeitsgemeinschaft betreuten Tumorklinik in Miltenberg, sowie Vertreter von Presse und Rundfunk.



In seiner Ansprache dankte der Bayerische Staatsminister des Innern im Namen der Staatsregierung allen, die an der Errichtung der Klinik und bei der Betreuung der Patienten mitwirken und jetzt mit vollem Recht auf das Neugeschaffene stolz sein können.

Auch der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer dankte allen, die sich um diese Klinik verdient gemacht haben; er betonte, daß dieses Haus bereits nach kurzer Zeit auf eine sehr segensreiche Tätigkeit im Kampf für Krebskranke zurückblicken könne.

Herr Professor Dr. med. W. WACHSMUTH, em. Ordinarius für Chirurgie der Universität Würzburg und Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirates der Arbeitsgemeinschaft, wies mit eindrucksvollen Beispielen darauf hin, daß die moderne Medizin das Stadium der Hoffnungslosigkeit im Kampf gegen den Krebs überwunden habe. Die Klinik in Bad Trißl leistete auch dazu einen wertvollen Beitrag.

Der Bürgermeister der Gemeinde Oberaudorf, Herr BERGER, überbrachte deren Grüße und versicherte die Bereitschaft zu einer guten weiteren Zusammenarbeit wie bisher.

Herr ZIEGLER von der Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Krankenkassenverbände dankte für die stets gute Zusammenarbeit, die seit Anbeginn mit der Arbeitsgemeinschaft und dieser Klinik besteht und wünschte deren weiteren Wirken guten Erfolg. Die Krankenkassen hätten sich überzeugt, daß der mit dieser Klinik beschrittene Weg richtig sei; für die Weiterverfolgung des Gedankens einer klinischen Nachbehandlung würden sie auch in Zukunft immer ein offenes Ohr haben.

Herr Dr. med. G. SCHREIBER, Vorsitzender des Verbandes der Medizinjournalisten und Mitglied des Bundesgesundheitsrates, verband mit seinem Grußwort kritische Betrachtungen zur Berichterstattung über das Krebsproblem in manchen Illustrierten und Zeitungen.

Der Chefarzt des Hauses, Herr Dr. med. A. LEONHARDT, wies in einer kurzen Ansprache darauf hin, daß die Krebserkrankung eine ständige Herausforderung an den Arzt und Wissenschaftler sei. Der Klinik sei dabei besonders die Aufgabe zugefallen, bei der Heilung und Überwindung der Folgen der Krebserkrankung zu helfen.

Zum Schluß dankte der Architekt, Herr Hans Josef SEITZ, denen, die an der Errichtung dieses Baues mitgewirkt hatten, in der die Kranken zwischen Wendelstein und Kaisergebirge in unmittelbarer Nachbarschaft von Tennisplätzen und Skiabfahrten inmitten der Natur und in der Gesellschaft der Gesunden leben.

Der fünfgeschossige Neubau mit 46 Einzel- und 6 Doppelzimmern, jedes davon mit eigener Dusche, Toilette und Balkon, habe die Zahl der Klinikbetten auf insgesamt 140 vermehrt.

Im Anschluß an die Eröffnungsfeierlichkeit, die von der „Oberaudorfer Stub'n Musi“ umrahmt wurde, besichtigten die Gäste die Klinik.

Dritte Tumorklinik in Miltenberg

In Miltenberg/Unterfranken wird die dritte von der Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern betreute Tumorklinik errichtet werden. Besitzer und Träger des Hauses ist der Ökumenische Trägerverband „Therapeutikum St. Mang“. Für die Klinik, mit deren Vorbereitung bereits begonnen wurde, sind 240 Betten vorgesehen. Da zur gleichen Zeit in unmittelbarer Nähe ein neues Kreiskrankenhaus errichtet wird, kann durch eine gute Zusammenarbeit beider Krankenhäuser eine optimale Betreuung der Bevölkerung und der Tumorkranken erreicht werden. Eine enge Verbindung mit der Universität Würzburg wird angestrebt werden.

Nach Inbetriebnahme dieser dritten Tumorklinik in Miltenberg würden dann der Arbeitsgemeinschaft zusammen mit den Tumorkliniken Bad Trißl und Oberstaufen in Bayern für Krebskranke rund 700 Betten für Kassen- und Privatpatienten zur Verfügung stehen.

Regierungsmedizinaldirektor Dr. A. Böhm zum 1. Vorsitzenden gewählt

Herr Regierungsmedizinaldirektor Dr. med. Alfred BÖHM, Landesvorsitzender des Bayerischen Medizinbeamtenvereins e. V., München, wurde am 12. Mai 1970 in Stuttgart von der Mitgliederversammlung des Bundesverbandes der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit großer Mehrheit zum 1. Vorsitzenden des Bundesverbandes gewählt.

Adumbran®

Thomae

beruhigt, entspannt, befreit von Angst.

3

Freie Kassenarztsitze in Bayern

Mittelfranken

Bad Windsheim, Lkr. Uffenheim: 1 Augenarzt

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

Bechhofen, Lkr. Feuchtwangen: 1 Allgemeinarzt

Die Allgemeinpraxis wird zum 1. Juli 1970 durch Verzicht frei. Für Bechhofen mit ca. 3000 Einwohnern und einem Einzugsgebiet von ca. weiteren 5000 Einwohnern stehen ab diesem Zeitpunkt nur noch 2 Allgemeinärzte zur Verfügung.

Hersbruck: 1 Augenarzt

Durch Verzicht frei gewordener, alter Kassenarztsitz. Belegmöglichkeit im Kreiskrankenhaus Hersbruck ist gegeben.

Langenzenn, Lkr. Fürth: 1 Allgemeinarzt

Es handelt sich um eine durch Tod frei gewordene Allgemeinpraxis. Für Langenzenn und Einzugsgebiet mit insgesamt ca. 9 – 10000 Einwohnern stehen derzeit noch 3 Allgemeinärzte zur Verfügung, die allein durch ihren seitherigen Praxisumfang voll ausgelastet sind. Für einen eventuell interessierten Kollegen ist Belegmöglichkeit im Stadtkrankenhaus Langenzenn zur Durchführung der mittleren Chirurgie gegeben.

Wendelstein, Lkr. Schwabach: 1 Allgemeinarzt

Es handelt sich um die Errichtung einer zusätzlichen Kassenarztstelle für einen Allgemeinarzt. Wendelstein mit Einzugsgebiet hat ca. 6500 Einwohner. Zur ärztlichen Versorgung der Bevölkerung stehen derzeit zwei Allgemeinärzte zur Verfügung.

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

Niederbayern

Hauzenberg, Lkr. Wegscheid (Bayer. Wald):

1 Allgemeinarzt

Hauzenberg, nahe bei Passau gelegen, umfaßt ein Einzugsgebiet von rund 9000 Einwohnern. Für die ärztliche Versorgung der Bevölkerung stehen derzeit nur 3 Kassenärzte zur Verfügung, von denen zwei 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.

Neureichenau, Lkr. Wolfstein (Bayer. Wald): 1 Allgemeinarzt

Zum 1. Oktober 1970 durch Wegzug des einzigen Allgemeinpraktikers frei werdende Kassenarztstelle.

Neuschönau, Lkr. Grafenau (Bayer. Wald): 1 Allgemeinarzt

Durch Verzicht und Wegzug frei werdende einzige Kassenarztstelle.

Niederviehbach, Lkr. Dingolfing: 1 Allgemeinarzt

Zum 1. Juli 1970 frei werdende Kassenarztstelle (bisher Gemeinschaftspraxis) frei. Am Ort ist ein zweiter Praktiker niedergelassen.

Passau: 1 Nervenarzt

Durch Tod verwaiste Nervenarztpraxis.

Wurmansquick, Lkr. Eggenfelden: 1 Allgemeinarzt

Durch Wegzug des einzigen Praktikers frei gewordene Kassenarztstelle. Wurmansquick umfaßt ein Einzugsgebiet von etwa 3500 Einwohnern.

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

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

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

Oberbayern

Erding: 1 Allgemeinarzt

Inchenhofen, Lkr. Alchach: 1 Allgemeinarzt

Langengelsling, Lkr. Erding: 1 Allgemeinarzt

Palling, Lkr. Laufen: 1 Allgemeinarzt

Es kommt nur ein Arzt in Frage, der die mittlere Chirurgie und Geburtshilfe beherrscht und der als Belegarzt im Gemeindekrankenhaus Palling (27 Betten) arbeiten kann.

Raubling, Lkr. Rosenheim: 1 Allgemeinarzt

Raubling ist ein Ort mit ca. 5000 Einwohnern, der in Gebirgsnähe (7 km zum Wendelstein) zentral zwischen der Kreisstadt Rosenheim (7 km) und Bad Aibling (6 km) gelegen ist. Rosenheim verfügt über alle Arten von Schulen (Mittelschulen, Gymnasium, Holztechnikum).

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

Oberfranken

Bad Steben, Lkr. Nalla: 1 Allgemeinarzt

Hegnabrunn, Lkr. Kulmbach: 1 Allgemeinarzt

Eventuell auch im direkt angrenzenden Neuenmarkt.

Hiltlpoltstein, Lkr. Forchheim: 1 Allgemeinarzt

Hof/Saale: 1 Kinderarzt

Hohenberg a. d. Eger, Lkr. Wunsiedel: 1 Allgemeinarzt

Kulmbach: 3 Allgemeinärzte

Leupoldgrün, Lkr. Hof: 1 Allgemeinarzt

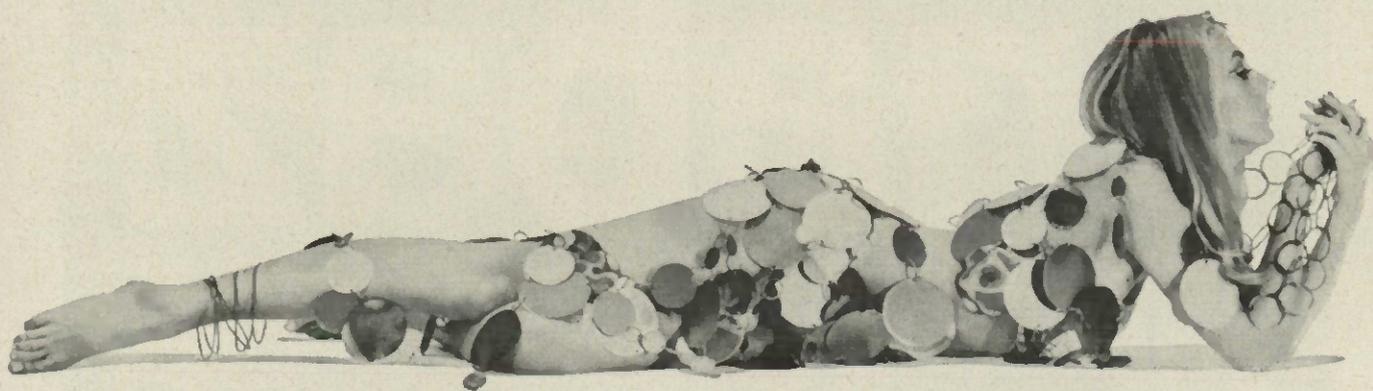
Selb: 1 Allgemeinarzt

Dr. Karl Thomae GmbH
795 Biberach an der Riss
Herstellung und Vertrieb
pharmazeutischer Spezialitäten
der J.R. Geigy A.G., Basel

Geigy

Eisen außen?
Eine flüchtige Laune
der Mode.

Eisen innen?
Der klare Wille der Natur.



30 % mehr
Eisenresorption
mit **Resoferix**[®]

Resoferix besteht aus einem Kern aus Eisensulfat und einem Mantel aus Bernsteinsäure.
Die aus dem Dragée zuerst freigesetzte Bernsteinsäure steigert die Resorptionsfähigkeit
der Darmmukosa für Eisen um rund 30%. Die Eisentherapie mit Resoferix ist wirkungsvoller,
ohne daß vermehrt Nebenwirkungen auftreten.
Zusammensetzung: Eisen (II)-sulfat · 2H₂O 125 mg (= 37 mg Fe) Bernsteinsäure 185 mg

Scherneck, Lkr. Coburg: 1 Allgemeinarzt

Thurneu, Lkr. Kulmbach: 1 Allgemeinarzt

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

Oberpfalz

Altmanstein: 1 Allgemeinarzt

Erbendorf: 1 Allgemeinarzt

Eschenbach: 1 Allgemeinarzt

Hahnbach: 1 Allgemeinarzt

Mittertelch: 1 Allgemeinarzt

Neumerkt: 1 Augenarzt

Roding: 1 Allgemeinarzt

Speichersdorf: 1 Allgemeinarzt

Sulzbech-Rosenberg: 1 Allgemeinarzt
1 Augenarzt

Vohenstreuß: 1 Allgemeinarzt

Welden (Ortsteil Nord): 1 Allgemeinarzt

Welden: 1 Nervenarzt

Weitere Kassenarztsitze für das Fachgebiet Augenkrankheiten, Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten, Kinderkrankheiten und für Allgemeinmedizin sind zu besetzen.

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

Schwaben

Augsburg: 1 Nervenarzt

Augsburg (Ortsteil 4): 1 Augenarzt

Augsburg-Herrenbach (Ortsteil 7): 1 Allgemeinarzt
Wegzug des bisherigen Praxisinhabers. Wohn- und Praxisräume sind vorhanden.

Ay e. d. Iller, Lkr. Neu-Ulm: 1 Allgemeinarzt

Bebenhausen, Lkr. Illertissen: 1 Allgemeinarzt

Deinlingen, Lkr. Nördlingen: 1 Allgemeinarzt
Wiederbesetzung des Kassenarztsitzes.
Haus kann gemietet oder durch Kauf erworben werden.

Friedberg bei Augsburg: 1 Allgemeinarzt

Illertissen: 1 Allgemeinarzt

Königsbrunn, Lkr. Schwabmünchen: 1 Allgemeinarzt
Zusätzlicher Arztsitz zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung.

Merkt Weld, Lkr. Mindelheim: 1 Allgemeinarzt
Praxisaufgabe steht bevor.

Oberostendorf, Lkr. Kaufbeuren: 1 Allgemeinarzt

Neuburg/Do.: 1 Allgemeinarzt

Wellerstein, Lkr. Nördlingen: 1 Allgemeinarzt

Wittlilingen, Lkr. Dillingen/Do.: 1 Allgemeinarzt

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

Unterfranken

Aldhausen, Lkr. Hofheim: 1 Allgemeinarzt

Rottenberg, Lkr. Alzenau: 1 Allgemeinarzt

Schneeberg, Lkr. Miltenberg: 1 Allgemeinarzt

Wohn- und Praxisräume sind vorhanden.

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

Gesundheitspolitischer Arbeitskreis der CSU

Am 29. April 1970 wurde in München der Gesundheitspolitische Arbeitskreis der CSU (GPA) gegründet.

Die anwesenden Mitglieder des GPA wählten einen Arbeitsausschuß, dem unter Vorsitz von Chefarzt Dr. med. AURNHAMMER Frau SCHLEICHER, MdL, Professor Dr. SEWERING, Dr. FRANZ, MdB, und Dr. ZEDELMAIER angehören. Dieser Arbeitsausschuß wird Schwerpunkte für die zukünftige Arbeit des GPA festlegen und entsprechende Konzeptionen entwerfen, die dann der Partei als Arbeits- und Entscheidungsgrundlagen dienen sollen.

Gründung eines Beirates „Freie Berufe“

Auf Einladung des Bundestagsabgeordneten Egon LAMPERSBACH, dem geschäftsführenden Bundesvorsitzenden der Mittelstandsvereinigung der CDU/CSU, sind in Bonn Repräsentanten der freien Berufe zusammengekommen. Um der Eigenart der freien Berufe innerhalb des Mittelstandes politisches Gewicht zu geben, haben sie einen Beirat „Freie Berufe“ gegründet. Die Führung dieses Beirates obliegt dem Bundestagsabgeordneten Helmut von BOCKELBERG, Vizepräsident der Bundessteuerberaterkammer. Zu seinem Vertreter ist der Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Professor Dr. STOCKHAUSEN, berufen worden.

Der Beirat will Bindeglied zwischen den freiberuflich Tätigen und ihren Kammern und Verbänden einerseits und der CDU/CSU und dem Parlament andererseits sein. Er will innerhalb der Partei die besonderen den freien Berufen eigentümlichen Anliegen vertreten und auf die gesellschaftspolitische Linie Einfluß nehmen. Der Beirat will sich dafür einsetzen, daß das Leistungsprinzip nicht durch gesetzgeberische Maßnahmen irgendwelcher Art, insbesondere der Steuerpolitik, eingeschränkt wird. Außerdem wird er sich mit den Fragen der Altersversorgung, der Regelung von Partnerschaften, der Überprüfung der Berufsbilder und der Berufsausübung befassen.

Personalia

Oberregierungsmedizinalrat Dr. O. Jung ausgezeichnet

Herr Oberregierungsmedizinalrat Dr. med. Egon JUNG, Ottobrunn, erhielt vom Präsidenten des Deutschen Roten Kreuzes für seine Verdienste die Leistungsspange in Silber.

Ausländische Ehrung für OMR Dr. H. Lieser

Am 20. April dieses Jahres erhielt OMR Dr. Heinz LIESER in Lissabon aus den Händen von Professor Almeida Lima, dem Nachfolger von Egas Moniz und Direktor des „Centro de Estudos Egas Moniz“, die Egas-Moniz-Medaille für seine Verdienste um die Leukotomie im Rahmen der somatischen Forschung in der Psychiatrie.

Den äußeren Anlaß zu dieser Ehrung gab die Eröffnung einer neuen psychiatrischen Klinik in Lissabon. 1936 gab Moniz das Verfahren der Leukotomie erstmalig bekannt, um damit endogene Geistesstörungen operativ anzugehen. Er wurde erst kaum beachtet, später dafür mit dem Nobelpreis ausgezeichnet. Dr. Lieser und Dr. von Braunmühl griffen nach dem Kriege diese Methode wieder auf und behandelten danach. Sie berichteten ausführlich über einen glücklich verlaufenen Fall in der „Medizinischen Klinik“, Nr. 7 vom 4. 4. 1947. Weitere Erfahrungen der beiden Wissenschaftler erstrecken sich über 50 Fälle.

Wir freuen uns mit dem Kollegen Lieser, der uns von mehreren wissenschaftlichen, sehr anschaulichen Filmen aus dem Gebiet der Psychiatrie gut bekannt ist, über die ihm zuteil gewordene Ehrung. — M-Ks —

Dr. Bruno Friton 65 Jahre

Zu den originellsten Ärztepersönlichkeiten unseres Landes gehört ohne Zweifel Dr. med. Bruno Leo FRITON, VDI, der als Dorfarzt in Hart a. d. Alz (nahe bei Salzburg) wirkt.

Als 10. Sohn einer 15köpfigen Familie in Köln geboren, konnte er nach dem frühen Tod seines Vaters zunächst nur das Handwerk des Malers und Stukkateurs erlernen. Schon damals aber merkte man, was in ihm steckte, denn allen Hindernissen und Widrigkeiten — die im wesentlichen in der Kargheit der Jugend lagen — zum Trotz, gelang es ihm, das medizinische Studium an der Alten Wiener Schule zu vollenden und dann in Würzburg zum Dr. med. zu promovieren.

Heute nun, nachdem Dr. Friton am 31. Mai 1970 im Familienkreise seinen 65. Geburtstag feierte, lohnt es sich, das Leben dieses einfachen Mannes, der auf-

grund seiner verschiedenen Neuschöpfungen Träger vieler hoher Auszeichnungen wurde, einmal näher zu beleuchten.

Wer vermutet heute noch, im Zeitalter des teamwork, der großen Forschungslaboratorien und der Computer, daß auf dem flachen Lande ein Mann wirkt, der in 14 Lexika als Schriftsteller, Privatgelehrter, latrochiralinstrumentologe, Panurg und Geburtshelfer genannt wird und der aus eigener Kraft zu ungewöhnlichen Erfolgen gekommen ist.

Das Urbild des vielseitigen Allgemeinpraktikers, der musisch-heurematische Begabung und landärztliche Arbeit miteinander verbindet, existiert tatsächlich noch in der privatforschenden Praxis. Als „Löffeldoktor“ — der Umstand, daß Dr. Friton mehrere Löffelarten — Löffeldistinktoren, Apoplexie-, Fazialis-, Stülp-, Tremor- und Trismuseßlöffel, Schab- und Zungenlöffel, Geburtszangenlöffel — erstmals angegeben und beschrieben hat, brachte ihm inter collegas diesen Namen ein — ist er Mitglied zahlreicher spezialärztlicher in- und ausländischer wissenschaftlicher Gesellschaften; über 250 selbständige wissenschaftliche Aufsätze sowie etliche medizinische Werke und Bücher stammen von ihm.

Neben seiner wissenschaftlichen Schriftstellerei konstruierte Dr. Friton auch Instrumente der Heilkunde und Geräte der Krankenpflege. Wegen seiner Verdienste um die chirurgische Instrumentologie wurde ihm als alleinigem Mediziner die „Herig-Goldmedaille“ verliehen. Desgleichen ist er inhaber der „Schmeller-Medaille“ der Bayerischen Akademie der Wissenschaften.

Beseelt von dem Wunsche, den Ärzten größere Möglichkeiten zu schaffen, der leidenden Menschheit immer noch mehr helfen zu können, gelang es seiner intuitiven Begabung, rund 200 Instrumente und Geräte der Heilkunde und der Krankenpflege im Laufe der Jahre zu entwickeln.

Das Paracelsus-Gesellschaft-Ehrenmitglied Friton ist u. a. Mitglied der Internationalen Gesellschaft für Chirurgie, der Internationalen Föderation für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie der Internationalen Gesellschaft für Innere Medizin. Seit zwanzig Jahren ist Friton Mitglied der Österreichischen Mathematischen Gesellschaft. Als Arztingenieur gelangte er so zu internationalem Ruhm, der in Rundfunk und Fernsehsendungen seinen Niederschlag fand und ihm als einzigem lebenden Arzt die Mitgliedschaft des „Verains Deutscher Ingenieure“ einbrachte.

In ärztlicher Schiffsoffiziersmission war er auf mehreren Weltreisen stets bemüht, Kenntnisse und Wissen zu erweitern.

Man findet ihn auch in deutschen Literatur-Lexika, der österreichischen Anthologie sowie unter „Ehrenbürger und Ehrungen in Geschichte und Gegenwart, lexicale Dokumentation zur deutschen und europäischen Geschichte“.

Dr. jur. L. J e d e l h a u s e r, München

in memoriam

Professor Dr. Albert Herrlich



Unerwartet verstarb am 21. Mai 1970 in München Professor Dr. med. Albert HERRLICH.

Professor Herrlich wurde in München am 4. März 1902 geboren. Seiner bayerischen Heimat und München blieb er, der beinahe die ganze Welt in vielen weiten Reisen kennengelernt hatte, eng verbunden. — Nach seinem in München abgelegten medizinischen Staatsexamen und mehrjähriger Arbeit an verschiedenen Münchener Kliniken ging Herrlich erstmals 1933 nach Ostafrika als Tropenarzt. 1934 legte er in München das Physikatsexamen für den amtsärztlichen Dienst ab. Mehrere Aufenthalte als Arzt in den Tropen folgten. 1937 kehrte er nach München an die II. Medizinische Universitätsklinik zurück. Während des zweiten Weltkrieges arbeitete er an mehreren Krankenhäusern und Lazaretten mit Abteilungen für Tropenranke.

1947 erfolgte die Ernennung zum Privatdozenten für Innere Medizin, 1950 zum apl. Professor in München.

Nach dreijähriger Tätigkeit als Chefarzt des Infektions-Krankenhauses „Maria Hilf“ in München wurde Professor Herrlich 1948 Leiter der Bayerischen Landesimpfanstalt (bis 1967) und zugleich Vorstand des 1950 gegründeten „Institutes für Infektions- und Tropenmedizin“ der Universität. 1964 nahm Herrlich einen Ruf auf den Lehrstuhl für vergleichende Tropenmedizin der Tierärztlichen Fakultät in München an. Der von ihm begonnene Neubau des Institutes wurde wenige Monate vor seinem Tode fertiggestellt und bezogen.

Als Leiter der Bayerischen Landesimpfanstalt galt sein besonderes Interesse den Pocken und der Pockenschutzimpfung. Eindringlich wies Herrlich auf das erhöhte Erkrankungsrisiko an postvazinaler Enzephalitis hin, wenn die Pockenerstimpfung bei Kindern jenseits des dritten Lebensjahres und bei Jugendlichen durchgeführt wird. Zur Prophylaxe dieser altersabhängigen Gefährdung entwickelte Herrlich das Vaccinia-Antigen, die Methode der prophylaktischen „Vorimpfung nach Herrlich“. Professor Herrlich schrieb ein Buch über „Die Pocken“ und gab das Handbuch der Schutzimpfungen heraus. Außerdem publizierte er zahlreiche experimentell-virologische und immunologische Arbeiten.

In Anerkennung seiner Verdienste um die Pockenimpfung und die Pockenabwehr wurde Professor Herrlich der Bayerische Verdienstorden und das große Verdienstkreuz des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen. In Würdigung seiner Arbeiten über das „Vaccinia-Antigen nach Herrlich“ und seiner Verdienste in der Impfschadensprophylaxe erhielt Professor Herrlich 1967 den Aronson-Preis der Berliner Mikrobiologischen Gesellschaft.

Professor Herrlich war seinen engeren Mitarbeitern und weiten Kreisen der bayerischen Ärzteschaft fachlich und persönlich eng verbunden. Alle, die ihm nahestanden, werden seinen Tod als schmerzlichen Verlust empfinden.

Professor Dr. med. H. Stöckl
Bayerische Landesimpfanstalt

Adumbran[®]

Thomae

zuverlässig, bewährt, gut verträglich
bei Angst, Spannung, Nervosität, vegetativer Dysregulation.

1

Brief aus Bonn

Bundesarbeitsminister Arendt hat seine „Sechser-Kommission für die Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung“ berufen. Hieß es jedoch früher, daß diese Kommission, in der von Ärzteselbst Professor Fromm, Dr. Muschallik und Dr. Eichinger vertreten sind, eine „umfassende Bestandsaufnahme“ der gesetzlichen Krankenversicherung erarbeiten sollte, so sprach Arendt auf der konstituierenden Sitzung dieser Kommission davon nicht mehr. Vielmehr präsentierte der Minister einen Dringlichkeitskatalog, zu dessen einzelnen Punkten die Kommission Vorschläge unterbreiten soll. Dringlichkeitsstufe Nr. 1 hat von Arendt die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in den ländlichen Gebieten sowie in den Stadttrandbezirken erhalten. Daß dies die Ärzteschaft allgemein und die kassenärztlichen Vereinigungen ganz besonders alarmieren muß, versteht sich von selbst. Hier könnte aus sehr durchsichtigen politischen Gründen nach einem wirksamen Hebel gesucht werden, den Spielraum der kassenärztlichen Selbstverwaltung an einer entscheidenden Stelle einzuengen. In dem Dringlichkeitskatalog Arendts, der u. a. auch Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Krankheitsvorsorge enthält, ist dagegen die seit Jahren fällige Neuordnung der Krankenhausfinanzierung an die letzte Stelle gerückt. Auch das ist sicherlich kein Zufall.

Jedenfalls beweist Arendts Dringlichkeitskatalog, daß er nicht gewillt ist, die Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung auf der Grundlage einer kritischen Überprüfung des heutigen Systems anzugehen. Die Kommission wird das bestehende Krankenscheinsystem nicht in Frage stellen können; sie hat lediglich zur Festigung dieses Systems und dessen Perfektionierung beizutragen. Daß hier keine „Schwarzmalerei“ betrieben wird, zeigt am besten der nun vorliegende Gesetzentwurf zur Erhöhung und Dynamisierung der Einkommensgrenzen in der Krankenversicherung. Wer diesen Gesetzentwurf analysiert, wird zu dem Ergebnis kommen müssen, daß mit diesem Gesetz der entscheidende Schritt zur Volksversicherung getan werden soll.

Da ist zunächst die Pflichtgrenze. Sie soll sowohl nach den Plänen der Regierung wie der Opposition von jetzt DM 1200.— Monatseinkommen auf DM 1425.—

erhöht werden. Das bedeutet, daß künftig etwa 65 % aller Angestellten der Versicherungspflicht unterliegen werden; heute sind es etwa 50 %. Da diese Grenze der Einkommensentwicklung folgen soll, wird sich an diesem Anteil künftig nur noch wenig ändern. Es ist erfahrungsgemäß nicht anzunehmen, daß sich viele Angestellte der mittleren Einkommensgruppen von der Versicherungspflicht befreien lassen werden, zumal diese Befreiung das endgültige Ausscheiden aus der gesetzlichen Versicherung bedeuten würde. Diesen Schritt scheuen viele, da sich die Beiträge der Privatversicherung am Versicherungsrisiko und nicht am Einkommen orientieren. Niemand aber weiß heute schon, was er in der fernen Zukunft verdienen wird. Niemand kann das Risiko ausschließen, seine Privatversicherung nicht mehr bezahlen zu können. Diese Sorge bestimmt vielfach den Entschluß, in den gesetzlichen Kassen zu bleiben.

Die Beitragsbemessungsgrenze soll — wie bisher — an die Pflichtgrenze gekoppelt bleiben; sie soll also ebenfalls auf DM 1425.— angehoben und später dynamisiert werden. Bis zur Höhe der Beitragsgrenze werden alle Einkommen zur Beitragszahlung herangezogen. Sie entscheidet also darüber, in welchem Ausmaß die besser verdienenden Versicherten die Versicherung der sozial Schwächeren mitfinanzieren. Früher hing ein beträchtlicher Teil der Leistungen von der Beitragshöhe und damit vom Einkommen ab. Das hat sich seit Einführung der Lohnfortzahlung geändert. Heute ist praktisch nur noch das nach sechs Wochen Krankheit zu zahlende Krankengeld von der Höhe der Beiträge abhängig. Über die Krankenversicherung wird also die Nivellierung der Einkommen betrieben, obwohl die Höhe des Bruttoeinkommens, an das der Beitrag ja anknüpft, allein noch wenig über die soziale Stellung des Versicherten und dessen finanzielle Leistungsfähigkeit aussagt. Die Erhöhung der Einkommensgrenze führt zu einer Ausweitung der sozialen Umverteilung, obwohl auch die unteren Einkommen steigen. Das muß gesehen werden. Das Prinzip des Einstehens der sozial Stärkeren für die Schwächeren ist in der Sozialversicherung nicht umstritten. Je nach Interessenlage wird freilich das Ausmaß dieses sozialen Ausgleichs unterschiedlich beurteilt. Jedenfalls wird die Dynamisierung der Einkommensgrenzen dazu führen, daß die Einnahmen der Kassen künftig von Jahr zu Jahr automatisch steigen werden. Den Kostenanstieg dürften sie dennoch nicht einholen. Die dritte von der Regierung vorgesehene Gesetzesänderung von prinzipieller Bedeutung ist darin zu

RECORSAN[®] - HERZSALBE

Die älteste Herzsalbe,
aber allen neuzeitlichen Forderungen entsprechend

O.P. Tube zu 30 g

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

23. Bayerischer Ärztetag

vom

2. mit 4. Oktober 1970

In Passau

sehen, daß allen Angestellten, die nicht der Versicherungspflicht unterliegen, die damit zu den besser verdienenden Bürgern zählen, einmal die Möglichkeit gegeben werden soll, der gesetzlichen Versicherung beizutreten. Das kann nur dazu führen, daß die schlechten Risiken, also alte und kranke Menschen, in die gesetzliche Versicherung drängen werden. Dasselbe wird man den Selbständigen und den Freiberuflern später aber nicht verwehren können. Selbständige, die weniger als DM 1425.— verdienen, werden 1971 schon aufgrund der heutigen Bestimmungen den gesetzlichen Kassen beitreten können. Darüber hinaus wird an Plänen für eine Pflichtversicherung der Landwirte gearbeitet.

Es soll also die Wahlfreiheit zugunsten der gesetzlichen Versicherung, aber nicht die Wahlfreiheit zugunsten der Privatversicherung eingeführt werden. Der Weg zur Volksversicherung ist damit deutlich vorgezeichnet. Je mehr aber die schlechten Risiken aus dem Kreis der Gutverdienenden in die gesetzliche Versicherung drängen, um so lauter wird der Ruf erschallen, alle Bürger an der Finanzierung dieser Last zu beteiligen. Das wäre bei Verabschiedung des Regierungsentwurfs durch Bundestag und Bundesrat ein unausweichlicher und ein logischer Prozeß; er entspräche zudem eindeutig den Zielen der Sozialdemokraten. Es ist erstaunlich, daß die Freien Demokraten und bis zu einem gewissen Grade auch die Christlichen Demokraten dabei sind, diesen Vorstellungen den Weg zu bereiten.

bonn-mot

Aus aller Welt

Ärzte als Patienten

Teil III: Sie überwinden Kranksein besser als andere Patienten

von W. Schweisheimer

Wenn Ärzte imstande sind, ihr Wissen und ihre Erfahrung mit Ruhe und Gleichmut bei ihrer eigenen Erkrankung anzuwenden, dann sind sie seelisch zweifellos besser daran als die meisten Ihrer Patienten.

Der berühmte Internist der Mayo Clinic in Rochester, Minnesota, Dr. Walter C. Alvarez, liefert ein Beispiel für solchen Vorteil. Er war 74 Jahre alt, als er einen vagen, aber erträglichen Schmerz in der linken Bauchseite verspürte. Er diagnostizierte selbst eine kleine Krebsgeschwulst des Dickdarms, aber Sigmoidoskopie, Röntgendurchleuchtung und andere Methoden der Mayo Clinic zeigten keinerlei positiven Befund. Er dachte in den kommenden Monaten, als immer ein leichter Schmerz bestand, mehrfach an exploratorische Chirurgie, kam aber immer wieder davon ab, weil er oft im Leben ähnliche Beschwerden durchgemacht hatte.

Vor Antritt einer Reise nach Afrika ließ er sich vorsichtshalber noch einmal in der Klinik untersuchen. Diesmal ergab die Röntgenuntersuchung ein Kolonkarzinom. Er wurde operiert, genas im Lauf von zwei Wochen; nach drei Wochen konnte er seine Arbeit wieder aufnehmen.

Dr. Alvarez ist überzeugt, daß diese rasche und vollkommene Heilung mit seinem absoluten Vertrauen in den Erfolg der chirurgischen Behandlung zusammenhängt. Es ist eine seiner medizinischen Erfahrungen, daß Angst und Mangel an positiver Einstellung zum Genesen-Wollen manchen Patienten den Tod bringen, die körperlich das Zeug hätten, auch nach einer schweren Operation zu genesen und weiterzuleben.

Der deutsche Kliniker Karl Fahrenkamp pflegte in leichter Übertreibung zu sagen: „Auch Strophanthin hilft nur, wenn man daran glaubt.“ Der kranke Arzt hat es durch sein Wissen in vielen Fällen leichter, an die Therapie zu glauben, die er durchzumachen hat.

Tonsilgon® bei Lymphatismus

**BIONORICA KG
NÜRNBERG**

Der kranke Arzt bekommt besonders gute Pflege

Ein Arzt, der krank ins Krankenhaus kommt, gar in seine eigene Klinik, wird in der Regel von Kollegen und Pflegepersonal besonders sorgsame und liebevolle Behandlung erfahren. Das ist psychologisch verständlich und man braucht nicht viel Worte darüber zu verlieren.

Das war schon immer so. Wir sehen es aus einem Brief von Josef Skoda im Jahr 1841 an den Wiener Kliniker Leopold v. Schroetter. Skoda hatte einen schweren Typhus durchzumachen, bei dem er dem Tode nahe war. Er genas, und er führte die für ihn wie für seine Ärzte nahezu unerwartete Gesundung in erster Linie auf die gute Pflege zurück. „Ich hatte eine Pflege, wie sie ein Fürst nicht besser haben kann“, so schrieb er, „und nur dem Umstande verdanke ich, daß ich noch lebe. Die ganze Zeit wachte nebst der Wärterin ein Doktor bei mir, damit nichts geschehen konnte, was mir nachteilig wäre. Ich wurde während des Sopors jede 1/2 Stunde am ganzen Körper mit Essig gewaschen. Durch etwa 14 Tage verschlang ich täglich wenigstens 6 Mass, mehrmals auch 9 Mass Oliosuppe. Ich soll nämlich auch im Sopor jeden Augenblick Suppe verlangt haben. Man machte sich dies zu Nutzen und gab mir fast jede 1/4 Stunde eine Tasse voll.“

Genesungsfreude wirkt verjüngend

Der Arzt, dessen Operation ihm Genesung gebracht hat, weiß, wie wenige andere Patienten, das Sicherheitsgefühl zu schätzen, das mit dem Wissen um die Überwindung der Gefahr verbunden ist. Der frühere Professor der Orthopädie Adolf Lorenz in Wien hatte eine Prostatahypertrophie-Operation durchzumachen. Er konnte sich lange nicht dazu entschließen und war, wie er schrieb, „vielleicht der einzige Arzt, der mit dem Katheter im Leibe anstrengende orthopädische Operationen durchgeführt hat.“

Nach der Operation sagte er: „Die Prostataektomie ist die herrlichste Operation der ganzen Chirurgie und niemand sollte es sich zweimal überlegen, sich derselben zu unterziehen, wenn er auch nur einmal die Annehmlichkeit einer Harnverhaltung mitgemacht hat.“ Im Anschluß an die Operation fühlte er sich nicht nur „um 10 Jahre verjüngt“, sondern im Besitz eines Unternehmungsgelstes wie damals auf der Höhe seines Lebens. Die Genesungsfreude wirkte direkt verjüngend auf ihn.

Ernst v. Bergmann, der Chirurg Kaiser Friedrichs, ging 1879 durch eine schwere Blutvergiftung mit Erysipel. Er sah sich nahe dem Tode, und seine Ärzte hatten zum Teil selbst alle Hoffnung aufgegeben. Er genas, und sofort zeigten seine Briefe den alten, ungetrübten Humor. Er war so glücklich über die unerwartete Genesung, daß er „weite Bergwanderungen unternahm, ohne üble Folgen zu spüren, als Blasen, die er sich angelaufen hatte.“

Arbeitslust als hilfreiche Therapie

Henry E. Sigerist, der Medizinhistoriker, litt bereits in seinen vierziger Jahren an Hypertension. Er beklagte sich immer darüber, daß die meisten Kollegen, die er konsultierte, ihm niemals eine exakte Diagnose gaben, mit ihren Mitteilungen immer ausweichend waren, und daß bei einem Aufenthalt in einer berühmten Klinik ihm nicht einmal gesagt wurde, wie hoch sein Blutdruck war und daß seine Krankengeschichte ängstlich vor ihm verborgen wurde.

Während des zweiten Weltkrieges, bei heftiger Überarbeitung, steigerten sich seine hypertensiven Beschwerden so sehr, daß er schließlich unfähig zu jeder Arbeit wurde. Er gab seine akademischen Posten in den USA auf und zog sich in einen kleinen Ort in der Schweiz zurück mit der Hoffnung, die geplante achtbändige Geschichte der Medizin ausführen zu können. Er stellte fest, daß der Wunsch, dieses Werk zu vollenden, für ihn eine mächtige therapeutische Hilfe bedeutete. In den Jahren, die er dort verbrachte, fühlte er sich wohl und arbeitsfreudig. Die ruhige, ländliche Umgebung trug dazu bei, vor allem aber seiner Überzeugung nach der Wille, eine bestimmte Arbeit zu Ende zu führen.

Starker Wille hilft dem kranken Arzt

Dem Schweizer Psychiater Auguste Forel gelang es, durch eine Kombination von starkem Willen und fachmännischem Wissen die Folgen einer schweren Hirnthrombose zum großen Teil auszugleichen. Solches Wissen steht Nichtärzten in der Regel nicht zur Verfügung. Forel erkannte das, wenn er schreibt (1915): „Wenn ein Psychiater, Neurologe und Hirnanatom mehr diffus oder nur funktionell hirnkranke wird, gibt es kaum Unterschiede zwischen ihm und anderen Laien. – Wesentlich anders verhält sich die Sache bei lokalisierten Herderkrankungen; denn hier kann der Psychiater sich wenigstens teilweise objektivieren und mit dem gesund gebliebenen Teil seines Gehirnes die Folgen des Herdes in vielen Beziehungen besser beurteilen als derjenige, der ohne vorhergehende Sachkenntnis daran geht.“

Die Anpassung an die Funktionsstörungen war für Forel eine schwere Geduld- und Ausdauerübung. Aber er meisterte sie. Er mußte mit der linken Hand schreiben lernen, was ihm sehr schwer fiel, und viele andere „Kniffe“ lernen, wie er das nennt. Aber jede überwundene Schwierigkeit brachte ihm neue Befriedigung. Er mußte langsamer arbeiten als früher und er schätzte das, indem er feststellte: „Dadurch wurden Fehler des Denkprozesses vielfach mehr verbessert als früher.“

Krankenschwester und kranker Arzt

In einer interessanten Veröffentlichung schilderte Sister M. Immaculata die Beziehungen zwischen psychiatrisch kranken Ärzten und den Krankenschwestern, die sie im Hospital zu betreuen haben. Schwester Immaculata ist ein Mitglied des Lehrkörpers an St. Ma-

ry's School of Nursing in Winona, Minnesota. Meist wurden die kranken Ärzte nicht objektiv als Patienten behandelt, sondern die Schwestern betrachten den Arzt-Patienten als einen Sachverständigen, der mehr Erfahrung hätte und mehr wisse als sie selbst, und behandelten ihn auch dementsprechend. Das traf namentlich auf jüngere oder weniger erfahrene Schwestern zu. Diese „Identifizierung“ des Patienten als Arzt führte vielfach zu einer besonders milden und nachgiebigen Behandlungsart und in Überbesorgnis. Der Arzt-Patient fand bei ihnen besonders große Hilfestellung und Fürsorge.

Der kranke Arzt und der Tod

Viele Ärzte sehen dem Tod gelassen entgegen und die meisten hoffen, ein langes Krankenlager möge ihnen erspart bleiben. Sie haben seine quälende Wirkung allzu oft im eigenen Wirkungskreis kennengelernt. Es hat wohl weite Gültigkeit, was Dr. Sonderegger, Leiter des Gesundheitswesens im schweizerischen Kanton St. Gallen (gest. 1896), sagte: „Ich habe viele Ärzte behandelt, manche sterben gesehen und von noch mehreren gehört; sie haben fast ausnahmslos Geduld im Leiden und Ergebung im Sterben bewiesen. Ich rechne das dem Berufe hoch an und wünsche sehr, daß es sich auch bei mir bewähren möchte.“

Charakteristisch ist hier das Verhalten eines Kollegen von Sonderegger, Dr. G. Custer. Er war an einer Darmperforation gestorben, nachdem er in Ruhe sein Sterben beobachtet hatte: „Ich erkalte. Mein Puls flattert — ist weg. Mußt die Sektion machen lassen, mein lieber Sohn! Es ist ein Loch im Scromanum. Wird interessant.“

Der Physiologe und Philosoph Wilhelm Wundt (gest. 1919) war nach einem jähen Blutsturz dem Tode nahe. Die Ärzte hatten ihn aufgegeben und er hatte von seiner Familie Abschied genommen. Aber er wurde wieder gesund und schrieb später in seinen Lebenserinnerungen: „Niemals wieder in meinem Leben habe ich später den Eindruck einer so vollkommenen Ruhe empfunden wie in diesen Stunden. — Diese Ruhe des Sterbens einmal erlebt zu haben, schätze ich für einen

Die Deutsche Universität in Prag

Die letzten 100 Jahre Ihrer Medizinischen Fakultät

von Dr. Walther Koerting

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

Bestellungen können an die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“, 8000 München 23, Königinstraße 85, unter Belfügung von DM 1,— In Briefmarken als Schutzgebühr, gerichtet werden.

Gewinn, dem nichts anderes gleichkommt.“ Er fährt an anderer Stelle fort: „Um keinen Preis möchte ich dieses Leben verlassen, außer mit vollem Bewußtsein, diesen Akt selber erlebt zu haben.“

Eine Schilderung, die Juergen Thorwald von den letzten Stunden des großen Chirurgen Ferdinand Sauerbruch gibt, läßt einen typischen Zug des sterbenden Arztes erkennen. Sauerbruch lag in halber Bewußtlosigkeit, schon vom Tod gezeichnet. Dabei bewegen sich seine Hände unablässig um den Rand der Bettdecke oder in den Kissen. „Es ist die millionenfach geübte Bewegung des Nähens — der chirurgischen Naht. Während sein Geist sich bereits endgültig von dieser Welt löst, arbeitet in seinen Händen immer noch die chirurgische Leidenschaft, die Besessenheit seines Lebens: zu operieren, zu nähen — zu heilen und zu helfen.“

Bis in den Tod hinein, selbst nach Erlöschen des klaren Bewußtseins, bleibt der kranke Arzt der Arzt. Instinktiv wirkt in ihm weiter, was zur Zeit seines klaren Denkens der Leitweg für sein Überlegen und Handeln gewesen ist.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. W. Schweisheimer, 66 Milton Road, Rye, New York 10580/USA

Adumbran[®]

Thomae

gibt Ihren »nervösen« Patienten
Ruhe, Gelassenheit, vegetative Stabilität.

Amtliches

Anträge auf Schwangerschaftsunterbrechung aus medizinischer Indikation

Neuregelung des Verfahrens

Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer hat in seiner Sitzung am 14. März 1970 aus gegebenem Anlaß beschlossen, das bisherige Verfahren, betreffend die Behandlung von Anträgen auf Schwangerschaftsunterbrechung aus medizinischer Indikation, neu zu regeln. Die wesentlichen Änderungen bestehen darin, daß die bisherige Entscheidung über solche Anträge durch eine gutachtliche Stellungnahme der I-Kommission bzw. seines Vorsitzenden ersetzt wird sowie ferner, daß die bisher bei den Ärztlichen Kreisverbänden errichteten I-Kommissionen, insbesondere im Hinblick auf den Rückgang der Zahl solcher Anträge, nunmehr bei den Ärztlichen Bezirksverbänden eingerichtet werden.

Das durch den Beschluß des Kammervorstands neu geregelte Verfahren ist in 13 Punkte gegliedert und in den nachfolgend abgedruckten Text der neuen Vordrucke für diese Anträge aufgenommen. Die Vordrucke liegen bei den Ärztlichen Bezirksverbänden auf und können dort angefordert werden.

Schwangerschaftsunterbrechung aus medizinischer Indikation

Vorbemerkung zum Verfahren

1. Der Antrag auf Erstattung von Gutachten zur künstlichen Beendigung einer Schwangerschaft aus medizinischen Gründen ist unter Verwendung dieses Formblattes zu stellen.
2. Der Antrag ist zu begründen; insbesondere ist unter Befügung entsprechender Unterlagen darzulegen, worin die medizinische Indikation besteht. Sofern der antragstellende Arzt nicht Facharzt des Gebietes ist, in das die Erkrankung fällt, welche für die medizinische Indikation in Betracht kommt, ist ein Befundbericht des dafür zuständigen Facharztes mit seiner gutachtlichen Stellungnahme zur Notwendigkeit der Schwangerschaftsunterbrechung beizufügen. Gegebenenfalls ist noch die Äußerung eines Frauenarztes darüber beizufügen, ob gegen die Durchführung der Schwangerschaftsunterbrechung Bedenken bestehen.
3. Der Antrag ist dem an den Vorsitzenden der I-Kommission des Ärztlichen Bezirksverbandes zu richten, in dessen Bereich sich der Niederlassungsort des antragstellenden Arztes oder der ständige Wohnsitz der Schwangeren befindet.
4. Eine I-Kommission wird bei jedem Ärztlichen Bezirksverband errichtet. Sie besteht aus dem Vorsitzenden und 1 Beisitzer. Es ist je ein Beisitzer für alle in Betracht kommenden Fachgebiete zu bestellen. Der Vorsitzende sollte in der Regel ein Allgemeinmediziner sein. Er zieht den Beisitzer zu, in dessen Fachgebiet die Erkrankung der Schwangeren gehört, welche als Indikation für die Schwangerschaftsunterbrechung vom Antragsteller angesehen wird.
5. Stimmen die Mitglieder der I-Kommission mit der Auffassung des Antragstellers bzw. des von ihm beigezogenen Facharztes überein, so teilt der Vorsitzende dem Antragsteller das Ergebnis in Form einer gutachtlichen Äußerung mit. Weichen die Auffassungen der Mitglieder der I-Kommission voneinander oder von der Auffassung des Antragstellers bzw. des von ihm beigezogenen Facharztes ab, so bestimmt der Vorsitzende im Einvernehmen mit dem Beisitzer einen geeigneten Obergutachter. Liegt das Obergutachten vor, so erstattet der Vorsitzende der I-Kommission das abschließende Gutachten.
6. Dem antragstellenden Arzt ist das abschließende Gutachten ohne Verzögerung mitzuteilen.
7. Der antragstellende Arzt hat dem um die Vornahme der Schwangerschaftsunterbrechung angegangenen Arzt das Gutachten zu übermitteln.
8. Die durchgeführte Schwangerschaftsunterbrechung ist von dem Arzt, der sie vorgenommen hat, im Formblatt zu vermerken. Dieses ist dem Vorsitzenden der I-Kommission zu übermitteln.
9. Der Vorsitzende der I-Kommission übersendet dann das Gutachten nebst allen Unterlagen unverzüglich mit eingeschriebenem Brief dem Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer.
10. Die abgeschlossenen Anträge werden bei der Bayerischen Landesärztekammer auf die Dauer von 10 Jahren unter Verschluss aufbewahrt. Ihre Herausgabe ist nur auf Ansuchen des Arztes, der die Unterbrechung vornahm, zur Abwehr einer gerichtlichen oder berufsgerichtlichen Verfolgung zulässig.
11. Die Unterbrechung einer Schwangerschaft soll grundsätzlich in einem Krankenhaus vorgenommen werden. Außerhalb einer Krankenanstalt kann sie nur durchgeführt werden, wenn das Leben der Schwangeren gefährdet ist oder wenn ihre Unterbringung in einer Krankenanstalt unmöglich ist. Die Verantwortung für die Unterbrechung der Schwangerschaft trägt der Arzt, der sie vornimmt.
12. Der Arzt ist an das Gutachten der I-Kommission nicht gebunden.
13. Das gesamte Verfahren ist mit tunlichster Beschleunigung durchzuführen.

ANTRAG

An den

Vorsitzenden der I-Kommission

Herrn / Frau

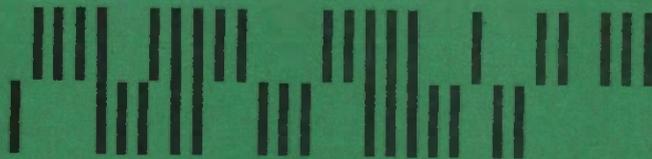
in

Neu

Neuprogrammierung
des Herzens

Das neue β -Adrenolytikum
mit eigenem Profil

Doberol®



Schützt
Herz und Kreislauf
vor Überlastung

erhält die
Leistungsfähigkeit

Doberol®
bietet selektiven Schutz von
Herz und Kreislauf vor
Überlastung ohne zentrale
Sedierung bei voller Erhaltung
der Leistungsfähigkeit

Doberol®
= 1-(Isopropylamino)-3-
(m-tolyloxy)-2-propanol-hydro-
chlorid

Doberol®
gibt es in 2 verschieden starken
Dosierungen:

Doberol® 10 mg
Packung:
50 Tabletten 4,85 DM

Doberol® 50 mg
Packungen:
20 Tabletten 5,80 DM
50 Tabletten 13,45 DM

**Boehringer
Ingelheim**

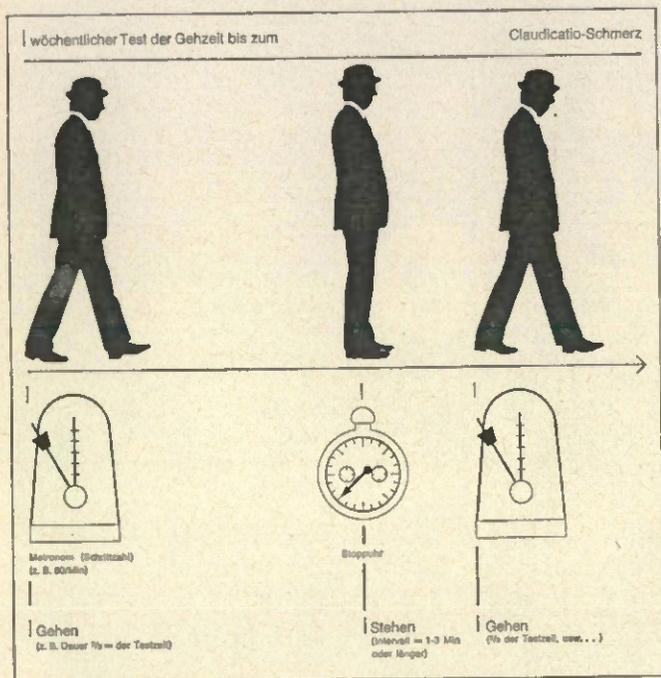


Ronicol[®] retard

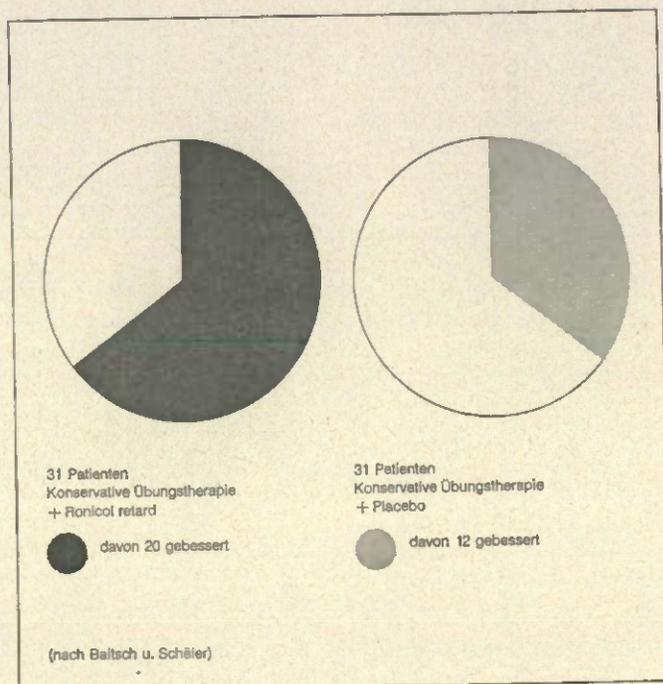
Neuere Untersuchungen haben die große Bedeutung des Gehtrainings im Intervall für die Therapie peripherer arterieller Durchblutungsstörungen ergeben. Für die Ausbildung und Funktion leistungsfähiger Kollateralen ist die Muskelarbeit der beste Reiz. Im Intervall wird die energetische Ausgangssituation im Muskel wieder hergestellt.

Plethysmographische Messungen im Doppelblindversuch von Baltsch und Schäfer (1969) haben gezeigt, daß Ronicol retard den Effekt einer konservativen Übungstherapie weiter deutlich zu steigern vermag.

Trainingspläne zur Durchführung der Gehübungen im Intervall stehen Ihnen für Ihre Patienten auf Abruf zur Verfügung.



Gehtraining im Intervall modifiziert nach Schlüssel, Med. Welt 1965, 145-147



Gebessert = Mehrdurchblutung im Venenverschußplethysmogramm von mindestens 1,5 ml pro 100 ml Gew./min.

Ronicol[®] retard und Intervalltraining
Optimale konservative Therapie arterieller Durchblutungsstörungen der unteren Extremitäten.

Ronicol retard (β -Pyridyl-carbinol)
OP zu 20, 50 und 100 Dragées



Hoffmann-La Roche AG
7887 Grenzach

Ich beantrage die Erstattung eines Gutachtens über eine Unterbrechung der Schwangerschaft aus medizinischer Indikation bei

Frau/Frl. _____ Name _____ Vorname _____ Familienstand _____ (led., verh., vw., gesch.)

Geb. am _____ in _____ Schwangere mir persönlich bekannt / Personalausweis lag vor

Wohnung: _____ Beruf: _____

Zahl der Lebendgeburten: _____ Zahl der Totgeburten: _____

Zahl der Fehlgeburten: _____ Zahl der künstlichen Fehlgeburten: _____

Zahl der lebenden Kinder: _____ Beginn der letzten Regelblutung: _____

Einwilligung der Schwangeren:

Ich bin mit dem Antrag des Arztes einverstanden.

Ort _____ Datum _____ (Eigenhändige Unterschrift der Schwangeren)

Wirtschaftliche Verhältnisse der Schwangeren: gut
mittel
schlecht

Begründung des Antrages (Unterlagen wie Röntgen-, serologische usw. Befunde beifügen);

falls der Antragsteller nicht Fecherzt des Gebietes ist, in des die Erkrankung fällt, welche für die medizinische Indikation in Betracht kommt, ist die gutachtliche Äußerung eines solchen Fecherztes mit dessen Untersuchungsbefunden beizufügen. Gegebenenfalls ist eine gutachtliche Äußerung eines Feuenerztes über die Durchführbarkeit der künstlichen Beendigung der Schwangerschaft dem Antrag beizulegen.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift des Arztes _____ Stempel _____
Anschrift _____

Der Vorsitzende der I-Kommission

Eingang: _____ Lfd. Nr.: _____

Als Beisitzer bestimme ich zur Abgabe des Gutachtens:

Name _____ Fachgebiet _____ Anschrift _____

1. Gutachten des Beisitzers:

Die Unterbrechung der Schwangerschaft halte ich für medizinisch – nicht – indiziert. (Nichtzutreffendes streichen!)

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____ Stempel _____

2. Gutachten des Vorsitzenden der I-Kommission:

Die Unterbrechung der Schwangerschaft halte ich für medizinisch – nicht – indiziert. (Nichtzutreffendes streichen!)

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____ Stempel _____

Falls Obergutachten erforderlich

urschriftlich an
Herrn / Frau _____ in _____
mit der Bitte um Erstattung eines Obergutachtens in freier Form.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____

Urschriftlich zurückgereicht an den Vorsitzenden der I-Kommission am _____

Unterschrift des Obergutachters

Abschließendes Gutachten des Vorsitzenden der I-Kommission nach Erstattung eines Obergutachtens:

Die Unterbrechung der Schwangerschaft halte ich für medizinisch – nicht – indiziert. (Nichtzutreffendes streichen!)

.....
Ort Datum Unterschrift Stempel

Schriftliche Mitteilung des negativen Gutachtens an den Antragsteller ist am erfolgt.

.....
Ort Datum Unterschrift des Vorsitzenden Stempel

Urschriftlich an den Antragsteller mit der Bitte um Kenntnisnahme von dem Gutachten:

.....
Ort Datum Unterschrift des Vorsitzenden Stempel

Der entragstellende Arzt

Eingang:

An

Herrn / Frau

In

Urschriftlich mit der Bitte um Kenntnisnahme gem. Ziff. 7 der Vorbemerkung:

.....
Ort Datum Unterschrift

Der zur Unterbrechung eingegangene Arzt

Eingang:

Urschriftlich zurück an den Vorsitzenden der I-Kommission.

Die Unterbrechung der Schwangerschaft wurde von mir bei

Frau/Frl. em ausgeführt.

.....
Ort Datum Unterschrift Stempel

Der Vorsitzende der I-Kommission

Eingang:

Urschriftlich an den Präsidenten der Bayer. Landesärztekammer,

München

.....
Ort Datum Unterschrift



ferro-B₁₂-Ehrl

OP zu 20 DM 3.60

Dragées

Zur hochwirksamen
preisgünstigen oralen
Anämie Therapie

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

EHRL & CO KG
8 München 66

Zur Rechtslage der freiwilligen Sterilisation

In letzter Zeit gingen der Bayerischen Landesärztekammer Anfragen wegen der Zulässigkeit der freiwilligen Sterilisation von Frau und Mann zu, die es notwendig erscheinen lassen, die hierfür gegebene Rechtslage der Ärzteschaft im folgenden bekanntzugeben:

Wesentlich scheint zunächst, daß unser Recht – und zwar das öffentliche wie das Berufsrecht – keinen Unterschied zwischen der Sterilisation einer Frau und eines Mannes macht. Bei beiden sind die Rechtsfolgen und wohl auch die medizinischen Folgen die gleichen. Nach dem bekannten Urteil des BGH i. S. Dr. Dohrn von 1964, NJW, Heft 25, ist die Sterilisation – auch die sogenannte Gefälligkeitssterilisation – derzeit nicht strafbar. Übrig geblieben ist – und darauf hat der Bundesgerichtshof ausdrücklich hingewiesen – die standesrechtliche Beurteilung des Arztes, der eine Sterilisation vornimmt. Hier ist bisher (mit Ausnahme des Falles der medizinischen Indikation) stets angenommen worden, daß ein solcher Eingriff des Arztes in die körperliche Unversehrtheit auch bei Einwilligung des Betroffenen standeswidrig ist. Die derzeitige Planung der Neufassung der Berufsordnung, die für Bayern auf dem Bayerischen Ärztetag im Oktober 1970 zum Abschluß kommen wird, sieht vor, daß die Sterilisation für zulässig erklärt wird, wenn sie aus „medizinischen, genetischen oder schwerwiegenden sozialen Gründen“ indiziert ist. Damit ist für den Einzelfall eine relative Klarheit auch heute schon gegeben.

Wichtig ist, daß die Einwilligung des Betroffenen (und seines Ehegatten!) freiwillig und durch keine Willensmängel beeinträchtigt sein muß. Hier wird „im Ernstfall“ immer entscheidender Wert darauf gelegt werden, ob der Arzt eine gehörige und erschöpfende Aufklärung über die Folgen jenes Eingriffs gegeben hat und unter Umständen diese Aufklärung auch nachweisen kann (deshalb empfiehlt es sich immer, die Betroffenen zu einer schriftlichen Erklärung darüber zu veranlassen, daß sie über alle Folgen des begehrten Eingriffs unterrichtet sind).

Als Ergebnis ist festzuhalten, daß heute standesrechtlich jedenfalls die sogenannte Gefälligkeitssterilisation und auch die Sterilisation aufgrund einer unzu-

reichenden sozialen Indikation nicht gerechtfertigt ist und dementsprechend der Arzt in diesen Fällen nach Durchführung einer Sterilisation berufsaufsichtliche Maßnahmen gewärtigen muß.

Überleitungsabkommen

zwischen der Bayerischen Ärzteversorgung – Bayerische Versicherungskammer –, München, und der Bezirksärztekammer Rheinhessen – Versorgungseinrichtung – Mainz

1. Mitglieder einer der oben angeführten Versorgungseinrichtungen, die vor Vollendung des 45. Lebensjahres im Geltungsbereich der Satzung der anderen Versorgungseinrichtung berufstätig werden, können die bei der bisher zuständigen Versorgungseinrichtung mit Ausnahme der bei der Bayerischen Ärzteversorgung für das erhöhte Sterbegeld geleisteten Beiträge an die neu zuständige Versorgungseinrichtung überleiten lassen.

Die überzuleitenden Beiträge dürfen, bezogen auf das Jahr, für welches sie ursprünglich geleistet wurden, nicht höher sein als der nach der Satzung der übernehmenden Versorgungseinrichtung für den jeweiligen Beitragszeitraum zulässige Höchstbetrag.

Die neu zuständige Versorgungseinrichtung gewährt diesen Mitgliedern das Recht auf alle von ihr zu erbringenden satzungsmäßigen Leistungen in der Höhe, eis wären die von der bisherigen Versorgungseinrichtung übergeleiteten Beiträge zu denselben Zeiten bei ihr entrichtet worden.

2. Beiträge von Mitgliedern, die im Zeitpunkt des Überwechslens bei ihrer bisherigen Versorgungseinrichtung einen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt haben oder zu diesem Zeitpunkt bereits berufsunfähig sind, können nicht übergeleitet werden.

3. Der Antrag auf Beitragsüberleitung ist innerhalb von sechs Monaten nach Wechsel des Ortes der Berufsausübung bei einer der beiden Versorgungseinrichtungen zu stellen.

Bleiben nicht niedergelassene Ärzte zunächst freiwillige Mitglieder der bisherigen Versorgungseinrichtung, so können sie nach Niederlassung in eigener Praxis innerhalb von drei Monaten den Antrag auf Beitragsüberleitung stellen, sofern sie inzwischen nicht das 45. Lebensjahr vollendet haben.

4. Die bisherige Versorgungseinrichtung überträgt sämtliche zugunsten des antragstellenden Arztes geleisteten Beiträge, sofern sie die Höchstbeträge nach Ziffer 1 Absatz 2 nicht überschreiten, unter Beifügung einer Aufstellung, aus der Höhe und Zeitpunkt der Leistung in jährlichen

Passiorin

Rein pflanzliches Dauersedativum

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

Ohne Gewöhnungsgefahr

Ohne Nebenwirkungen

Unschädliche Kur- und Dauermedikation
zur Stabilisierung des Nervensystems

SIMONS CHEMISCHE FABRIK GAUTING BEI MÜNCHEN



Teilbeträgen zu ersehen sind (Überleitungsabrechnung), an die neu zuständige Versorgungseinrichtung.

Etwaige Beitragsrückstände werden von der bisherigen Versorgungseinrichtung beigetrieben und nach Eingang unverzüglich der neu zuständigen Versorgungseinrichtung weitergeleitet, die hierbei gegebenenfalls Amtshilfe leistet.

5. Der geldliche Ausgleich zwischen den Versorgungseinrichtungen wird unmittelbar mit Erstellung der Überleitungsabrechnung vorgenommen.

Der Risikoübergang erfolgt am 3. Kalendertag 00 Uhr nach Absendung der Überleitungsabrechnung. Maßgebend für den Absendetag ist der Stempel des Postamtes.

6. Dieses Überleitungsabkommen tritt mit seiner Unterzeichnung und soweit es der Genehmigung bedarf, mit der Genehmigung durch die zuständige Behörde in Kraft.
7. Das Überleitungsabkommen wird in den Ärzteblättern der Vertragschließenden veröffentlicht.

8. Dieses Abkommen kann von den Vertragschließenden mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden. Vor Ablauf der Kündigungsfrist beantragte Überleitungen sind durchzuführen.

9. Beiträge der Mitglieder, die vor Abschluß dieses Überleitungsabkommens bei einem Versorgungswerk aufgrund der Mitgliedschaft zum anderen Versorgungswerk befreit wurden oder ausgenommen waren, können auf Antrag nach Maßgabe dieses Überleitungsabkommens auf das Versorgungswerk übergeleitet werden, das die Befreiung ausgesprochen bzw. die Ausnahme von der Mitgliedschaft festgestellt hat.

Der Antrag ist innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten dieses Überleitungsabkommens zu stellen.

10. Der Ländesausschuß der Bayerischen Ärzteversorgung und die Hauptversammlung der Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Rheinhesen haben diesem Überleitungsabkommen zugestimmt.

Beitragshöchstgrenze 1970

Durch die weitere Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und durch die Erhöhung des Beitragssatzes auf 17 v. H. bei der Angestelltenversicherung ist auch der zulässige Höchstbeitrag zur Bayerischen Ärzteversorgung in diesem Jahre weiter angestiegen. Die höchstmöglichen Einzahlungen zu Ihrem Versorgungswerk betragen im Jahre 1970

DM 9180.—

Für 1969 wurde der zulässige Höchstbeitrag ursprünglich mit DM 6528.— bekanntgegeben. Aufgrund einer Änderung des Körperschaftssteuergesetzes konnte dieser Höchstbeitrag nachträglich auf DM 8160.— erhöht werden.

Diese Höchstgrenzen sind für Sie dann von Bedeutung, wenn Ihre Pflichtbeiträge allein oder Ihre Pflichtbeiträge zusammen mit den beabsichtigten freiwilligen Mehrzahlungen die jeweiligen Höchstbeiträge übersteigen sollten. Der Höchstbeitrag darf in keinem Jahr überschritten werden.

Fristablauf

Mit Inkrafttreten der neuen Weiterbildungsordnung (Teil II der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns) am 1. Juli 1969 wurden neu eingeführt:

1. Allgemeinmedizin
2. Fachgebiete:
Kinder- und Jugendpsychiatrie
Pathologische Anatomie
Pharmakologie
3. Teilgebiete:
Kinderchirurgie
Unfallchirurgie
Gastroenterologie
Kardiologie
Lungen- und Bronchialheilkunde

In den Übergangsvorschriften (§ 33 WBO) sind die Voraussetzungen aufgezeichnet, unter denen Ärzte Antrag auf Genehmigung der jeweiligen Bezeichnung bei der Bayerischen Landesärztekammer stellen können.

Wir gestatten uns den Hinweis, daß diese Übergangsvorschriften zeitlich befristet sind. Die Anträge müssen innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten der Weiterbildungsordnung gestellt werden, d. h. bis spätestens 1. Juli 1970, soweit die als Voraussetzung für den Erwerb der Bezeichnung vorgeschriebenen Tätigkeiten vor dem 1. Juli 1969 abgeleistet wurden.

Äskulap und Pegasus

Der Schriftführer des Bayerischen Landesverbandes der Schriftstellerärzte ist Dr. med. Hans WEIGOLD. Er wurde am 23. 7. 1910 in Passau geboren, wuchs in München auf und ist seit 1947 in Regensburg heimisch, er ist Facharzt für Lungenkrankheiten und in verschiedenen Landesorganisationen tätig. Dieses Städtedreieck bestimmt sein Leben. Sein Studium begann er als Jurist in München, durch eine Erkrankung im vierten Semester kam er mit der Medizin in Berührung, die dann bestimmend für sein weiteres Schicksal wurde. In Kontakt mit der Literatur kam er durch den Fachkollegen und Landsmann Hans CAROSSA, dessen Patient er 1926 gewesen war. Da er sich für das Fachgebiet der Lungenkrankheiten entschied, so lebte er jahrelang in Sanatorien mit zwei markanten Schauplätzen, Agra über Lugano und Bad Reiboldsgrün im Vogtland. In Agra lebte er in der Nachbarschaft von Hermann HESSE auf den „Goldenen Hügeln“. Er selbst schreibt auf meine Bitte, mir etwas aus seinem Schaffen für das „Bayerische Ärzteblatt“ zu schicken: „Ich bin nämlich eigentlich gar kein so rühriger ‚Verfasser‘ und was ich mir im Laufe der Zeit nur zum eigenen Spaß geschrieben habe, geschah ohne Bedacht auf Form und Umfang... Gedichte habe ich schon gar keine, das liegt mir nicht.“

Die nachfolgende Geschichte ist der Kern einer größeren, sie ist eine psychologisch feine Studie aus der Schulzeit, die uns auf der einen Seite ein nachdenklich stimmendes Bild vom sterbenden Adel im ersten Viertel des 20. Jahrhunderts gibt und auf der anderen Seite mit leicht ironischem Unterton zeigt, wie sehr gerade dieser untergehende, einst Deutschland beherrschende Adel doch immer noch wirksam war und – wenn wir die Illustrierten unserer Zeit anschauen – auch heute noch wirksam ist.

Dr. med. Robert Paschke, 8535 Emskirchen

Der Neue

von Hans Weigold*)

Also begann Franz seinen Bericht mit einem kurzen Hinweis auf den Schauplatz, eine Vorstadt Münchens; neben älteren Häuserzeilen Neubaublocks, dazwischen noch einige grüne Inseln, am Rande Schrebergärten; eingestreut ein paar öffentliche Baulichkeiten, Kasernen, ein Krankenhaus und zwei höhere Schulen, deren eine er als 15jähriger Gymnasiast besuchte. Schüleralltag, Prüfungsnot, Klassenschabernack und Paukerschrullen wurden schnell mit einigen Worten angedeutet; dann fuhr Franz zu erzählen fort:

„Eines Morgens saß nun ein Neuer in der Klasse, für unsere Begriffe eine ganz besondere Erscheinung. Er war bei weitem größer, kräftiger und überhaupt in jeder Hinsicht stattlicher als irgendeiner von uns. Das erste Verhör durch den Klassenältesten hatte schon Ungewöhnliches ergeben. Der Junge, wir waren fast verleitet ihn einen Herrn zu nennen, zählte im Alter schon zwei Jahre mehr als der Klassendurchschnitt, konnte aber auch für seine siebzehn als ausgesprochen frühreif gelten. Er war, wie gesagt, groß und kräftig, dazu in seiner Figur beinahe füllig, wie ein Mensch, der dem Essen bereits viel Zeit und Aufmerksamkeit zu widmen pflegte. Sein Organ klang unter unseren wechselnden und brechenden Stimmen sicher und sonor. Angeblich trug er nur lange Hosen, stets Kragen mit Selbstbinder und rasierte sich jeden zweiten Tag, alles Dinge und Gewohnheiten, zu denen sich unser-einer kaum zu den höchsten Festtagen verstiegen hätte. Seine unbedingte Überlegenheit knüpfte sich aber noch an ganz andere Merkmale seiner Persönlichkeit, an sein Gesicht, seine Hände und an sein ganzes Gehaben. Heute würde ich einfach sagen, alles das verriet eine angeborene Kultur, die Tradition nobler Väter und schöner Mütter in langer Ahnenreihe; weniger eine geistige Tradition, sondern eine mehr auf dem Daseinsstil und der Lebenskunst beruhenden. Damals haben wir uns wohl nur so geäußert, daß uns der neue Klassengenosse fein oder vornehm erschiene.

Sicher haben wir damit nur einen Gesamteindruck aussprechen wollen, ohne auf Einzelheiten geachtet zu haben, wie etwa auf den feingezogenen Haaran-satz an Stirn und Schläfen; vielleicht war uns sogar die unwillkürliche Grazie seiner Hände entgangen, bei jedem Zugreifen und Tasten. Und dann dieser hastlose lächelnde Gleichmut, diese lässige Müdigkeit im Reagieren auf die äußeren Reize des Alltags: das mußte alles in allem uns Kindern der Vorstadt und der Mietskasernen, für uns Söhne der kleinen Beamten und Kaufleute seltsam und unnachahmlich sein.

Aber ich nehme Beobachtungen und Erfahrungen vorweg, die unsere Klasse an dem neuen Mitschüler sicher nicht gleich in diesen zehn Minuten, sondern erst mit der Zeit machen konnte. Zunächst erschien zu Beginn des Morgenunterrichts der Klaßleiter, unser Lehrer in neuen Sprachen. Als Reserveoffizier hatte er uns zackiges Benehmen beigebracht und wie gewöhnlich musterte er die stillgestandene Schar mit senkrechten Stirnfalten. Diese glätteten sich aber heute schnell, als er auf den Neuen sah; und nun hub er, der sonst so Unwirsche, zu einer uns in Form und Ton ganz ungewohnten Rede an: ‚Meine lieben Schüler‘, sagte er. ‚Wir begrüßen heute in unseren Reihen einen neuen Kameraden. Ich heiße ihn in aller Namen herzlich willkommen. Ich erwarte von der Klasse unserem Gast gegenüber in jeder Hinsicht freundschaftliches Entgegenkommen. München, unsere Schule und unsere Klasse sollen Herrn von Lanzelot in guter Erinnerung bleiben können.‘

Als wir daraufhin unsere Plätze einnehmen durften, haben uns unsere Mäuler vor Staunen sicher offen gestanden. Hatte jemals jemand von unserem rabauzigen Alten so etwas schon gehört: ‚Liebe Schüler! Willkommen!‘? – Von einem Gast hat er gesprochen und von Erinnerungen, wo der Neue überhaupt noch keine Viertelstunde in unsere Penne hineingerochen hatte. Und dann: ‚Herr‘ und ‚Sie‘. – Das sollten wir anderen erst in einem Jahr und vielleicht dann noch nicht zu hören bekommen. War das nicht die Höhe? Aber wir hatten bald noch weitere Gelegenheit zum Staunen. Es mußten nämlich über den Neuen die üblichen Eintragungen in das Klassenbuch gemacht werden, und aus dem gedämpften Dialog zwischen unserem Ordinarius und unserem Gast erfuhren wir zunächst seinen ganzen Namen: Leopold Freiherr von Lanzelot.

Also, da wußten wir es nun, ein Adelige, ein Baron saß unter uns. Auf einer entsprechenden Linie hielten sich dann auch die übrigen Lebensdaten des jungen Herrn: Die Mutter englische Aristokratin, der Vater österreichischer Diplomat; Geburtsort ein Schloß in Schottland, erste Jugend in Amerika, bis zum sechsten Jahr nur Englisch gesprochen, seit dem zehnten Internatserziehung, seit zwei Jahren ziemlich unabhängiges Leben zwischen den getrennten Eltern mit losem Anschluß an eine vielverzweigte Verwandtschaft, zuletzt in Wien und Prag. München nur ein

*) 8400 Regensburg, Adolf-Schmetzer-Straße 7

Hydracillin forte Biprestule

Bakterizidie
Therapie

direkte
Vernichtung
der
Erreger

Zwei-Medien-
Sofortspritze

Zusammensetzung

In der ersten Kammer:

3.500.000 I. E. Penicillin-G-Natrium

500.000 I. E. Procain-Penicillin-G

40 mg Lidocain-hydrochlorid

In der zweiten Kammer:

5ml Aqua pro injectione

als Lösungsmittel



DAEUSBERG + CO
GÖTTINGEN
Penicillin-Gesellschaft

Zwischenaufenthalt für längstens ein Vierteljahr. Gegenwärtiges Quartier eine uns als recht kostspielig bekannte Schülerpension.

Alles das wurde flüchtig hingewagt, mit einem Blick aus dem Fenster; zwischenhinein ein lässiger Griff nach dem Taschentuch in der Innentasche des Jacketts (wir trugen die unseren im Hosensack), eine fächernde Bewegung zur Nase, Lavendelduft, Siegelring mit kleiner Krone.

Das war also Leopold Freiherr von Lanzelotti und trotzdem bald ein recht guter Kamerad, nicht eigentlich eitel, keinesfalls hochnäsiger; sogar zuvorkommend und anhänglich, aber alles nur bis zu einer Grenze. Mehr zu geben, daran hinderte ihn seine grundsätzlich zur Schau getragene Uninteressiertheit, seine Flüchtigkeit und sein doch noch ungeriffes Weltbürgertum.

Als Schüler waren seine Leistungen unter dem Durchschnitt. Merkwürdigerweise trug ihm das weder von den Lehrern noch von uns Mitschülern Geringschätzung ein. Es fehlte ihm offensichtlich weniger an Begabung als an Fleiß. Im übrigen war seine Überlegenheit auf anderen praktischen Gebieten in die Augen springend: so zeigte er sich in allen aktuellen politischen Fragen beschlagen wie kaum unsere Professoren und in seiner weltmännischen Art stellte er jeden von uns in den Schatten. Das ließ ihn letzten Endes gegen alle Klippen gefeit erscheinen, die das Gymnasium für uns übrige sterbliche Knaben so zahlreich und drohend bereithielt.

Nicht minder beachtlich waren uns die Reflexe unseres sich sonst so spartanisch gebärdenden Klasseleiters auf den Persönlichkeitsreiz des jungen Barons. Zwar hatte es Grantl, wie wir den Ordinarius weiterhin nennen wollen, bald aufgegeben, Leopold auf die Dauer vor der ganzen Klasse mit dem ‚Herr‘ und ‚Sie‘ auszuzeichnen, und er schlug allmählich auch gegen ihn seinen üblichen Klassenton an, wohl mehr aus Gewohnheit als aus Bedacht. Doch wenn sich die beiden wirklich einmal Aug in Aug über diese oder jene Sache auseinandersetzen hatten, wurde Grantl vor der lächelnden Gelassenheit des jungen Aristokraten unsicher und befangen. Bei einer Gelegenheit zeigte sich das ganz besonders deutlich: Laut neuester Ministerialverordnung waren nämlich die Eltern gefährdeter Schüler gegen Ende des Trimesters brieflich über die ungenügenden Leistungen ihrer Sprößlinge zu unterrichten. Auch bei Leopold ließ sich diese Prozedur nicht mehr vermeiden. Wes aber Grantl ansonsten zu einem peinlichen Akt der Demütigung zu machen verstand, gegenüber Leopold wurde daraus geradezu eine Ovation. Zunächst ließ sich kaum feststellen, welchen der getrennt lebenden Eltern man verständigen sollte, da keiner auf seine Erziehungsrechte ernstlich zu pochen schien. Endlich entschied sich Leopold für seine Mutter, von der man wenigstens hoffen durfte, daß sie der Brief trotz unvermeidlicher Umwege über Kurorte, Rittergüter und Stadtschlösser auf ihrer rastlosen Wanderung durch Europa doch vielleicht irgend-

Veranstaltungen der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin

B-Kurs für Arbeitsmedizin:

14. September bis 9. Oktober 1970

1. Sozialmedizinischer Kurs:

2. bis 27. November 1970

wo erreichen würde. Von Lanzelot senior hätte sich nur sagen lassen, daß er vor sechs Wochen in Brasilien gewesen war und in drei Monaten etwa in Hongkong sein würde. Der Rest der Stunde ging hin, bis Grantl im Gebrauch adeliger Titel genügend unterwiesen war und den angemessenen Schwung der Hand gefunden hatte, die feudalen Namen zu Papier zu bringen. Den Text diktierte Leopold mit bescheidenem Hinweis auf die Schwächen seiner schulischen Leistungen. Grantl schrieb und war mit Mühe davon abzuhalten, den Brief auch noch in das Englische oder eine der anderen von ihm beherrschten Sprachen zu übertragen, um der Freifrau die Lektüre zu erleichtern.

Dem allen hörte eine Klasse mit gespitzten Ohren zu, indem sie ihren Lehrer ebenso komisch wie den Baron großartig fand.

Des Schuljahrs letzter Tag brach an. Leopolds Gastspiel war zu Ende. Sein Zeugnis keines Blickes würdigend, wandte er dem grauen Haus, das uns andere noch manches Jahr in seine Mauern bannen sollte, den Rücken. Eine kleine Schar Getreuer gab ihm das Geleit. An jeder Straßenkreuzung kurzer Abschied; als einer der letzten habe ich ihm die Hand gedrückt und: „Andere Städtchen, andere Mädchen!“ nachgerufen. Ich bereute meine Kühnheit schon, doch mit Lachen stimmte er mir aus der Ferne zu. Dann ging Leopold von Lanzelot seiner Wege. — — —

Es würde nicht zutreffend sein, wenn ich sagte, daß ich oft oder gar regelmäßig seiner gedacht hätte, keineswegs. Nur manchmal tauchte seine Gestalt in der Erinnerung auf, wenn der eigene bürgerliche Alltag allzu grau und einförmig verlief. Die große Welt war dann sein Hintergrund, Wolkenkratzer oder Palmen wurden die Kulisse, schöne Frauen traten in die Szene.

Das war es, was mich aufhorchen ließ, als ich seinen Namen kürzlich wieder nennen hörte. Ich erkundigte mich nach seinem Schicksal und erfuhr, daß es ein bitteres gewesen war. Als junger österreichischer Diplomat wurde er 1939 bei Kriegsausbruch von den Engländern in Singapore interniert. Als die Japaner die Festung belagerten, sollte er mit anderen auf einem Truppentransporter nach Australien evakuiert werden. Das Schiff hat seinen Hafen Sydney nie erreicht.“ — — —



**FRISCH UND LEISTUNGSFÄHIG
FÜR DEN GANZEN TAG DURCH**

**permorgen
- vitamin**

Spezifische Ergänzung der täglichen Nahrung. Bei Depressionen nach dem Erwachen, Erschöpfung, Arbeitsunlust, Arteriosklerose, Konzentrationsschwäche, morgens 1 Kapsel permorgen-vitamin

Rp.: Vitamin A, Vitamin D₂, Vitamin B₆, Vitamin B₁₂, Methionin, ungesättigte Fettsäuren, Calciumlevullinat, Magnesiumthiosulfat, Natriummalicat

Packung mit 30 Kapseln . . DM 6,30

Bestellschein: Kostenloses Ärzteversuchsmuster und Schrifttum von permorgen-vitamin-Schwarzhaupt erbeten.

(Bitte persönl. Unterschrift und Stempel des Arztes) ByÄ

SCHWARZHaupt · KÖLN

Kongresse

Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins e. V.

am 3./4. Juli 1970 in München

Der Bayerische Medizinalbeamtenverein e. V. veranstaltet am 3./4. 7. 1970 in München, Kolpinghaus St. Theresia, Hanebergstraße 8, die diesjährige Landesversammlung mit dem Thema „**Trinkwasser**“

Freitag, 3. Juli 1970

9.15 Uhr:

Eröffnung durch den Landesvorsitzenden Regierungsmedizinaldirektor Dr. A. Böhm

Begrüßungsansprachen

Dipl.-Ing. Fr. Stimmelmayer, Präsident i. R. des Bayerischen Landesamtes für Wasserversorgung und Gewässerschutz, München

„**Wasser – Grundlage allen Lebens**“

Dipl.-Geologe Dr. K. Sutter, Regierungsrat, Bayerisches Landesamt für Wasserversorgung und Gewässerschutz, München

„**Trinkwasservorkommen und -gewinnung**“

Oberregierungschemiker Dr. D. Eicheisdörfer, Institut für Wasserchemie und Chemische Balneologie der Technischen Hochschule München

„**Forderungen des Chemikers an das Trinkwasser**“

14.15 Uhr:

Regierungsmedizinaldirektor Dr. B. Freytag, Staatliche Bakteriologische Untersuchungsanstalt, München

„**Forderungen des Hygienikers an das Trinkwasser**“

Dipl.-Ing. J. Mutschmann, Oberregierungsbaudirektor, Bayerisches Landesamt für Wasserversorgung und Gewässerschutz, München

„**Trinkwassertechnik**“

Oberregierungsrat Dr. Ch. Petzke, Landratsamt München

„**Rechtsfragen bei der Trinkwasserversorgung**“

Dipl.-Chemiker Dr. G. Philipp, Institut für Wasserchemie und Chemische Balneologie der Technischen Hochschule München und Bayerisches Landesamt für Wasserversorgung und Gewässerschutz, München

„**Chemische Aufbereitung des Wassers für Trinkwasserzwecke**“

Diskussion nach den Referaten

Samstag, 4. Juli 1970

9.00 Uhr:

Mitgliederversammlung

(geschlossene Veranstaltung für Mitglieder)

Auskunft: Regierungsmedizinaldirektor Dr. A. Böhm, 8000 München 19, Bothmerstraße 6/1, Telefon (0811) 5162519

Veranstaltungen der „Ärztlichen Fortbildung im Chiemgau“ im Jahre 1970

Mittwoch, 24. Juni 1970

Prien am Chiemsee

Thema:

„Kritisches zur Kortisontherapie in der praktischen Medizin“

Referent: Dr. H. Kaiser, Augsburg

Mittwoch, 15. Juli 1970

Prien am Chiemsee

Thema:

„Latente Herzinsuffizienz – Diagnostik und Therapie“

Referenten: Doz. Dr. König, München, und Doz. Dr. Büchner

Mittwoch, 16. September 1970

Prien am Chiemsee

Vorgesehenes Thema:

„Hypotonie“

Mittwoch, 30. September 1970

Prien am Chiemsee

Thema:

„Diagnostik und Therapie des Herzinfalles“

Referenten: Prof. Dr. Schimert, München, und Med. Dir. Dr. Krüger, Tegernsee

Adumbran[®]

Thomae

bewährt, zuverlässig,
wenn psychische Faktoren organisches Geschehen belasten.

4

Mittwoch, 7. Oktober 1970

Prien am Chiemsee

Thema:

„Autoimmunkrankheiten“

Referenten: Prof. Dr. Haferkamp, Prof. Dr. Vorlaender und Prof. Dr. Scheiffarth

Es ist auch vorgesehen, an diesem Seminarabend den Film „Autoaggressionskrankheiten“ der Fa. Sharp & Dohme zu zeigen.

18. bis 30. Oktober 1970

Mittelmeer-Kreuzfahrt auf M/S Liburnija

Thema:

„Diagnostische und therapeutische Bilanzen in der praktischen Medizin, mit Einschluß der ärztlichen Probleme im Mittelmeerraum“

„Besuch von Krankenhäusern und Kliniken“

„Medizin-historische Exkursionen unter Führung eines Medizin-Historikers“

Leitung: Prof. Dr. med. Wolfgang Hirsch, Traunstein

Referenten: Dr. phil. J. Benedum, Gießen, Prof. Dr. Dr. K. Dietrich, München, Priv.-Doz. Dr. J. Eisenburg, München, Dr. Dr. T. Fuchs, Mannheim, Priv.-Doz. Dr. J. Jahnecke, Mainz, Prof. Dr. M. Kienitz, Offenbach, Prof. Dr. König, Freiburg/Br., Prof. Dr. H. W. Koeppe, München, Prof. Dr. H. Losse, Münster, Prof. Dr. J. Möller, Hildesheim, Priv.-Doz. Dr. H. Schäfer, München, Prof. Dr. K. Schöffling, Frankfurt, und Priv.-Doz. Dr. L. Widmer, Basel

Reiseroute: Venedig – Dubrovnik – Epidaurus – Istanbul – Kusadasi – Kos – Rhodos – Piräus – Venedig

Mittwoch, 11. November 1970

Prien am Chiemsee

Thema:

„Die Fettleber“

Referenten: Prof. Dr. H. W. Koeppe, München, und Prof. Dr. W. Hirsch, Traunstein

Mittwoch, 2. Dezember 1970

Prien am Chiemsee

Thema:

„Neue Wege zur Verringerung der Rückfallgefahr bei psychischen Störungen“

Referent: Prof. Dr. Haase, Düsseldorf

Auskunft: Dr. med. H. Matusczyk, 8210 Prien am Chiemsee, Kneippkurhotel „Kronprinz“, Telefon (0 80 51) 4 82

2. Diagnostik-Woche

vom 8. bis 12. Juli 1970 in Düsseldorf

Vorsitzender: Prof. Dr. med. E. Fromm, Hamburg

Die Deutsche Gesellschaft zur Förderung der medizinischen Diagnostik wird unter ihrem Vorsitzenden Präsident Prof. Dr. med. E. Fromm, Hamburg, die 2. Diagnostik-Woche vom 8. bis 12. Juli 1970 in Düsseldorf, Messegelände, durchführen.

Dieser Fortbildungskongreß ist mit einer internationalen Ausstellung „Medizin und Technik“ verbunden, an der sich die bedeutendsten Firmen des In- und Auslandes beteiligen.

Der Kongreß wird alle Bereiche der medizinischen Diagnostik behandeln. Neben Vorträgen und Diskussionen wird dem Arzt wie seinen Mitarbeitern Gelegenheit zu praktischen Übungen sowie zum Besuch zahlreicher Seminare, Kurse und Demonstrationen gegeben. Die Teilnehmer sollen die Möglichkeit erhalten, sich mit den neuesten Methoden der medizinischen Diagnostik sowie den neuesten medizinisch-technischen Geräten vertraut zu machen.

Schwerpunktt Themen der Halbtage

Mittwoch, 8. Juli, vormittags

„Erkennung der Risikogeburt“

Halbtagspräsident: Prof. Dr. P. Stoll, Direktor der Frauenklinik im Klinikum Mannheim der Universität

nachmittags

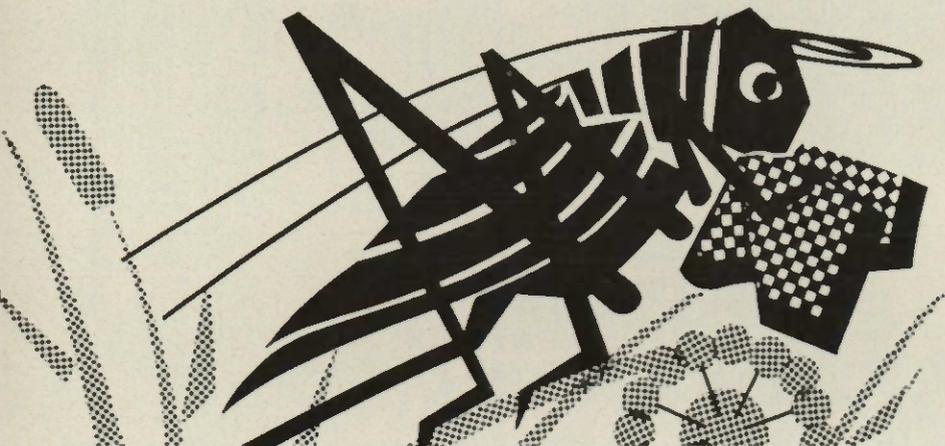
„Theorie und Praxis der Diagnose“

Halbtagspräsident: Prof. Dr. med. H. Schaefer, Institut für Sozial- und Arbeitsmedizin der Universität Heidelberg

Donnerstag, 9. Juli, vormittags

„Diagnostik beim Schwer- und Schwerstverletzten“

Halbtagspräsident: Prof. Dr. Schwaiger, Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik Freiburg



Bei Heuschnupfen

Prospen

Biologisches Antiallergikum

O.-P. 25 Dragées

O.-P. 100 Dragées

O.-P. 10 ccm Tropfen



IFAH GMBH · HAMBURG

nachmittags

„Diagnostik der Lungenerkrankungen“

Halbtagspräsident: Prof. Dr. med. He in , Medizinaldirektor a. D., Hamburg

Freitag, 10. Juli, vormittags

„Diagnose der Koronarinsuffizienz“

Halbtagspräsident: Prof. Dr. Lo o g e n , Abteilung für Kardiologie der Universität Düsseldorf

nachmittags

„Diagnostische Labormethoden in der Praxis“

Halbtagspräsident: Prof. Dr. De i b r ü c k , Institut für Klinische Chemie der medizinischen Hochschule Hannover

Samstag, 11. Juli, vormittags

„Rechter Oberbauch – Diagnostische Probleme“

Halbtagspräsident: Prof. Dr. med. W. Fr o m m h o l d , Direktor des medizinischen Strahleninstituts der Universität Tübingen

nachmittags

„Differentialdiagnostik in der Geriatrie“

Halbtagspräsident: Prof. Dr. med. R. S c h u b e r t , Städtische Krankenanstalten Nürnberg

Sonntag, 12. Juli, vormittags

„Probleme und Möglichkeiten der psychischen Diagnostik (Psychosomatik)“

Halbtagspräsident: Dr. B e e s e , Ärztlicher Direktor der Psychotherapeutischen Klinik, Stuttgart-Sonnenberg

nachmittags

„Diagnostische Vorsorgeuntersuchungen“

Halbtagspräsident: Prof. Dr. Val e n t i n , Direktor des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Erlangen-Nürnberg

Anfragen über die Diagnostik-Woche: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der medizinischen Diagnostik e. V., 7000 Stuttgart 70, Jahnstraße 32, Telefon (07 11) 76 14 54

Schule für Orthoptistinnen in München

Die Schule für Orthoptistinnen in München kann im November 1970 wieder 4 Schülerinnen aufnehmen.

Anfragen und Anmeldung über Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85, Telefon (08 11) 33 20 21 (Apparat 25)

Kurs für Röntgenhelferinnen

voraussichtlich 19. bis 30. Oktober 1970 in Erlangen

Der nächste von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Kurs für Röntgenhelferinnen in Erlangen findet voraussichtlich in der Zeit vom 19.–30. 10. 1970 statt.

Teilnahmevoraussetzung: Nachweis einer dreijährigen praktischen Tätigkeit im Röntgenbereich.

Anmeldungen: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85, Telefon (08 11) 33 20 21 (Apparat 25)

Klinische Fortbildung in Bayern

Kurseinteilung

1. INNERE KRANKHEITEN

21. bis 26. September 1970

München, I. Med. Klinik r. d. Isar der Technischen Hochschule
Direktor: Prof. Dr. Bl ö m e r

28. September bis 2. Oktober 1970

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

5. bis 9. Oktober 1970

München, I. Med. Univ.-Klinik
Direktor: Prof. Dr. S c h w i e g k

voraussichtlich Herbst 1970

Würzburg, Med. Univ.-Klinik
Direktor: Prof. Dr. K ü h n

2. KINDERKRANKHEITEN

19. bis 21. Oktober 1970

München, Städt. Krankenhaus München-Schwabing
1. und 2. Kinderabteilung in Verbindung mit der Kinderchirurgischen Abteilung
Direktor: Prof. Dr. Hilber, Chefarzt Dr. Schweier, Priv.-Doz. Dr. Singer

3. CHIRURGIE

12. bis 16. Oktober 1970

München, Chir. Univ.-Klinik
Direktor: Prof. Dr. Z e n k e r

19. bis 24. Oktober 1970

Erlangen, Chir. Klinik mit Poliklinik der Univ. Erlangen-Nürnberg
Direktor: Prof. Dr. H e g e m a n n

26. bis 30. Oktober 1970

Würzburg, Chir. Univ.-Klinik und -Poliklinik
Direktor: Prof. Dr. K e r n

4. FRAUENKRANKHEITEN UND GEBURTSHILFE

5. bis 9. Oktober 1970

München, I. Frauenklinik und Hebammenschule in Verbindung mit der II. Frauenklinik, der Kinderklinik und Kinderpoliklinik der Universität München
Direktoren: Prof. Dr. Z a n d e r , Prof. Dr. F i k e n t s c h e r , Prof. Dr. B e t k e , Prof. Dr. S p i e s s

voraussichtlich Herbst 1970

Würzburg, Univ.-Frauenklinik und Hebammenschule
Direktor: Prof. Dr. S c h w a l m

5. PHONOKARDIOGRAPHIE (Anfängerkurs)

23./24. Oktober 1970

München, Stiftsklinik Augustinum
Chefarzt: Prof. Dr. M i c h e l

Anfragen und Anmeldungen nur an die Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85, Telefon (08 11) 33 20 21

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat April 1970*
(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Meldeziffer für Scharlacherkrankungen lag im April niedriger als im März; auf 100000 Einwohner trafen im März 64, im April 53 Erkrankungen (jeweils auf ein Jahr umgerechnet, da für März vier Wochen, für April fünf Wochen zusammengefaßt wurden). Erkrankungen an übertragbarer Hirnhautentzündung traten nahezu gleich häufig wie im Vormonat auf. An Typhus und Paratyphus erkrankten im April nur sehr wenige, an Ruhr keine Menschen. Ein leichter

Anstieg ist bei den Erkrankungen an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) zu verzeichnen, der aber vor allem auf eine Anzahl von Gruppenerkrankungen in Niederbayern zurückzuführen ist. Geringfügig nahm im April auch die Erkrankungshäufigkeit an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) zu, nämlich von 27 auf 29 Fälle je 100000 Einwohner.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 29. März bis 2. Mai 1970 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare																		
					Kindarlähmung				Hirnhautentzündung				Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa		
	E) ST)		E ST		der. perel. Fälle		Meningokokken-Meningitis		Übrige Formen		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		Salmonellose		Übrige Formen
E					ST	E	ST	E	ST	E											ST	E	ST
Oberbayern	2	-	266	-	-	-	8	3	9	1	1	-	1	-	-	-	-	-	20	1	-	-	
Niederbayern	1	-	32	-	-	-	3	1	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48	-	1	-	
Oberpfalz	-	-	21	-	-	-	3	-	5	-	1	1	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	
Oberfranken	-	-	61	-	-	-	2	1	12	2	1	1	-	-	-	-	-	-	10	-	1	-	
Mittelfranken	-	-	83	-	-	-	5	-	6	-	1	1	-	-	-	-	-	-	12	-	-	-	
Unterfranken	-	-	21	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	1	-	-	-	4	-	-	-	
Schwaben	-	-	55	-	-	-	6	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-	2	-	
Bayern	3	-	539	-	-	-	27	5	47	3	4	2	2	-	1	-	-	-	107	1	4	-	
München	-	-	170	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	1	-	-	
Nürnberg	-	-	31	-	-	-	1	-	6	-	-	-	1	-	-	-	-	-	5	-	-	-	
Augsburg	-	-	3	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Regensburg	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Würzburg	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20			
	Botulismus		Hepatitis infectiosa		Ornithose								Malaria-Erkrankung		Toxoplasmosis		Wundstarrkrampf		Verdachtsfälle von Tollwut)	
					Psittakose		Übrige Formen		Bang'sche Krankheit											
	E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
E					ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	
Oberbayern	-	-	95	2	-	-	-	-	1	-	1	-	9	-	2	1	2			
Niederbayern	-	-	68	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	3	1	-			
Oberpfalz	-	-	29	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	44			
Oberfranken	-	-	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	24			
Mittelfranken	-	-	32	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	5			
Unterfranken	-	-	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7			
Schwaben	-	-	26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16			
Bayern	-	-	292	3	1	-	1	-	1	-	1	-	12	-	5	3	98			
München	-	-	52	2	-	-	-	-	-	-	1	-	7	-	-	-	-			
Nürnberg	-	-	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Augsburg	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Regensburg	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1			
Würzburg	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			

*) 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 Tiarkörpers.

Mitteilungen

Herzinfarkt läßt sich früher erkennen

Ein internationales Treffen von 50 führenden Herzspezialisten wurde im Januar 1970 im Frankfurter Airport-Hotel erfolgreich beendet. Die in strenger Abgeschlossenheit geführten Diskussionen zeigten, daß die Erkrankungen der Herzkranzgefäße durch neueste Methoden in Zukunft immer besser und früher erkannt werden können. Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung durch Medikamente oder Operationen ist die Injektion eines Röntgenkontrastmittels mit Hilfe von Spezialkathetern in die Herzkranzgefäße. Im gleichen Untersuchungsgang wird in der linken Herzkammer der Druck gemessen und das Kontraktionsvermögen des Herzmuskels geprüft.

Diese im Herzzentrum der amerikanischen Cleveland-Klinik von Dr. F. M. Sones entwickelte Methode bietet viel zuverlässigere Werte als herkömmliche Verfahren, z. B. das Elektrokardiogramm. Ein erfahrenes Ärzteteam kann sie heute auch bei Schwerkranken mit geringem Risiko anwenden. Während der Frankfurter Aussprache ergab sich die Wichtigkeit dieser neuen Untersuchungsmethode auch für erfolgreiche Operationen am Blutversorgungssystem des Herzens. Frühere Gegner solcher chirurgischen Eingriffe wurden dabei offensichtlich überzeugt. Die bekannten deutschen Herzchirurgen Professor Dr. G. Hegemann, Erlangen, Professor Dr. H. G. Borst, Hannover, und Professor Dr. W. Birks, Düsseldorf, nutzen bereits die neuen Erfahrungen.

Das Ärztetreffen wurde vom Zentrum der Frankfurter Universitätsklinik für Innere Medizin (Dozent Dr. Kaltenbach) und der Medizinischen Universitätsklinik Zürich (Dozent Dr. Lichten) veranstaltet und von dem pharmazeutischen Werk Boehringer Mannheim unterstützt. Die versammelten Kapazitäten, unter ihnen die Amerikaner Professor Dr. G. C. Friesinger vom John-Hopkins-Hospital/Baltimore, Dr. W. C. Sheldon von der Cleveland-Klinik und der schwedische Professor Dr. L. Werkö/Göteborg, erklärten einstimmig, daß dieser Austausch europäischer und überseeischer Erfahrungen vielen Herzkranke in Zukunft Hilfe bringen wird.

Entwicklungen in der Müttergenesung

Am 31. Januar 1950 hat Elly Heuss-Knapp über den Rundfunk die Gründung des Deutschen Mütter-Genesungswerkes bekanntgegeben. Zwanzig Jahre sind zumindest ein Abschnitt, der Anlaß sein kann, was geplant und erreicht wurde, nüchtern zu überdenken und von dem heute aus zukünftige Entwicklungen aufzuzeigen.

In den ersten Jahren nach der Gründung hatten die Mütter-Genesungsheime ganz eindeutig den Auftrag, Müttern zu helfen, die durch Krieg und Kriegsfolgen in kresser materieller oder seelischer Not waren. Wir verdrängen gerne die Erinnerung an diese schweren Jahre; einige wenige Sätze aus einem Antrag an die McCloy-Stiftung, der 1950 geschrieben wurde, lassen sie vielleicht wieder aufleben: „In Schleswig-Holstein befinden sich ca. 8000 Flüchtlingsmütter mit mehr als vier Kindern, die ohne Ernährer sind, außerdem etwa 55 500 erwerbslose Familienväter. Die Last des Lebenskampfes liegt überwiegend auf den Schultern der Mütter, was oft bis zu ihrer völligen Erschöpfung führt...“

Alle Hilfe, die damals erwartet und angeboten wurde, bestand in aufbauender Ernährung, im Ausschlafen, in menschlicher Zuwendung.

Die Nachfrage nach Heimplätzen war weit größer als die Möglichkeiten, Erholungsbedürftige aufzunehmen. Damals wurden in jedem Jahr neue Mütter-Genesungsheime eröffnet — umgewandelte Fremdenpensionen, Kinderheime, Gutshäuser. Die Voraussetzungen für die Anerkennung hießen: günstige landschaftliche und klimatische Lage, möglichst ebseits vom Verkehr, Zimmer mit höchstens drei bis vier Betten, ausreichend sanitäre Anlagen, wenn möglich, Garten- oder Parkgrundstück beim Haus.

Nach der ersten Phase, die unter der Überschrift „Linderung der Kriegsfolgen“ stehen könnte, rückte alles, was unter die Begriffe „Vorbeugen und Heilen“ zu subsumieren ist, in der Mütter-Genesung sehr stark in den Vordergrund. In dieser Zeit wurden die Prinzipien der Ohlstädter Kur = aktive Beteiligung am Behandlungsprozeß, in die Müttererholung einbezogen.

Seither haben die Heimträger Heilgymnastinnen, Atemtherapeuten, Kneipp-

bademeisterinnen eingestellt, viele Kurheime wurden eingerichtet, Gymnastikhallen, Kneippenlagen sowie Schwimm- und Bewegungsbäder gebaut.

Nun ist es in keiner Arbeit so, daß sich der Beginn neuer Entwicklungen genau terminieren läßt, daß alles, was bis dahin war und sich bewährt hat, aufgegeben wird. Die Phasen greifen ineinander.

Mit den Sonderkuren für Frauen kopfverletzter Männer begann das Programm, des heute Kuren für Mütter behinderter Kinder, für behinderte Mütter, Kuren für Frauen suchtkrankender Männer, Kuren für elfenstehende Mütter, für Landfrauen, für erwerbstätige und für werdende Mütter, für kinderreiche Mütter und für Frauen, die aus psychiatrischer Behandlung kommen, umfaßt.

Mit dem Einzug der Sondergruppen in die Mütter-Genesungsheime begannen auch die Bemühungen, den Frauen in ihrer besonderen Situation durch Information und Beratung zu helfen. Diesem Teil der Mütter-Genesung wird aber nun, in der dritten Phase, noch mehr Gewicht zufallen. presse mütter-genesungswerk

Lebensmittelkontrolle gegen Pflanzenschutzgifte

Die mit dem chemischen Pflanzenschutz verbundenen Gefahren für den Menschen und seine Umwelt sind in den letzten Monaten mehrfach in das Blickfeld der Öffentlichkeit getreten, am eindrucksvollsten anläßlich des großen Fischsterbens im Rhein am 19. Juni 1969. Es ist Aufgabe der Kommission für Pflanzenschutz-, Pflanzenbehandlungs- und Vorratsschutzmittel der Deutschen Forschungsgemeinschaft, sich mit diesen Gefahren zu beschäftigen und zu ihrer Verminderung beizutragen. In Erfüllung dieser Aufgabe hat die Kommission nun als ihre Mitteilung VI eine „Methodensammlung zur Rückstandsanalytik von Pflanzenschutzmitteln“ veröffentlicht (erschienen im Verlag Chemie GmbH, Weinheim/Bergstr.), die dazu bestimmt ist, Herstellern, Zulassungsbehörden und Einrichtungen der Lebensmittelkontrolle sichere Methoden zur Identifizierung und zur quantitativen Bestimmung auch kleinster Restmengen von Pflanzenschutzmitteln in die Hand zu geben.

SOLU- HEPAR®

Tassenfertiger
Wirkstoffextrakt

Hepatotropes Cholagogum

erhöht die Cholerese,
beseitigt Dyskinesien

Erfolgreich

durch eine günstige therapeutische Komplex-
wirkung auf alle am enterohepatischen Gallen-
kreislauf beteiligten Organe und Funktionen

beseitigt	Gallenstörungen
löst	lokale Stauungszustände
erhöht	die Gallenproduktion
erschwert	die Konkrementbildung
steigert	die Fettverträglichkeit
behebt	Beschwerden nach Diätfehlern
entlastet	die Leber



bei Gallenwegserkrankungen
mit starken Begleit spasmen

SOLU-HEPAR® FORTE Kapseln

Buchbesprechungen

Prof. Dr. Peter Stoll/Prof. Dr. Jost Jaeger: „Gynäkologische Untersuchung in der Praxis unter besonderer Berücksichtigung der Krebsvorsorgeuntersuchung“. 179 S., 81 Abb., Leinen. DM 30,—, brosch. DM 26,—. J. F. Lehmanns Verlag, München.

Das vorliegende Buch „Gynäkologische Untersuchung in der Praxis“ ist als Gegenstück zu dem im gleichen Verlag erschienenen Taschenbuch „Schwangerenvorsorge in der Praxis“ gedacht. Während es sich dort um die Untersuchung, Betreuung und ärztliche Führung in der Schwangerschaft handelt, soll hier der gynäkologische Untersuchungsgang als solcher im Sinne der „erweiterten gynäkologischen Diagnostik“ behandelt werden.

Das technische Vorgehen bei der Untersuchung läßt sich Schritt für

Schritt darlegen. Die einzelnen Maßnahmen folgen einander in einer bestimmten Reihenfolge, wobei der Aufwand apparativer Hilfsmittel im Gegensatz zu anderen Disziplinen gering bleibt.

„Dokumentation der Wissenschaft: Medizin“ — Fakultäten, Institutionen, Personen. 450 S., Linson, DM 36,—. Consultverlag Karl-Otto Saur KG, München, 1970.

Mit dem Band „Medizin“ aus der Reihe „Dokumentation der Wissenschaft“ wird das erste einer Serie von Nachschlagewerken vorgelegt, deren Ziel es ist, zu jedem wissenschaftlichen Gebiet ein handliches Kompendium zu schaffen, um den Kontakt innerhalb der Wissenschaft zu fördern und zu erleichtern.

Jeder Band enthält sämtliche Fakultäten der Deutschen Universitäten und führt innerhalb dieser Fakultäten alle Institute und Einrichtungen auf.

Bücher zur Rezension

Die folgenden Bücher wurden uns zur Besprechung zur Verfügung gestellt. Kolleginnen und Kollegen, die besonders sachkundig und interessiert sind, können diese Bücher zur Besprechung im „Bayerischen Ärzteblatt“ von uns erhalten.

Wir bitten um Benachrichtigung unter der Telefonnummer (08 11) 33 20 21, App. 27.

Barnard/Schrire: Die Chirurgie der häufigen angeborenen Herzmißbildungen
Braun: Lehrbuch der ärztlichen Allgemeinpraxis
Brestel: Wegweiser zum Geldverdienen
Dufce: Klinisch-chemische Diagnostik
Feest/Kapuste: Interviews in Ixburg
Geiger: Die Führung einer Allgemeinpraxis
Gesenius: Empfängnisverhütung
Grewe/Sachsse: Der operierte Krenke
Grosser/Ortmann: Entwicklungsgeschichte des Menschen
Gruenagel: Intrathorakale Milzverfagerung bei porteler Hypertension
Heymer/Ricken/Letterer: Organtransplantation — Immunologie und Klinik
Hofmann: Die Fehlgeburt
Holzmann: Herzrhythmusstörungen
Hort: Herzinfarkt, Grundlagen und Probleme
Keller/Wiskott: Lehrbuch der Kinderheilkunde
Kern: Der Myocard-Infarkt
Klein: Die Schilddrüse
Kolle: Einführung in die Psychiatrie
Kofle: Große Nervenärzte
Letterer: Allgemeine morphologische Immunologie
Lüders: Lehrbuch für Kinderkrenkenschwestern (Band I: „Das gesunde Kind und theoretischer Teil“, Band II: „Das krenke Kind, seine Pflege und Behandlung“)
Minnigerode: Röntgendiagnostik des Ohres
Neumann-Mangoldt: Der Arztbrief
Nikolove-Troeva: Physiotherapie der chirurgischen Erkrankungen
Ottenjann: Fortschritte der Endoskopie
Pfeiffer u.a.: Handbuch des Diabetes mellitus
Quandt: Die zerebralen Durchblutungsstörungen des Erwachsenenalters
Rehman/Bergoid: Verhaltenstherapie bei Phobien
Rohen: Topographische Anatomie
Steurer: Lehrbuch der Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten

Darüber hinaus verzeichnen die Bände den gesamten wissenschaftlichen Lehrkörper. Ferner werden alle Max-Planck-Institute und sonstigen wissenschaftlichen Einrichtungen aufgeführt, die außerhalb der Universitäten bestehen. Dieses Material wird noch durch umfangreiche Register aufgeschlüsselt. Neben einem Namensregister wird ein Fachregister aufgeführt, in dem die einzelnen Gebiete in bis zu 50 Unterbegriffe aufgeteilt werden. So ist es z. B. möglich, die Institute oder Professoren zu einem ganz bestimmten Fachgebiet — wie z. B. „Nuklearmedizin“ oder „Energiericht“ — zu finden.

„Wie funktioniert das? Meyers erklärte Medizin — Die Krenkheiten“.

Herausgegeben von den Fachredaktionen des Bibliographischen Instituts. Redaktionelle Leitung: Johannes Kunsemüller. 328 S., 298 zweifarbige und 8 mehrfarbige Schautafeln, Register. DM 24,—. Bibliographisches Institut, Mannheim.

Wer gesund ist, denkt nicht gern daran — wer krank geworden ist, lebt nicht selten zwischen Furcht und Hoffen: Aufklärung über die Krankheiten ist in jedem Falle notwendig. Das sachlich-genaue Verständnis ihres „Funktionierens“, ihrer Ursache, Symptome und Abläufe erleichtert nicht nur das Gespräch zwischen Patient und Arzt — Wissen verkleinert den Raum, den die Angst besetzt —, sondern hilft auch mit, Leichtsinnsfehler zu vermeiden. Dieses Aufklärungsbuch mit dem lapidaren Titel „Die Krenkheiten“ ist eine bittere Notwendigkeit.

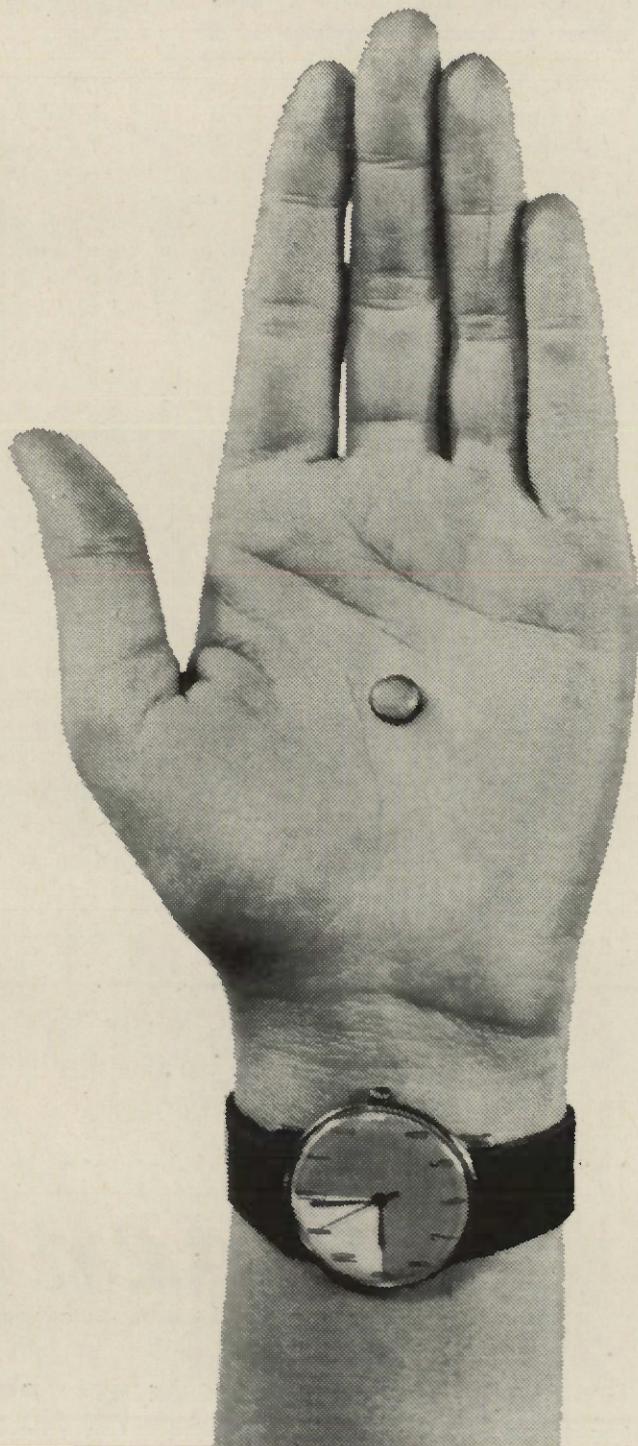
Alle Bereiche des menschlichen Körpers oder Geistes, in denen Fehlfunktionen auftreten, sind hier in einem Band systematisch zusammengetragen. Dazu gehören u. a. die einzelnen Krenkheiten des Blutes und der blutbildenden Organe, die Erkrankungen des Nervensystems oder Krebs, Geschwüre, Typhus, Lungenentzündung, Grauer Star, Blinddarmentzündung, Magengeschwür, Herzinfarkt, Zuckerkrankheit, Arthritis, Krampfadem. Auch die Zahnheilkunde wird berücksichtigt, Haut- und Geschlechtskrenkheiten, Anomalien der Geschlechtssteile, Alkoholismus und Schlafmittelsucht. In Text und Bild gleich einprägsam erklärt dieses Buch die Krenkheiten des Menschen in 227 Kapiteln.

Esberiven[®]-Depot

fortschrittliche Gefäßtherapie
1 Dragee
sichere Wirkung über 9 Stunden



Schaper & Brümmer
Salzgitter-Ringelheim



Paul L uth: „Niederlassung und Praxis“. 278 S., 23 Abb., 76 Tab., Bala-cron gebunden. DM 39,60. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1969, X.

Das Buch enthält eine F ulla von wich-tigen Daten und Ratschlägen für die Einrichtung und Führung einer Praxis. Es hilft auch, die Arbeitsbedingungen und das Leistungsergebnis durch Rationa-lisierungsma nahmen zu ver-bessern. Ferner umriss es die für den praktizierenden Arzt wesentlichen Bestimmungen der Sozialgesetzge-bung. Das Buch kann jedem vor der Niederlassung stehenden Arzt emp-fohlen werden.

Therapeutika

Agedal® (rezeptpflichtig)

Zusammensetzung:

1 Inj.-Flasche: 56,2 mg 5-(2-Dimethyl-amino- thoxy-imino)-5H-dibenzo[a, d]cyclohepta-1,4-dien-hydrochlorid, entspr. 50 mg Agedal (chem. Kurzbe-zeichnung: Noxiptilin).

1 Tablette: 28,1 bzw. 56,2 mg 5-(2-Di-methyl-amino- thoxy-imino)-5H-di-benzo[a,d]cyclohepta-1,4-dien-hydro-chlorid, entspr. 25 bzw. 50 mg Agedal.

Indikationen:

Endogene Depressionen, Involutionen-depressionen, reaktive Depressionen, symptomatische Depressionen, endo-gan-dapressive Verstimmungszust n-da.

Kontraindikationen:

Mania, akute Alkohol-, Opiat- und Schlafmittelintoxikationen, Kombina-tion mit Monoaminoxidase-Inhibitoren.

Vorsichtsindikationen:

Frühschwangerschaft, Glaukom.

Anwendung: Agadal-Injektionslösung ist für die klinische Einleitungs-thera-pie bestimmt. Sie soll tiefintraglut al injiziert werden.

Tabletten sind unzerkaut mit etwas Flüssigkeit nicht unmittelbar vor dem Schlafengehen einzunehmen.

Dosierung:

Individuell: Oral einschleichend do-sieren. Erwachsene initial 2- bis 3x tgl. 25-50 mg (= 50-100 mg/dia; falls erforderlich 3-(ausnahmsweise 4-)mal 100 mg (300-400 mg/dia).

Durchschnittliche Erhaltungsdosis: bei endogenen und sonstigen Depressionen: 100-200 mg/dia über den Tag verteilt; bei endogen-dapressiven Ver-stimmungszust nden: 25-100 mg/dia über den Tag verteilt. Parenteral 1/2-1 Ampulle, ggf. 2- - 3x tgl.

Handelsformen und Preise:

50 Tabletten zu 25 mg DM 8,70; 30, 100 Tabletten zu 50 mg DM 9,85, 28,55, AP mit 250 Tabletten, AP mit 500 Tabletten; 5 Ampullen zu 50 mg in 2 ml DM 6,05, AP mit 25 Ampullen.

Hersteller:

Bayer, 5090 Laverkusen

Ferro-Folsan® plus

Zusammensetzung:

1 Dragée enthält 100 mg Eisensulfat (entsprechend 33 mg Fe⁺⁺), 165 mg Bernsteinsäure und 0,85 mg Folsäure.

Wirkungsweise:

Ferro-Folsan plus ersetzt das bei hypochromen Anämien fehlende Ei-sen. Die Eisenresorption wird durch Bernsteinsäure und Folsäure erheb-lich gesteigert, wobei die Folsäure außerdem die Verträglichkeit des Präparates verbessert.

Indikationen:

Akute und chronische Blutungs-an mien, postinakti se Anämien, Schwangerschaftsan mien und deren

Prophylaxe, Kindaran mien, latenter Eisenmangel.

Dosierung:

Erwachsene: 3x tgl. 1-2 Dragées, Kin-der: 2- - 3x tgl. 1 Dragée, Kleinkin-der: 1- - 2x tgl. 1 Dragée.

Hinweis:

Bei der Behandlung mit Ferro-Folsan plus l rbt sich der Stuhl schwarz. Dies ist die normale Folge einer Eisen-therapie.

Handelsformen und Preise:

Packung mit 50 Dragées DM 5,80, Packung mit 100 Dragées DM 10,45.

Hersteller:

Kall-Chemia Aktiengesellschaft, 3000 Hannover.

Tropax® Tabletten (rezeptpflichtig)

Zusammensetzung:

1 Tablette enthält: 50 mg Dextropro-poxythen-hydrochlorid, 200 mg Dime-thylamino-phenyldimethylpyrazolon, 0,3 mg Flupentixol-dihydrochlorid.

Indikationen:

Starke Schmerzzustände, wie akute und rheumatische Schmerzen, Kopf-schmerzen, Arthritiden und Arthrosen, Ischias und Neuralgien, Zahn- und Ohrenscherzen, prä- und post-operative Schmerzen, Wundschmer-zen, Schmerzen nach Verletzungen, wie Frakturen, Verstauchungen, Prel-lungen, Quetschungen, Geburts-schmerzen, Dysmenorrhoe, Schmer-zen bei Tumoren.

Dosierung:

Ja nach Schwere der Schmerzen 1-2 Tabletten 1-3x tgl. unzerkaut mit etwas Flüssigkeit schlucken.

Handelsform und Preis:

20 Tabletten DM 4,60 mit MWSt.

Hersteller:

Troponwerke, 5000 Köln-Mülheim.



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

Dismenol

(Parasulfamidobenzoess ure 0,05 g, Dimethylamino-phenyldimethyl-pyrazolon 0,25 g)

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

Winterthur
errichtet

Dokumentations- stelle für Ärzte

Die Winterthur will mehr als nur versichern. Das hat sie vor Jahren schon in der Kinder-Unfallversicherung bewiesen. Es war die Winterthur, die damals die Initiative zur Gründung des Komitees „Sicherheit für das Kind“ ergriffen hat, um Kinderunfälle zu verhüten.

Jetzt möchte die Winterthur der Ärzteschaft in ähnlicher Weise behilflich sein — mit einem ganz neuartigen Versicherungs-Service, speziell für Ärzte geschaffen: Dem Winterthur-Haftpflicht-Informationsdienst.

Die Spezialabteilung Ärzteversicherung der Winterthur hat aus genauer Sachkenntnis und langjähriger Erfahrung diese Dokumentationsstelle für Ärzte eingerichtet. Sämtliche Haftpflichtfälle aus allen Gebieten der ärztlichen Praxis werden hier erfaßt, gespeichert und ausgewertet. Die systematische Erforschung der Schadensursachen zeigt erstmalig die für den Arztberuf typischen Haftpflichtgefahren auf. Das umfangreiche Informationsmaterial steht allen Ärzten jederzeit kostenlos zur Verfügung:



Lassen Sie sich informieren, damit Sie sich in Zukunft noch besser schützen können. Bitte schreiben Sie an Winterthur-Versicherungsgruppe, Abteilung Ärzteversicherung, 8 München 23, Leopoldstraße 34/38, Telefon 34 09 41. Winterthur-Erfahrung seit Jahrzehnten im Dienste des Arztes.



Wenn Sie ein eigenes
Schwimmbad bauen, dann
sollte vorher „alles klar sein“

Wir beraten, planen,
liefern und bauen für Sie

SCHWIMMHALLEN
SCHWIMMBECKEN
SAUNA-ANLAGEN

Alles aus einer Hand von:

helios



8500 Nürnberg
Hochweldstraße 11
Telefon 48 24 40, 48 70 04

8000 München 25
Meldstraße 25
Telefon 77 10 21 / 2

Kongreßreise

Gruppenflug für Ärzte der Bayerischen Landesärztekammer nach Amerika

Es besteht für Ärzte in Bayern die Möglichkeit, im Oktober 1970 verbilligt nach Amerika mit der Jumbo-Jet zu fliegen.

Abflug München, 17. 10. 1970, 9.30 Uhr, Rückflug New York, 31. 10. 1970, 22.15 Uhr.

Preis für Hin- und Rückflug bei einer Mindestbeteiligung von 80 Personen pro Person DM 751,-, von 100 Personen pro Person DM 697,-.

Anschlußflüge sowie touristische und lachliche Rundreisen kann das Amtliche Bayerische Reisebüro eusarbelten.

Auskunft: „Bayerisches Ärzteblatt“, 8000 München 23, Königinstraße 85

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.

Juli 1970

5. - 10. 7. in Pörschegg:

Einführungskurs in die ärztlich gezielte manuelle Therapie der Wirbelsäule (Chirotherapie). Auskunft: Sekretariat der FAC, 4700 Hamm, Ostentallee 83.

6. - 17. 7. in Berlin:

Arbeitsmedizinischer Fortbildungsgang zur Einführung in die Toxikologie und andere Gebiete der Arbeitsmedizin (Wiederholung vom 1.-12. 6. 1970). Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83.

8. - 12. 7. in Düsseldorf:

2. Diagnostik-Woche (mit internationaler Ausstellung „Medizin und Technik“) der Deutschen Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik. Auskunft: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der medizinischen Diagnostik e.V., 7000 Stuttgart 70, Jahnstraße 32.

12. - 18. 7. in Kopenhagen:

4. Weltkongreß für Gastroenterologie. Auskunft: DIS Congress Service, 36 Skindergade, DK-1159 Kopenhagen K.

12. - 18. 7. in Tokio:

XV. Internationaler Urologen-Kongreß. Auskunft: Prof. Dr. Kuss, 63 ave. Niel, F-75 Paris 17e.

19. - 25. 7. in Timmendorf:

Einführungskurs in die ärztlich gezielte manuelle Therapie der Wirbelsäule (Chirotherapie). Auskunft: Sekretariat der FAC, 4700 Hamm, Ostentallee 83.

20. 7. - 8. 8. in Devoe:

f. Internationaler Sommer-Seminar-kongreß für praktische Medizin der Bundesärztekammer (Thema: „Prävention, Therapie, Rehabilitation in der ärztlichen Praxis“). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410 220.

25. - 27. 7. in Baden bei Wien:

VI. Kongreß der Weltföderation für Hämophilie. Auskunft: Sekretariat der Wiener Medizinischen Akademie, A-1010 Wien, Stadiongasse 6-8.

Bellagenhinweis:

Dieser Ausgabe ist ein Prospekt beigelegt der Firma:

Chemipharm, Seerbrücken

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85/III, Telefon 332021, Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 6,6% = 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, Telefon 55 80 81, Fernschreiber: 05 23662, Telegrammadresse: atlas-pres. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfing, München.

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

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

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

ROWACHOL®

Cholagogum Choloretikum

**Tropfen
Kapseln
Suppos.
Comp.**

**Rationell
und gezielt
therapieren**

**Bei
Leber- und
Gallenleiden
Gallensteinen**

ROWA-WAGNER K.G. ARZNEIMITTELFABRIK 506 BENSBERG