



# Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

September 1970

## Volkskrankheiten

Vorschau auf den 46. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin vom 25. bis 27. September 1970

von A. Schretzenmayr

Wenn wir in einem Lexikon oder medizinischen Wörterbuch nachschauen, werden wir kaum den Ausdruck „Volkskrankheiten“ verzeichnet finden und doch wird heute nicht nur in der Medizin, sondern auch in Presse, Rundfunk und öffentlicher Diskussion dieser Begriff recht häufig verwendet. Ist es also ein neuer Begriff? – Ja und nein! Früher sprach man von Epidemien („auf das Volk herabkommend“). „Volkskrankheit“ könnte somit als deutsche Übersetzung für dieses griechische Wort gelten, wenn nicht bei Arzt und Laien mit diesem Begriff „Epidemie“ gewohnheitsmäßig die Vorstellung der „übertragbaren“ Krankheiten, das Denken an ein lebendes Agens als Ursache der Krankheit verbunden wäre. Das Wort „Volkskrankheit“ ist in dieser Hinsicht viel neutraler und dies ist wohl auch der Grund für seine schnelle Einbürgerung, weil eben gerade heute die infektiösen Ursachen stark zurückfallen, die nicht-infektiösen Ursachen von weitverbreiteten Krankheiten jedoch immer mehr in den Vordergrund treten.

Volkskrankheiten in Form der Epidemien hat es also schon immer gegeben. Die Geschichte der Menschheit wird nicht allein von Machtgier, Kriegen und Hunger, sondern weitgehend auch von den Volkskrankheiten geschrieben, die im Altertum, im Mittelalter und bis tief in die Neuzeit überwiegend als große infektiöse, unkontrollierbare Seuchen das Schicksal des Einzelnen und ganze Völker bestimmten. Es ist deshalb kein Wunder, daß sich die bildende Kunst aller Zeiten mit der Darstellung der Volkskrankheiten überaus häufig und intensiv beschäftigt hat, teils anklagend und gegen Gottheit und Bestimmung aufbegehrend, teils demütig und duldsam hinnehmend, aber immer dramatisch die große Bedeutung der Volkskrankheit für das Menschenschicksal demonstrierend. Das Thema der „apokalyptischen Reiter“ als Sinnbild dieser Macht der Volkskrankheiten über das Menschenschicksal beschäftigt seit Jahrhunderten den bildenden Künstler; es fand in DÜRERS Kupferstich „Die vier

Reiter der Apokalypse“ (Pest, Krieg, Hunger, Tod) seine berühmteste Darstellung, aber auch die moderne Kunst will auf dieses inhaltsschwere Sujet nicht verzichten: eine Kohlezeichnung von Albert BIRKLE aus dem Jahr 1960 (Abb. 1) zeigt in Anlehnung an Dürers Stich, aber mit den Ausdrucksmitteln der modernen Kunst, wie die Epidemie „auf das Volk herabkommt“ und die Menschen zu Boden schlägt. Zahlreiche realistische Darstellungen namhafter Künstler aus der Zeit der Pestzüge schildern, wie grausam die Seuche das ganze Volk, alt und jung, reich und arm, trifft und auslöscht. Bei der Betrachtung solcher nach dem Leben gezeichneter Bilder (Abb. 2) denkt der Mensch von heute voll Überheblichkeit, daß „so etwas bei uns“ nicht mehr vorkommt, dank des Fortschritts der Wissenschaft! Es trifft in der Tat zu, daß die moderne Medizin die „klassischen“ Seuchenzüge in Kontrolle gebracht hat; aber es gibt auch heute noch bei uns Volkskrankheiten infektiöser Natur, die zwar nicht mit gleicher Todesrate, wohl aber mit gleichem Schaden für die Volkswirtschaft Jahr für Jahr über uns hinwegziehen: das sind die Viruskrankheiten und in erster Linie die Virusgrippe. Ansätze zur Bekämpfung dieser Volkskrankheit liegen in Form der Impfungen und der



Abbildung 1

Dürers Motiv als moderne Kohlezeichnung:  
„Die apokalyptischen Reiter“, Albert Birkle, 1960



Abbildung 2  
M. Spadara: „Die Pest in Neapel 1656“

antiviralen Chemotherapie vor, es ist aber bisher keineswegs gelungen, den Siegeszug der jährlichen Grippe über Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Volkswirtschaft abzuwenden oder gar abzuwenden.

Aus diesem Grund ist beim 46. Augsburger Fortbildungskongreß der Volkskrankheit „Grippe“ ein Podiumsgespräch gewidmet, in dem praxisnah die Möglichkeiten der niedergelassenen Ärzte bei ihrer Bekämpfung diskutiert werden sollen. Berichterstatter über die Erfolgsaussichten der modernen Grippeimpfung ist Dr. W. TUXHORN, Brackwede.

Mit Ausnahme der Viruserkrankungen kennt die moderne Medizin fast nur noch nichtinfektiöse Ursachen von Volkskrankheiten: Ernährungsschäden, Genußgifte, Zivilisationsschäden usw. Ist nun dieser Wandel von der infektiösen zur zivilisatorischen Ätiologie der Volkskrankheiten etwas grundsätzlich Neues, nur für den modernen Menschen Gültiges? Durchaus nicht! Es waren vor dem Zeitalter der modernen Seuchenbekämpfung die nichtinfektiösen Krankheitsursachen gegenüber den ansteckenden epidemischen Erkrankungen so sehr in der Minderzahl, sie standen so sehr im Schatten der Pest, der Cholera, des Ausatzes, daß sie nicht beachtet wurden. Heute bemüht sich die Geschichtsschreibung eifrig, beim Studium über die Ursachen des Untergangs von Völkern und Kulturen medizinische und pathogenetische Einflüsse aufzudecken und es sind bei diesen Studien hochinteressante Tatsachen und Theorien zutage getreten. Ein Beispiel für solche Überlegungen ist die Frage nach der Ursache des Untergangs des römischen Weltreichs. Zweifellos gibt es hierfür politische und soziologische Gründe, auf die hier nicht eingegangen werden soll. Die klassischen Geschichtsschreiber führten die Katastrophe auf Seuchen bei den römischen Feldheeren zurück, die die militärischen Operationen hemmten und schließlich das römische Weltreich in seinen Grundfesten erschütterten. Bekannt ist z. B. die „Antoninische Pest“, die im Jahr 165 n. Chr. auf das siegreiche römische Heer Marc Aurels von den unterworfenen und gefangenen Markomannen und Parthern



Abbildung 3  
Marc Aurel, Kaiser des römischen Weltreichs (162 – 180)  
und Opfer der Volkskrankheit Pest

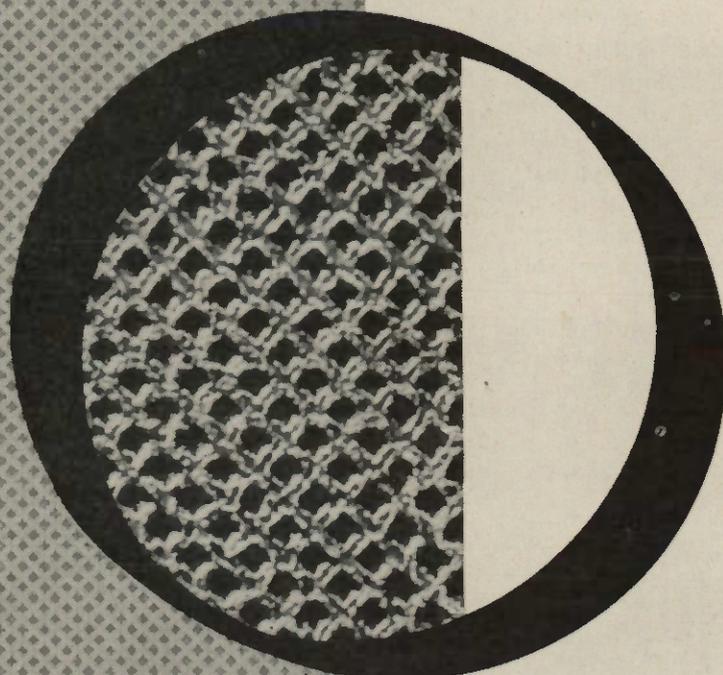
übertragen wurde. Schwere militärische Rückschläge waren die Folge, Marc Aurel (Abb. 3) selbst starb an der Pest, trotz Galens Hilfe! In späteren Jahrhunderten folgten weitere „Pest“-Einbrüche mit ähnlichen Folgen. Aber – so wird von anderer Seite argumentiert – Seuchen waren immer Begleiterscheinungen der Kriege, sie trafen Sieger und Besiegte mit gleicher Stärke, die Seuchen allein können also nicht die Ursache des Untergangs des römischen Weltreichs sein. Diese Katastrophe gehe – so die Theorie einer Gruppe von Wissenschaftlern – auf eine andere „Volkskrankheit“ der Römer zurück, nämlich auf eine chronische Bleivergiftung, also auf eine nichtinfektiöse, nichtübertragbare Erkrankung: In allen römischen Städten war die Versorgung mit frischem Trinkwasser eine der ersten Errungenschaften der römischen Zivilisation. Wir bewundern noch heute überall im Gebiet des damaligen römischen Reichs die Aquädukte als herrliche Bauwerke und technische Leistung (Abb. 4). Zur Verteilung des Wassers auf den Einzelverbraucher konnte der römische Wasserbauingenieur jedoch nicht Leitungen aus Stein verwenden, er benutzte hierzu Bleiröhren, wir finden sie heute in allen römischen Siedlungen. Das Trinkwasser der führenden und reichen Römer wurde dadurch bleihaltig (Abb. 5)! Je schneller Zivilisation und Reichtum fortschritten, desto mehr Römer konnten sich den Luxus

# LEUKOPLAST®

luftdurchlässig

(DBP Nr. 974178)

Packungen : 5 m x 1¼, 2½ und 5 cm  
Rezepturabkürzung : Leukoplast L



Beiersdorf AG Hamburg

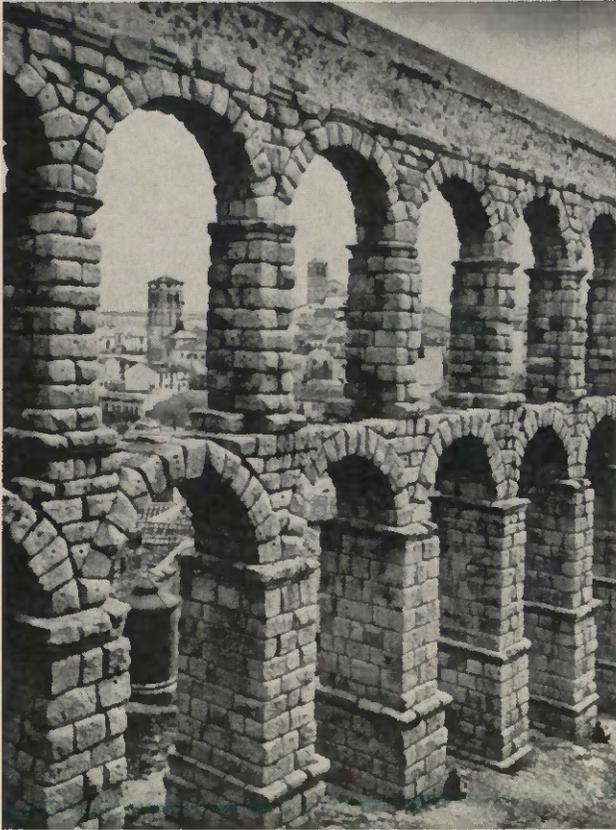


Abbildung 4  
Römischer Aquädukt in Segovia (Spanien) aus Granit

der Wasserleitung im Hause leisten, desto mehr wurden krank, untüchtig, müde, steril und ohne Nachkommen, so daß schließlich Regierungsgewalt und Militärbefehl immer mehr an die „Barbaren“ übergang, die ihren Durst, zumindest bis zu ihrem Aufstieg, mit unvergiftetem Quellwasser der heimlichen Gefilde gelöscht hatten. Wir wollen das Für und Wider dieser interessanten Theorie nicht aufrollen. Für uns ist die chronische Bleivergiftung durch Trinkwasser aus Bleiröhren ein gutes Beispiel dafür, wie Wohlstand und Zivilisation zur pathogenetischen Ursache einer nicht-infektiösen Volkskrankheit werden kann, die spezifisch die Träger dieser Zivilisation trifft, langsam zermürt und schließlich ausrottet. So hat mit großer Wahrscheinlichkeit eine nicht-infektiöse Volkskrankheit – die chronische Bleivergiftung – wesentlich, vielleicht entscheidend, den Untergang des römischen Weltreiches mitverursacht.

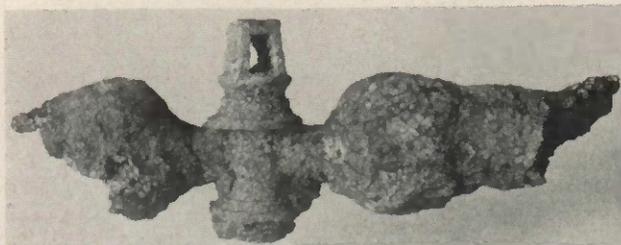


Abbildung 5  
Bleirohr mit Absperrhahn aus Bronze beim Wasserbecken des Römischen Hauses vor dem Südportal des Kölner Domes

Die Problematik ist heute genau so aktuell wie damals. Wir kennen auch heute noch kleinere „Epidemien“ durch bleihaltiges Trinkwasser in unterentwickelten Gebieten, wir kennen den Ergotismus, d. h. die Beimengung von Mutterkorn zum Brotgetreide, und die dabei auftretenden Vergiftungserscheinungen bei größeren Bevölkerungsgruppen im Versorgungsbe- reich einer fehlerhaft arbeitenden Mühle, wir denken vor allem an die Vergiftung des Trink-, Bade- und Fischwassers durch die modernen Industrieanlagen (Abb. 6), an die Luftverunreinigung und viele ähnlich



Abbildung 6  
Luftverpestung aus dem Schornstein, schon 1850 erkannt! C. Merkel: „In der Luft koch ich Verderben und was athmet – es muß sterben“ – Holzschnitt, Leipzig, 1850

gelagerte Probleme, die alle zu unserem heutigen Kongreßthema „Volkskrankheiten“ in Beziehung stehen und in mehreren Referaten des Augsburger Kongresses als mögliche Krankheitsursachen diskutiert werden sollen.

Auf eine weitere, historisch interessante Volkskrankheit darf ich hinweisen, ebenfalls nicht-infektiöser Natur, bei der jedoch im Gegensatz zum vorangehenden Beispiel, die Beimengung giftiger Substanzen zum Lebensraum des Menschen keine Rolle spielt, sondern bei der das Fehlen eines Stoffes zur Ursache einer weitverbreiteten Volkskrankheit wurde: es ist die Beri Beri, eine Krankheit der reisessenden Völker, bedingt durch das Fehlen von Vitamin B<sub>1</sub> in der Nahrung. Unpolierter Reis enthält das Vitamin B<sub>1</sub> in großen Mengen, er ist aber nicht haltbar und er schmeckt nicht. Infolgedessen haben die Völker Ostasiens seit Jahrtausenden nur polierten Reis ohne das lebenswichtige Vitamin B<sub>1</sub> gegessen und da ein großer Teil der Reisesser keine anderen Vitaminträger als Nahrung zu sich nimmt, war die Beri Beri in China, Japan, Indien, Malaysia die Volkskrankheit Nr. 1, häufiger noch als die Malaria (Abb. 7–10)! Als Ordinarius



Abbildung 7  
Ostaslatische Volkskrank-  
heit: Fallfuß (doppelseitige  
Peronaeuslähmung)  
bei Beri Beri



Abbildung 8  
Ostasiatische Volkskrank-  
heit: Fallhand und Stepper-  
gang bei Beri Beri

für Innere Medizin an einer deutschsprachigen Uni-  
versität in Canton (China) und Chef einer großen inner-  
ren Klinik dort hatte der Schreiber dieser Zeilen in  
den Jahren 1936 – 1939 die Gelegenheit, diese Volks-  
krankheit der Reisesser in Südchina ausführlich zu  
studieren. Von der Beri Beri befallen waren neben der

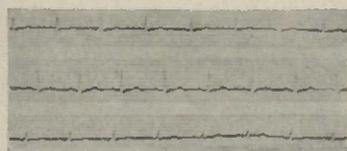


Abbildung 9  
Ostasletische Volkskrankheit: Beri Beriherz  
vor der Behandlung

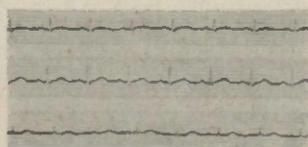
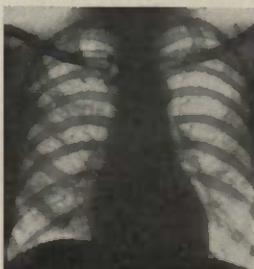
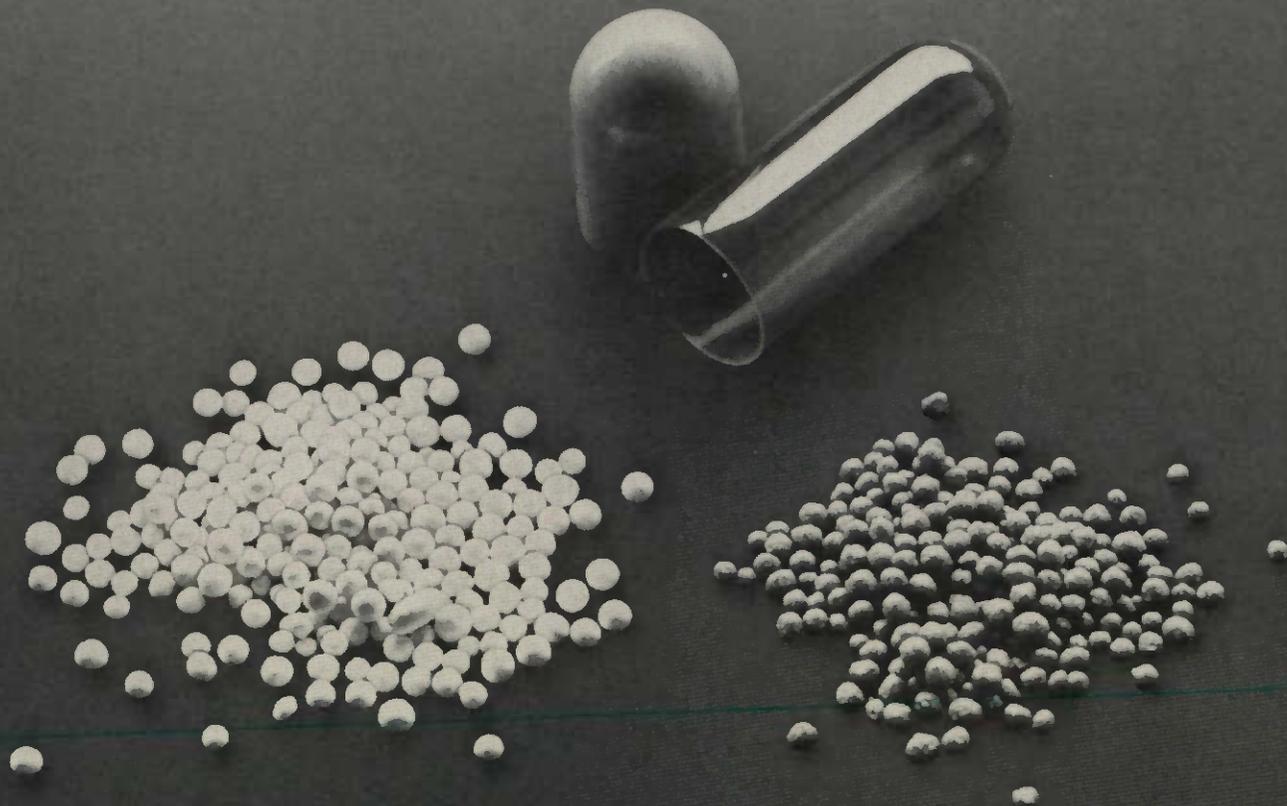


Abbildung 10  
Ostaslatische Volkskrankheit: Beri Beriherz  
11 Tage nach oraler und i.m. Zufuhr von Vitamin B<sub>1</sub>

armen Bevölkerung vor allem die Soldaten, de ihre  
Versorgung mit dem haltbaren polierten Reis einfach  
war, alle anderen Nahrungsmittel jedoch auf den lan-  
gen Versorgungswegen im tropischen Gebiet verdar-  
ben. Da körperliche Arbeit, Infektionen und Fieber den  
Vitamin B<sub>1</sub>-Bedarf erheblich erhöhen, waren die Vit-  
aminreserven der Soldaten beim Militärdienst sehr  
bald erschöpft. Die Beri Beri beginnt, meist nach kör-  
perlicher Anstrengung oder nach Fieber, mit einem  
Schwäche- und Schmerzgefühl in den Beinen. Beim  
Ausmarsch eines Regiments fielen die Soldaten mit  
den niedrigsten B<sub>1</sub>-Reserven oft schon nach kurzer  
Marschstrecke wegen Beinschmerzen aus; nach 5 bis  
10 km war oft nur noch die Hälfte der Marschkolonne  
„auf den Beinen“ und was an Kampftruppen noch  
20 km am Ziel ankam, war alles andere als kampff-  
ähig. Wurde der Vitaminmangel nicht sofort behoben,  
so kam es neben den symmetrischen Beinlähmungen  
und dem „Steppergang“ auch zu ebensolchen Arm-  
lähmungen, zu Muskelschwund, zu Herzstörungen  
(Beri Beriherz) und zu Wassersucht. Das Entschei-  
dende an dieser Volkskrankheit war, daß fast die ge-  
samte Bevölkerung Südchinas (wie auch der meisten  
ostasiatischen Länder) aufgrund der fest ausschließ-  
lichen Ernährung mit poliertem Reis nur ein Minimum  
an Vitamin B<sub>1</sub>-Reserven besaß, so daß jede stärkere  
Anstrengung, jede Infektionskrankheit, jede Belastung  
sofort zum Ausbruch der Beri Beri-Lähmung führte.  
Dies mag einer der Gründe sein, warum dieses hoch-  
intelligente und hochkultivierte Volk jahrhundertlang  
zum Vasall aller Aggressoren wurde, heute eber, nach-  
dem durch richtige Ernährung die Volkskrankheit Beri  
Beri erloschen ist, einen nicht vorhergesehenen Auf-  
stieg erreichen konnte.

Keihen wir nach diesen historischen Beispielen von  
Volkskrankheiten wieder zurück zu unserem Kongreß-  
thema, so müssen wir zugeben, daß die Ursachen der  
heute uns bedrängenden Volkskrankheiten durchaus  
nicht so klar zutage liegen wie in den genannten Bei-  
spielen. Wir wissen zwar einiges über die „Risiko-  
faktoren“, die heute als Ursache von Volkskrankheiten  
angesehen werden, wir sprechen von toxischen Ein-  
wirkungen, Ernährungsgewohnheiten, Genußgiften,  
aber es bedarf noch großer Anstrengungen geredete  
auch der forschenden Medizin, um die noch ungeklär-  
ten Zusammenhänge zu beweisen und es bedarf  
ebenso großer Anstrengungen der praktischen Medi-  
zin, dort, wo die Pathogenese klar ist, z.B. Nikotin und  
Lungenkrebs, die notwendigen Konsequenzen in der  
Praxis durchzusetzen. Die Frage nach den Ursachen  
unserer heutigen Volkskrankheiten geht in erster Linie  
an den Pathologen: Das erste Referat des Kongresses  
am Samstag, den 26. September 1970, vormittags:  
„Der Wandel In der Pathologie der Krankheiten“ (Pro-  
fessor Dr. H. H. JANSEN, Darmstadt) wird aufgrund  
der neuesten Statistiken und Obduktionsergebnisse  
zwar nicht alle kausalen Fragen beantworten können,  
aber der Arzt, dessen Ausbildung auch heute noch auf  
der Pathologie aufgebaut ist, wird en typischen Bei-



NICOPLECTAL® retard enthält zwei Arten von Mikro-Dialyseperlen: Weiße mit Nicotinsäure und braune mit Roßkastanienextrakt.

Erst die braunen Mikro-Dialyseperlen machen aus einem alltäglichen Nicotinsäurepräparat ein außergewöhnliches.

Denn 150 mg Roßkastanienextrakt mobilisieren Blut aus den venösen Depots für die bessere Füllung der erweiterten Arterien und machen so die Vasodilatation wirklich effektiv.

Damit hebt sich NICOPLECTAL® retard von der üblichen Nicotinsäure-Therapie deutlich ab.

## NICOPLECTAL® *retard*

**Zusammensetzung:**  
1 Retardkapsel enthält:  
Nicotinsäure 200 mg,  
Roßkastanienextrakt 110 mg  
(Trockensubstanz, enthaltend  
20 mg Aescin in wasserlöslicher  
resorbierbarer Form).

**Indikationen:**  
Periphere und zerebrale  
Mangeldurchblutung

**Dosierung:**  
Morgens und abends je eine  
Retardkapsel vor dem Essen.

**Packungen/Preise:**  
20 Retardkapseln DM 8,90  
50 Retardkapseln DM 21,-  
Anstaltspackung  
mit 500 Retardkapseln.





Abbildung 11  
 Risikofaktor Fehlernährung: George Grosz:  
 „Vor dem Schlaganfall“, Simplizissimus, 1929

spielen wichtige Einblicke in den Mechanismus bestimmter Volkskrankheiten gewinnen können. Die nun folgenden Referate des Samstagvormittags befassen sich mit den wichtigsten Risikofaktoren: „**Hypertonie**“ (Chefarzt Dr. J. SCHMIDT-VOIGT, Bad Soden), „**Fettsucht und Gicht, therapeutische und präventive Aufgaben der Praxis**“ (Professor Dr. F. KOLLER, Basel) und „**Diabetes mellitus, neue pathogenetische, therapeutische und präventive Aspekte**“ (Professor Dr. H. MEHNERT, München). Den Abschluß des Samstagvormittags bildet dann ein Referat über die für unsere Zeit ganz besonders typische Volkskrankheit: „**Der Herzinfarkt, Therapie der ersten Stunden und Tage**“ (Professor Dr. A. MOLL, Rüsselsheim). Ein Podiumsgespräch am Samstagnachmittag mit dem Thema: „**Gesundheitsführung, Prävention und Rehabilitation als Aufgabe der ärztlichen Praxis**“ soll dann gemein-



Abbildung 12  
 Risikofaktor Nikotin: van Gogh: „Schädel mit Zigarette“

sam die Möglichkeiten erarbeiten, die dem Arzt der Praxis zur Verhütung der Volkskrankheiten zur Verfügung stehen. Einleitende Kurzreferate („Nikotin und Gesundheitsführung“ von Privatdozent Dr. B. LUBAN-PLOZZA, Locarno, „Sport und Gesundheitsführung“ von Chefarzt Dr. E. GOSSNER, Zusmarshausen) sollen das Gespräch eröffnen. Alle Ärzte der Praxis sind aufgerufen, daran teilzunehmen; denn es ist recht einfach, in einem akademischen Referat das Zigarettenrauchen als Ursache der Volkskrankheit „Lungenkrebs“ und der Volkskrankheit „chronische Bronchitis“ zu brandmarken, den Nikotinentzug aber beim einzelnen Patienten wirklich zu erreichen, ist eine der schwierigsten Bemühungen des behandelnden Arztes.



Abbildung 13  
 Risikofaktor Alkohol: Edgar Degas (1834–1917): „Absinth“

Das gleiche gilt für die Fettsucht. Wir wollen hoffen, daß aus den Kreisen der in der Praxis tätigen Ärzte recht viele Erfahrungen und Vorschläge bei diesem Gespräch gebracht werden, die uns wieder Mut machen, um den Kampf gegen diese Ursachen von Volkskrankheiten weiterzuführen (Abb. 11–13).

Am Sonntag, den 27. September 1970, behandelt der Kongreß gemeinsam mit den Zahnärzten ganz andere Gesichtspunkte zum Thema Volkskrankheiten. Professor DDR. Dr. F. SINGER, Meran, als Kongreßreferent nicht nur im süddeutschen Raum hochgeschätzt und viel bewundert, spricht zum Thema: „**Prophylaxe und Ästhetik in der Zahnheilkunde**“ und Professor DDR. W. KETTERL, Mainz, über: „**Das Anwachsen der Paro-**

„dantopathien zur Volkskrankheit“. Das gute Verhältnis zwischen Zahnärzten und Ärzten, dessen Pflege schon immer ein Anliegen der Augsburger Fortbildungskongresse war, findet beim Thema „Volkskrankheiten“ einen neuen Auftrieb; denn nur durch gemeinsame Bemühungen können hier therapeutische Erfolge erzielt werden. Dieser Gemeinschaftsarbeit folgen nun drei Referate, die sich mit Psychologie des modernen Menschen und ihren Störungen beschäftigen. Unter dem Aspekt der „Volkskrankheiten“ ist diesem sonst hochaktuellen Themenkreis bisher nur wenig Beachtung geschenkt worden, so daß für die Ausführungen der Referenten ein neugieriges Interesse zu erwarten ist.

Das Thema des ersten psychologischen Referates (Professor Dr. W. BIRKMAYER, Wien) verrät auch schon den pathogenetischen Verdacht, warum heute die nervösen und psychischen Störungen zu einer „Volkskrankheit“ geworden sind: **„Urbane Anthropologie“** (Abb. 14) heißt dieses Thema und man wird in



Abbildung 14

Urbane Anthropologie: George Grosz in „Ecce homo“ 1923

der Annahme nicht fehlgehen, daß der Referent die heutige Urbanisierung der Menschen auf ihre schädigenden psychischen Einflüsse untersuchen wird. **„Die Drogenabhängigkeit des modernen Menschen“** (Dr. D. LADEWIG, Basel) ist ein weiteres Kapitel, das gerade uns Ärzte sehr bedrückt (Abb. 15). Handelt es sich doch nicht nur um die spektakulären, in allen Zeitungen breitgetretenen Exzesse mit den modernen Rauschgiften, sondern um die so weit verbreitete Unsitte, bei allen Belastungen des Lebens – oder gar ständig – Medikamente irgendwelcher Art einzunehmen. Wo ist die Grenze zwischen notwendiger Behandlung mit Medikamenten und Mißbrauch? Diese



Abbildung 15

Drogenabhängigkeit: Die Traumwelt der Süchtigen (Japanischer Farbholschnitt)

Frage steht ebenso zur Diskussion, wie die Heilung und Prophylaxe der Volkskrankheit „Drogenabhängigkeit“.

Schließlich darf bei der Besprechung psychischer Störungen des modernen Menschen ein weitverbreitetes Problem nicht fehlen: **„Die Angst des modernen Menschen“** (Abb. 16); es ist das gegebene Referat für den



Abbildung 16

Die Angst des modernen Menschen: Edvard Munch: „Der Schrei“

beim Augsburger Kongreß fast schon heimischen Basler Psychiater Dr. W. PÖLDINGER. Der Sonntagvormittag kommt mit dem letzten Referat (Privatdozent Oberarzt Dr. J. KLEMM, München) nochmals zurück auf groborganische Erkrankungen der Blutgefäße, die mindestens ebenso häufig sind wie der Herzinfarkt: „**Diagnostisch-therapeutische Ergebnisse bei den erteilten Verschußkrankheiten.**“

Traditionsgemäß wird der Sonntagnachmittag den kinderärztlich interessierten Kollegen gewidmet und in Form eines aufgelockerten Podiumsgesprächs durchgeführt. Auch Kinder haben Volkskrankheiten! Früher sehr viel; deshalb die Säuglingssterblichkeit bis vor wenigen Jahren. Aber auch heute treffen viele, weitverbreitete und vermeidbare Volkskrankheiten das Kindesalter; nur drei besonders wichtige werden in einleitenden Kurzreferaten aufgeführt: „**Verhaltensstörungen bei Kindern**“ (Professor Dr. H. HARBAUER, Frankfurt), als kinderärztliches Pendant zu den psychologischen Referaten am Vormittag, ferner „**Hal tungsschäden bei Kindern**“ (Professor Dr. H. COTTA und Privatdozent Dr. J. DREYER, Heidelberg) und schließlich „**Zahnschäden bei Kindern**“ (Professor Dr. W. KETTERL, Mainz).

Die hier aufgeführten Referate und Podiumsgespräche bilden nur einen Teil des umfassenden Programms des 46. Augsburger Kongresses. Zahlenmäßig größer

und zunehmend wichtiger ist das Programm, das auf den ärztlichen Teilnehmer in allen Augsburger Kliniken wartet, durchgeführt von den Chefärzten, Oberärzten, Funktionsärzten und erfahrenen Stationsärzten als Tutoren. Es ist das Verdienst dieser Kollegen der Krankenhäuser, die Kongreßteilnehmer wieder an das Krankenbett heranzuführen und anhand des gemeinsam erhobenen Befundes das diagnostisch-therapeutische Gespräch, das ärztliche Konsilium zum Mittelpunkt der ärztlichen Fortbildung zu machen.

Augsburg wartet auf seine Universität! Auf die dazugehörige Medizinische Fakultät, müssen wir – das wurde gerade in letzter Zeit klar – noch lange, noch sehr lange warten. Aber gerade in diesem von der Wissenschaft so stiefmütterlich behandelten Augsburg werden seit vielen Jahren auf den weltbekanntesten ärztlichen Fortbildungskongressen die wissenschaftlichen Ideen in der Medizin, die Probleme der modernen Wissensvermittlung und des praktischen Fortschritts in der Medizin eifrig gepflegt, gefördert und weiterentwickelt; auf diesem Sektor wird – das dürfen wir mit Stolz behaupten – für die praktische Medizin und für den kranken Menschen das gleiche Maß an Arbeit, Mühe und Sorge geleistet, wie dies auf einer Universitätsbasis geschehen könnte.

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

## Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

Unseren Kollegen stehen folgende Bände kostenlos zur Verfügung. Bestellungen können an die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“, 8000 München 23, Königinstraße 85, unter Befügung von DM 1,- in Briefmarken als Schutzgebühr pro Band, gerichtet werden.

- Band 6 „Therapie der Erkrankungen der Leber und Gallenwege – Therapie der peripheren arteriellen und venösen Durchblutungsstörungen – Wohlstand und Krankheit“ (Vorträge der 17. Wissenschaftlichen Ärztagung Nürnberg 1966)
- Band 8 KOELSCH: „Beiträge zur Geschichte der Arbeitsmedizin“
- Band 9 „Die Aktion zur Früherkennung der Zuckerkrankheit in München“
- Band 10 „Therapie der Magen- und Darmkrankheiten – Therapie der Herz- und Kreislaufkrankheiten – Probleme der medikamentösen Geburtenregelung“ (Vorträge der 18. Wissenschaftlichen Ärztagung Nürnberg 1967)
- Band 11 KOERTING: „Die deutsche Universität in Prag – Die letzten 100 Jahre ihrer medizinischen Fakultät“
- Band 12 „Aktuelle therapeutische und diagnostische Probleme bei internen Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der Frühdiagnose“ (Vorträge der 7. Bayerischen Internistentagung in München 1967)
- Band 15 „Therapie endokriner Erkrankungen – Fehldiagnosen und ihre therapeutischen Konsequenzen – Beratung und Behandlung bei sexuellen Störungen“ (Vorträge der 19. Wissenschaftlichen Ärztagung Nürnberg 1968)
- Band 16 SOOST: „Krebsfehrtensuche durch gynäkologische Zytodiagnostik in der Praxis“
- Band 17 „Aktuelle therapeutische und diagnostische Probleme bei internen Erkrankungen“ (Vorträge der 8. Bayerischen Internistentagung in München 1968)
- Band 18 „Fehldiagnosen und ihre therapeutischen Konsequenzen – Therapie der Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege – Ärztliche Beratung in der modernen Touristik“ (Vorträge der 20. Wissenschaftlichen Ärztagung Nürnberg 1969)

## Möglichkeiten zur Rehabilitation psychisch Kranker \*)

von R. W y s s

Rehabilitation meint nach dem Handbuch der Arbeitsmedizin „die Maßnahmen, mit deren Hilfe der sogenannte Arbeitsbehinderte seine körperliche, geistige, soziale, berufliche und gesellschaftliche Leistungsfähigkeit auf die höchste für ihn erreichbare Ebene zu heben instand gesetzt werden soll“. Wir wollen unser Augenmerk darauf richten, daß es in dieser Begriffsbestimmung um den in gewissen arbeitsmäßigen Tätigkeiten für dauernd mehr oder weniger weitreichend Behinderten geht, und daß demnach in unserer leistungs- und damit auch erfolgsbezogenen und -motivierten Welt Rehabilitation vor allem und auch etwa in Gesetzestexten als „berufliche Wiedereingliederung“ verstanden wird. Es diene zur Verdeutlichung weiterer Überlegungen, wenn wir sagen, daß überall dort, wo es um Arbeit geht, es der Werkzeuge und der sie bewegendes Kraft sowie der Technik im weitesten Sinne bedarf, und daß berufliche Wiedereingliederung deshalb im allgemeinen anstrebt, Werkzeuge und Arbeitstechniken zu schaffen, welche den Behinderten wieder arbeitsmäßig leistungsfähig machen. Buchstäblich gilt dies etwa, wenn einem Handamputierten eine Prothese angefertigt oder wenn eine Maschine der veränderten Bedienungsmöglichkeit des Behinderten angepaßt wird; aber auch wenn der Erblindete sich anderer Sinnesorgane bedienen lernt, ist der Werkzeugcharakter noch deutlich, und sogar wenn der Geistesschwache oder der leistungsgeminderte Hirnverletzte, von denen hier weiter nicht die Rede sein wird, in adäquate Arbeiten eingeführt wird, die er mit seiner geringen Intelligenz oder der organischen Hirnleistungsschwäche noch bewältigen kann, gilt das Gesagte immer noch.

Des weiteren ist der Grundsatz selbstverständlich, daß rehabilitierende Maßnahmen von der Diagnosestellung an die ganze Therapie mitbestimmen müssen. Schließlich ist eine Voraussetzung der Rehabilitation, daß ein bleibender Defekt des Werkzeughaften, wiederum im weitesten Sinne, ausgeglichen werden müsse. Gerade im Zusammenhang mit dieser letzten Voraussetzung sei postuliert, daß unsere Ausführungen vor allem vom chronisch psychisch Kranken handeln werden, und zwar vom chronischen Schizophrenen, bei dem sich die Problematik besonders deutlich zeigt.

Es bedarf in diesem Kreise keiner langen Worte darüber, welche stürmische Entwicklung die Rehabilitation durch das Zusammenwirken von Medizin, Technik, gesetzlichen Erlassen, privaten und öffentlichen Institutionen durchgemacht hat seit der noch nicht so lange zurückliegenden Zeit, da die Fürsorge, z. B. für

die Versehrten in kriegerischen Ländern, sich auf Invalidenhäuser und -kolonien und kleine Pensionen, im übrigen aber auf des Privileg zum Betteln beschränkte. Es ist nicht abzusehen, wie vielen das zugeute kommt; es ist erfreulich, daß man eingesehen hat, Rehabilitation lohne auch einen riesigen Aufwand, wenn dadurch Erwerbsfähigkeit statt Unterstützungsbedürftigkeit erreicht wird; es ist noch erfreulicher, daß eine gelungene Rehabilitation zum Statussymbol für den einzelnen und auch für die beteiligten Helfer und ihre Institutionen werden konnte; es ist ein Glück, daß die Öffentlichkeit in der Unterstützung der Rehabilitationsanstrengungen, aus was für Gründen auch immer, fast euphorisch mitmacht und daß Invalidenverbände bestehen, die mit gewerkschaftlicher Disziplin und hoher idealistischer Zielsetzung ihre Interessen wahrnehmen und ihre Vertreter in die Parlamente schicken.

Alles, was bis jetzt über die Voraussetzungen, Bedingungen und die Bedeutung der Rehabilitation gesagt wurde, soweit es mit Medizin unmittelbar oder mittelbar zu tun hat, müßte auch für die Rehabilitation in der Psychiatrie gelten, insofern diese eine medizinische Wissenschaft sein will und kann. Ich möchte Sie aber fragen, ob man Ihnen schon jemals in einer Unternehmung die Abteilung der rehabilitierten Schizophrenen gezeigt hat, denen man auch, wie den körperlich Invaliden, ein Heim mit allen zweckmäßigen Einrichtungen und Betreuungsmöglichkeiten gebaut hat, oder ob Sie schon jemals eine Gewerkschaft der spitalentlassenen rehabilitierten Schizophrenen mit parlamentarischen Interessenvertretern antrafen? Mir widerfuhr solches noch nicht, wohl aber weiß ich, daß Invalidenorganisationen sich mit Händen und Füßen und großer Enttüstung wehrten, wenn sie auch nur in ganz randständigen Belangen mit psychiatrischen und eben auch invaliden Leidensgenossen in Berührung kommen sollten.

Wir müssen uns also davon überzeugen, daß offenbar trotz der vorhin behaupteten grundsätzlichen Gleichartigkeit des Rehabilitationsgeschehens im psychiatrischen Bereich plötzlich einmal etwas anders läuft als im übrigen medizinischen, und daß das gleiche doch nicht gleich ist. Wir erkennen auch leicht, wo der Unterschied herrührt:

In der Rehabilitation außerhalb der psychiatrischen Grenzen haben wir es mit der Wiederherstellung der im weitesten Sinne primär werkzeugbedingten Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit samt ihren allfälligen sekundären Auswirkungen im Psychischen und Sozialen zu tun, welche letztere in der Regel keine besonderen Probleme aufwerfen; grundsätzlich kann man mit dem zu Rehabilitierenden und Rehabilitierten als mit einem einigermaßen „normalen Menschen“ mit einigermaßen „normalen“ mitmenschlichen und Umweltsbeziehungen und mit einem einigermaßen „normalen“ Verhalten rechnen.

\*) Vortrag anläßlich des III. Sozialmedizinischen Kurses der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin in München

Beim psychisch Kranken hingegen, wenigstens in den Kategorien, die uns interessieren, haben wir es mit Menschen zu tun, die grundsätzlich in ihrem Wesen als Person gestört sind, deren Dasein sich als solches gewandelt hat, die in ihrem Verhalten primär verändert, in ihrem Arbeits- und Leistungsvermögen oft aber nur sekundär gemindert sind. Dies wird besonders deutlich etwa bei psychisch Kranken, die im psychiatrischen Krankenhaus, das ihnen ein adäquates soziales Feld bietet, durchaus zu differenzierter oder schwerer Arbeit imstande sind, aber sofort versagen, wenn man ihnen die gleiche Tätigkeit in der gewöhnlichen Außenwelt zumutet; sie versagen nicht von vorneherein bei der Arbeit, sondern sie versagen auch in der Arbeit, weil sie sich in der Außenwelt nicht zurechtfinden, und vor allem, weil diese mit ihnen, verstehens- und verhaltensmäßig, nicht mehr zurechtkommt, nicht zuletzt deswegen, weil die allgemeinen Vorurteile der Öffentlichkeit den psychisch Kranken für unberechenbar, unzuverlässig und gefährlich halten.

Rehabilitation des Schizophrenen bedeutet also nicht vor allem Arbeitsfähigmachen eines werkzeugmäßig Leistungsbehinderten, sondern Zurückführung und Integrierung eines wesensmäßig veränderten, in einer „verrückten“ Welt existierenden, in seinen sozialen Bezügen gestörten Menschen in die Gesellschaft, die ihn gar nicht so gerne aufnimmt. Gelingt diese Integrierung, dann ist in der Regel auch die Arbeitsfähigkeit, damit die Berufs- und Erwerbsfähigkeit gegeben, der Kranke ist auch nach der ursprünglichen Definition „rehabilitiert“.

Rehabilitation in der Psychiatrie, namentlich der Psychosen – wir wollen uns im weiteren nur noch mit der Schizophrenie befassen –, muß also ihrer Tendenz nach gegenläufig sein zu der althergebrachten Strebung, den Geisteskranken aus der Gesellschaft aus- und in einer schützenden, sichernden Pflege und Obhut in der Eigenwelt des psychiatrischen Spitals einzuschließen, damit er draußen nicht mehr störe oder bedrohlich sei. So bestürzend neuartig ist zwar diese

gegenläufige Tendenz wenigstens in den meisten europäischen Verhältnissen auch wieder nicht, wo es ja nicht gerade eines Gerichtsentscheides bedarf, bis ein Patient aus der psychiatrischen Klinik entlassen werden darf, obwohl auch hier immer wieder derart hinterwäldlerische Regungen sich bemerkbar machen; man weiß bei uns auch seit langem, daß die Erkrankung an einer Schizophrenie durchaus nicht einen schicksalsmäßigen Verlauf zur dauernden Hospitalisierungsbedürftigkeit und Demenz bedeutet; wir werden darauf noch zurückkommen.

Neu sind aber sicher der Schwung und die Folgerichtigkeit, mit welcher das Ziel verfolgt wird, neu sind psychotherapeutische, individual- und sozialpsychologische, soziologische, kulturanthropologische Lehren, welche der Rehabilitation teilweise zugrunde liegen; neu ist, daß erst mit diesem Schwung viele feststehende Ansichten und Tabus überrannt werden konnten und so institutionelle Veränderungen möglich wurden, aus denen die Psychiatrie bzw. die psychisch Kranken ganz allgemein Nutzen ziehen; neu sind schließlich die Psychopharmake, die mit ihrer das psychotische Geschehen und Erleben beeinflussenden Wirkung erst viele Reformen erlaubten. Wohl ist das Ziel des ärztlichen Tuns weiterhin die völlige Wiederherstellung, die Heilung, wo diese nicht zu erreichen ist, sondern wo bleibende Beeinträchtigungen und Schäden in Kauf genommen werden müssen, erstrebt man mit diesem neuen Schwung und mit den neuen Methoden ein Ausmaß an gesellschaftlicher Integrierung, welches ein tunlichst zuverlässiges, lebendiges Gleichgewicht in der Psyche des Kranken und zwischen Kranken und Umwelt ermöglicht, wie es für eine selbständige menschliche Lebensform erforderlich ist, zu der ja auch Arbeit und Erwerb gehören. Es werden also auch in den Bemühungen um die schizophrenen Patienten Therapie und Rehabilitation ein siamesisches Zwillingsspeer sein.

Zum Verständnis dessen, was dabei geschieht, ist eine undogmatische Betrachtung des Phänomens Schizophrenie zweckmäßig; sie wird erkennen lassen, daß in Ätiologie, Pathogenese, Symptomatologie und Verlauf einige große Ursachen- und Bedingungsgruppen wirk-

## Dankeschön Vereinigte!

Faksimile des »Danke-Briefes« der kleinen Isabel Selmair, 6 Jahre. Isabel hat im Malwettbewerb der Vereinigten »Mein Papi ist Arzt« einen

2. Preis gewonnen.



Vereinigte Krankenversicherung AG\*)  
8000 München 23  
Leopoldstraße 24

*ich wünsche mir einen Fotoapparat. ich habe  
den ja so glücklich deine Isabel*

\*) Die Vereinigte und ihre »Tochter«, die SALUS Krankenkassen-Versicherungs-AG sind Vertragspartner (Gruppenversicherungsvertrag) Ihrer Ärztekammer

sam werden: Diejenige des Endogen-Konstitutionellen, dann der Bereich der persönlichen Auseinandersetzung mit der Krankheit, des weiteren die sozio-dynamisch wirksamen Faktoren im weitesten Sinne und zuletzt andere meist exogene Auslöser, die uns hier nicht weiter beschäftigen können.

Die Behandlung wird bezüglich des ja noch unbekanntes Endogenen, das wohl neben der Krankheitsursache am ehesten für die Verlaufsform, z. B. das Periodisch-phasenhafte oder Chronische verantwortlich ist, am wenigsten stichhaltige Vorstellungen entwickeln können. Entsprechend unspezifisch sind denn auch alle medizinisch-somatotherapeutischen Behandlungsmethoden, wie Psychopharmaka, Insulin, Elektroschock, wie wir etwas altväterisch immer noch sagen, und viele andere; hypothetisch sind die Versuche, ihre Wirkung zu erklären. Unseres Erachtens gehört es ins Gebiet der Psychopharmakomythologie, wenn man z. B. behauptet, es gebe Psychopharmaka, die besondere schizophrene Zielsyndrome treffen könnten. Nichtsdestoweniger sind aber alle nützlich, und sie werden denn auch auf breitester Front, namentlich zu Beginn der Behandlung, angewandt. Sie beeinflussen Bewußtsein, Antrieb und Stimmung, Erregung und Stupor, sie können Angst entspannen, die affektive Resonanz dämpfen und damit Wahn und Halluzinationen erlebnismäßig entschärfen, sie steuern den Schlaf. Über all dies hinaus schaffen sie bei der allgemein üblichen anfänglichen kurmäßigen Anwendung etwas ganz Besonderes, das in eine andere der erwähnten Faktorengruppen — nämlich die sozio-dynamische — mit hineingeht: Sie machen den Schizophrenen zum „richtigen“ Patienten, der plötzlich nicht mehr gefürchtet, unverstanden und verstoßen ist, sondern im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit, Zuwendung und Pflege steht wie ein „gewöhnlicher“ Kranker im Spital. Damit kommen auch sonst verpönte regressive Regungen ins Spiel und bieten psychotherapeutische Ansatzpunkte, auch wenn sie bis in äußerste Regionen kindlich-autistischen Verhaltens führen können, in denen das Angenommensein einerseits, die Aggressivität andererseits ganz zentrale Probleme werden.

Dies geschieht in einem psychiatrischen Spital, das heute nicht mehr, wie früher, den Schizophrenen so humanitär wie möglich behüten, sondern wieder in die Gesellschaft zurück- und eingliedern will. Es schließt sich demnach nicht ab, sondern es bleibt nach außen offen — angefangen beim Aufschließen der „geschlossenen“ Abteilungen —, es läßt die Beziehungen zur Außenwelt nicht abreißen, sondern es holt diese geradezu herein, also die Angehörigen, Besucher, Fernsehen, Zeitungen, Film und jede andere Informationsmöglichkeit, die alle den Kranken gewissermaßen wieder nach außen motivieren sollen.

Die Auffassung, die schizophrene Krankheitsentwicklung sei wesentlich durch sozio-dynamische Momente mitbestimmt, reicht also nicht nur von der Außenwelt-

situation des Kranken bis zur Eingangstür in die Klinik — im Gegenteil. Ich pflege meinen jungen Mitarbeitern etwa zu sagen, aus dem eintretenden Schizophrenen werde bei uns das, was wir erwarten; nähmen wir an, er werde gesund, dann werde er es sehr wahrscheinlich; setzten wir voraus, er bleibe chronisch krank und verblöde, dann werde er wahrscheinlich dement. Es kann gar kein Zweifel daran bestehen, daß die hergebrachte patriarchalisch-autoritäre Struktur der psychiatrischen Klinik geeignet war, bei nicht wenigen Kranken ein *Hospitalisierungssyndrom* ganz eigener Art entstehen zu lassen: In einem komplizierten Schichtengefüge der Macht ist der Kranke, strukturell und dynamisch gesehen, obwohl er die „Hauptfigur“ zu sein scheint, zu unterst, und die repressiven Kräfte, welche durch alles vertikal hindurchgehen, erreichen ihn summiert oder gar potenziert; zugleich lebt er im überfüllten Spital oft eingengt, er steckt in einer Masse, er wird andererseits in gewissen Belangen übermäßig umsorgt und unselbstständig gemacht. Er verliert dadurch nur zu leicht sein Selbst, seine Identität, und gerät infolge seiner Abwehr- und Anpassungsreaktionen entweder in irreversible chronische Regression oder völlige autistische Abkapselung; vielleicht erreicht er aber auch die Rolle eines sogenannten „guten Patienten“ mit allerlei Vertrauensstellungen, die er nicht mehr aufgeben kann und den man im Grunde gar nicht mehr entlassen will. Gerade diese letzteren Kranken sind deshalb gegenüber den Rehabilitationsbemühungen recht widerständig, auch wenn man meint, es müßte eigentlich nur ganz wenig brauchen, um sie außerhalb des Spitals zu integrieren. Ich glaube aber, man sollte sich deswegen nicht grämen, denn es dürfte wohl immer so bleiben, daß es so gut wie sogenannt Gesunde auch Schizophrenen geben wird, die im Leben aus eigenen Kräften nicht zurecht kommen; diese letzteren sollen im psychiatrischen Spital eine angemessene Welt finden und sich gewissermaßen und paradoxerweise in diese hinein „habilitieren“ können. Vielleicht könnte sogar einmal eine, wenn auch psychotische völlige Abkehr von der äußeren Welt eine persönlichkeitsadäquate echte und so letztlich gar nicht ungesunde Haltung sein.

Mit diesen, zugegebenermaßen vor allem negativen Beispielen aus dem psychiatrischen Spital, wollten wir zeigen, daß die Schizophrenie und ihr Verlauf von der Umwelt und deren Haltungen und Erwartungen mitbestimmt, wenn sicher auch nicht geradezu verursacht werden. Eine ausgedehnte Forschung hat tatsächlich zahllose Hinweise auf eine solche Wirksamkeit günstiger und ungünstiger sozio-dynamischer, milieubedingter Faktoren auch anderswo geliefert, sei es hinsichtlich der Familie (man spricht ja sogar von „schizophrenen“ Müttern), des Berufes, des wirtschaftlichen und kulturellen Niveaus, der Situation des Einwanderers, usw., von denen z. B. die Häufung beziehungsweise Seltenheit schizophrener Psychosen in einer Population abhängig zu sein scheint. Günstige

**Es gibt eine  
stattliche Reihe  
bedeutender  
Magentherapeutika**

**Von allen wird  
Gelusil-Lac am meisten  
verordnet.  
Warum wohl?**

Gelusil-Lac begnügt sich nicht mit angenehmem Geschmack und subjektiven Erfolgen; obschon sie faszinierend sind: Der Patient spürt die erleichternde Wirkung prompt und dankbar. Er ist beeindruckt davon, wie Gelusil-Lac mit den unangenehmen Säurebeschwerden oder quälenden Ulkusschmerzen fertig wird. Sein Wohlbefinden hebt sich auffällig.

Die therapeutische Wirkungsqualität ergibt sich aus dem Zusammenspiel zweier Faktoren: Durch Bindung überschüssiger Salzsäure stellt Gelusil-Lac den Magensaft rasch und anhaltend auf physiologische pH-Werte ein. Darüber hinaus schirmt Gelusil-Lac die lädierte Magenwand mit einer Schutzschicht gegen peptisch-aggressive Einflüsse ab, ein Effekt, der bei Erosionen und Ulcera ganz besondere Bedeutung erlangt. — Fazit: Die Frage nach dem Warum beantwortet sich mit der Erkenntnis des therapeutischen Wertes.

Verständlich also, daß Gelusil-Lac als Magentherapeutikum Nr. 1 gilt.



**GÖDECKE**

Stenokardische Beschwerden –  
Angina pectoris?

Neu

# Doberol®

schützt Herz und Kreislauf  
vor Überlastung

selektiver Schutz des Herzmuskels  
vor überschießenden adrenergen Impulsen  
Senkung der inneren Herzarbeit  
Angleichung des Sauerstoffbedarfs  
an die mögliche Sauerstoffzufuhr  
Ökonomisierung unrationeller Herzarbeit

Doberol®

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

Hinweise zur Therapie im  
wissenschaftlichen Prospekt

erhält die  
Leistungsbreite  
des Herzens und  
die Leistungsfähigkeit  
des Patienten

Doberol® 10 mg	
50 Tabletten	4,85 DM

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

Boehringer  
Ingelheim



Einflüsse weiß man auch im psychiatrischen Spital anzuwenden, selbstverständlich auch in der immer wichtiger werdenden ambulanten durch poliklinische Teams durchgeführten Behandlung und Rehabilitation zu nutzen: Es wird darum gehen, die oben skizzierte hergebrachte Struktur der Klinik oder der schädlichen Umwelt umzuwandeln; dies geschieht spitalmäßig am entschiedensten in der Schaffung der heute sogenannten „therapeutischen Gemeinschaft“, die vor allem in England entwickelt wurde.

Eine Vorform davon ist die grundsätzlich permissive, tolerante Haltung gegenüber dem Kranken, dem man alle Möglichkeiten der Entäußerung geben will, damit er hinter dem Verstellten sich selbst und durch Angst und Mißtrauen hindurch wieder Zutrauen findet. Es liegt auf der Hand, daß dies als Gegensatz zum traditionellen Verhalten der Außenwelt sehr oft heilsam sein wird, andererseits ermöglicht es aber auch das Entstehen von gemeinschaftswidrigen Ansprüchen.

Demgegenüber will, wie man vereinfachend sagen könnte, die therapeutische Gemeinschaft die Demokratie, die nicht nur gibt und erlaubt, sondern auch fordert und ordnet, im Spital verwirklichen. Wenn man bedenkt, wie mühsam die Demokratisierung auch anderswo vor sich geht, wo ein Establishment seine Rollen aufgeben und wechseln sollte, oder wenn man weiß, wie schon nur die Mitbestimmung z. B. im Betrieb oder Universität eine schwierige Sache ist, wird man verstehen, daß dies auch im psychiatrischen Spital nicht immer reibungslos abläuft. Zur Ehre der Psychiatrie sei aber gesagt, daß doch vieles erreicht werden kann: Wenn einmal die Abteilungen so verkleinert sind, daß darin innerlich strukturierte, beziehungsreiche, dynamische Gruppen leben statt Massen, in denen der einzelne untergehen oder sich verstecken kann, wird auch der Patient in ein Rollenspiel gebracht, in dem seine heilen und heilenden Kräfte wirksam werden können, seine Positionen wechseln, erstrebt und verteidigt werden müssen. Erst so werden Abteilungsversammlungen als Zusammenkünfte der Kranken und des therapeutischen Teams, an denen die Probleme des kleinen Staatswesens und die persönlichen besprochen werden, sinnvoll. Zum therapeutischen Team gehören Schwestern und Pfleger, Fürsorgerin, Beschäftigungstherapeutin, Musiktherapeutin, Arzt, also alle, die zugleich ja auch rehabilitierend tätig sind. Man bemüht sich mancherorts, sogar die äußerlichen Statusmerkmale, wie Tracht und weißen Kittel, abzulegen. Wichtiger ist, daß innerhalb des Teams echte Information, offenes Gespräch, Aufarbeitung der individuellen Schwierigkeiten mit den Kranken und der Gruppe, Verzicht auf Autorität und auf Repression angestrebt werden. Die Erfahrung zeigt allerdings, daß man auch so meist nicht gerade bis zum Rätssystem kommt, obwohl es auch, allerdings kritisierte Versuche in dieser Richtung gab, in dem dann die Kranken völlig selbstverantwortlich für sich und die anderen waren; dem Arzt bleibt auch

nach magistraler Meinung mindestens die Rolle des „primus inter pares“. Erst so wird aber eigentliche Gruppentherapie mit ihren Ausweitungen möglich, auf deren Techniken wir nicht eingehen können.

Weil man weiß, wie wichtig für den zu Rehabilitierenden nach der Entlassung das richtige Funktionieren der vorher oft desorganisierten und desintegrierten Familie ist, kümmert man sich, soweit überhaupt möglich, um diese; mancherorts wird versucht, im Sinne einer „bifokalen“ Gruppentherapie nach SCHINDLER auch die Eltern der Schizophrenen in einer Parallelgruppe zu behandeln, oder es wird gar eine eigentliche Familientherapie inauguriert, wofür namentlich in Amerika die Ansätze entwickelt wurden.

Eine intensive individuelle Psychotherapie, die je nach persönlicher Gleichung und nach der Schule des Arztes gefärbt sein wird und auf die hier nicht eingegangen werden kann, befaßt sich mit der in jeder Schizophrenie auch direkt oder verschlüsselt manifestierten persönlichen Problematik und den Weisen der persönlichen Auseinandersetzung mit der Krankheit.

Das ganze wird schließlich in Schwung gehalten durch ein reiches Aktivitätsprogramm im Sinne einer sehr umfassenden, vor allem auch schöpferischen Beschäftigungstherapie mit Musik, Turnen, Tanz und Spiel, die das Erlebnis der Eigenaktivität fördert, den Umgang mit den Dingen und mit dem eigenen Leib ermöglicht und das gemeinsame Tun anregt.

Es liegt auf der Hand, daß man nicht riesige Anstaltskomplexe plötzlich als Ganzes in solche aktive therapeutische Gemeinschaften aufgliedern kann, nicht zuletzt wegen des Mangels an geeignetem, ausgebildetem Personal und wegen des sehr uneinheitlichen Krankengutes – man denke nur an die Alterskranken, die ja ganz andere pflegerische und therapeutische Bedürfnisse haben als etwa Schizophrene. Es ist aber erstaunlich, wie rasch und wie weitgehend die Atmosphäre eines kooperativen Optimismus auch in alten Häusern mit primitiven Einrichtungen entsteht, wenn man mit den entwickelten Prinzipien ernst macht, die schon in dieser ersten Phase, um es noch einmal zu betonen, den Schizophrenen aus seinem „verrückten“ Dasein wieder in die gemeinsame Welt zurückführen und ihn dort integrieren, d. h. rehabilitieren wollen.

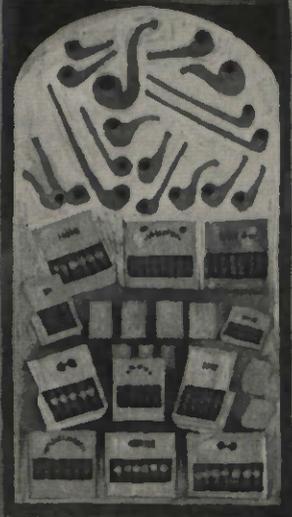
Allerdings erhebt sich hier für den, der nicht nur die letzten Entwicklungen der klinischen Psychiatrie übersieht, die Frage, ob das alles wirklich so neu ist, wie wir heute gerne glauben. Wir wissen z. B., daß schon vor 100 Jahren in der damaligen kantonal-bernischen „Irrenanstalt Waldau“, der heutigen psychiatrischen Universitätsklinik, für Männer und Frauen eine Arbeits- und Beschäftigungstherapie bestand, die der heutigen kaum nachstand, wenn man bedenkt, daß damals das Handwerkliche noch bedächtiger und die Vielfalt der Produktion beschränkter war. Darüber hinaus liest man im Jahresbericht 1859 aber auch schon ein hohes



Tabac

Hansen

Cigarren



»Die Behandlung der Stenokardie mit Nitriten, Purinderivaten, Papaverin, Khellin und allgemeinen Maßnahmen, wie Regelung der Lebensweise, fettarme Kost, Vermeidung von Genußgiften, bringt nicht in allen Fällen ein befriedigendes Ergebnis; auch chirurgische Eingriffe am neurovegetativen System, am Perikard und an den Koronarien sowie Unterbindung der Mammaria

interna mit dem Ziel, die Herzdurchblutung zu erhöhen, erreichen häufig nicht Beschwerdefreiheit der Patienten. Nach bisherigen Veröffentlichungen hat sich ein Derivat aus der Gruppe der Pyrimido-Pyrimidine, das unter der Bezeichnung Persantin in die Therapie der Koronarinsuffizienz eingeführt wurde, gut bewährt.«

RIEGLER, E.: Wien, Z. Inn. Med. 42, 140-142 (1961)

Darum:  
Helfen Sie  
Ihrem Koronarpatienten,  
dem Rauchen  
zu widerstehen  
... und geben Sie

# Persantin<sup>®</sup>

Zahlreiche experimentelle Untersuchungen haben die zuverlässigen Wirkungskomponenten von Persantin bestätigt:

O<sub>2</sub>-Sättigungsanstieg als Ausdruck einer vermehrten Koronardurchblutung, Herzleistungssteigerung durch positiv-inotropen Effekt, günstiger Einfluß auf bestehende Herzinsuffizienzen.

Die besten Ergebnisse in der Behandlung von Koronarkranken wurden erzielt nach der Applikationsregel

Persantin<sup>®</sup> früh genug - hoch genug - lange genug

# 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



DAUELSBERG + CO  
GOTTINGEN  
Penicillin-Gesellschaft

Lob der Zerstreungs-, Erheiterungs- und „moralischen Belebungsmitel durch Unterricht, Gesang, Spiele, Promenaden und dergleichen, durch Ständchen und kleine Schauspiele“, und besonders gerühmt wird ein durch den Sekundärarzt betätigtes Schattentheater, das ich selbst als Kind noch weit ab von der Waldau bei einem Nachfahren jenes Arztes bestaunen konnte. Man hatte damals im Personaletat auch einen „Schulmeister“, der die Patienten lesen und schreiben lehrte und mit ihnen die Kirchenlieder für den sonntäglichen Gottesdienst einübte. Auch der Besuch von Volksfesten mit den Kranken galt als solches moralisches Mittel, wie etwa – das gab es damals noch – die Eisenbahneröffnung, oder den Einzug der Bären in ihren neuen Graben. Für die Kranken aus besseren Ständen, die nicht arbeitend sich unter das „Volk“ mischen wollten, bleibe, so heißt es in dem Bericht weiter, „nichts anderes übrig, als Gymnastik, Fechtunterricht, Baden und Schwimmen“. Also das gleiche, was wir heute tun und haben, vielleicht sogar noch mehr? Äußerlich gesehen ja, sonst aber nein: dies alles diente damals vorwiegend dazu, dem Schizophrenen, der krank bleiben mußte oder durfte, eine gute Binnenwelt im Spital zu schaffen; heute wollen wir mit dem gleichen – wenn immer möglich – die Außenwelt zu ihm bringen, ihn dort interessieren, ihn daraufhin motivieren und schließlich rehabilitieren. Ich glaube, deutlicher kann man den grundlegenden Unterschied nicht illustrieren.

Wie schon im Hinblick auf die Familie gesagt wurde, geht die therapeutisch-rehabilitierende Tätigkeit über den Rahmen der Klinik hinaus in das soziale Milieu, in welches der Schizophrene integriert bzw. rehabilitiert werden soll. Es ist u. E. wichtig, daß man am Arbeitsplatz allfällige Spannungen beseitigt und Verständnis schafft. Dies wird vor allem Aufgabe des Fürsorgedienstes sein; oft ist aber auch der Kontakt des Arztes mit der Arbeitsumgebung des Rehabilitierten wünschbar. Er soll dabei, grundsätzlich im Einverständnis mit dem Patienten, nicht ängstlich hinter einer Schweigepflicht sich verschanzen, sondern, selbstverständlich unter Schonung der Persönlichkeitssphäre, sagen, warum beim Rehabilitierten Schwierigkeiten entstehen könnten, wie diese zu verstehen wären und wie man sie vielleicht vermeiden oder beheben könnte.

Nach dieser Vorbereitung hat eine zuverlässige Nachbehandlung und -fürsorge Platz zu greifen. Der Rehabilitierte sollte anfangs regelmäßig und dann nach Bedarf seinen Arzt sehen können, der auch die medikamentöse Langzeittherapie steuert, und wenn möglich in Kontakt bleiben mit anderen Rehabilitierten, z. B. durch Mitmachen in einem Patientenklub. Die Angehörigen des Patienten sollen ebenfalls den behandelnden Arzt fragen können, wenn Probleme auftreten. GASTAGER hat in Salzburg dafür an seiner Abteilung eine feste Angehörigenberatung aufgezogen. Der Fürsorgedienst schließlich wird regel-

mäßig Kontakte am Arbeitsplatz und zu Hause herstellen, bei Stellenwechsel helfen und bei allfällig notwendig werdender Rehospitalisation mitwirken.

Hier ist der Punkt erreicht, an dem einige Fragen gestellt werden müssen: Nicht selten erheben sich gegen die Aktivität des Klinikarztes über die Zeit hinaus, da der Kranke in der Institution weilt, Bedenken in dem Sinne, dies sei ein Schritt zur Verstaatlichung der ärztlichen Tätigkeit und müsse deshalb bekämpft werden. Ich glaube nicht, daß diese Befürchtungen gerechtfertigt sind; eine solche Nachbetreuung, in welcher die Kenntnis der psychiatrischen und sozialen Umstände des Falles notwendig ist und die fast immer sehr zeitraubend sein muß, ist für den Privatarzt weder sachlich noch wirtschaftlich praktikabel, und sie kommt in der Regel auf diese Weise auch nicht zustande. Eine zweite Frage lautet dahin, wie lange eine solche Nachbetreuung durchgeführt werden soll bzw. ob es angängig sei, einen, wenn auch vielleicht gefährdeten, Menschen in der besten Absicht ein Stück weit unselbständig zu machen und in sein Schicksal manipulierend einzugreifen. Wir haben ja gesehen, daß aus psychischer Erkrankung und Rehabilitation keine Statusaufwertung zu gewinnen ist und deshalb vom Rehabilitierten aus auch keine Tendenz besteht, zur Statusgewinnung irgendeine Betreuungsform zu institutionalisieren. Ich muß gestehen, daß ich der Auffassung zuneige, man dürfe eine Dauernachbehandlung nicht gegen den Willen des Patienten aufrechterhalten, wenn er sich darüber noch selber Gedanken machen kann, und es gehöre zur Freiheit des Individuums auch ein Anrecht auf Krankwerden, Versagendürfen und auf Desintegration, selbstverständlich im Wissen um die Tatsache, daß die Gesellschaft dann immer irgendwie reagieren und sich verhalten wird, manchmal zugunsten, manchmal zu ungunsten des Betroffenen.

Schließlich muß m. E. gefragt werden, ob denn das, was ich bisher schilderte, gar so viel mit Rehabilitation zu tun habe. Die Antwort lautet ja, wenn man sich an gewisse neuere Ansichten hält; nein, wenn man davon ausgeht, Rehabilitation sei die Ausmerzungen einer dauernden defektbedingten Störung der arbeitsmäßigen Leistungsfähigkeit, bei dem Schizophrenen weiter gefaßt auch der ganzen sozialen Leistungs- und Anpassungsfähigkeit. Gastager berichtete neuestens, daß er alle innerhalb von fünf Jahren eintretenden Schizophrenien und Mischpsychosen in Salzburg auf die Rehabilitationsabteilung aufnahm. Von diesen 423 Kranken seien bisher nur elf als vorläufige „Anstaltsfälle“ auf geschlossenen Pflegeabteilungen abgegeben worden, der Klinikaufenthalt der anderen habe durchschnittlich etwa drei Wochen gedauert. Von 400 Schizophrenen, die er 1952 bis 1962 in der Rehabilitationsabteilung der Wiener Psychiatrischen Universitätsklinik behandelt hatte, waren nach durchschnittlich 6<sup>1</sup>/<sub>2</sub>jähriger Nachbeobachtung 72,5 % rehabilitiert.

Diese Betrachtungsweise übersieht, daß längst nicht alle Schizophrenen zu einem chronischen Verlauf

**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®-Lotio erfolgreich verwirklicht.

## 23. Bayerischer Ärztetag

vom 2. mit 4. Oktober 1970 in Passau

oder zu einem störenden Defekt führen, die eine Rehabilitation nötig machen würden. Fast die Hälfte aller Schizophrenien verlaufen als akute Krankheit in einer einmaligen Psychose oder in wiederholten Schüben, die in Gesundheit übergehen oder höchstens zu leichten, nicht störenden Restsymptomen Anlaß geben können. Dann ist aber in der Regel auch nicht mit beruflichen und arbeitsmäßigen Einbußen zu rechnen. So ist das Geschilderte oft doch als Therapie im eigentlichen Sinne zu verstehen, die selbstverständlich die soziale Wiedereingliederung auch im Auge hat. Zu dieser Therapie gehört auch, daß man die sogenannte Frühentlassung so oft als möglich praktiziert, d. h. die Klinikentlassung, sobald der Krankheitsverlauf der Besserung zuneigt und keine Selbst- oder Allgemeingefährlichkeit mehr besteht; man weiß seit alters her, daß viele solche Fälle dann weiterhin günstig verlaufen. Das dann Frührehabilitation zu nennen, scheint mir nicht recht angängig zu sein. Ich möchte darauf verweisen, daß von den von mir untersuchten Patienten, die 1939 bis 1949 im Militärdienst erstmals schizophren erkrankten und in der Waldau hospitalisiert werden mußten, im Jahre 1956 82 % sozial störungsfrei „rehabilitiert“ waren, ohne daß man das Wort Rehabilitation je verwendet hatte. Wir hatten sie aber nach damaliger Auffassung modern behandelt und vor allem die Frühentlassung oft angewandt. Daß mit dieser der Chronifizierung und vor allem der Entstehung des schizophrenen Hospitalisierungssyndroms vorgebeugt werden kann, ist selbstverständlich.

Wenn ich also nicht jede Schizophrenietherapie als Rehabilitation bezeichnet haben möchte, so will ich andererseits gerne zugeben, das es selbstverständlich fließende Übergänge gibt und daß damit auch eine Frührehabilitation begrifflich und praktisch besteht, über deren Resultat die vorhin genannten Zahlen Bescheid geben.

Der Frührehabilitation des frisch hospitalisierten Schizophrenen – der Eintritt der Hospitalisationsbedürftigkeit fällt nicht ohne weiteres zusammen mit dem Krankheitsbeginn, der gelegentlich weit zurückliegen kann – steht die sogenannte Spätrehabilitation des chronisch kranken und schon lange hospitalisierten schizophrenen Psychotikers gegenüber. An diesen Fällen haben sich alle rehabilitierenden Maßnahmen zu bewähren. Seit jeher hat man gewußt, daß auch nach jahre- und jahrzehntelangem Spitalaufent-

halt irgend einmal bei einem scheinbar völlig eutistischen oder dementen Schizophrenen eine spontane Besserung eintreten kann, die seine Entlassung ermöglicht. Wenn man auch über die jeweiligen Umstände und Ursachen des Umschlages kaum etwas weiß, so ersieht man doch daraus, daß es auch dann, wenn ein Prozeß zu einem scheinbar irreversiblen Endzustand geführt hat, nicht immer wirklich so ist, so daß mit Recht eine Rehabilitation auch in solchen Fällen angestrebt werden sollte und Erfolg haben kann. Der Rehabilitationsweg dieser Patienten ist lang: Man muß sie von der Pflegeabteilung wegversetzen, und sie müssen sich zuerst an ein anderes Milieu gewöhnen. Man muß sie ganz besonderes intensiv nach außen motivieren, da die Außenwelt für sie manches von ihrer greifbaren Wirklichkeit eingebüßt hat; dabei ist namentlich der selbständige Umgang mit erarbeiteten Geld sehr wichtig. Da eine Rückkehr in frühere Berufe und Stellungen meist nicht mehr möglich wird, ist vor allem auch ein realistisches **A r b e i t s t r a i n i n g** in Tätigkeiten notwendig, die nachher einen Verdienst zulassen. Weil bei solchen Kranken in der Regel keine familiäre oder sonst irgendwie schützende und aufnehmende Umwelt mehr außerhalb des Spitals besteht, müssen ihm langfristig Nachkliniken, Übergangsheime und beschützende Werkstätten zur Verfügung stehen, in denen ärztliche, pflegerische und fürsorgliche Betreuung gewährleistet sind. Für die berufliche Eingliederung ist die Mitwirkung von arbeits- und sozialmedizinischen Diensten erforderlich, für die soziale sind es diejenigen der Fürsorge- und Vormundschaftsbehörden. Es ist aber gleichzeitig wichtig, dem Rehabilitierten immer möglichst viel Selbständigkeit zu überantworten, auch in materiellen Dingen. Gastager, der sich solcher Fälle systematisch annahm, berichtet, daß von 28 psychotischen Langzeitpatienten mit meist jahrzehntelanger Hospitalisierungsdauer im Verlaufe einer fünfjährigen Behandlungsperiode deren 17 beruflich eingegliedert und persönlich selbständig gemacht, also rehabilitiert, werden konnten. Was das im Einzelfall zu bedeuten hat und was für Perspektiven es eröffnet, braucht kaum begründet und länger ausgeführt zu werden.

Wo werden sich die Zahlen einpendeln? Sicher nicht bei den 97,4 % Rehabilitationen aus Salzburg, das wäre ja geradezu unheimlich, und auch nicht bei drei Wochen Spitalaufenthalt. Solange man aber in der Erforschung und Behandlung der eigenartigen Krankheit Schizophrenie nicht grundlegend weiterkommt, müssen wir die schizophrenen Kranken mit den heutigen Methoden rehabilitieren; daß man es kann, und wie ausschlaggebend dabei das Soziale im weitesten bzw. das Sozialmedizinische und Sozialpsychiatrische im engeren Sinne ist, wurde hoffentlich andeutungsweise ersichtlich.

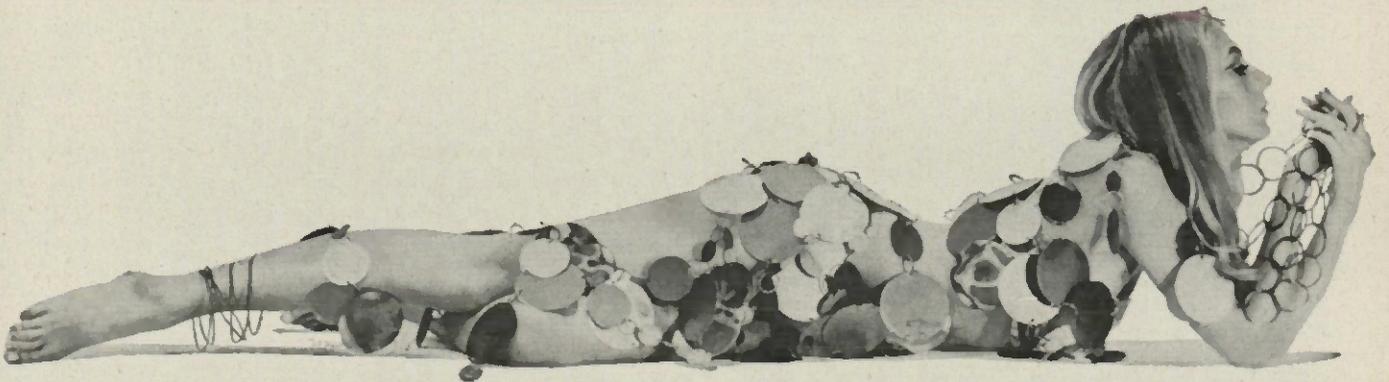
Ansch. d. Verf.: Privatdozent Dr. med. R. W y s s, Direktor der Psychiatrischen Klinik, CH-3110 Münsingen

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**®

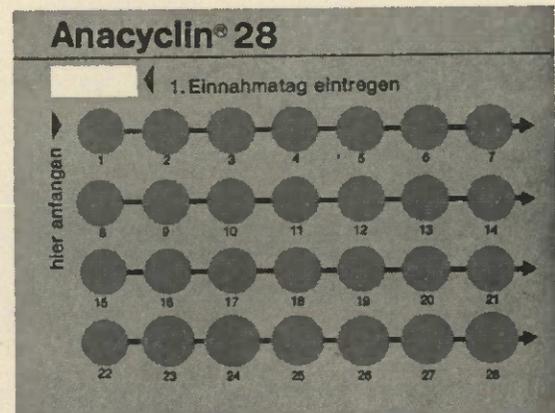
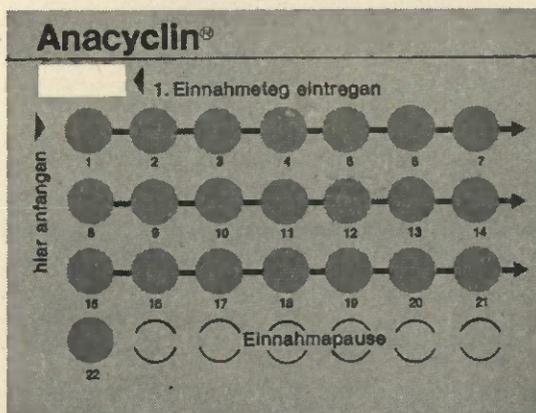
Resoferix besteht aus einem Kern aus Eisensulfat und einem Mantel aus Bernsteinsäure.  
Die aus dem Dragée zuerst freigesetzte Bernsteinsäure steigert die Resorptionsfähigkeit  
der Darmmukosa für Eisen um rund 30%. Die Eisentherapie mit Resoferix ist wirkungsvoller,  
ohne daß vermehrt Nebenwirkungen auftreten.  
Zusammensetzung: Eisen (II)-sulfat  $\cdot 2\text{H}_2\text{O}$  125 mg (= 37 mg Fe) Bernsteinsäure 185 mg

# neu

# Anacyclin<sup>®</sup> Anacyclin<sup>®</sup> 28

Hormonales Antikonzipiens  
einfache, neuartige Packungsform

absolut sicher  
optimal verträglich



1,0 mg 19-Nor-17 $\alpha$ -pregn-4-en-20-in-17-ol (Lynestrenol)  
0,1 mg 3-Methoxy-19-nor-17 $\alpha$ -pragna-1,3,5 (10)-trian-20-in-17-ol (Mastranol)

#### Sicherheitspackungen

Anacyclin  
Anacyclin 28

22 und 3 x 22 Tabletten  
28 und 3 x 28 Tabletten

# C I B A

## Alkoholikerfibel für den Arzt \*)

von OMR I. R. Dr. med. Felix Stemplinger

(Fortsetzung)

**6. Süchtige Haltung des Durchschnittsmenschen:** Der Mensch hat im Laufe der Jahrhunderte verlernt, Schmerz zu ertragen, überhaupt jeden Sinn für den Wert des Leidens verloren. Mit zunehmender Überempfindlichkeit gegen den Schmerz und die Mißstimmung hat er sich daran gewöhnt, beides mit Hilfe des Surrogats Medizin zu beseitigen und Belastungen durchzustehen. Auf der anderen Seite ist er den Genüssen des Lebens aufgeschlossener denn je.

Das Bedürfnis nach Beruhigung und Betäubung wird erhöht durch die heutigen Zeitverhältnisse der Überforderung, Hetze und Reizüberflutung, durch den Verlust an natürlichen Bindungen (Familie, Heimat), die gestörte Ablösung aus der elterlichen Bevormundung in die Selbständigkeit und Freiheit, seelische Belastungen, wirtschaftliche Fehlschläge, wie vorzeitiges Ausscheiden aus scheinbar gesicherter beruflicher Stellung infolge des wirtschaftlichen Strukturwandels (Automation). Dazu kommen die politische Unsicherheit, Langeweile, Einsamkeit, erhöhte Freizeit mit reichlichen Geldmitteln, das zunehmende Angebot an Abwechslung und Konsumgütern.

Massenmedien und eine pseudowissenschaftliche Presse fördern durch unzweckmäßige Werbung und Bagatellisierung Verbrauch und Mißbrauch von Genußmitteln. Dahinter stehen nicht nur die Alkoholproduzenten, sondern auch die Verbraucher. Mäßigkeit und Abstinenz sind zum Symbol einer negativen Lebenseinstellung geworden.

Man kann in dieser Situation zwar noch nicht von einer Sucht sprechen, wohl aber von einer süchtigen Haltung des Durchschnittsmenschen, die nach Landschaft und Trinksitten wechselt. Eine völlige Abstinenz wird vom Großteil der Bevölkerung als utopisch abgelehnt. In der BRD trinken etwa 1 v. H. zuviel, das sind die Alkoholiker. Die übrigen begnügen sich mit kleineren Mengen. Schließlich ist nicht das Genußverlangen des Normalverbrauchers gefährlich, sondern die Unfähigkeit zu disziplinierter Selbstbeherrschung.

Menschliches Leben soll geschützt und menschliche Gesundheit gefördert werden. Die „chemische Manipulation“ durch Pflanzenschutzmittel, Konservierungs- und Haushaltsstoffe (Wäsche- und Hygieneartikel) zielt primär auf eine Verbesserung der Gesundheit und auf einen „verteinigten Lebensgenuß“ ab. Sie ist aber nicht ungefährlich, weil diese Mittel nicht frei von Nebenwirkungen (Industrieabwässer, Gase, terato-

gene, kanzerogene Stoffe usw.) sind. Im Hinblick auf die Lehre von der *causa cum duplici effectu* verlangt die Priorität der menschlichen Gesundheit auf lange Sicht gegenüber einem vorübergehenden Wohlbefinden, den Verzicht auf gewisse Stoffe, die wir als Gifte bezeichnen müssen. Bekanntlich gibt es keinen Stoff, der immer bzw. nie giftig = schädlich wirkt (*dosis facit venenum*, PARACELSUS). Wir wissen, daß tägliche Alkoholdosen über 80 g auf die Dauer dem Organismus schaden. Wenn schon das pharmakologische Experiment am Menschen zur Entscheidung über die Gültigkeit warnender Tierversuche als Verbrechen gilt, warum duldet man das tägliche Alkoholexperiment am Menschen um des vorübergehenden Wohlbefindens wegen, obwohl man den Effekt auf lange Sicht genau kennt? Sittlich tragbar ist nur die Verordnung von Opiaten zur Schmerzbekämpfung bei einem Krebskranken. Hier muß die chronische Intoxikation im Interesse des Kranken in Kauf genommen werden. Nicht erlaubt ist die Verabreichung von Disulfuramtablettchen an eine schwangere Alkoholikerin, weil ein Furchtschaden nicht ausgeschlossen werden kann. Im Zweifelsfalle ist stets zugunsten der menschlichen Gesundheit zu entscheiden, haben Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG) den sittlichen und verfassungsrechtlichen Vorrang vor konkurrierenden entwicklungspolitischen, wirtschaftlichen oder persönlichen Interessen (H. BOUR, Th. v. KREYBIG). Der Kampf gegen den Mißbrauch ist daher nicht nur eine sittlich-menschliche, sondern auch eine rechtliche Forderung.

Gegen die wissenschaftliche Überprüfung und Verwendung von Drogen zum Wohle des Kranken bestehen trotz gewisser Risiken keine grundsätzlichen Bedenken, ohne die ein Fortschritt kaum möglich ist. Der Staat, der uns gegen chemische Schäden (Contergan, Süßstoffe usw.) schützen will, hat sein besonderes Augenmerk dem wachsenden Mißbrauch von Rauschgiften (Haschisch, Marihuana, LSD, Mescaline usw.) durch die Jugend zu schenken, die der Betäubung, der Flucht aus der Realität des Daseins in zunehmenden Maße huldigt. Auch der psychotherapeutisch geschulte Arzt darf sich dieser ernstesten Aufgabe nicht entziehen.

**7. Suchtgeschehen:** Das Verständnis für die inneren Zusammenhänge des Suchtgeschehens wird durch eine Reihe von Tatsachen erschwert.

- Glaubt man, es sei vergleichbar mit einer Untugend, die man ablegen könne, wenn man nur wolle. In Wirklichkeit handelt es sich um ein mehrschichtiges Krankheitsbild, das der Kranke z. T. selbst verschuldet.
- Verbindet der Laie mit dem Begriff der Sucht die Folgen des Mißbrauchs mit narkotischen Mitteln.
- Wird zugleich angenommen, daß dieser Mißbrauch die letzte Ursache der Sucht sei, aber der seelische Hintergrund übersehen.

\*) Wegen des großen Umfanges wird diese Arbeit in Abschnitten veröffentlicht, die dann in einer Broschüre im Rahmen der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe zusammengefaßt wird.

Man kann in medizinischen Zeitschriften bis in die letzten Tage immer wieder von sogenannten „sucht-erzeugenden Mitteln“ lesen, obwohl feststeht, daß die Verhältnisse umgekehrt sind. Denn der Süchtige ist nach wissenschaftlichen Erkenntnissen von Anfang an krank, also längst vor dem Mißbrauch von Drogen, und strebt nach Beseitigung der ursächlichen seelischen Schwierigkeiten mit Hilfe von chemischen Mitteln oder perversen Handlungen.

Die Sucht ist also das Primäre, der Mißbrauch das Sekundäre. Das trifft nicht nur für die Drogensuchten (Opiatsucht, Alkoholismus usw.), sondern auch für die sogenannten psychologischen oder Tätigkeitssuchten zu, die mit den genannten Suchtmitteln nichts zu tun haben, d. h., sich ohne jede Mitwirkung von Drogen entwickeln können. Hier spielt die Rolle der Droge eine perverse Handlung, an die der Lustgewinn in Form eines Nervenkitzels, des Genusses einer psychischen Spannung, nicht selten mit masochistischer Tendenz gebunden ist.

Die mit dem Drogenmißbrauch verbundene chronische Intoxikation (chemisch-pharmakologischer Vorgang — Adaption) hat zu einer Koppelung und damit zu einer Verwirrung der Begriffe Sucht und Gewöhnung geführt; denn die Gewöhnung ist nur eine zusätzliche Folgeerscheinung der Drogensucht, hat aber ursächlich mit der Entstehung eines Suchtgeschehens nichts zu tun.

Sucht ist daher in erster Linie eine seelische Angelegenheit. Sie ist keine Krankheit für sich, sondern ein Syndrom, das sich mit verschiedenen Krankheiten und krankhaften Persönlichkeiten vergesellschaften kann. Dieser mehrschichtige Komplex setzt sich zusammen:

- a) aus der Grundstörung der prämorbidem Persönlichkeit,
- b) den seelischen Fehlhaltungen im allgemeinen und der süchtigen Fehlhaltung im besonderen,
- c) aus einer Frustration, die die Belastungsgrenze des Gefährdeten überschreitet,
- d) aus der Aufnahme einer Droge, einschließlich des Alkohols bei den Genußmittelsuchten.

Von den Grundstörungen sind zu nennen:

- a) Prozeßhaft verlaufende Psychosen, wie Schizophrenie, manisch-depressives Irresein, Epilepsie sowie angeborener Schwachsinn und organische Psychosyndrome (Hirnschwund, Hirnverletzungen, Tumor usw.). Hiervon sind etwa je 5 v. H. am Alkoholismus beteiligt. Hirnschwund kann dem Alkoholismus vorausgehen oder durch ihn erst hervorgerufen werden.
- b) Neurotische und „psychopathische“ Fehlhaltungen. Die Mehrzahl der Alkoholkranken rekrutiert sich aus Neurotikern (35 v. H.) und Psychopathen (40 v. H.).

Dem Erscheinungsbild der psychopathischen Persönlichkeit war bisher ein gewisser Dauerzustand, ge-

## Famulatur in der Allgemeinpraxis

Schon seit einigen Jahren gehen Medizinstudenten in den klinischen Semestern vereinzelt zu Praktischen Ärzten, um dort eine vierwöchige Famulatur abzuleisten. Diese Famulatur war bisher freiwillig und nicht anrechenbar. Nach dem vorliegenden Entwurf einer Approbationsordnung soll nun diese Zeit auf die Pflichtfamulatur angerechnet werden.

Wir rufen alle Allgemeinärzte auf, in den Semesterferien einen Famulus bei sich aufzunehmen. Es sollte freie Station und für vier Wochen ein Taschengeld von DM 150,— gewährt werden.

Gerade in dieser Zeit, in der sich so wenige Medizinstudenten entschließen können, einmal Allgemeinärzte zu werden, kann dieser oft erste Kontakt mit der Allgemein- oder gar Landpraxis für den Studenten ein bedeutendes Erlebnis sein. Auf jeden Fall wird das so oft und gerade in der Klinik verzeichnete Bild der Allgemeinpraxis in seiner Vorstellungswelt zur Wirklichkeit hin korrigiert. Dieser lebhaft anschauungsunterricht hat zweifellos für viele einen entscheidend werbenden Charakter. Die bisherigen Erfahrungen bestätigen dies.

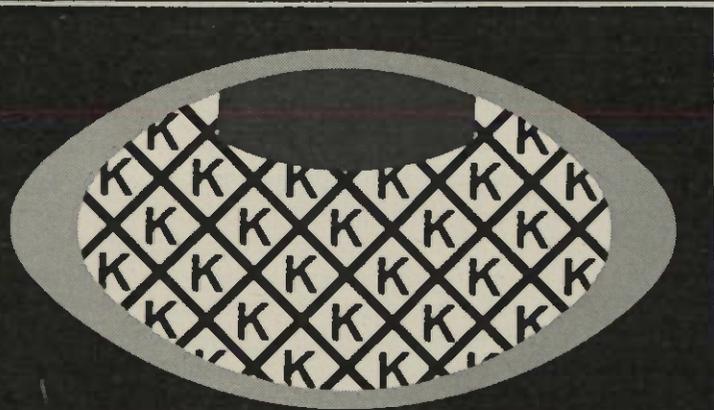
Es ist klar, daß ein Famulus für eine Allgemeinpraxis keine Entlastung sein kann und daß er in vielen Fällen gerade für den Arzthaushalt eine gewisse Belastung darstellt. Es handelt sich vielmehr um eine ideelle Aufgabe, die natürlich einen gewissen Idealismus voraussetzt. Für diejenigen aber, die sich um unseren Stand und um unseren Nachwuchs in der Allgemein- und Landpraxis Sorgen machen, liegt hier fraglos eine schöne und befriedigende Aufgabe.

Die Bayerische Landesärztekammer mit ihrer Vertretervermittlungsstelle ist gerne bereit, Ihnen einen geeigneten Famulus zu vermitteln. Schreiben Sie also an uns, für welche Zeit Sie einen Famulus haben wollen und welche Bedingungen Sie an ihn stellen.

nannt Charakter, eigen. Man betrachtet jedoch heute die Psychopathie als vorwiegend umweltbedingte Variante oder Abweichung der Norm und spricht von Soziopathie oder Charakterneurose (H. HOFF). Obwohl die früheren Grenzen der Neurosen, Psychopathien und Psychosen allmählich verschwimmen, halte ich aus didaktischen Gründen an der Typenlehre von Kurt SCHNEIDER fest. Er unterscheidet: den hyperthymen, depressiven, selbstunsicheren, fanatischen, geltungsbedürftigen, stimmungslabilen, explosiblen, willenlosen, gemütlosen und asthenischen Typ. Auch

# Elfanex<sup>®</sup>

modernes Antihypertonikum  
als neuartiges Punkt-Dragee



**Punkt-Dragee bedeutet:**  
erhöhte Sicherheit bei der Dauer-  
behandlung der Hypertonie  
protrahierte Kaliumabgabe  
ungestörte Herzfunktion auch bei  
Digitalisierung

Handelsformen: 20 und 50 Dragees

1 Dragee enthält: 0,1 mg Reserpin + 10 mg Dihydralazin  
+ 10 mg Hydrochlorothiazid + 300 mg Kaliumchlorid retard

270—

250—

230—

210—

190—

170—

150—

—260

—240

—220

—200

—180

—160

—140

senkt  
den  
Blutdruck

C I B A

die Psychopathie ist kein selbständiger Krankheitsbegriff, sondern ein Zustand, an dem der Kranke und die Gesellschaft zu leiden pflegt.

Bekanntlich werden nicht alle der genannten Kranken selbst unter stärkstem Druck süchtig, sondern wählen als symbolischen Ausdruck ihrer seelischen Not oder Existenzkrise andere Ausweichreaktionen wie Flucht in die Krankheit, den Selbstmord oder die Aggression. Das ist wohl ein Beweis dafür, daß die süchtige Fehlhaltung nicht an die Grundstörung gebunden ist und der Mangel an Anpassungsfähigkeit allein noch keine Süchtigkeit begründet.

Dagegen sehen wir mit P. MATUSSEK in der süchtigen Fehlhaltung (potentielle, latente Sucht, Süchtigkeit nach E. GABRIEL, Suchtaffinität nach H. ROTTER, Suchtradikale nach Verfasser) den Ursprung der Sucht.

Sie ist gekennzeichnet:

- a) durch Maßlosigkeit in allen Genüssen und Unfähigkeit zu einer echten mitmenschlichen Beziehung und sozialen Einstellung, die wie der Säugling von der Umwelt alles erwartet und verlangt, ohne an eine Gegenleistung zu denken,
- b) durch die innere Leere und Freudlosigkeit, die weder an der Arbeit noch in der Liebe, den wichtigsten Merkmalen der seelischen Gesundheit (FREUD), Erleichterung und Auftrieb finden kann,
- c) durch die Unfähigkeit, die Wirklichkeit anzunehmen, sowie das Bestreben, jede Mißstimmung zu beseitigen und Unlustgefühle zu vermeiden.

Selbsterstörerische Tendenzen der Gesellschaft und der eigenen Person gegenüber sind nicht selten. Die Summe dieser Eigenschaften nennt GABRIEL den süchtigen Charakter, der a priori zum Scheitern im Leben verurteilt zu sein scheint. Doch kennen wir keinen Suchttyp, der mit der Sicherheit einer chemischen Reaktion oder einer mathematischen Formel der Sucht verfiel. Wir kennen nur süchtige Menschen.

Nur das Zusammenspiel von Konstitution (Grundstörung), Disposition, sozialen Gegebenheiten und der süchtigen Fehlhaltung schafft jeweils die Suchtsituation, die bei Überschreitung der Belastungsgrenze zur Katastrophe, hier zur Suchtmanifestation führt. Somit kann man auch beim Gefährdeten niemals mit Sicherheit das Schicksal voraussagen, sondern nur vor der Gefahr warnen.

Erst der Kontakt mit der Droge oder die perverse Handlung bringt die Entscheidung.

Die Hauptgefahr geht daher nicht von der Droge, dem Alkohol aus, sondern liegt beim Menschen selbst in seiner Gefährdungsstruktur. Drogen werden bekanntlich nur in der Hand des Süchtigen zum Suchtmittel (H. SATTES).

Im Regelfall hat jeder Gefährdete in einer für ihn unerträglichen Belastungssituation das unbeherrschbare Verlangen nach Beseitigung dieses Zustandes. Kommt er in dieser Lage mit einer Droge, dem Alkohol in Berührung, dann kann der „Groschen fallen“; denn er merkt an der Wirkung, daß er damit seiner Schwierigkeit rascher Herr zu werden vermag. Der Süchtige lernt demnach, durch den Genuß von Alkohol die Angst zu verringern oder ganz zu lösen, wenn auch immer nur vorübergehend (Lerntheorie).

Sucht ist also in jedem Fall das Symptom einer primären Persönlichkeitsstörung (Grundstörung). Der Süchtige ist praktisch schon krank, ehe er mit einem Suchtmittel in Berührung kommt. Doch läuft nicht jeder Neurotiker, Psychopath oder Geistesgestörte Gefahr, süchtig zu werden, wenn er nicht zusätzlich mit einer süchtigen Fehlhaltung behaftet ist.

**8. Gewöhnung (Adaption):** Bleibt demnach noch die Besprechung der zusätzlichen Erscheinung einer Intoxikation (Gewöhnung, chemische Adaption) bei den Drogensüchtigen im Verlaufe eines längerandauernden Mißbrauchs. Man sagt, der Mensch sei ein Gewohnheitstier. Gewohnheit ist ein psychophysischer Prozeß, der mit spannungsvoller Erwartung beginnt und mit lustvollem Vollzug ausklingt. Der Reiz muß also eintreten, wenn das Wohlbefinden nicht gestört werden soll; denn bei jeder Unterbrechung würde sich der Mensch nicht in seinem Gehäuse fühlen, z. B. beim Fehlen der Zeitungslektüre am Morgen. Es würden Unlustgefühle ausgelöst. Der die Gewohnheit befriedigende Reiz bedarf jedoch keiner Steigerung, höchstens des Ersatzes eines gleichwertigen Reizes. Gewohnheiten setzen eine gewisse körperlich-seelische Abhängigkeit voraus, sind aber im Prinzip abstellbar, die Entscheidungsfreiheit bleibt gewahrt.

Die Gewöhnung setzt dagegen die Abnahme oder das Ausbleiben einer Reaktion auf gleichbleibende Reize voraus. Gewöhnung bedeutet also ganz allgemein Anpassung des Organismus an die jeweiligen Umweltverhältnisse, die unter Umständen sogar das Weiterleben ermöglicht.

**RECORSAN<sup>®</sup> - LIQUID .c. Rutin**  
Rein phytologisches Cardiotonicum  
für die kleine Herztherapie  
Crataegus-Kombinationstherapie des Altersherzens  
O.P. Tropfflasche zu 30 ml

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

In unserem Fall ist sie eine bestimmte Adaption an chemische Stoffe, also ein chemisch-pharmakologischer Vorgang.

Nach Ansicht der Pharmakologen H. REMMLER und H. COPER setzt die Sucht eine psychische Veranlagung voraus und ist pharmakologisch nicht zu klären. Damit sollte endlich das nicht verstummende Gerede von „suchterregenden Mitteln“ aufhören, die Geister zu verwirren. Es wäre außerdem zweckmäßig, sich weniger um die Forschung nach „suchterregenden oder gefährdenden Stoffen“ zu bemühen, als sich vielmehr um den gefährdeten Menschen und seine Umwelt zu kümmern.

Auch die Alkoholwirkung läßt bei gleichbleibenden Dosen nach. Die Sicherung der erwünschten euphorisierenden Wirkung verlangt daher die Verstärkung (Dosissteigerung) oder den Wechsel des Reizes. Gleichzeitig kommt es im Zuge der Adaption (Intoxikation) zu einer Abwandlung der ursprünglichen pharmakologischen Wirkung, so daß aus einem Schmerzlinderungs- oder Schlafmittel ein Stimulans oder Euphorikum wird (Zweckentfremdung). Die dadurch bedingte Drogenabhängigkeit des Organismus läßt sich jederzeit anhand von individuell verschieden stark auftretenden Abstinenzerscheinungen nachweisen. Man müßte daher den Gewohnheitstrinker, Gewöhnungstrinker und den Normalverbraucher den Gewohnheitstrinker nennen. Das Zeitintervall für die einsetzende Gewöhnung des Organismus an Opiate oder Tabletten ist ganz verschieden. Bei Opiaten kann man schon nach einigen Wochen regelmäßiger Einnahme damit rechnen, bei anderen Medikamenten einschließlich des Alkohols können jedoch Monate bis Jahre vergehen. Wenn also Personen nach 1 bis 2 Injektionen eines Medikaments in eine psychische Abhängigkeit davon geraten, dann sicherlich nicht infolge der plötzlichen Gewöhnung oder Adaption, sondern vielmehr infolge der latenten seelischen Bereitschaft, genannt süchtige Fehlhaltung, wenn also der Alkohol nicht des Durstes wegen, sondern aus anderen, nämlich seelischen Motiven getrunken wird.

Im gleichen Sinne ist die Tatsache zu werten, daß die sogenannten Tätigkeitssuchten sich ohne jede Beteiligung von „Suchtmitteln“ entwickeln. Gemeint sind die bekannten Perversionen, wie Mord- und Stehtrieb (Kleptomanie), Brandstiftungs- und Wandertrieb, sexuelle Abwegigkeiten, wie Homosexualität, Satyriasis, Sadismus, Masochismus, die ihrerseits der Ausdruck einer psychischen Abhängigkeit von krankhaften Antrieben sind. Kombinationen von Drogen- und Tätigkeitssuchten kommen bei einer Person vor. Der Alkohol wirkt enthemmend, wodurch latente Triebkräfte mobilisiert werden.

Wenn außerdem der bloße Kontakt mit der Droge zur Sucht führen könnte, dann hätten wir in der BRD 25 Jahre nach Kriegsende mehrere Millionen Süchtige aus den Reihen der im Verlaufe des Krieges mit Opiaten behandelten Kriegsversehrten und der inzwischen operierten Krankenhausinsassen. In Wirklichkeit sind von der Bundesopiumstelle alljährlich 4000 bis 4500 Personen erfaßt, nämlich die illegalen Opiatmißbraucher. Wer wegen eines unheilbaren Leidens (Ca usw.) gezwungen ist, längere Zeit schmerzlindernde Mittel zu nehmen und sich zwangsläufig daran gewöhnt, wird dadurch niemals süchtig, weil alle Suchtkriterien, angefangen beim Motiv, fehlen. Wir bezeichnen solche Kranke als „betäubungsmittelkrank“. Dieselbe Meinung haben vor Jahren eine Reihe von Vorständen deutscher chirurgischer Universitätskliniken bestätigt. Freilich kann von den vielen Operierten der eine oder andere am Opiat „hängen“ bleiben, weil er eben a priori gefährdet war. Hier paßt die Droge zur Persönlichkeit wie der Schlüssel ins Schloß (H. SATTES).

Ich erinnere an die früheren Opiumkuren bei Depressiven (nach FLECHSIG) oder an die Langzeitbehandlung der Epileptiker mit Luminal, die wohl gewisse Intoxikationserscheinungen zeigten, aber niemals süchtig wurden. Auch das Tier kann durch Enttäuschungen seelisch soweit geschädigt werden, daß es zur Alkoholmischmilch seine Zuflucht nimmt. Nach Beseitigung der Frustration verschmäht es den Alkohol, weil keine Veranlassung mehr zum „Mißbrauch“ besteht (H. HOFF, H. ROTTER).

# Adumbran<sup>®</sup>

Thomae

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

1



# **KORROSIONSSCHUTZ**

*für die Gefäße Ihres älteren Patienten*

## **ROVIGON®**

*hilft die Leistungsfähigkeit  
des alternden Menschen zu bewahren  
und die Prozesse des Alterns  
zu verlangsamen und zu harmonisieren*

**ROVIGON (VITAMINE A+E)**

**20, 50 und 100 Dragees**

**Hoffmann-La Roche AG · 7887 Grenzach**



## II. Vorbeugung

### 1. Wer ist gefährdet?

Wir sprachen bisher immer nur von den unreifen, krankhaften Persönlichkeiten. Wer ist im Gegensatz dazu reif und gesund?

- a) Wer in der Lage ist, dem Realitätsprinzip den Vorrang vor dem Lustprinzip einzuräumen, d. h., sich anzupassen.
- b) Die drei Hauptaufgaben des Lebens (ADLER) zu erfüllen, nämlich eine Ehe zu führen, einen Beruf auszuüben und in der Gemeinschaft mit anderen zu leben; denn die Mitmenschlichkeit ist die höchste Aufgabe für die Gesellschaft und die Grundvoraussetzung für eine echte Partnerschaft.
- c) Nur wer Zutrauen zu sich und anderen besitzt, sich und andere achtet und es nicht nötig hat, sich selbst und anderen seinen Wert zu beweisen, ist selbständig, unabhängig, kontaktfähig und gelassen, so daß weder Ängste noch Konflikte aufkommen können.
- d) Wer frei ist von neurotischen, psychopathischen oder psychischen Krankheitserscheinungen.

Der suchtgefährdete Mensch ist bereits das Opfer einer krankhaften Veranlagung, ehe er mit einem Suchtmittel in Berührung kommt, während der ausgeglichene Mensch auch bei wiederholtem Kontakt gegen einen Mißbrauch immun ist (E. BLEULER).

Gefährdet sind demnach neurotisch-labile, unausgeglichene, unsichere, asthenische Versager, die kriminellen-assoziellen Störer, die Schwererziehbaren, die in Krisenzeiten Stehenden (Pubertät, Schwangerschaft, Klimakterium), der Kreis der Verwöhnten, Enttäuschten und Entmutigten, die nicht das Glück hatten, in geordneten Familienverhältnissen heranzureifen.

Die Mehrzahl der Gefährdeten sucht wegen ihrer Beschwerden nicht das Sprechzimmer des Nervenarztes auf, sondern zunächst den Hausarzt, weil sich die Störungen und seelischen Konflikte in Form einer Organneurose auf Körperorgane projizieren oder in Form einer Psychoneurose ganz allgemein nervöse Erscheinungen erkennen lassen, ohne daß ein Drogenmißbrauch ersichtlich wäre. Oder der Kranke wendet sich an einen Anwalt (Scheidungsklage der Frau), an eine Beratungsstelle wegen drohender Entlassung oder im Vollzug einer gerichtlichen Auflage oder wegen eines seelischen Kammers an die Telefonseelsorge. Es wäre deren Aufgabe, den Kranken an die richtige Adresse zu verweisen, nämlich den Nervenarzt, dessen Aufgabe es nunmehr ist, die richtige Diagnose zu stellen. Freilich ist die Erkennung des Präalkoholismus auch für den Fachmann schwierig; denn unter dem Bild einer Neurose oder Trunksucht kann sich auch eine echte Psychose oder ein Gehirntumor tarnen. Erste Voraussetzung für eine kausale Behandlung ist daher die richtige Diagnose.

## 2. Vorbeugende Maßnahmen

### a) Suchtkrankenhilfe

Die zuverlässigsten Stützen der Suchtkrankenhilfe waren von jeher die staatlichen Gesundheitsämter im Verein mit den Einrichtungen der freien Wohlfahrtsverbände (Caritas-Kreuzbund, Innere Mission-Blaukreuz, Guttemplerorden, Deutsche und Bischöfliche Hauptarbeitsstellen gegen die Suchtgefahren in Hamm/Westfalen, der Deutsche Caritasverband, Abteilung Suchtkrankenhilfe in Freiburg/Br.).

Die öffentliche Fürsorge ist den Gesundheitsämtern angegliedert. Ihnen obliegen nach dem Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934 die Durchführung der ärztlichen Aufgaben der Gesundheitspolizei, der gesundheitlichen Volksbelehrung, der Fürsorge für Tuberkulöse, Geschlechtskranke, Behinderte, Sieche und Süchtige, d. h., der Kampf gegen die Rauschgiftsucht und den Alkoholmißbrauch. Sie haben die Einrichtung von privaten Fürsorge- und Beratungsstellen zu fördern, deren Mitarbeiter zu beraten und mit ihnen zusammenzuarbeiten.

Aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen sind die Gesundheitsämter in der Lage, in der Suchtkrankenhilfe mitzuarbeiten, weil sie über geschultes Personal, gute Aktenführung und über Erfahrung verfügen. Mit Rücksicht auf die der amtlichen Fürsorge auferlegte Neutralitätspflicht sind sie jedoch nicht in der Lage, die aus erzieherischen Gründen notwendigen Abstinenzgemeinschaften aufzubauen bzw. religiös-weltanschauliche Beeinflussungsmöglichkeiten auszunützen. Schließlich kann man den amtlichen Mitarbeitern die bei der Suchtkrankenarbeit zweckmäßige Totalabstinenz nicht zumuten bzw. ihre Tätigkeit über ihre Dienststunden hinaus am Abend auszudehnen.

Diese Tatsachen verpflichten die freien Verbände ganz von selbst, die amtliche Tätigkeit zu ergänzen. Sie haben neben der ehrenamtlichen Tätigkeit ihrer Mitglieder eine Reihe von Beratungsstellen und Heilstätten geschaffen, die mit geschulten Kräften besetzt sind (Psychiater, Psychotherapeut, Psychologe, Seelsorger, Jurist, Allgemeinarzt).

Trotz dieses Arbeitsaufwandes ist der Erfolg, namentlich auf dem Lande, weit hinter den Erwartungen zurückgeblieben. Gründe:

1. die negative Einstellung des Kranken,
  2. die allzu große Toleranz der Gesellschaft (Trinksitzen),
  3. die Erkennung des Präalkoholismus ist mitunter schwierig,
  4. die Reklame für die Erhöhung des Konsums, die vermehrte Freizeit, die unzulängliche Unterstützung durch Presse und Massenmedien und die öffentliche Hand,
  5. die Zersplitterung des vorhandenen Kräfteinsatzes, der Mangel an positiver Zusammenarbeit der bestehenden Einrichtungen sowie an qualifizierten Kräften.
- (Fortsetzung folgt)

## „Rationalisierung“ beim Haus-Patienten

von Bruno Leo F r i t o n

Da unbestritten ein zweckmäßig und behaglich eingerichtetes Krankenzimmer die ärztliche Sorge um den Patienten erleichtert, sollte der Arzt auch hier seinen Einfluß beim Domizil geltend machen. Das nun etwa wäre aufgrund der rationalen Erfahrungen als Arzt-ingenieur zu sagen:

Bei der Einrichtung einer Wohnung stellt sich niemand im Ernst vor, daß eines Tages auch ein Mitglied der Familie einmal krank werden könnte. Die umsichtige Planung der Zimmerausstattung, auch für den etwaigen Fall einer ersten Krankheit, macht sich daher stets bezahlt.

Ist ein zentral heizbares Schlafgemach vorhanden, mag ein solcher Zwischenfall angehen. Wie aber, wenn plötzlich der Wohnraum zum ungewollten Krankenlager wird?

Sind die Verhältnisse günstig, nimmt in der Stube ohnehin eine Bettnische die Liegestatt auf. Ist das nicht der Fall, muß man doch trachten, das Krankenlager zum Schutz gegen Ansteckung etwas abzusondern. Die — mit abwaschbarem Kunststoff bespannte — spanische Wand besorgt dies notfalls als „Wind“-Schirm ohne große Schwierigkeiten. Eine andere Behelfslösung wäre eine lose, ziehharmonikaartig ausziehbare Stoffwand, die durch einen Wandarm lang und dünn ausgestreckt werden kann bzw. ein Kunststoffvorhang, der auch schon etwas „isoliert“. Ein Aufklappbett birgt in seiner Konstruktion ein handliches Wandbrett, andererseits ist eine an der Wandseite des Bettes montierte Klappe nicht nur eine willkommene Ablage, wenn beim Lesen die Arme ermüden, sondern für den Bettlägerigen zugleich ein Tisch, auf dem das Essen serviert werden kann. Besser ist natürlich ein fahrbarer Klapptisch, der eine drehbare und feste Platte

hat, die zusammen mit der vielseitig verwendbaren Drehplatte in der Höhe beliebig verstellt werden kann. Zur „Krankenstube“-Einrichtung gehört noch neben einer Kochplatte mit zwei Kochstellen unbedingt ein Behälter für Kranken-Service, Kranken-Tafelgeschirr, Kranken-EBbestecke, Kranken-Trinkgefäße sowie Kranken- und Versehrten-EBhilfgeräte, die alle vom Verfasser in zahlreichen Veröffentlichungen verschiedener medizinischer Zeitschriften 1942 bis 1970 ausführlichst beschrieben wurden.

Dazu kommen die vom Autor schon vor Jahren angegebenen „Fliegenden Unterteller“ am Krankenbett, die an jedem Bettgestell angebracht werden können. Unten kann man zweckdienlicherweise Bettschüssel und Dejektarien, oben Wasch- und EBschüsseln einsetzen. Nicht zu vergessen wäre ein camoufliertes Zimmer-WC mit einem vas noctuabundum aus Kunststoff, oder sein vor einem Jahrzehnt angegebener Chaise percée. Besonders wichtig ist schließlich die Beleuchtungsfrage. Es sollte nicht nur an Rolläden, sondern vor allem an blendungsfreie Beleuchtung gedacht werden, die den Kranken nicht anstrahlt.

Zur Komplettierung: Dem Bedürfnis der Unterleibreinigung, des Arm- und Fußbades ist im Krankenzimmer außer dem Bidet durch die vom Subskribent bereits 1949 in „Medizinische Technik“ angegebene „Waschgarnitur für Kranke“ Rechnung getragen: Bauch-, Hand-, Knie- und Fußbadewanne. Diese der Unterkörperwäsche dienende, krankensichere Ausrüstung ist sowohl bei Männern als auch Frauen angebracht. Heutigentags wird ja sowieso schon Kleidung und Wäsche aus Papier sowie synthetisches Patienten-Gerät und blechernes Kranken-Besteck zum Wegwerfen konzipiert und sogar in Räumen mit Einrichtungsgegenständen aus Pappe gehaust. Mehr aber als alle noch so technisch vollkommenen Apparate bedeutet aber gerade für das Kind — die Nestwärme ...

Geburt und Sterben des modernen Menschen spielen sich, wie es jetzt ist, fast ausschließlich im Nosokomium ab; dazwischen aber liegt das mitunter lange Leben. Zwar wird durch noch so großen Komfort Krankheit nie zur Freude, in jedem Fall aber trägt häusliche Behaglichkeit viel zum persönlichen Wohlbefinden des Patienten und zur Erleichterung der ärztlichen Bemühungen bei.

An verschiedenen Fachzeitschriften maßgebend beteiligt, sucht Verfasser die durch VDI-Körperschaften, Forschungsarbeiten und sonstige Kontakte gewonnenen Rationalisierungserkenntnisse über hypurgische Geräte laufend der Gesamtkollegenschaft zu vermitteln als Nachrichten zur Informationsverarbeitung. So gibt ein Medicoinformationsingenieur den jeweils neuesten Stand der Iatrochiralinstrumentologie in der Kranken- und Versehrtenernährung wieder; er will dadurch lediglich neue Anregungen vermitteln, sonst nichts! Vivant sequentes ...

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Bruno Leo F r i t o n, VDI, 8261 Hart an der Alz

### Kurs für Röntgenhelferinnen

vom 28. September bis 9. Oktober 1970  
in Erlangen

### Kurs für Laborhelferinnen

vom 2. bis 13. November 1970 in Nürnberg

A u s k u n f t : Bayerische Landesärztekammer,  
8000 München 23, Königinstraße 85, Telefon  
(08 11) 33 20 21.

### Internationaler Kongreß für Pharmakognosie und Phytochemie in München

Das Institut für pharmazeutische Arzneimittellehre der Universität München veranstaltete in München unter Beteiligung der American Society of Pharmacognosy vom 21. bis 25. Juli 1970 im Institut für pharmazeutische Arzneimittellehre der Universität ein Internationales Symposium, an dem über 300 Wissenschaftler aus Ägypten, Argentinien, Belgien, Chile, England, Frankreich, Griechenland, Holland, Indien, Island, Italien, Japan, Jugoslawien, Libanon, Österreich, Polen, Rumänien, Schweiz, Spanien, Thailand, Türkei, Tschechoslowakei, Ungarn, UdSSR, USA und der Bundesrepublik Deutschland teilnahmen.

Über 50 % aller heute auf dem Arzneimittelmarkt befindlichen Präparate sind pflanzlicher Herkunft oder enthalten Pflanzenwirkstoffe. Aufgabe der Pharmakognosie und Phytochemie ist es, alle mit der Entwicklung wirksamer Phytotherapeutika zusammenhängende Themen zu bearbeiten. Hierzu gehören Fragen des Anbaus und der Ernte von Arzneipflanzen, die Standardisierung von Drogenzubereitungen auf einen geforderten Wirkstoffgehalt, die Isolierung und Synthese neuer Naturstoffe, die Kontrolle der vorhandenen Phytotherapeutika auf Wirksamkeit und Unschädlichkeit und die Suche nach neuen für die Therapie in Frage kommenden Pflanzenwirkstoffen. Da bisher nur etwa 10 % aller Pflanzen unserer Erde in dieser Hinsicht exakt untersucht sind, darf man besonders von diesem Zweig der Pflanzenforschung noch viele interessante Entdeckungen erwarten.

Das Institut für pharmazeutische Arzneimittellehre der Universität München (Leitung Professor Dr. Dr. h. c. L. HÖRHAMMER und Professor Dr. H. WAGNER) beschäftigt sich seit Jahrzehnten in Forschung und Lehre mit diesem Themenkreis. Enge Kontakte mit allen Arzneipflanzen produzierenden Ländern der Erde, eine umfangreiche Zusammenarbeit mit ausländischen Naturstoffchemikern und Drogenspezialisten und die Mitarbeit an der Entwicklung zahlreicher neuer Phytotherapeutika haben das Münchner Institut zu einem Forschungszentrum und einer phytochemischen Ausbildungsstätte von hohem internationalen Rang gemacht.

Wenn man nach den Ursachen für die schnelle Entwicklung und den Aufschwung der Phytotherapie in den letzten 20 Jahren sucht, wird man, wie Professor Dr. L. Hörhammer und Professor Dr. H. Wagner bei

der Begrüßung der Teilnehmer hervorhoben, vier Gründe nennen können:

1. Die Neuentwicklung und Perfektionierung von Analysenmethoden zur Auffindung, Identifizierung und Kontrolle von Drogeninhaltsstoffen, die letztlich erst eine Standardisierung von Drogen und Drogenzubereitungen möglich gemacht haben.
2. Die Entdeckung, Isolierung und Strukturaufklärung einer Vielzahl von neuen Pflanzenwirkstoffen, die in den Arzneischatz Eingang gefunden haben. Wie z. B. das Aescin aus der Roßkastanie zur Behandlung von Kreislaufstörungen und Venenschäden, die Vinca-Alkaloide zur Krebsbehandlung, das Silymarin aus der Mariendistel als Spezifikum gegen Leberschäden, Halluzinogene aus Pflanzen als Hilfsmittel in der experimentellen Psychiatrie, neue Antibiotika und Zytostatika aus Mikroorganismen und viele andere.
3. Die Verwendung von Pflanzenstoffen zur Partialsynthese von Hormonen, wie z. B. Steroidsaponine von Strophanthus, Digitalis, Agaven, Dioscoreaceen u. a. zur Synthese von Corticoiden, Gestagenen (Antibaby-Pille) und Östrogenen.
4. Die teratogenen (embryoschädigenden) und kanzerogenen Nebenwirkungen, die sich bei zahlreichen synthetischen Arzneimitteln herausgestellt haben (u. a. Contergan).

Bei dem Kongreß wurden 18 Plenarvorträge und über 50 Kurzvorträge gehalten. In logischer Folge beschäftigten sich die Vorträge zunächst mit Problemen der chemischen Wertbestimmung und Kontrolle von Drogen und Drogenzubereitungen.

Professor Dr. E. STAHL (Saarbrücken), mit dessen Namen die Entwicklung einer sinnreichen Mikromethode (Dünnschichtchromatographie) zur Auftrennung und zum Nachweis von Drogeninhaltsstoffen verbunden ist, stellte ein neues Mikroverfahren (TAS-Verfahren) vor, das die routinemäßige Analyse von flüchtigen Pflanzenstoffen aus Drogen im Ultramikromaßstab gestattet. Dankenswerter Weise gab er einleitend einen geschichtlichen Überblick zum Thema. Professor Dr. A. BAERHEIM-SVENDSEN (Leiden) und Professor Dr. A. PROX (München) informierten über Fortschritte auf dem Gebiet der Gaschromatographie und Massen-Spektroskopie, zwei Methoden, die in der Mikroanalyse und Strukturbestimmung von Naturstoffen heute eine immer größere Rolle spielen. Aus den zahlreichen Vorträgen über neue Pflanzenwirkstoffe mit pharmakologischer Wirkung verdienen hervorgehoben zu werden: Ein Referat von Professor Dr. G. H. SVOBODA (Indianapolis, USA) über neue Antitumorwirkstoffe aus dem Pflanzenreich, ein Vortrag von Professor Dr. G. VOGEL (Köln) über die Beeinflussung der Kapillarpermeabilität und des lymphatischen Systems durch Pharmaka pflanzlicher Herkunft, wobei auf das Aescin der Roßkastanie, Bestandteil vieler Venenmittel, besonders eingegangen wurde,

ein Referat über Fortschritte in der Chemie von Antibiotika aus höheren Pflanzen von Professor Dr. R. TSCHESCHE (Bonn), eine Übersicht von Professor Dr. K. MEYER (Basel) über Bufadienolide, Glykoside mit Herzwirkung aus der Meerzwiebel und tierischen Organismen und ein Referat über die Röntgenstrukturermittlung eines Flavonolignans aus der Mariendistel, dem eine hohe spezifische Leberwirksamkeit zukommt — Professor ABRAHMAN/FARNSWORTH (Pittsburgh) und Professor WAGNER/HÖRHAMMER (München).

Professor Dr. G. B. MARINI-BETTOLO, Direktor des Istituto Superiore di Sanita (Rom) gab einen bemerkenswerten Überblick über neue Naturstoffe mit Arzneimittelwirkung, die in den letzten zehn Jahren in seinem Institut entdeckt und bearbeitet wurden.

Über Pflanzenstoffe mit einer das Krebswachstum steigernden Wirkung hielt Professor Dr. E. HECKER vom Deutschen Krebsforschungsinstitut (Heidelberg) einen vielbeachteten Vortrag. Professor Hecker gelang erstmals im Crotonöl der Nachweis eines Wirkprinzips (Phorbolester), das in Verbindung mit einem Krebs erregenden Stoff dessen Wirkung zu steigern vermag. Verbindungen dieses Typs heißen Kokarzinogene und wurden in der Zwischenzeit in zahlreichen Pflanzen gefunden.

Allein fünf Vorträge — Professor Dr. H. INOUE (Kyoto/Japan), Professor Dr. F. BOHLMANN (Berlin), Professor Dr. M. H. ZENK (Bochum), Professor Dr. E. BROCHMANN-HANSEN (San Francisco) und Professor Dr. M. N. ZAPROMETOV (Moskau) — waren der Biosynthese von Naturstoffen gewidmet. Die Erforschung dieses Zweigs der Pflanzenbiochemie, die erst durch die Einführung der Isotopenmarkierung möglich wurde, sucht die Wege und Mechanismen aufzuklären, nach denen die Pflanze komplizierte Stoffe aus einfachen Bausteinen synthetisiert. Kennt man diesen Weg, so besteht unter Umständen die Möglichkeit, durch äußere Faktoren die Bildung von Pflanzenwirkstoffen qualitativ und quantitativ gezielt zu beeinflussen. Außerdem kann der Biosyntheseweg das Modell für die Chemosynthese sein.

Die Krönung der phytochemischen Forschung ist die *Vollsynthese* eines isolierten Naturstoffes im Laboratorium, denn durch sie wird die pharmazeutische Industrie ganz oder zum Teil von der Pflanze unabhängig, was sich zeit- und kostensparend auswirkt. Professor Dr. P. W. THIES (Hannover) sprach über die gelungene Synthese einiger Baldrianwirkstoffe, die in den letzten Jahren aufgeklärt wurden und als sogenannte „Äquilantien“ bereits in den Arzneischatz Eingang gefunden haben. Zwei andere Vorträge — Professor Dr. J. CHOPIN (Lyon) und Professor Dr. L. FARKAS (Budapest) — hatten neue Methoden der Glykosidsynthesen zum Gegenstand.

Der Arzneistofffindung dienen die systematischen Untersuchungen der *Chemotaxonomie*. Dieser Zweig der Pflanzenforschung sucht nach Zusammenhängen zwischen den von einer Pflanze gebildeten Stoffen und der botanischen Stellung einer Pflanze innerhalb des Pflanzensystems. Bemerkenswerte Beiträge zu diesem Gebiet lieferten die von Professor Dr. W. HERZ (Tallahassee/USA), Professor Dr. V. HEROUT (Prag) und Professor Dr. F. BOHLMANN (Berlin) in der Kompositenfamilie durchgeführten systematischen Terpen- und Polyin-Untersuchungen.

Den Kreis der Vorträge beschloss Referate und Vorträge über die Pharmakologie von Naturstoffen. Erst wenn alle Toxizitäts- und klinischen Untersuchungen bei einem pharmakologisch interessanten Naturstoff positiv verlaufen sind, besteht für diesen Stoff eine reelle Chance, daß er in den Arzneischatz aufgenommen wird. Daß hierfür oft mehr als vier bis fünf Jahre vergehen können, und daß hierzu ein riesiger finanzieller Aufwand notwendig ist, erfuhr man nebenbei aus den Diskussionen.

Der Kongreß gab einen repräsentativen Querschnitt durch die mannigfaltigen Aufgaben der heutigen Arzneipflanzenforschung und zeigte gleichzeitig, welche Bedeutung die Phytotherapie heute, 2000 Jahre nach Hippokrates, noch besitzt. Wie aus dem vielfältigen Vortragsprogramm des Kongresses deutlich wurde, unterscheiden sich die Analysen- und Kontrollverfahren bei Pflanzenwirkstoffen zum Teil sehr er-

# Adumbran<sup>®</sup>

Thomae

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

2

hebtlich von denen für Stoffe chemosynthetischer Herkunft. Es ist deshalb nur logisch, daß die Ausbildung des Pharmazeuten und Chemikers in der Analyse, Kontrolle und Herstellung von Naturstoffpräparaten eine Spezialausbildung im Rahmen des Studienganges erfordert. Diesem Umstand wurde bereits durch die Einführung phytochemischer Praktika an einigen Universitäten Rechnung getragen. Auch innerhalb der Gesetzgebung nehmen die Phytotherapeutika eine Sonderstellung ein, da z. B. für viele der Präparate, die sich seit Jahrhunderten im Arzneischatz bewährt haben, nachträgliche pharmakologische und klinische Untersuchungen erübrigen. Bei vielen Präparaten, die auf alte Rezepte zurückgehen, handelt es sich um Drogengemische, die spezielle Prüfungsmethoden erforderlich machen. Umgekehrt genügt hier in vielen Fällen der Nachweis bibliographischer Unterlagen oder von Ärztegutachten.

Der Kongreß hat deutlich gemacht, daß sich die Arzneipflanzenforschung und -therapie von mittelalterlichen Vorstellungen der Naturheilkunde gelöst hat und zu einer exakten Wissenschaft im Rahmen der pharmazeutischen Wissenschaften geworden ist. K-g.

## 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 wurde 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. Schwebach:** 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

#### **Freyung v. W., Lkr. Wolfstein:** 1 Augenarzt

Einzige Augenarztstelle im Landkreis Wolfstein mit Belegmöglichkeit am Kreiskrankenhaus Freyung.

#### **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 Kessenärzte 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 Allgemeinarztes frei werdende Kassenarztstelle.

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

Durch Verzicht und Wegzug frei gewordene einzige Kassenarztstelle.

#### **Niederviehbach, Lkr. Dingolfing:** 1 Allgemeinarzt

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

#### **Passau:** 1 Nervenarzt

Durch Tod verwaiste zweite Nervenarztpraxis.

#### **Spielgelau, Lkr. Grafenau (Bayer. Wald):** 1 Allgemeinarzt

Durch Tod frei gewordene vierte Kassenarztstelle.

#### **Telsnach, Lkr. Vlechtach (Bayer. Wald):** 1 Allgemeinarzt

Zum 1. Oktober 1970 frei werdende Kassenarztstelle. Ein zweiter Praktiker ist am Ort niedergelassen.

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

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

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

### Oberbayern

#### **Erding:** 1 Allgemeinarzt

**Garching, Lkr. Altötting:** 1 Allgemeinarzt  
**Inchenhofen, Lkr. Alchach:** 1 Allgemeinarzt  
**Köschling, Lkr. Ingolstadt:** 1 Allgemeinarzt  
**Langengeisling, 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.

**Waldkraiburg, Lkr. Mühldorf:** 1 Augenarzt

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.  
**Hiltspoltstein, Lkr. Forchheim:** 1 Allgemeinarzt  
**Hof/Saale:** 1 Kinderarzt  
**Hohenberg a. d. Eger, Lkr. Rehau:** 1 Allgemeinarzt  
**Kulmbach:** 3 Allgemeinärzte  
**Leupoldsgrün, Lkr. Hof:** 1 Allgemeinarzt  
**Selb:** 1 Allgemeinarzt  
**Scherneck, Lkr. Coburg:** 1 Allgemeinarzt  
**Thurnau, Lkr. Kulmbach:** 1 Allgemeinarzt

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

#### Oberpfalz

**Altmanstein:** 1 Allgemeinarzt  
**Erbendorf:** 1 Allgemeinarzt  
**Eschenbach:** 1 Allgemeinarzt  
**Hahnbach:** 1 Allgemeinarzt  
**Mitterteich:** 1 Allgemeinarzt  
**Neumarkt:** 1 Augenarzt  
**Roding:** 1 Allgemeinarzt  
**Spelchersdorf:** 1 Allgemeinarzt  
**Sulzbach-Rosenberg:** 1 Allgemeinarzt  
1 Augenarzt  
**Vohenstrauß:** 1 Allgemeinarzt  
**Weiden (Ortsteil Nord):** 1 Allgemeinarzt  
**Weiden:** 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

**Altenstadt e. d. Iller, Lkr. Illertissen:** 1 Allgemeinarzt  
**Augsburg (Ortsteil 4):** 1 Augenarzt  
**Augsburg-Herrenbach (Ortsteil 7):** 1 Allgemeinarzt  
Wegzug des bisherigen Praxisinhabers. Wohn- und Praxisräume sind vorhanden.  
**Babenhausen, 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  
**Oberostendorf, Lkr. Keufbeuren:** 1 Allgemeinarzt  
**Neuburg/Do.:** 1 Allgemeinarzt  
**Wallerstein, Lkr. Nördlingen:** 1 Allgemeinarzt  
**Wittislingen, 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.

### Einführungslehrgang in die Kassenarztpraxis

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet im Zusammenwirken mit den Landesverbänden der RVO-Kassen in Bayern **am Samstag, 31. Oktober 1970, in München**, Sitzungssaal des Messehauses (Ausstellungspark), München 12, Theresienhöhe 13, Beginn 9.00 Uhr, einen Einführungslehrgang in die Kassenpraxis.

Anmeldungen zu diesem Lehrgang sind schriftlich an die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns — Bezirksstelle München Stadt und Land —, 8000 München 2, Briener Straße 23, **bis spätestens 15. Oktober 1970** zu richten. Es wird gebeten, den Unkostenbeitrag von DM 10.— ebenfalls bis zum 15. Oktober 1970 auf das Postscheckkonto der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns — Bezirksstelle München Stadt und Land —, Nr. 850, Postscheckamt München, mit dem Vermerk „Einführungslehrgang“ zu überweisen.

## Tagesordnung für den 23. Bayerischen Ärztetag 1970

1. Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer
2. Finanzen der Bayerischen Landesärztekammer
  - e) Rechnungsabschluß 1969
  - b) Beitragsordnung
  - c) Voranschlag 1971
3. Wahlordnung für die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer
4. Berufsordnung für die Ärzte Bayerns
  - e) Allgemeiner Teil
  - b) Weiterbildungsordnung
5. Prüfungsordnung für Arzthelferin-Lehrlinge

## Zum Stand der Vorbereitungen des Gesundheitsdienstes für die Olympischen Sommerspiele 1972 in München

Nach der Entscheidung des Internationalen Olympischen Komitees (IOK), 1972 in München die Olympischen Sommerspiele durchzuführen, begannen die Vorbereitungen der Organisation des ärztlichen Dienstes. Am 19. Mai 1969 konstituierte sich der **Sanitätsausschuß** unter dem Vorsitz von Ministerialdirigent Dr. E. HEIN, Leiter der Gesundheitsabteilung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern.

Aufgabe des Sanitätsausschusses ist es, die im Gesundheitswesen notwendigen Maßnahmen vorzubereiten und durchzuführen.

Zum Gesundheitswesen gehören

1. **der Olympia-Gesundheitsdienst**  
im näheren Bereich der Veranstaltungen, Unterkünfte und Verbindungsstraßen;
2. **der allgemeine Gesundheitsdienst**  
im weiteren Unterbringungsbereich der Gäste und an den Zufahrtswegen.

Gleichzeitig wurden folgende **Arbeitskreise** gebildet:

- I. **Allgemeiner Sanitätsdienst**  
Leitung: Senator Dr. Kläß

### Mitglieder:

H. K. v. d. Damerau-Dambrowski  
Frz. J. Ritter H. v. Gilgenheimb  
R. Braun  
Dr. W. Borgolte  
Dr. K. Nolte  
Dr. Rebentisch

### II. Sanitätsdienst für Aktive und Betreuer

Leitung: Professor Dr. Sewering

### Mitglieder:

Professor Dr. Reindell  
Dr. G. Hanekopf  
Dr. E. Gössner  
Dr. W. Funke  
Dr. Thomaschewski  
Dr. H. Gillner

### III. Spezielle Dienste des Gesundheitswesens

Leitung: Dr. Hamm

### Mitglieder:

OMD Dr. Bayr  
MD Dr. Ecknigk  
OMD Dr. Hußlein  
A. Mayer  
MR Dr. F. Hunger

In die sanitätsdienstliche Betreuung teilen sich:

- a) **Sanitätsorganisationen**  
wie Bayerisches Rotes Kreuz, Johanniter Unfallhilfe, Malteser-Hilfsdienst, Arbeiter-Samariter-Bund und Sanitätsdienst der Bundeswehr
- b) **Ärztliche Berufsorganisationen**  
wie Bayerische Landesärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Bayerische Landes Zahnärztekammer, Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns, Deutscher Sportärztebund und Bayerischer Sportärzte-Verband

Am 26. August 1972 werden auf dem Oberwiesenfeld die Sommerspiele der XX. Olympiade eröffnet. Das knapp 2 qkm große Olympia-Gelände, 4 km von der Münchener Altstadt entfernt, weist als „Herz der Olympischen Spiele“ das Olympia-Stadion (80000 Zuschauer), eine Sporthalle (10000 Zuschauer), das Schwimmstadion (8000 Zuschauer), ein Radstadion (5000 Zuschauer), eine Basketball-Halle (5000 Zuschauer), eine Volleyball-Halle (3500 Zuschauer) auf. Hinzu kommen das Olympische Dorf für die Unterbringung von 12000 Athleten, 3000 Betreuern und 4500 Journalisten aus aller Welt.

Alle übrigen Wettkampfstätten der insgesamt 21 Disziplinen liegen im Herzen der Stadt München: Englischer Garten — Bogenschützen; Nymphenburger Schloßpark — Dressurreiten. Selbst die Regattastrecke für Rudern und Kanu entsteht in unmittelbarer Nähe

des olympischen Geländes. Ein besonderes Verkehrsnetz mit Anschlüssen an S- und U-Bahn stellt das „Olympia der kurzen Wege“, die bisher einzigartige Konzentration olympischer Sportstätten sicher, so daß auch Einzelveranstaltungen, die in Stadien innerhalb Münchens oder auf der Reitsportanlage Riem stattfinden, für die Zuschauer schnell erreichbar sind.

#### Vorläufige

Teilnehmerzahlen:	Betreuungsstätten:
a) <b>Athleten:</b> 12 000	Olympiadorf, Trainingsstätten, Vorrundenstätten, Wettkampfstätten, Zu- und Abfahrtsstrecken
Betreuer: 3 000	
b) Mitglieder der IOK und NOK	wie oben
c) <b>Presse:</b> 4 500	wie oben
d) <b>Zuschauer:</b> etwa 2 Millionen (über 1/4 Million Ausländer, davon die Hälfte per Flugzeug)	Wettkampfstätten, Vorrundenstätten, Massenunterkünfte im Raume Münchens (u. a. Jugendlager usw.), Zu- und Abfahrtsstrecken

#### Grundzüge der ärztlichen Versorgung

##### 1. Ärztezentrum im Olympischen Dorf (Athleten, Betreuer und IOK und NOK)

Den mannschaftszugehörigen Sportärzten jeder Wettkampfnation ist im Ärztezentrum die Möglichkeit geboten, entweder selbständig oder unter Mithilfe der dort anwesenden Ärzte die Versorgung ihrer Mannschaftsangehörigen selbst vorzunehmen bzw. die Versorgung der Athleten und Betreuer im Ärztezentrum durchführen zu lassen.

Geschätzter Tagesanfall an ärztlich zu Versorgenden entsprechend den Erfahrungen früherer Olympiaden etwa 500.

Spezialuntersuchungen, wie Doping und Sexkontrollen, werden in gesonderten Einrichtungen durchgeführt.

**Gesamtbedarf** etwa 1400 Ärzte und Hilfspersonal

- a) **Zeitraum der Betreuung:** Olympia-Termin: 26. August bis 10. September 1972. Beginn etwa 3 bis 4 Wochen vor der Eröffnung der Sommerspiele und Ende ca. 1 Woche nach Beendigung.
- b) **Gebäude:** 5 Stockwerke, einschließlich Souterrain, mehrere Op-Räume, zahlreiche Untersuchungs- und Behandlungszimmer für Ambulanz, Labor, Röntgen, Apotheke, Material, eine große Abteilung für die Physikalische Therapie, ferner Stationszimmer, Teeküche und Bettenabteilung mit 24 Betten, 2 Zahnbehandlungsräume, sowie Personalunterkünfte.
- c) **Personal: 24stündiger ärztlicher Dienst.** 4 Schichten (6–12 Uhr, 12–18 Uhr, 18–22 Uhr, 22–6 Uhr), in den Hauptzeiten mit ca. 14 Ärzten besetzt, darunter Allgemeinärzte, Internisten, Chirurgen, Orthopäden, Anästhesisten, Gynäkologen, Augenärzte,

HNO-Ärzte, Laborärzte, Radiologen, ferner 2 Zahnärzte und 1 Apotheker.

Hinzu kommt ärztliches Hilfspersonal verschiedenster Richtungen (wie Stationschwwestern, MTA's, Masseusen usw.).

##### 2. Ärztlicher Dienst im Pressezentrum

24 Stunden besetzt mit mehreren Ärzten (Allgemeinärzte, Internisten, Gynäkologen und 1 Zahnarzt). Neben der ambulanten Versorgung sind hier auch Hausbesuche bei erkrankten Journalisten möglich.

An Raumbedarf sind Sprech- und Wartezimmer, sowie Dienstzimmer für den Nachtdienst vorgesehen.

##### 3. Ärztlicher Dienst an den Sportstätten

Mannschaftsärzte der nationalen Teams sowie Sportärzte und ärztliches Hilfspersonal.

##### 4. Ärztlicher Dienst für Zuschauer

Zentrum geplant in der Sanitätsakademie der Bundeswehr in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Roten Kreuz, der Johanniter Unfallhilfe, dem Malteser-Hilfsdienst und dem Arbeiter-Samariter-Bund.

#### Überblick zur sanitätsdienstlichen Betreuung

1. Organisation der ambulanten und stationären ärztlichen Versorgung im Ärztezentrum, Pressezentrum und an der Sanitätsakademie der Bundeswehr. Hierzu gehören ebenso die Schaffung von zahnärztlichen Behandlungsmöglichkeiten und die Einrichtung einer Apotheke.
2. Organisation der ärztlichen Betreuung an den Sportstätten.
3. Errichtung einer Fernmeldezentrale für sämtliche ärztlichen Dienste.
4. Organisation der Transportdienste (Zentrale mit Rettungswagen, Hubschrauber, PKW usw.).
5. Organisation der Krankenhausversorgung mit Beteiligung der Medizinischen Fakultäten der Münchener Hochschulen und der Krankenhäuser in München und Umgebung (Bettenreserve).
6. Allgemeinärztliche und seuchenhygienische Vorbereitungen, z. B. Lebensmittelüberwachung und Bereitstellung von Infektionsbetten.
7. Sanitätswachen in Jugendlagern und Massenunterkünften, am Bahnhof und Flugplätzen. Verstärkter ärztlicher Bereitschaftsdienst im Raume Münchens (Urlaubsreiseverkehr zusätzlich).
8. Organisation einer Katastrophenreserve, sowie von Rettungsdiensten und Sondereinsatzgruppen.

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

## Professor Dr. med. Paul Eckel 70 Jahre

Der Präsident der Ärztekammer Niedersachsen, Herr Professor Dr. med. Paul ECKEL, vollendete am 8. August 1970 sein 70. Lebensjahr. Die deutschen Ärzte schätzen Paul Eckel als einen Gesundheits- und Standespolitiker, der sich um seinen Berufsstand sowie um das Gesundheitswesen in Deutschland und darüber hinaus in Westeuropa in mehreren Jahrzehnten hervorragende Verdienste erworben hat. Hierfür wurde ihm im Mai 1970 von der deutschen Ärzteschaft deren höchste Auszeichnung, die Paracelsus-Medaille, verliehen.

Seine berufspolitische Laufbahn begann Paul Eckel bereits als junger Arzt. Von 1928 bis 1935 war er Vorsitzender des damaligen Reichsverbandes der angeordneten Ärzte Deutschlands. Ab 1945 hatte er zahlreiche Ehrenämter in Ärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung sowie in ärztlichen Verbänden inne. Seit 1958 ist er Präsident der Ärztekammer Niedersachsen. Dem Vorstand der Bundesärztekammer gehört Paul Eckel seit 1955 an, deren Vizepräsident er viele Jahre war.

Weit über die Bundesrepublik hinaus wurde Paul Eckel bekannt als Vertreter der freien Berufe und als einziger Arzt in wichtigen Ausschüssen der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft.

## Geschichte der Medizin

### Patienten-Dank \*)

#### 1. Während der Krankheit

Gott im Himmel sey's geklagt  
Was ich armer Mann muß dulden —  
Guter Doktor! wie gesagt,  
Halb bezahl' ich Ihre Schulden,  
Wenn aus dieser Krankheitsnoth  
Sie nur dießmal mich erretten;  
Denn schon will der bittre Tod  
Mich auf Hobelspähne betten.  
Dokterchen! Sie kennen mich,  
Kennen meine Rand-Dukaten:  
Drum nur dießmal meisterlich  
Mir als Freund und Arzt gerathen,  
Und Sie ganz scharmanter Mann —  
Doch — ich mag nichts weiter sagen —

\*) Anmerkung: Unter einem Kronentaler ist mit Sicherheit die Summe von drei Gulden zu verstehen. Am 17. Juli 1815 koetete z. B. in Amberg ein Pfund bestes Ocheenfleisch 10 1/2 Kreuzer, 1 bayer. Pfund Schweinefleisch 13 Kreuzer, eine bayer. Maß Sommerbier 4 1/2 Kreuzer, 1 Pfund Seife 24 Kreuzer, 1 Pfund gezogene Unschlittlichter 22 Kreuzer. Ein Leib Roggenbrot zu 6 Kreuzer wog 2 bayer. Pfund und 4 Loth. Denkt man daran, daß damals ein Arzt oft beritten war, dann mußte er für einen Zentner Heu für sein Reitpferd 1 Gulden aufwenden. Alles in allem waren also drei Kronentaler im Verhältnis zur Leistung ein klägliches Honorar. Über den Dichter konnte leider kein Nachweife gefunden werden.

Hülfe erst — und ich will dann  
Sie auf goldnen Händen tragen.

#### 2. Jahr und Tag nachher

Was so ein Mensch doch alles fodern kann,  
Wenn ihm die kleinste Kur gerathen.  
Les' ich wohl recht, was schreibt der Mann  
Von goldnen Händen und von Rand-Dukaten?  
Großmüthig thut er zwar darauf Verzicht,  
Verlangt nur sein verdientes Honorar.  
Nun, was denn sonst? ich glaube gar,  
Der Mann will heute noch auf Dinge pochen,  
Die ich vor Jahr und Tag im Fieber ihm versprochen?  
Hm! was der Patient in solcher Zeit verspricht,  
Drauf pocht ein kluger Doktor nicht.  
Auch läßt sich mit Gewalt hier nichts erpressen.  
Sein Honorar — wie ist mir denn — vergessen  
Hätt' ich die Kleinigkeit? — das könnte seyn;  
Man ist ein Mensch, man fühlt sich wohl beim Glase  
Wein,  
Der Doktor spricht nicht mehr mit seinen Künsten ein;  
Wie kann man also noch in später Zeit ermessen,  
Daß so ein Herr bezahlt will seyn;  
Zudem ist's auch die große Frage: Wessen  
Verdiensten ich die hohe Himmelsgabe  
Der glücklichen Genesung zu verdanken habe?  
Die besten Jünger Aeskulaps, sie sind doch nur  
Handlanger der Natur.  
Wo diese baut, da bau'n sie mit;  
Das heißt, beim Licht besehn: sie führen  
Herbei Sand, Balken, Steine, Kitt  
In Büchsen, Gläsern, Schachteln und Papieren,  
Sehn ruhig die Natur das Werk vollführen,  
Und blasen dann den Patienten an:  
Das haben wir, Doktoren, wir gethan.  
Oft stürzt der schönste Bau durch ihre Künste ein,  
Und dann, dann pflegen sie wohl noch zu schrei'n:  
Allmächtig ist nur Gott, das kann der Arzt nicht seyn.  
Drum, liebster Freund! gestehn Sie es nur ein:  
Wenn meine herrliche Natur nicht that — mit Gunst  
Herr Doktor! dann war's aus mit ihrer Kunst.  
Doch das fatale Honorar  
Kann ich ihm schwerlich vorenthalten.  
Verdient hat er's, das ist wahr,  
Recht und Gerechtigkeit muß walten.  
Und dann, man ist ein Mensch und nicht von Stahl  
und Eisen,  
Wie bald will abermals der Lebensfaden reißen.  
Bezahl ich nun das Honorar nicht auf der Stelle,  
Kommt dann der Herr nicht über meine Schwelle.  
Was siegl' ich ein? mit Rand-Dukaten mich befassen,  
Das mag ich nicht, doch auch nicht schimpfen lassen.  
Was meinst Du wohl, Johann! drei blanke  
Kronenthaler —  
Bin ich dann nicht ein ehrlicher Bezahler?  
„Wie lange dauerte die Kur?“  
Hm! zwanzig Wochen nur. —  
„Lieb sie der Arzt sich angelegen seyn?“  
Tagtäglich sprach er bei mir ein.

„So scheint der Fall der meinige zu seyn;  
 „Denn achtzehn Wochen fast, vielleicht auch etwas  
 drüber,  
 „Lag meine sel'ge Frau am kalten Fieber.  
 „Da konsulirt' ich denn, uns gegenüber,  
 „Den kleinen bucklichen Barbier.  
 „Sie kennen ja das gute Thier,  
 „Das ließ sich's redlich angelegen seyn,  
 „Sprach dreimal wöchentlich beim Patienten ein,  
 „Kurirte frisch euf Tod und Leben.  
 „Und, Gott und dem Barbriere Dank,  
 „Die Procedur gelang. —  
 „Dafür hab' ich ihm denn, nebst großem Dank,  
 „Drei Kronenthaler, wie der gnäd'ge Herr, gegeben.  
 „Drum dächt' ich fast, Sie könnten für Ihr theures Leben  
 „Dem Doktor weniger wohl auch nicht geben!“  
 Und will es auch wahrhaftig nicht.  
 Drum frisch, Johann! zünd' an ein Licht,  
 Und siegle flugs drei Kronenthaler ein!  
 Wir wird des Honorars der gute Mann sich freu'n!

Richard R o o s

(Amberger Wochenblatt für das Jahr 1815 [22. Jg.], Nro. 29,  
 Freitag den 21. Juli, Spalte 467–470)

## Landespolitik

### Gesundheitspolitische Beschlüsse der CSU

Der Parteitag der Christlich-Sozialen Union in Bayern  
 hat am 3./4. Juli 1970 in Nürnberg zu Fragen der Ge-  
 sundheitspolitik folgende Beschlüsse gefaßt:

#### I.

1. Eine Sozialisierung des Gesundheitswesens wird  
 abgelehnt. Das Prinzip des freien Arztiums muß ge-  
 wahrt bleiben.
2. Der Bayerische Krankenhausplan hat sich bewährt.  
 Die Haushaltsmittel für seine weitere Verwirklichung  
 müssen erhöht werden, um für jeden Bürger im  
 Krankheitsfall die bestmögliche stationäre Versor-  
 gung zu gewährleisten. Insbesondere soll die In-  
 tensivmedizin bei Schwerkranken in allen Kranken-  
 häusern sichergestellt werden.
3. Eine Reform der Krankenhausstruktur im Sinne  
 permanenter Anpassung an die medizinische und  
 gesellschaftliche Entwicklung ist dringlich.
4. Die rechtliche und wirtschaftliche Stellung der Kran-  
 kenhausärzte muß so gestaltet werden, daß sie den  
 tatsächlich obliegenden Aufgaben entspricht.
5. Nach wie vor besteht ein erheblicher Mangel an  
 Krankenpflegepersonal. Deshalb muß alles daran-  
 gesetzt werden, dieses Problem durch Schaffung

ausreichender Aus- und Fortbildungsstätten, Ver-  
 besserung der Arbeits- und Wohnbedingungen und  
 durch intensive Öffentlichkeitsarbeit zu lösen.

6. Das völlige Fehlen von Initiativen und Hilfen des  
 Bundes wird beklagt.

#### II.

Die Bayerische Staatsregierung wird gebeten, den Un-  
 fallrettungsdienst in Bayern wesentlich stärker als bis-  
 her aus Haushaltsmitteln zu unterstützen, damit fol-  
 gende Ziele erreicht werden:

1. Vermehrung der Zahl der mit Funkgeräten ausge-  
 statteten speziellen Rettungsfahrzeuge.
2. Vermehrung des hauptberuflich tätigen Rettungs-  
 personals.
3. Einrichtung von regionalen Rettungsleitstellen, die  
 den Funkverkehr und den Einsatz der Rettungs-  
 fahrzeuge koordinieren.
4. Eine noch wirksamere ärztliche Versorgung der Un-  
 fallverletzten.

#### III.

Die Bayerische Staatsregierung wird aufgefordert, der  
 Gefahr des ständig wachsenden Rauschgiftkonsums —  
 besonders durch Jugendliche — wirksam entgegenzu-  
 treten.

#### IV.

Die CSU fordert Staat und ärztliche Selbstverwaltungs-  
 organisationen auf, alle Maßnahmen zu ergreifen, um  
 der Gefahr einer ärztlichen Minderversorgung der Be-  
 völkerung in ländlichen Gegenden vorzubeugen. Sie  
 begrüßt nachdrücklich die jüngsten Verhandlungen  
 zwischen Landesärztekammer und Finanzministerium  
 über die Bereitstellung attraktiver Darlehen für die  
 Praxisgründung in ländlichen Bezirken. Sie ist jedoch  
 der Auffassung, daß die Gewährung günstiger Kredite  
 nur eines von mehreren Mitteln ist, eine gute ärztliche  
 Versorgung auf dem Lande auch in Zukunft sicherzu-  
 stellen. Die CSU appelliert an die Staatsregierung,  
 durch einen interministeriellen Ausschuß umgehend  
 alle denkbaren Maßnahmen prüfen zu lassen, die  
 ohne Beschränkung der Niederlassungsfreiheit die  
 vermehrte Niederlassung junger Ärzte in ländlichen  
 Gegenden herbeiführen können.

#### V.

Die CSU fordert wirksame Schritte zur Vermehrung  
 der betriebsärztlichen Dienste in allen Bereichen des  
 Arbeitslebens. Die Einführung gesetzlichen Zwanges  
 sollte dagegen nur als äußerste Maßnahme erwogen  
 werden. Die CSU fordert die Staatsregierung auf, über  
 die Arbeitgeberverbände auf alle größeren Unterneh-  
 men einzuwirken, die heute noch keinen hauptberuf-  
 lichen Betriebsarzt beschäftigen. Ferner soll die Staats-  
 regierung durch Verhandlungen mit den Sozialpart-  
 nern und den zuständigen ärztlichen Organisationen  
 erreichen, daß in Bayern ehestmöglich Modellver-  
 suche zur Erprobung betriebsärztlicher Zentren für  
 Mittelbetriebe eingeleitet werden.

## VI.

Um dem Mangel an Pflegekräften und Krankenhausbetten abzuhelpfen, sind folgende Maßnahmen durchzuführen:

1. Verheirateten Krankenschwestern ist mehr als bisher Teilzeitbeschäftigung zu ermöglichen.
2. Die Bayerische Staatsregierung wird gebeten, mehr Mittel für die Ausbildungsmöglichkeiten von Pflegekräften zur Verfügung zu stellen, um der bayerischen Krankenhausplanung gerecht zu werden.
3. Neben dem Bau von Schwesternwohnheimen sind Wohnungen für verheiratete Pflegekräfte bereitzustellen.
4. Im Interesse der Verkürzung der Verweildauer der Patienten sind die Krankenhäuser in die Lage zu versetzen, ambulante Behandlungen durchzuführen.
5. Für Langliegefälle, insbesondere für ältere Patienten, sind Spezialeinrichtungen zu schaffen.
6. Die Krankenhausfürsorge muß ausgebaut werden.

## VII.

Die CSU fordert, daß eine Reform der gesetzlichen Krankenversicherung zumindest stufenweise vorangetrieben wird; als nächster Schritt sind entsprechend den Gesetzentwürfen der CDU/CSU folgende Maßnahmen vordringlich:

1. Die gesetzliche Einführung des Arbeitgeberanteils auch für die Angestellten, deren Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze in der Krankenversicherung liegt.
2. Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze für Angestellte, der Beitrags- und Leistungsbemessungsgrenze sowie der Versicherungsberechtigungs- und Dynamisierung dieser Grenzen.
3. Gesundheitliche Vorsorgemaßnahmen bei Kindern und Erwachsenen sollen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden. Die privaten Krankenversicherungsträger sollen zu gleichartigen Leistungen angeregt werden. Damit wird erreicht, daß auch im Bereich der vorsorgenden Medizin die freie Arztwahl gewährleistet wird.

Darüber hinaus fordert die CSU:

1. Wie bei der Mutterschaftshilfe sollte entsprechend den Bedürfnissen der Praxis und entsprechend der Rechtsprechung die Krankenhauspflege auch im Gesetz ausdrücklich als Pflichtleistung anerkannt werden.
2. Die gesetzliche Krankenversicherung ist aus der Anonymität zwischen Arzt und Patienten herauszuführen. Der Bürger muß Einblick in die Kosten der ärztlichen Behandlung erhalten.
3. Gesetzgeberische Maßnahmen für eine voll ausreichende kassenärztliche Versorgung, insbesondere auf dem Lande, zu ergreifen.

## VIII.

Bei der Ausschöpfung aller Möglichkeiten der Lebenshilfe für behinderte Menschen — insbesondere hinsichtlich der medizinischen und schulischen Betreuung — zeichnen sich besondere Schwierigkeiten in den ländlichen Gebieten ab.

Gezielte Programme sollen eine gleichwertige Versorgung aller Betroffenen herbeiführen.

## Förderung des Wohnungsbaues für Schwerbehinderte

Schriftliche Anfrage des Herrn Abgeordneten WEIS-HÄUPL (SPD) vom 10. März 1970:

„Ist der Bayerische Staatsminister des Innern bereit, Bestimmungen über die Förderung des Wohnungsbaues für Schwerbehinderte zu erlassen und in diesen Förderungsbestimmungen folgende Punkte konkret zu regeln:

1. begünstigter Personenkreis
2. Grundsätze der Förderung
3. Mitfinanzierung aus Bundesmitteln
4. Art der Wohnungen
5. Verfahrensfragen
6. Planungsverfahren für Schwerbehinderten-Wohnungen.“

**Antwort des Bayerischen Staatsministers des Innern vom 8. April 1970:**

„Nach den beim Bundesminister für Städtebau und Wohnungswesen vorliegenden Schätzungen leben in der Bundesrepublik etwa 4 Millionen Körperbehinderte. Wenn auch nicht für alle besondere bauliche Maßnahmen erforderlich sind, so ist doch ein erheblicher Teil körperlich so schwer behindert, daß er einer besonderen Fürsorge bedarf. Hierzu gehören die Querschnittgelähmten, deren Zahl durch Sport- und Verkehrsunfälle ständig zunimmt, die Blinden, die Gelähmten und die große Zahl der Bein- und Armamputierten. Aufgrund der Alterspyramide unserer Bevölkerung wächst auch die Zahl der alten gebrechlichen Leute ständig.

Die Bewilligungsstellen für öffentliche Baudarlehen haben bisher schon die Bauvorhaben dieser Schwerbehinderten, insbesondere auch die Maßnahmen für Kriegsoffer, nach besten Kräften unterstützt.

Im vergangenen Jahr hat der Bundesminister für Städtebau und Wohnungswesen Planungsempfehlungen zum Bau von Wohnungen für Schwerbehinderte herausgegeben. Diese Richtlinien sind den Bewilligungsstellen und Kreisverwaltungsbehörden am 19. Mai 1969 zur Beachtung übersandt worden. Gleichzeitig sind die Bewilligungsstellen angewiesen worden, bei größeren Bauvorhaben einen Teil der Sozialwohnungen so zu planen, daß sie für Familien mit einem schwerbehinderten Familienmitglied oder für alleinstehende Schwerbehinderte oder für gebrech-

liche alte Leute besonders geeignet sind. Nach wie vor werden daneben auch Familienheime und Eigentumswohnungen für diesen Personenkreis mit öffentlichen Mitteln gefördert.

Die auf die Bedürfnisse der Schwerbehinderten abgestellten besonderen baulichen Maßnahmen verursachen u. U. Mehrkosten, deren Finanzierung nicht zu einer Erhöhung der Mieten und Belastungen für den betroffenen Personenkreis führen soll. Die öffentlichen Baudarlehen werden deshalb in der wirtschaftlich erforderlichen Höhe gewährt. Auch der Bundesminister für Städtebau und Wohnungswesen hat sich grundsätzlich bereiterklärt, Darlehen bis zu DM 4000.— je Wohnung zu gewähren. Erfordert die Art der Behinderung im Einzelfall einen besonders hohen Bauaufwand und dadurch ungewöhnlich hohe Mehrkosten, so kann dieser Darlehensbetrag erhöht werden. Der weitaus größere Teil der zinsgünstigen Wohnungsbaudarlehen muß jedoch durch Landesmittel finanziert werden.

Ein Teil der schwerbehinderten älteren Leute wird in Alten-, Altenwohn- und Altenpflegeheimen, die mit Mitteln des Landesplanes für Altenhilfe gefördert werden, untergebracht.

Mit Bekanntmachung des Staatsministeriums des Innern vom 26. 2. 1970 (MABl. S. 121, StAnz. Nr. 11) sind die Wohnungsbauförderungsbestimmungen 1966 geändert worden. In Nr. 24 WFB 1966 ist folgender neuer Absatz 14 eingefügt worden:

„Entsprechend dem Bedarf sind Wohnungen für Schwerbehinderte zu schaffen. Diese Wohnungen sollen nach Möglichkeit in Familienheimen gebaut werden; in Mehrfamilienhäusern sollen sie ebenerdig liegen (vgl. Nr. 26 Absatz 2 Satz 3).“

Darüber hinaus ist in Nr. 26 Absatz 2 Satz 3 WFB 1966 festgelegt worden, die Planungsgrundlagen (DIN 18025) beim Bau von Wohnungen für Schwerbehinderte zu beachten.

Die Förderung des Wohnungsbaues für Schwerbehinderte ist somit technisch und finanziell bereits ausreichend geregelt. Zusätzliche Bestimmungen halte ich nicht für erforderlich.“

### 45. Fortbildungstagung des Kollegiums für ärztliche Fortbildung Regensburg

vom 8. bis 11. Oktober 1970

#### Hauptthemen:

„Wirbelsäule“

„Blutungen und Thrombosen“

„Psychiatrie und Psychotherapie in der Praxis“

A u s k u n f t : Sekretariat des Kollegiums,  
8400 Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5 a,  
Telefon (09 41) 5 07 21 83

Die Bundesminister Arendt und Ertl haben dieser Tage ein Papier erhalten, das ihnen noch viel Kopfzerbrechen bereiten wird. Es hat den unverfänglichen Titel „Ergebnisbericht“. Dahinter verbirgt sich der heute gewiß nicht mehr sensationelle, in seinen Konsequenzen aber weitreichende Vorschlag, für die Bauern die allgemeine Krankenversicherungspflicht einzuführen. Verfaßt wurde dieser Bericht von einem Arbeitskreis, der noch von den Ministern Katzer und Höcherl berufen worden war, um die „verschiedenen Möglichkeiten einer gesetzlichen Regelung des Krankenversicherungsschutzes der Landwirte und ihrer Familien zu untersuchen“. Mißt man den Ergebnisbericht an diesem Auftrag, so kommt man nicht umhin, ihn dürftig zu nennen.

Sinn des Auftrags der letzten Bundesregierung war es doch, ein gewichtiges sozialpolitisches Problem transparent zu machen und den Politikern Alternativlösungen mit ihren Vor- und Nachteilen aufzuzeigen. Stattdessen wird nur ein Vorschlag präsentiert, der von einer breiten Mehrheit des Arbeitskreises, in dem Repräsentanten des Bauernverbandes, der Krankenkassen, der Gewerkschaft, der Länder, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie der Wissenschaft vertreten waren, gestützt wird. Eine Begründung für diese Entscheidung wird aber nicht geliefert. Die Mehrheit des Arbeitskreises scheint im Besitze der Weisheit zu sein. Das Votum des Arbeitskreises kann allerdings keine Überraschung auslösen. So stehen die Namen der Sachverständigen Berberich, Noell und Riemann seit Jahren als Programm für die Einführung der Krankenversicherungspflicht und die Gründung eines umfassenden ländlichen Sozialwerks.

Der Vorschlag zur Einführung der Pflichtversicherung stützt sich auf Untersuchungen der Agrarsozialen Gesellschaft. Danach hat rund ein Drittel der landwirtschaftlichen Unternehmer und rund die Hälfte der Altersgeldempfänger überhaupt keinen oder nur einen unzureichenden Versicherungsschutz. Die Größe dieses sozialpolitischen Problems ist regional allerdings sehr verschieden. Doch jeder Arzt, der auf dem Lande tätig ist, wird aus eigener Anschauung wissen, welche wirtschaftlichen und menschlichen Probleme gerade bei vielen kleineren und mittleren bäuerlichen Betrieben entstehen, wenn der Bauer oder die Bäuerin ernsthaft krank wird. Das nagt an der Existenz solcher Betriebe, die ohnehin kaum eine Chance haben, den raschen Strukturwandel zu überleben. Die meisten Betriebe hängen häufig allein von der Arbeitskraft des Bauern ab. Der Feststellung des Arbeitskreises, daß die Landwirte eines ausreichenden Versicherungsschutzes auf solidarischer Grundlage und auch der Hilfe des Staates bedürften, wird niemand ernsthaft widersprechen können. Das besagt freilich noch nicht,

daß die notwendige Absicherung allein über die Einführung der Versicherungspflicht zu erreichen wäre.

Zwei Modelle zur Lösung dieses schwierigen sozialpolitischen Problems stehen nunmehr zur Diskussion, einmal der Vorschlag des Arbeitskreises und zum anderen der Gesetzentwurf der CDU/CSU-Fraktion, der kurz vor der Sommerpause des Parlaments im Bundestag eingebracht wurde. Der Arbeitskreis hat folgende Vorschläge präsentiert: Alle Bauern, die hauptberuflich mitarbeitenden Familienangehörigen sowie die Bezieher von Altersgeld oder Landabgaberechte unterliegen der Versicherungspflicht. Alle Familienangehörigen gelten als mitversichert. Die aktiven Landwirte haben Beiträge zu zahlen, die nach dem Ertragswert der Betriebe gestaffelt werden. Der Beitrag dürfte kaum unter 65 Mark monatlich liegen können. Die Ausgaben für die Rentenempfänger sollen dagegen vom Bund getragen werden. Kostenpunkt: etwa 300 Millionen Mark. Für die Landwirtschaft soll eine eigenständige Versicherung gegründet werden. Diese Kasse hätte dieselben Leistungen wie die übrigen gesetzlichen Kassen zu erbringen; Barleistungen wie das Krankengeld ausgenommen. Dafür sollen die Kassen den Bauern, die Krankenhausbehandlung benötigen, eine Ersatzkraft stellen, damit die Betriebe weitergeführt werden können.

Das Modell der Union geht auch davon aus, daß die Krankenversicherung der Altersgeldempfänger vom Bund finanziert wird. Die aktiven Landwirte sollen aber nicht der Versicherungspflicht unterworfen werden. Ihnen soll es erleichtert werden, den gesetzlichen Kassen beizutreten. Prinzipiell haben die Bauern, deren Einkommen die Pflichtgrenze nicht übersteigt, schon heute die Möglichkeit, in gesetzliche Kassen einzutreten. Allerdings können die Kassen diese Versicherungsberechtigung über ihre Satzung einschränken. Sie können Altersgrenzen setzen und auch Bauern mit alten Leiden abweisen. Der Gesetzentwurf der Union will diese Sperren beseitigen, so daß tatsächlich die Masse der Bauern sich in gesetzlichen Kassen gegen Krankheit absichern könnte.

Die Union bietet das liberalere Modell. Zudem wird vermieden, eine eigene landwirtschaftliche Kasse zu gründen, die dann auf die Dauer ein ähnliches Schicksal wie die Knappschaft erleiden müßte. Grundprinzip jeder Versicherung ist doch die Risikostreuung. In der landwirtschaftlichen Kasse wird es verhältnismäßig wenig junge Beitragszahler, dafür aber viele ältere Versicherte geben. Die Zahl der ertragsstarken Betriebe ist gering, die der ertragschwachen dagegen groß; die Masse der Bauern wird Beiträge nach den unteren Einkommensklassen zahlen. Die durchschnittlichen Beiträge werden damit sehr hoch sein müssen, zumal der Arbeitskreis darauf hinweist, daß der Gesundheitszustand der ländlichen Bevölkerung schlechter als der anderer Gruppen sei. Aber werden die vielen kleinen Bauern die zwangsläufig hohen Pflichtbeiträge bezahlen können? Durch die Pflichtversicherung wird jedenfalls die wirtschaftliche Lage der Bauern um keinen Deut besser.

Wer eine eigene landwirtschaftliche Krankenkasse gründen will, der muß das Defizit und damit rasch wachsende Zuschüsse des Bundes einkalkulieren.

bonn — mot

## Amtliches

### Ausländische Ärzte

Ausländer, die in der Bundesrepublik Deutschland eine Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt oder Apotheker ausüben wollen, bedürfen neben der Aufenthaltserlaubnis und der Arbeitserlaubnis einer Erlaubnis zur Ausübung des jeweiligen Heilberufes. Diese Erlaubnis erteilt das Staatsministerium des Innern. Die Aufenthaltserlaubnis darf nur erteilt werden, wenn dem Aufenthalt des Ausländers keinerlei Hinderungsgründe — und zwar auch nicht in bezug auf den Aufenthaltswort — entgegenstehen. Hierauf hat das Staatsministerium des Innern erneut die Regierungen mit Schreiben vom 2. Juli 1970 hingewiesen.

*Adumbran*®

Thomae

beruhigt, entspannt, befreit von Angst.

3

## Neuer Gehaltstarifvertrag für Arzthelferinnen

Zum 1. April 1970 trat ein neuer Gehaltstarifvertrag für Arzthelferinnen in Kraft. Er sieht — in Anpassung an die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung — eine Erhöhung der bisher geltenden Tarifgehälter der Arzthelferinnen um DM 75.— im Monat vor. Das Anfangsgehalt in der Ortsklasse S, das nach bestandener Abschlußprüfung zu zahlen ist, beträgt künftig DM 650.—. Es steigert sich bis zum 8. Berufsjahr jährlich um DM 25.— auf nunmehr DM 825.— monatlich. Danach tritt erst in jedem weiteren zweiten Berufsjahr eine Erhöhung der Tarifgehälter um DM 25.— ein. Neuerdings endet der Anspruch auf Steigerung des Tarifgehaltes mit dem 26. Berufsjahr; allerdings sollen diejenigen Arzthelferinnen, die bisher schon einen höheren tariflichen Gehaltsanspruch erworben haben, diesen nach den Übergangsvorschriften behalten.

Näheres ergibt sich aus dem nachstehend abgedruckten Wortlaut des neuen Gehaltstarifvertrages, der am 4. Mai 1970 zwischen der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen einerseits und der Deutschen Angestellten-Gewerkschaft und dem Verband der weiblichen Angestellten (zugleich im Namen des Berufsverbandes der Arzthelferinnen, der kein selbständiger Tarifpartner mehr ist) abgeschlossen wurde.

Erläuternd sei noch auf folgendes hingewiesen:

### Gehaltsberechnung

Der Tarifanspruch der Arzthelferinnen richtet sich nach zwei verschiedenen Ortsklassen. Diese bisher schon bestehende Regelung wurde beibehalten. Maßgebend für den Gehaltsanspruch ist dabei, in welche Ortsklasse der Beschäftigungsort im Ortsklassenverzeichnis für den öffentlichen Dienst eingereiht ist. Auskunft erteilt in Zweifelsfällen die Stadt oder Gemeindeverwaltung.

Die Berufsjahre zählen erst von dem Zeitpunkt an, zu dem die Arzthelferin vor der Ärztekammer die Abschlußprüfung bestanden hat. Bei Angestellten ohne Lehrabschlussprüfung in der Tätigkeit von Arzthelferinnen, die am 1. April 1969 das 21. Lebensjahr vollendet hatten und an diesem Stichtag mindestens fünf Jahre als Arzthelferin tätig waren, ist die Zahl der Berufsjahre um zwei Jahre zu verringern. Dasselbe muß auch gelten, wenn der Tarifvertrag sinngemäß auf andere Mitarbeiterinnen angewandt wird, die keine Lehrabschlussprüfung vor der Ärztekammer abgelegt haben. Die Bayerische Landesärztekammer hatte schon vor Jahren empfohlen, die Arbeitsbedingungen für die ungeprüften Helferinnen im Prinzip ebenso zu regeln wie für die geprüften; dabei sollten jedoch, je nach dem Leistungsstand der Beschäftigten, gegebenenfalls Abschläge von den Gehaltssätzen vorgenommen werden.

Tarifgehälter sind nach dem Arbeitsrecht Bruttogehälter. Es dürfen also alle rechtlich zulässigen Lohnabzüge vorgenommen werden. Das gilt sowohl für die Lohnsteuern als auch für die Hälfte der Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung, zur Rentenversicherung und zur Arbeitslosenversicherung. Eine Ausnahme besteht für Lehrlinge: Hier muß der Arbeitgeber die vollen Beiträge zur Angestelltenversicherung und Arbeitslosenversicherung allein tragen, weil die Lehrlingsvergütung die für den Beitragsabzug zugelassene Grenze von derzeit DM 180.— nicht übersteigt; abzugsfähig ist nur der Beitragsanteil zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Von dem Nettogehalt sind für den Fall der Gewährung von Kost und/oder Wohnung im Haushalt des Arztes außerdem die für Steuerabzug und Sozialversicherung amtlich festgesetzten „Sachbezugswerte“ abzuziehen. Deren Höhe ist von Land zu Land und je nach der Größe der Gemeinde unterschiedlich. Auskunft über die am Ort maßgebenden Sätze erteilt die Lohnsteuerstelle des Finanzamtes oder die zuständige Krankenkasse.

### Möglichst einheitliche Anwendung

Der neue Tarifvertrag gilt unmittelbar nur für die Mitglieder der vertragschließenden Gewerkschaften und auch für sie nur insoweit, als sie bei einem der Mitglieder der ärztlichen Arbeitgebervereinigung beschäftigt sind. Um darüber hinaus eine möglichst sinnentprechende Anwendung des Vertrages auch für alle anderen in Betracht kommenden Arbeitsverhältnisse zu erzielen, hat der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer allen niedergelassenen Ärzten empfohlen, die von der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen abgeschlossenen Tarifverträge bei der Gestaltung der Arbeitsbedingungen mit Arzthelferinnen und Arzthelferinlehrlingen entsprechend anzuwenden (vgl. „Bayerisches Ärzteblatt“, Heft 6/1969, Seite 575 ff).

### Gehaltstarifvertrag für Arzthelferinnen

Die Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen, Köln-Lindenthal, Haidenkampstraße 1, gibt folgenden am 4. Mai 1970 abgeschlossenen neuen Gehaltstarifvertrag für Arzthelferinnen bekannt:

Zwischen der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen in Köln und

..... \*)  
wird zur Ergänzung von §§ 8 und 11 des Manteltarif-

\*) Es wurden zwei gleichlautende Tarifverträge abgeschlossen mit der Deutschen Angestellten-Gewerkschaft, Bundesvorstand, Hamburg 36, Karl-Muck-Platz 1, dem Verband der weiblichen Angestellten e. V., Hauptverwaltung Hannover, Arnsweidstr. 12-14, zugleich für den Berufsverband der Arzthelferinnen e. V., Kempen, Meisenweg 2

vertrages vom 26. März 1969 folgender Gehaltstarifvertrag geschlossen:

**§ 1: Gehaltstabelle für vollbeschäftigte ArzthelferInnen**

	Monatsgehälter in DM	
	Ortsklasse	
	S	A
1. Berufsjahr	DM 650.—	DM 625.—
2. Berufsjahr	DM 675.—	DM 650.—
3. Berufsjahr	DM 700.—	DM 675.—
4. Berufsjahr	DM 725.—	DM 700.—
5. Berufsjahr	DM 750.—	DM 725.—
6. Berufsjahr	DM 775.—	DM 750.—
7. Berufsjahr	DM 800.—	DM 775.—
8. Berufsjahr	DM 825.—	DM 800.—

Für jeweils zwei weitere Berufsjahre steigt das Gehalt um DM 25.—, höchstens jedoch bis zum 26. Berufsjahr.

**§ 2: Lehrlingsvergütung**

(1) Die Lehrlingsvergütung beträgt:  
Im ersten Lehrjahr monatlich DM 140.—  
Im zweiten Lehrjahr monatlich DM 180.—

(2) In besonderen Fällen kann auf Antrag der Sorgeberechtigten eine geringere Lehrlingsvergütung vereinbart werden.

**§ 3: Zuschläge**

(1) Für Mehr-, Sonntags-, Feiertags- und Nacharbeit sind Zuschläge zu zahlen, die nach Arbeitsstunden berechnet werden. Dabei wird ein Stundensatz von  $\frac{1}{191}$  des Monatsgehaltes zugrunde gelegt.

(2) Der Zuschlag beträgt je Stunde:

- a) für Mehrarbeit 25 %,
- b) für Sonn- und Feiertagsarbeit 50 %,
- c) für Arbeiten am Neujahrstag, am 1. Mai sowie an den Oster-, Pfingst- und Weihnachtsfeiertagen 100 %,
- d) für Nacharbeit 50 %.

(3) Besteht für dieselbe Zeit Anspruch auf mehrere Zuschlagsätze, so ist nur der höchste Zuschlag zu zahlen.

**§ 4: Inkrafttreten, Übergangsbestimmungen und Laufzeit**

(1) Dieser Gehaltstarifvertrag tritt am 1. April 1970 in Kraft. Er ersetzt den Gehaltstarifvertrag vom 26. März 1969.

(2) Angestellte, die aufgrund des Gehaltstarifvertrages vom 26. März 1969 bereits höhere Gehaltsansprüche erworben haben, als es dieser Vertrag vorsieht, behalten ihre Ansprüche.

(3) Dieser Gehaltstarifvertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gekündigt werden, frühestens zum 1. April 1971.

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 7. Juli 1970 — Nr. P 4 — 5355/5 — 1/70

**Landesärzte nach dem Bundessozialhilfegesetz**

Das Verzeichnis der Landesärzte nach § 126 a des Bundessozialhilfegesetzes wird nachstehend neu bekanntgemacht. Die MB vom 2. 1. 1963 (StAnz. Nr. 2), zuletzt geändert am 26. 2. 1970 (StAnz. Nr. 11), wird aufgehoben.

**a) Landesärzte für Körperbehinderte**

für den Regierungsbezirk Oberbayern, ausgenommen die Landeshauptstadt München:

Dr. Josef Hilgers, Facharzt für Orthopädie, 8000 München 90, Seybothstraße 10

für das Gebiet der Landeshauptstadt München:

Professor Dr. Albert Göb, Oberarzt der Orthopädischen Poliklinik der Universität München, 8000 München 15, Pettenkoferstraße 8 a

für den Regierungsbezirk Niederbayern:

Dr. Hatto Egerer, Facharzt für Orthopädie, 8360 Degendorf, Ringstraße 51

für den Regierungsbezirk Oberpfalz:

Dr. Georg Franz, Chefarzt der Orthopädischen Klinik, 8460 Lindenlohe bei Schwandorf

für die Regierungsbezirke Oberfranken und Mittelfranken:

Professor Dr. Heinz Wagner, Chefarzt der Orthopädischen Klinik des Wichernhauses, 8503 Altdorf bei Nürnberg

für den Regierungsbezirk Unterfranken:

Professor Dr. August Rütt, Direktor der Orthopädischen Klinik König-Ludwig-Haus, 8700 Würzburg, Brettreichstraße 11

für den Regierungsbezirk Schwaben:

Dr. Horst Matthäus, Facharzt für Orthopädie, 8900 Augsburg, Holbeinstraße 12

**b) Landesärzte für Sehbehinderte**

für die Regierungsbezirke Oberbayern, Niederbayern und Schwaben:

Professor Dr. Hanns-Jürgen Merté, Direktor der Augenklinik und -Poliklinik rechts der Isar der Technischen Universität München, 8000 München 80, Ismaninger Straße 22

für die Regierungsbezirke Oberpfalz und Mittelfranken:

Wiss. Ass. Dr. Ekkart Gené, Oberarzt der Augenklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, 8520 Erlangen, Universitätsstraße 27

für die Regierungsbezirke Oberfranken und Unterfranken:

Professor Dr. Wolfgang Leydhecker, Direktor der Universitätsaugenklinik und -Poliklinik, 8700 Würzburg, Röntgenring 12

#### c) Landesärzte für Hör- und Sprachbehinderte

für die Regierungsbezirke Oberbayern und Schwaben:

Akad. Oberrat Privatdozent Dr. Ernst Loebell, Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten der Universität München, 8000 München 15, Pettenkoflerstraße 8 a

für die Regierungsbezirke Niederbayern, Oberpfalz und Mittelfranken:

Privatdozent Dr. Gerhard Kittel, Abteilungsvorsteher in der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten der Universität Erlangen-Nürnberg, 8520 Erlangen, Bohlenplatz 20

für die Regierungsbezirke Oberfranken und Unterfranken:

Professor Dr. Horst Wullstein, Direktor der Universitätsklinik und -Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, 8700 Würzburg, Luitpoldkrankenhaus, Bau 9-11

### Neues Eichgesetz hat Auswirkungen für die ärztliche Praxis

Am 1. Juli 1970 trat das im vergangenen Jahr verabschiedete neue Eichgesetz in Kraft. Während bisher im Bereich der Heilkunde nur Personen- und Säuglingswaagen sowie Fieberthermometer eichpflichtig waren, sieht das neue Gesetz eine erhebliche Erweiterung vor, die sich hauptsächlich auf die bei Laboratoriumsuntersuchungen erforderlichen Glasgeräte erstreckt.

Bei der Ausübung der Heilkunde dürfen nur noch Volumenmeßgeräte, z. B. Pipetten, Blutmisch- und Blutzuckerpipetten sowie Zellenzählkammern, verwendet werden, die geeicht sind. Das gleiche gilt für Blutdruckmeßgeräte und Tonometer. Zukünftig wird es nur noch zulässig sein, geeichte Geräte der vorgenannten Arten so bereitzuhalten, daß sie ohne besondere Vorbereitung in Gebrauch genommen werden können.

Aufgrund von Verhandlungen zwischen der Ärzteschaft und dem Bundeswirtschaftsministerium sollen durch eine noch zu erlassende Ausnahmeverordnung Volumenmeßgeräte, die nicht quantitativen Untersuchungen dienen, von der Eichpflicht ausgenommen werden. Hierzu zählen u. a. Meßzylinder, Mischzylinder, Reagenzgläser, Zentrifugengläser, Erlenmeyerkolben und Uringläser.

Ungeeichte Volumenmeßgeräte dürfen nur noch bei quantitativen Analysen benutzt werden, wenn deren Richtigkeit durch ständige Überwachung nach den Methoden der statistischen Qualitätskontrolle und

durch Ringversuche nachgewiesen wird. Richtlinien hierfür werden in Kürze von der Bundesärztekammer erarbeitet.

Allen Ärzten wird daher empfohlen, sich an das für sie zuständige Eichamt zu wenden und die bisher verwendeten Geräte – soweit sie vom 1. Juli 1970 an der Eichpflicht unterliegen – zur Eichung anzumelden. Wird der Ersatz von Geräten notwendig, sollen – wenn möglich – nur noch geeichte Geräte beschafft werden. Ungeeichte Volumenmeßgeräte können weiter verwendet werden, wenn eine Überwachung der Ergebnisse in dem angeführten Umfang erfolgt.

Jeder Arzt, der entsprechend diesen Empfehlungen handelt, genügt den Bestimmungen des Eichgesetzes.

(Auf die Veröffentlichung im „Deutschen Ärzteblatt“ Nr. 33 vom 15. August 1970, Seite 2462, wird verwiesen.)

## Äskulap und Pegasus

### Der XV. Weltkongreß der Schriftstellerärzte

Dr. Heinz Schauwerker Vizepräsident der UMEM

Der Wettergott schien uns nicht sehr günstig gesinnt, als wir am Mittwoch, den 10. 6., in Abano ankamen, jedoch der befürchtete Regen blieb aus und die Wolken erwiesen sich als ein sehr nützlicher Schutz gegen die heiße Junisonne, die bei den überall aus dem Boden mit 83° hervorsprudelnden heißen Quellen als lästig empfunden worden wäre. Erwartungsvoll bezogen wir unser Hotel, nachdem wir schon bei der Fahrt vorbei am Kurhaus die großen Tafeln mit dem Hinweis auf unseren Kongreß gesehen hatten. Schon im Hotel bekamen wir etwas von der hervorragenden Organisation zu spüren: der Hotelportier drückte uns ein gebildetes Heft mit dem ausführlichen Programm in Italienisch, Französisch und Deutsch in die Hand und die Damen erhielten ein kleines „Douceur“ in Gestalt einer hübschen Packung von kandierten Früchten, überreicht durch den Präsidenten der „Associazione albergatori termali di Abano“. Der Abend vereinte dann die deutschen Teilnehmer zu anregenden Gesprächen im Hotel Columbia.

Am Donnerstagsvormittag konnte Kollege Dr. FALOMO und der Präsident des Organisationskomitees Professor Dr. Pietro BERRI im Kursaal von Abano 85 Schriftstellerärzte (mit Begleitpersonen 135 Gäste) begrüßen, die aus Belgien, Brasilien, England, Frankreich, Griechenland, Holland, Italien, der Schweiz und Deutschland gekommen waren. Die Kollegen aus den östlichen Ländern, die sich Anmeldeformulare hatten schicken lassen, waren aus unbekanntem Gründen nicht erschienen. Von uns nahmen elf Kolleginnen und

# 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 Begleitspasmen

**SOLU-HEPAR® FORTE** Kapseln

Kollegen teil: Helga BÖNGER, DÖHMANN, JEBENS, JÜNGLING, Anneliese LEUGERMANN, PASCHKE, RÖTLER, SCHAUWECKER, SCHWIETERT, SOEDER und WEIGOLD. Nach den Begrüßungsansprachen des Kurdirektors, des Stadtvertreters und des Präsidenten des Gaststättengewerbes gab ein gemütlicher Willkommen-Cocktail Gelegenheit, alte Freundschaften zu erneuern und neue zu schließen. Wer, wie der Referent, zum ersten Male an diesem Kongreß teilnahm, dem fiel die wirklich herzliche und aufrichtige Freude auf, mit der sich die alten „Kongressisten“ aus aller Herren Länder begrüßten.

Der Donnerstagnachmittag und Freitagvormittag war dem Kongreßthema „Das Wasser in der Literatur im Wandel der Zeiten“ gewidmet. Die hochinteressanten Vorträge waren zum Teil rein akademisch, wie „Zur Symbolik des Wassers bei Claudel“ (Dr. René KAECH, Basel), „De ere, aquis et locis“ (Dr. T. A. VOS, Den Haag), „Victor Hugo. Les travailleurs de la mer“ (Dr. L. Diamand BERGER, Paris), „Wasser als eine Quelle für bildliche Darstellung und als Symbol in der Literatur“ (Dr. Anna H. TERRY, London) und das „Wasser in der Literatur im Wandel der Zeiten“ (Frau Dr. LAMBIRI, Athen).

Von den deutschen Teilnehmern sprach unser Präsident Dr. Heinz SCHAUWECKER, Berching, „Vom Lob des Wassers“, indem er aus der deutschen Dichtung drei typische Gedichte auswählte und deren Wesen und Sinn in eindrucksvoller Weise den Hörern zugänglich machte: Ein altes deutsches Volkslied vom „Streit zwischen Wasser und Wein“, Goethes „Gesang der Dämonen über den Wassern“, in dem sich Natur und Geist zu einer wundervollen Einheit zusammenfinden, und schließlich Erwin Guido Kolbenheyers Hymne an die Karlsquelle aus dem Kerisbedbuch „Kämpfender Quell“, ein hohes Lied auf eine Quelle heilender Wasser, dessen geistvolle Verse als Huldigung für alle heilenden Wasser gelten mögen, zugleich gesprochen als Dank an den genius loci, an die Thermen von Abano, die auch vielen Landsleuten des Redners Linderung und Heilung gebracht haben. Zum Schluß ergeht die Mahnung, voran an die Schriftstellerärzte, im Jahrewort bekommen.

des Naturschutzes 1970 einzutreten für die Rein- und Gesundheitshaltung der Gewässer, denn: non equa – non vital

Als nächster las Kollege Dr. Michael SOEDER, Reutlingen, „Pessagen über Wasser“ in einem Kriegsbuch“. Die verlesenen Abschnitte, die mit dem Geschehen des Krieges eng verbunden waren, zeigten dessen Sinnlosigkeit in realistischer Weise eindrucksvoll auf. Als letzter deutscher Beitrag folgte dann von Kollegin Anneliese LEUGERMANN, Bad Oeynhausen, eine eigene Dichtung: Die Existenz des Wassers hat, seit es die Füße der Menschen an endlosen Ufern bespült, zu großen Gedanken und Taten aufgerufen. Wasser – zwischen Urzeit und Endlosigkeit stehend, im Alten und Neuen Testament gepriesen ob seiner Kraft, Wunderfähigkeit und Stärke, beflügelt späterhin die Menschheit zu geistiger Aussage sowohl im christlichen als auch im naturreligiösen Bereiche. Es zwingt die Menschen, seine heilende Macht und seine Tücken auf dem Gebiete der Technik auszubauen. Die Schönheit und das Spiel des Wassers regen Meister der Dichtung und Musik zu unvergänglichen Schöpfungen an. Und heute und morgen werden wir inspiriert, das Lied des kosenden und aufwühlenden Wassers weiter zu singen. Es folgen hier einige wenige Proben der schönen Verse:

„Magnetfeld Wasser, Tiefendurchdringer  
schwemmst Du aus menschlichen Poren  
zerstörender Krankheit  
Vernichtungskeim. . . .

Wasser – Menschengestaltung  
Wasser – wunderwirkende Eroberung,  
Wasser – ewigkeltgleich unausschöpfbar  
Menschen begleitend, wie den Flug der Muscheln.“

Der Beifall des Auditoriums für alle drei deutschen Beiträge war groß und Confrère KAECH aus Basel nahm sie zum Anlaß, darauf hinzuweisen, wie wertvoll und notwendig doch die Teilnahme der deutschen Kollegen an der UMEM sei. Er habe schon vor Jahren über Bonn die Verbindung mit den deutschen Schriftstellerärzten herzustellen versucht, aber keine Ant-

**mehrgleisige ferment-therapie**

**eupeptum**

Physiologische Therapie und Substitution

Oberbauchstörungen  
Meteorismus  
Dyskinesien

O. P. 24 Dragées  
O. P. 100 Dragées  
außerdem Anstaltspackungen

**IFAH GMBH HAMBURG 22**

Für uns Deutsche, soweit wir nur das Konversationsfranzösisch einigermaßen beherrschten, war es manchmal schwer, den Vorträgen in ihrer gewählten dichterischen Sprache zu folgen, auch wenn man eine kurze Zusammenfassung in Deutsch bekam, besonders dann, wenn es sich, wie bei der belgischen Kollegin, um geistvolle Wortspiele mit l'eau, clo und bidet handelte. Um alle diese interessanten Beiträge in Ruhe zu lesen und auf sich einwirken lassen zu können, wäre es wünschenswert, wenn man sie in einem Tagungsband gedruckt bekommen könnte.

Den freien Samstagvormittag benützten die deutschen Schriftstellerärzte dazu, um einige Regularien zu besprechen. Anschließend war noch eine Stunde Zeit, in der die Kolleginnen und Kollegen JEBENS, JÜNGLING, Frau LEUGERMANN, SCHWIETERT, ROTTNER, als Gast Frau SHMERLING, Schweiz, und SOEDER aus ihren Werken lasen. Es war sehr schade, daß für diese Dichterlesung nur eine Stunde zur Verfügung stand, aber auch diese hat uns schon gezeigt, wie vielfältig und tiefgründig das Denken und Dichten des Arztes sein kann. Auch hier sollte man nach einer Möglichkeit zur Buchveröffentlichung suchen. Als Gäste waren auch die holländischen Kollegen erschienen, die sich dann am Spätnachmittag mit einer Einladung zu ihrer Lesung revanchierten.

Am Samstag um 17.00 Uhr fand die Versammlung der Weltunion der Dichterärzte statt. Als neuer Präsident wurde Professor Pietro BERRI, Rapallo, als Vizepräsidenten Dr. René KAECH, Basel, Dr. Paul NOËL, Chaville, und Dr. Heinz SCHAUWECKER, Berching, gewählt. Als nächster Tagungsort wurde in einer Stichwahl zwischen Griechenland und Brasilien das erstere Land gewählt, so daß die Tagung 1971 in Athen stattfinden wird. Da aber in Südamerika in allen Ländern sehr starke Vereinigungen von Ärzteschriftstellern existieren, wird es nicht mehr als recht und billig sein, wenn wir in den nächsten Jahren einer Einladung nach dort Folge leisten werden.

Soweit der Bericht über die Arbeitstagung selbst. Das reichhaltige Rahmenprogramm war, der Tradition des

Weltbades Abano entsprechend, nur als hervorragend zu bezeichnen. Das Begrüßungsgaladiner am Donnerstagabend fand im Luxushotel „Orologio“ statt mit ausgezeichneten Vini bianchi e rossi dei Colli Euganei. Es vereinte nach den Toasten der Präsidenten aller anwesenden Gruppen die Teilnehmer noch bis Mitternacht in froher Runde.

Am Freitagnachmittag fuhren wir gemeinsam nach Venedig mit Führung durch die von 1063–1073 erbaute Basilica di San Marco, deren Mosaiken eine Gesamtfläche von 4240 Quadratmetern bedecken und ihr den Namen Goldbasilika (Basilica d'Oro) eingetragen haben. Im Atrium zeigt man eine Raute aus weißen Marmor, auf der nach der Überlieferung Friedrich Barbarossa vor dem Papst Alexander III. auf die Knie gefallen ist. Ein besinnlicher Spaziergang durch die engen Straßen entlang den Kanälen Venedigs und ein ausgezeichnetes Menü im Ristorante „Bonvecchiati“ ließ uns die Zeit bis zur mitternächtigen Heimfahrt nur zu schnell vergehen.

Am Samstag um 12.30 Uhr brachten zwei Omnibusse die Teilnehmer zum Mittagessen in das Hotel „Zum siebten Himmel“ (Settimo Cielo), das bei Castelnuovo di Teolo, auf einem der vielen vulkanischen Hügel liegend, einen weiten Blick über die herrlichen Eugeneischen Hügel erlaubt. Bei diesem Blick und bei der hervorragenden gastronomischen Betreuung konnte man sich wirklich wie im siebten Himmel fühlen. Die Stimmung erreichte auch bald ihren Höhepunkt an einem Tische, dem Kollege JEBENS in gekonnter Weise präsierte und der uns mit Liedern aus allen Nationen und in allen Sprachen erfreute. Noch auf der Rückfahrt animierte ein französischer Kollege, der einen Schwiegersohn in München hat, die Insassen zum Mitsingen, wobei er als deutsche Lieblingslieder „Du, du liegst mir im Herzen“ und „In München steht ein Hofbräuhaus“ ins Busmikrofon schmetterte. Das „Prost g'suffa“ aus französischem Munde nahm sich in seinem fremdländischen Tonfall besonders goldig aus.

Am Samstagabend war ein Abschluß-Tanzabend im phantastisch schönen Schwimmbad des Hotels „Mioni-

**Neu:**



**Club 624 macht  
aus 312-Mark-Sparern  
echte Geldanleger**

Jetzt 624 Mark vermögenswirksam anlegen.  
Doppelte Vorteile für Sie: Keine Steuern, keine Sozialabgaben.  
Sparprämien bis zu 42% und hohe Zinsen. Machen Sie aus  
Ihrem Geld ein Vermögen. Im Club 624. Bei Ihrer Sparkasse.



Pezzato" mit amerikanischem Büffet. Unter den lockenden Klängen der Musikkapelle füllte sich die Tanzfläche schnell, während im Scheine des aufgehenden Mondes der kühle Abendwind leise über die sich raschelnd bewegenden Palmenblätter strich. Es war ein träumerischer Abend in einer subtropisch anmutenden Umgebung.

Der Sonntagvormittag führte die Kongreßteilnehmer noch einmal gemeinsam nach Padua, wo u. a. die Basilica del Sant'Antonio besichtigt wurde. Diese Kirche, die im Jahre 1232, ein Jahr nach dem Tode des heiligen Antonius begonnen, jedoch erst in der Mitte des 14. Jahrhunderts vollendet wurde, hat mit ihren Kuppeln und Glockentürmen ein orientalisches Gepräge.

Nach Einnahme eines Aperitifs in der „Pedrocchi-Bar“ gegenüber dem alten Universitätsgebäude mit seinen zahlreichen Wappen auch mancher deutscher Scholaren fuhren wir zum Mittagessen ins Hotel „Biri“, schon etwas gelichtet, denn mancher der Kongressisten war bereits am Bahnhof ausgestiegen, um die Heimreise wieder zurück ins nüchterne Berufsleben anzutreten. Beim Mittagessen wurde den italienischen Kollegen noch einmal von den anwesenden Präsidenten der Gastländer gedankt für die so hervorragende Organisation dieses Weltkongresses. Der Vertreter des Pressebüros, der Journalist Dr. Arnaldo VERRI, gab bekannt, daß der für Arztschriftsteller ausgesetzte Preis der Wochenschrift „La Domenica del Corriere“ ab nächstes Jahr nicht mehr auf die italienischen Kollegen beschränkt, sondern international ausgeschrieben werden wird. Gegen 16.00 Uhr galt es dann endgültig Abschied zu nehmen von den alten und neuen Freunden und von den gastlichen Stätten in und um Abano.

Dieser XV. Weltkongreß der Schriftstellerärzte war wie kaum ein anderer ein Kongreß der Herzlichkeit und des gegenseitigen Verstehens und Zusammenarbeitens über alle politischen Grenzen hinweg. Besonderen Dank hierfür verdienen der Generalsekretär der UMEM, Dr. Paul NOËL, und seine ihm assistierende charmante Gattin Madame Merry NOËL, sowie das Organisationskomitee mit seinem Generalsekretär Dr. Rolando Weilbacher, das es meisterhaft verstand, uns unter der Sonne Homers und Vergils in die Genuße des Weltbades Abano kommen zu lassen. Die deutschen Teilnehmer, die an diesem Kongreß erstmals als geschlossene Gruppe auftraten, empfanden diese herzliche Atmosphäre besonders dankbar und wir glauben, daß die neu geknüpften Freundschaften nicht nur der internationalen Zusammenarbeit, sondern auch unserer engeren Heimat, unserem Lande, das wir vertreten haben, dienlich sein werden. Dies sollte ein Grund mehr sein, daß die offiziellen politischen Stellen die Existenz des Bundesverbandes deutscher Schriftstellerärzte nun zur Kenntnis nehmen und daraus die notwendigen Konsequenzen ziehen sollten.

Dr. med. Robert P a s c h k e, 8535 Emskirchen

## I. Sozialmedizinischer Kurs

(mit Symposium Epidemiologie und epidemiologische Methodik)

vom 2. bis 27. November 1970

**Tagungsort:** Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin, München 22, Pfarrstraße 3

### Montag, 2. November 1970

9.00 – 9.45 Uhr  
10.00 – 10.45 Uhr:

Prof. Dr. H. S c h a e f e r, Direktor des I. Physiologischen Instituts der Universität Heidelberg, Institut für Sozial- und Arbeitsmedizin

„Die naturwissenschaftlichen Grundlagen der Sozialmedizin“ (1. Teil)

11.00 – 11.45 Uhr:

Prof. Dr. H. S t i c k l, Direktor der Bayerischen Landesimpfanstalt, München

„Impfungen – Ihre epidemiologische und sozialmedizinische Bedeutung“

14.00 Uhr:

**Filmvorführung:**

Frustration im frühen Kindesalter

Die Behandlung spastischer Lähmungen bei Kindern  
Funktionelle Entwicklungsdiagnostik im Säuglingsalter

### Dienstag, 3. November 1970

9.00 – 9.45 Uhr:

Prof. Dr. Dr. H. E y e r, Direktor des Max-von-Pettenkofer-Instituts für Hygiene und Mikrobiologie der Universität München

„Reisen und Infektionskrankheiten“

10.00 – 10.45 Uhr:

Dr. B. K l ä ß, Senator, Vizepräsident des Bayerischen Roten Kreuzes, Fürth

„Das Rote Kreuz im Katastrophenfall“

11.00 – 11.45 Uhr:

Prof. Dr. H. V a l e n t i n, Direktor des Instituts für Arbeits- und Sozial-Medizin der Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen

„Sozialmedizin – Definition und Abgrenzung“

13.30 Uhr: Abfahrt

**Spezialklinik Bad Trüßl**, Oberaudorf  
(Chefarzt: Dr. A. Leonhardt)

Einführungsreferat:

Prof. Dr. H.-J. S e w e r i n g, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer und Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern

o. V. i. A.

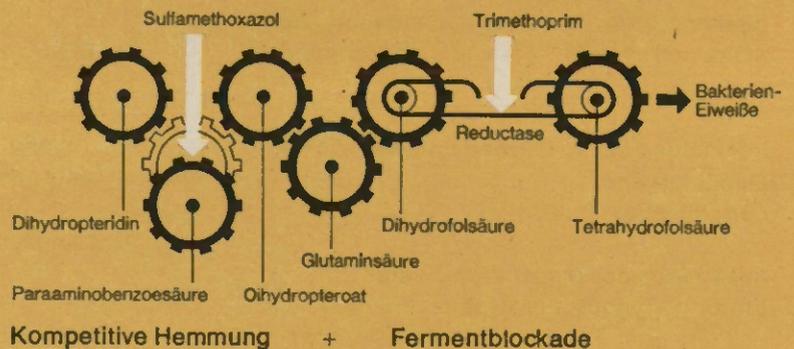


# BACTRIM<sup>®</sup> ROCHE

## BACTRICID

### Doppelblock im Bakterienstoffwechsel

BACTRIM greift zweifach hemmend in die Synthese der Bakterienfolsäure ein: Sulfamethoxazol verhindert den Einbau der essentiellen Para-aminobenzoessäure, Trimethoprim blockiert die Dihydrofolsäure-Reductase.



### Meßbare Wirkungspotenzierung

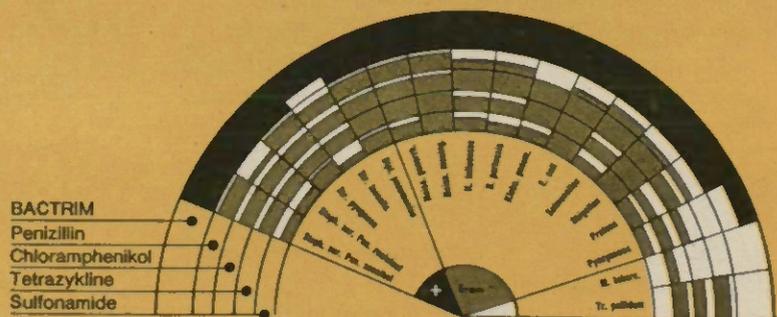
Die metabolische Doppelblockade bedeutet signifikante Verstärkung des antibakteriellen Effektes der beiden Wirkstoffkomponenten von BACTRIM, exakt registrierbar im Tierversuch.

Trimethoprim	149 mg	
Sulfamethoxazol	70,6 mg	
BACTRIM	4,4 mg	

Wirkungsgleiche Dosen von BACTRIM und seinen Wirkstoffkomponenten bei der H. influenzae-Infektion der Maus

### Sicherheit durch breites Spektrum

Der Vergleich des antibakteriellen Wirkungsspektrums von BACTRIM mit dem der herkömmlichen Antibiotika und Sulfonamide erklärt die überraschend guten klinischen Behandlungserfolge und das weite Anwendungsgebiet von BACTRIM.



BACTRIM entspricht den Forderungen des Arztes nach bactericider Wirkung auf die Mehrzahl der pathogenen Keime.

Antibakterielles Wirkungsspektrum von BACTRIM, Antibiotika und Sulfonamiden

### Besonders aktuell: BACTERICIDIE

- Wesentliche therapeutische Konsequenz: Sichere Keimvernichtung statt vorübergehender Unterbrechung des Erregerwachstums.
- Schonung des Patienten durch rasche Heilung ohne schwächende Inanspruchnahme oft reduzierter unspezifischer Abwehrkräfte des kranken Organismus.
- Bactericidie statt Bacteriostase bei überraschend großem Anwendungsbereich.

# BACTRIM<sup>®</sup> ROCHE

## BACTRICID

Bei Verordnung neu eingeführter Pharmaka ist die kritische Konsultation der Basisdokumentation in Zweifelsfällen unerlässlich. Auch ROCHE-Mitarbeiter sind auskunftsbereit.

### Indikationen:

**Infektionen der oberen und unteren Luftwege**  
akute und chronische Bronchitis, Bronchiektasen, Pneumonie, Tonsillitis, Sinusitis, Pharyngitis

**Infektionen der Nieren und ableitenden Harnwege**  
akute und chronische Cystitis, Pyelonephritis

**Infektionen der weiblichen und männlichen Genitalorgane**  
einschließlich Gonorrhoe

**Infektionen des Magendarmtraktes**  
Enteritis, Typhus, Paratyphus

**Infektionen der Haut**  
Pyodermien, Furunkel, Abszesse und Wundinfektionen sowie

**Septische Prozesse und andere Infektionen mit sensiblen Keimen.**

### Kontraindikationen:

Schwere Leber- oder Nierenschäden, Blutdyskrasien, Sulfonamid-Überempfindlichkeit. Während der Schwangerschaft ist Bactrim vorläufig kontraindiziert. Falls eine solche nicht ausgeschlossen werden kann, sind mögliche Risiken gegen den erwarteten therapeutischen Effekt abzuwägen. Ferner sollte Bactrim Früh- und Neugeborenen während der ersten Lebenswochen nicht verabreicht werden.

### Vorsichtsmaßnahmen:

Bei Langzeittherapie mit Bactrim sind Kontrollen des Blutbildes angezeigt. Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion erhalten reduzierte Dosen von Bactrim, da bei diesen Patienten eine Kumulation im Blut auftreten kann.

### Packungen und Preise:

20 Tabletten 18,15 m. USt, Anstaltspackungen  
20 Kindertabletten 5,70 m. USt, Anstaltspackungen



Hoffmann - La Roche AG · 7887 Grenzach

### Dosierung:

Günstige Resorptions-, Verteilungs- und Ausscheidungsverhältnisse gestatten ein einfaches Dosierungsschema:

	morgens	abends
Erwachsene normalerweise	⊖ ⊖	⊖ ⊖
Jugendliche oder untergewichtige Patienten	⊖	⊖
Langzeitbehandlung (mehr als 14 Tage)	⊖	⊖
In besonders schweren Fällen	⊖ ⊖	⊖ ⊖
Kinder ihrem Alter entsprechend (Kindertabl.)		
2-5 Jahre	⊖ (⊖)	⊖ (⊖)
6-12 Jahre	⊖ ⊖	⊖ ⊖
	(⊖ ⊖)	(⊖ ⊖)

Säuglinge und Kleinkinder unter 2 Jahren erhalten 2 x täglich 1/6 Kindertablette pro kg Körpergewicht. Bei akuten Erkrankungen soll Bactrim wenigstens 5 Tage lang gegeben werden oder bis 2 Tage nach Abklingen der Beschwerden.

### Verträglichkeit:

Bactrim ist in der angegebenen Dosierung gut verträglich. Übelkeit und Erbrechen wie auch Arzneimittellexantheme treten nur selten auf. Haematologische Veränderungen wurden nur in vereinzelten Fällen beobachtet und waren reversibel.

### Zusammensetzung:

Bactrim enthält als aktive Wirkstoffe Trimethoprim [2, 4-Diamino-5-(3, 4, 5-trimethoxybenzyl)-pyrimidin] und Sulfamethoxazol (5-Methyl-3-sulfanilamido-isoxazol).

1 Tablette enthält 80 mg 2, 4-Diamino-5-(3, 4, 5-trimethoxybenzyl)-pyrimidin  
400 mg 5-Methyl-3-sulfanilamido-isoxazol

1 Kindertablette enthält 20 mg 2, 4-Diamino-5-(3, 4, 5-trimethoxybenzyl)-pyrimidin  
100 mg 5-Methyl-3-sulfanilamido-isoxazol

**Mittwoch, 4. November 1970**

8.00 Uhr: Abfahrt

**Orthopädische Klinik des Wichernhauses Altdorf bei Nürnberg**

Einführungsreferate:

Prof. Dr. H. W a g n e r, Chefarzt der Klinik

„Probleme der Wiederherstellung in der Orthopädie“

Frau Dr. Nickel und Frau Heyn

„Einführung in die Problematik ärztlicher Betreuung und pädagogischer Führung spastisch gelähmter Kinder“

15.00 Uhr: Weiterfahrt nach Selb/Ofr.

Übernachtung in Selb

**Donnerstag, 5. November 1970**

9.30 Uhr:

**Rosenthal AG, Werk am Rothbühl, Selb**

Besichtigung des Werkes mit Einführungsreferat

14.00 Uhr:

Rückfahrt nach München

**Freitag, 6. November 1970**

9.00 – 9.45 Uhr:

Prof. Dr. Dr. S. B o r e l l i, Direktor der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München

„Rehabilitation bei Hautkrankheiten“

10.00 – 10.45 Uhr

11.00 – 11.45 Uhr:

Prof. Dr. Annemarie L e i b b r a n d

Prof. Dr. W. L e i b b r a n d, München

„Sexualwissenschaft und Medizin“

**Montag, 9. November 1970**

9.00 – 9.45 Uhr:

Prof. Dr. G. K. D ö r i n g, Chefarzt der Gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Harlaching

„Schwangerenvorsorge und Kindersterblichkeit“

10.00 – 10.45 Uhr:

Dr. J. P e c h s t e i n, Forschungsstelle für soziale Pädiatrie und Jugendmedizin an der Universität München

„Die sozialhygienische Bedeutung des frühkindlichen Helmschadens“

11.00 – 11.45 Uhr:

Dr. J. P e c h s t e i n, München

„Vorsorge für das behinderte Kind“

14.00 Uhr: Abfahrt

**Kinderzentrum der Aktion Sonnenschein – Hilfe für das mehrfach behinderte Kind e. V., München 15, Güllstraße 3**

Einführungsreferat:

Prof. Dr. Th. H e i l b r ü g g e, Leiter des Kinderzentrums

**Dienstag, 10. November 1970**

9.00 – 9.45 Uhr:

Prof. Dr. M. J. H a l h u b e r, Chefarzt der Klinik Höhenried der Landesversicherungsanstalt Oberbayern

„Die Sozialkur“

10.00 – 10.45 Uhr:

Dr. J. K a n n, Medizinaldirektor, Chefarzt der Klinik für Berufskrankheiten, Bad Reichenhall

„Die Lunge und ihre Begutachtung“

11.00 – 11.45 Uhr:

Prof. Dr. H. V a l e n t i n, Erlangen

„Die Begutachtung der Herz- und Kreislaufkrankheiten – Vitien und andere Herzaffektionen –“

13.30 Uhr: Abfahrt

**BRK-Lager Ebenhausen bei Ingolstadt**

Einführungsreferat:

Dr. H. K a m m e r m e l e r, Obermedizinaldirektor, Medizinalreferent bei der Regierung von Niederbayern, Landshut, Landesarzt des Bayerischen Roten Kreuzes

**Mittwoch, 11. November 1970**

8.00 Uhr: Abfahrt

**SOS Kinderdorf e. V., Dießen / Ammersee**

Einführungsreferat:

E. S c h r ö d e r, Dorfleiter

12.00 Uhr: Weiterfahrt

**Jugendhaus Ammersee des SOS Kinderdorf e. V., Weilheim**

**Donnerstag, 12. November 1970**

9.00 – 9.45 Uhr:

Dr. E. H o f f m e n n, Oberregierungsmedizinalrat im Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin, München

„Sozialmedizinische Aspekte der Automation“

10.00 – 10.45 Uhr:

Dr. E. G o e t z, Ministerialrat im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung Bonn

„Stand der sozialen Sicherung in Europa“

11.00 – 11.45 Uhr:

Prof. Dr. K. G. S p e c h t, Vorstand des Seminars für Soziologie der Universität Erlangen-Nürnberg

„Grundbegriffe der Soziologie“

14.00 – 16.00 Uhr:

**Kolloquium**

Praktische Beispiele zur Begutachtungskunde (Kriegsopferversorgung)

Dr. E. L a n d e r, Oberregierungsmedizinalrat im Versorgungsamt München I

**Freitag, 13. November 1970**

9.00 – 9.45 Uhr:

Prof. Dr. E. H i p p, Direktor der Orthopädischen Klinik und Poliklinik am Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München

„Die Erkennung angeborener Erkrankungen des kindlichen Stützsystems und ihre zweckmäßige Therapie“

10.00 – 10.45 Uhr:

Prof. Dr. Dr. F. B r a c h m a n n, Direktor der Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten am Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München

„Zivilisationsschäden des Zahn- und Kieferapparates und ihre Prophylaxe“

11.00 – 11.45 Uhr:

K. Seelmann, ehemaliger Direktor des Stadtjugendamtes München

„Erwachen der Sexualität und Aufklärung“

#### Montag, 16. November 1970

9.00 – 9.45 Uhr:

P. Nannenhorn, Direktor in der Arbeitsgemeinschaft für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung, Frankfurt a. Main

„Der vertrauensärztliche Dienst heute“

10.00 – 10.45 Uhr:

Prof. Dr. Dr. J. Rutenfranz, Direktor des Instituts für Arbeitsmedizin der Universität Gießen

„Möglichkeiten und Grenzen einer Wachstums- und Leistungsprognose aus Untersuchungen bei Kindern“

11.00 – 11.45 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. B. Luban-Plozza, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Sozialmedizin, Locarno

„Ein neuer Patient – die Familie?“

13.30 Uhr: Abfahrt

Klinisch – neurologisches Behandlungszentrum des Vereins für Innere Mission München e. V., Ebenhausen/Isartal

Einführungsreferate:

Prof. Dr. A. Schrader, Ärztlicher Leiter

Frau Doepp, Klinikleiterin

#### Dienstag, 17. November 1970

9.00 – 9.45 Uhr:

Dr. W. Bischoff, Senatspräsident am Bayerischen Landessozialgericht München

„Grenzen zwischen ärztlicher und rechtlicher Beurteilung“

10.00 – 10.45 Uhr:

Dr. E. Lander, München

„Der Faktor Alter in der Begutachtung“

11.00 – 11.45 Uhr:

Dr. H. Lieser, Obermedizinalrat bei der Landesversicherungsanstalt Oberbayern, München

„Sozialmedizinische Aspekte zum Selbstmordproblem“

14.00 – 16.00 Uhr:

**Kolloquium**

Praktische Beispiele zur Begutachtungskunde (Arbeiterrentenversicherung)

Dr. H. Winckelmann, Medizinaldirektor bei der Landesversicherungsanstalt Oberbayern, München

#### Mittwoch, 18. November 1970

Keine Veranstaltung – Buß- und Betttag

#### Donnerstag, 19. November 1970

9.00 – 9.45 Uhr:

Dr. R. von Chossy, Oberregierungsmedizinalrat im Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin, München

„Die Rechtsinsuffizienz des Herzens in der Begutachtung“

10.00 – 10.45 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. K. Bienenr, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich

„Untersuchungen über die Effektivität der Gesundheitserziehung“

11.00 – 11.45 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. K. Bienenr, Zürich

„Epidemiologie des Alkohollismusproblems, Prävention und Entziehungserfolg“

14.00 – 16.00 Uhr:

**Kolloquium**

Praktische Beispiele zur Begutachtungskunde (Zusammenhangsfragen bei Skelettverletzungen)

Dr. H. Detzel, Medizinaldirektor, Leiter der Vertrauensärztlichen Dienststelle der Landesversicherungsanstalt Oberbayern, München

#### Freitag, 20. November 1970

9.00 – 9.45 Uhr:

Dr. F. Kensy, Oberregierungsmedizinalrat im Landesversorgungsamt Bayern, München

„Die Begutachtung psychiatrischer Krankheitsfälle“

10.00 – 10.45 Uhr

11.00 – 11.45 Uhr:

Prof. Dr. K. Decker, Nervenlinik der Universität München

und

Priv.-Doz. Dr. K. Giuliani, Chefarzt der Hofrat Friedrich Hessing'schen Orthopädischen Heilanstalt, Göggingen bei Augsburg

„Sudeck“

#### Montag, 23. November 1970

9.00 – 9.45 Uhr

10.00 – 10.45 Uhr:

Dr. H. Habersbrunner, Chemiedirektor, Leiter der Abteilung Kriminaltechnik im Bayerischen Landeskriminalamt München

„Rauschgifte und Suchtstoffe – Ihre Analyse und kriminalistische Bedeutung“

11.00 – 11.45 Uhr:

Prof. Dr. H. Dietrich, Oberarzt der Nervenlinik der Universität München

„Rauschgifte und Suchtstoffe aus der Sicht des Psychiaters“

13.30 Uhr: Abfahrt

**Strafanstalt München-Stadelheim**, München 90, Stadelheimer Straße 12

Einführungsreferate:

Dr. F. Steierer, Regierungsdirektor, Leiter der Anstalt

Dr. G. Zylika, Medizinaldirektor

#### Dienstag, 24. November 1970

9.00 – 9.45 Uhr:

Dr. H. Silomon, Landesmedizinaldirektor, Osnabrück

„Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung“

10.00 – 10.45 Uhr:

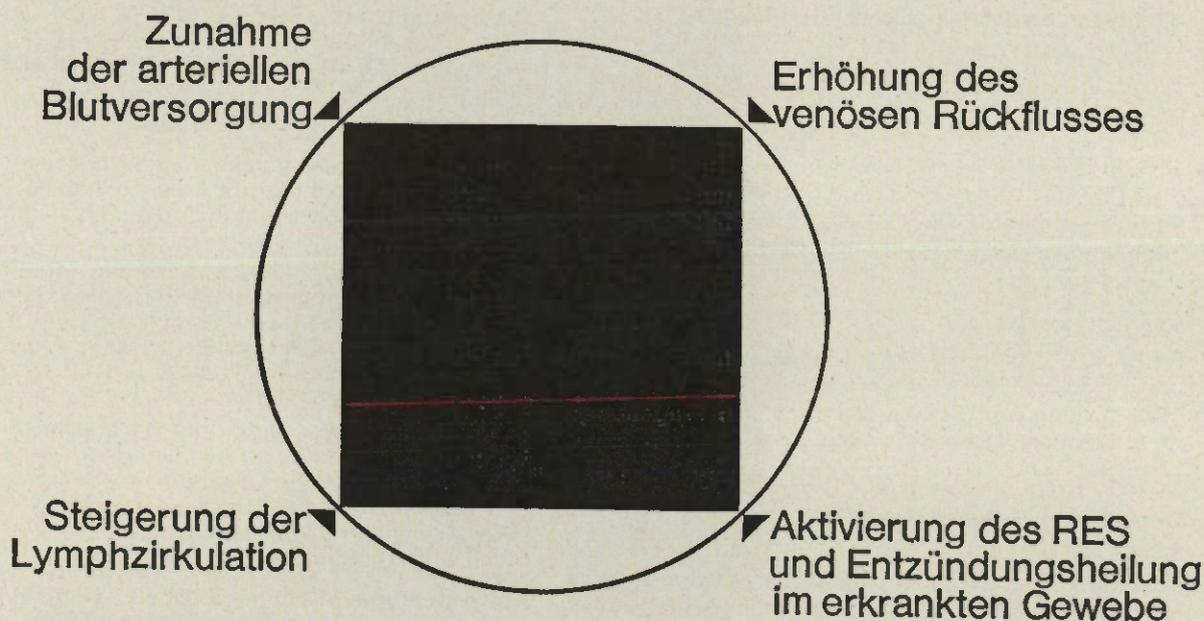
Dr. F. E. Oeser, Obermedizinalrat an der Vertrauensärztlichen Dienststelle Achern

„Das Krankenhaus in der Sozialversicherung“

Die Quadratur  
der vollkommenen Gefäßtherapie mit

# Esberiven<sup>®</sup> forte

1 Kapsel enthält: Mellotusextrakt mit 5 mg Cumarin Gehalt, 25 mg Rutin  
1 Ampulle enthält: Mellotusperkolat mit 3 mg Cumarin Gehalt,  
50 mg Rutinschwefelsäureester (Na-Salz)  
Packungen mit 30 Kapseln und 5 Ampullen



Zur Langzeittherapie

# Esberiven<sup>®</sup> Depot

1 Dragee enthält: 15 mg Cumarin,  
84 mg Tri-(hydroxy-methyl)-rutin  
Packung mit 20 Dragees

 Schaper & Brümmer · Salzgitter-Ringelheim

11.00 – 11.45 Uhr:

Prof. Dr. Chr. von Ferber, Fakultät für Soziologie der Universität Bielefeld

„Der Wandel in der Gesellschaftsstruktur“

14.00 Uhr:

Filmvorführung:

Depressionen

Leber-Diagnostik

Turnen und Schwimmen für haltungsschwache Kinder

## Symposion

### Epidemiologie und epidemiologische Methodik

Mittwoch, 25. November 1970

8.30 – 9.30 Uhr:

Prof. Dr. H. Scheefer, Direktor des i. Physiologischen Instituts der Universität Heidelberg, Institut für Sozial- und Arbeitsmedizin

„Definition epidemiologischer Grundbegriffe“

– Diskussion –

10.00 – 10.30 Uhr:

Pause

10.30 – 11.30 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. Maria Blohmke, Institut für Sozial- und Arbeitsmedizin der Universität Heidelberg

„Planung epidemiologischer Studien“

– Diskussion –

14.00 – 15.00 Uhr:

Prof. Dr. Chr. von Ferber, Fakultät für Soziologie der Universität Bielefeld

„Entwicklung und Standardisierung von Fragebogen für epidemiologische Untersuchungen“

– Diskussion –

Donnerstag, 26. November 1970

8.30 – 9.30 Uhr:

Prof. Dr. H.-J. Lange, Leiter der Forschungsgruppe Medizinische Datenverarbeitung der Gesellschaft für Strahlenforschung m. b. H. München

„Einführung in die moderne epidemiologische Statistik“

– Diskussion –

10.00 – 10.30 Uhr:

Pause

10.30 – 11.30 Uhr:

Dipl.-Volkswirt B. Koschorreck, Institut für Sozial- und Arbeitsmedizin der Universität Heidelberg

„Standardisierung epidemiologischer Daten“

– Diskussion –

14.00 – 15.30 Uhr:

Diskussion über die Vorbereitung einer Feldstudie in Anwesenheit sämtlicher Referenten des Symposions

Freitag, 27. November 1970

9.00 – 9.45 Uhr

10.00 – 10.45 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. Maria Blohmke, Heidelberg

„Sozialmedizinische Aspekte der berufstätigen Frau“

11.00 – 11.45 Uhr:

Dr. R. Zimmer, Oberregierungsmedizinalrat im Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin, München, Landesversehrtensportarzt

„Versehrtensport“

**Kursleitung:** Dr. W. Brenner, Geschäftsführer der Akademie

Kursgebühr wird nicht erhoben.

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

Für die Besichtigungen können in der Regel nur Teilnehmer am Gesamtprogramm zugelassen werden. Bei den Veranstaltungen wird eine Haftung der besichtigten Einrichtungen oder der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin ausdrücklich ausgeschlossen.

Zimmerbestellungen durch die Bayerische Akademie können nicht vorgenommen werden. Es empfiehlt sich daher, frühzeitige Quartierbestellung beim Fremdenverkehrsamt der Landeshauptstadt München, 8000 München 2, Bahnhofplatz 2, Telefon (08 11) 55 58 81, vorzunehmen.

**Auskunft** durch die BAYERISCHE AKADEMIE FÜR ARBEITSMEDIZIN UND SOZIALE MEDIZIN im Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3, Telefon (08 11) 21 84 / 259 – 260 (Haus des Arbeitsschutzes)

Der nächste Sozialmedizinische Kurs (II.) findet vom 19. April bis 14. Mai 1971 statt.



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

# Dismenol

(Parasulfamidobenzoesäure 0,05 g, Olmethylamino-phenyldimethyl-pyrazolon 0,25 g)

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

#### 4. Klinisches Wochenende in Weißenhorn in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

am 3./4. Oktober 1970

Das 4. Klinische Wochenende in Weißenhorn in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer findet am 3./4. Oktober 1970 unter der Leitung von Dr. med. E. Thäle statt.

##### Tagungsort:

Aula des Nikolaus-Kopernikus-Gymnasiums, Weißenhorn, Buchenweg 22

##### Samstag, 3. Oktober 1970

Vorsitzender: Prof. Dr. K. Stucke, Würzburg

Beginn: 10.00 Uhr

Prof. Dr. U. Kanzow, Solingen:

„Frühdiagnose und Sotorttherapie der Lungenembolie in der Praxis“

Prof. Dr. G. Fruhmänn, München:

„Der Pneumothorax“

Dr. med. W. Günthner, Bad Reichenhall:

„Der Status asthmaticus“

Dr. med. H. K. Normann, München:

„Pneumonie und Pleuritis aus der Sicht der Praxis“

Vorsitzender: Prof. Dr. U. Kanzow, Solingen

Beginn: 15.00 Uhr

Prof. Dr. K. Stucke, Würzburg:

„Das stumpfe Thoraxtrauma“

Prof. Dr. K. J. Blumberger, München:

„Der Herzinfarkt“

Prof. Dr. Dr. K. F. Dietrich, München:

„Die Ösophagusvarizenblutung“

Priv.-Doz. Dr. M. Stauch, Ulm:

„Das akute Linksversagen des Herzens und Lungenödem“

Sonntag, 4. Oktober 1970

Beginn: 10.00 Uhr – Ende: 13.00 Uhr

Prof. Dr. F. W. Ahnefeld, Ulm:

„Sotortmaßnahmen bei der Versorgung eines Notfall-Patienten“ – mit praktischen Demonstrationen

Prof. Dr. H. Hofmann, Dortmund:

„Krankenhausreform? – Aber wie?“

Diskussion zu den Referaten

Auskunft: Dr. med. E. Thäle, Ärztlicher Direktor des Krankenhauses, 7912 Weißenhorn, Telefon (07309) 578

#### 17. Ärztlicher Fortbildungskurs in praktischer Kardiologie mit Einführungsseminar

vom 8. bis 11. Oktober 1970 in Erlangen

An der Medizinischen Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg findet am 8./9. Oktober 1970 ein Einführungsseminar in die Grundlagen der praktischen Elektrokardiographie und anschließend vom 9. bis 11. Oktober 1970 der 17. Ärztliche Fortbildungskurs in praktischer Kardiologie unter der Leitung von Professor Dr. C. Korth statt.

Kursgebühr für das Einführungsseminar: DM 25.–

Kursgebühr für den Fortbildungskurs: DM 25.–

Kursgebühr für Teilnehmer beider Kurse: DM 40.–

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

#### Kurs für Röntgenhelferinnen

vom 28. September bis 9. Oktober 1970 in Erlangen

Der nächste von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Kurs für Röntgenhelferinnen in Erlangen findet vom 28. September bis 9. Oktober 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 27)

# Adumbran<sup>®</sup>

Thomae

bewährt, zuverlässig,  
wenn psychische Faktoren organisches Geschehen belasten.

4

## 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. Blömer

28. September bis 2. Oktober 1970

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

5. bis 9. Oktober 1970

**München**, i. Med. Univ.-Klinik  
Direktor: Prof. Dr. Schwegk

16. bis 21. November 1970

**Würzburg**, Med. Univ.-Klinik  
Direktor: Prof. Dr. Kühn

#### 2. KINDERKRANKHEITEN

19. bis 21. Oktober 1970

**München**, Städt. Krankenhaus München-Schwabing  
1. und 2. Kinderabteilung der 2. Kinderklinik und Poliklinik der Technischen Universität München  
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. Zenger

19. bis 24. Oktober 1970

**Erlangen**, Chir. Klinik mit Poliklinik der  
Univ. Erlangen-Nürnberg  
Direktor: Prof. Dr. Hegemann

26. bis 30. Oktober 1970

**Würzburg**, Chir. Univ.-Klinik und -Poliklinik  
Direktor: Prof. Dr. Kern

#### 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. Zender,  
Prof. Dr. Fikentscher, Prof. Dr. Betke,  
Prof. Dr. Spleß

voreussichtlich Herbst 1970

**Würzburg**, Univ.-Frauenklinik und Hebammenschule  
Direktor: Prof. Dr. Schwalim

#### 5. PHONOKARDIOGRAPHIE (Antängerkurs)

23./24. Oktober 1970

**München**, Stittsklinik Augustinum  
Chefarzt: Prof. Dr. Micheli

Anfragen und Anmeldungen nur an die Bayerische  
Landesärztekammer, 8000 München 23, Königin-  
straße 85, Teletex (08 11) 3320 21, Apparat 34

## 18. Fortbildungskurs in Praktischer Medizin

am 10./11. Oktober 1970 in Bad Wiessee

Am 10./11. Oktober 1970 findet in Bad Wiessee der  
18. Fortbildungskurs in Praktischer Medizin statt.

Folgende Referenten werden sprechen:

Prof. Dr. Schaefer, Heidelberg:

„Über das Problem der Diagnose“

Prof. Dr. Halhuber, Höhenried:

„Ist Opas Badekur tot?“

Prof. Dr. Mathies, München:

„Behandlung rheumatischer Erkrankungen mit immun-  
suppressiven Substanzen“

Prof. Dr. Tellenbach, Heidelberg:

„Medikamentöse Behandlung der zerebralen  
Insuffizienz“

Prof. Dr. Ungeheuer, Frankfurt:

„Chirurgische Behandlung der zerebralen Durch-  
blutungsstörung“

Prof. Dr. Michel, München:

„Die Therapie mit  $\beta$ -Rezeptorenblockern“

Oberarzt Dr. Schaeetz, München:

„Ausgewählte Kapitel aus dem Gebiet der Infektions-  
krankheiten im Kindesalter“

Oberarzt Dr. Knöchel, Heidelberg:

„Fettstoffwechsel“

Priv.-Doz. Dr. Husmann, Wiesbaden:

„Klinik und Therapie der hypogenen Kreislaufregu-  
lationsstörung“

Priv.-Doz. Dr. C. David, Bukarest:

„Geriatrische Therapie in Rumänien“

Auskunft: Dr. med. K. Neresheimer,  
8182 Bad Wiessee, Neureuthstraße 4

## Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Luft- und Raumfahrtmedizin

am 10./11. November 1970 in München

Die Deutsche Gesellschaft für Luft- und Raumfahrt-  
medizin veranstaltet am 10./11. November 1970 eine  
wissenschaftliche Arbeitstagung in München, Deut-  
sches Museum.

### Themen:

„Gesundheitliche Anforderungen an das fliegende  
Personal“

„Flugunfallverhütung“

„Fortschritte der Raumfahrtmedizin und -biologie“

„Probleme des Über- und Unterdrucks“

Auskunft: Dr. med. H. A. Gerlach, 8080 Für-  
stenteldbruck, Kögelstraße 2

# Fortschrittliche Rheuma-Therapie mit Dipyron®

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

## Was sagen Klinik und Praxis über Dipyron?

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

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

**In WÜRZBURG:** „In Fällen chronisch rezidivierender *Ishialgien* ... normnlisierten sich ... nach Redressement in Narkose ... die Verhältnisse nur langsam. Nach 14-tägiger Medikation (mit Dipyron) ergaben die Nachuntersuchungen, daß die entzündungshemmende und durchblutungsfördernde Komponente des Medikaments geeignet war, dem kompressionsbedingten Wurzelödem entgegenzuwirken und eine beschleunigte Regeneration der Spinalwurzel herbeizuführen.“ (G. MOLZEN, „Medizinische Klinik“, 1967)

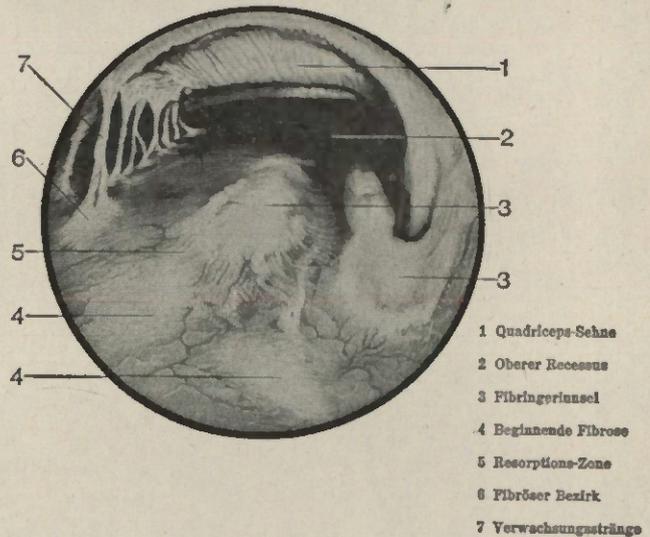
**In HAMBURG:** „*Schultersteifen* mit oder ohne Veränderungen der Halswirbelsäule standen im Vordergrund. In zahlreichen Fällen war die Erkrankung ... bei stundenlangem angespanntem *Sitzen hinter dem Steuer* auf der Autobahn aufgetreten. Behandlungsergebnisse: In 10 Fällen trat bereits in den ersten Tagen der Dipyron-Medikation eine völlige bis weitgehende Beschwerdefreiheit und ein Wiedergewinn der Beweglichkeit des Gelenkes in seinem gesamten Bewegungsumfang auf.“ (H. EHRENBURG, „Ärztliche Praxis“, 1964)

**In DÜSSELDORF:** „Die bei *zervikalen Schäden* häufig geklagten Parästhesien der Hände und Arme sprachen auf die Behandlung ebenfalls recht gut an. Bei sieben Fällen von *Periarthritis humeroscapularis* hat die Dipyron-Behandlung in keinem Falle versagt.“ (H. SÜTTINGER, „Der Landarzt“, 1963)

## Wie wirkt Dipyron?

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

## Der Wirkort von Dipyron



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

## Bestätigt die Grundlagenforschung diese therapeutische Konzeption?

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

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

„Die Röntgendiagnostik der Periarthrosen und der Periarthritis“

von A. LEB, „Fortschr. Röntgenstr.“:

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

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

**Dipyron - eine sinnvolle therapeutische Konzeption.**

Hersteller: JOHANN A. WÜLFING · DÜSSELDORF



# Schwäche durch Blutverlust? STADA hat B 12 Mardulcan®

Bei sekundären Anaemieformen. Zur Dauertherapie bei kompensierter Perniziosa, bei Erschöpfungszuständen, larviertem Eisenmangel, Strahlenschäden und in der Rekonvaleszenz. 1 Eßlöffel (= 15 ccm) enthält: 3 $\gamma$  lebereigene Vitamin B<sub>12</sub>, 5,5 mg Intrinsic-Faktor, 30 mg Eisen, 0,15 mg Kupfer. Flasche zu 250 g, Flasche zu 500 g

## Fortbildungskurs für Medizinisch-technische Assistentinnen

am 24. Oktober 1970 in Würzburg

Der Deutsche Verband Technischer Assistentinnen und Assistenten e.V. veranstaltet am 24. Oktober 1970 in Würzburg einen Fortbildungskurs.

Auf dem Programm stehen folgende Vorträge:

Prof. Dr. Stöcker, Pathologisches Institut der Universität Würzburg:

„Regenerationskapazität und Zellneubildungsmechanismus in der Rettenleber“

Chefarzt Dr. Drescher, Bern:

„Zuverlässigkeitskriterien bei Gerinnungsanalysen“

Dr. Drescher, Bern, Merz & Dade:

Demonstration einer automatischen Zellwasch-zentrifuge

„Computer in der Medizin“

Film von IBM

Priv.-Doz. Dr. W. Ross, Pathologisches Institut der Universität Würzburg:

„Anwendung manueller Lochkarten in der Medizin“

Auskunft: Frau G. Maier, Pathologisches Institut der Universität, 8700 Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2

## Veranstaltungen der „Ärztlichen Fortbildung im Chiemgau“ Im Jahre 1970

Mittwoch, 30. September 1970

Prien am Chiemsee

Theme:

„Diagnostik und Therapie des Herzanfalls“

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

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

Reiseroute: Venedig – Dubrovnik – Epidaurus – Istenbul – 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

Theme:

„Neue Wege zur Verringerung der Rückfallgefahr bei psychischen Störungen“

Referent: Prof. Dr. Haase, Düsseldorf

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

## Kurs für Laborhelferinnen

vom 2. bis 13. November 1970 in Nürnberg

Der nächste von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Kurs für Laborhelferinnen wird vom 2. bis 13. November 1970 an den Städtischen Krankenanstalten in Nürnberg durchgeführt.

Teilnahmevoraussetzung: Nachweis einer dreijährigen praktischen Tätigkeit im Laborbereich.

Anmeldungen: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85, Telefon (08 11) 33 20 21 (Apparat 27)

## 10. Bayerische Internistentagung

vom 20. bis 22. November 1970 in München

Die Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e.V. veranstaltet vom 20. bis 22. November 1970 in München, Ausstellungspark, die 10. Bayerische Internistentagung.

Das ausführliche Programm wird in der nächsten Ausgabe des „Bayerischen Ärzteblattes“ veröffentlicht.

Auskunft: Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e.V., 8036 Herrsching vor München, Summerstraße 3, Telefon (0 81 52) 200

## Veranstaltungskalender der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin München

Versorgungsmedizinische Fortbildungstagung  
20. bis 22. Oktober 1970

I. Sozialmedizinischer Kurs

2. bis 27. November 1970

Symposium für Epidemiologie und epidemiologische Methodik

25./26. November 1970

Wissenschaftliche Arbeitstagung „Büroarbeit“

am 4. Dezember 1970

C-Kurs für Arbeitsmedizin

1. bis 26. Februar 1971

Wissenschaftliche Arbeitstagung: „Nervliche und psychische Belastung am Arbeitsplatz“

18./19. März 1971

II. Sozialmedizinischer Kurs

19. April bis 14. Mai 1971

A-Kurs für Arbeitsmedizin

13. September bis 8. Oktober 1971

III. Sozialmedizinischer Kurs

8. November bis 3. Dezember 1971

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

In ähnlichem Maß wie im Juli vorigen Jahres stieg im Berichtsmonat die Erkrankungshäufigkeit an übertragbarer Hirnhautentzündung an. An der durch Meningokokken erregten Form erkrankten vier je 100 000 Einwohner (im Vormonat drei), an den übrigen Formen elf gegenüber sieben Personen im Juni je 100 000 der Bevölkerung (umgerechnet auf ein Jahr). Die Zahl der Meldungen von Scharlachfällen gingen dagegen im Juli zurück, die Erkrankungsziffer sank von 46 im Juni auf 33 je 100 000 Einwohner.

Auch im Juli traten nur einzelne Fälle von Typhus, Paratyphus und Ruhr auf. Die Häufigkeit von Salmonellose-Erkrankungen (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) nahm von 21 Fällen im Juni auf 27, jeweils auf 100 000 Einwohner bezogen, zu. Die Erkrankungsziffer an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) stieg im Juli nur geringfügig von 22 auf 24 Erkrankte von 100 000 Einwohnern.

**Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 28. Juni bis 1. August 1970 (vorläufiges Ergebnis)**

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11			
	Ophthalmie		Scharlach		Übertragbare										Typhus abdominale		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritide		Infectioes	
					Kinderlähmung		Hirnhautentzündung				Gehirnentzündung		Salmonellose								Übrige Formen			
					dar. pariel. Fälle		Meningokokken-Meningitide		Übrige Formen															
E <sup>1)</sup> ST <sup>2)</sup>		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	1	—	106	—	—	—	15	2	33	—	1	1	3	—	1	—	4	—	118	—	—	—		
Niederbayern	—	—	6	—	—	—	5	1	10	—	—	—	—	—	—	—	1	—	11	—	—	—		
Oberpfalz	—	—	28	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	1	1	—	—	26	—	—	—		
Oberfranken	—	—	49	—	—	—	9	—	30	1	—	—	—	—	—	—	—	—	32	—	6	1		
Mittelfranken	1	—	73	—	—	—	5	—	18	—	3	2	—	—	—	—	1	—	34	—	—	—		
Unterfranken	—	—	36	—	—	—	3	—	4	—	2	—	2	—	1	—	—	—	27	—	3	—		
Schwaben	—	—	38	—	—	—	3	—	8	—	—	—	—	—	2	—	—	—	31	—	6	—		
S a y e r n	2	—	336	—	—	—	40	3	108	1	6	3	5	—	5	1	6	—	279	—	15	1		
München	1	—	61	—	—	—	3	—	11	—	—	—	1	—	—	—	4	—	55	—	—	—		
Nürnberg	—	—	18	—	—	—	1	—	12	—	2	2	—	—	—	—	—	—	10	—	—	—		
Augsburg	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—		
Regensburg	—	—	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—		
Würzburg	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	9	—	—	—		

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22	
	Botulismus		Hepatitis infectiosa		Milzbrand		Ornithose (übrige Formen)		Feldflieber		Malaria-Erkrankung		Q-Fieber		Toxoplasmose		Trachom		Wundstarrkrampf		Verdachtsfälle von Tollwut <sup>3)</sup>	
Oberbayern	—	—	82	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Niederbayern	—	—	46	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Oberpfalz	1	—	29	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	4
Oberfranken	—	—	10	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	6
Mittelfranken	—	—	17	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2
Unterfranken	—	—	23	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	3	—	11
Schwaben	—	—	39	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	1	22
B a y e r n	1	—	246	—	1	—	3	—	1	—	1	—	1	—	2	—	—	—	—	7	3	45
München	—	—	44	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

\* Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

<sup>1)</sup> „E“ = Erkrankungen (einschl. der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle.

<sup>2)</sup> „ST“ = Sterbefälle.

<sup>3)</sup> Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtigtes Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

**Die röntgenologische  
Nachkontrolle  
objektiviert,  
warum Ihr Magenpatient  
sich subjektiv rasch  
wieder wohl fühlt**

**RABRO®**

**überzeugt durch Wirkungsweise und  
Therapieerfolg bei akuter und chronischer  
Gastritis, Ulcus ventriculi et duodeni,  
Hyperacidität, Ulcusrezidiv-Prophylaxe.**

**Antacida**

schaffen die Voraussetzung für  
ein günstiges Heilungsmilieu:  
heben den pH-Wert an,  
inaktivieren gleichzeitig das  
Pepsin,  
bewirken sofortige und nach-  
haltige Schmerzbefreiung

**Succus liquiritiae**

steigert die Sekretion  
hemmt die Säureproduktion

**Bismutum subnitricum**

gibt zusätzlich Schleimhautschutz

Rabro erhält die Arbeitsfähigkeit  
threr ambulanten Magenpatienten  
meist ohne besondere Diät.

Dosierung:  
3 x täglich 1 bis 2 Tabletten

Handelsformen:  
24, 48 und 120 Tabletten  
Anstaltspackungen



**H. Trommsdorff · Arzneimittelfabrik · 51 Aachen**

## Mitteilungen

### Gruppenversicherungsvertrag mit der „Vereinigten“ verbessert

Bekanntlich unterhält die Bayerische Landesärztekammer mit der Vereinigten Krankenversicherung AG und deren Tochtergesellschaft, der Salus Krankenheuskosten - Versicherungs - AG, einen Gruppenversicherungsvertrag. Er ermöglicht allen Kammermitgliedern und ihren Familienangehörigen einen Krankenschutz zu weitgehenden Vergünstigungen und wesentlich niedrigeren Beiträgen.

Dieser Gruppenversicherungsvertrag wurde durch einen neuen Vertrag ersetzt, der die bislang erworbenen Rechte wahrt und den Versicherten weitere Verbesserungen bringt. So konnten beispielsweise die Leistungen der Krankentagegeld-Versicherungen für tuberkulöse Erkrankungen um 52 Wochen erweitert werden. Ferner wurde der Beginn der Leistungspflicht zugunsten der Versicherten vorverlegt: Bei Abschluß ohne Wartezeiten besteht nunmehr für Erkrankungen, die nach Antrags-eingang bei den Gesellschaften erstmals aufgetreten sind, Anspruch auf Leistungen ab Versicherungsbeginn – bisher setzte die Leistungspflicht erst für die nach Versicherungsbeginn neu eintretenden Erkrankungen ein.

Scheidet ein Arzt aus dem Gruppenvertrag aus, so verpflichten sich die Gesellschaften, den Vertrag in Form einer Einzelversicherung weiterzuführen. Wenn der Arzt aus unserem Kammerbereich in ein anderes Bundesland zieht, hat er die Möglichkeit, weiterhin die Vorteile der Gruppen-

versicherung wehzunehmen. Bekanntlich hat die Vereinigte mit festellen Ärztekammern im Bundesgebiet gleichlautende Gruppenversicherungsverträge abgeschlossen.

Das Tarifangebot des Gruppenversicherungsvertrages umfaßt:

#### Krankentagegeldversicherung für niedergelesene Ärzte

(DM 10,- bis DM 100,- pro Tag). Leistungsbeginn ab 4. oder 8. Tag der völligen Arbeitsunfähigkeit – bis zur Dauer von 104 Wochen für eine Krankheit und deren Folgen. Zusätzlich kann ein weiteres Krankentagegeld in Höhe von DM 10,-, DM 20,- usw. bis DM 100,- ab 29. Tag vereinbart werden. Durch diese Kombination ist es also möglich, Einkommensausfall bis zu einem Tagessatz von DM 200,- abzusichern.

#### Krankentagegeldversicherung für angestellte Ärzte

(DM 10,- bis DM 100,- pro Tag) nach Beendigung der Gehaltsfortzahlung. Leistungsbeginn: ab 7., 14. oder 27. Krankheitswoche. Mit diesem Verdienstausschalttarif kann der angestellte Arzt sein Gehalt volle 2 Jahre sichern.

#### Krankenhaustagegeldversicherung für alle Ärzte

eb 1. Krankenhaustag. Ohne zeitliche Begrenzung. Bis DM 100,- pro Tag.

#### Krankenheuskostenversicherung

bis DM 100,- täglich für mitversicherte Familienangehörige.

Die erheblichen Vergünstigungen einer Gruppenversicherung liegen auf der Hand:

1. Die Beiträge sind gegenüber einer Einzelversicherung wesentlich ermäßigt.

2. Leistungen erfolgen auch bei Kur- und Aufenthalt, bei Berufs- oder Sportunfällen und bei Erkrankungen im Ausland.
3. Wenn ein bestehender Versicherungsschutz im Kalenderjahr um nicht mehr als 50% erhöht wird oder wenn der Antrag innerhalb von 6 Monaten nach Beginn des Gruppenversicherungsvertrages bzw. nach Erfüllung der jeweiligen Voraussetzungen, wie z. B. Niederlassung, Umsiedlung, Heirat, Geburt und ähnliches, gestellt wird, gelten zusätzlich weitere Vergünstigungen:

„Alle Wartezeiten entfallen. Nicht behandlungsbedürftige Vorerkrankungen werden (evtl. gegen Risikozuschlag) eingeschlossen. Die Gesellschaften verzichten auf das Recht, einen Antrag abzulehnen.“

**Wichtiger Hinweis:** Kammermitglieder, die noch nicht an dem Gruppenvertrag teilnehmen oder die ihren bei den Gesellschaften bestehenden Versicherungsschutz erweitern möchten, können die unter 3. genannten Vergünstigungen ebenfalls beanspruchen, wenn ein entsprechender Antrag bis zum 31. Dezember 1970 gestellt wird.

#### Das 624-DM-Gesetz für Arbeitnehmer

Die staatliche Hilfe bei der Vermögensbildung ist derzeit in einem Umbruch begriffen. Nach dem Dritten Vermögensbildungsgesetz vom 27. Juni 1970 (BGBl. I, S. 930) bleibt es zwar für 1970 noch einstweilen bei der bisherigen Form der Freiheit von Lohnsteuer und Sozialversicherungsabgaben für vermögenswirksam angelegte Beträge. Jedoch ist der Höchstbetrag der begünstigten Sparbeiträge, der bisher DM 312,- bzw.



**ROWACHOL®**

**Cholagogum Choloretikum**

**Tropfen  
Kapseln  
Suppos.  
Comp.**

**Rationell  
und gezielt  
therapieren**

**Bei  
Leber- und  
Gallenleiden  
Gallensteinen**

ROWA-WAGNER K.G. ARZNEIMITTELFABRIK 506 BENSBERG

DM 468.— betrug, einheitlich auf DM 624.— angehoben worden. Jeder Arbeitnehmer kann also bis zum Jahresende noch die vermögenswirksame Anlage bis zu diesem Betrag in Anspruch nehmen. Wer im ersten Halbjahr 1970 höhere Beträge als die bislang zugelassenen angelegt hatte, kann die Steuerfreiheit im Lohnsteuerjahresausgleich oder bei der Einkommensteuerveranlagung 1970 nachholen. Die Vermögensbildung wird besonders dadurch Auftrieb erhalten, daß neben der IG Bau, Steine und Erden jetzt auch die IG Metall für rund 6 Millionen Arbeitnehmer einen Tarifvertrag über vermögenswirksame Leistungen mit der Arbeitgeberseite geschlossen hat.

Vom 1. Januar 1971 wird man wieder umdenken müssen: Der Gesetzgeber geht — wie auf vielen Gebieten — von der Steuerfreiheit, die eine unterschiedliche Auswirkung je nach der individuellen Steuerlastquote hat, zur direkten Subventionierung durch Zulagen über. Das bedeutet, daß in Zukunft die vermögenswirksamen Leistungen voll steuerpflichtig sind und der Sozialabgabepflicht unter-

liegen. Zum Ausgleich wird aber eine Zulage in Höhe von 30 v. H. der vermögenswirksamen Leistungen gewährt, die sich bei Arbeitnehmern mit drei oder mehr Kindern auf 40 v. H. erhöht. Das heißt, daß dann bei einer Sparleistung von DM 624.— eine Zulage von DM 187.20 bzw. DM 249.60 anfällt. Die Zulage wird vom Arbeitgeber berechnet und ausgezahlt. Der Arbeitnehmer ist in der Disposition über die Zulage frei, kann sie also sofort für sich verwenden. Erwähnt werden muß, daß die Zulage nur gewährt wird, wenn der zu versteuernde Einkommensbetrag nicht DM 24 000.— und bei Verheirateten nicht DM 48 000.— überschreitet. Hierbei ist zur Zeit noch offen, wie der Arbeitgeber im Einzelfall die Kenntnis von dieser Grenze erlangen soll, da je schließlich noch andere Einkünfte als die aus nichtselbständiger Arbeit beim Arbeitnehmer vorliegen können.

Neben den bisher schon bekannten Anlageformen (Sparverträge, Bau-sparverträge, Wertpapiersparverträge) ist ab 1971 auch der Lebensversicherungsvertrag zugelassen. Vor-

aussetzung ist, daß es sich um Kapitalversicherungen auf den Erlebens- und Todesfall mit einer Mindestlaufzeit von 12 Jahren handeln muß, die nach dem 30. September 1970 abgeschlossen wurden. Die Sparleistungen dürfen nicht zu Zusatzleistungen wegen Krankheit, Unfall oder Invalidität verwendet werden und müssen schon im ersten Vertragsjahr zu einem nicht kürzbaren Sparanteil von mindestens der Hälfte des geleisteten Beitrags führen. Es wird Aufgabe der Versicherungswirtschaft sein, entsprechende Vertragsgestaltungen anzubieten. Schließlich soll noch erwähnt werden, daß zur Zeit Überlegungen eingestellt werden, wie auch dem kleineren Unternehmer die Vermögensbildung erleichtert werden kann.

G. Seuer

#### Befreiung von der Rundfunk- und Fernsehgebühr

Die Rundfunk- und Fernsehgebühren wurden ab 1. Januar 1970 auf monatlich DM 8,50 erhöht. Diese Erhöhung erforderte aber, andererseits auch die bestehenden Möglichkeiten der Befreiung von dieser Gebühreneinzahlung



**ESDESAN®**

Dragées und Tropfen  
bei nervöser Unruhe und  
Schlafstörungen, Neurasthenie und vegetativen Dysregulationen

Packungen mit 30 und 60 Dragées  
Flaschen mit 25 und 50 ml  
Klinikpackungen

Schrifttum und Muster auf Anfrage



AKTIENGESELLSCHAFT FÜR MEDIZINISCHE PRODUKTE  
1 BERLIN 65

neu zu regeln. In Bayern erging hierzu am 8. April 1970 eine „Verordnung über die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht“. Die bisherige Trennung der Befreiungsmöglichkeiten, einerseits von der Zahlung der Rundfunkgebühr und andererseits unter anderen Voraussetzungen, von der Fernsehgebühr wurde aufgehoben. Es gibt jetzt nur noch eine einheitliche Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht, also von der Grundgebühr und der Fernsehgebühr.

Nach der neuen, ab 1. Mai 1970 geltenden Verordnung werden von der Rundfunkgebührenpflicht befreit:

- a) Sonderfürsorgeberechtigte nach § 27 c Bundesversorgungsgesetz;
- b) Blinde, von Blindheit Bedrohte oder nicht nur vorübergehend wesentlich Sehbehinderte;
- c) Hörgeschädigte, die durch eine Beeinträchtigung der Hörfähigkeit nicht nur vorübergehend wesentlich behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind;
- d) Behinderte mit einer nicht nur vorübergehenden Minderung der Erwerbsfähigkeit von wenigstens 80 v. H., wenn sie durch ihr Leiden ständig an die Wohnung gebunden sind oder wegen ihres Leidens ständig an öffentlichen Veranstaltungen nicht teilnehmen können;
- e) Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz oder ergänzender Hilfe zum Lebensunterhalt der Kriegsopferfürsorge;
- f) Pflegebedürftige, soweit ihnen Pflegegeld nach dem Bundessozialhilfegesetz oder der Kriegsopferfürsorge, Pflege nach § 558 RVO oder Pflegezulage bzw. ein entsprechender Freibetrag nach § 267 LAG gewährt wird.

Außerdem werden von der Rundfunkgebührenpflicht befreit Rundfunkteilnehmer, deren monatliches Nettoeinkommen zusammen mit dem Einkommen der mit ihnen in Haushaltsgemeinschaft lebenden Angehörigen nicht höher ist als DM 350,- zuzüglich der Kosten der Unterkunft und DM 110,- für jeden Angehörigen.

Die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht wird in allen diesen Fällen nur gewährt, wenn der Haushaltsvorstand oder sein Ehegatte zu dem vorgenannten Personenkreis gehören. Unbeschadet der obengenannten Regelungen kann der Baye-

rische Rundfunk auch in besonderen Härtefällen von der Rundfunkgebührenpflicht befreit werden. Die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht wird generell nur auf Antrag gewährt. Anträge können bei den Sozialämtern der Stadt- und Landkreise gestellt werden. Über diese Anträge entscheidet dann der Bayerische Rundfunk. Die Gebührenbefreiung wird bei Vorliegen der erforderlichen Voraussetzungen in der Regel für einen Zeitraum von drei Jahren ausgesprochen. Neben dieser Gebührenbefreiung für Einzelpersonen können aber auch besondere Einrichtungen oder Organisationen von der Gebührenpflicht befreit werden, u. a. Krankenhäuser; Einrichtungen für Behinderte; Einrichtungen der Jugendhilfe; Einrichtungen der Altenhilfe; Dienststellen der Bundeswehr, der Polizei, des Katastrophenschutzes und der Feuerwehr, soweit die Empfangsgeräte in Gemeinschaftsunterkünften bereitgehalten werden. Auch Schulen, soweit sie allgemeinbildende oder berufsbildende Schulen sind, werden von der Gebührenpflicht befreit. — elpe —

#### Förderpreis der Deutschen Diabetes-Gesellschaft

Anlässlich des 5. Kongresses der Deutschen Diabetes-Gesellschaft am 8. und 9. Mai 1970 in Bonn-Bad Godesberg wurde der von Bayer, Leverkusen, und der Schering AG, Berlin/Bergkamen, gestiftete Förderpreis der Deutschen Diabetes-Gesellschaft zum drittenmal verliehen.

Preisträger ist Herr Dr. med. Walter HUTH, Göttingen, dessen Dissertation über das Thema: „Zum Mechanismus der Gluconeogenese aus Pyruvat und Fumarat“ ausgezeichnet wurde.

Der Förderpreis der Deutschen Diabetes-Gesellschaft ist mit DM 11 000,- dotiert. Von diesem Betrag stehen dem Preisträger DM 10 000,- für seine weitere wissenschaftliche Ausbildung auf dem Diabetesgebiet und DM 1 000,- zur freien Verwendung zur Verfügung. Mit dem Förderpreis werden jährlich einmal junge Doktoranden ausgezeichnet, deren Dissertation von einer deutschen Hochschule mit der Note „sehr gut“ beurteilt wurde.

Eine Förderung wissenschaftlicher Arbeiten zur Erforschung der Zuckerkrankheit ist besonders deshalb von Bedeutung, weil viele Probleme, die im Zusammenhang mit dem Diabetes stehen, noch nicht geklärt sind.

#### Mitteilung der Münchener Universitätsgesellschaft

Die Gesellschaft von Freunden und Förderern der Universität München (Münchener Universitätsgesellschaft) e. V. konnte im Jahr 1969 der Münchener Universität einen Gesamtbetrag von rund DM 525 000,- zur Verfügung stellen.

Damit setzte sich der im letzten Geschäftsbericht bereits erwähnte Rückgang der Spenden bei insgesamt steigenden Anforderungen der Universität weiter fort, wenn auch erfreulicherweise nicht in dem befürchteten Ausmaß. Wir stellen mit Genugtuung fest, daß trotz der zahlreichen, z. T. wenig erfreulichen Diskussionen über die Lage an den Universitäten und deren Zukunft in weiten Kreisen der Bevölkerung das Bewußtsein lebendig geblieben ist, daß die Hochschulen heute mehr als je auf die Hilfe ihrer Freunde angewiesen sind. Es ist außerordentlich eindrucksvoll, daß unsere Bemühungen, der Universität über wirtschaftliche Engpässe hinwegzuhelfen, bei zahlreichen Persönlichkeiten auf größtes Verständnis stoßen.

So stiftete die Bayerische Vereinsbank aus Anlaß ihres 100jährigen Bestehens DM 50 000,-. Dem Institut für Experimentelle Chirurgie an der Chirurgischen Universitätsklinik wurde der gleiche Betrag von der Kurt-A.-Körper-Stiftung in Hamburg und ein weiterer in Höhe von DM 30 000,- von der Bayerischen Hypotheken- und Wechsel-Bank in München zur Verfügung gestellt. Auch die Wacker-Chemie spendete wieder einen namhaften Betrag.

Aus diesen großen Stiftungen und aus einer Vielzahl von kleineren und mittleren Spenden und Beiträgen unserer Mitglieder und Freunde, die ausschließlich zur Förderung von Forschung und Lehre bestimmt waren, konnte unsere Gesellschaft die Münchener Universität unterstützen. Dabei handelt es sich oft nur um Beträge von einigen hundert oder tausend DM, von deren rascher Verfügbarkeit aber oft der Erfolg der Weiterarbeit abhängt. Die kurzfristig und unbürokratisch erfolgende Zuwendung der Beträge stellt in der Regel eine weit über den materiellen Wert hinausgehende Hilfe dar, deren dringende Notwendigkeit uns von den bedachten Institutionen, Seminaren, Kliniken, Bibliotheken usw. immer wieder bestätigt wird.

### Boehringer Mannheim stiftet Preis für Biochemische Analytik

Am 29. April 1970 wurde im Rahmen der Tagung „Biochemische Analytik 70“ in München zum erstenmal der „Preis Biochemische Analytik“ verliehen. Preisträger ist Herr Dr. Eric Arthur NEWSHOLME, Universität Oxford. Er wurde für seine Arbeit „Ein neues Prinzip zur Bestimmung von Stoffwechselprodukten auf der Grundlage der Isotopenverdünnung und der enzymatischen Analyse“ ausgezeichnet.

### Filme

#### Herzstillstand – Reanimation

Unter dem Titel „Herzstillstand – Reanimation“ hat die Pharmazeutisch-Wissenschaftliche Abteilung der Bayer AG in der Informationsreihe „Notfallsituationen“ einen neuen medizinischen Fortbildungsfilm herausgebracht, der im Rahmen des medizinischen Filmprogramms auf dem 19. Deutschen Kongreß für ärztliche Fortbildung uraufgeführt wurde.

Der Film, an dem namhafte Wissenschaftler des In- und Auslandes mitgearbeitet, wurde mehrfach ausgezeichnet und erhielt den 1. Preis, verbunden mit dem Wenderpreis des Kongresses, ferner den 1. Preis des Senats der Stadt Berlin und die „Goldene Rose“ der Kongreß-Gesellschaft. Bereits 1969 war ein Bayer-Film von der Jury des Berliner Kongresses mit dem 1. Preis ausgezeichnet worden.

Ausgehend von der Erkenntnis, daß die Überlebenschance eines Patienten mit plötzlichem Herzversagen sich innerhalb der ersten drei Minuten entscheiden, zeigt der Film zunächst die Anwendung der erforderlichen therapeutischen Maßnahmen, die die Voraussetzung bilden für eine erfolgreiche Behandlung und für das Überleben des Patienten. Er informiert dann über die neuesten Möglichkeiten, die der Herzmedizin

heute beispielsweise mit batteriebetriebenen Herzschrittmachern zur Verfügung stehen. Bisher konnten eilein durch die Verwendung dieser Apparatur weltweit über 50 000 Menschen vor dem plötzlichen Herzstillstand bewahrt werden.

Die Bayer-Filmserie „Notfallsituationen“ – „Herzversagen“ ist der vierte Streifen in dieser Reihe – soll vor allem dem praktischen Arzt Hinweise zur rechtzeitigen Erkennung und Behandlung gefährlicher, unvermittelt auftretender Krankheitszustände geben.

#### Arterielle Durchblutungsstörungen

Bei einem unerwartet hohen Prozentsatz der Bevölkerung konnte anlässlich vieler Untersuchungen in den letzten Jahren eine arterielle Durchblutungsstörung festgestellt werden. In Praxis und Klinik begegnen die Ärzte immer häufiger dieser Erkrankung, die gar nicht ernst genug genommen werden kann. Am 13. Mai 1970 wurde traditionell in Berlin ein neuer medizinischer Fortbildungsfilm des pharmazeutischen Werkes Boehringer Mannheim uraufgeführt, der sich mit dieser gefährlichen Zivilisationserscheinung befaßt und dem Arzt bei der Früherkennung und rechtzeitigen, erfolgreichen Behandlung dieser Erkrankung helfen soll.

Für die Gestaltung zeichnet der Mannheimer Experte Eberhard Flincko verantwortlich.

Mit der Berliner Ärzteschaft hatten sich bedeutende Wissenschaftler, unter ihnen die Berater und Autoren des Filmes, und Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens in der Kongreßhalle versammelt. Der geschäftsführende Gesellschafter von Boehringer Mannheim, Curt Engelhorn, erinnerte an die in den vergangenen Jahren in Berlin erstmals gezeigten und inzwischen zum Teil mehrfach preisgekrönten wissenschaftlichen Filme seines Hauses. Die Werke über Leber- und Nierenerkrankungen und der

vorjährige Diabetesfilm fanden bei der deutschen Ärzteschaft große Anerkennung und wurden inzwischen auf vielen hundert Veranstaltungen ärztlicher Organisationen im In- und Ausland gezeigt. Der Präsident der Bundesärztekammer, Professor Dr. Fromm, fand ererkennende Dankesworte und wies auf die wechselnde Bedeutung dieser Art ärztlicher Fortbildung hin.

Die arteriellen Durchblutungsstörungen, mit denen sich der neue Film befaßt, haben schwere – unter Umständen tödliche – Krankheitsbilder zur Folge: Nekrose, d. h. Zerfall des Körpergewebes durch mangelhafte Durchblutung der Glieder, oder Innerlich – aus gleichen Gründen – Herzinfarkt oder „Hirnschlag“. Ursache der letzten beiden ist in vielen Fällen der plötzliche Verschluss einer Arterie durch Blutgerinnsel. Sehr oft gehen solchen plötzlichen dramatischen Zuständen schon längere Zeit unbeobachtete oder nicht beachtete Störungen durch krankhafte Gefäßveränderungen, z. B. Verengungen, voraus. Der neue Film will dem Arzt Wege zum frühen und noch rechtzeitigen Erkennen und zur richtigen Einschätzung dieser immer häufigeren Erkrankungen zeigen. 90 % beruhen auf einer Verkalkung der Gefäßwände (Arteriosklerose) und in der Folge auf einer Verstopfung durch gerinnendes Blut (Thrombose). Nur 10 % werden durch Entzündung der Gefäße verursacht.

Hier gibt der Film wesentliche Anhaltspunkte für die wahren Gründe: z. B. Tabakmißbrauch, Zuckerkrankheit, zu hoher Blutdruck, Stoffwechsel- oder Schilddrüsenstörungen und Gicht. Klare Erkenntnis der Ursachen von arteriellen Durchblutungsstörungen ermöglichen erst eine wirksame Behandlung. Im Film werden die Wege zur Untersuchung und Aufdeckung des Übels durch Szenen aus der ärztlichen Praxis und durch eindrucksvolle Trickaufnahmen verdeutlicht.

**Nieral**<sup>®</sup>  
Dragées

**Urologicum  
Desinficiens  
der Harnwege**



ARZNEIMITTELFABRIK SCHUCK KG 8501 SCHWAIG/NÜRNBERG

## Buchbesprechungen

Prof. Dr. H.-J. Duice: „**Klinisch-chemische Diagnostik**“. 180 S., 19 Abb., 8 Tab., kart., DM 9,80. Verlag Urban & Schwarzenberg, München.

Der Autor, Direktor des Instituts für Klinische Chemie und Biochemie am Klinikum Steglitz der FU Berlin, hat dieses Taschenbuch als Anleitung zum Kurs der Klinischen Chemie für seine Studenten geschrieben. Zweifellos wird es aber darüber hinaus entsprechend der weiteren Absicht seines Verfassers auch für Medizinisch-Technische Assistentinnen und für Ärzte von Nutzen sein, die Laboratoriumsdiagnostik betreiben. Das Büchlein beinhaltet praktisch alle Untersuchungsmethoden, wie sie einem gut eingerichteten Laboratorium der Praxis oder eines Krankenhauses mittlerer Größe abverlangt werden. Dabei finden auch die heute mit Recht immer mehr in den Gebrauch kommenden Schnelltests und Suchreaktionen Berücksichtigung. Bei jeder Probe werden in aller Kürze das Prinzip erklärt, die notwendigen Re-

agenzien angegeben, die Ausführung beschrieben und die Aussagekraft diskutiert; der Leser, der genaueres wissen will, findet außerdem in vielen Fällen Literaturhinweise. Aufstellungen der Maßeinheiten und der Normalwerte, Grundzüge für die Organisation eines klinisch-chemischen Krankenhauslaboratoriums, Hinweise zu seiner Rationalisierung einschließlich der Datenerfassung und -verarbeitung sowie der Statistik runden den konzentrierten Inhalt dieses kleinen Lehrbuches ab. Kritik verdient eigentlich nur das etwas lückenhafte Stichwörterverzeichnis und der hämatologische Bildanhang mit seinen primitiv anmutenden farbigen Abbildungen.

Dr. Dr. R. Fischer, Bad Kissingen

Dr. jur. Otto Gritschneider: „**Patient – Arzt – Versicherung**“. 347 S., kart., DM 4,80. Verlag Ullstein GmbH, Darmstadt.

Der bereits auf verschiedenen Gebieten hervorgetretene Autor widmet sich hier einem besonderen Spezialgebiet. Zu einer Fülle von „Stichwörtern“ wird teils eine Definition, teils eine sachliche Kommentierung

gegeben. Die Stichwörter sind ausgesprochen bemüht zusammengetragen, wobei auch Überflüssiges einbezogen wurde (vgl. z. B. die Definition des Begriffs „Ärztschaft“). Der Verfasser verzichtet im allgemeinen auf Hinweise aus Literatur und Rechtsprechung; dort, wo es doch geschieht, wäre eine Fundstellenangabe wünschenswert gewesen. Im übrigen wird in der Regel in knappen Sätzen ein zutreffender und erschöpfender Kommentar zu den angesprochenen Themen gegeben (beispielhaft „Praxisveräußerung“).

Das Bemühen des Verfassers ist sehr zu begrüßen; dem Verfasser geht es darum, die letztlich tiefe Verbundenheit zwischen Ärzten und Juristen in ihrer baldiger Zielsetzung zu verdeutlichen.

Poallingar, München

Prof. Dr. J. W. Rohen: „**Topographische Anatomie**“ – Kurzlehrbuch für Studierende und Ärzte. 282 S., 161 Abb., 9 Tafeln, Balacon. DM 59.—. F. K. Schettauer-Verlag, Stuttgart.

In zweiter Auflage wird jetzt ein Kurzlehrbuch topographischer Anatomie in die Reihe einschlägiger Fachbücher gereiht, das ohne Zweifel seinen Leserkreis finden wird. Gedacht ist es den Studenten klinischen Semesters oder an jenen auf Kurzinformation angewiesenen Leser. — Beide treffen auf ein klar gegliedertes Werk. Der Text ist sachlich umfassend, formal ist er prägnant und kurz ausgelegt, dabei bietet der Inhalt bestmöglichen Kontakt zu praktischen medizinischen Problemen, so z. B. in Anmerkungen über operative Zugangswege zu den Halseingeweiden oder Fragen der Intubationsnarkose bei kindlichem Kehlkopf.

Die graphische Gestaltung ist didaktisch gut: exponierte Überschriften, deutliche Absätze, geschicktes Einrücken eines quantitativ ausreichenden und qualitativ gut gebrachten Bildmaterials sowie tabellarische Gruppierungen deskriptiver Fakten neben ausreichendem Platz für eventuelle Eigennotizen.

Als Anhang sind in einer Falttafel auf Klapptafel genauere Beschreibungen mit einprägsamen Skizzen über Gefäß- und Nervenverzweigungen beigelegt.

Nicht zuletzt steht der Preis des vorliegenden Werkes in durchaus günstiger Relation zum Gebotenen.

Dr. H.-W. Basirsky, München

### 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 häutigen angeborenen Herzmißbildungen

Blömer: Auskultation des Herzens und ihrer hämodynamischen Grundlagen

Brastal: Wegweiser zum Geldverdienen

Bu'Lock: Biosynthese von Naturstoffen

Burton: Physiologie und Biophysik des Kreislaufs

Goldschmidt: Logopädische Untersuchung und Behandlung bei trüchkindlichen Hirngeschädigten

Göppart u. a.: Sexualität und Geburtenkontrolle

Grewe/Sachsse: Der operierte Krenke

Gruenagei: Intrathorakale Milzverlagerung bei portaler Hypertension

Hellermann/v. Kargar: Forensische Jugendpsychiatrie

Hofmann: Die Fehlgeburt

Jansen/Jussen: Lautbildung bei Hörgeschädigten

Korting: Therapie der Hautkrankheiten

Krautweld: Digitalis-Therapie mit Hilfe von Dosierungs-Tabellen

Langanohl: Der weiterführende Leseunterricht bei Lernbehinderten

Lassanich: Sexualwissen und Geschlechtererziehung in der Lernbehindertenschule

Pitzan/Rössler: Kurzgefaßtes Lehrbuch der Orthopädie

van Riper/Irwin: Artikulationsstörungen

Roschke: Die proktologische Sprechstunde

Scala: Handbuch der Diätetik

So: Das Elektrokardiogramm bei Herzlehrern

Schönbach: Pankreaserkrankungen

Stingi: Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Krankheitslehre und Pflege-technik)



Johannes XXIII.: „Briefe an die Familie.“ Band II, 1945—1962; herausgegeben von Francesco Loris Cepovilla; übersetzt von P. Pagendern, F. Schmal, E. Wagener; Redaktion: F. Johna. 412 S., EfaIn, DM 30,—. Verlag Herder, Freiburg.

Die „Briefe an die Familie“, die jetzt auch in deutscher Ausgabe geschlossen vorliegen, sind ein einzigartiges Dokument. Der soeben erschienene zweite und abschließende Band umfaßt die Jahre vom Ende des zweiten Weltkrieges bis zum Jahre 1962, als Johannes XXIII. bereits über vier Jahre die Kirche regierte und des Konzil bereits begonnen hatte. Die Briefe, die er in diesem Zeitabschnitt als Nuntius aus Paris (seit 1944), als Kardinal und Patriarch von Venedig (seit 1953) und schließlich als Papst (seit 1958) an seine Angehörigen schrieb, zeigen die gleiche Wärme, die gleiche väterliche Liebe und Sorge und die gleiche enge Familienbindung wie der erste Brief des jungen Seminaristen Angelo und zeigen, daß die Grundstruktur seines Wesens sich nicht änderte, sondern nur immer deutlicher hervortrat.

Dieses bewegende Zeugnis selbstloser Mitmenschlichkeit und existentiell gelebten Christentums des großen Charismatikers auf dem Papstthron, wird seine Gestalt den Herzen der zahllosen Verehrer aus allen Schichten und aus allen Lagern noch näher bringen.

Priv.-Doz. Dr. Dieter Lüders: „Lehrbuch für Kinderkrankenschwestern.“ 7. neubearbeitete Auflage. Band I und II. Pro Band ca. 660 S., ca. 150 Abb., Balacron. Preis pro Band DM 46,—. Für Sammelbezug: Bei Abnahme von jeweils 10 und mehr Exemplaren eines Bandes DM 37,—. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Die 7. Auflage des Lehrbuches für Kinderkrankenschwestern wurde von Privatdozent Dr. med. D. Lüders und Mitarbeitern (ehemals Professor Jop-

pich) völlig neu bearbeitet und durch einen umfangreichen theoretischen Teil wesentlich erweitert. Dabei war es das erklärte und begrüßenswerte Ziel, die heutige Kinderkrankenschwester in den Grundlagen der Medizin und speziell der Kinderheilkunde so auszubilden, daß sie in der Lage ist, den heute so kompliziert gewordenen und an das pathophysiologische Verständnis hohe Anforderungen stellenden diagnostisch-therapeutischen Apparat zu durchschauen und ihm — an der Seite des Arztes — kritisch und verantwortungsvoll zu begegnen. Bemerkenswert am ersten Band, der u. e. die Grundlagen der Physik, Chemie, Anatomie, Physiologie, Entwicklungslehre, Genetik und die Entwicklung des gesunden Kindes behandelt, ist ein Anhang mit Normwerten, Erklärungen von Abkürzungen und Fremdwörtern; eine weitere Hilfe beim täglichen Kampf um das Verständnis. Mag die Besprechung der speziellen Krankheiten im Vergleich zum theoretischen Teil etwas kurz geraten sein, so ist das 2bändige Lehrbuch doch als Unterstützung einer hochstehenden Kinderkrankenschwesterausbildung sowie als Nachschlagewerk für die Kinderkrankenschwester mit abgeschlossener Ausbildung zu empfehlen.

Dr. K. Harms, München

Prof. Dr. Dietrich Schmähl: „Entstehung, Wachstum und Chemotherapie maligner Tumoren.“ 2. neubearbeitete und erweiterte Auflage. 420 S., 81 Abb., 51 Tab., Genzleinen. DM 54,—. Editio Cantor KG, Aulendorf.

Die Krebsforschung hat in den letzten Jahren eine enorme Ausweitung erfahren. Ihre Probleme werden nicht mehr ausschließlich von Medizinern bearbeitet, sondern in ebenso starkem Maße auch von Chemikern, Physikern, Genetikern, Statistikern usw. Das hat dazu geführt, daß es selbst für einen auf dem Krebsgebiet arbeitenden Forscher nur noch schwer

möglich ist, das Gesamtgebiet der Krebsforschung zu überschauen. Die Forschungsaktivitäten haben ihre Begründung darin, daß der Krebs in vielen Teilen der Welt in den letzten Jahren zugenommen hat. Jeder fünfte Mensch stirbt an der Krankheit und etwa jeder dritte erkrankt an ihr. Somit steht der Krebs hinsichtlich Mortalität und Morbidität mit an der Spitze aller schweren Erkrankungen.

Wegen der engedeuteten Vielfältigkeit der Krebsforschung behandelt das vorliegende Buch nur Teilfragen des Krebsproblems, und zwar hauptsächlich vom Standpunkt des Pharmakologen und Toxikologen aus gesehen. Gemäß den Arbeitsrichtungen dieser Disziplinen werden zunächst nach einer allgemeinen historischen Einführung und einer kurzen Diskussion methodischer Fragen und der heute aktuellen Krebstheorien Probleme der Umweltkerzinogenese vorwiegend durch exogene chemische Karzinogene behandelt. Die Besprechung dieses Teilgebietes erscheint im Rahmen einer notwendigen Krebsprophylaxe von besonderer Bedeutung. Danach werden Fragen des Krebswachstums und der damit verbundenen Problematik besprochen. Ein eigenes Kapitel ist der Metastasierung gewidmet. Die Kenntnis der Vorgänge beim Krebswachstum bilden die notwendige Voraussetzung für eine Krebstherapie. Das Buch endet mit einer Besprechung der chemotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten.

Wenngleich bei den behandelten Themen die Ergebnisse der experimentellen Forschung im Vordergrund stehen, hat der Autor sich bemüht, diese im Zusammenhang mit den klinischen Erfahrungen beim Menschen zu diskutieren und die Bedürfnisse der Klinik zu berücksichtigen. Über 3000 Literaturangaben erleichtern die weitere Orientierung.

Der Text des Buches ist so gehalten, daß er sowohl den Fachmann im eng-

**Tonsilgon® bei Lymphatismus**

steigert die Infektabwehr deutlich

BIONORICA KG  
NÜRNBERG

sten Sinne als auch den Kliniker und den praktisch tätigen Arzt und den interessierten Studenten entspricht. Es wird an vielen Stellen mit aller Deutlichkeit darauf hingewiesen, wie unbefriedigend unsere Kenntnisse in sehr entscheidenden Fragen noch sind und wo Ansatzpunkte für eine weitere Forschung liegen könnten. Die vielen noch ungelösten Probleme sollen die jüngere Generation dazu anspornen, sich in Laboratorium, Klinik und Praxis aktiv an der Krebsforschung zu beteiligen.

Prof. Dr. E. F. Pfeiffer u. a.: „**Handbuch des Diabetes mellitus.**“ Band I. 964 S., 178 Abb., 41 Tab., Ganzleinen, DM 290,-. J. F. Lehmanns Verlag, München.

Der vorliegende I. Band des „Handbuches des Diabetes mellitus“ vermittelt in Beiträgen von 47 internationalen Autoren einen umfassenden Überblick über Pathogenese und Pathophysiologie dieser Erkrankung. Ausgehend von der Morphologie und Physiologie des Inselapparates werden Intermediärstoffwechsel und seine Regulationen eingehend dargestellt. Ein Abschnitt ist dem spontanen und experimentellen tierischen

Diabetes mellitus gewidmet. Es werden sowohl die chemisch-analytischen Probleme des Insulins und Glukagons als auch ihre biologischen Wirkungen auf die einzelnen Gewebsarten abgehandelt, daneben aber auch der Stoffwechseleffekt der anderen diabetogenen Hormone dargestellt. Die Diskussion des Wirkungsmechanismus der oralen Antidiabetika leitet schließlich zum vorgesehenen II. Band über, der die Klinik des Diabetes mellitus behandeln wird.

Das Buch ist für jeden, der sich mit dem Diabetes mellitus wissenschaftlich oder praktisch beschäftigt, zu empfehlen. Es stellt eine reiche Quelle an bekannten Aspekten und neuen Informationen dieses Krankheitsbildes dar, das ja gerade in den letzten Jahren durch die Einführung moderner Untersuchungsmethoden (Immunologie, Histochemie, Elektronenmikroskopie, Radioisotopentechnik) große Fortschritte gebracht hat und in dieser geschlossenen Form bisher nicht abgehandelt vorlag. Die einzelnen Abschnitte werden durch sehr umfangreiche Literaturangaben vervollständigt.

Dr. A. Wunderer, Nürnberg

## 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.

### Oktober 1970

1. – 3. 10. in Nürnberg:
  2. Fortbildungstagung der Arbeitsgemeinschaft für internistische Intensivmedizin. Auskunft: Prof. Dr. U. Gessler, 8500 Nürnberg, Kontumazgarten 14 – 16.
2. – 4. 10. in Bad Nauheim:
  8. Fortbildungskongreß der Landesärztekammer Hessen. Auskunft: Landesärztekammer Hessen, 6000 Frankfurt 90, Broßstraße 6.
3. – 4. 10. in Weißenhorn:
  4. Klinisches Wochenende in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer. Auskunft: Dr. E. Thäle, 7912 Weißenhorn, Krankenhaus.

# Jetzt Zeit gewinnen



Wenn Sie bis zum 30. 9. Bausparer bei der Landesbausparkasse werden – dann gewinnen Sie Zeit. Dann können Sie bis zu einem halben Jahr früher in eigenen vier Wänden wohnen. Und dann sparen Sie Geld. Denn dann können Sie ein halbes Jahr früher mit dem Mietzahlen aufhören. Lassen Sie sich diesen Vorteil nicht entgehen.

Denn soviel ist sicher: Einen Bausparvertrag werden Sie früher oder später doch brauchen, um an Ihr Ziel zu kommen. Nur so sichern Sie sich billiges Baugeld – als unkündbare II. Hypothek zu nur 5% Zins. Zusammen mit der Sparkasse oder der Bayerischen Gemeindebank bieten wir die „Finanzierung aus einer Hand“. Auch der Staat hilft Ihnen: Für Ihre Sparleistung erhalten Sie jedes Jahr eine Bausparprämie bis zu 520 Mark, für Arbeitnehmer bis zu 1000 Mark und mehr. Aber nicht vergessen!

## Termin: 30. September

Fragen Sie gleich die Sparkasse oder unseren Bezirksleiter.

 **LANDESHAUSPARKASSE**

8 MÜNCHEN 2 • KAROLINENPLATZ 1 • TELEFON: 217 21

4. – 10. 10. in Baden-Baden:

**Hauptversammlung der Verbände der Ärzte Deutschlands (Hartmannsbund) e.V.** Auskunft: Dr. K. H. Raasa, 5300 Bonn-Bad Godesberg, Kölner Straße 40–42.

5. – 9. 10. in Nauherberg:

**Strehlschutzkura (2. Fortbildungskura).** Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Nauherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

5. – 10. 10. in Innsbruck:

**Praktischer EKG-Kura.** Auskunft: Frau M. Boida, Sekretariat der Medizinischen Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.

8. – 10. 10. in München:

**Gemeinsame Tagung der Deutschen und Französischen Gesellschaft für Neurologie.** Auskunft: Priv.-Doz. Dr. I. Kugler, 8000 München 15, Nußbaumstraße 7.

8. – 11. 10. in Regensburg:

**45. Fortbildungstagung des Kollegiums für ärztliche Fortbildung Regensburg (Themen: „Wirbelsäule – Blutungen und Thrombosen – Psychiatrie und Psychotherapie in der Praxis“).** Auskunft: Sekretariat des Kollegiums, 8400 Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5 a.

10. – 11. 10. in Bad Nenndorf:

**Fortbildungskura der Ärztekammer Niedersachsen.** Auskunft: Frau Doz. Dr. T. Behrand, 3052 Bad Nenndorf, Medizinische Hochschule Hannover.

10. – 11. 10. in Bad Salzungen:

**Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Westfalen-Lippe.** Auskunft: Ärztekammer Westfalen-Lippe, 4400 Münster, Kalsar-Wilhelm-Ring 4–6.

10. – 11. 10. in Bad Wiessee:

**18. Fortbildungskurs in Praktischer Medizin.** Auskunft: Dr. K. Neresheimer, 8182 Bad Wiessee, Neureuthstraße 4.

10. – 11. 10. in Innsbruck:

**Klinisches Wochenende der Medizinischen Universitätsklinik.** Auskunft: Frau M. Boida, Sekretariat der Klinik, A-6020 Innsbruck.

10. – 11. 10. in München:

**Kurs für manuelle Behandlung der Extremitäten-Gelenke.** Auskunft: Sekretariat der FAC, 4700 Hamm, Ostallee 83.

12. – 13. 10. in Innsbruck:

**Übungskura in klinischer Elektrodiagnostik.** Auskunft: Frau M. Boida, Sekretariat der Medizinischen Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.

12. – 14. 10. in München:

**75. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin.** Auskunft: Prof. Dr. W. Zörkanödörfar, 4902 Bad Salzungen, Extarsche Straße 30.

12. – 16. 10. in München:

**1. Europäischer Endoskopie-Kongreß.** Auskunft: Priv.-Doz. Dr. R. Ottanjann, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12.

12. – 17. 10. in Innsbruck:

**Hämatologiekura für Fortgeschrittene mit praktischen Übungen.** Auskunft: Frau M. Boida, Sekretariat der Medizinischen Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.

14. – 17. 10. in Berlin:

**24. Deutsche Tagung für Tuberkulose und Lungenkrankheiten.** Auskunft: Dr. K. Unhoitz, 1000 Berlin 22, Kladow Damm 221.

14. – 18. 10. in Locarno:

**Kongreß der Europäischen Union für Sozialmedizin.** Auskunft: Dr. B. Luban, Piazza Fontana Pedrazzini, CH-6600 Locarno.

16. – 18. 10. in Bad Nauheim:

**EKG-Kurs der Landesärztekammer Hessen.** Auskunft: OMDr. Dr. A. H. Lammerz, 6350 Bad Nauheim, Ernst-Ludwig-Ring 2.

19. – 23. 10. in Nauherberg:

**Röntgen-Strahlenschutzkurs.** Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

22. – 23. 10. in Erlangen:

**17. Ärztlicher Fortbildungskura in praktischer Kardiologie mit Einführungsseminar.** Auskunft: Dr. W. Haes, 8520 Erlangen, Östliche Stadtmeuarstraße 29.

22. – 24. 10. in Baden-Baden:

**XIV. Baden-Badener Herbsttagung für Balneologie und physikalische Therapie.** Auskunft: Badeärztlicher Verein, 7570 Baden-Baden, Sofianstraße 35.

24. – 25. 10. in Baden-Baden:

**Tagung der internationalen Gesellschaft für Homotoxikologie und anti-homotoxische Therapie.** Auskunft: Dr. F. Doerpar, 7570 Baden-Baden, Bertholdstraße 7.

24. – 25. 10. in Bad Homburg v. d. H.:

**Tagung der Arbeitskreise für Neurovegetative Therapie.** Auskunft: Dr. D. Gross, 6000 Frankfurt, Biebergassa 1.

26. – 30. 10. in Bad Homburg v. d. H.:

**3. Neurotherapeutische Kurwoche.** Auskunft: Dr. D. Gross, 6000 Frankfurt, Biebergassa 1.

27. – 31. 10. in Baden-Baden:

**Tagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie.** Auskunft: Prof. Dr. W. Staehler, 7400 Tübingen, Calwer Straße 7.

29. – 30. 10. in Gießen:

**8. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Angiologie.** Auskunft: Priv.-Doz. Dr. F. Heinrich, 6300 Gießen, Klinikstraße 32 b.

31. 10. – 2. 11. in Bad Nauheim:

**Fortbildungsveranstaltung der Landesärztekammer Hessen.** Auskunft: OMDr. Dr. A. Lemmarz, 6350 Bad Nauheim, Ernst-Ludwig-Ring 2.

#### Belegenhinweis:

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beifügt:

1. L. Heumann, Nürnberg
2. Chemipharm, Saarbrücken
3. Nettermann, Köln – Urologicum –

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85/III, Telefon 33 20 21, Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

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

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gebler, 8000 München 15, Postfach, Sonnenstraße 29, Telefon 55 80 81, Fernschreiber: 05 23 66 2, Telegrammadresse: etles-press. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scherschinger, München.

Druck: Druckerel und Verlag Hans Zeuner Jr., 8060 Dechou.

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

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