



Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Dezember 1970

Zum Jahreswechsel

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Für die Ärzte unseres Landes geht ein bewegtes Jahr zu Ende. Mehr denn je steht der Arzt im Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion. Keum an einem Tag konnte man in diesem Jahr Zeitungen aufblättern, ohne etwas aus unserem Bereich zu finden. Ob niedergelassene Ärzte oder Krankenhausärzte, jede Gruppe hat ihren Teil abbekommen. Wir sind es seit eh und je gewöhnt – und es spricht für das Interessante unseres Berufes –, daß Romane und Filme, welche sich mit Ärzten beschäftigen, immer besonders zugkräftig waren. Ob dabei der Arzt der Gute und die Operationsschwester die Böse war oder umgekehrt – der Erfolg des Autors war stets gesichert.

Jetzt sind es wesentlich gegenwartsnahe Dinge. Der niedergelassene Praktiker, welcher angeblich nicht rechtzeitig einen Hausbesuch machte, wird öffentlich bereits verurteilt, bevor überhaupt eine Untersuchung der Behauptungen stattgefunden hat. Die Chefärzte sind langsam aber sicher in der veröffentlichten Meinung zur Ausgeburt des Bösen gemacht worden. Daß wir Ärzte natürlich alle nur noch merkantil denken, versteht sich ganz von selbst. So kann man es immer wieder lesen und sehen.

Wenn wir uns eber von einem Berufsgenossen distanzieren oder ihn disziplinieren, weil er gegen die Grundsätze der pflichtgetreuen ärztlichen Berufsausübung verstoßen hat, dann können wir sicher sein, daß er als Märtyrer der Standestyrannie offene Illustriertenspalten findet. Wenn wir fragwürdige Außenseitermethoden kritisch beleuchten, dann sind wir die bornierten Schulmediziner, welche den Fortschritt hindern wollen. Man het nur leider bisher nirgends eine Begründung dafür gelesen, warum wir zum Beispiel kein Interesse daran haben sollten, Krebskranke zu heilen, wenn es dafür angeblich bereits Methoden gibt. Merkantil gesehen wäre das doch für jeden von uns Schulmedizinern das bessere Geschäft.

Um die ärztliche Versorgung zu verbessern, wurde in diesem Jahr die grandiose Idee propagiert, bei den Krankenhäusern die ambulante Voruntersuchung und Nachbehandlung einzuführen. Das soll offenbar geradezu ein Patentrezept sein, um die Bettennot zu beseitigen. Daß wir den alten Opa auch bei weniger schwerer Erkrankung ins Krankenhaus einweisen müssen, weil infolge der Vollbeschäftigung niemand mehr zuhause ist, der ihm den Tee kocht oder die Wärmflasche bereitet, konnte man noch nirgends lesen.

Das stille, aber verbissene Ringen um die Trägerschaft in der Präventivmedizin hat der Bundestag im Sinne der Kassenärzte entschieden. Diese Aufgabe soll ihnen in eller Form zugewiesen werden. Auch dagegen wenden sich nicht wenige mit der Begründung, dazu seien die Kassenärzte gar nicht befähigt. Andere formulieren es in der „menschenfreundlichen“ Formel, man könne doch die armen niedergelassenen Kassenärzte nicht mit neuen Aufgaben überlasten und sollte deshalb die Präventivmedizin besser in Krankenhäusern oder eigenen Instituten organisieren und durchführen.

Leider gibt es auch in unseren eigenen Reihen Stimmen, die solche Auffassungen vertreten. Natürlich kann man den ärztlichen Berufsstand auch „voll sozialisiert“ beschäftigen. Es gibt dafür Beispiele, wenn wir unseren Blick nach Osten wenden. Bis jetzt konnte allerdings noch niemand darlegen, daß dort, wo es geschieht, der Patient besser ärztlich betreut wäre als bei uns. Beobachtungen, wie man sie bei der Grippeepidemie am Beginn dieses Jahres machen konnte, werden leider schnell vergessen. In dieser Zeit waren es nämlich die so merkwürdig denkenden Ärzte der freien Praxis, welche Tag und Nacht, teilweise selbst krank, von Haus zu Haus eilten, um die Patienten zu betreuen.

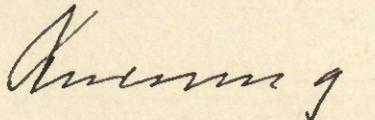
Wir verkennen keineswegs, daß es manchen personellen Engpaß in der ärztlichen Versorgung gibt und wir sind auch nicht der Meinung, daß des Krankenhauswesens keiner weiteren Verbesserung bedürfte. Den gewünschten Verbesserungen kommen wir aber nicht näher mit einer Verteilung der Ärzte und einer Zerschlagung bewährter Formen ihrer Arbeit und Zusammenarbeit. Weder das Ambulatorium am Krankenhaus, noch das klassenlose Krankenhaus bringen uns einen Schritt weiter. Wir Ärzte sind mehr als viele andere in den Fortschritt eingespannt und an ihm interessiert. Es ist einfach abwegig, uns zu unterstellen, wir würden dauernd auf der Bremse stehen. Wenn die Öffentlichkeit bereit wäre, mit uns zu planen, wäre manches Problem einfacher zu lösen.

Daß wir trotz allem konstruktiv in unserer Arbeit geblieben sind, zeigen die neue Approbationsordnung für Ärzte, die neue Berufsordnung und die Ergebnisse der Arbeiten, die wir auf allen Gebieten des Gesundheitswesens fortgeführt haben. Wir werden uns auch in der Zukunft durch nichts davon abhalten lassen, die Ziele zu verfolgen, welche wir nach reiflicher Überlegung im Interesse aller Beteiligten, der Patienten und der Ärzte, für die richtigen halten.

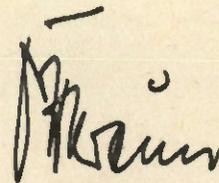
Nachdem in wenigen Wochen unsere Amtsperiode in der ärztlichen Berufsvertretung zu Ende geht, möchten wir allen Kolleginnen und Kollegen für ihre Unterstützung und ihr Vertrauen herzlich danken.

Für das kommende Jahr wünschen wir Ihnen Glück und Segen!

Ihre



Professor Dr. Sewering



Dr. Hermann Breun

Weihnachtsaufruf der ärztlichen, zahn- und tierärztlichen Organisationen für die Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“

Sehr verehrte Frau Kollegin!

Sehr geehrter Herr Kollege!

Wie jedes Jahr rufen wir auch an diesem Weihnachtsfest alle Kolleginnen und Kollegen der Bundesrepublik und Westberlins auf, mit einer Spende die Tätigkeit der Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ zu unterstützen und diesem Gemeinschaftswerk der westdeutschen Heilberufe die Erfüllung seiner Aufgaben zu ermöglichen.

Unverändert werden von der Stiftung über 900 Kollegenkinder betreut, da nach wie vor jedes Jahr 80 bis 100 junge Menschen in die Obhut der Stiftung übernommen werden und damit diejenigen ersetzen, die ihre Berufsausbildung abgeschlossen haben und dann aus der Betreuung der Stiftung ausscheiden. Immer noch ist es erforderlich, daß wir mit unseren Spenden helfen, weil die öffentlichen und caritativen Unterstützungen in diesen geprüften Einzelfällen zur Sicherung der Berufsausbildung ebensowenig ausreichen wie die teilweise noch vorhandenen Familienmittel.

So geht es zunächst um schlichte materielle Hilfe gegenüber solchen, die sich selbst nicht helfen kön-

nen. Darüber hinaus helfen wir mit unseren Spenden auch all den Kollegenfamilien aus dem anderen Teil Deutschlands, die an der Hilfe für ihre Kinder gehindert sind. Jeder, der selbst ein Kind hat, kann sich vorstellen, was es bedeutet, für dieses Kind nicht selbst sorgen zu können. Und jeder hat sich sicher auch schon einmal überlegt, was wohl mit seinem Kind geschehen würde, wenn er selber nicht mehr selbst sorgen könnte. Von hier aus ist es dann nicht mehr schwierig, die Gefühle derer nachzuempfinden, die ihre Kinder in Obhut von Kollegen wissen. Freiwillig, kollegial und ohne große Worte die Sorge für unsere Kollegenkinder zu übernehmen, zeichnet die Heilberufe der Bundesrepublik nunmehr seit über 15 Jahren aus. Die Stiftung ist das Instrument dieser gemeinsamen Sorge. Der Dank, den sie von vielen Seiten erhält, gebührt all den zahlreichen Spendern und Helfern.

Wir sind ganz sicher, daß wir auch in diesem Jahr nicht vergeblich an Sie appellieren mit der Bitte, mit Ihrer Spende, einmalig oder noch besser in regelmäßigen Abständen, unseren Kollegenkindern auch im kommenden Jahr ihre Berufsausbildung zu sichern.

Mit vorzüglicher kollegialer Hochachtung

Prof. Dr. F r o m m

Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages

Dr. M u s c h a l i k

1. Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Dr. M e t z n e r

Vorsitzender des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund)

Dr. O d e n b a c h

1. Vorsitzender des Marburger Bundes, Verband der angestellten und beamteten Ärzte Deutschlands, Bundesverband

Dr. R o o s

Bundevorsitzender des Verbandes der Niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV)

Frau Minister a. D. Dr. L e n a O h n e s o r g e

1. Vorsitzende des Deutschen Ärztinnenbundes

Dr. W a l t h e r

1. Bundevorsitzender des Deutschen Kassenarztverbandes

Dr. H a u p t

Vorsitzender des Berufsverbandes der Praktischen Ärzte Deutschlands

Dr. H ü s k e n

1. Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände (AFB) – Verband der Fachärzte Deutschlands

Prof. Dr. H o p f

1. Vorsitzender des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands

Obermedizinaldirektor Dr. B ö h m

Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V.

Dr. V e i g e l

Präsident des Bundesverbandes der Deutschen Zahnärzte

Dr. P i l l w e i n

Bundevorsitzender des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte

Dr. S c h u l z

Präsident der Deutschen Tierärzteschaft

Für die Avisierung Ihrer Spende benutzen Sie, bitte, die beiliegende Spendenkarte. Für Ihre Direktüberweisung stehen Ihnen die Konten Dresdner Bank Stuttgart Nr. 497977 – Württembergische Landessparkasse Stuttgart Nr. 59194 – Städtische Girokasse Stuttgart Nr. 2481218 – Postscheckkonto Stuttgart Nr. 41533 zur Verfügung.

Grundsätze und Ziele der deutschen Bildungspolitik und ihre Auswirkungen auf das Gesundheitswesen *)

von Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering

Der Auftrag, ein Referat über Grundzüge und Ziele der deutschen Bildungspolitik und ihre Auswirkungen auf das Gesundheitswesen und besonders den Arztberuf zu halten, hat mich vor eine schwierige Aufgabe gestellt. Die Literatur zu dem Thema „Bildungspolitik“ füllt zweifellos große Archive und selbst der Strukturplan für das Bildungswesen, welcher im Frühjahr dieses Jahres im Rahmen der Empfehlungen der Bildungskommission des Deutschen Bildungsrates erschienen ist, umfaßt nicht weniger als 350 Seiten. Dazu kommen noch die Empfehlungen des Wissenschaftsrates über den Hochschulbereich, welche bisher noch nicht gedruckt vorliegen. Man kann sich als Arzt also nur allgemein über die Grundsätze informieren und versuchen, die Auswirkungen auf das Gesundheitswesen und den eigenen Beruf zu ermessen, fast möchte ich sagen zu erraten. Als Staatsbürger muß sich im übrigen jeder sein eigenes Urteil bilden.

Kernpunkte des Bildungsprogramms sind:

- die Einführung einer vorschulischen Erziehung der 3- und 4jährigen,
- die Einschulung zum Pflichtunterricht für die 5jährigen,
- eine obligatorische Schulzeit, als allgemeine Bildungspflicht bezeichnet, bis zum vollendeten 16. Lebensjahr,
- die Möglichkeit eines qualifizierten Abschlusses, Abitur I genannt, nach 10 Schul- bzw. Bildungsjahren, der Ausbau einer weiteren 3jährigen Stufe mit einem vielfältigen Lernangebot und der Möglichkeit eines Abschlusses mit einem Abitur II
- und schließlich der verstärkte Zugang zur Hochschule, die zur Gesamthochschule ausgebaut werden soll.

Der Leitgedanke des gesamten Aufbaus dieses Bildungsmodells ist es, daß das gesamte Schulsystem vertikal und soweit als möglich auch horizontal durchlässig sein soll. Das besagt, daß kein Schüler im Verlauf seiner Ausbildungsjahre sich in einer Sackgasse finden soll, wenn er erkennt, daß er andere oder weitergehendere Interessen oder Begabungen hat als für den gerade eingeschlagenen Weg oder Ausbildungsabschnitt erforderlich.

Es soll also sichergestellt sein, daß der in Ausbildung befindliche junge Mensch seine Ausbildung sowohl

auf einer höheren Stufe im gleichen Interessenbereich als auch durch Wechsel auf ein anderes Interessengebiet fortsetzen kann.

Im einzelnen sieht der Plan folgende Gliederung vor: Die unterste Stufe — Elementarbereich genannt — gilt der vorschulischen Erziehung in einem völlig neu konzipierten Kindergarten, der die 3- und 4jährigen aufnehmen soll. Dabei bleibt es den Eltern überlassen, ob sie von dieser Möglichkeit Gebrauch machen wollen oder nicht. Es wird die Auffassung vertreten, daß dem früheren Lernen heute eine besondere Bedeutung für die intellektuelle und emotionale Entwicklung des Kindes, insbesondere für die Entwicklung seiner Lernfähigkeit, zukomme. Ein Kind werde, so heißt es, während seiner ersten drei Lebensjahre in seiner Entwicklung am besten gefördert, wenn ihm seine Familie eine verständnisvolle und anregende Umwelt biete. Für die 3- und 4jährigen gelte diese Feststellung jedoch nicht mehr. Es sei erwiesen, daß Kinder in diesem Alter vom psychologisch und pädagogisch gutgeführten Kindergarten in vielfältiger Hinsicht eine bedeutende Förderung ihrer Entwicklung erfahren könnten.

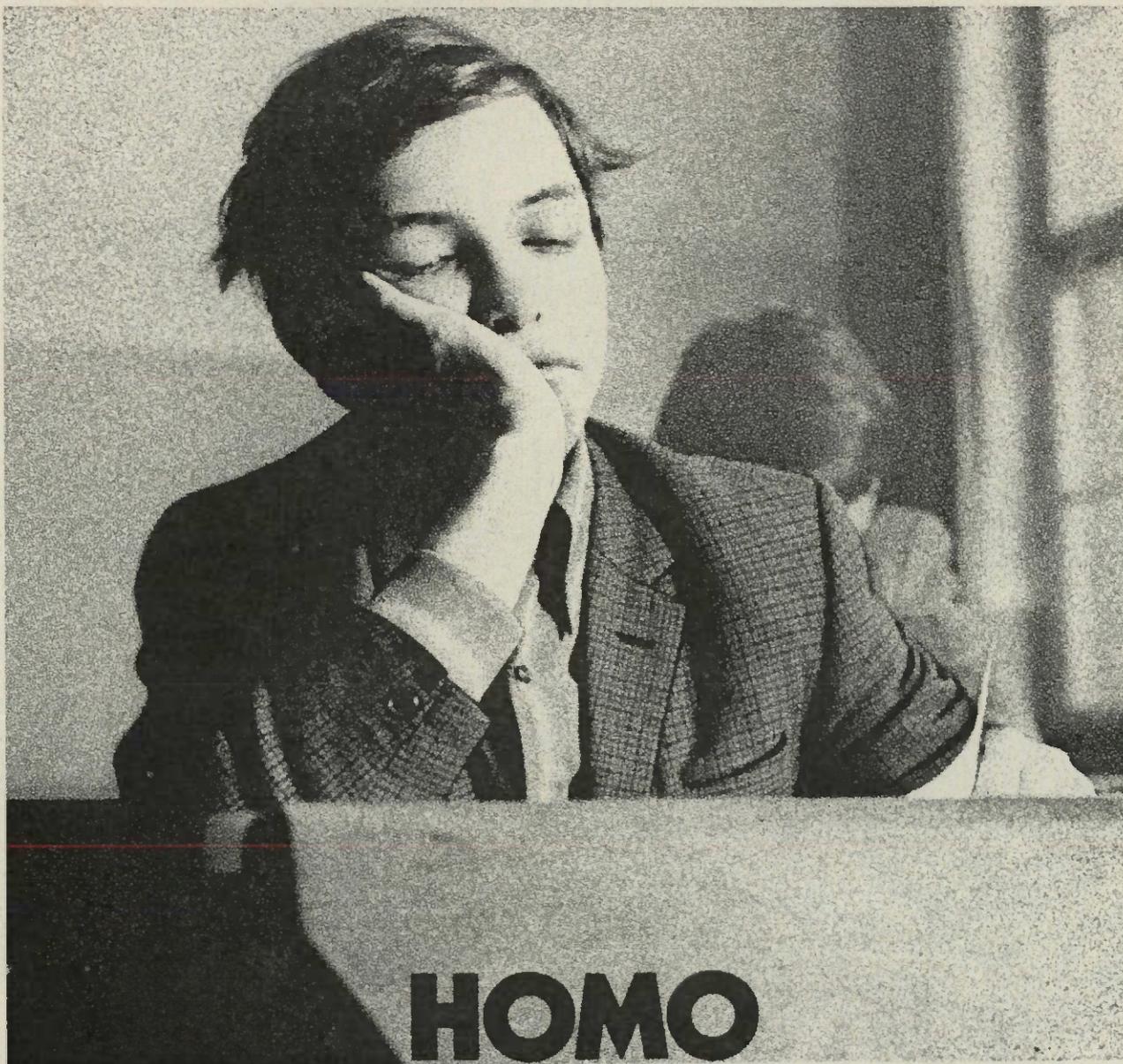
Mit der Erreichung des 5. Lebensjahres beginnt der Pflichtunterricht und das Kind tritt in den sogenannten Primarbereich ein. Dieser soll gegliedert sein in eine Eingangsstufe von zwei Jahren und in eine dann folgende Grundstufe von weiteren zwei Jahren.

Das 5. und 6. Schuljahr wird als „Orientierungsstufe“ bezeichnet, was bedeuten soll, daß das Kind unter Beratung seiner Lehrer in diesen zwei Jahren seine eigenen Lernmöglichkeiten und Interessengebiete zur Vorbereitung auf die spätere Wahl eines geeigneten Ausbildungsschwerpunktes erkennen soll.

Nach diesen sechs Schuljahren folgt der „Sekundarbereich“, welcher in einer Sekundarstufe I und in eine Sekundarstufe II gegliedert ist. Eine offene Frage, ob die Orientierungsstufe zum Primarbereich oder zum Sekundarbereich gerechnet werden soll, hat für uns kein Interesse.

Die erwähnte Sekundarstufe I, zu der die jetzigen Hauptschulen, Realschulen und Gymnasien zu rechnen wären, umfaßt das 7. bis 10. Schuljahr. Gerade dieser Bereich ist deshalb von besonderem Interesse, weil hier das bildungspolitische Ziel, möglichst alle Jugendlichen zu einem qualifizierten Abschluß in einem Abitur I zu führen, seine Realisierung finden muß. Die Lehrpläne der verschiedenen Schultypen, die dieser Stufe zuzurechnen sind, sollen sehr weitgehend aneinander angeglichen werden, um die Querdurchlässigkeit von einem Schultyp zum anderen zu gewährleisten. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, daß die herkömmliche Unterscheidung zwischen volkstümlich-praktischer Ausbildung für Hauptschüler, gehobener praxis- und berufsorientierter Ausbildung für Realschüler und wissenschaftlich orientierter Ausbildung für Gymnasiasten „nicht mit dem Selbstverständnis einer offenen und demokratischen Gesellschaft zu vereinbaren“ sei.

*) Gastreferat auf der Hauptversammlung 1970 des Verbandes der Ärzte Deutschlands Hertmannbund e. V. am 8. Oktober 1970 in Baden-Baden



HOMO HYPOTONICUS

OTWAG

Jugendlicher mit Schulhypotonie.
Akzelerierter Junge, blaß und
appetitlos, verträgt Bahn- und
Busfahrten schlecht, neigt zu
Schwindel, Ohnmacht, Erbrechen,
Konzentrationsschwäche.
Schwierigkeiten in der Schule.
Höchste Zeit für Novadral.

**Novadral hilft
dem Kreislauf
auf die Beine**

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**



Die Sekundarstufe I soll gegliedert sein in zwei Blöcke zu je zwei Jahren. Dabei ist vorgesehen, daß im zweiten Block, also in den letzten beiden Jahren, bereits reichliche Möglichkeiten der Schwerpunktbildung in der Ausbildung eingeräumt werden sollen.

Den Abschluß der Sekundarstufe I bildet das Abitur I. Dieses Abitur I ist bereits entsprechend den verschiedenartigen Lehrangeboten des zweiten Teils der Sekundarstufe I verschieden profiliert und soll je nach der erworbenen Qualifikation auch verschieden weiterbildende Bildungsgänge der Sekundarstufe II eröffnen.

Man ist sich allerdings darüber klar, daß auch bei höchstmöglicher individueller Förderung nicht alle Schüler die Lernziele des qualifizierten ersten Abschlusses erreichen werden. Deshalb wird es neben dem Abitur I noch das „Abschlußzeugnis“ geben.

Nach Beendigung dieses Bildungsabschnittes erfolgt der Übergang in die Sekundarstufe II, die drei Jahre dauern soll. Es ist von Interesse, festzustellen, daß der Übergang in diese Stufe nicht unbedingt an das bestandene Abitur I geknüpft wird. Es soll in der Sekundarstufe II Lernende mit und ohne Abitur I geben, wobei die Schüler, welche nur ein Abschlußzeugnis haben, durch entsprechende Förderung dann während der Zeit ihrer Ausbildung in der Sekundarstufe II Gelegenheit bekommen sollen, das Abitur I zu irgendeinem Zeitpunkt nachzuholen.

Im übrigen ist die Sekundarstufe II gekennzeichnet durch eine vielfältige Differenzierung. Sie kann also unter keinen Umständen etwa verglichen werden mit den letzten drei Klassen eines derzeitigen Gymnasiums. Es werden ihr zugerechnet die Berufsschule mit der betrieblichen Lehre, die Berufsaufbauschulen und Berufsfachschulen, alle übrigen Fachschulen und Fachoberschulen und natürlich auch die gymnasiale Oberstufe, wie sie uns geläufig ist.

Der Vielfalt des Lernangebotes in dieser Sekundarstufe II entspricht auch die Unterschiedlichkeit, also die Differenzierung des Abiturs II, welches diesen Abschnitt abschließt.

Es wird ausdrücklich betont, daß jeder mit dem Abitur II abgeschlossene Bildungsgang in einem Studiengang im Hochschulbereich fortgesetzt werden kann, jedoch begründet ein Abitur II bestimmter Profilierung keinen Anspruch auf Zulassung zu jedem beliebigen Fachstudium.

Wenn ich es richtig verstanden habe, eröffnet lediglich das Abitur II am Ende der gymnasialen Oberstufe den Zugang sowohl zu den wissenschaftlichen Hochschulen und Fachhochschulen als auch zu anderen Ausbildungsgängen außerhalb der wissenschaftlichen Hochschulen oder Fachhochschulen und zur beruflichen Praxis.

Nachdem nicht daran gedacht ist, daß alle, die das Abitur II bestanden haben, dann eine Hochschule besuchen, sollen anschließende berufliche Ausbildungsgänge besonders gefördert werden.

Von Interesse für unsere weiteren Überlegungen ist es, daß die spezialisierte Krankenschwester, wie etwa die Operationsschwester oder Diätenschwester, als Beispiele für eine Ausbildung in der Sekundarstufe II genannt wird.

Bevor wir uns der Hochschulausbildung zuwenden, sei noch die Frage beantwortet, wie weit die Jugendlichen eines jeweiligen Jahrgangs in den verschiedenen Bildungsstufen erfaßt und ausgebildet werden sollen. Es wurde einleitend schon betont, daß die obligatorische Schulzeit bis zum 16. Lebensjahr geht. Der Primarbereich und die Sekundarstufe I gehören also für alle Kinder und Jugendlichen zur Pflichtausbildung. Alle Angehörigen eines Geburtsjahrgangs haben also — dies wäre das bildungspolitische Ziel — die Chance, das Abitur I abzulegen. Man hofft, daß in den Achtzigerjahren etwa 50 % eines Geburtsjahrgangs eine Vollzeitausbildung in der Sekundarstufe II absolvieren. Von diesen Schülern — so nimmt man an — werden wiederum etwa die Hälfte, also rund 25 % des Geburtsjahrgangs, eine überwiegend berufsbezogene Ausbildung erhalten, während weitere 25 % dann nach Ablegung des Abiturs II von der Hochschule aufgenommen werden sollen.

Wenn man davon ausgeht, daß der Geburtsjahrgang rund gerechnet mit einer Million angenommen werden kann, so würden also nach dem vorgetragenen Modell 250 000 junge Menschen, vielleicht auch 300 000, ein Hochschulstudium anstreben. Daß solche Zahlen nicht von der Hochschule im heutigen Sinn erfaßt und in den von ihr angebotenen Studiengängen untergebracht werden können, ist offensichtlich unbestritten. Deshalb soll die Hochschule zu einer Gesamthochschule ausgebaut werden, welche einen sehr breiten Fächer von Studienmöglichkeiten anzubieten hat.

Dabei ist zu denken an die Einbeziehung schon bestehender Studiengänge an höheren Fachschulen, aber auch an die Schaffung völlig neuer Studiengänge. Der Grundsatz der vertikalen und horizontalen Durchlässigkeit soll dabei auch in diesem Bereich weitestgehend verwirklicht werden. Der Student soll also sowohl die Möglichkeit haben, zumindest innerhalb verwandter Studiengänge zu wechseln oder die Schwerpunkte zu ändern, als auch nach Abschluß eines Studiums in die nächsthöhere Stufe überzugehen.

Man denkt daran, daß es Studiengänge mit zwei bis drei Jahren neben solchen mit vier bis sechs Jahren geben wird. Auch dazu eine Schätzung: Auf den Geburtsjahrgang bezogen nimmt man an, daß etwa 15 bis 18 % ein zwei- bis dreijähriges Studium wählen werden, 5 bis 6 % das vierjährige Lehramtsstudium und weitere 5 bis 6 % ein vier- bis sechsjähriges Studium, welches also den heutigen Studiengängen entspräche.

Wenn wir nun die Frage nach den Auswirkungen auf die Medizin stellen, so sei zunächst noch einmal an die angestrebte Gesamtzahl von etwa 250 000 Studienanfängern pro Jahr erinnert. Man wird damit rechnen müssen, daß sich davon etwa 10 %, also rund 25 000,

für einen Gesundheitsberuf interessieren. Nachdem wohl niemand im Ernst daran denken kann, einer solchen Zahl von Studienanfängern das Arzt- oder Zahnarztstudium anzubieten, stellt sich zwangsläufig die Frage, ob man nicht weitere Berufe im Bereich des Gesundheitswesens in die Ausbildung an der Gesamthochschule aufnehmen und damit also zu einem akademischen Beruf anheben muß.

Soweit bisher bekannt ist, wird der Wissenschaftsrat vorschlagen, in Zukunft Krankenschwestern, Hebammen, medizinisch-technische Assistentinnen bzw. Assistenten, Krankengymnastinnen und -gymnasten sowie Diätassistentinnen auf der Hochschule auszubilden. Neu sollen eingeführt werden ein biomedizinischer Techniker und ein Berufsbild, das man mit den Begriffen Gemeindeschwester – Sozialhelfer umschreiben könnte. Für alle diese Berufe käme ein zwei- bis dreijähriges Studium, das mit einer Diplomprüfung abgeschlossen wird, in Frage.

Erinnern darf ich hier, daß die Bildungskommission eine Ausbildung der Krankenschwester als Beispiel für den Sekundarbereich erwähnte.

Für das Arztstudium wird es wohl bei einem sechsjährigen Studiengang bleiben, allerdings mit einer Neugestaltung des Studienablaufes im ersten Abschnitt.

Der Wissenschaftsrat wird empfehlen, für alle Ausbildungszweige, die soeben aufgezählt wurden, also einschließlich des ärztlichen, eine gemeinsame Einführungsstufe von einem Jahr zu schaffen. Erst dann sollen sich die Wege trennen und berufsbezogener werden. Nach diesem Jahr würden sich demnach die Anforderungen an den Studenten, der Arzt werden will, erheblich steigern und wissenschaftlich orientieren.

Soweit die Darstellung. – Und nun zu den Konsequenzen.

Wie sollen wir Ärzte auf diese Vorstellungen und Empfehlungen reagieren, welche Fragen stellen sich für uns?

Dazu eine Vorbemerkung:

Es handelt sich hier offensichtlich weniger um die Realisierung von wissenschaftlichen Ergebnissen der Bildungsforschung, sondern um ein bildungspolitisches Konzept, über das man zuerst als Staatsbürger, als mehr oder weniger politisch denkender Mensch nachdenken sollte.

Es wird von den Bildungspolitikern nicht in erster Linie nach der Fragestellung beurteilt, ob das alles sinnvoll und nützlich ist und ob bei den Gegebenheiten der menschlichen Intelligenz und Leistungsbereitschaft die Ziele erreicht werden können. Dafür spricht ein Auszug aus dem Protokoll der 24. Sitzung des Deutschen Bundestages. Die Abgeordnete Frau Dr. WALZ stellte folgende Frage:

„Auf welche Unterlagen der Begabtenforschung stützt sich der Minister für Bildung und Wissenschaft, wenn er die Meinung vertritt, daß in Zukunft 50 % eines jeden Geburtsjahrgangs das Abitur II in einer dreifach differenzierten Form ablegen können, wenn

die Elemente des kritisch-rationalen Denkens, die er mit dem Abitur II vermitteln will, schon im Abitur I, das er ebenfalls von 50 % ablegen lassen will, erreicht sein sollten?“

Sie wurde vom Parlamentarischen Staatssekretär beim Bundesminister für Bildung und Wissenschaft, Dr. von DOHNANYI, wie folgt beantwortet:

„Die Frage der Quantität – Zugang zum tertiären Sektor – ist eine Frage, die man nicht, auf jeden Fall nicht allein, durch sogenannte Begabungsforschung aufklären kann. Wie bekannt ist, ist im Bereich der Begabungsforschung die Debatte über die bestehenden Begabungsreserven durchaus nicht ausgetragen.

Die Frage ist also in erster Linie eine Frage des politischen Entschlusses und einer langfristigen Vorstellung vom demokratischen Bildungswesen für unsere Gesellschaft. Diese Frage kann nicht die Begabungsforschung allein lösen, sondern sie muß im Rahmen der politischen Konzeption und der Vorstellung von der Bildung in ihrer Bedeutung für die gesamte Gesellschaft entschieden werden.“

Unsere Überlegungen als Ärzte konzentrieren sich auf die Auswirkungen in unserem engeren Bereich.

Folgende Fragen sollten diskutiert werden:

Ist es sinnvoll, die Ausbildung der genannten Berufe in die Gesamthochschule zu verlagern? Kann man diese Entwicklung überhaupt verhindern, selbst wenn man zu dem Ergebnis käme, daß das nicht sinnvoll, vielleicht sogar von Nachteil wäre?

Ergeben sich nach Realisierung der dargestellten Pläne Konsequenzen für den Beruf des Arztes? Gegebenenfalls welche? Wird möglicherweise die Berufsausübung, das Berufsbild des Arztes – so wie wir es heute sehen – berührt, verändert, vielleicht sogar gefährdet? Müssen wir damit rechnen, daß Bereiche ärztlichen Tuns – aus der Sicht des Jahres 1970 – in andere Hände übergehen könnten, wenn wir die mögliche Entwicklung der Achtzigerjahre berücksichtigen?

Ich beschränke mich bewußt darauf, heute die Fragen zu stellen und unterlasse jeden Versuch einer Antwort!

Niemand erwartet von uns, daß wir heute antworten. Weder Resignation noch Aufruhr wäre die richtige Reaktion. Die Dinge wachsen nicht von heute auf morgen.

Wozu wir uns aber sofort entschließen sollten, entschließen müssen, das ist die Einleitung innerärztlicher Beratungen mit dem Ziel, eine ärztliche Konzeption zu erarbeiten, neue Entwicklungen in die Wege zu leiten, wenn es notwendig ist, und dafür Vorsorge zu treffen, daß der Arzt der Achtzigerjahre seine Aufgabe so erfüllen kann, wie er sie im Interesse unserer Mitmenschen erfüllen muß!

Dabei sollten wir eine altbewährte Reihenfolge besonders beachten: **Nachdenken, beraten und dann handeln!**

Bei Schnupfen



Der Schornsteinfeger Räucherkerzen sorgt für den Durchzug im Kamin. Bei Schnupfen löst das Luftproblem schnell, sicher, einfach Otriven.

C I B A

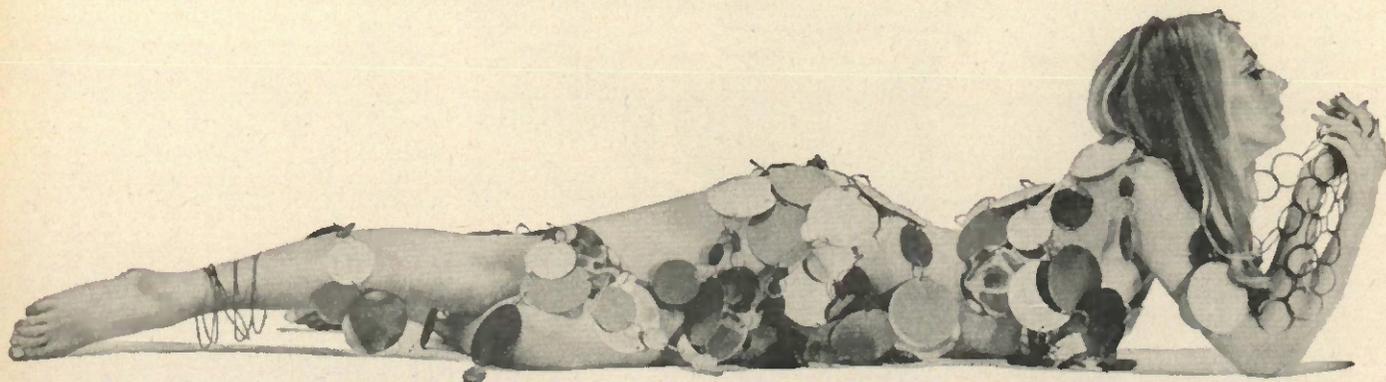
OTRIVEN[®]
OTRIVEN[®]-MILLICORTEN[®]

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

Geigy

Eisen außen?
Eine flüchtige Laune
der Mode.

Eisen innen?
Der klare Wille der Natur.



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

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

Frührehabilitation nach Herzinfarkt?

von M. J. Halhuber

Übersicht

1. Was müßte heute im Rahmen einer Frührehabilitation nach Herzinfarkt im Krankenhaus, zu Hause oder in einer spezialisierten Rehabilitationsklinik geschehen? (Idealforderungen)
2. Was geschieht tatsächlich oder besser: Was geschieht nicht? (Bilanz)
3. Was könnte schon heute durchgeführt werden (organisatorische Vorschläge zur Verbesserung der Frührehabilitation nach Herzinfarkt bei Sozialversicherten und Erörterung des Für und Wider von „Anschlußheilmaßnahmen“)

Rehabilitationsmaßnahmen im Stadium IV (überwiegend akute Schonungsphase)

1. Planung einer medikamentösen Langzeittherapie im Hinblick auf
 - a) Antikoagulantien
 - b) Dauerdigitalisierung
 - c) Arrhythmieprophylaxe
 - d) Differentialtherapie mit Koronarmitteln
2. Ärztliches Gespräch zur Verarbeitung des Infarktereignisses und zur Vorbereitung für das Leben danach
3. Geeignete Lektüre über Risikofaktoren
4. Krankengymnastik zur Frühmobilisation, Atemgymnastik

Rehabilitationsmaßnahmen im Aushellungsstadium III (überwiegend Aufbauphase)

1. Bewegungstherapie (Aufbautraining)
2. Medikamentöse Langzeittherapieplanung
 - a) Antikoagulantien
 - b) Dauerdigitalisierung
 - c) Arrhythmieprophylaxe
 - d) Dauerbehandlung von Grundkrankheiten (Hochdruck, Diabetes, Hyperlipämie), die zum Infarkt geführt haben
3. Ernährungsberatung
4. Physikalische Therapie (Kneipp'sche Anwendungen)
5. Raucherentwöhnung
6. Gruppenpsychotherapie (autogenes Training)
7. Gesundheitserziehung (programmiertes Lernen)

1. Idealforderungen der Frührehabilitation

Die ersten beiden Tabellen geben in Stichworten die Rehabilitationsmaßnahmen wieder, die bereits in der „Schonphase“ nach akutem Infarkt begonnen, besonders intensiv aber in der „Aufbauphase“ unmittelbar nach der Krankenhausentlassung, sobald der Patient wieder gehfähig ist, durchgeführt werden sollen. Ich glaube, daß ich in diesem Zusammenhang auf Einzelheiten nicht einzugehen brauche. Neben dem Aufbau

eines individuellen Langzeitbehandlungsplanes, der vor allem auch die zum Infarkt führenden Grundkrankheiten berücksichtigen muß, sollte ein individueller Bewegungstherapieplan aufgrund ergometrischer Untersuchungsergebnisse und schließlich – last but not least – ein intensives psychotherapeutisches Gespräch in Gang kommen, das den Patienten von der Angst, für immer gehandicapt zu bleiben, befreit und eine Gesundheitserziehung, die den Patienten in Stand setzt, die für ihn besonders wichtigen Risikofaktoren für die Zukunft in den Griff zu bekommen.

„Wir würden keine Rehabilitationsmaßnahmen auf Kosten des Versicherungsträgers durchführen, wenn es nur auf die Ausheilung des Herzinfarktes ankäme. Das ist eine Voraussetzung. Es kommt uns vor allem darauf an, ein Fortschreiten des Grundleidens, der Koronarkrankheit, zu verhindern“ (H. BOCK, Voraussetzungen und Möglichkeiten der Rehabilitation beim Herzinfarkt vom Standpunkt des Versicherungsträgers, Niedersächsisches Ärzteblatt, Kongreß-Sonder-Nr. 1967, 40).

„Die allgemeine Therapie des Herzinfarktgenesenden ist als die dem Verhalten des Patienten zugewandte Behandlung zu definieren. Mit dem Begriff der ethotropen Therapie wird deshalb die Summe aller Bemühungen bezeichnet, den Patienten zu einem mündigen Leben mit seiner manifesten oder wieder latent bzw. asymptomatisch gewordenen koronaren Herzerkrankung hinzuführen. Dazu gehören Informationen über die Bedeutung von Risikofaktoren, Ernährung und Bewegung. Noch wichtiger sind Unterrichtungen über die Lernmöglichkeiten und die Einübung individuell möglichst sinnvoller Verhaltensweisen. Unter aktiver Mitarbeit des Patienten praktisch ausgeführte Bewegungstherapie und physikalische Therapie sind wesentliche Schienen der ethotropen Behandlung.“ (L. DELIUS und S. KRAMER, Die Behandlung nach Myokardinfarkt, Med. Klin., 64, 42, 1901 – 1905, 1969.)

Als Ziel eines Aufenthaltes an der Klinik Höhenried erklären wir dem Patienten nach Herzinfarkt immer wieder, daß sie jene Lebensweise kennen und anerkennen lernen sollen, die sie dann zu Hause fortsetzen können. Dabei sollte man heute dem Patienten so früh wie möglich glaubhaft zeigen und erklären, daß er unter Umständen nach dem Infarkt körperlich leistungsfähiger werden kann als er vorher war. Die Patienten sollten auch frühzeitig zu ihrer Beruhigung über ihre Berufsprognose informiert werden, daß z. B. in Skandinavien mehr als 80% nach einem Herzinfarkt ihre Arbeit innerhalb von 3 bis 6 Monaten wieder aufnehmen, ja in Israel sogar 90%. Nur 10% mußten einen Wechsel zu einer leichteren Arbeit vornehmen, und mindestens $\frac{2}{3}$ der 390 Patienten unter 65 Jahren, die von KELLERMANN und Mitarbeitern im Tel Heshomer Regierungs-Hospital in Tel Aviv befragt wurden, waren wieder ganztätig berufstätig (Jan J. KELLERMANN und I. KARIV, Rehabilitation of Coronary Patients, Tel Hashomer Gov. Hospital, Israel, 1970).

2. Bilanz der Frührehabilitation

Wie steht es nun tatsächlich um die Frührehabilitation bei sozialversicherten Infarktkranken in der Bundesrepublik Deutschland? Was geschieht mit den 250 000 jährlich in der BRD neu erkrankten Infarktpatienten unmittelbar nach der Krankenhausentlassung?

Als Antwort auf diese keineswegs rhetorisch gestellte Frage möchte ich vor allem auf die Erhebungen von H. GILLMANN und K. COLBERG (DMW, 94, 933, 1969) und auf eine Befragung von E. O. KRASEMANN hinweisen (Sozialmedizinische Aspekte des Herzinfarktes – Betreiben wir die Wiederherstellung dieser großen Krankheitsgruppe, wie es nach den wissenschaftlichen Ergebnissen möglich wäre? – *Materia Medica Nordmark*, 22/3, 157 – 168, März 1970).

Beide Arbeiten scheinen mir in unserem Zusammenhang sehr ergiebig. Beide Befragungen kommen zum Ergebnis, daß die meisten Infarktpatienten über die Bedeutung ihres Leidens und die Chancen, die sie noch vor sich haben, wenig informiert sind und daß nur selten die Konsequenzen gezogen werden, die aus der derzeitigen Kenntnis über die Risikofaktoren zu ziehen wären. KRASEMANN hat 153 Patienten darüber befragt, wie sie vom Krankenhausarzt über Rehabilitationsmaßnahmen informiert würden. Es wird zwar über Diät und Medikamente gesprochen, wenig aber über die Möglichkeiten der späteren Arbeitsaufnahme oder über Kuren und sonstige Rehabilitationsmaßnahmen. Auch vom niedergelassenen Arzt wird über Möglichkeit und Zeitpunkt der Arbeitsaufnahme wenig gesprochen.

Erhebungen von GILLMANN und COLBERG belegen, daß man die Infarktpatienten nach der Krankenhausentlassung keineswegs sich selbst überlassen darf, wie es heute oft geschieht. Nur selten garantieren die individuellen und häuslichen Verhältnisse, daß die verordneten Maßnahmen, die oft kaum verstanden werden, sorgfältig durchgeführt werden. Nach den Untersuchungen von GILLMANN und Mitarbeiter waren fast 50 % der Patienten nach überstandenerm Infarkt noch übergewichtig. 33 % davon hat nach dem Infarkt sogar noch zugenommen. Jeder dritte ursprüngliche Raucher begann wieder zu rauchen und nur 25 % der Hochdruckkranken ließen sich wirkungsvoll behandeln, obwohl doch Hochdruck und Infarktmortalität eng zusammenhängen. Nur 25 % der Kranken haben nach dem Infarkt keinerlei Zeichen einer Herzschwäche und nur jeder zweite Patient mit einer Herzinsuffizienz wird erfahrungsgemäß ausreichend weiterbehandelt. Aus diesen Daten ergibt sich die große Bedeutung der Gesundheitserziehung (Information und Motivation) für eine optimale Rehabilitation der Infarktkranken und es versteht sich eigentlich von selbst, daß diese so früh wie möglich, d. h. schon im Krankenhaus, beginnen muß.

Diese Bilanz möchte ich durch ein kasuistisches Beispiel abschließen, wie es von Präventivkardiologen

und Rehabilitationsklinikern täglich erlebt wird. Unlängst konnte ich in meiner Vorlesung „Medizinische Poliklinik“ am Klinikum rechts der Isar in München einen 51jährigen Schuhmachermeister vorstellen, der mit einem Re-Infarkt aufgenommen worden war. Eine meiner Fragen an den Patienten, den ich vor der Vorlesung nicht gekannt hatte, lautete: „Was hat man Ihnen nach Ihrem ersten Infarkt vor fünf Jahren bei der Krankenhausentlassung als Rat und Richtlinie für die Zukunft mitgegeben?“ Sehr emotionell antwortete mir der Patient: „Das kann ich Ihnen genau sagen, weil ich heute noch rückschauend darüber wütend bin. Man hat mir drei sehr primitive Ratschläge gegeben: 1. Regen Sie sich nicht auf. 2. Strengen Sie sich nicht an. 3. Machen Sie bald einen Rentenantrag! Wie hätte mein Leben in den vergangenen Jahren anders sein können, wenn ich besser belehrt worden wäre.“

Ist das wirklich nur ein Ausnahmefall?

3. Möglichkeiten der Frührehabilitation

Es ist enttäuschend, daß ich bisher zwar die Notwendigkeit frühzeitiger Rehabilitationsmaßnahmen theoretisch und praktisch ableiten und die Unzulänglichkeit der tatsächlichen Verhältnisse nach medizinisch-soziologischen Erhebungen und unserer aller täglichen Erfahrung belegen und skizzieren konnte, daß ich aber noch nicht in der Lage bin, anhand eigener statistischer Unterlagen die Möglichkeiten beweisend darzustellen. Ich habe nur eine Kasuistik, vor allem von infarktkranken Kollegen, die bei mir als Privatpatienten frührehabilitiert worden sind, vorzuweisen. Diese Einzelbeobachtungen sind allerdings in meinen Augen sehr ermutigend.

Warum kann ich noch keine Statistik über Ergebnisse der Frührehabilitation von LVA-Patienten bringen, nachdem ich doch vor Jahresfrist in einem Artikel „Für und wider Anschlußheilmaßnahmen nach akutem Infarkt“ in der Zeitschrift „Deutsche Rentenversicherung“, Nr. 1, 1969, S. 30 – 40, die Trommel gerührt und die zuständigen Stellen in der Landesversicherungsanstalt Oberbayern, vor allem die Geschäftsführung und die Herren Kollegen DECKSTEIN und RUF durchaus aufgeschlossen waren, um die notwendigen bürokratischen Voraussetzungen für solche Anschlußheilmaßnahmen zu schaffen? Ich meine, es ist notwendig, offen auch über Schwierigkeiten zu sprechen, um anderen ihre Bemühungen und Wege zu erleichtern. Wir bekamen bisher unter den beinahe 10 000 Patienten der Klinik Höhenried in den vergangenen drei Jahren, bei denen etwa 10 % Infarkt Kranke waren, nur vereinzelt Patienten unmittelbar nach der Krankenhausentlassung, und zwar nach meiner Meinung wegen organisatorischer und psychologischer Schwierigkeiten. Zuerst will ich über die organisatorischen Probleme der Kooperation aller beteiligten Stellen sprechen und dann etwas ausführlicher über die Schwierigkeiten psychologischer Art, die in der Information und Motivation der zuweisenden Kollegen begründet sind und

auf die Einwände gegen Frührehabilitation kurz eingehen.

Nach welchen Richtlinien werden bei der LVA Oberbayern Infarkt Kranke für die Durchführung von Anschlußheilmaßnahmen, also zur Frührehabilitation an der Klinik Höhenried vorgeschlagen?

Bei der Durchführung von Anschlußheilverfahren ist die LVA Oberbayern selbstverständlich an die gesetzlichen Bestimmungen gebunden, die im § 1236 RVO angeführt sind. Es können also nur bei jenen Versicherten Anschlußheilmaßnahmen eingeleitet werden, bei denen begründete Aussicht besteht, daß die Erwerbsfähigkeit in einem solchen Umfang wiederhergestellt werden kann, daß die Berufs- bzw Erwerbsunfähigkeit vermieden oder beseitigt wird. Somit ist in der Regel ein Rentenantrag bis zum Abschluß der Rehabilitationsmaßnahmen zurückzustellen. Bei älteren Patienten – etwa ab 60. Lebensjahr – ist auch bei günstigem Verlauf eine erhebliche dauernde Leistungsminderung zu erwarten; ebenso bei ausgedehnten Infarkten mit länger andauernder Herzinsuffizienz, Arrhythmie, Thrombosen oder anderen Komplikationen. In diese Gruppe zählen auch Infarktpatienten mit ernsteren Zweiterkrankungen. Bei dieser Patientengruppe dürften in der Regel die Voraussetzungen des § 1236 RVO nicht mehr gegeben sein. Für die Durchführung von Anschlußheilmaßnahmen sind bettlägerige Patienten auszuklammern. Der Kranke muß in der Regel in der Lage sein, mit öffentlichen Verkehrsmitteln, in Ausnahmefällen mit Bewilligung einer Begleitperson, die Anreise zur Kurklinik zurückzulegen.

Im Zeitablauf der vorgesehenen Anschlußheilmaßnahmen nach Herzinfarkt soll das folgende Schema beachtet werden, das eine Stadieneinteilung von IV bis I aufweist und sich an internationale Richtlinien anlehnt.

Für Rehabilitationsmaßnahmen im Sinne der Anschlußheilmaßnahmen kommen nur Patienten im Stadium III bis I in Betracht. Die Vorauswahl trifft der Krankenhausarzt sobald als möglich gemeinsam mit dem zuständigen Vertrauensarzt (in der Regel 3 bis 4 Wochen nach dem akuten Infarkt ereignis) gemäß den Richtlinien. Die endgültige Entscheidung ist dem Prüfartz der Hauptverwaltung vorbehalten. Diese Anträge auf Anschlußheilmaßnahmen sind – wie bisher – über die zuständige Krankenkasse an die LVA einzureichen. Bei unvorhergesehenen Verschlechterungen ist sofort die Klinik Höhenried zu verständigen (Richtlinien zur Durchführung von Anschlußheilmaßnahmen bei Infarkt kranken für die LVA Oberbayern vom 3. 7. 1968, gez. Ruf-Deckstein-Beyerl).

Welche Infarkt kranken sind vorläufig für Anschlußheilmaßnahmen ungeeignet?

1. Mit Lebensalter über 60 Jahre;
2. mit Zeichen einer Links- oder Rechts-Herzinsuffizienz, die sich unter Strophanthin oder Digitalis nicht rasch beheben lassen;

3. mit deutlicher Herzvolumenvergrößerung im Röntgenbild;
4. mit so ausgedehntem Infarkt, daß eine Aneurysma-bildung oder Herzinsuffizienzbereitschaft zu erwarten ist (z. B. QS o. Q im 3. ICR von $V_1 - V_6$, Q in $V_4 - V_7$, aVF u. III);
5. mit Komplikationen in der Frühphase nach dem akuten Infarkt ereignis, wie z. B. kardiogener Schock, salvenartige oder polytope Extrasystolen und Erregungsleitungsstörungen;
6. mit psycho-sozial fixierter Aversion gegen eine Frührehabilitation (z. B. „Rentenneurotiker“).

Welche Infarkt kranken schelen für Anschlußheilmaßnahmen besonders geeignet?

Relativ junge Infarkt kranken mit mehreren Risikofaktoren, bei denen die oben genannten Kontraindikationen fehlen.

Im Zusammenhang mit den Anschlußheilmaßnahmen, aber keineswegs auf diesen Zweck allein beschränkt, sei im folgenden eine neue Einteilung der Ausheilungsstadien nach Herzinfarkt erläutert und zur Diskussion gestellt, die sich vom bisher üblichen Zeitschematismus (akute Phase, ambulante Phase, Wiederherstellungsphase) löst und auf die Belastbarkeit des Infarkt kranken abstellt. Die Zuordnung der genannten Wattstufen zu den Ausheilungsstadien und Belastungsgruppen entspricht auch den Erfahrungen, die im Kursanatorium Mettnau Radolfzell an zahlreichen Infarkt patienten gewonnen worden sind (DREWS, et al., Internist, 11, 250–295, 1970).

Ausheilungsstadien des Herzinfarkts aus der Sicht der Rehabilitation (Ein Einteilungsvorschlag im Hinblick auf die Belastbarkeit)

Herzinfarkt-Ausheilungsstadium (Schweregrad) IV = nicht belastbar. Akute Phase des Infarkts mit strenger und dann gelockelter Bettruhe. Dauer je nach Schwere und Ausdehnung des Infarkts sowie Komplikationen individuell verschieden: etwa zwischen 2 bis 8 Wochen. Ort: Krankenhaus oder in Ausnahmefällen zu Hausa.

Die akute Phase ist abgeschlossen, wenn

1. Labor-Aktivitätserscheinungen abgeklungen bzw. stabilisiert sind,
 - a) Senkung normalisiert oder bei ein- bis zweiwöchentlichen Kontrollen bei mittleren Werten gleichbleibend,
 - b) Enzymaktivität normalisiert,
 - c) Leuko normal
2. EKG-Veränderung stabilisiert, d. h. EKG-Kontrollen von Wochenabstand keine Änderungen;
3. keine Herzinsuffizienzsymptome bei gelockelter Bettruhe;
4. keine ernsteren Herzrhythmusstörungen beim Aufstehversuch;

5. keine Blutdruckwerte systolisch unter 110 mm Hg beim Aufstehen (bei gewickelten Beinen).

Herzinfarkt-Ausheilungsstadium (Schweregrad) III = Belastungsgruppe III.

Kardiorespiratorische oder/und koronare Leistungsbreite erheblich eingeschränkt, d. h. klinisch:

Symptome der Herzinsuffizienz (Dyspnoe) und/oder der Koronarinsuffizienz (Arbeitsstenokardie) treten schon bei körperlichen Alltagsbelastungen auf, z. B. langsames Treppensteigen in Stockwerkhöhen;

ergometrisch:

Fahrradergometer-Belastung von je 6 Minuten mit 25 bis 50 Watt werden gut vertragen (ohne Dyspnoe, ohne Stenokardie, ohne zunehmende horizontale oder deszendierende ST-Senkung und ohne Reizbildungs- oder Erregungsleitungsstörungen im EKG, ohne abnorme Frequenzsteigerungen).

Dauer: individuell verschieden, etwa 4 bis 12 Wochen.
Ort: Rehabilitationsklinik oder zu Hause.

Herzinfarkt-Ausheilungsstadium (Schweregrad) II = Belastungsgruppe II

Kardiorespiratorische oder/und koronare Leistungsbreite mäßig eingeschränkt, d. h. klinisch:

Symptome der Herzinsuffizienz (Dyspnoe) und/oder Koronarinsuffizienz (Arbeitsstenokardie) treten nur bei Anstrengung auf, die über durchschnittliche Alltagsbelastungen eines sitzend Beschäftigten hinausgehen;

ergometrisch:

Fahrradergometer-Belastung von 6 Minuten Dauer mit 75 bis 100 Watt werden gut vertragen (ohne Dyspnoe, ohne Stenokardie, ohne zunehmende horizontale oder deszendierende ST-Senkungen und ohne Reizbildungs- oder Erregungsleitungsstörungen im EKG, ohne abnorme Frequenzsteigerungen).

Dauer: individuell verschieden, etwa Monate – Jahre.
Ort: Zu Hause, eventuell Wiederholungskur nach 4 Monaten.

Herzinfarkt-Ausheilungsstadium (Schweregrad) I = Belastungsgruppe I

Kardiorespiratorische oder/und koronare Leistungsbreite kaum eingeschränkt, d. h. klinisch:

Symptome der Herzinsuffizienz (Dyspnoe) und/oder Koronarinsuffizienz (Arbeitsstenokardie) treten auch bei (z. B. gesundheitssportlichen) Anstrengungen, die über durchschnittliche Alltagsbelastungen hinausgehen, nicht auf;

ergometrisch:

Fahrradergometer-Belastung von je 6 Minuten Dauer mit 125 bis 150 Watt werden gut vertragen (ohne Dyspnoe, ohne Stenokardie, ohne zunehmende horizontale oder deszendierende ST-Senkungen

und ohne Reizbildungs- oder Erregungsleitungsstörungen im EKG, ohne abnorme Frequenzsteigerungen).

Welches sind die Vorteile dieser Einteilung nach vier Ausheilungsstadien (= 4 Schweregrade) gegenüber dem bisher üblichen Mehrphasen-Zeitschematismus?

1. Sie schließt sich an die Vorschläge der American Heart Association zur Schweregrad-Einteilung aller Herzkranken an und ist daher international verständlich.
2. Sie berücksichtigt Zeichen der (Links-)Herzinsuffizienz (Dyspnoe und Herzfrequenz) und der Koronarinsuffizienz (Stenokardie, EKG-Veränderungen) zugleich.
3. Sie ist für die Bedürfnisse der Praxis, die überwiegend von klinischen und subjektiven Kriterien ausgehen muß, genauso brauchbar wie für die Rehabilitationsklinik, das Sanatorium und die werksärztliche Untersuchungsstelle, welche mit Ergometrie-einrichtungen den Grad der Belastbarkeit differenzieren und relativ objektiv messen können.
4. Sie ist ebenso brauchbar zur Beurteilung der Belastbarkeit von Infarktpatienten, die ambulant rehabilitiert und trainiert werden, wie für die Zuteilung von Kurklinik-Patienten zu bestimmten Belastungsgruppen bzw. Trainingsstufen.
Dadurch, daß die Belastbarkeit als wesentliches Kriterium für die Bewegungstherapie als Einteilungsprinzip herangezogen wird, ist die Einteilung patientenbezogen und unabhängig von organisatorischen regionalen Unterschieden, wie die zeitschematische Einteilung nach stationärer und ambulanter Wiedereingliederungsphase, die sich überschneiden und nicht einem einheitlichen Einteilungsprinzip entsprechen.
5. Sie paßt sich mit der Numerierung nicht nur der internationalen Schweregradeinteilung an (IV schwerster, I leichtester), sondern auch der üblichen Klassifizierung der Belastbarkeit und Leistung (Belastungsgruppe I bei Schweregrad I – wie bei Skikursen Klasse I am meisten belastbar). Sie entspricht außerdem auch der international gebräuchlichen Stadleneinteilung I bis IV nach FONTAINE bei den verwandten peripheren Angioorganopathien. Die Zählmethode ist gleichartig und deshalb wenig verwirrend.
6. Sie ist jederzeit weiter differenzierbar und im Bereich der objektiven Kriterien vorteilhaft ergänzbar: z. B. spiroergographisch, O₂ – Puls, röntgenologisch Herzvolumen.

Welche aktuelle Beziehung hat nun diese Einteilung in vier Ausheilungsstadien zu klinischen Kuren im allgemeinen und zu Anschlußheilmaßnahmen im besonderen?

Nach dem gegenwärtigen Stand unseres Wissens und der Rehabilitationsmöglichkeiten von Sozialversicher-

ten in der Bundesrepublik wäre es optimal, wenn Herzinfarkt Kranke im Stadium III, also nach Beendigung der akuten Phase 4 bis 6 Wochen in spezialisierte Kurkliniken kämen, dort bis zum Stadium II rehabilitiert würden, denn entsprechend vorbereitet und mit Eigeninitiative zur Fortsetzung der „neuen Lebensweise“ nach Hause entlassen würden und dann eventuell 4 bis 5 Monate nach dem akuten Infarkt ereignis in den Genuß einer Wiederholungskur gelangten, um etwa nach 6 Monaten wieder erwerbsfähig und mit Ausnahmen auch wieder berufsfähig zu werden.

Ob diese Prognose zu optimistisch ist, kann erst eine entsprechende Prospektivuntersuchung ergeben.

Nach den bisherigen Erfahrungen scheint das schwierigste Hindernis zur Realisierung dieses Vorhabens beim Stationsarzt im Akutkrankenhaus zu liegen, der verständlicherweise bei seiner allgemeinen Überforderung einer zusätzlichen Mehrbelastung aus dem Weg geht und einen ausführlich zu begründenden Antrag auf Anschlußheilmaßnahmen eben aus eigenem nicht stellt. Auf Vorschlag des Landesvertrauensarztes Dr. RUF soll dieses Hindernis im Bereich der LVA Oberbayern dadurch aus dem Weg geräumt werden, daß Vertrauensärzte aufgrund der Krankmeldungen bei der AOK in die Akutkrankenhäuser gehen und sich den Stationsärzten zur Verfügung stellen, die organi-

satorische Vorarbeit, Antragstellung usw., abzunehmen. Dabei können gleichzeitig auch die Kollegen im persönlichen Gespräch über die Möglichkeit der Frührehabilitation informiert werden. Eigentlich müßten ja die Krankenhausärzte zufrieden sein, wenn sie bei dem gegebenen Bettenmangel schon nach 4 bis 6 Wochen zur Frührehabilitation geeignete Patienten ohne Komplikationen relativ bald entlassen können. Daß für diese Mittlerrolle zwischen Akutkrankenhaus und Rehabilitationsklinik vor allem der Vertrauensarzt heute besonders geeignet ist, wurde unlängst auch von anderer kompetenter Stelle unterstrichen. Herr Medizineldirektor Dr. Ernst Otto KRÄSEMANN der Landesversicherungsanstalt Hamburg schreibt: „Nach dem § 183 der RVO hat der Vertrauensarzt die Frage der Möglichkeit der Wiedereingliederung des Versicherten in das Arbeitsleben und die Frage nach den medizinischen Voraussetzungen für eine Berentung im Auftrag der Krankenkasse zu beantworten. Nach Neufassung des § 369 b der RVO im ab 1970 geltenden Lohnfortzahlungsgesetz hat der Gesetzgeber ausdrücklich die Begutachtung zur Einleitung von Wiederherstellungsmaßnahmen den Vertrauensärzten zur Aufgabe gemacht. Nach dem Kommentar von DUTSCH, SCHNABEL und PAULSDORF obliegt dem Vertrauensarzt damit eine ‚Leitfunktion‘ zur Auslösung entsprechender Rehabilitationsmaßnahmen.“

Steuern sparen

durch
KG-Beteiligungen
Berlin-Darlehen
Immobilienfonds

Wie Sie mit diesen Kapitalanlagen Steuern sparen können, welche Vor- und Nachteile damit verbunden sind – über diese und andere Fragen gibt Ihnen unsere Broschüre Auskunft, die wir Ihnen gerne kostenlos zur Verfügung stellen.

Darüber hinaus haben wir für Sie einen gut gemixten Anlagecocktail bereit: Sparkassenbuch, Bausparen, Lebensversicherung, festverzinsliche Wertpapiere, insbesondere Bayerische Gemeindebank-Pfandbriefe und Kommunalobligationen, in- und ausländische Aktien und Investmentfonds.

Bitte wenden Sie sich an Ihre Sparkasse oder direkt an uns.



BAYERISCHE GEMEINDEBANK

GIROZENTRALE

Zentralbank der bayerischen Sparkassen

München, Briener Straße 20/22

Nürnberg, Lorenzer Platz 27

Diese Leitfunktion des Vertrauensarztes — so meint KRASEMANN — wurde bisher mit Bezug auf die Rehabilitation ungenügend ausgenutzt. Es wird über einen neuen Rehabilitationsplan von seiten der Vertrauensärzte nicht genügend nachgedacht. Das wird sich nach der jetzigen Neufassung des § 369 b der RVO hoffentlich ändern (H. E. O. KRASEMANN, Sozialmedizinische Aspekte des Herzinfarktes, *Materia Medica Nordmark*, 22/3, 157 — 169, 1970).

Wie der Vertrauensarzt übrigens heute außer bei der Auswahl für die ersten Rehabilitationsmaßnahmen auch später im Rahmen eines individuellen Langzeittherapieplanes als Mittler zwischen den verschiedenen Instanzen im Interesse des Patienten tätig werden kann, geht aus der eben angeführten Arbeit von KRASEMANN an mehreren Stellen deutlich hervor.

Das zweite Hindernis einer effektiven Frührehabilitation ist in den Vorurteilen der bisherigen Tradition gelegen. Viele Ärzte meinen bona fide, es sei nicht zu verantworten, einen Patienten früher als sechs Monate nach dem Infarkt ereignis zu einer Kur zu verschicken. Wir müssen deshalb mit Geduld und Hartnäckigkeit immer wieder versuchen, im Einzelgespräch und in der Gruppendiskussion aufgrund der heute vorliegenden Ergebnisse aus dem Ausland und eigener günstiger Einzelerfahrungen die Vorurteile gegen die Frührehabilitation bei Infarkt kranken zu zerstreuen und für eine bessere Information und Motivation zu sorgen. Deshalb möchte ich am Schluß wenigstens kurz auf einige der Einwände eingehen, die immer wieder gegen Frührehabilitationsmaßnahmen im Rahmen der Deutschen Rentenversicherung heute vorgebracht werden. Ausführlich habe ich „Für und Wider Anschlußheilmaßnahmen“ in der Zeitschrift „Deutsche Rentenversicherung“, Heft 1, 1969, erörtert.

Erster Einwand: Das Gros unserer Kuranstalten und Kurkliniken für Herz-Kreislaufkranke ist aus gesetzlichen Gründen ausdrücklich an Kur- und Badeorte gebunden (§ 1237, Abs. 2 RVO). Da die Kurkliniken meistens keine voll ausgebauten internistischen Abteilungen sind, wird sich eine erhebliche personelle Fluktuation auf dem Ärztesektor negativ auswirken. Es fehlt neben einem dichteren, besser dotierten und qualifiziertem Stellenplan (auch im Schwesternbereich) auch die notwendige apparative Einrichtung z. B. eine Wachstation mit der Möglichkeit, das Herz zu defibrillieren bzw. einen Schrittmacher einzusetzen, um allen Eventualitäten begegnen zu können.

Es ist richtig, daß bisher gut ausgebildete und voll leistungsfähige Fachärzte relativ selten für längere Zeit als Stationsärzte an Rehabilitationskliniken kamen, etwa bei günstigen wissenschaftlichen Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten und bei enger Kooperation mit Universitätskliniken. Aber muß es so bleiben? Aus vielen Gründen ist es im Interesse aller Beteiligten, wenn Niveau und Prestige der Kurkliniken gehoben und z. B. möglichst viele in den Rang von

akademischen Krenkenhäusern gelangen könnten. Anschlußheilverfahren für subchronische wirklich Kranke können Anstoß und erste Schritte in dieser wünschenswerten Entwicklung werden. Wenn sich aber nach mehrjährigen günstigen Erfahrungen an einigen Modellanstalten auch für den Volkswirtschaftler erkennen läßt, daß sich solche Frührehabilitationsmaßnahmen ökonomisch „lohnen“, dann werden sich auch die Rentenversicherungsträger und Ärztekammern notwendigen personellen und strukturmäßigen Verbesserungen und Ausbildungserleichterungen nicht verschließen. Die Einrichtung von Wachstationen ist für jedes Rehabilitationszentrum und jeden Kurort mit kardiologischen und angiologischen Patienten heute eine Notwendigkeit. Jeder chronisch Herzkranker kann innerhalb von Sekunden und Minuten ein Akutkranker werden, weshalb die Intensivpflegestationen an solchen Anstalten nach dem derzeitigen Stand der Medizin kein Luxus sind. Auch L. DELIUS und F. KRAMER haben unlängst darauf hingewiesen, daß in Rehabilitationszentren sowohl die transvenöse eventuell mit Hilfe eines Schwemmkatheters ausführbare Insertion einer intrakardialen Elektrode zur Verfügung stehen sollte, wie die Möglichkeit einer Kardioversion bei medikamentös nicht mehr beherrschbaren tachykarden Störungen (L. DELIUS und F. KRAMER, Die Behandlung nach Myokardinfarkt, *Med. Klin.*, 64, 1969, 1901 — 1905).

Zweiter Einwand: Sind Reise- und Klimawechsel-Gefährdungen in einem frühen Stadium nach dem akuten Infarkt ereignis zu vernachlässigen?

Dieses Risiko in einem Stadium besonderer vegetativer Labilität soll weder bagatellisiert noch dramatisiert werden. Anschlußheilmaßnahmen sollen möglichst in der Nähe des Heimatortes (100 km maximal) durchgeführt werden. Nicht nur wegen des gewohnten Klimas, auch wegen des gewohnten Milieus, der Besuchsmöglichkeiten durch Angehörige (die man auch gleich gesundheitserzieherisch mit beeinflussen sollte, z. B. in Fragen der Diät) und der Kontakterleichterung zum Hausarzt.

Dritter Einwand: Nach einem halben Jahr haben sich die Krankheitsbilder (im Hinblick auf Prognose und Belastbarkeit) spontan viel besser differenziert. In den ersten sechs Monaten ist nach BJÖRK u. a. häufiger mit Re-Infarkten und Todesfällen zu rechnen, deren Eindruck in Sanatorien und Kurorten psychologisch nicht unterschätzt werden darf.

**88. Tagung der
Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
vom 14. bis 17. April 1971 in München**

Mit Re-Infarkten und Sekundenherztod ist auch nach sechs Monaten noch zu rechnen. Ob ihre Häufigkeit im ersten Halbjahr nach dem akuten Infarktereignis durch Frührehabilitation vermindert werden kann, werden erst entsprechende Beobachtungsreihen mit vergleichbaren Kollektiven in 5 bis 10 Jahren ergeben. Aber selbst, wenn bei solchen Patienten zwar nicht die Lebensdauer (quantitativ) – wer vermag das schon kasuistisch sicher zu beurteilen?! – wohl aber Lebensfreude und Leistungen in der ihnen zugemessenen Spanne durch Frührehabilitation vermehrt und die Beschwerden verringert worden sind, dann war der Kurklinikaufenthalt ärztlich gerechtfertigt, gemäß der von P. D. WHITE formulierten besonderen ärztlichen Aufgabe in unserem Zeitalter: not only to add years to life, but to add life to years.

Die Realität des Todes wird zwar in unserer Gesellschaft gerne verdrängt. Kann sie im Sanatorium und Kurort nicht auch positiv, sowohl seelsorgerisch als auch gesundheitserzieherisch wirksam werden?

Schlußfolgerungen

Auch wenn wir die Einwände und Gegenargumente keineswegs leicht nehmen, so sind sie meines Erachtens zum Teil grundsätzlich widerlegbar, zum Teil durch Vorteile von Anschlußheilmaßnahmen ausgeglichen. Gibt es bei kritischer Gegenüberstellung der tatsächlichen Verhältnisse sowohl im Lebens- wie Arbeitsschicksal unserer Infarktpatienten und der aus dem gegenwärtigen epidemiologischen und präventiv-kardiologischen Wissensgut gefolgerten Forderungen eine Alternative zur Frührehabilitation in der geschilderten Form einer Intensivnachbehandlung?

Diese Frage ist vielleicht nur von mir aus rhetorisch gemeint, aber Skeptiker und Optimisten dürften sich darin einig sein, daß an immer mehr hierfür geeigneten Modellanstalten vergleichbare Beobachtungen und Erfahrungen mit der Frührehabilitation und mit Späterstturen wissenschaftlich gesammelt werden sollten.

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. med. M. J. Helhuber, Chefarzt der Klinik Höhenried der LVA Oberbayern, 8131 Bernried (Sternberger See)

Alkoholikerfibel für den Arzt*)

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

(Fortsetzung)

2. Klinischer Verlauf (Phasen nach JELLINEK):

a) Das symptomatisch-voralkoholische Stadium

Zur Grundstörung und süchtigen Fehlhaltung ist der Alkohol getreten. Die Wirkung ist zunächst die Erleichterung; eine Intoxikation zeigt sich noch nicht, man spricht daher vom Präalkoholismus. Trotz der verschiedenen Grundstörungen sind allen Alkoholikern eine Reihe von Eigenschaften gemeinsam, z. B. die Lebensangst, Minderwertigkeitsgefühle, Geltungsbedürfnis, Unaufrichtigkeit gegenüber sich selbst und der Umgebung (omnis mendax potator).

Der angehende Alkoholiker berauscht sich kaum. Er trinkt weniger um seine Stimmung zu heben, als um seine Mißstimmung und Angst zu beseitigen und jenes Maß an euphorischer Zufriedenheit, Mut und Vergessen zu erreichen, wodurch die Konfliktspannung mit Hilfe kleinerer Mengen ausgelöscht wird. Sein Problem ist für den Augenblick gelöst, freilich nur von kurzer Dauer und auf Kosten eines Selbstbetrugs. Man spricht in diesem Fall auch vom stillen Beginn. Da die ausgleichende Wirkung nur vorübergehender Natur ist, muß erneut getrunken werden. Der Alkoholiker trinkt während oder nach der Arbeit in der Kneipe, versäumt die Abmachung mit einer Freundin und vernachlässigt die Familie.

Die Trinksituation ist demnach beim Normalverbraucher und dem Präalkoholiker zunächst scheinbar völlig gleich. Letzterer unterscheidet sich von seinem Tischnachbarn, der nur des Durstes wegen die gleiche Menge trinkt, äußerlich in gar nichts, verspürt aber innerlich eine befreiende Wirkung und Entspannung, die er auf andere Weise nicht erreichen kann. Er gilt unter seinen Kameraden als „prima Kerl“ (Erleichterungstrinken).

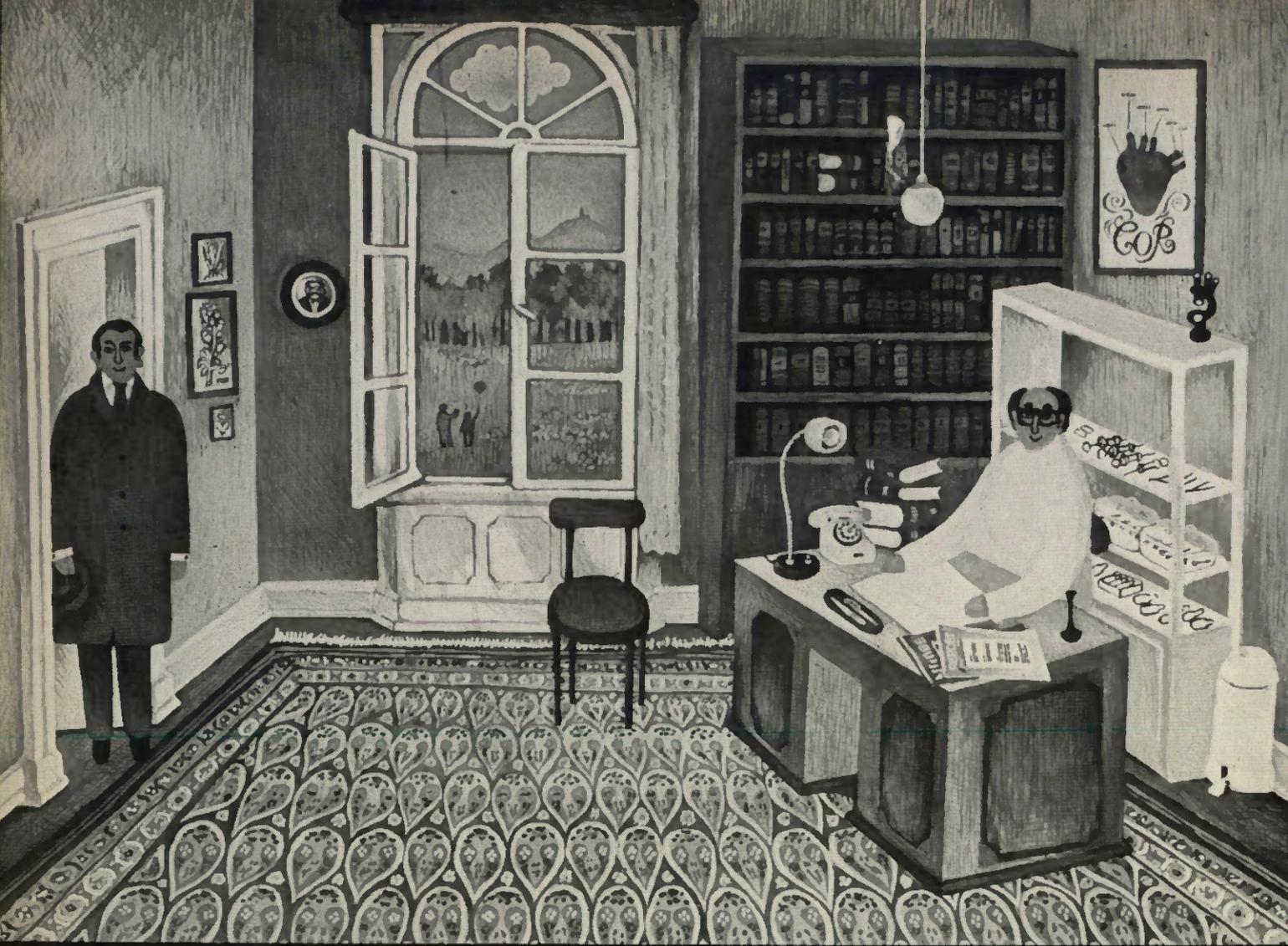
*) Wegen des großen Umfangs wird diese Arbeit in Abschnitten veröffentlicht, die dann in einer Broschüre im Rahmen der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe zusammengefaßt wird.

Den Schleim lösen

* < das zentrale Problem im bronchitischen Geschehen >

Pertussin[®]
Sirup

nachhaltig wirksam und wohlschmeckend. Flasche zu 180 g (!)
Dos.: Ältere Patienten 4 x tgl. 1 Eßlöffel
Kinder 4 x tgl. 1 Teelöffel
Taeschner 8831 Kipfenberg



»Die Nachbehandlung nach einem Herz-Infarkt bedarf großer Geduld. Der Patient glaubt, nachdem das erste unangenehme Stadium überstanden ist, müsse gleich die alte Gesundheit wiederkommen. In der Mehrzahl der Fälle treten aber noch über längere Zeit mancherlei Beschwerden auf.«

KLEPZIG, H.: ABC für Herz- und Kreislaufkranke, Stuttgart 1967

**Darum:
Legen Sie
Ihrem Koronarpatienten nahe,
in ständiger
ärztlicher Kontrolle
zu bleiben
... und geben Sie**

Persantin[®]

Nach den Erfahrungen bei ambulant behandelten Koronarerkrankten gewährleistet Persantin Herabsetzung der Anfallsbereitschaft, größere Toleranz körperlicher Belastungen, günstigen Einfluß auf bestehende Herzinsuffizienzen.

Auch für die Nachbehandlung ist der Erfahrungssatz zu beachten:

Persantin[®] früh genug - hoch genug - lange genug

Diese gleiche Fassade mag wohl auch zu der fälschlichen Annahme geführt haben, der Alkoholismus entwickle sich stets aus dem Normalverbraucher über den Gewohnheitstrinker, d. h. die chronische Zellvergiftung (Adaption), zur Sucht. In Wirklichkeit ist der Sachverhalt gerade umgekehrt. Das primäre Suchtverlangen führt nach dem ersten Kontakt mit dem Alkohol zum vorübergehenden Lustgewinn, die Wiederholung zum Mißbrauch und nach längerer Zeit zur Gewöhnung, weil er glaubt, ohne Alkohol nicht mehr leben zu können. Die gleichbleibende Menge, die zur Erreichung der erwünschten narkotischen Wirkung zunächst genügt, spricht nicht gegen die Manifestierung der Sucht. Dafür sprechen Motiv und Drang zur Wiederholung eindeutig. Für den Normalverbraucher sind diese Suchtkriterien unverständlich.

Der Alkoholiker betrachtet den Alkohol von Anfang an als seine lebensnotwendige Medizin und findet daher jederzeit einen Anlaß zum Trinken, weil er nunmehr bereits an seinem Mittel gebunden ist. Die Aussicht, durch Absetzen des Alkohols Unlustgefühle und scheinbar überwundene Spannungen wieder heraufzubeschwören, weniger die Angst vor den körperlichen Abstinenzerscheinungen, die ja zunächst keine erhebliche Rolle spielen können, läßt ihn seinen Zustand bagatellisieren und den Gesunden spielen. Selbst wenn der durch die Notwendigkeit der Dosissteigerung vermehrte Konsum aufzufallen beginnt, werden medizinische Frühsymptome und die für die Krankheit typische Dynamik der Suchtkriterien des meist jahrelang progressiv verlaufenden Krankheitsprozesses übersehen. Es geschieht zunächst wenig oder gar nichts, höchstens versucht man eine rein symptomatische Behandlung. Fehlbeurteilungen sind die Regel. Wie wäre es sonst möglich, daß chronische Alkoholiker jahrelang von verschiedenen Ärzten behandelt werden, ohne daß die Diagnose Potatorium gestellt wird?

Zugegeben: die Diagnose ist im Anfangsstadium mitunter schwierig. Man muß in erster Linie daran denken. Die Vorgeschichte mit Entwicklungsstörungen, Schwierigkeiten in der Schule und Lehre, Versagen im Beruf, Bummel, verspätete Examen sollten an eine primäre Grundstörung denken lassen. Rücksprachen mit Eltern und Ehefrauen sind daher stets zu empfehlen.

Jeder Arzt hat unter seinen vielen Kranken 1 v. H. Alkoholiker, die Lungenfachärzte sogar noch mehr; denn $\frac{1}{3}$ der Heilstätteninsassen sind Alkoholiker, die wieder einmal entlassen und ambulant weiter behandelt werden müssen. Soweit ich sehe, bleibt der zusätzliche Alkoholismus zumeist unberücksichtigt. So gelingt es dem Alkoholiker, jahrelang unter falscher Flagge zu segeln.

Gerade der Hausarzt hätte Gelegenheit, in den Familien über Entwicklungsgang, Charakterbildung, soziale Entgleisungen, kriminelle Handlungen etwas

Genauer zu erfahren. Daß der Kranke selbst jede Zumutung eines Mißbrauchs zurückweist, sollte den Arzt nicht erschüttern.

Bekanntlich verstreichen vom Beginn des Mißbrauchs, d. h. des süchtigen Trinkens, bis zum Ausbruch deutlicher körperlich-seelischer Schäden der Phasen 3 und 4 zumeist 15 bis 20 Jahre. Von den 500 000 bis 600 000 süchtigen und nicht süchtigen Mißbrauchern werden schätzungsweise alljährlich ca. 100 000 embulant und klinisch betreut und behandelt. Was geschieht mit den übrigen 400 000? Sie werden sicherlich wegen der langsam auftretenden Beschwerden auch behandelt, aber in der Regel nur symptomatisch und ohne Bezug auf die Ursache Alkoholismus. Sie klagen über rheumatisch-neuritische Störungen, Magendarmbeschwerden, ulcus ventriculi, Resektionsfolgen, Lebererscheinungen, Hochdruck, Diabetes mellitus usw.

Der Kranke macht einen blassen, dürrig genährten Eindruck mit wenig gepflegtem Äußeren, mit Bindehautreizung, belegter Zunge, defektem Gebiß, gerötetem Rachen oder zyanotisch-gedunsenem Gesicht, gelben Skleren, Gesichtsmuskelflattern, Händezittern, typischen Raucherfingern, neuritischem Wadendruckschmerz und schmerzhaften Fußsohlenreflexen.

Während das seelische Gefüge des Normalverbrauchers und im wesentlichen auch des Gewohnheitstrinkers ungestört ist und auch bleibt, schälen sich beim Alkoholsüchtigen allmählich die in der Grundstörung verankerten krankhaften Eigenschaften stärker heraus und vergesellschaften sich mit alkoholbedingten körperlich-seelischen Veränderungen, so daß Gesamtverhalten und Trinkstil eine Abgrenzung des langsam progressiven Verlaufs in einzelne Phasen erlauben. Man denke stets daran, daß der Alkoholiker nicht erst durch den Mißbrauch krank wird, sondern daß der Alkoholismus sich auf den Boden einer primär krankhaften Veranlagung und Entwicklung (Neurose, Psychopathie, Psychose) aufpfropft.

Er wird deswegen nicht selten schon frühzeitig arbeitsunfähig und daher krank geschrieben, wenn auch nicht wegen Alkoholismus, strepaziert die Krankenhausbetten, wo er munter weitertrinken kann, selbst wenn aufgrund der Routineuntersuchung die richtige Diagnose festgestellt wurde. Niemand denkt an eine kausale Behandlung oder sie wird, wenn eine derartige Anregung ergehen sollte, grundsätzlich nicht beachtet. Der Kranke wird bei Exzessen höchstens fristlos entlassen, das ist auch alles. Die Kassen zahlen geduldig. Dieses Spiel wiederholt sich dutzendmal.

Allmählich sinken die Leistungen und Arbeitsinteressen. Dazwischen wird ein Führerscheinentzug bekannt. Die Leistungskarten füllen sich mit Einträgen über Bagatellkrankheiten oder Unfälle, die meist nicht als alkoholbedingt erkannt werden oder Folge einer Selbstschädigung sind. Verdächtig ist stets ein grundloser Wechsel von plötzlicher Benommenheit und rascher Erholung trotz fehlenden ärztlichen Beistandes. Dauer der Phase 3 bis 5 Jahre.

b) Die symptomatisch-prodromale Phase (Initialstadium)

Die Hauptsorge des Kranken gilt der rechtzeitigen Beschaffung ausreichenden Betriebsstoffes, seiner „Medizin“, um vermehrte Angstzustände, Mißstimmungen und Minderwertigkeitsgefühle zu kompensieren.

Trinkmengen und Toleranz sind noch im Anstieg begriffen. Die zunehmende Trinkfestigkeit wird vom Kranken eher als günstiges Zeichen für seinen Gesundheitszustand gewertet. Daneben wächst der Konsum an Rauchwaren, Tabletten und Kaffee (Polytoxikomanie). Die ersten Gläser werden zumeist gierig hineingeschüttet, um das Alkoholdefizit möglichst rasch auszugleichen. Schuldgefühle mehren sich, werden aber mit Hilfe des Alkohols unterdrückt, Anspielungen auf den Mißbrauch geschickt vermieden, ein Zeichen, daß aus dem „harmlosen“ Genußmittel längst ein Suchtmittel wurde. Schließlich fängt er schon frühmorgens anstelle des Frühstücks zu trinken an, bis abends die Seelennarkose erreicht ist.

Allerdings häufen sich von da ab die Räusche, für die nur eine lückenhafte Erinnerung besteht. Da der Kranke nach außen hin nicht auffallen und einen Bruch mit der Gesellschaft vermeiden möchte, beginnt er heimlich zu trinken und wechselt die Lokale, weil er die Alkoholwirkung nicht entbehren kann, die vorübergehend das Gefühl der Vereinsamung nicht aufkommen läßt.

In dieser Drangphase meldet sich der Kontrollverlust an. Dabei hat der Kranke das Gefühl, daß durch die bisherige Trinkmenge eine bestimmte Wirkung nicht mehr zu erzielen sei. Er steht vielmehr unter dem Eindruck, zwangs- oder reflexmäßig nicht mehr aufhören zu können, so daß die bisherige freie Entscheidungsmöglichkeit für eine kurzdauernde Abstinenz oder eine Kontrolle der Trinkmengen endgültig verlorengegangen sei. Krankhafte Alkoholreaktionen, wie Sinnestäuschungen, Dämmer ohne vorausgehenden Rausch (alkoholische Palimpseste, Gedächtnislücken), vegetativ-körperliche Störungen, Hochdruck, Diabetes mellitus, Kreislaufschwäche usw. mehren sich. Per-

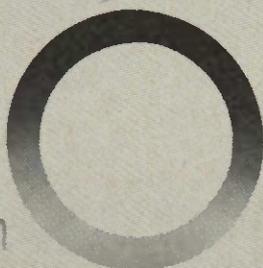
sönlichkeitsveränderungen (Konzentrationsschwäche, Reizbarkeit usw.) mit Enthemmung gegenüber der Familie und Gesellschaft nehmen zu. Latente Neigungen zu kriminellen oder perversen Handlungen (Homosexualität) tauchen auf, neue bisher unbekannte Eigenschaften, z. T. alkoholbedingt, machen sich bemerkbar. Dauer der Phase 5 bis 10 Jahre, bei Frauen und Jugendlichen kürzer.

c) Die kritische-exzessive Phase

Solange die Toleranzgrenze höher rückt, werden auch ansteigende Trinkmengen, die für die erwünschte seelische Entspannung benötigt werden, vertragen, d. h. vom Organismus verarbeitet. In dieser Phase setzt sich jedoch allmählich eine **A b n a h m e** der Toleranz durch, so daß auch eine gleichbleibende Trinkmenge nicht mehr bewältigt wird. Die Kurven von Toleranz und Trinkmenge steigen nicht mehr gleichmäßig an, sondern beginnen, sich zu überschneiden. Ergebnis: die für die notwendige Entspannung benötigte Trinkmenge reicht hierfür nicht mehr aus, sie führt regelmäßig schon vorher einen Rauschzustand herbei. Man spricht daher vom Rauschtrinken. Damit ist der Kontrollverlust endgültig geworden. Er tritt erfahrungsgemäß nur bei Suchtgefährdeten auf und erhält sich zeitlebens auch nach längerer Abstinenz latent, bedingt also nach dem Genuß kleiner Alkoholmengen den Rückfall. Es wäre daher sinnlos, den Alkoholkranken zur Mäßigkeit erziehen zu wollen.

Über die Ursache dieser Erscheinung ist man sich noch nicht im klaren. Der Hinweis auf den bedingten Reflex bzw. auf eine bleibende biologische Umstimmung durch die Droge befriedigt nicht, da einmal der bedingte Reflex bei allen Menschen entstehen kann und nach einiger Zeit spontan wieder abklingt (s. Apomorphinkuren!) und außerdem der Kontrollverlust auch bei den Tätigkeitssuchten ohne Drogeneinwirkung zeitlebens vorhanden ist. Der Kranke ist inzwischen völlig einsichtslos, kritiklos, unbelehrbar und aggressiv geworden, bagatellisiert, benimmt sich großspurig, schiebt jede Schuld an den mißlichen Verhältnissen auf seine Umgebung, bemitleidet sich selbst,

dem
Husten
die Qual
nehmen



Pertussin[®]
Konzentrat

Tropfen: zuverlässige Wirkung durch hohen Codein-Anteil (1,2^b/_s!)
Dos.: Erwachsene Patienten 3—4 x tgl. 20—25 Tropfen
Kinder bis 12 Jahre 3 x tgl. 8—15 Tropfen
Taschner 8831 Kipfenberg

trägt sich mit Selbstmordgedanken, muß die Dominanz, wenn nicht schon geschehen, endgültig an die Frau abtreten, vernachlässigt Familie und Ernährung, belästigt mit zunehmender Impotenz die Ehefrau mit unbegründeter Eifersucht, verliert elte Freunde und zu wiederholten Malen die Stellung (Isolierung), pumpt unverschämt die Ehefrau und die erwachsenen Kinder um Geld en, tobt seine niedrigen Instinkte Innerhalb der Familie aus, die Nacht für Nacht Schreckensszenen erlebt, und kann mit zunehmendem körperlichen Abbau die Alkoholschäden nicht mehr kompensieren. Dauer der Phase 3 bis 5 Jahre.

d) Chronische Defekthese

In dieser hoffnungslosen Situation findet er stets einen neuen Anlaß zum Trinken. Dadurch sinkt er noch weiter ab, hat nur mehr Sinn für das Trinken, gleichgültig ob Bier, Wein Schnaps, Spiritus, Heurwasser oder alkoholhaltige Medikamente. Rausche sind an der Tagesordnung. Der organisch-ethische Defekt beherrscht das Krankheitsbild. Allmählich nehmen jedoch die Exzesse ab oder hören zuweilen ganz auf, weil infolge der Leberfunktionsstörung (Absinken der Toleranz) größere Mengen überhaupt nicht mehr vertragen werden. Infolge der zunehmenden Hinfälligkeit kann sogar völlige Abstinenz eintreten. Er läßt sich mit Leuten unter seinem bisherigen gesellschaftlichen Niveau ein, während sich Frau und Kinder von ihm zu lösen versuchen (Scheidung, eigener Herd).

Es stellen sich allmählich auch neurologische Erscheinungen, wie Polyneuropathie, Krampfanfälle, Zittern in verstärktem Grade, Sprachstörungen bzw. psychische Erscheinungen wie Sinnestäuschungen im Sinne eines Prädelirs oder wahnhaftige Ideen, ein, ferner Angstzustände und dergleichen mehr. Schließlich setzt er trotz seiner Besessenheit auf Alkohol einer notwendigen Behandlung keinen ernstlichen Widerstand mehr entgegen. Leider viel zu spät!

Inzwischen ist er zum klassischen Frührentner geworden, der ebenso verbissen um den Alkohol kämpft wie er jetzt seine Pfründe verteidigt, die ihm die laufende Beschaffung seiner „Medizin“ sichert („soziale Münze“). (Fortsetzung folgt)

Standesleben

Freie Kassenarztsitze in Bayern

Mittelfranken

Bechhofen, Lkr. Feuchtwangen: 2 Allgemeinärzte

Für Bechhofen mit ca. 3000 Einwohnern und einem großen Einzugsgebiet steht zur Zeit nur noch 1 Allgemeinarzt zur Verfügung. Überdurchschnittliches Einkommen ist garantiert.

Langenzenn, Lkr. Fürth: 1 Allgemeinarzt

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

Wendelstein, Lkr. Schwabach: 1 Allgemeinarzt

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

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

Niederbayern

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

Einzige Augenarztstelle im Landkreis Wolfstein mit Belegmöglichkeit im Kreis Krankenhaus Freyung.

Grefenau (Bayer. Wald): 1 Augenarzt

dem
Husten
die Qual
nehmen



Hypertussin®

Kapseln

Hustenstillung ohne Codein
bes. für Berufstätige, auch wenn Kraftfahrer
Oos.: Erwachsene Patienten 3—5 Kapseln Igl.
Taschner 8831 Kipfenberg

Neureichenau, Lkr. Wolfstein (Bayer. Wald):

1 Allgemeinarzt

Seit 1. Oktober 1970 durch Wegzug des einzigen Allgemeinartzes frei gewordene 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.

Passau-Grubweg: 1 Allgemeinarzt

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

Durch Wegzug des einzigen HNO-Arzttes 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

Kösching, Lkr. Ingolstadt: 1 Allgemeinarzt

Manching, Lkr. Ingolstadt: 1 Allgemeinarzt

Waldkralburg, Lkr. Mühldorf: 1 Augenarzt

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

Oberfranken

Hegnabrunn, Lkr. Kulmbach: 1 Allgemeinarzt

Eventuell auch im direkt angrenzenden Neuenmarkt.

Hof/Saale: 1 Kinderarzt

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

Kulmbach: 3 Allgemeinärzte

Selb: 1 Allgemeinarzt

Scherneck, Lkr. Coburg: 1 Allgemeinarzt

Thurnau, Lkr. Kulmbach: 1 Allgemeinarzt

Töpen, Lkr. Hof: 1 Allgemeinarzt

Wallenfels, Lkr. Kronach: 1 Allgemeinarzt

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

Oberpfalz

Erbendorf: 1 Allgemeinarzt

Eschenbach: 1 Allgemeinarzt

Hahnbach: 1 Allgemeinarzt

Mitterteich: 1 Allgemeinarzt

Neumarkt: 1 Augenarzt

Roding: 1 Allgemeinarzt

Sulzbach-Rosenberg: 1 Allgemeinarzt

Vohenstrauß: 1 Allgemeinarzt

Welden (Ortsteil Nord): 1 Allgemeinarzt

Welden: 1 Nervenarzt

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

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

Schwaben

Augsburg (Ortsteil 4): 1 Augenarzt

Augsburg-Herrenbach (Ortsteil 7): 1 Allgemeinarzt

Wegzug des bisherigen Praxisinhabers. Wohn- und Praxisräume sind vorhanden.

Augsburg-Oberhausen-Süd (Ortsteil 16):

1 Allgemeinarzt

(Fortsetzung Seite 1178)

Bei
Bronchitis

den Schleim lösen



und die zusätzliche Wirkung
von Ephedrin nutzen

Pertussin[®]
Tropfen

ohne Risiko bei Diabetes
Dos.: Erwachsene Patienten 3–4 x tgl. 20–25 Tropfen
Taschner 8831 Kipfenberg

Krankenhäuser in Bayern mit Geräten für Hämodialyse

Das Bayerische Staatsministerium des Innern, Gesundheitsabteilung, hat im Vollzug eines Landtagsbeschlusses nachstehend eine Übersicht über die Krankenhäuser in Bayern mit Geräten für Hämodialyse bekanntgegeben:
(Stand: 1. August 1970)

Krankenhaus	Anschrift und Farnsprechnummer	Geräte				Bemerkungen
		vor- handen	vor- gesehen	Für Akut- dialyse	Für Dauar- dialyse	
Oberbayern						
Kraiskrankenhaus Alchach	8890 Alchach Krankenhausstr. 11 Tel.: (08251) 23 81-5	1	—	ja	nein	—
Kraiskrankenhaus Ebersberg	8019 Ebersberg, Pfarrer-Guggetzar-Str. 3 Tel.: (081 08) 83 44	1	—	ja	ja	—
I. Medizinische Klinik der Universität München	8000 München 15 Zlamssenstr. 1 Tel.: (08 11) 53 99 11	9	—	ja	ja	—
Chirurgische Klinik der Universität München	8000 München 15 Nußbaumstr. 20 Tel.: (08 11) 53 99 11	1	—	siehe Bem.		Anwendung nur für Transplantationen
Urologische Klinik der Universität München	8000 München 15 Thalkirchner Str. 48 Tel.: (08 11) 24 86	1	—	ja	nein	—
Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München	8000 München 80 Ismaninger Str. 22 Tel.: (08 11) 4 47 71					
Chirurgische Klinik		1	—	ja	nein	—
Medizinische Klinik		—	4	ja	ja	—
Kreiskrankenhaus München-Perlach	8000 München 83 Schmidbauerstr. 44 Tel.: (08 11) 44 98 31	1	—	ja	nein	—
Städt. Krankenhaus München-Schwabing	8000 München 23 Kölner Platz 1 Tel.: (08 11) 3 80 11	—	4	ja	ja	voraussichtlich ab 1971
Städt. Krankenhaus Rosenheim	8200 Rosenheim Pettenkoflerstr. 10 Tel.: (08031) 40 11	2	—	je	je	—

Krankenhaus	Anschrift und Fernsprachnummer	Geräte				Bemerkungen
		vorhanden	vorgesehen	Für Akutdialyse	Für Dauerdialyse	
Niederbayern						
Städt. Krankenhaus Deggendorf	8360 Deggendorf Krankenhausstr. 3 Tel.: (09 91) 733-762	2	—	ja	ja	—
Städt. Krankenhaus Landshut	8300 Landshut Robert-Koch-Str. 1 Tel.: (08 71) 3090	1	—	ja	ja	—
Städt. Krankenhaus Passau	8390 Passau Bischof-Pilgrim-Str. 1 Tel.: (08 51) 70 14	3	—	ja	ja	—
Oberpfalz						
Städt. Marienkrankenhaus Amberg	8450 Amberg Mariahilfbergweg 7 Tel.: (09 6 21) 55 81	1	—	ja	nein	—
Krankenhaus St. Josaf	8400 Regensburg Landshuter Str. 65 Tel.: (09 41) 7 10 71	—	3 bis 5	ja	ja	voraussichtlich ab 1971
Städt. Krankenhaus Weiden	8480 Weiden Bismarckstr. 30 Tel.: (09 61) 2071-76	3	—	ja	ja	—
Mittelfranken						
Chirurgische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen	8520 Erlangen Krankenhausstr. 12 Tel.: (091 31) 85 32 96	1	—	ja	nein	—
Medizinische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen	8520 Erlangen Krankenhausstr. 12 Tel.: (091 31) 85 34 34	2	—	ja	nein	—
Städt. Krankenanstalten Nürnberg (IV. Medizinische Klinik)	8500 Nürnberg Kontumazgarten 14 Tel.: (09 11) 3 99 31	15	—	ja	ja	—
Unterfranken						
Medizinische Klinik der Universität Würzburg im Luitpoldkrankenhaus	8700 Würzburg Josef-Schneider-Str. 2 Tel.: (09 31) 383	6	—	ja	ja	—
Schwaben						
Städt. Krankenanstalten Augsburg (II. Medizinische Klinik im Westkrankenhaus)	8900 Augsburg Langemarckstr. 11 Tel.: (08 21) 3 24 20 77	1	—	ja	ja	—

Babenhausen, Lkr. Illertissen: 1 Allgemeinarzt
Blalchach, Lkr. Sonthofen: 1 Allgemeinarzt
Delningen, Lkr. Nördlingen: 1 Allgemeinarzt
Wiederbesetzung des Kassenarztsitzes.
Haus kann gemietet oder durch Kauf erworben werden.

Friedberg bei Augsburg: 1 Allgemeinarzt
Oberostendorf, Lkr. Kaufbeuren: 1 Allgemeinarzt
Neuburg/Do.: 1 Allgemeinarzt
Thannhausen, Lkr. Krumbach: 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.

Gegen Porno im Wartezimmer

Lesezirkel protestieren gegen Sex

Nicht vergeblich waren die Bemühungen, die sich für saubere Wartezimmerlektüre einsetzten.

So forderten der 69. Deutsche Ärztetag und der 22. Bayerische Ärztetag 1969 in Amberg die Ärzte, Zahnärzte, Leiter der Krankenanstalten und Kurheime auf, die Wartezimmerlektüre sorgfältig und kritisch zu überprüfen und minderwertigen Lesestoff abzubestellen. Man solle vor allem den Kindern und Jugendlichen in den Warte- und Lesezimmern nicht verdorbenes Zeug und Steine, sondern gutes Brot geben. Viele Ärzte und Zahnärzte bestellten die üblichen Lesezirkelmappen ab. Der Erfolg blieb nicht aus.

Dieser Tage wandte sich der Präsident des Deutschen Lesezirkelverbandes, Dr. Fritz SCHMIDTLER, München, an die Verleger der üblichen Illustrierten mit der Bitte, familiengerechte Zeitschriften herauszugeben und nicht die Pornozeitschriften nachahmen zu wollen. Die wachsende Zahl von Abbestellungen würden beweisen, daß die Lesezirkelbezieher sexüberladene Zeitschriften in ihrer Praxis und in ihrer Wohnung nicht mehr dulden wollen. Die Lesezirkelunternehmen fordern deshalb sofortige Maßnahmen gegen die Pornowelle in den „allgemeinen Publikationszeitschriften“.

Der Anfang ist gemacht. Die Illustrierten-Verleger werden dem Druck ihrer stärksten Abnehmer und Käufer nachgeben müssen!

Dr. Dr. Erich Grassi, München

Pharmakopsychiatrisches Symposium

am 12./13. Oktober 1970 in den Räumen des Hauses für Arbeitsschutz, München, Pfarrstraße 3

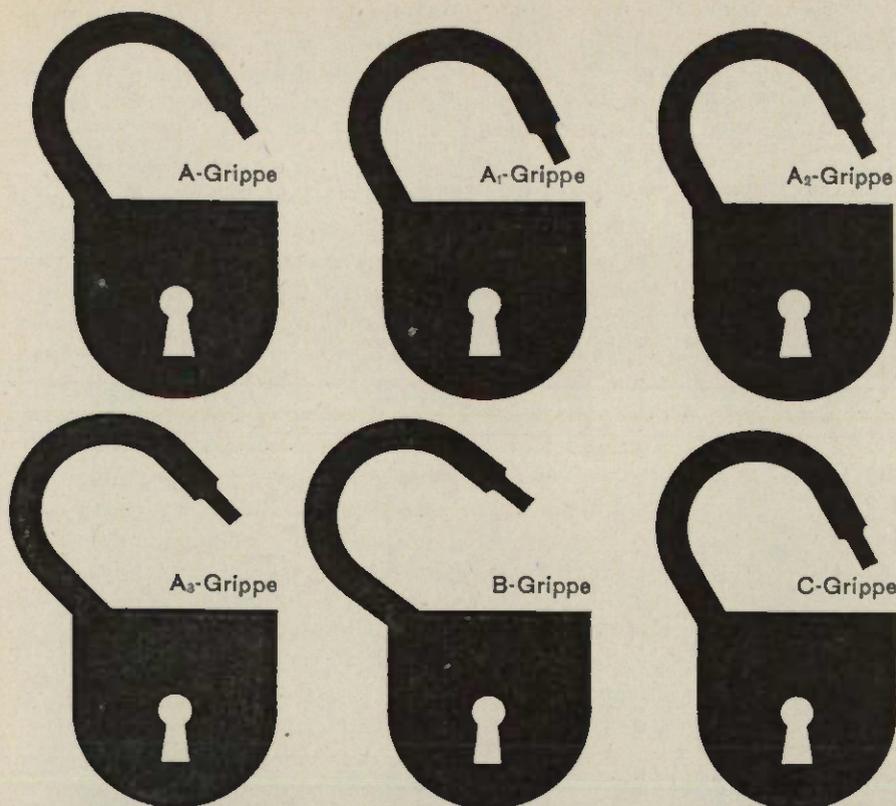
Die Geschichte dieser internationalen Zusammenkunft deutsch-französisch-schweizerisch-belgischer Teilnehmer hatte in ihrem janusköpfigen Aspekt einen besonderen Akzent, insofern der französische Generalkonsul Comte de BARTILLAT die Schirmherrschaft übernommen hatte, und der Schweizer Generalkonsul Herr RÜDI durch Anwesenheit bei der Eröffnung der Sitzungen seine französisch-schweizerischen Landsleute begrüßte. An dem am 12. Oktober 1970 – beim Empfang im „Künstlerhaus“ stattgehabten Buffet nahm der französische Pressekonsul M. Daniel COUDERC persönlich teil.

Welchem Ziel diene dieser Aufwand?

Der Berichterstatter ist schon viele Jahre mit seiner Frau aktives Mitglied jener von Professor Henri BARUK, Membre de l'Académie de médecine de Paris, 1961 gegründeten SOCIÉTÉ MOREAU de TOURS. Dieser geistige Schutzpatron hat, wie H. Baruk in Nr. 41 (1970) der „Medizinischen Klinik“ ausgeführt hat, in der Mitte des vergangenen Jahrhunderts die erste Monographie über Haschisch anlässlich einer Orientreise verfaßt, auf der er einen Patienten als Psychiater begleitete. Die theoretischen Folgen seiner Gedanken führten von dort zu einer Gesamtnosographie der Psychiatrie, die sich besonders mit den Zuständen zwischen Wachen, Träumen und Schlaf befaßte. Moreau de Tours war Schüler ESQUIROLs und arbeitete daher an der gleichen psychiatrischen Klinik in Charenton neben DELAY und BAILLARGER, deren damaliger Chef Esquirol war und deren heutiger bis zur Pensionierung H. Baruk geworden ist, der selbst noch Ehrendirektor der Klinik geblieben ist.

Hier tagt jene Pariser Gesellschaft in bestimmten Abständen zur Aussprache über das Gesamtthema der Pharmakopsychiatrie auf historischer, experimenteller, klinischer und praktischer Grundlage. Die Vielfalt des Aspektes zog internationale Fachgrößen heran. Der Präsident und heutige Pariser Ordinarius Delay ist der Chef der Klinik von Ste. Anne. Baruk veranlaßte den Unterzeichneten zur Gründung einer Münchener Deutschen Sektion, deren Vollzug sich in dem genannten Symposium erfolgreich angebahnt hat. Ein thematischer Schwerpunkt der Untersuchungen galt den Phospholipiden in der psychiatrischen Therapie.

Die historische Seite und Gesamtleitung lag in Händen des Unterzeichneten und seiner Frau. Er selbst sprach einleitend über die pharmakochemischen Vorstellungen im Entwurf zu einer Naturphilosophie SCHELLINGs von 1799. Er versuchte darzulegen, wie in anderer Richtung es die vitalistische Bewegung der Schule in Montpellier tat, auf dem Kontinent die schottische Lehre John BROWNs vertieft wurde; Schelling,



Pessend in jedem Fall:



Fiobrol[®]
zur symptomatischen Grippe-therapie

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

Es gibt keine preiswerteren ANTIBIOTIKA!

Chloramphenicol

	Apoth. Verk. Pr. mit MWSt.
12 St. Durephenicol-Kapseln	6,15
24 St. Durephenicol-Kapseln	11,60
12 St. Durephenicol 500-Kapseln	9,50
24 St. Duraphenicol 500-Kapseln	17,90

Tetracyclin

	Apoth. Verk. Pr. mit MWSt.
12 St. DureTetracyclin-Kapseln	5,90
24 St. DureTetracyclin-Kapseln	10,85
12 St. DuraTetracyclin 500-Kapseln	7,95
24 St. DuraTetracyclin 500-Kapseln	14,50

Penicillin-V-Kalium

	Apoth. Verk. Pr. mit MWSt.
10 St. DurePenicillin 200 000 I. E. Tabletten	3,60
10 St. DuraPenicillin 400 000 I. E. Tabletten	5,60
20 St. DuraPenicillin 400 000 I. E. Tabletten	10,30
10 St. DuraPenicillin Mega Tabletten	10,50



DURACHEMIE - TEGERNSEE

der Ehrendoktor der Universität Landshut (Medizinische Fakultät) eröffnete eine großangelegte dynamische Auffassung vom Leben anhand der Vergiftungszustände und gelangte auf diese Weise in erstaunliche Nähe jener Auffassungen, wie sie bei BEHRING später weiterlaufend bis zu SELYE und der sogenannten Reaktionspathologie neuralen Charakters liefen.

A. LEIBBRAND-WETTLEY konnte nachweisen, daß theoretische Bestrebungen von GALL und BROUSSAIS, ausgehend sonderlich von Dänemark, einen Arzt Dr. OTTO zu pharmakochemischen Spekulationen veranlaßt haben, die damals noch nicht experimentell waren, aber von erstaunlicher praktischer Gegenwartsnähe wurden.

Der Forschungsleiter Jean Pierre GAILLARD aus Vouvry berichtete über die Ergebnisse seines Zentrums. Er zeigte das berechtigte Ansteigen des Interesses für die Phospholipide und deren Verhalten im lebenden Gewebe. Etwa seit 1950 kennt man durch Nutzung moderner Techniken die metabolische Rolle. Chromatographie, Spektrophotometrie wurden benutzt. Am wichtigsten erschien die Auswirkung im Hirn und ZNS. Auch hier reichen Anfangsvorstellungen bei VAUQUELIN (1812) und THUDICHUM (1884) weiter historisch zurück. Schließlich entwickelte LIEBREICH seine bekannte Protagontheorie. Das neueste Werk über den Gegenstand erschien 1964 durch ANSELL und HAUTHORN.

Phospholipide sind komplexe Flüssigkeiten in den Molekülen, bei denen man 1–2 gesättigte Fettsäuren findet, nicht minder ungesättigte, ferner ein Glycerinmolekül neben Phosphorsäure und eine Stickstoffbasis. So werden mannigfache Variationen möglich. Ihre Eigenschaften sind hydro- und lipophil, die Phospholipide haben eine Sondereigenschaft, sich an anderen Molekülen zu fixieren. Am wichtigsten ist der Phosphor für die lebende Materie. Diese Ubiquität ermöglicht Synthesen und Degradationen. Sie beteiligen sich an den enzymatischen Vorgängen. Phospholipide werden extraktiv gewonnen. Gaillard schilderte eingehend die Technik der Gewinnung. Die praktische Verwendung (Curry) bezieht sich vor allem auf Hirnsubstanz.

H. Baruks Vortrag mußte wegen Abwesenheit (Familienerkrankung) verlesen werden. Gerade er geht aus von der experimentellen Katatonie KAHLBAUMS (1874), der damals eine organische Grundlage der Symptomatik vermutet hat. Die historische Entwicklung in Deutschland und Frankreich stand unter der Polarität von Rindenlokalisation und subkortikalen Zentren. Gewisse Aufklärungen schufen die Erscheinungen der Enzephalitisepidemie nach dem ersten Weltkrieg (STERTZ). PAULEIKOFF hat neuerdings diese alten Ansätze wieder aufgenommen. Es dauerte einige Zeit von KRAEPELIN an bis zu DIDE und GUIRAUD, bis die biologisch-chemische Konzeption der Gedanken Neues hervorbrachte. Maßgebend beteiligt

an dieser fruchtbaren Wendung ist GEORGI aus Basel gewesen (Kongreß in Zürich), sowie die langwierigen klinischen Arbeiten und Erfahrungen von MALL aus Landeck (Bergzabern), der seine bisherigen praktisch therapeutischen Erfolge und Mißerfolge kritisch vortrug. Eine gezügelte Dämpfung für therapeutische Optimisten gab Horst JATZKEWITZ in seinem breit angelegten Vortrag „Biochemische Aspekte der Psychiatrie“. Er zeigt die großen Schwierigkeiten des Vergleiches zwischen nosologisch bestimmbarer Geisteskrankheit und chemisch-physiologischem Verhalten. Weder das Modell der Paralyse reichte aus, noch die heute abgetane Ätiologie einer Leberstörung bei psychischen Krankheiten. Gewisse Anhaltspunkte bei Krankheiten wie der metachromatischen Leukodystrophie oder der amaurotischen Idiotie erschienen wegweisend. Was wir kennen sind etwa 13 Substanzen der sogenannten Klasse der Sphingolipide, die an Erkrankungen des ZNS beteiligt sind. Indessen muß festgestellt werden, daß gespeicherte Substanzen sowohl bei Gesunden wie Kranken vorkommen. Was also macht die pathologische Vermehrung? Man muß davon ausgehen – SCHELLING hatte es gewußt (Referent) –, daß es keinen Ruhezustand invariabler Art im Leben gibt. Es gibt nur veränderte Gleichgewichtszustände. Die englische Sprache hat dafür den Namen „Turnover“. Schwierig ist auch, daß das enzymatische System für ein und dieselbe Substanz verschieden sein kann. Gewisse intervalläre Vorgänge bei der Multiplen Sklerose finden Vergleichsmöglichkeiten bei der akuten intermittierenden Porphyrie. Hier traten zu einem Fünftel der Fälle auch exogene psychische Störungen auf. Man findet Präporphyrin vermehrt in der Leber.

Daß das defekte Gen eine Ursache ist, wissen wir, aber das sagt nichts aus für eine Erklärung des periodischen Faktors des Vorgangs. Von großer Wichtigkeit – und darin besteht nach Auffassung des Vortragenden der therapeutische Effekt des Elektrokrampfes – sind die Membranvorgänge. Alle Ionenvorgänge sind mit den Membranen verknüpft. Die anglo-amerikanische Literatur hat hier manches Wichtige berichtet. Indessen kennen wir außer dem Azetylcholin keine Übermittlersubstanzen. Manches ist bei Depressionen klarer geworden durch die Beziehung des Noradrenalins zum Serotonin. Reserpin erzeugt nämlich in gewissen Fällen Depressionen. Ebenso wirkt die Monoaminoxidase. Die Wirkung von Thymoleptisic bezieht sich auf die Membranwirkungen.

Das hier nur kurz angedeutete Referat von Jatzkewitz mahnt uns zur Kritik, ohne pessimistisch zu sein. Und so schloß er mit dem fast paradoxalen Gedanken von DASTUR: vielleicht könne es doch einmal vorkommen, daß einem verdrehten Molekül ein verdrehter Gedanke entspreche.

William CLOETENS berichtete über therapeutische Erfolge bei Ischämien des Hirns bei Gebrauch von Phospholipiden. Besonders spannend waren die Er-

gebnisse von Harry FELDMANN (Genf) über die verschiedensten Erfolge (Agraphie- und Paragraphiebesetzungen) an 200 Fällen. Jean Charles CRÉTALLAZ berichtete aus dem Forschungszentrum Vouvry über „Biochemische und physiologische Annäherung aufgrund therapeutischer Erfahrungen mit Hirnphospholipiden.“

Eine ausgezeichnete detaillierte soziologische Studie über Alkoholdelire trug W. FEUERLEIN vor. Die Diskussionen waren lebhaft.

Der Verlauf der zweitägigen Arbeit, die mit den schönen Filmen LIESERs über die Wirkung von Psychopharmaka bei Psychosen und über die Eigenportraits von van Gogh mit der Musik von Ravel (Boléro) endete, ermunterte die ersten 15 Teilnehmer, sich dem Wunsch einer „Section Allemande de la Soc. Moreau de Tours“ anzuschließen. Sie wird gegründet werden.

Professor Dr. Werner Leibbrand
(Autorenreferat)

Die Eröffnung des 1. Bauabschnittes im Münchener Klinikum rechts der Isar

Anläßlich der Eröffnung des Hörsaaltraktes im Klinikum rechts der Isar fand am 6. November 1970 eine Felerstunde statt.

Der Rektor der Technischen Universität München, Magnifizenz Professor Dr. H. SCHMIDTKE, gab nach Begrüßung der Ehrengäste einen Bericht über den Stand der Integration dieses Klinikums und damit der Fakultät für Medizin in die Technische Universität (TU). Als im Jahre 1966 die Frage der Eingliederung dieser Fakultät in die TU zur Debatte stand, war die Einsicht, daß eine Erweiterung der Ausbildungskapazität für Mediziner im Münchener Raum unerläßlich sei, ausschlaggebend, ebenso die Erwartung, daß eine enge Kooperation von Naturwissenschaft und Technik mit der Medizin für alle neue Perspektiven eröffnen würde. „Mit der Fertigstellung dieses Bauabschnittes ist jedoch eine für die Ausbildung wesentliche Voraussetzung geschaffen worden. Selbst wenn die Tendenz des akademischen Unterrichts in den Übungsveranstaltungen in Richtung auf kleine Gruppen geht, wird man wohl auch in Zukunft nicht auf Veranstaltungen verzichten können, die den Bezugsrahmen für das abgeben, was in den Übungen und im „bed-side-teaching“ an Wissen zu vermitteln ist. Insofern müssen Ansichten zurückgewiesen werden, daß Hörsaalbauten eine pessimale Anlage von Steuergeldern darstellen. Und wenn einige unserer jungen Mitbürger glauben, Hörsäle seien ein Instrument zur Stabilisierung der Ordinarienherrschaft, so möchte ich diesen Bürgern entgegenhalten, daß diese Unterrichtsräume

für sie gebaut sind, gleichgültig auf welcher Sprosse der akademischen Rangleiter der darin unterrichtende Lehrer auch immer stehen mag.

Auch äußerlich dokumentiert sich das Ende der Aufbauphase darin, daß in diesen Tagen die ersten Studierenden der Medizin ihre ärztliche Staatsprüfung abgelegt haben. Die Koinzidenz zwischen der Fertigstellung dieses Bauabschnittes und dem Studienabschluß der ersten jungen Ärztegeneration unserer Hochschule ist für uns alle ganz besonders erfreulich. Der Rektor der TUM kann in diesem Augenblick nur der Hoffnung Ausdruck geben, daß bei der nächsten feierlichen Übergabe eines Bauabschnittes ähnlich erfreuliche Koinzidenzen vorliegen, z. B. der Start einer zwischen Medizin und Technik liegenden Studienrichtung, die dem entspricht, was in unseren westlichen Nachbarländern als bio-engineering bezeichnet wird. Mit diesem Schritt würde auf der Ausbildungsseite der besondere Vorzug der Eingliederung einer Fakultät für Medizin in eine Technische Universität transparent werden.“

Der Dekan der Medizinischen Fakultät für Medizin der TU und Direktor der Chirurgischen Klinik dieser Fakultät, Professor Dr. Georg MAURER, verwies darauf, daß der Aufbau und die Vervollkommnung dieser jungen Fakultät keineswegs auf den baulichen Sektor beschränkt blieb. Als der Vorlesungsbetrieb im Oktober 1967 begonnen wurde, waren drei Lehrstühle besetzt, drei andere Ordinariate wurden kommissarisch verwaltet. Heute jedoch verfügt die Medizinische Fakultät der TU über 21 besetzte Lehrstühle, über 33 außerplanmäßige Professoren und Privatdozenten und über 30 Lehrbeauftragte. 32 Kollegen haben sich inzwischen habilitiert oder wurden umhabilitiert. Der klinische Lehrbetrieb ist mittlerweile voll ausgebaut worden und das klinische Studium wurde bereits im Juli dieses Jahres erfolgreich von vier Kandidaten mit dem Staatsexamen abgeschlossen, während sich gegenwärtig 56 Kandidaten der ärztlichen Staatsprüfung unterziehen.

Bei der Gründung der neuen Fakultät wurde beschlossen, im Semester nur 75 Studenten aufzunehmen. Mancher würde vielleicht gerne eine höhere Zahl wünschen. „Dennoch wollen wir unbedingt – auch nach den Erfahrungen der nun zurückliegenden sechs Semester – an dieser Aufnahmezahl festhalten. Die Qualität der medizinischen Ausbildung hängt wesentlich davon ab, in welchem Umfang der Student theoretisch Erlerntes unter guter fachlicher Anleitung am Krankenbett vertiefen kann. Internationale Experten haben errechnet, daß es am günstigsten ist, wenn ein Student auf drei Krankbetten kommt. Dieses Verhältnis wird in unserem Klinikum in etwa erreicht. Die 450 Studenten, die sich seit der Gründung unserer Fakultät eingeschrieben haben, wurden vom ersten Semester an mit den Problemen, die sich am Krankenbett ergeben, konfrontiert. Sie waren und sind auch

heute begeistert dabei, wenn sie in kleinen Gruppen zu fünf oder sechs mit ihren jeweiligen Tutoren – das sind erfahrene Assistenzärzte oder Oberärzte – lernen, wie man rationell und gründlich Krankengeschichten erhebt, wie man den Patienten untersucht und einen Therapieplan entwirft. Dabei sind diese Lehrvisiten am Krankenbett auch bei den Tutoren recht beliebt. Auch für die Lehrenden ein Anlaß, ihr Wissen präzise zu ordnen und es didaktisch in guter Form weiterzugeben! Als weitere Möglichkeit, das praktische Wissen zu vertiefen, wurde für die Studenten das sogenannte „Internat“ geschaffen. Dabei wohnten sie in einem klinikeigenen Gebäude. Aus räumlichen Gründen mußte dieses „Internat“ jetzt leider vorübergehend aufgehoben werden. Wir behelfen uns heute – bis die räumlichen Verhältnisse das Internat wieder zulassen – mit einem sogenannten klinischen Praktikum. Bei beiden Einrichtungen – Internat und klinischem Praktikum – haben die Studenten die Möglichkeit, den Tages- und Nachtablauf in der Klinik gründlich zu beobachten und mitzuerleben. In der Chirurgie sieht das so aus, daß sich die Studenten in unserer stark frequentierten Poliklinik praktisch betätigen können. Sie haben ferner die Möglichkeit, mit dem bei uns stationierten Notarztwagen der Münchner Feuerwehr bei Alarmen auszufahren und sie können dann dabei miterleben, wie sich der sogenannte „Notarzt“ – das ist ein erfahrener Mitarbeiter – bei schweren Unfällen oder bei sonstigen lebensbedrohlichen Situationen verhält. In einem anderen Fachgebiet, der klinischen Chemie, gibt es heute eine Reihe von Studenten, die in der Lage sind, die Routine-Untersuchungen selbständig auszuführen und bei Ausfall von Fachkräften, deren Tätigkeit – sogar gegen Bezahlung! – vertretungsweise zu übernehmen. Auch bei der Überwachung und Versorgung von Schwerkranken in der Toxikologie oder bei der künstlichen Niere sind Studentengruppen tätig, die sich für diese Teilgebieten schon richtig spezialisiert haben. Freilich wollen wir damit, daß wir den Studenten diese Möglichkeiten geben, keineswegs eine frühzeitige Spezialisierung erreichen. Wir sind genau der umgekehrten Meinung: Grundlage für ein erfolgreiches neuzeitliches Medizinstudium ist ein breites, gut ausgearbeitetes Wissen. In jedem einzelnen Fachgebiet muß dieses Basiswissen herauskristallisiert und zusammengestellt werden, unnötiger Ballast muß fortfallen. Jedem Studenten muß dieses Grundwissen in der Theorie und in der praktischen Anwendung so beigebracht werden, daß er es nicht mehr vergessen kann.

Wir halten dieses Grundwissen für das Examen wichtig, ganz besonders aber für die spätere Tätigkeit als praktizierender Arzt. Erfreulicherweise trägt die demnächst für die Bundesrepublik in Kraft tretende neue Approbationsordnung der Forderung nach einem gediegenen theoretischen und praktischen Basiswissen – unter Fortfall von überflüssigen Anhängseln – gebührend Rechnung. Es muß auch in der Medizin ein

Ziel realistischer Hochschulpolitik sein, das Studium soweit als möglich zu straffen!

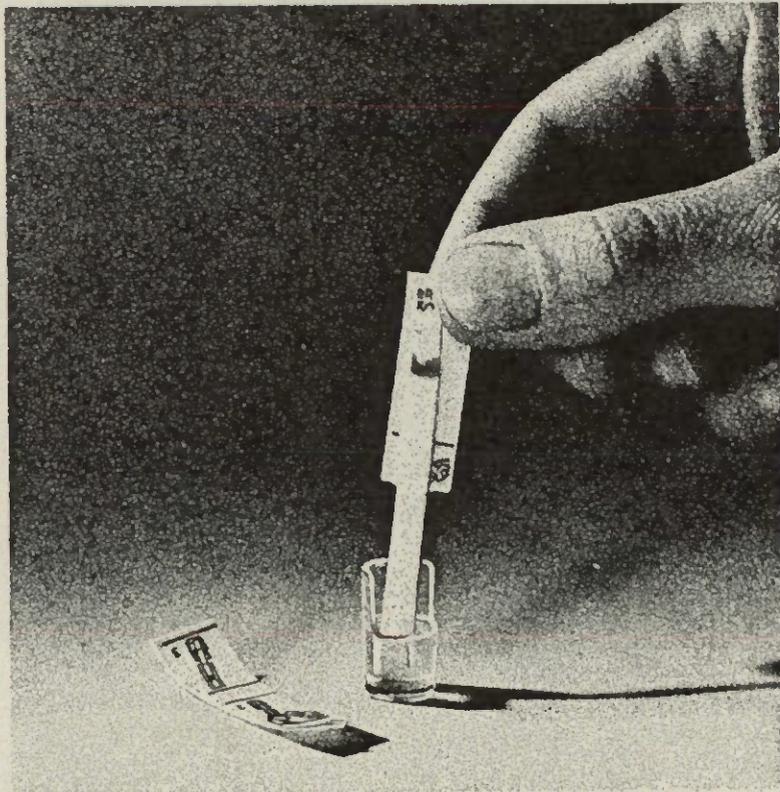
Professor Dr. Maurer hob dankend hervor, daß der Staatsminister für Unterricht und Kultus, Dr. Huber, am 22. Juli 1970 den Planungsauftrag zur Errichtung des Vorklinikums erteilt hat, so daß wohl schon zum Wintersemester 1971/72 auf dem Gelände am Biederstein das vorklinische Studium aufgenommen werden kann. – im Bereiche des Klinikums wurden zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten veröffentlicht. Seit Neugründung der Fakultät haben bereits 50 Promotionen stattgefunden. Es ist in zahlreichen Fällen gelungen, die wissenschaftliche Verbindung zwischen der Fakultät und den Ingenieurwissenschaften zu vertiefen. – Allein in der Chirurgischen Poliklinik wurden vom 14. September 1967 bis 14. September 1970 98 481 Patienten



Der neue Hörsaal während der Feierstunde

ten untersucht und behandelt. Im gleichen Zeitraum wurden 70 865 Patienten in der Chirurgischen Klinik stationär aufgenommen. Die Assistenzärzte der Klinik führten vom April 1969 bisher über 3000 Einsätze mit dem Notarztwagen. Sie nahmen ferner aktiv am Autobahn- und Gebirgsrettungsdienst durch Hubschraubereinsätze teil. Allein in der Chirurgischen Klinik beträgt die Zahl der operativen Eingriffe in den letzten drei Jahren fast 30 000. Zur Linderung des enormen Bettenmangels in der Landeshauptstadt München trägt das staatliche Klinikum bei. Die Chirurgische Klinik steht mit 119,7% – Durchschnittswert von zehn Jahren – an der Spitze der Überbelegung im Bundesgebiet. Neben den bisher üblichen Einrichtungen der Diagnostik und Therapie wurden alle Zweige der Vorsorge-Medizin besonders gefördert. Die Untersuchungsmöglichkeiten für die Früherkennung der Krebserkrankung der Brust, des Magen-Darmkanals, der Lunge und der Gebärmutter wurden besonders ausgebaut, wobei die Tätigkeit der neuerrichteten Lehrstühle für Cytologie, für Dokumentation und Datenverarbeitung und für Nuklearmedizin besonders wertvolle Hilfen darstellen. Durch großzügige private Initiative wird in nächster Zeit im Bereich des Klinikums

URIGLOX



Teststreifen zum Nachweis signifikanter Bakteriurien

Mit URIGLOX werden bei einer einzigen Untersuchung
95 % aller positiven Fälle erkannt und
99 % aller negativen Fälle ausgeschlossen.

Bitte fordern Sie Informationsmaterial an.

209/0



Hersteller
KABI AB
Schweden

Vertrieb für die Bundesrepublik Deutschland

LABORDIAGNOSTICA
GÖDECKE

Esberitox[®]

ruft
die Abwehr
zum Kampf

Esberitox[®]

unspezifisches Reiztherapeutikum
Stimulans des RES und des
leukopoetischen Systems

Esberitox[®]

zur Basistherapie bei allen
infektiösen Erkrankungen

Darreichungsformen:

Liquidum:	20 ml, 50 ml:
Tabletten (mit Vitamin C):	50 Stück zu 0,3 g, 125 Stück zu 0,3 g;
Suppositorien:	10 Stück;
Ampullen:	5 Stück zu 2 ml.

 **Schaper & Brümmer**
3324 Salzgitter-Ringelheim

eine Einrichtung für Vorsorge-Medizin entstehen, wie sie im Bundesgebiet als Vorbild gelten kann. Den jungen Medizinern muß gezeigt werden, daß Vorbeugen wichtiger ist als Heilen!

Anschließend erfolgte die Verleihung der Ehrenpromotionsurkunde an Professor Dr. Rudolf NISSEN, den langjährigen Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik in Basel. Professor Nissen hat sich als Vorsitzender des Berufungsausschusses in den Jahren 1966/67 für die Gründung der Fakultät ganz besondere Verdienste erworben. Er hat mit viel Verhandlungsgeschick, Energie, Mut, großer Ausdauer und enormem Zeitaufwand sich dieser schwierigen Aufgabe gewidmet bis die Fakultät für Medizin der Technischen Universität konstituiert war.

Der Leiter der Obersten Baubehörde im Staatsministerium des Innern, Professor KOCH, gab einen Überblick über den Verlauf der Arbeiten bei der Erstellung des ersten Bauabschnittes im Klinikum.

Staatsminister Dr. Ludwig Huber dankte dem Bayerischen Landtag, daß er durch die Bewilligung der erforderlichen Beträge die finanziellen Voraussetzungen für den Ausbau des Klinikums zu einem vollwertigen Universitätsklinikum gegeben hat.

Die bauliche Durchführung dieser Aufgabe stellte an die Behörden der Staatsbauverwaltung und die beteiligten Privatarchitekten besondere Anforderungen. Handelt es sich doch nicht nur um die Errichtung von Neubauten, sondern auch deren funktionelle Einordnung in den bestehenden Klinikbereich. Daneben müssen die vorhandenen Altbauten durchgehend saniert und zum Teil ergänzt werden. Gerade diese laufenden Baumaßnahmen bedeuten eine Erschwerung des Klinikbetriebes. Das Verständnis, das von den meisten Betroffenen hierfür aufgebracht wird, soll daher besonders hervorgehoben werden. Die Verantwortlichen sind bemüht, diese Baumaßnahmen bald zu Ende zu führen und die weiteren Bauten so schnell als möglich in Angriff zu nehmen. Ich nenne, sagte der Minister, hier den Neubau für die Urologische Klinik, den Bau einer Poliklinik und eines Gebäudes für medizinisch-theoretische Einrichtungen einschließlich der dazu gehörenden Versorgungseinrichtungen. Der Erweiterungsbau für die Chirurgische Klinik nimmt bereits Gestalt an. All diese Maßnahmen sind in das Sofortprogramm der Bayerischen Staatsregierung für den Ausbau der bayerischen Hochschulen aufgenommen worden. Die Staatsregierung hat damit die Voraussetzung für einen zügigen Ausbau des Klinikums der TU geschaffen. So wird ein vollwertiges und den Empfehlungen des Wissenschaftsrates entsprechendes Universitätsklinikum verwirklicht werden. Dieses Klinikum kann dabei zwei entscheidende Vorteile für sich in Anspruch nehmen: Einmal die Geschlossenheit des Klinikkomplexes, die es erlaubt, gemeinsame Einrichtungen aller Kliniken und Institute zentral errichten und betreiben zu können. Zum anderen seine Lage in

der Innenstadt, die es der Bevölkerung ermöglicht, auf kürzestem Wege ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Diese Gesichtspunkte müssen auch für den künftigen Ausbau des Klinikums maßgebend sein. Weitere klinische Einrichtungen, vor allem die geplante Universitätszahnklinik, sollen daher im Anschluß an die bestehenden Kliniken zur Errichtung kommen. Nur eine Entwicklung unter Beachtung dieses Leitgedankens stellt eine Lösung dar, die auch in den kommenden Jahrzehnten allen Anforderungen der Lehre und Krankenversorgung gerecht wird. Die bauliche Entwicklung ist aber nur ein Aspekt der uns gestellten Aufgabe. Daneben stehen in gleicher Bedeutung die Fragen des weiteren personellen Ausbaus der Fakultät.

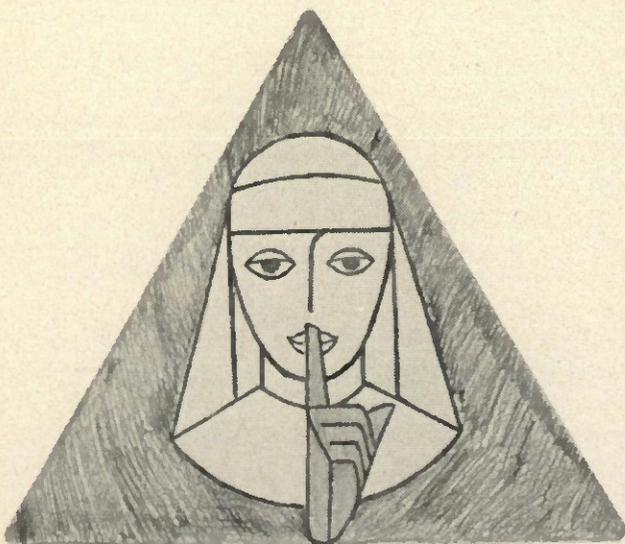
Das Ministerium hat jedoch auch für die kommenden Haushaltsjahre die Schaffung von jeweils mehr als 100 neue Stellen für Ärzte, Schwestern und weitere Mitarbeiter vorgesehen. Durch diese personelle Verstärkung wird die Fakultät für Medizin in die Lage versetzt, ihren steigenden Aufgaben in Forschung und Lehre auch künftig gerecht zu werden. Das Hörsaal- und Mensagebäude zeigt sich als moderner und architektonisch gelungener Bau, der eine Dominante im Klinikgelände und eine städtebauliche Bereicherung zugleich darstellt. In seiner Funktion ist er auf die speziellen Bedürfnisse des Klinikums abgestellt. Die Zusammenfassung der Hörsäle macht sie für die Studenten auf kürzestem Wege erreichbar und ermöglicht eine optimale Ausnutzung im Rahmen des Stundenplans. Entsprechend vielseitig ist die Ausstattung der Hörsäle. Über die normale Ausstattung hinaus ist eine Herztonanlage vorgesehen. Mit ihr wird der Student über einen Kopfhörer den übertragenen Ton in der erforderlichen akustischen Qualität wahrnehmen. Ferner erhält das Hörsaalgebäude eine Farbfernsehanlage. Durch sie wird der Ablauf operativer Eingriffe unmittelbar aus dem Operationssaal in den Hörsaal übertragen werden. Dieses Verfahren kann und soll den Unterricht am Krankenbett nicht ersetzen. Es bietet jedoch gegenüber dem herkömmlichen wesentliche Vorteile: Mehr Studenten als sie im Operationssaal Platz finden würden, können zu gleicher Zeit und mit besseren Sichtverhältnissen den Operationsablauf verfolgen und die dazu erforderlichen Erläuterungen erhalten. Neben den Bedürfnissen des Unterrichts soll beim Aufbau der Fakultät die Sorge für das leibliche Wohl der Studierenden und der Mitarbeiter des Klinikums nicht zu kurz kommen. So hat neben den Hörsälen in dem Neubau auch das Ärztekasino und die Mensa Platz gefunden, die rund 450 Personen einen angenehmen Aufenthalt verspricht. Die Kosten für das Bauvorhaben belaufen sich auf rund 11,5 Millionen DM.

Der Minister schloß mit den Worten: „Mein Dank gilt auch den Herren der beteiligten Ministerien, der Staatsbauverwaltung und der Architektengemeinschaft Wichtendahl/Roemmich, die mit all ihren Mitarbeitern am Zeichentisch und auf der Baustelle für eine rechtzeitige Fertigstellung Sorge getragen haben. Ganz be-

sonders danken möchte ich den mit dem Bau befaßten Mitgliedern der Medizinischen Fakultät, insbesondere dem Dekan Professor Dr. Maurer, der überall da, wo Schwierigkeiten oder Verzögerungen auftraten, als Mahner und unermüdlicher Helfer zur Stelle war. Mögen aber auch alle Ärzte, Schwestern und Patienten meinen Dank entgegennehmen für das Verständnis, das sie für alle mit dem Bau verbundenen Unzuträglichkeiten aufgebracht haben. Ich hoffe, daß alle Benutzer des nunmehr fertiggestellten Hauses, Lehrende und Lernende, seine Einrichtungen als eine gute Voraussetzung für ihre Arbeit ansehen werden. Mögen Sie bei aller technischen Perfektion nie vergessen, daß im Mittelpunkt des Studiums und der täglichen Arbeit immer die Sorge für den kranken Menschen zu stehen hat. Diesem Ziel wird auch der weitere Ausbau aller Einrichtungen des Klinikums rechts der Isar dienen, den das Staatsministerium für Unterricht und Kultus auch in den kommenden Jahren mit Nachdruck weiterführen wird."

Professor Dr. Günther BLÜMEL, Direktor des Institutes für experimentelle Chirurgie (bisher Wien), hielt sodann einen durch instruktive Bilder ergänzten Vortrag über „Das Experimentieren in der Chirurgie.“

Die Feierstunde war umrahmt von Darbietungen des Bläser-Quartetts Sertle aus dem 17. und 16. Jahrhundert.



Warnzeichen vor Krankenhäusern

Studentische Störaktionen im Krankenhaus

Kranken wurde auch in primitiven oder unterentwickelten Völkern besondere Achtung gezollt. Der beste Beweis dafür ist u. e. der Zulauf zu Missions- und anderen dort befindlichen Krankenhäusern. Der steigende Verkehr in unseren Ländern macht, da leider vielfach eine gewisse Rücksichtslosigkeit dem Nächsten gegenüber festgestellt werden muß, Hinweise notwendig.



Demonstranten im Krankenhaus
(links ein Teilnehmer mit Megaphon!)

So stehen hier vor den Krankenhäusern (siehe Abbildung) Warnzeichen, die eine stumme, aber trotzdem deutliche Sprache sprechen. Um so unverständlicher ist es, daß **innerhalb** (!) des Krankenhauses anläßlich der Feier zur Eröffnung eines neuen Traktes lärmende Demonstrationen stattfanden, die den Festakt stören sollten, aber gleichzeitig Beunruhigung unter den Kranken auslösten. Ein Teil der Demonstranten brach während der Rede des Rektors der TU in den Hörsaal ein. Er wurde jedoch zurückgedrängt. Die Sprechchöre waren, wenn auch gedämpft, auch weiter hörbar. Es sei dahingestellt, wie es möglich war, daß den Störern der Einbruch in das Krankenhaus gelang, obwohl sonst für die Besucher strenge Regeln gelten. Daß das Polizeiaufgebot nur den einen Teil des Gebäudekomplexes abschirmte, die Demonstranten im Krankenhaus weiter dort beließ, ist nicht verständlich. Des weiteren steht gar nicht fest, ob — was unwahrscheinlich ist — die Störer ausschließlich aus Studenten der Medizinischen Fakultät der TU bestanden oder vielleicht eine Verstärkung von anderer Seite erfahren hatten, dem Demonstrieren wichtiger als Studieren ist. Wir sind ja heute schon so weit, daß Studenten — trotz mangelnder Sachkenntnis — auf Berufungen Einfluß nehmen. Daß sie jetzt auch auf die Größe der Hörsäle Einfluß nehmen wollen, ergänzt den Beweis ihrer Überheblichkeit. Gerade der Vortrag von Professor Dr. Blümel bewies, wie nötig ein Hörsaal von der Fassungskraft des neuen Objektes ist. Starker — nicht dezenter Beifall, wie eine Tageszeitung berichtete — folgte den Worten von Minister Dr. Huber, der sich gegen die grundlosen Demonstrationen wandte.

Von zukünftigen Ärzten muß jedenfalls schon während ihrer Studienzeit Rücksicht auf Kranke gefordert werden. Lautstarke Demonstrationen, zu welchem Zwecke immer, gehören in kein Krankenhaus. K-g.

Anmerkung:

Von Karl UHDE erschien im „Münchner Stadtanzeiger“ vom 11. November 1970 ein instruktiver Artikel „Hier läßt sich Medizin studieren“.

Effortil®

stabilisiert den Kreislauf nach physiologischem Vorbild
durch Zusammenspiel von Herz- und Gefäßwirkung

Effortil®

immer dann, wenn die Kreislaufregulation zu versagen droht oder bereits versagt hat

Effortil®-Saft

zur Kreislauftherapie bei empfindlichen Patienten und Kindern

Depot-Effortil®

sichert Kreislauffunktion und Wohlbefinden über 9 Stunden ohne Nebenwirkungen



Boehringer
Ingelheim



Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins e.V.

Der Bayerische Medizinalbeamtenverein e.V. hielt am 3./4. Juli 1970 in München seine diesjährige Landesversammlung ab. Der Landesvorsitzende Obermedizinaldirektor Dr. A. BÖHM, München, wies in seiner Begrüßungsansprache darauf hin, daß gerade das Thema „Trinkwasserversorgung“ der Arbeitstagung zeigt, welches Gewicht den außerhalb der Medizin liegenden Naturwissenschaften im öffentlichen Gesundheitswesen zukommt, wodurch sich die Beschlüsse der Mitgliederversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins von 1968 und 1969 als wohlbegründet erweisen, den im öffentlichen Gesundheitswesen tätigen Naturwissenschaftlern im Verein eine standespolitische Heimat zu geben. Die Aufgaben des Amtsarztes als Sachverständiger für Fragen der Wasserhygiene erstrecken sich neben der laufenden Überwachung bestehender Trinkwasseranlagen besonders auf die Planung von zentralen Wasserversorgungsanlagen, wobei im Rahmen von Begutachtung von Bauplänen neue Chancen auf wasserhygienischem Gebiet entstanden sind. Nach der letzten amtlichen Statistik aus dem Jahre 1963 wurden noch 17,5% der Bevölkerung aus nichtöffentlichen Wasserversorgungsanlagen, d. h. Einzel- und Kleinanlagen, versorgt. Letztere genügen vielfach weder baulich noch nach dem Gesichtspunkt des Verunreinigungsschutzes und der Wartung den Mindestanforderungen. In der Themenstellung „Trinkwasserversorgung“ bekundet damit der Medizinalbeamtenverein erneut seine Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung.

Anschließend gab der Landesvorsitzende die notwendig gewordene Neuwahl seines Amtes bekannt, da er am 12. Mai 1970 in Stuttgart zum Vorsitzenden des Bundesverbandes der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes gewählt wurde. In einem Rechenschaftsbericht und Rückblick über seine neunjährige Amtsführung als Landesvorsitzender stellte Dr. Böhm mit Befriedigung fest, daß die Landesversammlung und die alljährliche Behandlung wissenschaftlicher Themen, die die Weite des Aufgabenbereiches der Gesundheitsämter widerspiegeln, in der Öffentlichkeit stets Beachtung gefunden und das Ansehen des öffentlichen Gesundheitswesens nachhaltig gefördert haben. Er dankte dem Bayerischen Staatsministerium des Innern, das die Landesversammlung als Fortbildungstagung anerkannt und in jeder Hinsicht gefördert, den Medizinalbeamtenverein bei wichtigen Fragen gehört und seine Stellungnahmen in weitestgehendem Maße berücksichtigt hat, und gab mit besonderer Freude die Ernennung des Herrn Ministerialdirigenten Dr. HEIN, Leiter der Gesundheitsabteilung im Bayerischen Staatsministerium des Innern, zum Ehrenmitglied bekannt. Zu weiteren Ehrenmitgliedern hat die Vorstand-

schaft den ehemaligen Landesvorsitzenden Herrn Obermedizinaldirektor Dr. Horst SCHMIDT in Ansbach und Herrn Senator Medizinaldirektor Dr. KLÄSS in Fürth ernannt. In seinen Schlußworten gab der Landesvorsitzende der Hoffnung Ausdruck, daß den Ärzten des öffentlichen Gesundheitsdienstes die Einheit bezüglich der gesetzlichen Grundlagen für die Gesundheitsämter erhalten bleibe, und daß die Gemeinsamkeit, mit der sich alle Ärzte, frei praktizierende und beamtete, in die Aufgaben des Gesundheitswesens teilen, nicht verlorengehe.

Staatssekretär FINK vom Bayerischen Staatsministerium des Innern überbrachte die Grüße der bayerischen Staatsregierung und ging besonders auf Besoldungsprobleme und die Ausbildungsordnung für Amtsärzte ein.

Professor Dr. SEWERING, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, betonte in seinen Grußworten die enge Verbundenheit zwischen Amtsärzten und den frei praktizierenden Ärzten.

Die wissenschaftlichen Vorträge der Tagung unter dem Thema „Trinkwasser“ wurde mit einem Referat des vormaligen Präsidenten des Bayerischen Landesamtes für Wasserversorgung und Gewässerschutz in München, Dipl.-Ing. STIMMELMAYR, über „Wasser — Grundlage allen Lebens“ eröffnet. Der Referent betonte eingangs, daß die Anwesenheit sowohl der Amtsärzte als auch der Chemiker und Ingenieure auf dieser Tagung ihren hohen Sinn in der gemeinsamen Sorge für das Wasser als der Grundlage menschlichen Lebens haben. Den Amtsärzten, Bakteriologen und Chemikern obliegt die hygienische Überwachung des Frischwassers, den Ingenieuren die technische Ausstattung der Wasserversorgungsanlagen, die in Bau und Betrieb die hohen Anforderungen der Wassergüte garantieren müssen. Da die großen Wasservorräte der Erde nur zu einem kleinen Bruchteil aus Süßwasser bestehen, das für Trink- und Bewässerungszwecke verwendet werden kann und zudem diese kleine Menge noch ungleich verteilt ist, bestehen in manchen Ländern schon jetzt große Schwierigkeiten, das Wasser zu beschaffen. Beispiele von wasserbaulichen Maßnahmen von der „Alten Welt“ bis in die Jetztzeit lassen die Anstrengungen erkennen, die gemacht werden müssen, um Gebiete so zu bewässern, daß sie landwirtschaftliche Erträge abwerfen und damit das Leben der Menschen sichern. Aber auch die Industrie braucht immer größere Mengen Wasser. Es muß also für die Zukunft geplant werden. Für Bayern ist bereits eine Trinkwasserbilanz bis zum Jahre 2000 aufgestellt, damit Wasservorräte gesichert und die Entwässerung entsprechend geplant wird. Dem Schutze der Gewässer, die wir als Trink-, Brauch- oder Industrierwasser nötig haben, gebührt Vorrang. Das Wasser und seine Bewirtschaftung haben aber auch andere für das Leben wesentliche Dinge hervorgebracht; ihm sind die Anfänge der Wissenschaft zu verdanken, wohl auch die ersten Gesetze. Der Vortrag klang mit einem gro-

Ben Lob auf das Wasser, das schon Thales von Milet als göttlichen Ursprung der Welt betrachtet hat, aus. Regierungsrat Dipl.-Geologe Dr. SUTTER vom Bayerischen Landesamt für Wasserversorgung und Gewässerschutz, München, sprach anschließend über „Trinkwasservorkommen und Gewinnung“. Er berichtete, daß Bayern in der glücklichen Lage ist, den überwiegenden Teil des zur Trinkwasserversorgung der Bevölkerung benötigten Wassers aus dem natürlichen einwandfreien Grundwasservorrat zu beziehen. Neben den natürlichen Gegebenheiten ist dies aber auch ein Verdienst des ausgeübten sorgfältigen Schutzes dieses Naturschatzes. Die Zusammenarbeit aller Behörden, die den Schutz des Grundwassers zur Aufgabe haben, zeigt im Vergleich zu anderen Ländern einen Erfolg, den nur eine gute Teamarbeit erzielen kann. Nach einem Überblick über Quell- und Grundwassererschließungen ging der Referent auf die Trinkwasserschutzgebiete und ihre einzelnen Zonen ein. Den für das Schutzgebiet notwendigen Auflagen und Nutzungseinschränkungen liegen reiche Erfahrungen und Regeln zugrunde, die in jedem Einzelfalle zu prüfen und sinngemäß anzuwenden sind. Zwar sollte man im Hinblick auf die Volkswirtschaft unnötige Einschränkungen vermeiden, dürfe aber niemals aus Bequemlichkeit oder um verwaltungstechnische oder politische Schwierigkeiten zu vermeiden, den Schutz des Grundwassers gefährden.

Als nächster Referent befaßte sich Oberregierungschemiker Dr. EICHELDÖRFER vom Institut für Wasserchemie und Chemische Balneologie der Technischen Universität München mit den „Forderungen des Chemikers an das Trinkwasser“, wobei er die Eigenschaften und Stoffe, die eine Gesundheitsgefährdung hervorrufen, die durch Geschmacksbeeinträchtigung das Wasser ungenießbar machen und mögliche Verunreinigungen besonders herausstellte. Er ging auch auf die chemisch-technologischen Forderungen bezüglich einer reibungslosen und einwandfreien Wasserversorgung der Bevölkerung ein. Der Entwurf zu einer Trinkwasserverordnung (1967) sowie deutsche und internationale Empfehlungen, Richtlinien und Leitsätze mit ihren wichtigsten Grenzwertempfehlungen wurden als wertvolle Hinweise für die Trinkwasserbeurteilung besprochen.

Die „Forderungen des Hygienikers an das Trinkwasser“ erläuterte Herr Obermedizinaldirektor Dr. FREYTAG, Direktor der Staatlichen Bakteriologischen Untersuchungsanstalt München (vgl. „Bayerisches Ärzteblatt“, Heft 10, 1970).

Oberregierungsbaudirektor Dipl.-Ingenieur MUTSCHMANN vom Bayerischen Landesamt für Wasserversorgung und Gewässerschutz, München, sprach über „Trinkwassertechnik“ und deren Teilbereiche: Wasserbedarf, -gewinnung, -aufbereitung, -fortleitung, -speicherung und -verteilung. Hinsichtlich der Baukosten fallen auf diese Teilbereiche bei der Erstellung einer Gesamtanlage recht unterschiedliche Prozentual-

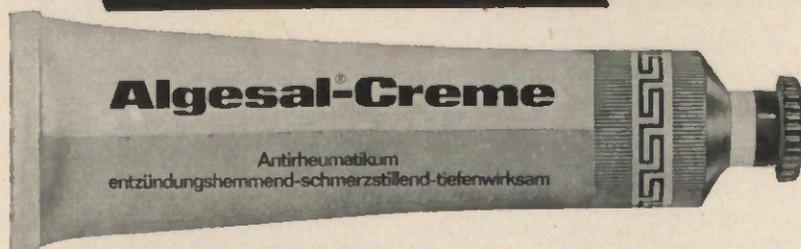
anteile, z. B. Wassergewinnung 2 %, dagegen Wasserverteilung 67–81 %. Der größtenteils unterirdische Verlauf einer Wasserversorgungsanlage bedingt sorgfältige Planung und Ausführung, besonders beim Rohrnetz. Bei der Bemessung der Anlagen wird der mutmaßliche Bedarf des Jahres 1985 zugrunde gelegt, wobei die Erweiterung auf den Bedarf des Jahres 2000 möglich sein muß. Der Referent erläuterte dann wesentliche Gesichtspunkte für Bau und Betrieb der einzelnen Anlagenteile einer Wasserversorgungsanlage und unterrichtete über Wassergewinnungsarten und Aufbereitungsmöglichkeiten. Die in DIN 2000 aufgestellten Leitsätze für den Betrieb einer Wasserversorgungsanlage, die wegen der Verwendung des Wassers als wichtigstes Lebensmittel berechtigterweise sehr hohe Forderungen beinhalten, würden hauptberuflich angestelltes fachkundiges Personal notwendig machen. Da nur große Anlagen für solches Personal geeignet sind, muß in zunehmendem Umfang zu großräumigen Wasserversorgungsgruppen und Betriebszweckverbänden bestehender Einzelanlagen übergegangen werden.

„Rechtsfragen bei der Trinkwasserversorgung“ wurden von Oberregierungsrat Dr. PETZKE vom Landratsamt München behandelt. Um einen geordneten Wasserhaushalt aufrechterhalten zu können, hat sich in den letzten Jahren – von weiten Kreisen un bemerkt – das Wasserrecht vom Besitzschutzrecht zu einem modernen Gewässerschutz- und Versorgungsrecht gewandelt. Nur auf dieser Grundlage kann bei ständig wachsendem Verbrauch eine ausreichende Versorgung mit Wasser für den Bedarf von Wirtschaft und privatem Bereich gesichert werden, was von erst-rangiger gesellschaftlicher Bedeutung ist.

Der letzte Vortrag der wissenschaftlichen Tagung, gehalten von Dipl.-Chemiker Dr. PHILIPP vom Institut für Wasserchemie und Chemische Balneologie der Technischen Universität München und Bayerischen Landesamt für Wasserversorgung und Gewässerschutz München, befaßte sich mit der „Chemischen Aufbereitung des Wassers für Trinkwasserzwecke“. Der Referent betonte, daß infolge des stetig steigenden Wasserverbrauchs vielfach auf Grundwasservorkommen minderer Güte oder auf Oberflächenwasser zurückgegriffen werden muß und daher dem Problem der Wasseraufbereitung eine immer größere Bedeutung zukommt. Die Möglichkeiten, in den Chemismus eines Wassers einzugreifen, um zu einem technisch zweckentsprechenden und hygienisch einwandfreien Trinkwasser zu kommen, umfassen u. a. die Entfernung überschüssiger Kohlensäure auf mechanischem

3. Diagnostik-Woche

vom 5. – 9. Mai 1971 in München



wenn die Bewegung schmerzt

oder chemischem Wege, die Zuführung notwendigen Sauerstoffes durch Belüftung, die Schöpfung – d. h. Verbesserung von Färbung –, Klarheit, Geruch und Geschmack durch Beseitigung von fremdartigem Geruch und Geschmack oder möglicher gesundheitsschädigender Verunreinigung, die Entkeimung oder Desinfektion bei mangelhafter oder schwankender bakteriologischer Wasserbeschaffenheit. Das gebräuchlichste und preisgünstigste Verfahren für die Entkeimung arbeitet mit Chlorgas oder Natriumhypochloritlösung. Soll neben der Desinfektion eine Geruchs- und Geschmacksbeseitigung erzielt werden, verwendet man Chlordioxid und Chloramin, in schwierigen Fällen auch Ozon. Die in Oberflächenwässern oft enthaltenen organischen Verunreinigungen kolloidaler Struktur werden durch Zugabe flockungsfördernder Stoffe (z. B. mehrwertiger Metallionen) und Abfiltrieren entfernt. Diese Stoffe, zu denen auch natürliche und synthetische organische Flockungshilfsmittel gehören, spielen in der Wasseraufbereitung eine immer größere Rolle.

In der geschlossenen Mitgliederversammlung am 4. Juli 1970 wurden standespolitische Fragen, besonders die Auswirkungen des Besoldungs-Neuregelungsgesetzes, sowie Vereinsangelegenheiten behandelt. Ein wesentlicher Punkt hierbei war die Neuwahl der Vorstandschaft. Wie bereits an anderer Stelle veröffentlicht, wurde zum Landesvorsitzenden Medizinaldirektor Dr. Leo WALTHER, Kitzingen, zum 2. Vorsitzenden Medizinaldirektor Dr. Paul MIHATSCH, Kelheim, und zum Schriftführer-Kassenwart Oberregierungschemiker Dr. Johannes STARITZ, Würzburg, gewählt. Der bisherige Landesvorsitzende und jetzige Bundesvorsitzende des Verbandes der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes wurde in Würdigung seiner für den Bayerischen Medizinalbeamtenverein geleisteten unermüdlichen Arbeit und der hierbei für die Kollegen erzielten Erfolge zum Ehrenvorsitzenden ernannt.

Zum Tagungsort für die Landesversammlung 1971 wurde die Stadt Nürnberg bestimmt.

Staritz, Würzburg

Gemeinsame Erklärung des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten

Illustrierte Zeitschriften und Tagespresse berichteten in letzter Zeit über Narkosezwischenfälle bei operativen Eingriffen, die ohne Zuziehung eines Fachanästhesisten durchgeführt worden seien. Die zum Teil sensationelle Aufmachung dieser Veröffentlichungen veranlaßt die beiden Berufsverbände zu folgenden Hinweisen:

Jede Narkose birgt ebenso wie der chirurgische Eingriff die Möglichkeit unvorhergesehener Komplikationen in sich. Der Verringerung dieser Risiken dient die Zuziehung eines Facharztes für Anästhesie. Die Zahl der Fachärzte in der Bundesrepublik reicht aber noch nicht aus, um bei allen operativen Eingriffen eine fachärztlich geleitete Narkose zu ermöglichen, wie dies nach übereinstimmender Auffassung beider Berufsverbände wünschenswert wäre.

Anästhesisten und Chirurgen sind bemüht, diese Lücke zu schließen. Sie werden dabei von zahlreichen Krankenhausträgern unterstützt, die in den letzten Jahren neue Anästhesieabteilungen und Planstellen für nachgeordnete Ärzte einrichteten, in denen eine Weiterbildung zum Facharzt für Anästhesie stattfindet. Auch zwischen frei niedergelassenen Anästhesisten und operativ tätigen Ärzten bestehen vielfach lokale Absprachen, die eine fachärztliche Anästhesie sogar bei ambulanten Eingriffen ermöglichen.

Wo kein Fachanästhesist verfügbar ist, wird die Narkose oft einem chirurgischen Assistenz- oder Oberarzt übertragen. Sofern Schwestern oder Pfleger mit der Ausführung betraut werden, unterstehen sie der Anleitung und Überwachung des Operateurs, der für ihre Tätigkeit die volle ärztliche und rechtliche Verantwortung zu tragen hat. Es ist unbestritten, daß erfahrene Schwestern und Pfleger sich im Rahmen dieser Einschränkungen verdient gemacht haben.

Es ist daher nicht vertretbar, wenn die Öffentlichkeit durch alarmierende Presseberichte beunruhigt und

neu

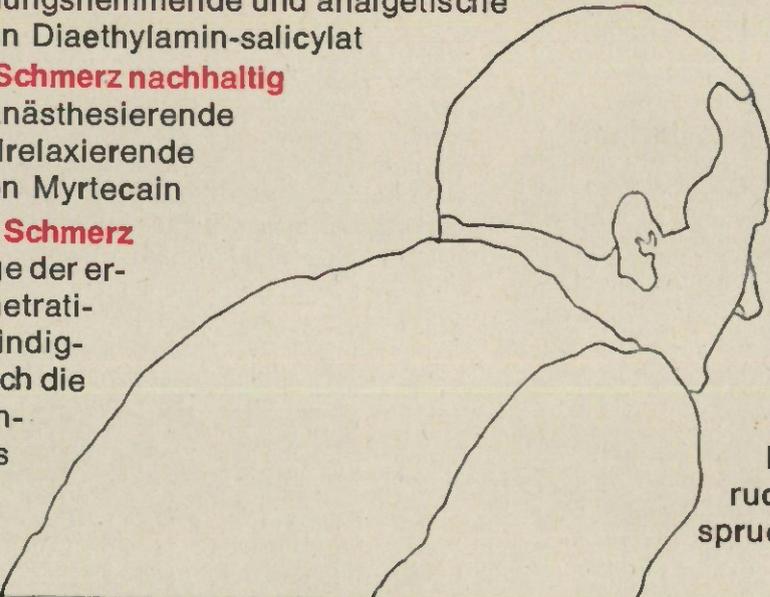
Algesal-[®] Creme

wenn die Bewegung schmerzt

Algesal-Creme lindert den Schmerz spürbar durch die entzündungshemmende und analgetische Wirkung von Diaethylamin-salicylat

lindert den Schmerz nachhaltig durch die anästhesierende und muskelrelaxierende Wirkung von Myrtecain

lindert den Schmerz rasch infolge der erhöhten Penetrationsgeschwindigkeit, die durch die Oberflächenaktivität des Exciplens zustande kommt



Algesal-Creme fettet nicht und verursacht keinerlei Reizung der gesunden Haut. Der angenehme Geruch wird auch von anspruchsvollen Patienten geschätzt.

Indikationen: Entzündlicher und degenerativer Rheumatismus, Neuralgien und Muskelschmerzen, Tendinitis, Tendovaginitis und andere rheumatische und entzündliche Erkrankungen der Stütz- und Bindegewebe sowie schmerzhafte Prozesse wie Distorsion, Wirbelsäulensyndrom, traumatische Beschwerden u. ä. Zustände.

Keine Kontraindikationen.

Zusammensetzung:

100 g Algesal-Creme enthalten:
Diaethylamin-salicylat 10 g
Myrtecain 1 g
Exciplens ad 100 g

Tube mit 40 g DM 4,70



KALI-CHEMIE AG
HANNOVER

Chirurgen oder Vertreter anderer operativer Fächer diskreditiert werden, die wegen des Mangels an Fachanästhesisten noch mit Narkosehelfern zusammenarbeiten und die doppelte Verantwortung für die Operation und die Anästhesie übernehmen müssen. Beide Fachgebiete sind in ständiger Fühlungnahme bestrebt, die gemeinsamen Probleme kollegial und im Interesse der Patienten zu lösen. Bei dieser Sachlage wird dringend gebeten, von sensationell gefärbten Veröffentlichungen abzusehen, die weniger der Sache förderlich als geeignet erscheinen, das für jede Behandlung unerläßliche Vertrauensverhältnis des Patienten zu seinem Arzt zu beeinträchtigen.

Mitteilung der Münchener Universitätsgesellschaft

Die Zuwendungen, die die Münchener Universitätsgesellschaft in den ersten 8 Monaten des laufenden Jahres der Universität aus den Beiträgen und Spenden ihrer Freunde machen konnte, blieben mit DM 225 000,— um rund 20 % hinter den im gleichen Zeitraum des Vorjahres gemachten Hilfen zurück, obgleich die Anforderungen der Hochschule ständig steigen.

In diesem Rückgang der privaten Hilfsbereitschaft kommt das Unbehagen weiter Kreise über die Unruhe an den Universitäten zum Ausdruck, die die Öffentlichkeit stark beschäftigt. Soweit diese Unruhe, die mannigfache Ursachen hat, aber aus der unzulänglichen Ausstattung der Universität mit wissenschaftlichem Gerät und der damit begründeten Behinderung von Forschung und Unterricht entstanden ist, wird sie durch diese Zurückhaltung der Allgemeinheit nur noch verschlimmert.

Die Universitätsgesellschaft bemüht sich daher in Übereinstimmung mit dem überwiegenden Teil ihrer Freunde, die private Hilfe für die Universität weiterhin und möglichst in verstärktem Umfang zu mobilisieren. Wie dringend notwendig die Ergänzung der staatlichen Mittel durch die private Hilfe von außen ist, ergibt sich aus den in der Zeit von Januar bis August 1970 von der Universitätsgesellschaft zur Verfügung gestellten Beihilfen:

Die Kinderchirurgische Klinik (Professor Dr. HECKER) erhielt einen wertvollen Blasenstimulator zur Untersuchung und Behandlung von Kindern, die mit offenem Rücken geboren werden.

Für die von Professor HELLBRÜGGE geleitete Forschungsstelle für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin konnte ein teures Gerät zur automatischen Auswertung der Elektroenzephalogramme (EEGs) von schwer- und mehrfachbehinderten Kindern beschafft werden.

Einer neuen Arbeitsgruppe wurden beträchtliche Anlaufmittel zur Untersuchung über den Einsatz elektronischer Datenverarbeitungsanlagen in Unterricht und

Forschung im Bereich der Rechts- und Wirtschaftswissenschaften zur Verfügung gestellt.

Diese, wie viele andere Anschaffungen waren aus den Etatmitteln nicht zu finanzieren. Zur Zeit liegen der Gesellschaft weitere Gesuche um Beihilfe im Umfang von rund DM 200 000,— vor, für die sie die Mittel aufzubringen sich bemüht. Darunter sind zu erwähnen: Die Installierung einer Helium-Rückgewinnungsanlage und einer Helium-Rückföhrleitung könnte auf die Dauer die durch Heliumverbrauch sehr kostspieligen Forschungsarbeiten der Sektion Physik wesentlich verbilligen; ihre Installation ist ohne die Hilfe der Gesellschaft nicht möglich.

Die Überwachung und Behandlung schwer Herzkranke auf den chirurgischen und medizinischen Intensivstationen (besonders nach Operationen am offenen Herzen und nach Herzinfarkten) könnte durch ein Gerät, das direkt am Krankenbett statistische Analysen der Impulsfolge des EKGs liefert, wesentlich verbessert werden. Dieses Gerät gibt es bisher noch nicht. Die Chirurgische Universitätsklinik unter Leitung von Professor Dr. ZENKER sieht aber begründete Aussichten, eine einsatzbereite Entwicklung in Zusammenarbeit mit der Technischen Universität abzuschließen, wenn ihr die dazu notwendigen Mittel, die sie mit DM 40 000,— beziffert, zur Verfügung gestellt werden.

Die Juristische Fakultät benötigt dringend größere Beträge zur Beschaffung von Büchern, die für den studentischen Bedarf vordringlich sind, da wichtige Werke, die bei Übungen von allen Teilnehmern benötigt werden, aus Etatmitteln nur sehr beschränkt angeschafft werden können.

Durch Beitritt zur Universitätsgesellschaft oder Spenden an diese — zur allgemeinen Verwendung im Rahmen ihrer Aufgaben oder für bestimmte Zwecke — ist jeder in der Lage, zur Beseitigung oder Milderung dieser Notlage beizutragen, wobei die Zuwendungen im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften steuerlich abzugsfähig sind.

E.-K.-Frey-Medaille und E.-K.-Frey-Preis 1970 verliehen

Im Verlauf der 38. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie wurde vom Präsidenten dieser Gesellschaft, Herrn Professor Dr. H. DIETEL, die E.-K.-Frey-Medaille an Professor Dr. N. BACK, Buffalo (USA), und Professor Dr. H. G. LASCH, Gießen, verliehen.

Anlässlich des 80. Geburtstages von Prof. E. K. Frey stiftete Bayer Leverkusen im Jahre 1968 die E.-K.-Frey-Medaille für richtungweisende Arbeiten auf dem Gebiet der Enzyminhibitoren und den mit DM 10 000,— dotierten E.-K.-Frey-Preis zur Förderung wissenschaftlicher Arbeiten auf diesem Forschungsgebiet.

Den E.-K.-Frey-Preis erhielt Privatdozent Dr. H. LUDWIG, München.

Professor Dr. Back konnte erstmals die Wechselbeziehungen zwischen Kininsystem, Gerinnungssystem und Lysesystem aufzeigen. Aktive Proteinasen dieser drei Systeme spielen u. a. beim Schockgeschehen, bei Blutungen und im postoperativen Verlauf eine Rolle, wobei ein Teil der Inhibitorwirkung bei den genannten Indikationen auf den Hemmeffekt für Proteinase dieser Systeme zurückzuführen ist. In der letzten Zeit galt das besondere Interesse von Professor Back der Beeinflussung der Mikrozirkulation durch Enzym-inhibitoren.

Professor Dr. Lasch ist der Fachwelt vor allem durch seine wissenschaftlichen Arbeiten auf dem Gebiet der Gerinnungsforschung bekannt. Professor Lasch beschäftigte sich darüber hinaus mit Fragen der Schockbehandlung und mit Untersuchungen über die Beeinflussung der experimentellen Fettembolie mit Enzym-inhibitoren.

Privatdozent Dr. Ludwig erhielt den E.-K.-Frey-Preis aufgrund seiner Arbeiten über die Bedeutung des Gerinnungseffektes in der Geburtshilfe und die Bedeutung perinataler Zirkulationsstörungen. Der Preisträger beschäftigte sich mit dem Problem der Proteinaseinhibitoren im experimentellen Schock und führte Untersuchungen über die Wirkung von Enzyminhibitoren zur Pathogenese der fetalen Erstickungsblutung durch. Aus diesen Forschungsergebnissen lassen sich therapeutische Konsequenzen in Form einer medikamentösen Prophylaxe perinataler Schockfolgen beim Kind und möglicherweise für das Membransyndrom von Neugeborenen, die im asphyktischen Schock geboren worden sind, ableiten.

Personalia

Ehrenzeichen des Deutschen Roten Kreuzes für Dr. A. Backens

Am 4. November 1970 wurde in der Vollversammlung des Ärztlichen Kreisverbandes Fürth-Neustadt-Scheinfeld in Fürth dem 1. Vorsitzenden, Herrn Dr. med. Alexander BACKENS, durch Herrn Senator Dr. med. Bernhard KLÄSS, Vizepräsident des Bayerischen Roten Kreuzes, das Ehrenzeichen des Deutschen Roten Kreuzes überreicht.

Herr Dr. med. Backens war nach Kriegsende mit der ärztlichen Betreuung in einem Grenzdurchgangslager für Flüchtlinge beauftragt und anschließend ehrenamtlich in verschiedenen Rotkreuzgemeinschaften eingesetzt. Er gehört der Vorstandschaft des Bayerischen Roten Kreuzes Fürth nach seiner Wahl zum Vorsitzenden des Ärztlichen Kreisverbandes Fürth-Neustadt-Scheinfeld weiterhin an.

Bundesverdienstkreuz für Ärzte

Ausgezeichnet wurden

Professor Dr. med. Hans v. BRAUNBEHRENS, ehemaliger Direktor von Institut und Poliklinik für Physikalische Therapie und Röntgenologie, des Instituts für Medizinische Balneologie und Klimatologie sowie der Staatlichen Schule für Krankengymnastik, mit dem Bundesverdienstkreuz Erster Klasse;

Professor Dr. med. Dr. med. dent. Kurt Wilhelm LENTRODT, Honorarprofessor für Zahnheilkunde, mit dem Großen Verdienstkreuz des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland.

Fakultät

München

Medizinische Fakultät der Universität

ao. Professor Dr. med. Walther STICH, Vorstand der Abteilung für Hämatologie an der I. Medizinischen Klinik und Direktor des Instituts für Hämatologie der GSF, wurde zum „ordentlichen Professor für Innere Medizin, insbesondere Hämatologie“ ernannt.

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Otto CREUTZFELDT für „Klinische Neurophysiologie“;

Privatdozentin Dr. med. Annemarie LEIBBRAND-WETTLEY für „Geschichte der Medizin“;

Privatdozent Dr. med. Wilhelm SCHIMMLER für „Innere Medizin“.

Zum „Oberarzt“ wurden ernannt:

Privatdozent Dr. med. Rudolf BEDACHT, wissenschaftlicher Assistent an der Chirurgischen Klinik;

Privatdozent Dr. med. Jan-Diether MURKEN, wissenschaftlicher Assistent an der Kinderklinik;

apl. Professor Dr. med. dent. Dr. med. Dieter SCHLEGEL, Oberassistent an der Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten.

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt:

Dr. med. Peter BOTTERMANN für „Innere Medizin“;

Dr. med. Otfried BUTENANDT für „Kinderheilkunde“;

Dr. med. Herbert DAHLHEIM für „Physiologie“;

Dr. med. Dr. med. dent. Peter FUCHS für „Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten“.

Dr. med. Henner GRAEFF (bisher Universität Heidelberg) für „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“;

Dr. med. Rainer HENN (bisher Universität Freiburg) für „Versicherungs- und Gerichtsmedizin“;

Dr. med. Kurt HOLZMANN (bisher Universität Heidelberg) für Frauenheilkunde und Geburtshilfe“;

Dr. med. Welter KUHN (bisher Universität Heidelberg) für „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“;

Dr. med. Fritz LAMPERT (bisher Universität Erlangen) für „Kinderheilkunde“;

Dr. med. Erich LIEBHARDT für „Versicherungs- und Gerichtsmedizin“;

Dr. med. Heinrich Wilhelm NAUMANN für „Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde“;

Dr. med. Francesco José RUBIA für „Physiologie“;

Dr. med. Holger SCHMID-SCHÖNBEIN für „Physiologie“;

Dr. med. dent. Franz SCHÜBEL (bisher Universität Düsseldorf) für „Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“;

Dr. med. Peter SCHWANDT für „Innere Medizin“;

Medizinische Fakultät der Technischen Universität

Privatdozent Dr. med. Günter BLÜMEL, bisher Oberarzt an der Chirurgischen Universitätsklinik Wien, wurde unter gleichzeitiger Übertragung der Direktion des Instituts für Experimentelle Chirurgie zum „ordentlichen Professor“ ernannt.

Privatdozentin Dr. med. Ursula SCHMIDT-TINTE-MANN wurde zur Hochschuldozentin und Abteilungsvorsteherin ernannt.

Privatdozent Dr. med. Hans-Martin WEINMANN wurde zum Oberarzt an der Kinderklinik im Klinikum rechts der Isar ernannt.

Professor Dr. med. Heinrich DREXEL wurde zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin gewählt.

Professor Dr. med. Georg MAURER, Dekan der Fakultät für Medizin wurde in Chicago zum Mitglied des American College of Surgeons (F. A. C. S.) ernannt.

Erlangen-Nürnberg

Zum „ordentlichen Professor“ wurden ernannt:

ao. Professor Dr. med. Erich RÜGHEIMER, Vorstand der Abteilung für Anästhesiologie an der Chirurgischen Universitätsklinik;

ao. Professor Dr. med. Alfred SIGEL, Vorstand der Abteilung für Urologie an der Chirurgischen Universitätsklinik.

Privatdozentin Dr. med. dent. Anette FLEISCHER-PETERS wurde zur „Oberärztin“ an der Kieferklinik ernannt.

Privatdozentin Dr. med. Dr. phil. nat. Marika GELDMACHER-v. MALLINCKRODT wurde zur Abteilungsvorsteherin am Institut für Rechtsmedizin ernannt.

Privatdozent Dr. med. Hans TRUCKENBRODT wurde zum Leitenden Oberarzt an der Kinderklinik mit Poliklinik ernannt.

Dr. med. Jürgen GELDMACHER wurde zum Oberassistent an der Chirurgischen Poliklinik ernannt.

in memoriam



Wolfram von Gugel zum Gedächtnis

Mitten in der lieblichen oberbayerischen Voralpenlandschaft liegt das idyllische Dorf Dürnhausen, der Wohnsitz Wolfram v. Gugels. Sein Haus liegt an einem vom Tale aufsteigenden Südhang mit dem Blick zu den Vorbergen und Bergen des bayerischen Alpenlandes und lehnt sich fast an die alten Mauern des kleinen Dorffriedhofes mit der alten Kirche. Hier hat der Hausherr eine Atmosphäre geschaffen, in der sich bayerische Tradition, Kultur und Kunst mit Behaglichkeit und Gastfreundschaft in einmaliger Weise verbanden. So wurde Dürnhausen zum Ziel vieler Besucher, sei es zu fröhlicher Geselligkeit oder zum ernstesten Gespräch.

An einem melancholischen Spätherbsttag führen wir nach Dürnhausen, um Wolfram v. Gugel den letzten Gruß zu entbleten. Er war aufgebahrt in seinem Garten unter dem Dach eines Freisitzes, dem Ort so mancher frohen Stunde. So standen wir zu einer würdigen Trauerfeier um den toten Hausherrn vereint am gleichen Platz wie zu seinen Lebzeiten. Das gab dieser Abschiedsstunde eine besondere Harmonie und spiegelte zugleich das Bild des Verstorbenen.

Wolfram v. Gugel wußte seit Jahren um seinen Zustand und sein gesundheitliches Risiko. Aber wer ihm begegnete, erlebte den strahlenden, humorvollen, um fröhliche Geschichten nie verlegenen Mann, der seiner Umgebung stets das Bild der vitalen Gesundheit zeigte. Das haben wir seit Jahren an ihm bewundert. Und als wir an seiner Bahre versammelt waren, da glaubte man, ihn reden zu hören: „Geh, seids ned so traurig, des ham mia do no nia a so gmacht!“

Während der Priester die Einsegnung vornahm, begleitet von liturgischen Gesängen der Patres vom Klo-

ster Ettal, gingen die Gedanken zurück über zwanzig Jahre gemeinsamer Wegstrecke in der Arbeit für den Ärztestand. Die manchmal heftigen Kontroversen der Fünfzigerjahre tauchten in der Erinnerung auf, kennzeichnend für eine Zeit, in der wir rangen um den richtigen Weg unserer ärztlichen Politik. Aus der Überzeugung heraus, daß wir nur das Beste wollten, erwuchs die fruchtbare Zusammenarbeit und die auf richtige Freundschaft. Neben die Bilder mancher schweren Stunde trat die Erinnerung an fröhliche Abende, tauchten Geschichten auf, die er erzählte, die nur er so herrlich erzählen konnte.

Und als dem Jäger, der er mit Begeisterung war, das letzte Halali geblasen wurde und durch den Herbst schallte, da war es ein Abschied, wie Wolfram v. Gugel ihn sich sicher gewünscht hatte.

Der kalte Wind hatte uns ausgekühlt, als wir den kleinen Friedhof verließen, auf den wir unseren Freund noch begleitet hatten. Wir gingen in das Dorfwirtschaftshaus, in dem auch er manche Stunde mit seinen Bauern und Waidgenossen verbracht hat. Ein alter Bauer leerte bedächtig sein Stamplerl zum Aufwärmen und sagte dann zu mir: „Des war a Mol!“ Und wer Oberbayerisch versteht, weiß, daß in diesem kurzen Satz die höchste Achtung und Verehrung steckt, die ein Oberbayer zum Ausdruck bringen kann. Ich nickte ihm – nachdem auch ich mein Stamplerl geleert hatte – zu und sagte: „Ja, Herr Nachbar, do hams recht, des war wirkli a Mol!“

Hens J. Sewering

Landespolitik

20 Jahre Verband freier Berufe in Bayern

Der Verband freier Berufe in Bayern konnte auf sein 20jähriges Bestehen zurückblicken. Der Vorsitzende des Vereins, Herr Senator K.-H. WIRSCHINGER, erklärte auf der Mitgliederversammlung, daß mit der Gründung des Vereins „Institut für Freie Berufe an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg e.V.“ die Grundlage für die wissenschaftliche Bearbeitung aller Fragen gelegt worden sei, die für die freiberuflich tätigen Personen und Personengruppen Bedeutung haben. Finanzträger dieses Instituts ist der oben bezeichnete Verein mit Sitz in Nürnberg. Der Verein selbst verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke. Mitglieder des Vereins sind die Stiftung zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung über Wesen und Bedeutung der freien Berufe in Köln-Lindenthal, der Verband freier Berufe in Bayern e.V., der Präsident des Bayerischen Landtags, Herr Rudolf HANAUER, der Alterspräsident des Bayerischen Senats, Herr Dr. Josef SINGER, vom Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus Herr Ministerialdirigent Johannes von ELMENAU und der Ordinarius für Soziologie an der Universität Erlangen-Nürnberg, Herr Professor Dr. K.-G. SPECHT, der auch über die Arbeit seines Instituts berichtete. An erster Stelle stehe der Forschungsauftrag über die Rehabilitation von Querschnittsgelähmten und Schwerbeschädigten. Außerdem sei man dabei, u. a. eine recht umfangreiche Untersuchung über das Eigen- und Fremdbild der Zahnärzte vorzubereiten. Für die Bundesanstalt für Arbeit werde darüber hinaus mit der Untersuchung über die Einsatzmöglichkeit der elektronischen Datenverarbeitung innerhalb der freiberuflich Tätigen begonnen. Auch über das Thema, grundsätzliche Aussagen zu machen über die sozio-ökonomische Funktion und Bedeutung der freien Berufe solle eine Untersuchung durchgeführt werden, eine weitere mit dem Ziel, in welchem Ausmaß die Freiberuflichen einen wirtschaftlichen Faktor darstellen.

Anläßlich eines Empfanges, den der Bayerische Ministerpräsident, Herr Dr. A. GOPPEL, im Antiquarium der Residenz gegeben hat, hielt der Vorsitzende des Verbandes freier Berufe in Bayern, Herr Rechtsanwalt K.-H. WIRSCHINGER – MdS –, die nachstehend wiedergegebene Rede:

„Lassen Sie mich an den Anfang meiner Dankesworte für den Empfang in diesem einzigartigen Raum die Schilderung einer Episode stellen, die ich vor zehn Jahren bei meinem ersten Besuch als Verbandsvorsitzender in der Staatskanzlei erlebte: Ein hoher Be-

Ärzte im Landtag

Bei der Wahl am 22. November 1970 wurden folgende Kollegen als Abgeordnete in den Bayerischen Landtag gewählt:

Dr. med. Friedrich CREMER, Allgemeinarzt in Lengfurt/Ufr. (SPD)

Nikolaus Graf HENDRIKOFF, Praktischer Arzt in Törwang/Obb. (SPD)

Dr. Fritz FLATH, Allgemeinarzt in Altenmuhr/Mfr. (FDP)

amter, dem ich Wünsche freiberuflich Tätiger vortrug, entgegnete mir damals, ich könne doch nicht erwarten, daß 'alle Kaufleute' in diesem Falle berücksichtigt würden. Auf meinen Einwand, daß Kaufleute gemeinhin zwar zu den Selbständigen, aber nicht zu den freien Berufen gezählt würden, meinte mein Gesprächspartner: 'Nun ja, dann sprechen wir eben von den Generaldirektoren', und war höchlichst erstaunt, als ich auch diese Spitzengruppe nicht zu den freien Berufen zählen wollte. Damals hörte ich dann zum erstenmal die Frage, die mir zwischenzeitlich oft und oft gestellt worden ist, 'ja, was sind dann eigentlich die freien Berufe?'

Bei dem geschilderten Gespräch war es für mich einfach: Da mein Partner Jurist war, konnte ich auf die Erwähnung der freien Berufe in der Bayerischen Verfassung bei der Zusammensetzung des Bayerischen Senats und die staatsrechtlichen Kommentare hierzu verweisen und damit auf die Erwähnung der historischen Entwicklung der freien Berufe aus den drei klassischen Gruppen der Heilberufe, der rechts-, steuer- und wirtschaftsberatenden Berufe wie der Künstler verzichten. — Im übrigen haben wir dem betreffenden Beamten, mit dem wir später gut Freund geworden sind, das Standardwerk von DENEKE über die freien Berufe geschenkt und er hat mir versichert, daß er es wirklich gelesen habe.

Ich glaube, gerade diese immer wieder gestellte Frage nach Wesen und Begriffsbestimmung der freien Berufe zeigt deutlich, welche Schwierigkeiten für uns Freiberufler bestehen, um unser Erscheinungsbild und unsere speziellen Anliegen der breiteren Öffentlichkeit klarzumachen. Wir hoffen dabei allerdings, daß gerade die Bemühungen unseres Verbandes und nicht zuletzt die Tätigkeit des Instituts für Freie Berufe an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, das erste dieser Art, das überhaupt geschaffen wurde, zum Erfolg beitragen werden.

Vor 20 Jahren haben sich Kammern und wirtschaftliche Verbände der freien Berufe — getragen von der Erkenntnis, daß gerade in der parlamentarischen Demokratie zahlenmäßig schwache Gruppen der Zusammenfassung und einheitlichen Vertretung bedürfen — in Bayern zu einem Verband zusammengeschlossen. Über diese Gründung hat mir der Ehrenvorsitzende unseres Verbandes, Dr. Karl WEILER, in einem Brief zum heutigen Tage geschrieben, daß 'bei den einzelnen Organisationen die Herstellung einer Einigung zum erforderlichen Gesamtverband geradezu eine Sisyphus-Arbeit bedeutet habe'.

In der Zwischenzeit hat sich auch erwiesen, daß Probleme freiberuflich Tätiger nicht — wie vielfach behauptet wird — ausschließlich auf Bundesebene gelöst werden können (gemeint sind dabei wohl vor allem Steuer- und Versorgungsfragen), sondern daß gerade in den Bundesländern selbst sich eine Vielzahl von Fragen und Möglichkeiten ergibt. Als Beispiel erwähnen darf ich nur aus den letzten zehn Monaten

dieses Jahres das Architektengesetz mit der Schaffung der Architektenversorgung, die Beteiligung am Landesausschuß für Berufsbildung wie die angestrebte Mitarbeit in den Planungsbeiräten auf Landes- und Bezirksebene.

Lassen Sie mich noch etwas zur Stellung der freien Berufe in der Gesellschaft und zu den Zukunftsaussichten sagen:

Es ist für unsere verhältnismäßig kleine Gruppe nicht einfach, uns neben den großen Organisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer durchzusetzen und zu behaupten — obwohl zum (bedauerlicherweise kleineren) Teil die wirtschaftlichen Ergebnisse im umgekehrten Verhältnis zur geringeren Stimmenzahl stehen und obwohl viele der einschlägigen Berufsgruppen zu den sogenannten 'Meinungsbildenden' gehören.

Der Verband selbst, der als Dachorganisation nur über verhältnismäßig bescheidene Möglichkeiten verfügt, ist bemüht, in der Öffentlichkeit um Verständnis für die speziellen Anliegen der Freiberufler zu werben und will diese Bemühungen in Zukunft noch verstärken. Dabei muß er darauf hinweisen, daß kaum eine Schicht so von der Entwicklung in unserer Zeit betroffen wird, wie gerade die freien Berufe. Es mag in diesem Rahmen genügen, wenn ich als Beispiel auf der einen Seite die immer mehr abnehmende Bereitschaft, das volle Risiko zu tragen, erwähne, auf der anderen Seite die eingetretenen bedeutenden Kostensteigerungen, welche z. B. den Neuaufbau einer Praxis bedeutend erschweren; dankenswerterweise wurde — das darf auch nicht unerwähnt bleiben — im letzteren Falle in begrenztem Umfang die Möglichkeit staatlicher Hilfe geschaffen. Auch die 'Konkurrenz der öffentlichen Hand' wie die Gefahr staatlicher Reglementierung in einzelnen Tätigkeitsbereichen sind viel diskutierte Themen.

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

in

8203 Oberaudorf/Bad Trißl und
8974 Oberstaufen/Allgäu

für Kassen- und Privatpatienten

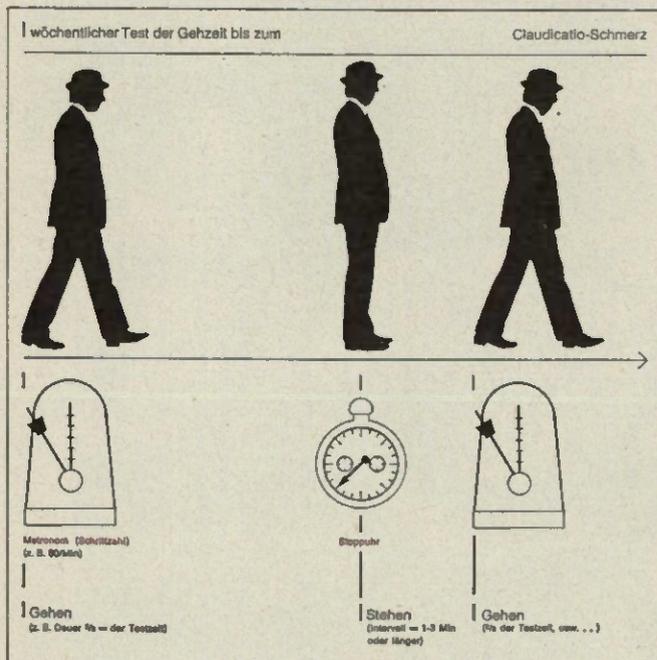
Anmeldung und Aufnahme ausschließlich über die Arbeitsgemeinschaft für Krebs-erkennung und Krebsbekämpfung in Bayern, 8000 München 23, Königinstraße 85/IV. Von dort können auch die für den ärztlichen Befundbericht benötigten Formulare angefordert werden.

Ronicol[®] retard

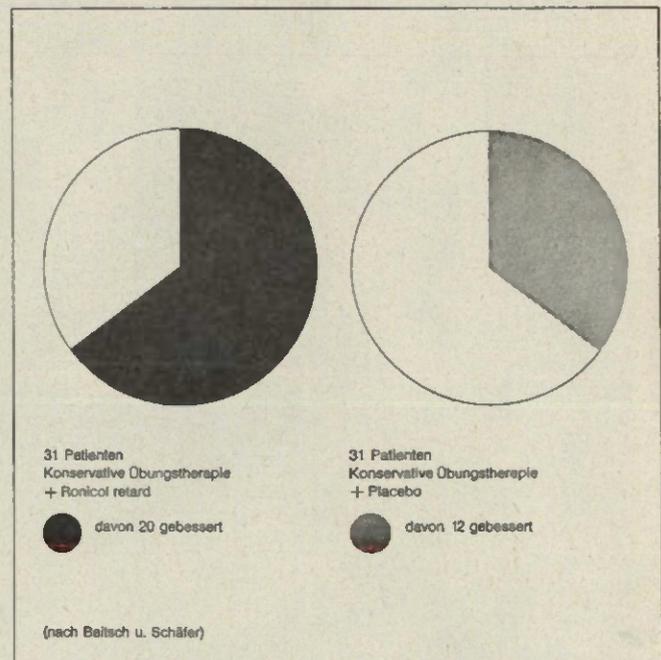
Neuere Untersuchungen haben die große Bedeutung des Gehtrainings im Intervall für die Therapie peripherer arterieller Durchblutungsstörungen ergeben. Für die Ausbildung und Funktion leistungsfähiger Kollateralen ist die Muskelarbeit der beste Reiz. Im Intervall wird die energetische Ausgangssituation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

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

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



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



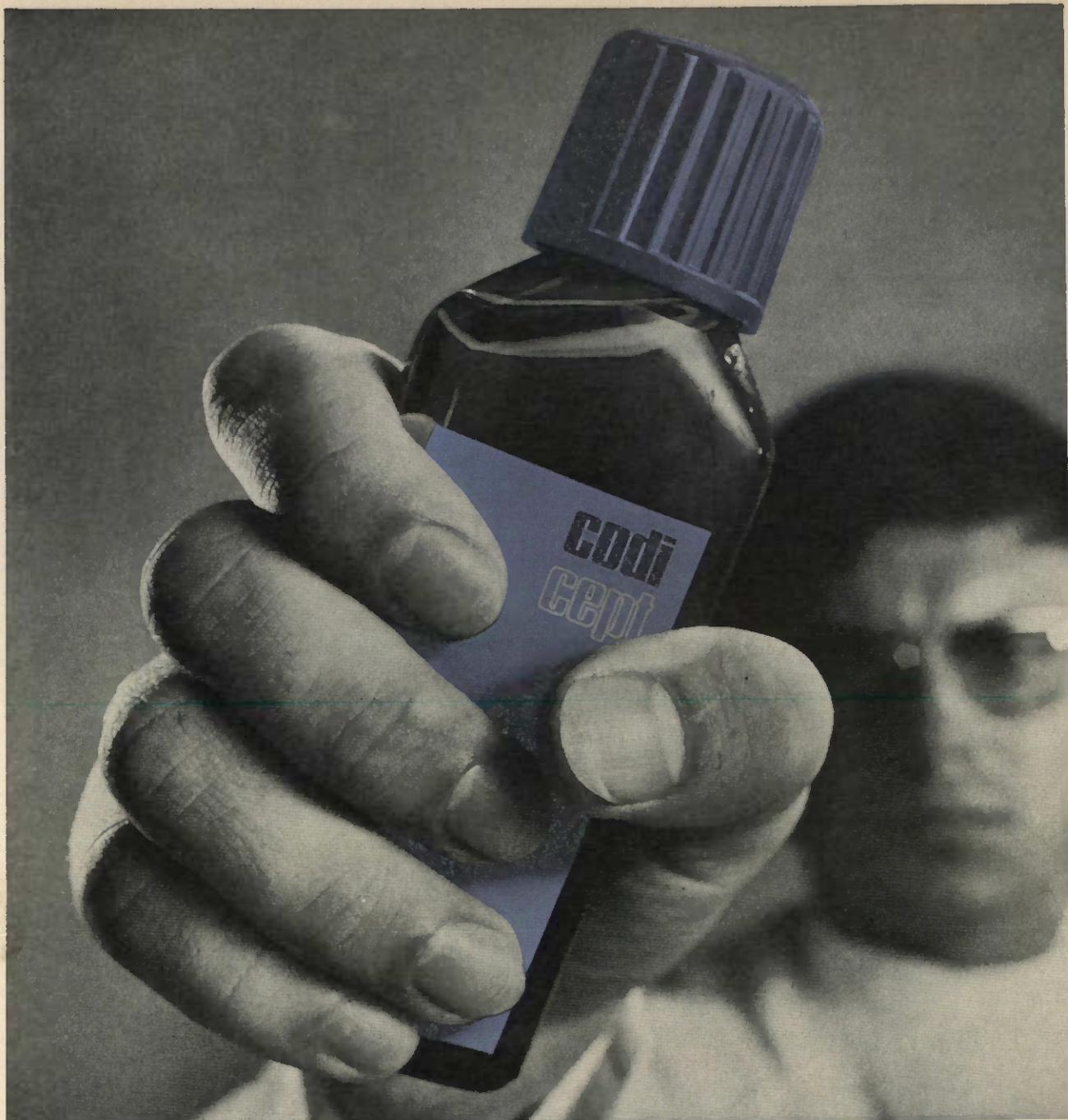
Gebessert = Mehrdurchblutung im Venenschlußplethysmogramm von mindestens 1,5 ml pro 100 ml Gew./min.

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

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



Hoffmann-La Roche AG
 7887 Grenzach



codicept®

für Ihren ungehorsamen Huster

- Zuverlässige Hustenblockade für 8-10 Stunden
- Protrahierte, gleichmäßige Codein-Abgabe aus programmierten Wirkstoffeinheiten
- Keine Müdigkeit, da ohne Antihistaminzusatz

codicept® Kapseln
1 Kapsel = 42,5 mg reines Codein
morgens und abends nur 1 Kapsel unzerkaut einnehmen. Packung mit 10 Retardkapseln

codicept® Retardsaft
Retardsaft (1 Eßlöffel = 15 ml) enthält 42,5 mg reines Codein (gebunden an Ionenaustauscher)

morgens und abends nehmen
Kleinkinder Im Alter von 1-3 Jahren je ½ Teelöffel
Kinder im Alter von 3-6 Jahren je 1 Teelöffel
Kinder im Alter von 6-12 Jahren je 2 Teelöffel
Erwachsene und Jugendliche ab 12 Jahren je 1 Eßlöffel
Flasche mit 90 ml Retardsaft

sanol

arznei-
mittel

Sanol-Arzneimittel
Dr. Schwarz GmbH
4019 Monheim/Rhld.

Trotzdem die Freiberufler an sich Individualisten sind, werden sie von der allgemeinen Entwicklung immer mehr dazu gezwungen, sich neue Formen für ihre Arbeit zu suchen – das bekannteste davon ist wohl mit dem Wort ‚teamwork‘ angesprochen. Daß auch die Europäische Wirtschafts-Gemeinschaft gerade für unsere Gruppen große Probleme mit sich gebracht hat, um deren Bewältigung noch gerungen wird, bedarf keiner näheren Darlegung. Besondere Sorge bereitet uns auch die ständig abnehmende Zahl freiberuflich Tätiger in den Parlamenten des Bundes wie der Länder. Gerade auf diesem Gebiet wird zu prüfen sein, ob und gegebenenfalls welche Möglichkeiten der Abhilfe es geben kann.

Verzeihen Sie, daß ich Ihre Geduld mit diesem kurzen Streiflicht auf unsere Sorgen und Nöte in Anspruch genommen habe. Am Schluß darf ich der Bayerischen Staatsregierung namens des Verbandes freier Berufe in Bayern aufrichtig dafür danken, daß sie aus Anlaß des 20jährigen Bestehens diesen Empfang veranstaltet hat und darf weiterhin den in so großer Zahl erschienenen Gästen (darunter zu unserer Freude Vertreter aus ausländischen Organisationen, mit denen wir in regem Kontakt stehen) dafür danken, daß sie durch ihre Anwesenheit ihre Verbundenheit mit den freien Berufen bekunden. Ganz besonderen Dank aber möchte ich an dieser Stelle Ihnen, hochverehrter Herr Ministerpräsident, dafür sagen, daß Sie sich, ebenso wie der Herr Präsident des Bayerischen Landtags, gestützt auf eigene Kenntnis und Erfahrung, unseren Problemen stets aufgeschlossen und verständnisvoll gezeigt und wenn irgend möglich, Ihre Unterstützung gegeben haben. Daß wir weiterhin diese positive Haltung erfahren dürfen, ist unser Wunsch und unsere Hoffnung!

Fortsetzung des Studiums nach Abschluß des Vorklinikums in Regensburg

Schriftliche Anfrage der Abgeordneten Dr. BÖDDRICH und LAUFER (beide SPD) vom 30. Juni 1970:

„In Regensburg soll im Wintersemester die Ausbildung von Vorklinikern beginnen. Hat das Staatsministerium für Unterricht und Kultus dafür Sorge getragen, daß nach Abschluß des Vorklinikums in Regensburg den Studierenden das Weiterstudium an einem anderen Studienort gesichert ist?

Kann in diesem Zusammenhang damit gerechnet werden, daß gemäß früherer Erklärung im Haushaltsanschluß die 2. Medizinische Fakultät an der TH München in besonderem Umfang Vorkliniker aus Regensburg aufnehmen wird?“

Antwort des Bayerischen Staatsministers für Unterricht und Kultus vom 10. September 1970:

„Die Universität Regensburg wird im Wintersemester 1970/71 mit der Ausbildung von 70 Studienanfängern der Humanmedizin beginnen. Damit werden nach

der neuen Approbationsordnung im Wintersemester 1972/73 erstmals an der Universität Regensburg vorklinisch ausgebildete Medizinstudenten in den klinischen Ausbildungsabschnitt übertreten. Eine Fortsetzung des Studiums im klinischen Teil wird zu dieser Zeit in Regensburg noch nicht möglich sein.

Die erforderlichen Studienplätze sollen überwiegend an den vier bayerischen Hochschulen, die eine klinische Ausbildung durchführen, zur Verfügung gestellt werden. Ich habe Weisung gegeben, entsprechende Verhandlungen mit den Rektoren und den Dekanen der medizinischen Fakultäten dieser Hochschulen aufzunehmen. Dazu gehört auch die Technische Universität München.“

Unfallrettung

Entschleßung des 3. Gesundheitspolitischen Kongresses der CSU in Bayern am 30. September 1970 in Bayreuth

Die erhebliche Zunahme der Unfälle in den letzten Jahren erfordert eine weitere Verstärkung und Verbesserung des Unfallrettungsdienstes in Bayern. Gleichzeitig müssen die durch die moderne Notfallmedizin und Notruftechnik erzielten Fortschritte für die Rettung von Menschenleben nutzbar gemacht werden. Es wird deshalb gefordert:

1. Schaffung von Rechtsgrundlagen für den Unfallrettungsdienst. Der Unfallrettungsdienst muß entsprechend den Verkehrsgegebenheiten überörtlich über Stadt- und Landkreisgrenzen hinaus organisiert sein und nach einheitlichen Richtlinien erfolgen.
2. Der Unfallrettungsdienst muß ausreichend durch öffentliche Zuschußmittel finanziert werden. Dazu sind derzeit DM 2,- pro Kopf der Bevölkerung jährlich erforderlich.
3. Die Einführung der einheitlichen Notrufnummer 110 im ganzen Bundesgebiet.
Der Notruf 110 sollte überall auf eine ständig besetzte Polizeistelle führen, die die Notrufe über Funk oder Direktleitungen an die der Unfallstelle nächstgelegene Rettungswache weiterleitet. Öffentliche Telefonzellen sollten mit Zusatzeinrichtungen für münzfreie Notrufe ausgestattet werden. An Straßenabschnitten, die über 8 km Entfernung keinen Ort mit Notrufgelegenheit berühren, sollten Notrufsäulen errichtet werden.
4. Der Einsatz von Ärzten am Unfallort muß durch Bereitstellung zusätzlicher Planstellen in allen Krankenhäusern gesichert sein. Alle eingesetzten Rettungswagen sollten so ausgerüstet sein, daß sie gleichzeitig auch als Notarztwagen eingesetzt werden können. Bei Krankenhausneubauten, die mit öffentlichen Mitteln bezuschußt werden, sollten Rettungswagen und Hubschrauberlandeplätze errichtet werden. Die Ausbildung der Medizinstuden-

ten in Notfallmedizin muß zur Pflicht gemacht werden. Die Weiterbildung aller Ärzte sollte ermöglicht und besonders gefördert werden.

5. Die Zahl der hauptberuflichen Rettungssanitäter muß erheblich verstärkt werden. Das seit ca. 10 Jahren von den Trägern des Rettungsdienstes geforderte Berufsbild sollte baldmöglichst staatlich anerkannt werden. Die von der Notfallmedizin geforderte Ausbildung von Rettungssanitätern bedarf staatlicher Förderung. Dem staatlich geprüften Rettungssanitäter sollte unter bestimmten Voraussetzungen die Verabreichung von Infusionen gestattet werden.
6. Alle Rettungswagen müssen eine Funkausrüstung besitzen, die eine Zusammenarbeit mit Nachbar-Rettungswachen und Polizeistellen ermöglicht. Für eine schnelle und überörtliche Lenkung der Rettungseinsätze sind Großraumleitstellen mit Funkrelaisstationen unentbehrlich.
7. Die Ausbildung der Bevölkerung in „Erster Hilfe“ bzw. „Sofortmaßnahmen am Unfallort“ muß weiter intensiviert werden. Allen Berufskraftfahrern müßte die Ausbildung zur Pflicht gemacht werden. Bei den Führerscheinsprüfungen sollten die Kenntnisse über „Sofortmaßnahmen am Unfallort“ mit geprüft werden.

Brief aus Bonn

Vor zehn Jahren unternahm der damalige Arbeitsminister Theodor Blank den Versuch, die gesetzliche Krankenversicherung auf die Arbeitnehmer mit kleinen und mittleren Einkommen zu begrenzen. Heute erhält sein Nachfolger Walter Arendt das einstimmige Votum des Bundestages, die Sozialversicherung für die gutverdienenden Angestellten zu öffnen. Die Selbständigen werden folgen; der Anfang wird schon bald mit den Landwirten gemacht. In zehn Jahren hat sich die politische Landschaft radikal verändert. Das hat wenig mit dem Regierungswechsel im letzten Jahr zu tun, das liegt vor allem am Bewußtseinswandel der Menschen. Mit dem wachsenden Wohlstand hat sich das Streben nach Sicherheit verstärkt. Und diese Sicherheit scheint eben auch vielen gut verdienenden Bürgern nur die gesetzliche Versicherung zu bieten. Für sie gibt es keine alten Leiden; der Rentner erhält gratis seinen Krankenschein; der Vater kann seine vielköpfige Familie mit einem Beitrag sichern; und sollte einmal das Einkommen sinken, so wird eben auch die Krankenversicherung billiger. Das kann die Privatversicherung nicht bieten. Sie ist auf Risikobeiträge angewiesen, sie kann sich nicht auf die gesetzlich verankerte Pflicht zur Solidarität verlassen. Der Zug zur Volksversicherung rollt also, niemand wird ihn mehr aufhalten können. Ob freilich alle Mitfahrer

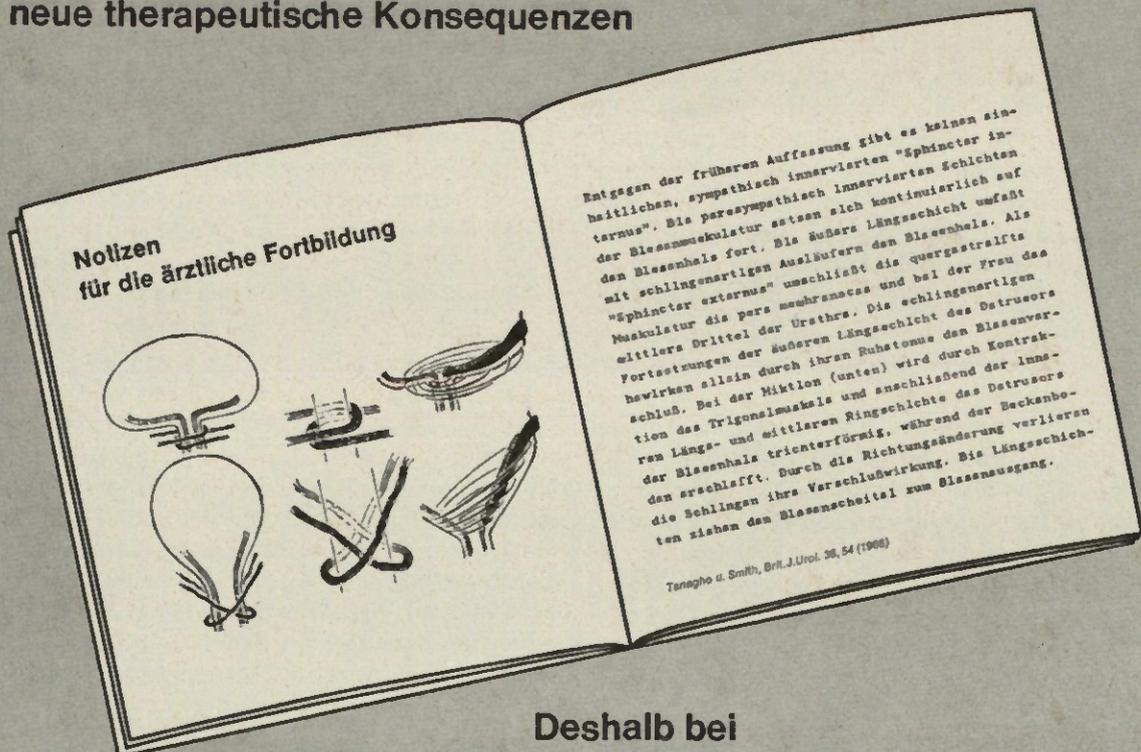
auch noch zufrieden sein werden, wenn einmal die Endstation erreicht ist, erscheint mehr als unwahrscheinlich. Aber dann wird es zu spät zum Aussteigen sein.

Im Bundestag war von der Problematik der Entscheidung wenig zu spüren. Die Sozialpolitiker hatten sich auf den Wahlkampf eingestellt. Niemand versuchte ernsthaft zu begründen, warum die Einkommensgrenzen nach nur einem Jahr schon wieder angehoben werden müssen und wieso dann gerade auf DM 1425,— Monateinkommen. Daß die Einkommensgrenzen dynamisiert werden, also künftig von Jahr zu Jahr der Einkommensentwicklung folgen, galt jedermann als schlichte Selbstverständlichkeit.

Bislang sind die Einkommensgrenzen immer vor Wahlen erhöht worden. Das war 1965 so, und das war auch vor der letzten Bundestagswahl nicht anders. Diesmal hatten sich die Politiker für die Verabschiedung dieses Gesetzes zur „Weiterentwicklung“ der gesetzlichen Krankenversicherung die Woche vor der Hessenwahl ausgesucht. Zufall war das gewiß nicht. Die Erhöhung der Einkommensgrenzen führt bei den Beziehern von Einkommen unter DM 1200,— zu einer Beitragsentlastung. Stärker belastet werden freilich die darüber liegenden Einkommen. Aber die Angestellten bekommen dies nicht zu spüren; sie erhalten künftig allgemein einen Beitragszuschuß vom Arbeitgeber. Sie haben also trotz höherer Beiträge weniger zu zahlen. Anders sieht es allerdings bei den besser verdienenden Arbeitern aus; sie werden zugunsten ihrer schlechter verdienenden Kollegen höher belastet. Diese Mehrbelastung glaubte der Bundestag den besser verdienenden Arbeitern zumuten zu können, da sie vor Jahresfrist ja erst mit der Lohnfortzahlung beglückt worden waren. Die Sozialpolitiker werten diese Lastenverschiebung als Ausdruck der Solidarität. Zieht man den ideologischen Schleier beiseite, so bleibt nur der Tatbestand, daß die Umverteilung zwischen Besser- und Schlechterverdienenden ausgeweitet wird. Dabei ist das Brutto-Einkommen gewiß ein schlechter Maßstab zur Bewertung der finanziellen Leistungsfähigkeit des einzelnen Versicherten.

Von dem Gesetz profitieren in erster Linie die Angestellten; sie werden künftig mit dem Arbeitgeberzuschuß bedacht, gleichgültig, ob sie in gesetzlichen oder in privaten Kassen versichert sind. Dennoch erscheint es mehr als zweifelhaft, daß diese Mehrzahlung des Arbeitgebers bei den Angestellten zu einer nachhaltigen Einkommensverbesserung führen wird. Angesichts der sich beruhigenden Konjunktur wird es den Arbeitgebern leichter fallen, diese zusätzliche Last bei der nächsten Gehaltserhöhung einzukalkulieren. Dennoch hat die Gewährung dieses Zuschusses auf weitere Sicht erhebliche Bedeutung. Bislang waren CDU und SPD gegen einen solchen obligatorischen Beitragszuschuß des Arbeitgebers gewesen. Dafür gab es sehr unterschiedliche Motive. Die Union fürchtete das Geschrei der Arbeitgeber von den steigenden

Neue Erkenntnisse erfordern
neue therapeutische Konsequenzen



Deshalb bei
Harninkontinenz
und
Entleerungsinsuffizienz
der Harnblase
(Restharn, Detrusorschwäche)

ubretid®

— das langwirkende
Parasympathikomimetikum —

Durch Langzeitwirkung einfache Dosierung: **1 Tablette jeden 2. Tag**

Durch gute Verträglichkeit kein Risiko

Durch gezielte Wirkung vollen Erfolg

Wirkstoff: Hexamethylen-bis-(N-methylcarbaminsäure-3-pyridylesterbrommethylat)

Handelsformen: OP mit 5 u. 25 Ampullen à 0,5 mg

OP mit 10 u. 50 Tabletten à 5,0 mg

Lentia

LENTIA GMBH MÜNCHEN

Belastungen; die SPD leistete Widerstand, um die Einkommensgrenzen jeweils leichter heraufsetzen zu können. Den von der Ausweitung der Versicherungspflicht betroffenen Angestellten mußte die Erhöhung der Einkommensgrenzen stets mit dem Arbeitgeberzuschuß schmackhaft gemacht werden können. Das geht nun nicht mehr. Die Einkommensgrenzen werden künftig zwar der allgemeinen Einkommensentwicklung folgen, aber es wird nicht einfach sein, die Pflicht- und Beitragsgrenzen noch einmal drastisch anzuheben. Von nun an wird man keinem Besserverdienenden mehr vorgaukeln können, daß dies für ihn von Nutzen sei.

Neben den Angestellten profitieren von dem Gesetz die Krankenkassen, zumindest kurzfristig. Es wird wohl kaum eine Kasse geben, die nicht ihre Beiträge senken, zumindest aber für eine gewisse Zeit stabilisieren könnte. Die finanziellen Auswirkungen werden von Kasse zu Kasse unterschiedlich sein; das hängt von der Einkommensstruktur der Versicherten ab. Je mehr gutverdienende Versicherte die einzelne Kasse hat, um so besser schneldet sie ab. Die Ersatzkassen hätten es gern gesehen, wenn die Einkommensgrenzen noch stärker angehoben worden wären. Sie hätten ihre Beitragssätze denn noch weiter senken können, als sie dies nun planen. Der Abstand zwischen den Beiträgen der RVO-Kassen und der Ersatzkassen, der nach der Einführung der Lohnfortzahlung sichtbar geworden ist, hätte dann praktisch beseitigt werden können. Die Ersatzkassen wären gegenüber den übrigen gesetzlichen Kassen in eine bessere Wettbewerbsposition gekommen. Der Beitragsoptik messen die Kassen nun, da das Werben um die Angestellten beginnt, eine große Bedeutung bei. Die Ersatzkassen wollen auf jeden Fall Sprecher der gesetzlich versicherten Angestellten bleiben, um zu verhindern, daß sie später in eine Einheitsversicherung überführt werden. Beim allmächtigen Zug zur Volksversicherung sehen sie diese Gefahr.

bonn-mot

Aus aller Welt

Ärztliche Fortbildung in der Sowjetunion

Die Weltgesundheitsorganisation veröffentlichte vor kurzem den Bericht einer Studienreise, auf der sich 19 medizinische Dozenten und Beamte des Gesundheitsdienstes aus 17 Ländern einen Überblick über das System der permanenten medizinischen Aus- und Fortbildung in Rußland verschaffen konnten.

Das medizinische Fortbildungswesen befindet sich in Rußland auf einem bemerkenswert hohen Niveau; es stellt nach der Grundausbildung und der Spezialausbildung gleichsam die dritte Phase in der medizinischen Ausbildung dar, die sich praktisch über die gesamte Dauer der ärztlichen Tätigkeit erstreckt.

Medizinische Fortbildung ist in Rußland für jeden, der im Gesundheitsdienst tätig ist, mehr oder weniger obligatorisch. Das Gehalt wird während der Fortbildungszeit weiter gezahlt, Auslagen werden vom Staat übernommen. Ärzte auf dem Land werden alle drei Jahre, Ärzte in der Stadt alle fünf Jahre zu einem Kurs herangezogen. Der Angebotsfächer umfaßt 76 verschiedene Kurse an Spezialinstituten, Krankenhäusern, Forschungszentren und Ausbildungsstätten in bestimmten Zentralorten. Die Methode des Unterrichts ist vielfältig: es gibt Einzelunterricht, Fernunterricht, Gruppenunterricht in Instituten, Unterweisung durch Teams, Gruppenkurse in örtlichen Zentren.

Von den 13 Instituten, die mit ärztlicher Fortbildung beschäftigt sind, ist das Zentralinstitut für moderne Medizin in Moskau führend. Es besteht seit 1930 und verfügt heute über 77 Professoren, 115 Dozenten und 229 Lektoren. Die Teilnehmer an den Fortbildungskursen des Moskauer Institutes rekrutieren sich im wesentlichen aus Leitern des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Professoren und Dozenten medizinischer Hochschulen, Chefärzten großer Krankenhäuser sowie jungen Wissenschaftlern. 1968 wurde das 200.000. Diplom für Fortbildung am Zentralinstitut ausgestellt.

Das Moskauer Institut entwickelte für alle Fortbildungsinstitute ein Modell zweigleisiger Weiterbildung. Es besteht aus einem Fernunterrichtskurs, der auf dem Studium bestimmter vorgeschriebener Texte und auf schriftlichen Übungen mit Korrekturen basiert, und aus einem kurzen intensiven Instruktionkurs am jeweiligen Institut, von dem aus der Fernunterricht veranstaltet wird. Durch den vorangehenden Fernunterricht konnte die Fortbildungsdauer an den Instituten auf einen Zeitraum von 4 bis 6 Wochen abgekürzt, die Anzahl der Teilnehmer bei gleichem Lehrkörper erhöht und die Kosten pro Teilnehmer gesenkt werden. Bis jetzt wurden nach diesem System ca. 20.000 Ärzte erfaßt, in den nächsten Jahren will man 50 bis 60 % der Ärzte auf diese Weise fortbilden.

Da ständig mehr Bewerbungen vorliegen als Plätze vorhanden sind, bestehen bestimmte Auswahlkriterien: Alter, Grad der Spezialisierung, früherer Fortbildungsstand, Zugehörigkeit zu einer homogenen Gruppe. Die Nachteile des Systems sind während des Fernunterrichts eine relativ hohe Ausfallquote der Teilnehmer wegen Überforderung, Krankheit, Ortswechsel oder Unzufriedenheit mit dem gebotenen Stoff. Ein weiterer Nachteil ist die große Arbeitsbelastung des Institutspersonals durch die Korrekturen der schriftlichen Arbeiten. Von der in einigen Departments begonnenen Einführung programmierter Unterrichts erhofft man sich eine Verminderung dieser nachteiligen Auswirkungen.

Seit 1952 gehören auch auswärtige Kurse zum festen Bestand im Unterrichtssystem der Institute. In ihnen werden die Ärzte durch ein kleines Team unterrichtet und praktisch unterwiesen. Diese Kurse erfordern erfahrene Dozenten und sorgfältige Vorbereitung und

sind bei einer optimalen Dauer von einem Monat nur an Zentren mit gut ausgebildeten Ärzten und medizinischem Hilfspersonal möglich. Man ist sich darüber klar, daß sie keinen vollwertigen Ersatz für die Institutskurse darstellen und versucht auch hier, positive Ergänzungen durch programmierten Unterricht zu schaffen. Die am meisten begehrte Art der Fortbildung ist bei weitem der Ganz-Tages-Kurs, der sich über eine Dauer von 4 bis 5 Monaten erstreckt. Hier gibt es zwei Typen: die Vermittlung weiterer Spezialisten-Ausbildung, vorwiegend für jüngere Spezialärzte gedacht, und die Kenntnisvermittlung eines besonderen Teilaspektes innerhalb einer Fachdisziplin, in erster Linie Spezialärzten mit mindestens zehnjähriger einschlägiger Praxis vorbehalten. Trotz der großen Beliebtheit, deren sich diese Fortbildung bei den Ärzten erfreut, wird sie schrittweise abgebaut und durch die kombinierte Methode von Fernunterricht mit Insitutskursen abgelöst.

Einzelfortbildung für 1 bis 2 Monate an einer Abteilung großer Kliniken ist ebenfalls möglich; bei entsprechender Wohnlage kann der Arzt auch ein- bis zweimal wöchentlich an Kursen, die durch Fernunterricht ergänzt werden, teilnehmen.

Der Fortbildung der Professoren und Dozenten medizinischer Hochschulen wird große Aufmerksamkeit geschenkt, sowohl was die Vermittlung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse als auch was die Entwicklung neuer didaktischer Methoden betrifft.

Für ärztliches Hilfspersonal ist das Fortbildungssystem noch nicht so weit entwickelt und durchgebildet. Die Bestrebungen des Gesundheitsministeriums gehen dahin, eine Teilnahme an medizinischen Fortbildungskursen für jeden im Gesundheitswesen Tätigen alle 3 bis 5 Jahre zu ermöglichen. Schon heute besteht für Personen, die zum ärztlichen Hilfspersonal gehören, die Möglichkeit, sich als Arzt zu qualifizieren. Mit dem Studium kann sofort begonnen werden, wenn ein Fortbildungskurs mit hervorragenden Leistungen abgeschlossen wurde; sonst wird mindestens dreijährige Berufserfahrung verlangt. 5 % des ärztlichen Hilfspersonals hat diese Chance wahrgenommen.

— dgk —

Internationale Fortbildungskon- gress der Bundesärztekammer

Thema: „Die Kunst, das menschliche
Leben zu verlängern“

vom 7. bis 20. März 1971 in Badgastein
vom 8. bis 20. März 1971 in Davos

Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärz-
tekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410 220

Amtliches

Änderung der Beitragsordnung der Bayerischen Landesärztekammer ab 1. Januar 1971

Die Beitragsordnung der Bayerischen Landesärztekammer vom 1. Januar 1961 („Bayerisches Ärzteblatt“ 1960, S. 350 ff), zuletzt geändert am 15. Oktober 1967 („Bayerisches Ärzteblatt“ 1967, S. 997 f), wurde durch Beschluß des 23. Bayerischen Ärztetages vom 3. Oktober 1970 in der nachstehend wiedergegebenen Fassung geändert. Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat diese Beitragsordnung mit Entschließung vom 12. Oktober 1970 (III 8-5011/5-5/70) genehmigt.

Art. 1

§ 1 erhält folgende Fassung:

Jahresbeitrag		davon Hilfsfonds
Gruppe I	DM 400,—	DM 50,—
Gruppe II	DM 90,—	DM 18,—
Gruppe III	DM 70,—	
Gruppe IV	DM 15,—	

§ 3 erhält folgende Fassung:

Ärzte, die mehr als drei Personen in ihrer Praxis, Klinik usw. beschäftigen, haben für jede weitere Person einen zusätzlichen Kammerbeitrag von DM 30,— zu bezahlen.

§ 4 Abs. 2 erhält folgende Fassung:

Bei den in Gruppe I gehörenden Ärzten, deren Bruttoeinnahmen aus der gesamten ärztlichen Tätigkeit im vorangegangenen Jahr unter DM 60 000,— geblieben sind, ermäßigt sich der Jahresbeitrag wie folgt:

Bruttoeinnahmen	Jahresbeitrag	davon Hilfsfonds
von DM 30 001,— bis 60 000,—	DM 230,—	DM 50,—
DM 15 001,— bis 30 000,—	DM 125,—	DM 50,—
bis DM 15 000,—	DM 75,—	

Art. 2

Diese Änderung der Beitragsordnung tritt am 1. Januar 1971 in Kraft.

München, 15. Oktober 1970

gez. Professor Dr. med. H. J. Sewering
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

Die Beitragsordnung der Bayerischen Landesärztekammer in der nunmehr geltenden Fassung ist in der Sondernummer November 1970 des „Bayerischen Ärzteblattes“ — Seite 1002 — bereits veröffentlicht worden.

Poliomyelitis-Schluckimpfung 1970/71 in Bayern

Das Bayerische Staatsministerium des Innern – Gesundheitsabteilung – hat u. a. mitgeteilt:

Die Teilnahme der nachgeborenen Kinder an der Schluckimpfung gegen Poliomyelitis 1969/70 war ausreichend. – Die in Bayern herrschende günstige epidemiologische Lage (1969 in Bayern kein bestätigter Fall von Poliomyelitis) droht, Bevölkerung und Ärzte zu Sorglosigkeit zu verführen. Deshalb ist alles daran zu setzen, eine möglichst hohe Beteiligung der Nachgeborenen an der Schluckimpfung zu erzielen und Impflücken zu schließen.

Schluckimpfung 1970/71

Termin

Die staatlichen Gesundheitsämter führen wieder öffentliche Impftermine mit trivalenter Lebendvakzine durch.

2. Impfgang: Montag, 11. Januar 1971 bis Freitag, 22. Januar 1971

Die Impfung kann in dieser Zeit durch jeden Arzt vorgenommen werden.

Wo es die epidemiologische Lage erfordert, können diese Termine verschoben werden.

Es empfiehlt sich, Spät- und Nachtermine anzusetzen.

Zu Impfender Personenkreis

Nach einem Übereinkommen der Bundesländer sollen an den Terminen in erster Linie die seit der Impfkaktion 1969/70 impffähig gewordenen, d. h. mindestens drei Monate alten Kinder (die sogenannten Nachgeborenen) teilnehmen. Gleiches gilt für andere Kinder und Jugendliche bis zu 20 Jahren, die bisher noch nicht oder nur unvollständig (mit monovalentem Impfstoff nicht gegen alle Typen oder mit trivalentem Impfstoff nur einmal) oral geimpft sind, auch Kinder, die bisher nur Salk-Impfstoff erhalten haben. Die Grundimmunisierung erfolgt durch zwei Impfgänge im Abstand von etwa sechs bis acht Wochen.

Allen Kindern der vierten Schulklassen, deren vollständige Impfung wenigstens vier Jahre zurückliegt, soll eine Auffrischimpfung durch eine Impfdosis (nur ein Impfgang) angeboten werden. Ein Intervall von weniger als vier Jahren zwischen Grundimmunisierung und Auffrischimpfung ist zu kurz, um einen Auffrischimpferfolg mit Polio-Lebendimpfstoff zu erhalten (vgl. DOSTAL in „Polio-Immunität morgen“, Symposium in der Bayerischen Landesimpfanstalt, Juni 1969, S. 51 ff).

Impfstoff

Die staatlichen Gesundheitsämter verwenden gebrauchsfertige trivalente Lebendvakzine „Oral-Virelon“ der Fa. Behring-Werke. Der Impfstoff wird in

Fläschchen zu hundert, zwanzig und – in sehr beschränktem Umfang – einer Dosis geliefert. Die kleinen Packungen sind zur Deckung des täglichen Spitzenbedarfs bestimmt, sie sollen einen wirtschaftlichen Verbrauch des Impfstoffes ermöglichen.

Jede Dosis enthält 500 000 Einheiten Typ I
100 000 Einheiten Typ II
300 000 Einheiten Typ III

Die einer Dosis entsprechende Impfstoffmenge ist je nach Packungsgröße verschieden. Die den Packungen beigelegten Angaben des Herstellers sind zu beachten. Der Impfstoff wird wie im Vorjahr verabreicht. Um eine Inaktivierung durch Austrocknen zu vermeiden, soll er erst unmittelbar vor der Abgabe auf die Zuckerwürfel getropft werden. Es sollen nur die mit dem Impfstoff gelieferten Pipetten verwendet werden.

Lieferung, Transport und Lagerung des Impfstoffes

Die jeder Packung beigegebenen Angaben des Herstellers sind zu beachten. Der Impfstoff darf nicht gefroren werden. Angebrochene Flaschen sollten möglichst am gleichen Tag verbraucht werden.

Sperrfristen zu anderen Impfungen und Gegenindikationen

S. „Bundesgesundheitsblatt“ 1968, S. 292*) und die den Packungen beigelegten Angaben des Herstellers.

Ein über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehender Gesundheitsschaden löst einen Entschädigungsanspruch aus.

*) Empfehlungen für zwischen Schutzimpfungen einzuhaltende Zeitabstände

Nach Impfung ...	Abstand bis zur nächsten Schutzimpfung mit Impfstoffen aus vermehrungsfähigen oder inaktivierten Erregern oder Toxoiden
BCG	6 Wochen, in jedem Fall bis zum Abklingen der Impfreaktion
Pockenerstimpfung	4 Wochen, in jedem Fall bis zum Abklingen der Impfreaktion
Pockenwiederimpfung	1 Woche, in jedem Fall bis zum Abklingen der Impfreaktion
Poliomyelitis-Oralimpfung	4 Wochen
Gelbfieber	2 Wochen
Mit Impfstoffen aus inaktivierten Erregern und Toxoiden	keiner, gegebenenfalls bis zum Abklingen lokaler Reaktionen
Typhus-Oralimpfung	keiner

Eine gleichzeitige Verabfolgung von Impfstoffen aus vermehrungsfähigen und inaktivierten Erregern ist dann unbedenklich, wenn sich die Impfungen nicht gegen die gleiche Krankheit richten.

Nach Abschluß einer Wutschutzbehandlung (letzte Injektion): 6 Wochen.

Besetzung des Landesberufsgerichtes für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht

Herr Oberstlandesgerichtsrat Heinrich JAHN, wurde mit Wirkung vom 16. Oktober 1970 auf die Dauer von fünf Jahren zum 2. Stellvertreter des richterlichen Besitzers des Landesberufsgerichtes für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht ernannt.

NERVO-OPT

NERVO-OPT

NERVO-OPT®

Verschreibungspflichtig!

Zusammensetzung pro Dragee:

Natr. diaethylbarbituric. 100 mg,
Acid. phenylaethylbarbituric. 10 mg,
Extr. Valerian., Humul. lup., Visc. alb.,
Adonid., Calc. gluconic., Kal. bromat.,
Aminophenazon.

NERVO · OPT-Dragees

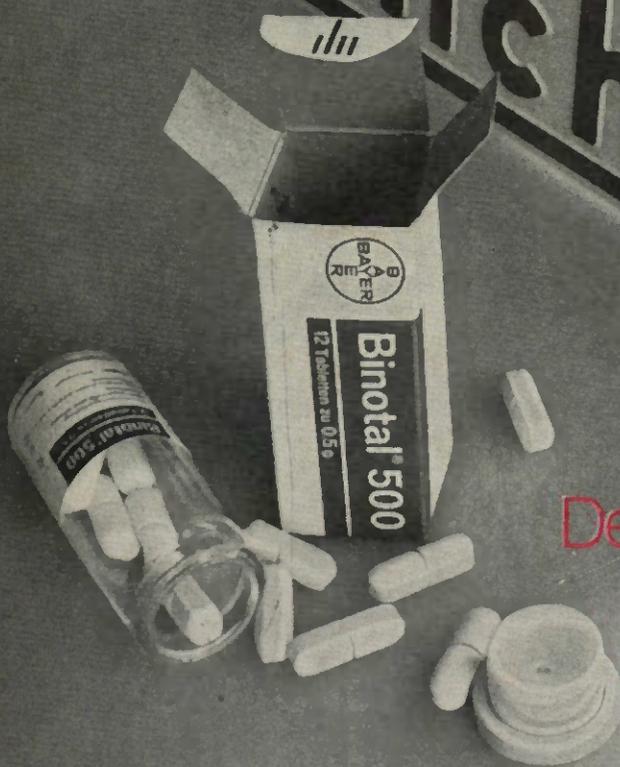
OP zu 50 Dragees

**beruhigt
die Nerven
und bringt
erquickenden
Schlaf**

DR. BRAUN & HERBERG · BAD SCHWARTAU



Die
Erreger
warten
nicht.



Deshalb direkte
Bakterizidie!

Binotal[®] 500

Binotal schafft sofort bakterizide Konzentrationen.

Reduziert die Keimzahl ohne Verzögerung. In Serum, Gewebe und Harn. Unabhängig von körpereigenen Abwehrmechanismen. Direkte Breitspektrum-Bakterizidie.

Binotal 500 ist ein Penicillin. Praktisch atoxisch.

Keine Dosisbegrenzung. Keine Altersbegrenzung. Keine Gefährdung durch Kumulation. Daher auch bei Niereninsuffizienz anwendbar.

Rationelle Therapie mit Binotal 500

bei Atemwegsinfekten
bei Harnwegsinfekten
bei Gallenwegsinfekten

Binotal 500	12 Tabletten zu 0,5 g	26,55 DM
	30 Tabletten zu 0,5 g	59,90 DM
Binotal-Saft	mit 3 g/60 ml	23,30 DM
Binotal pro infantibus	18 Kapseln zu 0,25 g	23,75 DM
Binotal pro injectione	zu 0,5 g; 1,0 g; 2,0 g	
Binotal pro infusione	zu 5,0 g	

Kontraindikation: Penicillin-Überempfindlichkeit.
Zur Beachtung: Gelegentlich auftretende leichte gastrointestinale Störungen verschwinden meist auch unter Fortsetzung der Medikation. Wie bei allen Penicillinen können Hautreaktionen auftreten.

Weitere Informationen über Binotal 500 gehen



Eintragung von Ärzten in Sonderverzeichnisse

Aus gegebener Veranlassung macht die Bayerische Landesärztekammer darauf aufmerksam, daß es den Ärzten nach der geltenden Berufsordnung nicht gestattet ist, sich in private Sonderverzeichnisse, Adreßbücher oder Anschriftenvermerke aufnehmen zu lassen.

Die entsprechende Bestimmung der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. April 1958 lautet:

„§ 22 Anzeigen und Verzeichnisse

(4) Ärzte dürfen sich, abgesehen von amtlichen Verzeichnissen, nicht in Sonderverzeichnisse beruflich werbenden Charakters aufnehmen lassen. Ausnahmen kann der zuständige Kreisverband genehmigen.“

Die Kammer empfiehlt allen Ärzten, ihnen zugegangene oder noch zugehende Aufforderungen von Adreßbuchverlagen, sich gegen Zahlung einer bestimmten Gebühr in ein besonderes Branchenverzeichnis aufnehmen zu lassen, zurückzuweisen.

Gebühr für die Genehmigung zum Führen des Dach-Blinkaufsatzes für Ärzte

In der seit 1. Juli 1970 in Kraft getretenen Gebührenordnung für Maßnahmen im Straßenverkehr (BGBl. I Nr. 60 vom 27. 6. 1970) ist in Ziffer 229 des Gebührentarifs auch eine Gebühr für die Genehmigung zum Führen des blinkenden Dachaufsatzes für Ärzte angeführt. Die Ziffer lautet:

„Entscheidung über die Berechtigung zum Führen des Schildes ‚Arzt Notfalleinsatz‘, gegebenenfalls einschließlich der Eintragung im Kraftfahrzeugschein DM 10,—.“

Damit sind Entscheidungen der Behörde nach freiem Ermessen nicht mehr möglich.

Diebstähle von Rezeptformularen

Mitteilung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern

Diebstähle von Rezeptformularen und Arztstempeln aus Arztpraxen haben sich in der letzten Zeit stark gehäuft. Die gestohlenen Rezeptformulare werden in den meisten Fällen zur illegalen Beschaffung von Betäubungsmitteln mißbraucht. Es besteht ein öffentliches Interesse, daß die Apotheker auf schnellstem Wege von solchen Diebstählen erfahren, damit sie gegebenenfalls eine Belieferung von gefälschten Rezepten verweigern können. Am schnellsten können die Apotheken des Bundesgebietes durch eine Veröffent-

lichung in den wöchentlich erscheinenden Fachzeitschriften, der „Deutschen Apothekerzeitung“, 7000 Stuttgart 1, Postfach 40, und der „Pharmazeutischen Zeitung“, 6000 Frankfurt, Postfach 970 108, unterrichtet werden.

Die Ärzte werden daher gebeten, etwaige Diebstähle von Rezeptformularen und Stempeln unbeschadet anderer Maßnahmen unverzüglich den oben genannten Fachzeitschriften sowie der Bayerischen Landesapothekerkammer mitzuteilen.

Glosse

Und wo lassen Sie nähen?

Wir lernten sie kennen im Urlaub an der Hotelbar. Er mochte en die fünfzig sein und nannte kurz seinen Namen: Obermann.

„Angenehm“, sagten wir und kamen ins Gespräch: Wetter, Preise, Politik, Krankheiten. „In zwei Wochen“, sagte meine Frau, „lasse ich mich operieren.“

„Interessant“, sagte Frau Obermann.

„Nichts Schlimmes“, erklärte Eva, „aber jede Operation hat schließlich ihr Risiko, nicht wahr?“

„Gewiß“, sagte Frau Obermann, „und wo lassen Sie nähen?“

Meine Frau verstand nicht gleich: „Da gibt es bei uns einen kleinen Salon in der Burgstraße.“

„Entschuldigen Sie, aber das meine ich nicht.“

„Sie meint“, sagte Herr Obermann, „daß Chirurgen nicht nur schneiden, sondern auch nähen.“

„Der eine wird es besser können als der andere“, warf ich ein, „meine Frau geht zu einem bekannten Professor.“

„Davon hängt es nicht ab“, präzisierte Obermann, „es gibt gute Fäden, die halten, und schlechte, die reißen.“

„Was Sie nicht sagen. Und wovon hängt das ab?“

„Vom Fadenhersteller.“

„Sind Sie etwa so ein Fadenzieher, Herr Obermann?“

„Nein – nicht direkt.“

„Und was passiert bei schlechten Fäden?“

„Wissen Sie, ich will Ihre Frau nicht ängstigen.“

„Bitte ganz offen: kann ein gerissener Faden gefährlich werden?“

„Ja – lebensgefährlich.“

„Und woran erkennt man den besseren Faden?“ fragte Eva erschrocken.

„Am ausländischen Etikett“, sagte Obermann.

„Ich verstehe nicht.“

„Ich auch nicht, aber es ist so: in punkto Reiß- und Zug-

Äskulap und Pegasus

festigkeit, Durchmesser und Längen haben deutsche Fäden – jedenfalls in der Bundesrepublik – ihre Tücken."

„Und deutsche Gesetze ihre Lücken“, ergänzte Frau Obermann.

„Aber es muß doch Normen geben und Vorschriften und Kontrollen, wo es um Leben und Tod geht?“

„Nein“, dozierte Herr Obermann, „In Deutschland nicht. Es gab sie mal, bis unsere Gesundheitsbehörden vor etwe zehn Jahren die Herstellerindustrie von ihrer Verpflichtung auf Normen entbunden haben. Die Chirurgen protestierten, aber sie wurden nicht gehört. Sie verlangen seit Jahren unseren Anschluß ans internationale Niveau – umsonst. Die deutsche Industrie hält angeblich für nicht praktikabel, was in anderen Ländern längst erreicht ist.“

„Zum Beispiel bei unseren Nachbarn“, erläuterte Frau Obermann, „Österreich, Schweiz, Dänemark, England und natürlich auch Amerika.“

„Ein amerikanischer Chirurg“, sagte Obermann, „könnte in Deutschland nach seiner ‚Halsted‘-Technik, das sind unendlich viele Ligaturen in allen Gewebsschichten mit allerfeinstem Nahtmaterial, also der könnte hier gar nicht operieren – es sei denn, er brächte seine eigenen Fäden mit. Der feinste amerikanische Faden hält Belastungen stand, die bei uns nur Stricke aushalten.“

„Sie wissen erstaunlich viel, oder Sie schnelden auf, Herr Obermann. Wie machen denn die Amerikaner ihre besseren Fäden?“

„Aus Rinderdärmen. Wir dagegen verarbeiten Schafdärme – just wie schon die alten Germanen. Von unseren Schafdarm-Fäden entsprechen der internationalen Norm bestenfalls zwanzig Prozent. Die erreichen aber den deutschen Patienten nicht, weil sie den ausländischen Standard erreichen.“

„Ich verstehe immer noch nicht. Wollen Sie damit sagen...“

„Genau das will ich sagen: die besseren deutschen Fäden kommen gar nicht in unsere Kliniken, sondern gleich in den Export.“

„Das ist grotesk“, sagte Eva, „das darf doch alles nicht wahr sein – jetzt schnelden Sie wirklich auf, Herr Obermann.“

„Gewiß“, lächelte Frau Obermann, „das gehört sogar zum Beruf meines Mannes als Professor für Chirurgie.“

Eva sah ihn lange und nachdenklich an: „Nur noch eine Frage, Herr Professor – wo lassen Sie im Bedarfsfall nähen?“

Jetzt lächelte auch Obermann: „Jedenfalls nicht in einer Klinik, wo allein die Verwaltung den Einkauf von Fäden oder Messern und Instrumenten bestimmt.“

„Messer und Instrumente auch?“

„Ja – aber das ist wieder eine Geschichte für sich...“

Georg Schreiber

Wie sehr das Dichten, Denken und Trachten gerade in unserem Berufe oft schon von der Tradition des Elternhauses her und vom ärztlichen Leben und Erleben aus geweckt und beeinflußt werden kann, sehen wir an unserem Kollegen Dr. med. Max REICHENBACH, 8551 Birkenreuth/Ofr., Privatklinik. Er wurde am 21. Oktober 1915 als echtes Kind des Land- und Krankenhausarztes Sanitätsrat Dr. med. Anton Reichenbach im niederbayerischen Marktflecken Regen im Bayerischen Wald geboren. Er ist – wie gesagt – nur Arzt geworden, weil er „so ähnlich werden wollte wie der Vater“. Die Welt dieses wunderbaren toten Arztes und Denkers in unsere Zeit herüber zu retten, ist das, was er in seinen Schriften versucht.

Der jetzt eben 55jährige schreibt schon als Gymnasiest und später dann als Student der Medizin und der Philosophie unter dem Pseudonym: „Frank Hart“ Gedichte und Novellen. Mit Beginn des zweiten Weltkrieges, der ihn an den meisten Fronten von Paris bis zu den orientalischen Pyrenäen zumeist als Chirurg am vorgeschobenen Hauptverbandsplatz sieht, entsteht eine Pause im Schreiben bis zum Jahre 1960. In diesem Jahre beginnt er, in langer, mühseliger Kleinarbeit seine Privatklinik, hoch droben in den Bergen des Fränkischen Juras, aufzubauen, die ihm in stetem Kontakt mit Freunden von der nahe gelegenen Universität Erlangen wieder wissenschaftliches Arbeiten ermöglicht.

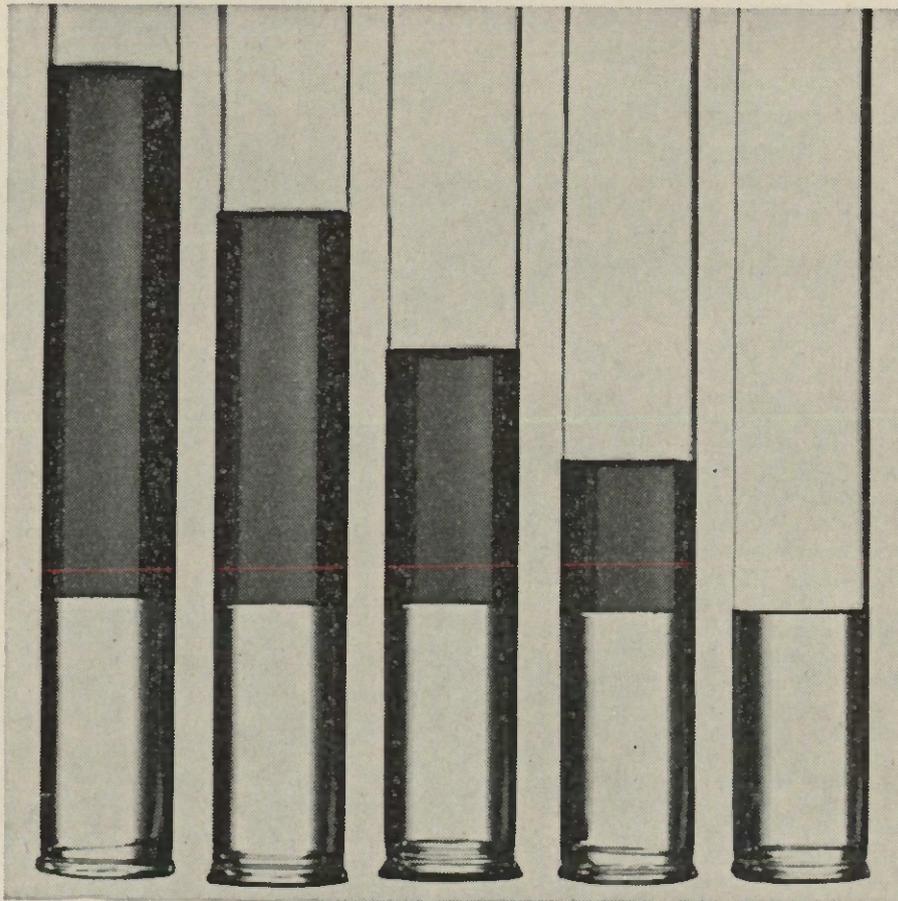
Im Jahre 1963 schreibt er von neuem in der „Reiter-Revue international“ und im „Ärzteblatt Baden-Württemberg-Hohenzollern“. 1965 kommt sein Büchlein heraus: „Reiten allein tut es nicht...“, im Lapp-Verlag, München-Gladbach, das weit in die Welt hinaus gegangen ist. Im November/Dezember dieses Jahres veranstaltete er in Birkenreuth in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Poliklinik, der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen-Nürnberg und der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Orthopädische Klinik und Poliklinik) einen Kongreß „Reiten als Therapie“ für Ärzte, Physiotherapeuten, Reitlehrer und Bereiter. An den Gesellschaftsabenden wurde „Birkenreuther Lyrik“ mit Musik und Tanz geboten.

So entsteht immer wieder einmal Lyrik, die oder jene nachdenkliche Geschichte, dazu jedes Jahr zu Weihnachten ein Versuch, seinen Kranken, mit denen er Weihnacht feiert, zu deuten, was der tote Vater unter Weihnachten verstand. Man nennt sie die „Birkenreuther Weihnachtsgeschichten“.

Sein großer Wunsch ist es: Einmal so viel Zeit haben, daß er seines Vaters Leben aufschreiben kann. Hoffen wir, daß es ihm vergönnt sein möge!

Stufentherapie

Jetzt gibt es ein Medikament, das die Rheumatherapie einfacher und wirkungsvoller macht.



Eigenschaften:

Prednirhaumin-kombi verwirklicht als erstes Medikament das Prinzip der Stufentherapie rheumatischer Erkrankungen. Der gleitend und treppenförmig sich reduzierende Prednisonanteil macht Prednirhaumin-kombi zu einem der physiologischen Gegebenheiten angepaßten Antirheumatikum. Die bei der Langzeittherapie mit Korti-

soniden auftretenden unerwünschten Nebenwirkungen werden durch diese Applikationsform weitgehend vermieden.

Indikationen:

a) entzündlicher Rheumatismus: PCP, Morbus Bechterew.
b) Weichteilrheumatismus: schmerzhaft Zustände bei Muskelrheumatismus (Lumbago, Torticollis), Bindegeweberrheumatismus, Periarthritis humeroscapularis et coxae, Epicondylitis humeri, Bursitis, Tendovaginitis.
c) degenerativer Rheumatismus, speziell bei entzündlichen Begleiterscheinungen: Arthrosen, Spondylosen, Spondylarthrosen.

Kontraindikationen

sind die bekannten des Cortisons und des Phenylbutazons:

Ulcus ventri. et duodeni, Leukopenie, haemorrhagische Diathese, fortgeschrittene Osteoporose, schwere Herz- und Niereninsuffizienz, Diabetes mellitus, psychiatr. Anamnese, Gravidität, Hypertonie.

Zusammensetzung:

3 Drag. purpur	Prednison 20 mg, Phenylbutazon 200 mg
3 Drag. rot	Prednison 15 mg, Phenylbutazon 200 mg
3 Drag. orange	Prednison 10 mg, Phenylbutazon 200 mg
3 Drag. gelb	Prednison 5 mg, Phenylbutazon 200 mg
3 Drag. silberb.	Prednison 2,5 mg, Phenylbutazon 200 mg
15 Drag. weiß	Prednison 0,0 mg, Phenylbutazon 200 mg

prednirhaumin-kombi

Hersteller: Chemipharm GmbH

Seine besten Freunde: Die braune Holsteiner Stute „Alpara“, sein schwarzer Hund „Bazi“, ein mächtiger Rottweiler – und sehr viele Katzen.

Seine „Nächtliche Beschwörung“, die in der Todesnacht seines Springpferdes „Hercules“ geschrieben wurde, brachte Zuschriften aus der ganzen Welt, so aus Südamerika und Japan.

Die Persönlichkeit und das Wirken des Arztschriftstellers Reichenbach wurde geprägt durch das Leitbild des Vaters, das auch heute noch wirksam ist, und durch eigene Erfahrungen im Umgang mit den Kranken.

Aus seinen „Birkenreuther Weihnachtsgeschichten“ bringen wir die beschauliche Erzählung vom „Esel Jakob“, den aufmunternden „Spruch fürs Neue Jahr“ und das besinnliche Gedicht vom „Lob der Werkstatt“.

Dr. med. Robert Paschke, 8535 Emskirchen

Aus dem schriftstellerischen Schaffen Reichenbachs

Der Esel von Bethlehem

Es ist uns geschrieben, gezeichnet und gemalt, daß bei der Geburt des Herrn im Stall zu Bethlehem ein Ochs, ein Esel und – vielleicht auch, wir hoffen das – ein Pferd als stumme Zeugen des gewaltigen Geschehens gegenwärtig gewesen sind.

Wenn ein Ereignis von der Tragweite, wie der Niederkunft des Gottes-Sohnes über die Erde hinwegweht, dann können wohl auch die Tiere nur zu einander hinstarren, ganz weite Augen machen und – das kann nämlich alle Kreatur – andächtig sein. Beten, das werden die Tiere nicht können. Weil sie ohne Erbsünde auf diese, unsere Welt gelangen, brauchen sie das auch wohl nicht zu lernen. Ich denke aus meiner Erfahrung heraus, bei den Tieren wäre vielleicht die Art zu leben und die Art zu sterben das Gebet. Weil ja bei ihnen alles weniger verzeichnet ist, als bei uns, den Menschen.

☆☆☆

Einige Tage nach der Geburt Christi – so ist es uns glaubhaft berichtet – sind dann die Heiligen Drei Könige zum Stall von Bethlehem gezogen. Nachdem sie sich alle ein wenig eingerichtet hatten, kam es dann auch zwischen den Tieren zu Gesprächen. Zum ersten Gespräch kam es, weil das Kamel „Ali“ des schwarzen Mohrenkönigs Balthasar dem Nazareth-Esel „Jakob“, der ein wenig vor dem Stall grasen durfte, einen Tritt auf die Hinterhand versetzt hatte.

Der Esel „Jakob“ verbat sich das in aller Form. Er schob bockig alle Viere von sich, stellte die langen Ohren ganz steil auf und sagte zu dem Kamel „Ali“: „Du scheinst nicht zu wissen, mit wem Du es zu tun hast. Ich bin nämlich der Esel ‚Jakob‘, der als solcher in die Geschichte eingehen wird. Du hast hier nicht irgend einen Esel vor Dir, sondern einen seit genau 12 Tagen ganz besonderen Esel. Nur mit meiner Hilfe nämlich war es zu machen, daß der liebe Gott das Christkind überhaupt auf diese Erde herniederbringen konnte.“

Ich nämlich war es, ich der Esel ‚Jakob‘, der die Mutter-Gottes hierher getragen hat und das, liebes Kamel ‚Ali‘, hättest Du bei dem Schnee und dem Eis niemals fertig gebracht.“ Antwortete das Kamel „Ali“: „Nun, wenn das so ist, dann würde ich aber jetzt an

Deiner Stelle statt der mageren Disteln da fette Feigen fressen. Und arbeiten – arbeiten würd' ich rein gar nichts mehr. Ich würde mir eine königliche Schabracke schneidern und würde mir Ohrgehänge und Schmuck von den Goldschmieden anfertigen lassen und alle Welt müßte zu mir eufschauen, als zu dem Wunder-esel ‚Jakob‘.“

Sagte der Esel „Jakob“ nach einer kleinen Weile Nachdenkens: „Nun, verehrtes Kamel ‚Ali‘, ich nehme an, das wird bald so weit sein. Schließlich diene ich ja einem König.“

☆☆☆

Derselbe Esel „Jakob“ wurde am Abend, als es wieder zu schneien und zu stürmen anfangen in den Stall zurückgebracht, in dem das Christkind für die ersten Tage auf dieser, unserer Erde residierte.

Als er sich nach einem neuerlich recht mageren Abendmahl über die Krippe hinüber zu seinem König, von dem er sich so viel versprach, beugte, so, als wollte er nachsehen, ob dieser König auch wirklich noch gegenwärtig sei, da lächelte ihn das Christkind holdselig an und sagte zu ihm mit seiner damals noch ganz fein und wie Glöckchen klingenden Pips-Stimme: „Lieber Esel ‚Jakob‘, Du hast meine Mutter durch den Schnee und den Sturm brav hierher nach Bethlehem getragen und wir sind Dir sehr viel Dank schuldig.“

Aber weißt Du, nach den Maßen dieser Erde gemessen, bin ich ein ganz, ganz armer König und ich werde vermutlich wohl immer sehr arm bleiben.

Ich werde Dir nur ganz selten etwas anderes als karge, stechende Disteln zu fressen geben können. Und es werden weite und sehr harte Wege sein, die zu gehen sind.

Wege voller Steine. Und solche Steine werden sie auch auf uns werfen.

Und am Ende des Weges werden sie uns einen Essigschwamm statt Wein zu trinken geben, lieber ‚Jakob‘. Und ein Kreuz wird schließlich stehen auf einem Berg des Namens Golgatha.

Willst Du nicht, lieber, kleiner Esel ‚Jakob‘, mit einem der drei reichen Könige gehen, die da jetzt bei uns zu Besuch sind. Es ginge Dir dort sicherlich sehr viel besser. Überleg' Dir's, so lange sie noch da sind mit dem Gold, dem Weihrauch und den Myrrhen.

Ich bin Dir nicht böse, wenn Du den leichteren Weg gehen willst.“

☆☆☆

Dachte der Esel „Jakob“ nach, schüttelte nach einer kleinen Weile den großen Kopf ein wenig hin und her. Stellte das eine Ohr auf und ließ das andere fallen. Dann beugte er sich erneut über die Krippe und fuhr dem Christkind mit der rauhen Zunge über das damals noch flaumweiche Haar und sagte:

„Aber liebes Christkind, ich, Dein Esel ‚Jakob‘ soll mit den reichen Königen gehen?“

Ich bin doch kein Mensch.

Nein, ich werde Euer Esel ‚Jakob‘ bleiben.

Und dann werde ich eben keine Schabracke und keine Ohrgehänge haben. Aber ich bleibe bei Dir und wenn Du mich brauchst, dann läßt Du mich eben aufzäumen. Es muß ja auch noch welche geben, die an den Disteln herumkauen, die Dein Vater ja auch hat wachsen lassen.“

Das Christkind strich mit der kleinen Patschhand dem Eselchen über die rosa Nüstern und segnete das Tier, das sich zum Schlafen auf die karge Streu niedergelassen ließ.

Und es ging ein wunderbares, warmes Licht durch den Stall. Ein Licht, das uns nie erlöschen möge.

Landsknechts-Lied

(Spruch fürs neue Jahr)
Weiß ist der Schnee
Und rot ist die Liebe –
Singt uns der Landsknecht
Aus altem Jahr.
Nimm ein Papier jetzt
Und setze dich drüber,
Und schreib' fein auf,
Was bemerkenswert war.
Dann nimm den Eimer –
Oder den Kübel,
Wenn der nicht reicht,
Nimm die Fuhre für Mist.
Und da lad' jetzt auf,
Was in vergangenen Jahren –
Böse und häßlich gewesen ist.
Dann hol' die Stute
Vom Stall da drüben,
Streiche ihr kurz über's seidige Haar.
Und sag' ihr:
„Stute, da springen wir drüber,
Mitten hinein ins kommende Jahr.“
Weiß ist der Schnee
Und rot ist die Liebe.
Doch Herz bleibt Trumpf –
In jeglichem Jahr.
Bau'n sie uns Berge,
Springen wir drüber.
„Wollen mal sehen“ –
Im neuen Jahr!

Lob der Werkstatt

In meiner Werkstatt' flieg ich auf den Mond –
Und krels' in ganz genau vorausberechnet' Bahnen
Des Nachts um diese uns're Erd' herum –
Und kann Jahrtausende voraus erspäh'n –
Und voraus ahnen.
In meiner Werkstatt
Flieg ich bis zum Rand des All's.
Begegne Gott, der mich geschaffen,
Und hab in dieser meiner Kammer so
Ein stilles Lächeln nur
Für Leute, die im Menschen seh'n
Den nackten Affen.



Aus dieser Werkstatt pulst mein Blut
In schwere und in heit're Tage.
Gärt aus den Dingen, die in mir nicht gut,
Das Helfenwollen über Schmerz und Plage.
Wenn aus den kühnsten Träumen
Dann in später Nacht –
Ein halber Gott schier ist im Werden,
Dann klingelt's leise neben mir –
Sie holen mich zurück, –
Und ich steh' neben Dir –
Und jedem, der mich braucht,
Auf dieser plötzlich wieder
Sehr, sehr nüchter'n Erden.

Ich sprach da schon vom Nebenan.
So zieh ich – gähnend
Und ein wenig stöhnend –
Den weißen Mantel wieder an,
Und gehe da hinauf, mit einem Sterben.
Ich reiß' mit ihm den schwarzen Vorhang auf,
Der zu beenden scheint unsern Erdenauf,
Und seh mit ihm – in seinem Sterben –
Durch einen Spalt den lieben Gott.
Und über jedes Tor hinaus
Für ihn, der da jetzt von mir geht,
Ein sehr, sehr lichtetes, neues Werden.

Kongresse

3. Diagnostik-Woche

Vorankündigung

Die 3. DIAGNOSTIK-WOCHE findet vom 5.–9. Mai 1971 in München (Messegelände) in Verbindung mit einer internationalen pharmazeutischen und medizinisch-technischen Ausstellung statt.

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e. V. in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer.

Leitung: Professor Dr. med. E. Fromm, Hamburg
Neben den Vorträgen werden zahlreiche Kurse und Seminare durchgeführt.

In den Vorträgen werden folgende Schwerpunktthemen behandelt:

- „Diagnostik und Therapie der Erkrankungen der Nieren und ableitenden Harnwege“
- „Medizin und Technik“
- „Die Multimorbidität im Alter als diagnostisches Problem mit therapeutischen Konsequenzen“
- „Die Frühdiagnose der Mammatumoren“
- „Diagnostik der Gelenkerkrankungen mit therapeutischen Konsequenzen“
- „Das unklare Fleber“ (Diagnostik und Therapie)
- „Diagnostik und Therapie der Anämie“
- „Diagnostische Probleme der Systemerkrankungen“
- „Fehlresorption und Fehldigestion – Leitsymptom Durchfall – mit therapeutischen Konsequenzen“
- „Diagnostik der männlichen und weiblichen Sterilität mit therapeutischen Konsequenzen“
- „Klinisch-chemische Labordiagnostik zur Überwachung, Therapie- und Verlaufskontrolle chronisch Kranker“
- „Fehlermöglichkeiten bei der Diagnose von Stoffwechselkrankheiten mit therapeutischen Konsequenzen“
- „Diagnostische Probleme der Intensivtherapie“

Cholhepan[®]
Dragées

**Cholagogum
Hepatotonicum
Mildes Laxans**



ARZNEIMITTELFABRIK SCHUCK KG 8501 SCHWAIG/NÜRNBERG

C-Kurs für Arbeitsmedizin

vom 1. bis 26. Februar 1971 in München

für die Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“
gemeinsam veranstaltet mit der
Bayerischen Landesärztekammer

Montag, 1. Februar 1971

9.00 – 9.45 Uhr:

Immunprophylaktische Maßnahmen in der Arbeitsmedizin

Prof. Dr. Dr. H. Eyer, Direktor des Max-von-Pettenkofer-Instituts der Universität München

10.00 – 10.45 Uhr:

Prognose und Belastbarkeit bei operierten und angeborenen Herzfehlern

Prof. Dr. K. Bühlmeier, Leiter der kardiologischen Abteilung der Kinderklinik der Universität München

11.00 – 11.45 Uhr:

Emotion als zentraler Faktor bei Entstehung psychosomatischer Störungen

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

14.00 Uhr:

Filmvorführung

Dienstag, 2. Februar 1971

9.00 – 9.45 Uhr:

Die Probleme der ärztlichen Schweigepflicht beim Werksarzt

Rechtsanwalt Dr. J. W. Bösch, Rechtsabteilung der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal

10.00 – 10.45 Uhr:

Arbeitsmedizinische Bestrebungen der Bundesärztekammer

Dr. R.-D. Berensmann, Vorsitzender des Ausschusses „Arbeitsmedizin“ der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal

11.00 – 11.45 Uhr:

Werksarzt und niedergelassener Arzt

Dr. K. Roos, Bundesvorsitzender des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V., Köln

13.30 Uhr Abfahrt:

Firma Metzeler AG, München 12, Westendstr. 131-133

Mittwoch, 3. Februar 1971

8.00 Uhr Abfahrt:

Industriewerke F. P. Hamberger GmbH, Rosenheim

14.00 Uhr Weiterfahrt:

Firma C. Conradt, Fabrik elektrischer und galvanischer Kohlen, Kolbermoor

Donnerstag, 4. Februar 1971

9.00 – 9.45 Uhr

10.00 – 10.45 Uhr:

Lungenfunktion und Pneumokoniosen

Prof. Dr. H. Valentin, Direktor des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin und Poliklinik für Berufskrankheiten der Universität Erlangen-Nürnberg und Film

Lungenfunktion, Physiologie und Untersuchungsmethoden (C. H. Boehringer Sohn)

11.00 – 11.45 Uhr:

Morphologie der Pneumokoniosen

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

13.30 Uhr Abfahrt:

Firma F. Schörg & Sohn, München 25, Georg-Hallmaier-Straße 1

Freitag, 5. Februar 1971

9.00 – 9.45 Uhr:

Intelligenz und Intelligenzstörungen

Prof. Dr. H. R. Lückert, München

10.00 – 10.45 Uhr:

Arbeitsmedizinische Aspekte der Verkehrsmedizin

Dr. H. Petry, Werksarzt der Städtischen Werke Nürnberg

11.00 – 11.45 Uhr:

Berufskrankheitenverordnung und entschädigungspflichtige Berufskrankheiten

Dr. G. Bühlmeier, Medizinaldirektor und Leiter der Zweigstelle Nürnberg des Bayerischen Landesinstituts für Arbeitsmedizin

Montag, 8. Februar 1971

9.00 – 9.45 Uhr:

Diagnostik, Therapie und Prophylaxe der Arbeitsdermatologie

Prof. Dr. Dr. S. Borelli, Direktor der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München

10.00 – 10.45 Uhr:

Arbeitsmedizinische Probleme bei der Büroarbeit

Dr. E. Hoffmann, Oberregierungsmedizinalrat im Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin München

11.00 – 11.45 Uhr:

Nachtarbeit und biologische Rhythmen

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

13.30 Uhr Abfahrt:

Firma Rheinhold & Mahla GmbH, Wärme-Kälte-Schallschutz, Raumakustik, Puchheim/Obb.

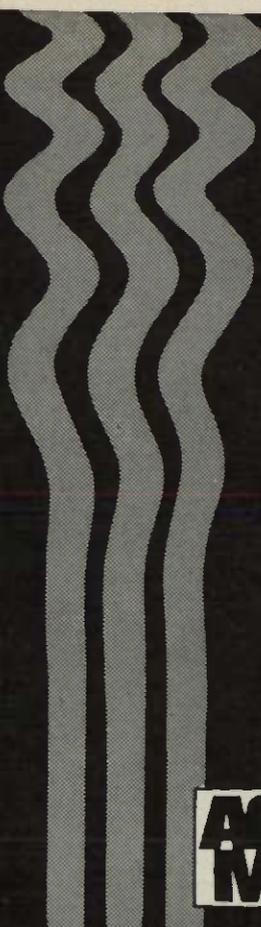
NÜRNBERG
Gleißbühlstraße 7
Tel. 09 11/20 39 03

Röntgen- und elektromedizinische Apparate
Arzt- und Krankenhausbefeh

KURT PFEIFFER

Praxisanleitung – Beratung – Projektierung – Kundendienst – Finanzierung
Spezialabteilung: Laborbedarf

FRANKFURT
Gartenstraße 116
Tel. 06 11/62 10 31/32



ESDESAN®

Dragées und Tropfen
beinervöser Unruhe und
Schlafstörungen, Neur-
asthenie und vegeta-
tiven 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

Es gibt keine preiswerteren ANTIBIOTIKA!

Chloramphenicol

	Apoth. Verk. Pr. mit MWSt.
12 St. Durephenicol-Kapseln	6,15
24 St. Duraphenicol-Kapseln	11,60
12 St. Durephenicol 500-Kapseln	9,50
24 St. Duraphenicol 500-Kapseln	17,90

Tetracyclin

	Apoth. Verk. Pr. mit MWSt.
12 St. DureTetracyclin-Kapseln	5,90
24 St. DureTetracyclin-Kapseln	10,85
12 St. DureTetracyclin 500-Kapseln	7,95
24 St. DureTetracyclin 500-Kapseln	14,50

Penicillin-V-Kalium

	Apoth. Verk. Pr. mit MWSt.
10 St. DuraPenicillin 200 000 I. E. Tabletten	3,60
10 St. DuraPenicillin 400 000 I. E. Tabletten	5,60
20 St. DuraPenicillin 400 000 I. E. Tabletten	10,30
10 St. DuraPenicillin Mega Tabletten	10,50



DURACHEMIE - TEGERNSEE

Der Gruppenversicherungsvertrag ihrer Ärztekammer mit der Vereinigten und ihrer „Tochter“, der Salus Krankenhauskosten-Versicherungs-AG bietet Ihnen wesentliche Vorteile für Krankentagegeld-Versicherungen bei Arbeitsunfähigkeit und zusätzliche Barleistungen bei einem Krankenhausaufenthalt.

Die Vereinigte ist Vertragspartner fast aller Ärztekammern im Bundesgebiet und des Marburger Bundes.



Vereinigte Krankenversicherung AG
Generaldirektion
8000 München 23, Leopoldstraße 24

Dienstag, 9. Februar 1971

9.00 – 9.45 Uhr:

Beurteilung der Arbeitsschwere

Prof. Dr. W. Müller-Limmoth, Direktor des Instituts für Arbeitsphysiologie der Technischen Universität München

10.00 – 10.45 Uhr:

Das positive Leistungsbild

Dr. J. Scholz, Medizinaldirektor und Leitender Arzt beim Landesarbeitsamt Baden-Württemberg, Stuttgart

11.00 – 11.45 Uhr:

Die berufstätige Mutter – ein medizinisches und soziales Problem –

Dr. S. Pietruck, Medizinalrat im Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin München

14.00 Uhr:

Besichtigung der Ständigen Arbeitsschutzausstellung des Bayerischen Landesinstituts für Arbeitsschutz im Hause

Mittwoch, 10. Februar 1971

8.00 Uhr Abfahrt:

Farbwerke Hoechst AG, Werk Gersthofen

14.00 Uhr Weiterfahrt:

Farbwerke Hoechst AG, Werk Bobingen

Donnerstag, 11. Februar 1971

9.00 – 9.45 Uhr

10.00 – 10.45 Uhr:

Staublungenerkrankungen und deren Bekämpfung im Betrieb

Prof. Dr. H. Einbrodt, Vorstand der Abteilung Hygiene und Arbeitsmedizin der Medizinischen Fakultät der Rhein.-Westf. Technischen Hochschule Aachen

11.00 – 11.45 Uhr:

Erkrankungen der Lunge durch Thomasmehl und Asbeststaub

Dr. H. Schneider, Obermedizinaldirektor und Leiter des Bayerischen Landesinstituts für Arbeitsmedizin München

13.30 Uhr Abfahrt:

Bayerische Woldeckenlebrlk, Bruckmühl

Freitag, 12. Februar 1971

9.00 – 9.45 Uhr:

Praktische Fragen des Mutterschutzes im Betrieb

Dr. H. Lohr, Oberregierungsmedizinalrätin im Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin München

10.00 – 10.45 Uhr:

Physische Ermüdung

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

11.00 – 11.45 Uhr:

Fließband- und Akkorderbelt

Prof. Dr. Dr. J. Rutenfranz, Gießen

Montag, 15. Februar 1971

9.00 – 9.45 Uhr:

**Typische Frauenberufe: Ein Beitrag zur ärztlichen Beru-
tskunde**

Dr. J. Reinhardt, Gewerbemedizinaloberärztin am
Niedersächsischen Landesverwaltungsamt Hannover

10.00 – 10.45 Uhr:

Leberschäden und Beru-

**Priv.-Doz. Dr. G. Lehner, Institut für Arbeits- und
Sozialmedizin und Poliklinik für Berufskrankheiten der
Universität Erlangen-Nürnberg**

11.00 – 11.45 Uhr:

**Zoonosen als Beru-
tskrankheiten**

Dr. G. Hall, Oberregierungsmedizinalrat im Bayeri-
schen Landesinstitut für Arbeitsmedizin München

13.30 Uhr Abfahrt:

**Planni-Werk Otto Eckart KG, München 80, Glonner
Straße 6**

Dienstag, 16. Februar 1971

9.00 – 9.45 Uhr:

**Methoden der Beurteilung der physischen Leistungs-
fähigkeit**

Dr. W. Ehrenstein, München

10.00 – 10.45 Uhr:

**Rehabilitation durch wiederherstellungschirurgische
Maßnahmen**

Dr. J. Probst, Chefarzt des Berufsgenossenschaft-
lichen Unfallkrankenhauses Murnau

11.00 – 11.45 Uhr:

**Beruflich bedingte Abnützungsschäden der Wirbel-
säule durch Erschütterungen**

Prof. Dr. E. Hipp, Direktor der Orthopädischen Klinik
und Poliklinik der Technischen Universität München

12.45 Uhr Abfahrt:

**Schubert & Saizer Maschinentabrik AG, Werk Ingol-
stadt – Deutscher Spinnereimaschinenbau**

Mittwoch, 17. Februar 1971

8.00 Uhr Abfahrt:

**Alkorwerk, Kunststoff-Folienherstellung, Wasserburg
am Inn**

11.30 Uhr Weiterfahrt:

Alkorwerk, Kunststoff-Folienherstellung, Thansau

Donnerstag, 18. Februar 1970

9.00 – 9.45 Uhr:

Augenverletzungen im Beru-

**Prof. Dr. O.-E. Lund, Direktor der Augenklinik der
Universität München
und**

Dr. K. Müller-Jensen, Oberarzt der Klinik

10.00 – 10.45 Uhr:

Sehtest für den Arbeitsplatz

Dipl.-Ing. Dr. G. Guilino, Leiter der Abteilung wis-
senschaftliche Optik der Optischen Werke G. Roden-
stock, München

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

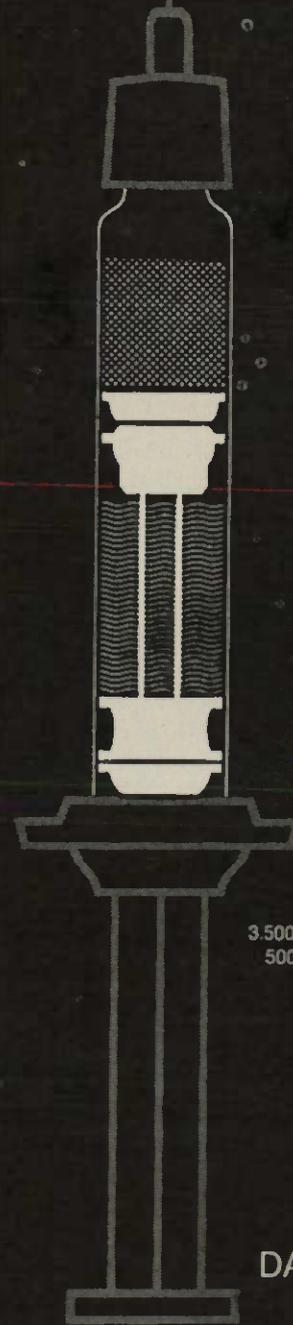
In der zweiten Kammer:

5ml Aqua pro injectione

als Lösungsmittel



DAUELEBERG + CO
GÖTTINGEN
Penicillin-Gesellschaft



11.00 – 11.45 Uhr:

Neuzeitliche Insektizide und Ihre biologischen Wirkungen

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

13.30 Uhr Abfahrt:

Osrsm GmbH – Großraumbüro und Lichtschau – München 90, Heißabrunner Straße 1

Freitag, 19. Februar 1971

9.00 – 9.45 Uhr:

Thermoregulation, Klima, Kleidung

Prof. Dr. W. Müller-Limmroth, München

10.00 – 10.45 Uhr:

Die elektrischen Unfälle

Prof. Dr. S. Koepfen, Chefarzt der I. Inneren Abteilung des Stadtkrankenhauses Wolfsburg

11.00 – 11.45 Uhr:

Unfallschutz im Betrieb

Dr.-Ing. F. Schwegler, Gewerbedirektor im Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsschutz München

Montag, 22. Februar 1971

9.00 – 9.45 Uhr:

Schwierigkeiten bei der Begutachtung der Bleierkrankung als Berufskrankheit

Dr. W. Brenner, Obermedizinalrat im Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin München

10.00 – 10.45 Uhr:

Berufsdermatosen: Mykosen

Dr. M. Acker, Medizinaldirektor im Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin München

11.00 – 11.45 Uhr:

Die ärztliche Betreuung Jugendlicher

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

14.00 – 16.00 Uhr:

Arbeitsmedizinisches Seminar

Dienstag, 23. Februar 1971

Fasching – Keine Veranstaltung

Mittwoch, 24. Februar 1971

11.30 Uhr Abfahrt:

G. Fritzmeler KG – Kunststoffabrikation – Werk Hausam/Obb.

Donnerstag, 25. Februar 1971

9.00 – 9.45 Uhr:

Atemschutzgeräte

Dipl.-Chem. Dr. O. Lang, Gewerbedirektor und Lei-

ter des Bayerischen Landesinstituts für Arbeitsschutz München

10.00 – 10.45 Uhr

11.00 – 11.45 Uhr:

Schwellenkonzentrationswerte gesundheitsschädlicher Gase, Dämpfe und Schwebstoffe und Ihre sinnvolle Anwendung in der Praxis

Prof. Dr. H. Oettei, Ludwigshafen am Rhein

13.30 Uhr Abfahrt:

Optische Werke G. Rodenstock, München 5, Isartalstraße 39–43

Freitag, 26. Februar 1971

9.00 – 9.45 Uhr:

Die Gesundheitsschädlichkeit polyzyklischer aromatischer Kohlenwasserstoffverbindungen

Dr. H. Zorn, Medizinaldirektor und Betriebsarzt der Technischen Werke der Stadt Stuttgart AG

10.00 – 10.45 Uhr:

Auswirkungen des Lohnfortzahlungsgesetzes im werksärztlichen Dienst und in der ärztlichen Praxis

Dr. G. Fuchs, Werksarzt der Krauss-Maffei AG, München-Allach

Kursleitung:

Dr. W. Brenner, Geschäftsführer der Akademie
Dr. E. Hoffmann, stellvertretender 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 Betriebe 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 Amtlichen Bayerischen Reisebüro (ABR), 8000 München 2, Promenadeplatz 12, Telefon (08 11) 59 04 373 und 59 04 374, Herr Nowak und Herr Stangl, 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 84/2 59-2 60

Tagungsort: 8000 München 22, Pfarrstraße 3 (Haus des Arbeitsschutzes)

Der nächste Kurs für Arbeitsmedizin (A) findet vom **13. September bis 8. Oktober 1971** statt.

RECORSAN[®]

-HERZSALBE

Die älteste Herzsalbe,
aber allen neuzeitlichen Forderungen entsprechend

O.P. Tube zu 30 g

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

Österreichisches Kardiologentreffen

vom 7. bis 10. Januar 1971 in Badgastein

Die „Österreichische Kardiologische Gesellschaft“ veranstaltet vom 7. bis 10. Januar 1971 in Badgastein das I. Österreichische Kardiologentreffen. Es ist geplant, diese Veranstaltung alle zwei Jahre in Badgastein, etwa zum gleichen Zeitpunkt, stattfinden zu lassen. Das diesmalige Hauptthema behandelt die „**nichtmedikamentöse Herztherapie**“, es sind jedoch auch Vorträge mit freier Themenwahl vorgesehen.

Auskunft: Sekretariat der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft, c/o Kardiologische Universitätsklinik, A-1097 Wien, Garnisongasse 13.

Gynäkologisch-geburtshilfflicher Fortbildungskurs

vom 15. bis 20. Februar 1971 in Würzburg

Die Universitäts-Frauenklinik Würzburg veranstaltet in der Zeit vom 15. bis 20. Februar 1971 einen gynäkologisch-geburtshilfflichen Fortbildungskurs für Fachärzte mit Kolloquien, Demonstrationen und klinischen Visiten.

Teilnehmerzahl: maximal zehn Personen.

Auskunft und Anmeldung: Privatdozent Dr. med. H. Krieg, 8700 Würzburg, Josef-Schneider-Straße 4

Veranstaltungskalender der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin München

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

88. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

vom 14. bis 17. April 1971 in München

Die 88. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie findet vom 14. bis 17. April 1971 in München, Theresienhöhe, statt.

Vier Leitthemen werden in Haupt- und Sondersitzungen (Vorträge, Forumssitzungen, Rundgespräche) abgehandelt.

1. „Die Behandlung des Schwerverletzten“

Dringlichkeitsfragen bei der Erstversorgung – Intensivbehandlung – Stumple Thorax- und Herztraumen – Basale Schädel-Hirn-Verletzungen – Verbrennungen

2. „Tumoren“

Tumorgenese – Chirurgie des Kolon- und Rektumkarzinoms – Hormonaktive Tumoren – Tumoren des Säuglings- und Kindesalters

3. „Organersatz“

Immunologische Grundlagen – Klinik der Organtransplantation – Autoplastischer Organersatz – Biotechnik und Chirurgie – Künstliche Organ- und Regelsysteme – Herzschrittmacher

4. „Chirurgisch-eitrlige Komplikationen“

Chirurgisch-eitrlige Komplikationen in der Abdominalchirurgie – Gefahren der Osteosynthese

„Experimentelle Chirurgie“

Lunge im Schock – Extra- und intrakorporale Organperfusion

Wissenschaftliche Ausstellung – Medizinische Lehrfilme – Dokumentation (Wissenschaftliche Filme in der Chirurgie)

Auskunft: Professor Dr. med. A. Gütgemann, Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik, 5300 Bonn-Venusberg

ROWACHOL®

Cholagogum Choloretikum

**Tropfen
Kapseln
Suppos.
Comp.**

**Rationell
und gezielt
therapieren**

**Bei
Leber- und
Gallenleiden
Gallensteinen**

ROWA-WAGNER K.G. ARZNEIMITTELFABRIK 506 BENSBERG

Therapeutika

Obserin®

rezeptpflichtig

Zusammensetzung:

1 Tablette: 577 mg D- α -Amino-benzylpenicillin, Trihydrat, 50 mg 2,6-Diethyl-4-(phenylazo)-pyridin-HCl (= Phenezopyridin).

Indikationen:

Bei akuten Harnwegsinfektionen wie Zystitis, Zystopyelitis, Pyelitis, akuter schmerzhafter Schub einer Pyelonephritis, Prostatitis, Urethritis, Epididymitis.

Kontraindikationen:

Erwiesene Penicillinüberempfindlichkeit, Glomerulonephritis, schwere Nierenfunktionsstörungen, schwere Leberschäden.

Keine gleichzeitige Gabe von schwefel- oder quecksilberhaltigen Präparaten.

Anwendung:

Obserin kann unabhängig von den Mahlzeiten eingenommen werden. Die Tabletten werden unzerkaut mit etwas Flüssigkeit geschluckt. Die Einnahme auf leeren Magen (vor bzw. 2 Stunden nach den Mahlzeiten) steigert Resorption und Wirkung.

Dosierung:

Erwachsene und Schulkinder
am 1. Tag 3 x 2 Tabletten,
an den folgenden Tagen
3 x 1 Tablette.

Behandlungsdauer im allgemeinen
6–8 Tage.

Handelsformen und Preise:

OP 12 Tabletten DM 27,35 m. MWSt.
30 Tabletten DM 62,55 m. MWSt.

Hersteller:

Bayer, 5090 Leverkusen

Thiendrom forte compositum

Zusammensetzung:

Jedes Dragée enthält 100 mg Diacetylthiemin (fettlösliches Vitamin B₁-Deri-

vet, geruchlos), 100 mg Selicylemid, 150 mg 1-Phenyl-4-n-butyl-3,5-dioxopyrazolidin (Monophenylbutazon), 40 mg Polymethylsiloxen, 40 mg Aluminiumhydroxyd.

Indikationen:

Zur Initialtherapie akuter Nerven- und rheumatischer Schmerzen, sowie Neuralgien (Gesichts-, Trigeminus-Neuralgie), Polyneuritis, Herpes zoster, Myelgien, Lumbago, Zervikelsyndrom, Muskelrheuma, Ischias, Arthritis, Polyarthritis.

Kontra-Indikationen:

Keine

Dosierung:

Bei akuten Schmerzzuständen 3x1–2 Dragées tgl. Bei starken Schmerzen können 2–3 Dragées als Einzeldosis genommen werden.

Handelsformen:

Peckung zu 10 Dragées
Packung zu 20 Dragées
Packung zu 50 Dragées

Hersteller:

Badische Arzneimittel Gesellschaft mbH, 7570 Baden-Baden.

Kongreßreise

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

**USA-Studienreise für Arbeitsmediziner
enläßlich der American Industrial Health Conference in Atlanta**

vom 9. bis 24. April 1971

Reiseroute:

Frankfurt – New York – Rochester – Buffalo – Pittsburgh – Washington – Richmond – Atlanta – New York – Frankfurt

Die Studienreise soll die während des Kongresses gewonnenen Eindrücke vertiefen. Besichtigungen, Vorträge und Diskussionen mit amerikanischen Kollegen werden der Abrundung des Gesamtbildes dienen.

Der Tourpreis pro Person beträgt:

bei mindestens 25 gemeinsam Reisenden DM 2995,—
Einzelzimmer-Zuschlag DM 293,—

Der Tourpreis beinhaltet folgende Leistungen:

Flug gemäß Programm in der Economy-Klasse von Düsenverkehrsmaschinen der PAN AMERICAN AIRWAYS sowie anderer internationaler Luftverkehrsgesellschaften. Unterbringung in Zweibettzimmern mit Privatbad/WC in den im Programm genannten Hotels. (Einzelzimmer Zuschlag.) Verpflegung: täglich amerikanisches Frühstück. Sämtliche Fachbesichtigungen und touristische Rundfahrten im Privatbus. Deutsch sprechende Reiseleitung während des gesamten USA-Aufenthaltes.

Ausführliche Programme stehen auf Anforderung zur Verfügung.

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

Anmeldungen: Deutsches Reisebüro (DER), Abteilung „Ärztliche Kongreßreisen“, 6000 Frankfurt, Eschersheimer Landstraße 25–27

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 Auskunftsetelle in Verbindung zu setzen.

Januar 1971

10.–22. 1. in London/Cambridge/Birmingham:

Internationaler Kurs über das Thema „Diabetes und Carbohydrate Metabolism“. Auskunft: British Council, 5000 Köln 1, Hehenstraße 6.

Sinupret®

schließt eine therapeutische Lücke

bei Sinusitiden

BIONORICA KG
NÜRNBERG

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

Der Zahl der gemeldeten Erkrankungen nach stand im Oktober wie auch bereits im August und September Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) an der Spitze der meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten. In den Regierungsbezirken Schwaben, Niederbayern und Oberbayern trat sie in einigen örtlich und zeitlich begrenzten Ausbrüchen auf, so daß die Erkrankungsziffer von 53 im September auf 74 im Oktober je 100 000 Einwohner (umgerechnet auf eine Jahr) anstieg.

Wie alljährlich zu Beginn der kühleren Jahreszeit stieg die Zahl der Scharlacherkrankungen; im Vergleich zum Vormonat nahm sie von 28 auf 59 Fälle je 100 000 Einwohner zu. Dagegen sank die Erkrankungshäufigkeit an übertragbarer Hirnhautentzündung, ausgenommen durch Meningokokken verursachte Formen, von 10 Fällen im September auf 7 im Oktober, jeweils auf 100 000 Einwohner. Etwas häufiger als im Vormonat trat Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) auf, nämlich mit durchschnittlich 34 Fällen unter 100 000 Einwohnern.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 4. bis 31. Oktober 1970 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11			
	Ophtherie		Scharlach		Übertragbare										Typhus abdominalis		Perityphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa			
					Kinderlähmung		Hirnhautentzündung				Gehirnentzündung		Salmonellose								übrige Formen			
					der. parel. Fälle		Meningokokken-Meningitis		übrige Formen															
E) ST)		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST				
Oberbayern	—	—	209	—	—	—	10	—	27	—	—	—	—	—	2	—	1	—	4	—	189	—	—	—
Niederbayern	—	—	19	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	94	—	10	—
Oberpfalz	1	—	24	—	—	—	3	—	5	—	—	—	—	—	1	—	—	—	4	—	30	—	—	—
Oberfranken	—	—	44	—	—	—	—	—	8	1	1	1	—	—	—	—	—	—	7	—	10	—	—	—
Mittelfranken	—	—	78	—	—	—	6	1	2	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	43	1	1	—
Unterfranken	—	—	32	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	40	—	—	—
Schwaben	—	—	77	—	—	—	4	—	10	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	197	4	—	—
Bayern	1	—	483	—	—	—	26	1	54	1	1	1	8	—	6	—	17	—	—	—	603	5	11	—
München	—	—	91	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	102	—	—	—
Nürnberg	—	—	23	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	3	—	—	—
Augsburg	—	—	5	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	4	—	—	—
Regensburg	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—
Würzburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	9	—	—	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		
	Botulismus		Hepatitis infectiose		Mikrosporidie		Ornithose (übrige Formen)		Bruzellose				Kindbettfleber bel oder nach Fehlgeburt		Leptospirose				Malaria-Erkrankung		Toxoplasmose		Wundstarrkrampf		Verdachtsfälle von Tollwut ²⁾		
									Bangsche Krankheit		übrige Formen				Feldfieber		übrige Formen										
									E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST				
E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST			
Oberbayern	—	—	113	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	1	—	1	—	—	—	10
Niederbayern	—	—	29	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3
Oberpfalz	—	—	46	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	14
Oberfranken	—	—	20	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	9
Mittelfranken	—	—	23	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	3
Unterfranken	1	—	31	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—	—	1
Schwaben	—	—	18	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Bayern	1	—	280	—	1	—	1	—	1	—	1	—	1	—	3	—	1	—	2	—	5	—	6	4	—	—	41
München	—	—	73	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

2) „ST“ = Sterbefälle.

3) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

17. – 23. 1. in Bernried:

Seminar über präventive Kardiologie.
Auskunft: Geschäftsstelle des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e. V., 8000 München 2, Briener Straße 50.

20. – 23. 1. in Gießen:

VII. Fortbildungskurs für Fachärzte der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Auskunft: Sekretariat der ärztlichen Fortbildungskurse, 6300 Gießen, Rud.-Buchheim-Straße 10.

28. – 30. 1. in Hamburg:

76. Tagung der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Hornbostel, 2100 Hamburg 90, Eißendorfer Pferdeweg 52.

Februar 1971

1. – 26. 2. in München:

C-Kurs für Arbeitsmedizin. Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3.

15. – 19. 2. in Neuherberg:

Einführungskurs in den Strahlenschutz. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Lendstraße 1.

15. 2. – 5. 3. in Neuherberg:

Strahlenschutzkurs. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Lendstraße 1.

22. – 26. 2. in Neuherberg:

Strahlenschutzkurs (1. Fortbildungskurs). Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Lendstraße 1.

Beliegenhinweis:

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigelegt:

Chemiewerk Homburg, Frankfurt und Deutsche Verlagsanstalt Bild der Wissenschaft, Stuttgart

Amtliches

Ergebnis der Wahl der Delegierten und Ersatzmänner zur Bayerischen Landesärztekammer vom 7. mit 11. bzw. vom 12. Dezember 1970

Das amtliche, vom Landeswahlleiter veröffentlichte Ergebnis der Wahl der Delegierten und Ersatzmänner zur Bayerischen Landesärztekammer wird in diesem Heft 12/1970 des „Bayerischen Arzteblattes“ bekanntgegeben.

Das Wahlergebnis ist gesondert abgedruckt in der Mitte dieser Nummer beigelegt. Auf diese Bekanntmachung wird hiermit verwiesen.

Landeswahlleiter
Poellinger
Rechtsanwalt

„Bayerisches Arzteblatt“. 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 Arzteblatt“).

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8000 München 15, Postfach, Sonnenstraße 29, Telefon 55 80 81, Fernschreiber: 05 23662, Telegrammadresse: atlas-press. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfingher, München.

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

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

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



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

Dismenol

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

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



Mitteilungen des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e.V.

BEILAGE ZUM BAYERISCHEN ÄRZTEBLATT

Nummer 2

München, Dezember 1970

5. Jahrgang

Allen Kolleginnen und Kollegen
wünscht
die Vorstandschaft des
Bayerischen Sportärzte-Verbandes e. V.
zum Jahreswechsel
alles Gute!

Dr. med. Eugen Gossner
Landesvorsitzender

Was ist Fitness?

von G. Schönholzer

„Die Kraft der Demokratie ist so stark wie das allumfassende Wohlbefinden des Volkes; deshalb muß die Höhe der körperlichen, geistigen und moralischen Gesundheit, das allgemeine Fitsein eines jeden Bürgers unser Streben sein“ (John F. KENNEDY). In dieser Aussage liegen so viele Hinweise, daß sie als Grundlage analytischer Überlegungen dienen kann.

Wie immer gibt auch die Sprache tiefe Hinweise. Das englische Wort „fit“, für das wir – bezeichnenderweise – keine wirklich gute deutsche oder französische Übersetzung kennen, bedeutet „geeignet“, „passend“, aber auch „schicklich“, „tauglich“, „fähig“ und „bereit“. Wohl schon sekundär auf den Sport bezogen, wird es übersetzt mit „in guter Form“, „auf der Höhe“. Auch hier finden sich interessante Andeutungen für eine Analyse.

Was ist eigentlich Fitness? Kennedy spricht von körperlicher, geistiger und moralischer Gesundheit.

Die körperlichen Aspekte gehören in den Bereich der Medizin, der Anthropologie und der Leistungsphysiologie. Was heißt aber hier „Gesundheit“? Wir neigen heute noch stark dazu, anzunehmen, das Fehlen von körperlichen und seelischen Krankheiten sei bereits Gesundheit, wenn auch die offizielle Definition der Weltorganisationen richtigerweise das psychische und soziale Wohlbefinden einschließt.

Welches ist nun eber der Unterschied zwischen „fit“ und „gesund“? Ist ein Mensch, der keine Krankheiten aufweist, sich psychisch wohl befindet und ohne soziale Spannungen lebt – also ein „gesunder“ Mensch – unbedingt fit? Keineswegs. Es kann ihm eine allgemeine gute Leistungsfähigkeit fehlen, wie sie von der Natur auch für den Menschen als lebens- und arterhaltendes Prinzip vorgesehen ist, von unserer Zivilisation und unserem Intellekt jedoch gefährdet wird. Ist andererseits ein Mensch, den wir als fit bezeichnen und der sich selber fit fühlt, sicher gesund? Nein. Er kann an einer nicht einmal ihm selber bekannten Krankheit „leiden“ – an einer latenten Erbkrankheit, einem angeborenen Herzfehler, einem beginnenden Brustkrebs, ja sogar an anatomisch recht schwerwiegenden Veränderungen –, kann sich dabei aber ausgezeichnet fühlen, spannungsfrei leben, leistungsfähig sein. Er ist trotzdem nicht gesund.

Welcher Grad von Leistungsfähigkeit gehört nun zum Fitsein? Ein Maximum? Ein Optimum? Welche Elemente sind wichtig?

Es stellt sich die Frage, ob wir Fitness als allgemeinen Begriff sehen wollen oder aber als Voraussetzung für einen ganz bestimmten Zweck. Wollen wir einen übergroßen, übergewichtigen, schlecht proportionierten Schwergewichtler oder

einen kleinen, untergewichtigen, einseitigen Dauerläufer als fit bezeichnen? Entsprechen solche Typen einem allgemein gültigen Schema der Harmonie oder sind sie nur für einen ganz bestimmten Zweck „fit“, im übrigen jedoch unbeweglich, schwerfällig, mit reduzierter Lebenserwartung oder überempfindlich gegen jede Infektion, gegen jede Abweichung von der gewohnten Lebensweise, anfällig für jede Muskelzer- rung?

Ich möchte meinen, daß der Begriff „Fitness“ ein umfassender, allgemeiner sein soll und mehr und anderes zu bedeuten hat als bloßes „in Form sein“ für eine Sportdisziplin. Wohl braucht es für letzteres eine einwandfreie Gesundheit, darüber hinaus jedoch einen oft äußerst einseitigen Trainingszustand. Der Gewichtheber weist beispielsweise eine auffallend geringe Dauerleistungsfähigkeit auf, der Marathonläufer aber eine geringe Muskelgrundkraft. Die Spezialisierung kann so weit gehen, daß ein technisch geschickter Fechter z. B. im Handballspiel äußerst ungeschickt wirkt.

Der richtig verstandene Begriff „Fitness“ umfaßt also als Anteil eine gute körperliche Leistungsfähigkeit in harmonischer Ausgewogenheit ihrer Elemente: der Muskelkraft, der lokalen und allgemeinen aeroben und anaeroben Kapazität und der psychomotorischen Fähigkeiten, natürlich im Rahmen der in der Biologie immer vorhandenen Schwankungsbreiten. Der Elite-Athlet kann dementsprechend grundsätzlich in dieser Hinsicht kein Leitbild sein; er ist ein Spezialist.

Fitnessstest

In diesem Zusammenhang ergibt sich folgerichtig der Fragenkomplex der Testung der Fitness bzw. ihrer Elemente und der Wertung der Meßgrößen.

Ein aussagekräftiger Fitnessstest muß möglichst alle Elemente der Leistungsfähigkeit prüfen. Prüfen heißt dabei messen, wobei einwandfrei bekannt sein muß, welche Größe tatsächlich gemessen wird. Ein brauchbarer Test muß daher auf leistungsphysiologischen Grundlagen aufgebaut sein und nicht, wie so oft, auf Meinungen, Glauben und Auffassungen. Der heutige Stand der Methodik erlaubt dieses Postulat größtenteils. Ein brauchbarer Test muß mit den Größen aerobe Kapazität (Dauerleistungsvermögen), anaerobe Kapazität (Stehvermögen), Kraft (Grundkraft, Haltekraft, Schnellkraft) und Psychomotorik (Technik) in einem hohen, zum mindesten bekannten Maß in Korrelation stehen. Wie sich ein Fitnessstest zusammensetzt, wäre grundsätzlich – wenn die genannten Forderungen erfüllt sind – nicht so wichtig, ergäbe sich nicht das Problem der Standardisierung, einmal der Tests als solche, aber auch der einzelnen Meßmethoden. Trotz aller Bemühungen stehen wir diesbezüglich noch am Anfang, besonders wo es sich nicht um rein sporttechnische, sondern um anthropometrische oder gar physiologische Methoden handelt.

Für die **zeit- und materialsparende**
Verbandfixation, besonders am Kopf
und an den Extremitäten

Gazofix[®]

längselastische Fixierbinde
die auf sich selbst haftet
aber nicht mit der Haut
und den Haaren verklebt

- luftdurchlässig
- hautfarbig
- wasserfest

Packungen

4 m x 4 cm
4 m x 6 cm
4 m x 8 cm
4 m x 10 cm
4 m x 12 cm

Beiersdorf AG Hamburg 20

Im weiteren stellt sich das schwierige Problem der **W e r t u n g**, d. h. der Festlegung von Normalwerten, für die unzähligen Tests und für die Einzelgrößen. So leicht dies für einen Weltrekord als absolute Größe ist, so problematisch wird es, wenn es darum geht, Anhaltspunkte für die Fitness weltweit zu vergleichen, z. B. zur Beurteilung von Jugendlichen aus Skandinavien, Deutschland, Italien, Indien, Zentralafrika, Ostasien. Solche Vergleiche sind nur erlaubt, wenn die Durchschnittswerte, die Normalitäten der einzelnen Kollektive bekannt sind, wobei erschwerend auch Fragen wie die des biologischen und des chronologischen Alters hineinspielen. Trotz dieser Schwierigkeiten ist es verdienstvoll, diese Probleme in internationaler Koordination weiter zu fördern, wenig sinnvoll jedoch, der großen Zahl von Tests aller Art für jeden vermeintlich speziellen Fall weitere, meist ungeprüfte hinzuzufügen.

Ganz anders verhält sich dies für Testmethoden, die ganz spezifisch zur Beurteilung besonderer Eigenschaften für einzelne Sportdisziplinen gedacht sind, obwohl auch hier natürlich Standardisierungen erwünscht sind.

Neben der Frage der Leistungsfähigkeit stellt sich diejenige der **L e i s t u n g s b e r e i t s c h a f t**, d. h. der **p s y c h i s c h e n F ä h i g k e i t e n**. Kennedy spricht von „geistiger“ Gesundheit. Es ist festzustellen, daß eine Leistung irgendwelcher Art nur aufgrund einer entsprechenden Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft zustande kommt.

Ist nun ein Mensch fit, oder fühlt er sich fit, oder braucht es beides? Es darf wohl behauptet werden, daß das bewußte Gefühl, fit zu sein, eine nicht wegzudenkende Grundlage für eine optimale Leistung ist, wenn auch der einzelne dies nicht immer realisiert, weil ihm der Vergleich fehlt, da er selber vielleicht überhaupt nie fit war. Zwischen fit sein und sich fit fühlen bestehen also wesentliche Wechselbeziehungen, da der Mensch eben nicht nur ein Lebewesen ist, sondern sich auch als solches fühlt.

Wie auf der körperlichen Seite nicht nur das Fehlen von Krankheit wesentlich ist, sondern auch die gute Leistungsfähigkeit, ist im psychischen Bereich auch nicht nur das Fehlen von negativen Eigenschaften, sondern das Vorhandensein einer guten **L e i s t u n g s b e r e i t s c h a f t** mit ihren verschiedenen Komponenten maßgebend. Auch hier sei bemerkt, daß der Spitzenathlet kein Idealschema darstellt, da er auch in psychischer Hinsicht oft recht einseitig ist und gelegentlich sogar abwegige Eigenschaften aufweisen kann, ja muß. Seine Leistungsbereitschaft kann z. B. in seiner Sportdisziplin erheblich, in anderen Belangen des Lebens aber ebenso mangelhaft sein.

Heikle Fragen

Inwiefern ist es nun erlaubt, die dargestellten Überlegungen auf ein **K o l l e k t i v**, z. B. ein Volk, zu übertragen? Kennedy tut dies wohl mit Recht, wenn auch

sein Postulat zweckgerichtet, politisch gefärbt und auf die **D e m o k r a t i e** ausgerichtet ist. Dies ist wohl einseitig und in dieser Form nicht haltbar. Trotzdem besteht kein Grund, an seiner Aussage im Hinblick auf **i r g e n d e i n** leistungsfähiges Kollektiv zu zweifeln. Wo allerdings die Grenze zwischen „normaler“ wünschbarer Leistungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit, also der „Fitness“ eines Volkes, und einer übersteigerten Aggressivität und Aktivität zu sehen ist, ist, wie ja schon beim Einzelindividuum, eine äußerst heikle Frage, besonders in unserem Zeitalter des Technikers und des Kaufmanns.

Fitness ist nun nicht nur ein Begriff, sondern in unserer Welt auch ein **Z i e l**. Es fragt sich, ob es dies rein verstandesmäßig ist oder ob ihm ein **N a t u r p r i n z i p** zugrunde liegt, das die Lebewesen grundsätzlich zu einem Verhalten zwingt, welches zur Fitness führen muß. Vieles spricht dafür, daß dem so ist. Zum mindesten das höhere Lebewesen, das nicht fit ist, wird nach den Prinzipien der Zuchtwahl ausgemerzt. Eine Ausnahme macht nur der Mensch, der aufgrund seiner intellektuellen Freiheit und Fähigkeit die natürlichen Umstände weitgehend in dieser oder jener Richtung beeinflussen und manipulieren kann, wobei dahingestellt bleiben muß, was wir als positiv, was als negativ werten wollen, wie beispielsweise das Recht zur Fortpflanzung auch für körperlich oder geistig Minderwertige zu beurteilen ist.

Es gibt kein höheres Lebewesen, das ein derartig breites **S p e k t r u m** der **A u s e i n a n d e r s e t z u n g** mit der Umwelt bewältigen kann wie der Mensch. Er kann sich außerordentlichen Ausmaßen von Klimaschwankungen, Hitze, Kälte, Höhe, Tiefe, Hunger, Durst, Gifteinwirkungen und anderen Belastungen aussetzen, ohne dabei – wenigstens auf nicht allzu lange Sicht – Schaden zu leiden. Die für diese Auseinandersetzung notwendige Fitness ist daher eine sehr breite allgemeine Voraussetzung. Das Tier ist viel spezifischer eingestellt. Es ist nur „fit“ für ganz bestimmte Umstände – die Fledermaus oder die Eule nur für die Nachtjagd, die Robbe für das Leben im Eis, der Wal als Säuger für das Fischdasein und so fort. Bekenntlich geht diese Spezialisierung sehr weit und führt oft zu höchst eigenartigen Verhältnissen, zu äußerst eingegengten „Fitnessbereichen“, sogar zur obligatorischen Symbiose und ähnlichen Verhaltensweisen.

Ist das „**S p i e l**“ der Tiere ein „**F i t n e s s t r a i n i n g**“? Physiologisch gesehen ohne jeden Zweifel. Dies darf jedoch niemals zur Auffassung führen, das Tier „trainiere“ bewußt, willentlich oder gar gezielt. Sein Instinktverhalten führt unter bestimmten Umständen zu einem adäquaten, „nützlichen“ funktionellen Reiz („**T r a i n i n g s r e i z**“). Es bilden sich dabei physiologisch Verhältnisse heraus, die – nur als ein Beispiel – dazu führen, daß der eminent wichtige Faktor Muskelkraft schon durch relativ seltene, relativ kurze, aber relativ hohe Belastungen auf einem **O p t i m u m** ge-

halten wird. Ihn jedoch auf ein Maximum stelgern zu können, ist dem Menschen vorbehalten, der aufgrund seiner intellektuellen Fähigkeiten Kenntnisse und Methoden zur Anwendung bringen kann, die im Grunde „unnatürlich“ sind und nur ihm zur Verfügung stehen. Die Problematik Freiheit - Verantwortung stellt sich schon hier.

Es mag nun noch gestattet sein, einige philosophische Betrachtungen zum Thema „Fitness“ zu spinnen.

KIPFER hat darauf hingewiesen, in welchem großen Ausmaß wir heute dazu neigen, alle Tabus zu eliminieren, ohne zu realisieren, wie sehr wir gleichzeitig neue aufbauen. Der Tod ist für uns in höchstem Maß tabu geworden, und wir tun alles nur irgendwie Erdenkliche mit ungeheurem Einsatz an Geist und Mitteln, um ihn zu verdrängen, sei es in den Bereichen der Medizin, der Hygiene, der Prophylaxe oder der ganzen Zivilisation. Auch Leibesübungen jeder Richtung sind Anteile unserer Maßnahmen. Wir fühlen uns aufgefordert und legitimiert, der natürlichen Erscheinung des Sterbens entgegenzutreten. Daß wir dabei keineswegs konsequent sind – Straßenverkehr, Alkohol, Zigaretten, Rauschgifte – weist auf Störungen unseres inneren Kompasses hin. Daß wir mit all diesen Bestrebungen mitwirken, die unvermeidliche Bevölkerungskatastrophe zu beschleunigen, verdrängen wir entweder aus unserem Bewußtsein, „glauben“ aus etwas mystischen Gründen nicht an eine solche oder stehen den Dingen wissend, aber hilflos gegenüber.

Sollen wir also alle die Maßnahmen zur Körperertüchtigung unterdrücken oder vernachlässigen? Nein. Wir stehen ganz einfach vor der realen Tatsache, daß sich das Durchschnittsalter sehr stark erhöht hat, wenn auch gewisse Anzeichen einer Stabilisierung bemerkbar sind. Schwerwiegende Folgen sind jedoch bereits eingetreten und werden sich rasch verschärfen. In diesem Zusammenhang ist das Ziel der Leibesübungen positiv zu werten und mit großem Einsatz zu verfolgen. Es muß darin bestehen, dem Menschen durch eine lebenslange körperliche Aktivität dazu zu verhelfen, daß er möglichst viele der ihm zugeteilten Jahre wirklich lebt, d. h. fit ist und bleibt, und für eine möglichst kurze Zeit – wenn überhaupt – dazu verurteilt ist, zu vegetieren. Ein Irrweg wäre es andererseits, wenn sich die Sportbewegung das Ziel setzen wollte, das menschliche Leben zu verlängern.

Abschließend mag es von Interesse sein festzustellen, wo wir eigentlich im großen historischen Geschehen stehen, wenigstens in der sogenannten „zivilisierten“ oder „entwickelten“ Welt.

Problem der Leiblichkeit

Das Problem der „Leiblichkeit“ hat seit jeher große Geister beschäftigt. Es liegt darin, daß der Mensch im Gegensatz zum Tier nicht nur ein Leib ist, sondern einen solchen hat, über den er nachdenkt, verfügt,

ihn bejaht oder verneint, pflegt oder vernachlässigt, fördert oder schädigt – beides oft gleichzeitig – und dessen Verhältnis zum Geist er immer wieder zur Diskussion stellt.

In den Frühkulturen war die Lage aus Gründen des Überlebens wie im Tierreich klar. Den besonders Leibesübungen umgab bald die Aura des Göttlichen. Hier haben die antiken Sportfeste ihre Wurzel; es galt, den Besten zu finden und ihn am Altar der Gottheit auszuzeichnen (GÖHLEN). Der körperlich Geschädigte wurde – wie ursprünglich im Tierreich – negativ beurteilt. „Ein Leibesfehler ist an ihm; das Opfer seines Gottes darzubringen darf er nicht hintreten“ (Drittes Buch Moses, Kapitel 21, Vers 21).

Zur Zeit der Griechen vollzog sich eine Wandlung zum Geistigen, vorerst mit dem Ziel der Harmonie. Der Berufssportler wurde immer tiefer verachtet, wenn auch bejubelt – ähnlich wie heute. Es entstand eine zunehmende Leibfeindlichkeit in der Spätantike. Im Bereich des Christentums spielten sich ähnliche Vorgänge ab, wobei das abendländische Mittelalter weniger der Tiefpunkt war als vielmehr die Zeit des Rokoko und Barocks. Es setzte dann die „Aufklärung“ ein, immer wieder mit rückläufigen Tendenzen wie z. B. im Expressionismus.

GÖHLEN zitiert das Wort von Gottfried BENN: „Nach geistigen Maßstäben hat der extravagante Körper mehr geleistet als der normale; seine bionegativen Eigenschaften schufen und tragen die menschliche Welt.“ Er fügt bei, daß der Expressionismus Episode blieb, und hofft dies auch für heutige Phänomene wie das der Gammler, Hippies und anderer Sektierer. Ich glaube, von der Biologie her gesehen, daß solche Entwicklungen naturgesetzlich Episoden bleiben müssen, sofern es dem Menschen wenigstens nicht gelingt, die Naturgesetze wirklich ungültig zu machen. Benn hat wohl recht, wenn er sagt, daß der extravagante Körper (bedeutet dies immer Bionegativität?) die Welt geschaffen hat, wenigstens zu einem wichtigen Anteil („Laß die Moleküle rasen, was sie auch zusammenknobeln...“ KÄSTNER!), aber getragen wird sie vom Durchschnitt der Fitness.

Wo stehen wir heute?

Selbstverständlich in der „Aufklärung“ – obwohl der Mensch immer seine Dosis Mystik braucht – auch im Sport. Wir sehen deshalb mit aller Deutlichkeit die Notwendigkeiten und positiven Auswirkungen unserer Fitnessbestrebungen und der Leibesübungen bis zum Spitzensport. Wir leiden jedoch, wie schon oben gesagt, an zunehmenden Störungen unseres inneren Kompasses, einer oft erschreckenden Diskrepanz zwischen Freiheit und Verantwortung, die beide in ausgewogenem Maß gekoppelt sein sollten. Eifersüchtig wacht der Mensch über seine Freiheit. In ihrem Rahmen will er auch seinen Körper nach Lust und Laune und auch je nach Intelligenzgrad manipu-

lieren können, im positiven oder auch im negativen Sinn, je nach Umständen, Gelüsten, Bequemlichkeiten, materiellen Interessen. Die Frage der Verantwortung — Individuell und kollektiv gesehen — macht ihm dabei meistens sehr viel mehr Schwierigkeiten, obwohl er gern und viel von ihr spricht. Eines der vielen möglichen Beispiele: Wir perfektionieren den Spitzensport technisch zu unwahrscheinlichen Leistungen, beherrschen ihn jedoch menschlich immer weniger.

Fitness ist ein ausgewogenes Maß an optimaler — nicht maximaler — Leistungsfähigkeit in allen Komponenten, Leistungsbereitschaft, Fehlen von Krankheit, psychischem und sozialem Wohlbefinden, das dem Menschen bewußt ist und ihn zu Leistungen befähigt, die seinen besten persönlichen Möglichkeiten entsprechen. Diese wieder sollen in einem harmonischen Maß von persönlicher und kollektiver Freiheit und Verantwortung erbracht werden.

Literaturhinweis:

J. GOHLEN: Von der Geltung des Leibes. *Materia Medica Nordmark* 20, 576—583, 1968

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. med. G. Schönholzer, Forschungsinstitut der Eidgenössischen Turn- und Sport-schule Magglingen/Schweiz

Kritisches zum Doping-Problem

von E. Fischbach

Allgemein betrachtet, umfaßt das Doping-Problem die künstliche, nicht trainingsbedingte Leistungssteigerung im Sport. Wenn man gewisse physikalische und psychologische Maßnahmen herausnimmt, dann kann man das Problem als medikamentöse Beeinflussung der körperlichen Leistungsfähigkeit beim Sport definieren. Es gibt Drogen und Arzneizubereitungen, die unter bestimmten Umständen und vorübergehend eine sportliche Leistungssteigerung bewirken. Diese Gruppe von Stoffen mobilisiert vor allem die dem Willen nicht zugänglichen Notfallreserven des Körpers.

Die menschliche Leistungsfähigkeit ist in einzelne Leistungsbereiche eingeteilt. Die Leistungsstufe I stellt den Leistungsbereich dar, der bei den unwillkürlichen, automatisch ablaufenden Leistungen des täglichen Lebens erforderlich ist. Der nächste Bereich, Leistungsstufe II, umfaßt die physiologische Leistungsbereitschaft, die dem Körper ohne besonderen Willensakt bei vermehrter Leistungsanforderung zur Verfügung steht. In diesem Bereich decken sich im allgemeinen Angebot und Nachfrage der Leistung und der Körper kann in dieser Leistungsstufe lange Zeit Leistungen vollbringen, ohne daß das Gefühl der Anstrengung und Ermüdung auftritt. Im nächsthöheren Leistungsbereich, Leistungsstufe III, kommen wir zu den physiologischen Einsatzreserven, die

dem Willen zugänglich sind, aber nur durch besondere Willensakte mobilisiert werden können, wie sie durch systematische Trainingsarbeit erhalten werden.

Diese Einsatzreserven benötigt der Körper immer bei sportlichen Höchstleistungen. Die restliche Notfallreserve, Leistungsstufe IV, stellt ein „autonomes Sperrgebiet“ dar, das dem Willen nicht unterworfen ist. Diese letzte Reserve kann nur durch besonders starke Affekte (z. B. bei Lebensgefahr) bei erheblich vermehrter Adrenalinausschüttung freigesetzt werden.

Die Tatsache, daß das autonome Sperrgebiet nicht nur durch besondere Affekte, sondern auch durch bestimmte Pharmaka mobilisiert werden kann, gibt eine brauchbare Grundlage für eine neue Betrachtungsweise des Doping-Problems. Im Vordergrund steht der medizinische Gesichtspunkt, daß die Gesundheit der Sportler auf jeden Fall geschützt werden muß und Schädigungen durch die sportliche Betätigung zu vermeiden sind.

Demnach müssen unbedingt alle Pharmaka als Dopinggifte verboten werden, die die letzten Einsatzreserven (Leistungsstufe IV) in irgendeiner Weise mobilisieren, weil dieser künstlich hervorgerufene Einsatz meist zu schweren Schädigungen führt. Diese derart definierten Pharmaka lassen sich als Dopinggifte in einer ersten Gruppe zusammenfassen, deren Verwendung als echtes und verbotenes Doping zu betrachten ist.

Zu den Dopinggiften zählen die Pharmaka Kokain, Morphin, Morphinderivate (z. B. Eukadol und Dilaudid), synthetische Opiate (z. B. Dolantin und Polamidon). Die angeführten Pharmaka gehören der Gruppe der Euphorika an. Weckamine, wie Amphetamin (Benedrin Elastonon), Methaamphetamin (Pervitin) und Derivate dieser Verbindung sind weitere Dopinggifte.

Es gibt aber auch Stoffe, die nicht schädigend wirken und auch zu keiner echten Leistungssteigerung führen. Manche von ihnen haben insofern eine günstige Wirkung, als sie physiologische Leistungsschwankungen ausgleichen, die z. B. durch die Tageszeit, durch Klimaeinflüsse und seelische Stimmungsschwankungen hervorgerufen werden. Mit Doping bzw. einer künstlichen Leistungssteigerung hat diese Art von Wirkung nichts zu tun. Diese Stoffe werden zu einer zweiten Gruppe zusammengefaßt, zu denen erlaubte Pharmaka gehören. Da diese Pharmaka ganz verschiedenen pharmakologischen Gruppen angehören, wird für sie die Bezeichnung „Sport-Pharmaka“ vorgeschlagen. Diese Stoffe sollten unter sportärztlicher Kontrolle erlaubt sein, was aber nicht bedeutet, daß sie immer zu empfehlen sind. Zu der zweiten Gruppe von erlaubten Pharmaka zählen: Beruhigungsmittel, Schlafmittel, alkoholische Getränke, gewisse Analeptika, Coffein und coffeinhaltige Getränke, Anagetika u. a.

Die Wirkung dieser Pharmaka ist ganz anders zu beurteilen als die Dopinggifte der ersten Gruppe.

Als bezeichnendes Beispiel einer anderen Betrachtungsweise für die Pharmaka der erlaubten zweiten Gruppe diene die Erörterung über den Wirkungsmechanismus von Coffein:

Coffein stellt das leichteste Analeptikum dar. Seine Wirkung ist in hohem Grad von der Ausgangslage des Körpers und von der Art der sportlichen Leistung abhängig (Schnelligkeits-, Kraft-, Ausdauer-, Koordinationsleistungen), außerdem auch von der Gewöhnung an Coffein und von individuellen Faktoren. Bekannt ist der „negative“ Coffeineffekt, bei dem es bei manchen Menschen nach Coffeingenuß zu einer Ermüdung oder Schläfrigkeit kommt. Normalerweise kommt es nur in einem schmalen Dosisbereich zu einem positiven Coffeineffekt, der eine Müdigkeit unterdrückt und die Koordination der Muskelbewegungen erleichtert, was aber nicht mit einer sportlichen Leistungssteigerung gleichzusetzen ist. Die Coffeinwirkung besteht im gesamten darin, daß Leistungsschwankungen ausgeglichen werden.

In höheren Dosen verursacht das Coffein keine schädigend wirkende Erschöpfungsreaktion, sondern es stellen sich Übererregbarkeitsreaktionen mit Fehlleistungen ein, die sogar mit einer Leistungsminderung verbunden sind. Derartige negative Effekte treten auch in normalen Dosen bei vegetativen Labilen auf, d. h. bei Leistungssportlern, bei denen eine Übererregbarkeit (z. B. Startzustand) vorliegt.

Anshr. d. Verf.: Dr. Dr. med. habil. E. F I s c h b a c h,
8000 München 15, Haydnstraße 10

Leistungsfähigkeit ehemaliger Athleten

Immer wieder beschäftigen sich die Experten mit der Frage, in welchem Ausmaß sich Athleten in mittlerem und höherem Alter von Nichtsporttreibenden unterscheiden. Dabei wurden bei trainierten und immer noch aktiv an Wettkämpfen teilnehmenden Sportlern dieser Altersstufen höhere Werte für die aerobe Arbeitskapazität (maximale Sauerstoffaufnahme) und das Herzvolumen als bei Nichtsportlern gefunden.

Wie sieht aber die Situation bei ehemaligen Spitzenathleten aus, welche ihr Hochleistungstraining schon längere Zeit aufgegeben haben? Untersucht wurden 29 ehemalige Athleten im Alter von 44 bis 67 Jahren, welche mindestens seit zehn Jahren keinen Sport mehr getrieben, vor dem 30. Lebensjahr aber während mindestens acht Jahren intensiv trainiert und an Wettkämpfen (Orientierungslauf, Geländelauf, Skilanglauf) teilgenommen hatten.

Die Anamnese ergab, daß keiner dieser früheren Athleten unter nennenswerten kardiopulmonalen Störungen litt. Die folgenden Angaben beziehen sich immer auf den Vergleich der Gruppe der nicht mehr aktiven Sportler (A) mit derjenigen der immer noch trainierenden Athleten (B). Die Blutdruck- und Serum-

cholesterinwerte waren bei beiden Gruppen annähernd gleich. Der Gehalt an Neutralfetten, die Hautfaltdicke und das Körpergewicht waren in der Gruppe A höher. Submaximale Belastungen ergaben bei beiden Gruppen sehr ähnliche spiroergometrische Resultate. Die Pulsfrequenzen und die Milchsäurewerte lagen allerdings bei der Gruppe A höher. Die maximale Sauerstoffaufnahme betrug für die 44- bis 49-, 50- bis 59- und 60- bis 67jährigen ehemaligen Sportler 44, 38 und 37 ml/kg/min. Diese Werte liegen um 20 % höher als diejenigen bei Nichtsportlern. Die immer noch aktiven Athleten erreichen hingegen mit 57, 53 und 43 ml/kg/min noch einmal 20 bis 25 % höhere Resultate.

Mit Ausnahme von zwei Versuchspersonen hatten alle im Verhältnis zur maximalen Sauerstoffaufnahme größere Herzvolumina, als dies im Durchschnitt bei gesunden, jungen Männern der Fall ist. Bei den unter 50jährigen Ehemaligen war das Herzvolumen signifikant geringer als bei den gleichaltrigen, aber noch aktiven Athleten. Bei den beiden älteren Gruppen war der Unterschied nicht mehr so deutlich.

In bezug auf die respiratorischen Größen liegt die Gruppe A näher bei den Nichtsporttreibenden als bei Gruppe B. Keine der Versuchspersonen beklagte sich während oder nach der Belastung über Schmerzen in der Brust. Drei Personen zeigten eine ST-Senkung im Belastungs-EKG, welche sich mit zunehmender Belastung vertiefte und bis 4 min nach Arbeitsabbruch anhielt.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, daß durch regelmäßiges sportliches Training die altersbedingte Abnahme der aeroben Kapazität verlangsamt werden kann. Allerdings wird dabei der Einfluß eines sehr frühen Trainingsbeginns oder einer besonderen Konstitution nicht berücksichtigt. Widersprüche in den Resultaten sind möglicherweise auf die starke Zunahme individueller Unterschiede mit höherem Alter zurückzuführen und könnten durch Erhöhung der Anzahl der Versuchspersonen ausgeglichen werden.

U. W e i s s, Magglingen

Kurznachrichten

Sondergruppe Atemgymnastik beim Versehrtensportverein Nürnberg

Der Bayerische Sportärzte-Verband hat schon seit langer Zeit mit den verschiedensten Organisationen die Durchführung von internistischen Übungsstunden bei Funktionsschäden des kardio-pulmonalen Systemes veranstaltet. Der Landesvorsitzende hat schon vor vielen Jahren in Augsburg eine Gruppe gegründet, die sich über die ganze Zeit gut bewährt hat. Wir haben

auch mit den Beauftragten des Versehrten Sportverbandes schon mehrfach darüber konferiert. Wir freuen uns, daß nunmehr auch in Nürnberg eine solche Gruppe entstanden ist. Wir möchten alle Kollegen, die sich für diese Art der Übungsbehandlung interessieren, bitten, sich bei uns, oder beim Versehrten Sportverband zu melden, damit auch in allen übrigen Orten Bayerns solche Gruppen entstehen. Wir glauben, daß der Versehrten Sportverband hier einem dringenden Bedürfnis nachgekommen ist und wünschen ihm dazu viel Erfolg, vor allem Ausdauer.

Volksschwimmen

Dr. Gossners Idee findet Nachfolger

Das vom Landesvorsitzenden der bayerischen Sportärzte, Chefarzt Dr. Eugen GOSSNER, seit Jahren organisierte und inspirierte Volksschwimmen in Augsburg hat nun mehrere Nachfolger gefunden. Beim Volksschwimmen in Augsburg beteiligten sich 884 Männer, Frauen und Jugendliche. Die sportärztliche Aufsicht hatten Dr. Emminger und Dr. Gossner. Es kam zu keinen Zwischenfällen. Inzwischen schrieb die Presse über das Volksschwimmen in Erlangen: „Trotz regnerischer Witterung hatten sich über 200 Teilnehmer eingefunden. 40% der Teilnehmer starteten in der Sonderklasse und erhielten Goldmedaillen. Zu den Goldmedaillen-Gewinnern gehörten auch zehn Schwerbeschädigte, einer davon Professor Dr. Lindemann aus Coburg.

Am 28. Juni 1971 soll das Volksschwimmen wiederholt werden.

Veranstaltungen

Sportmedizinische Veranstaltungen in Bayern 1971

17. bis 23. Januar 1971:

„Seminar über präventive Kardiologie“ in der Klinik Höhenried der LVA Obb. in Bernried/Starnberger See.

Veranstalter: Deutscher Sportärztebund

Organisation: Bayerischer Sportärzte-Verband

Seminarleiter: Prof. Dr. Max H a l h u b e r, Höhenried

Anmeldung: Geschäftsstelle des Bayerischen Sportärzte-Verbandes, 8000 München 2, Briener Straße 50, „Haus des Sports“

25./26. Juni 1971:

Symposion „Sportmedizin-Turnphilologie“ auf Schloß Pommersfelden bei Bamberg

Veranstalter: Deutscher Sportärztebund

Organisation: Bayerischer Sportärzte-Verband

Tagungsleiter: Dr. Kurt J. H o f e r, Steppach

Anmeldung: Dr. K. J. H o f e r, 8602 Steppach

12. bis 14. November 1971:

Seminar „Internistische Sportmedizin“ in Erlangen

Veranstalter: Deutscher Sportärztebund

Organisation: Bayerischer Sportärzte-Verband

Seminarleiter: Prof. Dr. J. S c h m i d t, Erlangen

Anmeldung: Medizinische Poliklinik der Universität, Sportmedizinische Abteilung, 8520 Erlangen, Östliche Stadtmauerstraße 29

10. bis 12. Dezember 1971:

5. internationale wissenschaftliche Tagung in München-Grünwald, Sportschule des Bayerischen Landes-sportverbandes in Grünwald, Ebertstraße 1

Veranstalter: Deutscher Sportärztebund

Organisation: Bayerischer Sportärzte-Verband

Tagungsleiter: Chefarzt Dr. med. E. G o s s n e r

Anmeldung: Geschäftsstelle des Bayerischen Sportärzte-Verbandes, 8000 München 2, Briener Straße 50, „Haus des Sports“

Mai bis November 1971:

5 Ausbildungskurse in praktischer Sportmedizin (Lenhart-Kurse) in der Sportschule München-Grünwald, Ebertstraße 1

Veranstalter: Deutscher Sportärztebund

Organisation: Bayerischer Sportärzte-Verband

Kursleiter: Dr. med. Peter L e n h a r t

Anmeldung: Dr. Peter L e n h a r t, 8032 Gräfel-fing, Irminfriedstraße 33, Telefon (08 11) 85 51 15

20. November 1971:

Außerbayerische Veranstaltung

Sportärztliches Symposion „Psychomotorische Faktoren der sportlichen Leistung“ am Institut für Sport und Kreislaufmedizin der Universität Innsbruck

Veranstalter: Institut für Sport und Kreislaufmedizin der Universität Innsbruck in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Sportärzte-Verband e. V.

Organisation und Tagungsleitung: Primarius Dr. E. R a a s

Anmeldung: Primarius Dr. E. R a a s, Institut für Sport und Kreislaufmedizin der Universität Innsbruck, A-6020 Innsbruck

Bayerischer Sportärzte-Verband e. V.

Landesvorsitzender des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e. V.: Chefarzt Dr. Eugen Gossner, 8901 Zusmarshausen, Zusamklinik, Telefon (08291) 461

Geschäftsstelle: 8000 München 2, „Haus des Sports“, Briener Straße 50, Telefon 52 15 55 (Dienstzeiten: Mittwoch und Donnerstag von 13 bis 18 Uhr).

Konten: Postscheckkonto München 555 54; Münchner Bank eGmbH, 8000 München 2, Briener Straße 53, Konto-Nr. 4950.

Geschäftsstellenleiter: Dr. Wilhelm Funke, Facharzt für innere Krankheiten, Erding (jeden Mittwoch von 15 bis 17 Uhr anwesend).