



Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Januar 1971

Neuwahl des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer

Professor Dr. Sewering erneut zum Präsidenten gewählt — Dr. Braun wieder Vizepräsident

Am 16. Jenuer 1971 treten die im Dezember 1970 gewählten Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer in München zur Wahl des neuen Vorstandes zusammen. Nach Begrüßung der Delegierten durch Professor Dr. Sewering übernahm als Alterspräsident Herr Dr. Friedrich Völlinger, Freising, die Leitung der Sitzung.

Nach Feststellung der Beschlußfähigkeit rief Herr Dr. Völlinger zur Wahl des Präsidenten auf. Aus der Versammlung wurden zur Wahl vorgeschlagen: Herr Professor Dr. Hans J. Sewering, Dachau, Herr Dr. Ernst Theodor Mayer, wissenschaftlicher Assistent, München, und Herr Dr. Dr. Erich Grassl, Allgemeinarzt, München.

Bei der schriftlichen und geheimen Wahl entfielen von 197 abgegebenen gültigen Stimmen 138 auf Herrn Professor SEWERING, 39 auf Herrn Dr. Mayer und 20 auf Herrn Dr. Dr. Grassl.

Damit wurde Herr Professor Sewering zum fünften Mal zum Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer gewählt.

Er dankte den Delegierten für ihr Vertrauen.

Für die Wehl zum Vizepräsidenten wurden die Herren Dr. Hermann Braun, Nittendorf, und Professor Dr. Theodor Hellbrügge, München, vorgeschlagen.

Bei der schriftlichen und geheimen Abstimmung entfielen von 194 gültigen Stimmen auf Herrn Dr. Braun 118 und auf Herrn Professor Dr. Hellbrügge 76 Stimmen.

Herr Dr. Hermann Braun wurde damit erneut zum Vizepräsidenten der Bayerischen Landesärztekammer gewählt.

Zu weiteren Mitgliedern des Vorstandes wurden gewählt:

Dr. Ernst Bauer, Hals-Nasen-Ohrenarzt, Nürnberg
Dr. Jürgen Bausch, Kinderarzt, München
Dr. Fritz Brendler, Frauenarzt, Münchberg
Dr. Klaus Dehler, Internist, Nürnberg
Dr. Anton de l'Espine, Lungenarzt, Würzburg
Dr. Alfred Gahbauer, Allgemeinarzt, Stadtbergen
Univ.-Doz. Dr. Wolff Gross, Internist, Würzburg
Dr. Hartwig Holzgartner, Internist, München
Dr. Fritz Keller, Chirurg, Aschaffenburg
Dr. Alex Kriessmann, Ass. Arzt, München
Dr. Hans-Joachim Lössl, Radiologe, Landshut
OMR Dr. Hermann Mühleisen, Radiologe, Amberg
Dr. Hartmut Riemerschmid, wiss. Ass., Erlangen
Dr. Adolf Rixner, Allgemeinarzt, Plattling
Dr. Armin Schleubner, Allgemeinarzt, Wunsiedel
Dr. Otto Schlosser, Internist, Rosenheim
Professor Dr. Albert Schretzenmayer, Internist, Aystetten
Dr. Josef Seidl, Allgemeinarzt, Scheyern
Dr. Erwin Stetter, Allgemeinarzt, Amberg

Ausschüsse:

Finanzausschuß:

Dr. Carl Albrecht Blömer, Allgemeinarzt, Kelheim
Dr. Franz Fluch, Kinderarzt, Würzburg
Dr. Sigismund von Forster, Internist, Nürnberg
Dr. Erwin Geibendörfer, Augenarzt, Wunsiedel
Dr. Arnulf Hirzinger, Allgemeinarzt, München
Dr. Christian Rechl, Allgemeinarzt, Weiden
Dr. Hermann Rechl, Allgemeinarzt, Trostberg
Dr. Rudolf Sann, Hals-Nasen-Ohrenarzt, Neu-Ulm
ORMDir. Dr. Hugo Vierheilig, Nervenarzt, Würzburg

Hilfsausschuß:

Dr. Elisabeth Alletag-Krämer, Allgemeinärztin, Starnberg
Dr. Hermann Doerfler, Allgemeinarzt, Weißenburg
Dr. Walter Hess, Allgemeinarzt, Coburg
Dr. Maximilian Kling, Prakt. Arzt, Augsburg
Dr. Karl Müller-Platz, Allgemeinarzt, Frontenhausen, Lkr. Vilsbiburg
Dr. Hildegard Then-Bergh, Orthopädin, München
Dr. Josef Treutinger, Allgemeinarzt, Neumarkt/Opf.
ORMDir. Dr. Hugo Vierheilig, Nervenarzt, Würzburg

Die Vollversammlung beauftragte im übrigen den Vorstand, darüber zu beraten, welche weiteren Ausschüsse gebildet und wie sie besetzt werden sollen.

Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

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

Band 6 „Therapie der Erkrankungen der Leber und Gallenwege — Therapie der peripheren arteriellen und venösen Durchblutungsstörungen — Wohlbefinden und Krankheit“ (Vorträge der 17. Wissenschaftlichen Ärztetagung Nürnberg 1966)

Band 8 KOELSCH: „Beiträge zur Geschichte der Arbeitsmedizin“

Band 9 „Die Aktion zur Früherkennung der Zuckerkrankheit in München“

Band 10 „Therapie der Magen- und Darmkrankheiten — Therapie der Herz- und Kreislaufkrankheiten — Probleme der medikamentösen Geburtenregelung“ (Vorträge der 18. Wissenschaftlichen Ärztetagung Nürnberg 1967)

Band 11 KOERTING: „Die deutsche Universität in Prag — Die letzten 100 Jahre ihrer medizinischen Fakultät“

Band 12 „Aktuelle therapeutische und diagnostische Probleme bei internen Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der Frühdiagnose“ (Vorträge der 7. Bayerischen Internisttagung in München 1967)

Band 15 „Therapie endokriner Erkrankungen — Fehldiagnosen und ihre therapeutischen Konsequenzen — Beratung und Behandlung bei sexuellen Störungen“ (Vorträge der 19. Wissenschaftlichen Ärztetagung Nürnberg 1968)

Band 16 SOOST: „Krebsfahrtsuche durch gynäkologische Zytodiagnostik in der Praxis“

Band 17 „Aktuelle therapeutische und diagnostische Probleme bei internen Erkrankungen“ (Vorträge der 8. Bayerischen Internisttagung in München 1968)

Band 18 „Fehldiagnosen und ihre therapeutischen Konsequenzen — Therapie der Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege — Ärztliche Beratung in der modernen Urologie“ (Vorträge der 20. Wissenschaftlichen Ärztetagung Nürnberg 1969)

Band 19 „Aktuelle therapeutische und diagnostische Probleme bei internen Erkrankungen“ (Vorträge der 9. Bayerischen Internisttagung in München 1969)

Indikationen und Grenzen der Behandlung mit der Künstlichen Niere

von U. Gessler

Die sogenannte Künstliche Niere läßt sich zur Behandlung der akuten und der chronischen Urämie anwenden.

Beim akuten Nierenversagen ergibt sich die Indikation in erster Linie aus dem Anstieg der harnpflichtigen Substanzen in der Oligo-Anurie. Je rascher der Anstieg ist, desto früher sollte die Dialysebehandlung einsetzen. Demgegenüber ist die Kaliumintoxikation heute nur noch selten Anlaß für die Dialysebehandlung, weil durch rechtzeitige Anwendung von Kationenaustauschern in den meisten Fällen ein bedrohlicher Anstieg des Serum-Kaliums vermieden werden kann.

Die wichtigsten Ursachen des akuten Nierenversagens gehen aus Tabelle 1 und 2 hervor.

Darüber hinaus kommt es zur Anurie, wenn eine Obstruktion der ableitenden Harnwege oder eine Blasenentleerungsstörung auftreten. In den meisten Fällen entwickelt sich anfangs noch kein akutes Nierenversagen. Nur bei längerer Dauer der Obstruktion nimmt die glomeruläre Filtration stark ab. Es ist daher in jedem Falle zu klären, ob eine postrenale Ursache der Anurie vorliegt.

Die frühzeitige Verlegung eines Patienten mit akutem Nierenversagen in das nächstgelegene Nierenzentrum ist in jedem Falle zweckmäßig. Dabei wird in der Regel ein Autotransport möglich sein, weil die Entwicklung der Urämie mehrere Tage beansprucht. Durch laufende Kontrolle der Harnausscheidung bei allen ge-

fährdeten Patienten (vgl. Tab. 1, 2) wird die drohende Anurie rechtzeitig erkannt, darüber hinaus müssen Serum-Kreatinin, Harnstoff oder Rest-N und Serum-Kalium sowie das Elektrokardiogramm kontrolliert werden. Als kritisch sind Serum-Kreatininwerte von mehr als 10 mg⁰/₀, Harnstoffwerte von über 200 mg⁰/₀ und ein Serum-Kalium von mehr als 6 mval/l zu betrachten. Die Dialysebehandlung übernimmt vorübergehend die entgiftende Funktion der Nieren, bis nach 2–12 Wochen die Wiedererholung eintritt. Nur in seltenen Ausnahmefällen wird die Niere endgültig geschädigt. Die Mortalität wird heute fast ausschließlich von der Grundkrankheit bestimmt.

Bei chronischer Niereninsuffizienz ist nicht mehr mit einer befriedigenden Nierenleistung zu rechnen. Besteht noch eine kompensierte Retention (Serum-Kreatinin zwischen ca. 2 und 14 mg⁰/₀), so läßt sich unter eiweißbeschränkter Diät ein labiles Gleichgewicht von Belastung und Ausscheidung harnpflichtiger Substanzen erzielen, wobei in einer Reihe von Fällen eine Kochsalzzufuhr erforderlich ist. Hinzu kommen die Therapie der Herzinsuffizienz, des Bluthochdrucks und die antibiotische Behandlung. Trotzdem entwickelt sich schließlich die Urämie, welche nur durch Dialyseverfahren und eventuell spätere Nierentransplantation zu beseitigen ist. In Bayern kommen in jedem Jahr etwa 350 Mitbürger in diese Lage. Allerdings läßt sich durch eine Dialysebehandlung nicht bei allen Patienten das Ende abwenden. Länger bestehende Herzin-

Prärenale Ursachen des akuten Nierenversagens

Schock	Myolyse (Crush) Hämolyse	Intoxikation		Elektrolyt- und Wasserhaushalts- störungen
		endogen	exogen	
Trauma	Muskel- zertrümmerung	CO-Vergiftung Seifenabort		Erbrechen Durchfall Fisteln Verbrennungen Coma diabeticum Diuretika Nebennieren- insuffizienz
Blutverlust Allergie Verbrauchs- koagulopathie	Operation Elektrounfall	Peritonitis	Schwermetalle	
	Fehltransfusion	Ileus Schwangerschafts- toxikose		
		Schwarzwasserfieber		

Tabelle 1

Renale Ursachen des akuten Nierenversagens

Exogene Intoxikation	Toxisch eiergische Reaktion	Infektiös toxische Ursachen	Vorgeschädigte Niere als Teilfaktor
Schwermetalle Phosphor Kohlenwasserstoffe Chlorate Kallumoxaiate Oxaisäure Dioxen Kantharidin Methylalkohol Hexamethylentetramin und Sulfonamide	Antibiotika Phenylbutazon Schwermetalle Sulfonamide Röntgenkontrastmittel	Sepsis Morbus Weil Schwere Infektionen	Pyelonephritis interstitielle Nephritis (Phenacetin) Piasmozytomniere Lupus erythematodes Nierenamyloid

Tabelle 2

suffizienz, hochdruckbedingte Gefäßkomplikationen, wie Apoplexie oder Herzinfarkt, Diätfehler, vor allem zu reichliche Flüssigkeitszufuhr, können besonders im Beginn der Dialysebehandlung zum Tode führen.

Tabelle 3 gibt eine Übersicht der wichtigsten relativen und absoluten Kontraindikationen.

Relative Kontraindikation

Schwere Herzinsuffizienz und Hypertonie
Patienten von mehr als 55 bis 60 Jahren
Lupus erythematodes

Absolute Kontraindikationen

Diabetes mellitus
Schwere Herz- und Gefäßkomplikationen
Metastasierende Tumoren und Systemerkrankungen
Nicht kooperative Patienten

Tabelle 3

Im Einzelfall kann es sehr schwierig sein, die Indikation richtig zu stellen. Außerdem besteht derzeit nicht die Möglichkeit, alle Patienten in das Dialyseprogramm aufzunehmen. Deshalb bitten wir alle Kollegen sehr dringend, keine Dialysezusagen auf Kosten eines Nierenzentrums zu machen. Eine Erweiterung unserer Dialysekapazität ist vor allem durch die Heimdialyse zu erwarten. Auch hier sind wir auf Verständnis und Mitarbeit der Kollegen in der Praxis angewiesen. Daneben bietet sich ein zweiter Weg durch den Aufbau kleinerer Nierenzentren. In großen Nierenabteilungen anbehandelte Patienten werden hier dialysiert, solange keine Komplikationen auftreten und notfalls in das große Zentrum zurückverlegt. Tabelle 4 enthält die Zentren in Bayern (s. Seite 7, 8).

Aus naheliegenden Gründen entwickelt sich eine starke Bindung des chronisch Nierenkranken an das Behandlungszentrum. Die relative Sicherheit in einer Gruppe von Gleichbedrohten erzeugt eine Gruppenkameradschaft, welche außerordentlich an die von Frontsoldaten erinnert. Heimdialyse und Transplantation stoßen auf Widerstand, weil sie den Patienten aus dieser Gruppe herauslösen. Ist dieser Widerstand erst einmal überwunden, so wird der Grad der Rehabilitation bei der Heimdialyse meist besser, denn hier besteht in geringerem Maße die Gefahr, daß die Patienten ausschließlich ihrer Behandlung leben. Die ärztliche Beratung und Hilfe muß sich daher in besonderem Maße auf die berufliche Rehabilitation richten, die nach unseren bisherigen Erfahrungen bei freiberuflich Tätigen und bei Hausfrauen wesentlich besser ist als bei bereits invalidisierten Patienten aus der Sozialversicherung.

Die Unkosten für eine Dialysebehandlung betragen zur Zeit in der Klinik DM 350,- bis 600,-, also im Jahr bei zweimal wöchentlicher Behandlung ca. DM 36 000,- bis 60 000,- für einen Patienten. Durch rationellere Fertigung und schärfere Kalkulation ist hier eine wesentliche Verbilligung, vor allem bei der Heimdialysebehandlung möglich und zu fordern. Die Probleme der Dialysebehandlung sind technisch befriedigend gelöst. Es gilt jetzt, diese Therapie allen zugänglich zu machen, die ihrer bedürfen.

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. med. U. G e s s l e r, Vorstand der 4. Medizinischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten, 8500 Nürnberg, Kontumazgarten 14 - 16

Tabelle 4

Krankenhaus	Anschrift und Fernsprechnummer	Geräte				Bemerkungen
		vorhanden	vorgesehen	Für Akutdialyse	Für Dauerdialyse	
Oberbayern						
Kreiskrankenhaus Aichech	8890 Aichech Krankenhausstr. 11 Tel.: (08251) 2381-5	1	—	ja	nein	—
Kreiskrankenhaus Ebersberg	8019 Ebersberg, Pferrer-Guggetzer-Str. 3 Tel.: (08108) 8344	1	—	je	je	—
I. Medizinische Klinik der Universität München	8000 München 15 Ziemssenstr. 1 Tel.: (0811) 539911	9	—	je	ja	—
Chirurgische Klinik der Universität München	8000 München 15 Nußbaumstr. 20 Tel.: (0811) 539911	1	—	siehe Bem.		Anwendung nur für Transplantationen
Urologische Klinik der Universität München	8000 München 15 Theikirchner Str. 48 Tel.: (0811) 2486	1	—	je	nein	—
Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München	8000 München 80 Ismaninger Str. 22 Tel.: (0811) 44771					
Chirurgische Klinik Medizinische Klinik		1 —	— 4	ja je	nein je	—
Städt. Krankenhaus München-Schwabing	8000 München 23 Köiner Platz 1 Tel.: (0811) 38011	—	4	je	ja	voreussichtlich ab 1971
Städt. Krankenhaus Rosenheim	8200 Rosenheim Pettenkoferstr. 10 Tel.: (08031) 4011	2	—	je	je	—
Niederbayern						
Städt. Krankenhaus Deggendorf	8360 Deggendorf Krankenhausstr. 3 Tel.: (0991) 733-762	2	—	je	je	—

Krankenhaus	Anschrift und Fernsprechnummer	Geräte				Bemerkungen
		vorhonden	vorgesehen	Für Akutdielyse	Für Deuerdialyse	
Städt. Krankenhaus Lendshut	8300 Landshut Robert-Koch-Str. 1 Tel.: (08 71) 3090	1	—	ja	ja	—
Städt. Krenkenheus Pessau	8390 Passeu Bischof-Pilgrim-Str. 1 Tel.: (08 51) 7014	3	—	je	je	—
Oberpfelz Städt. Merienkrankenhaus Amberg	8450 Amberg Marlahilfbergweg 7 Tel.: (096 21) 55 81	1	—	je	nein	—
Krankenhaus St. Josef	8400 Regensburg Lendshuter Str. 65 Tel.: (09 41) 7 1071	—	3 bis 5	ja	ja	voreussichtlich ab 1971
Städt. Krankenheus Weiden	8480 Weiden Blismerckstr. 30 Tel.: (09 61) 2071-76	3	—	ja	je	—
Mittefrenken Chirurgische Klinik mit Poliklinik der Unlversität Erlengen	8520 Erlangen Krankenhausstr. 12 Tel.: (091 31) 85 32 96	1	—	je	nein	—
Medizinische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlengen	8520 Erlangen Krankenhausstr. 12 Tel.: (091 31) 85 34 34	2	—	ja	nein	—
Städt. Krankenanstalten Nürnberg (4. Medizinische Klinik)	8500 Nürnberg Kontumazgarten 14 Tel.: (09 11) 3 99 31	18	—	je	ja	—
Oberfrenken Städt. Krankenhaus Hof	8670 Hof Eppenreuther Straße 9 Tel.: (09 2 81) 80 02	—	2	ja	je	—
Stadtkrankenhaus Selb	8672 Selb Weißenbacher Straße 1 Tel.: (0 92 87) 20 91	1	—	ja	ja	—
Unterfrenken Medizinische Klinik der Universität Würzburg im Luitpoldkrenkenhaus	8700 Würzburg Josef-Schneider-Str. 2 Tel.: (09 31) 383	6	—	je	ja	—
Schweben Städt. Krenkenenstalten Augsburg (II. Medizinische Klinik im Westkrenkenheus)	8900 Augsburg Lengemerckstr. 11 Tel.: (08 21) 3 24 2077	1	—	ja	je	—

Alkoholikerfibel für den Arzt *)

von OMR i. R. Dr. med. Felix St e m p l i n g e r

(Fortsetzung)

IV. Die süchtige Frau

In den letzten Jahren hat der Alkoholmißbrauch der Frau erheblich zugenommen (10 – 15 v. H.).

Wer die Alkoholikerin verstehen will, muß erst das Wesen der gesunden Frau und deren modernes soziales Umfeld kennen.

Die Frau ist ein vom Mann verschiedenes, aber in ihrer Art vollkommen harmonisches Geschöpf, auf keinen Fall aber ein „verfuschter Mann“, wie Plato, Aristoteles und Thomas v. Aquin annahmen, was sich für die Entwicklung der Frau Jahrhunderte lang sehr nachteilig erwies.

Die Frau hat im Gegensatz zum Manne mehrere Aufgaben zu lösen, so seit eh und je eine biologische Funktion (Fortpflanzung) sowie die Aufgaben einer Mutter und Hausfrau. In diesem Rahmen ist sie dazu bestimmt, die natürliche Ergänzung des Mannes zu sein. In der Lebensgemeinschaft der Ehe findet der Mann in seiner Partnerin die Eigenschaften, die er selbst nicht hat, aber braucht, und umgekehrt. Sie denkt, fühlt und handelt vorwiegend gefühlsmäßig, also anders als der Mann. Jede Gleichschaltung würde die gegenseitigen Spannungen erschaffen und die Anziehungskräfte schwinden lassen. Das Wissen um diese Eigentümlichkeiten bewahrt vor Fehlentwicklungen und Enttäuschungen in der Ehe. Der Mann ist mehr verstandesmäßig-sachbezogen, schweift in die Ferne, schätzt an der Frau gewisse körperlich-seelische oder materielle Werte, während die Frau lieben kann, ohne zu wissen warum. Die Konfliktstoffe des Mannes gründen vielfach im Beruf oder in Krankheiten, bei der Frau in der Familie und Intimsphäre. Sie hat das Bedürfnis nach männlicher Werbung, bei ihm steht die leibliche Gemeinschaft im Vordergrund. Er ist schöpferisch-werbend, aggressiv, sie eher labil, gewährend, bewahrend, aufopferungs-, widerstandsfähiger und zäher. Der heutige Pansexualismus droht, die Frau wieder wie ehemals zum bloßen Lustobjekt herabzuwürdigen. Von seelischer Partnerschaft kann in dieser Situation kaum mehr die Rede sein. Die Bestrebungen der heutigen Modeschöpfer, die Geschlechtsunterschiede möglichst aufzulösen, angeblich um eine tiefe Kluft zu überbrücken, ist daher, biologisch gesehen, ein falscher Weg; denn die Geschlechter brauchen die Polarität, um sich anzuziehen. Gerade die Verschiedenartigkeiten sind Elemente der Liebe, die in der Ergänzungssehnsucht wurzelt. Partnerschaft beruht nicht auf Gleichsein. Nur aus ver-

schiedenen Teilen kann ein lebendiges Ganzes entstehen.

Dazu kam in den letzten Jahrzehnten die neue Rolle der Frau als Mitarbeiterin in der modernen Industriegesellschaft (33 v. H.). Das Berufsleben bringt im Zeitalter der Gleichberechtigung in der Öffentlichkeit (Emanzipation) weniger Vor- als Nachteile; denn die Frau wird dort den gleichen Umwelteinflüssen ausgesetzt, ohne hierfür hinreichend wie der Mann ausgerüstet zu sein. Der berufliche Einsatz steht im schroffen Gegensatz zu ihren übrigen natürlichen Aufgaben. Kein Wunder, daß sie für diese Vermännlichungsversuche einen hohen Tribut an weiblicher Substanz und Eigenart sowie an körperlich-seelischen Kräften bezahlen muß und sich deshalb nicht mehr in ihrem Gehäuse zurechtfindet. Während der Mann seine soziale Stellung durch die berufliche Entwicklung festigt, führt der Zwiespalt und die mangelnde Übereinstimmung ihrer Lebensziele (Heirat, Mutterschaft, Hausfrau, Beruf) zu einer dauernden Frustration und gefährlichen inneren Unsicherheit, die bei vorhandener Gefährdungsstruktur (Grundstörung, Disposition, Fehlhaltung, physiologische Krisenzeiten) zur Entwicklung von körperlich-seelischen Störungen (Neurosen usw.) einschließlich einer Suchtmanifestation führen kann.

Die Erfahrung lehrt, daß sie in Kirche und Staat, in der Industrie, Politik und Hochschule den Vorrang des Mannes, der ihr aufgrund seiner längeren und umfassenderen Bildung überlegen scheint, nicht aufholen konnte (z. Z. 1 v. H.). Auch in den kaufmännisch-technischen Berufen nimmt sie nur in Ausnahmefällen eine leitende Stellung ein (ca. 3 v. H.). Daran ist m. E. keineswegs ein Mangel an Intelligenz schuld, sondern der Mangel an ausreichender Gelegenheit zur Fortbildung.

Eine Reihe von ehemals berufstätigen Frauen oder Studentinnen, die ihr Studium vorzeitig abbrachen (jede zweite in der BRD), sind mit ihrem relativ beschaulichen Hausfrauen- und Mütterdasein nicht ausgelastet und daher unzufrieden. Trotzdem sie ihre berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen möchten, suchen sie keinerlei Gelegenheit zur Weiterbildung (Volks-hochschule, Fernsehkurse) aus Mangel an Mut und Tatkraft.

Die Doppelbelastung der verheirateten Frau durch den Beruf und die Familienverpflichtungen führt bekanntermaßen häufig zur Überforderung und stört nicht selten die häusliche Harmonie. Die vielfach noch bestehende Doppelmoral der Gesellschaft verführt die Frau eher zur Einnahme der trockenen, geruchlosen Tablette, die die Gesellschaftsfähigkeit nicht in Frage stellt. Sie kommt auch in richterlichen Scheidungsurteilen zum Ausdruck. Manche Richter fordern in Scheidungsprozessen unendlich viel Geduld mit

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

dem süchtigen Ehemann, während eine rückfällige Alkoholikerin oft mit unnachsichtiger Strenge schuldig geschieden wird.

Der Alkoholmißbrauch der Frau wirkt hierzulande immer noch abstoßend. Auf dem Lande spielt er jedoch noch keine Rolle. Dafür neigt die Frau weniger zu kriminellen Handlungen oder Ausweichreaktionen, ist vielmehr passiv als aggressiv und liebt es nicht, sich unnötigerweise zu exponieren, bevorzugt das breite Mittelband und ist verständlicherweise trotz der gesellschaftlichen Gleichstellung noch stark an das Haus gebunden. Der Trinkstil der Frau aus gehobener Schicht ähnelt ohnehin dem der Männer im Gegensatz zu den einfacheren Bevölkerungsschichten, die strengeren Auffassungen huldigen. Die Frau treibt weniger Mißbrauch aus Tradition oder Genußsucht als aus vorwiegend anlagebedingten Gründen zur Beseitigung seelischer Schwierigkeiten oder zur Bewältigung von Konflikten, dann aber maßlos bis zum betäubenden Rausch; denn die Frau ist zu $\frac{2}{3}$ Problem- oder Konfliktrinkerin und bevorzugt in den westlichen Länderhäufig „scharfe Sachen“.

Sie sind häufig polytoxikoman, d. h. mehrsüchtig im Sinne von Alkohol-, Tabletten- und Nikotinmißbrauch zusammen, verfallen aber meist erst später in den Wechseljahren, nach Ausscheiden aus dem Beruf, in einer Art Torschlußpanik dem Mißbrauch aus Angst vor dem Verlust der weiblichen Rolle, der Sexualität (Frigidität oder Enthemmung) aus Furcht vor Langlewige und Vereinsamung, dem Mangel an Beifall und beruflicher Anerkennung, aus Sorge vor dem Alter mit seinen körperlich-seelischen Beschwerden oder den modernen Sexnormen, mit denen sie sich nicht abfinden können. Auf die sogenannten „grünen Witwen“, ehemalige Angestellte, wurde bereits hingewiesen. Es handelt sich dabei vielfach um ältere Hausfrauen, weniger um jüngere Angestellte in guten wirtschaftlichen Verhältnissen, die trotz der beruflichen Erfolge des Mannes sich seelisch isoliert fühlen und vor einem inneren Vakuum stehen.

Der Verlauf der Intoxikation ist zudem kürzer, destruktiver und prognostisch ungünstiger. Trinkerinnen zerbrechen eher. Die Auswirkungen in der Familie, besonders hinsichtlich der Kindererziehung, sind verheerender, wenn nicht katastrophal. Je mehr die Frau dem Manne gleichgestellt ist, desto mehr verwischen sich die Unterschiede der Geschlechter, besonders im englisch-amerikanischen Sprachgebiet.

Manche Frauen werden zu Trinkkumpaninnen ihrer Männer, weil sie glauben, es sei besser, er trinke zu Hause. Andere greifen aus dem Gefühl der gesellschaftlichen Gleichberechtigung zum Glas und zur Zigarette. Verheiratete oder ledige Arbeiterinnen versuchen damit, die eintönige Fließbandarbeit zu beleben.

Aber auch jüngere berufstätige Frauen sind gefährdet, namentlich wenn sie infolge ihrer infantil-egoistischen Züge, der Minderbegabung, dem Mangel an Zielstre-

bigkeit, Seßhaftigkeit und Häuslichkeit in der Familie und Beruf versagen oder a priori sozial auffällig (unvollständige Familie, Heimerziehung, Sonderschule, Arbeitshaus) und bereits kriminell geworden sind, ein Beweis, daß sie sich den bestehenden Verhältnissen nicht anzupassen vermögen. Die Sippe der Alkoholikerin ist übrigens von mütterlicher Seite her mit abnormen Persönlichkeiten und Alkoholikern weniger mit Psychosen, Selbstmord, Anfallsleiden oder Medikamentenmißbrauch belastet.

Oder es handelt sich um labile Geschöpfe, die sich mit unbefriedigenden Liebesabenteuern, finanziellen Problemen, außerehelichen Kindern herumschlagen müssen, oder die Kinderlosigkeit in der Ehe, Scheidung oder Tod des Mannes nicht zu bewältigen vermögen. Ehen mit Alkoholikerinnen sind ohnehin meist zerrütet und dauern kaum länger als fünf Jahre.

Insofern ist auch der Alkoholmißbrauch der Frau der verzweifelte Versuch einer Ersatzlösung für das Unvermögen, sich mit den Realitäten des Lebens abzufinden. Das Trostloseste, was mir in der Praxis passieren konnte, war die Betreuung einer trunksüchtigen Frau und Mutter. Die Feder sträubt sich, das Schicksal und den Zustand der vernachlässigten und mißhandelten Kinder zu beschreiben und die Verwahrlosung der Wohnung zu schildern.

V. Der süchtige Jugendliche

Mit der Zahl der trinkenden Frauen hat auch der Mißbrauch der Jugendlichen zugenommen (bis zu 5 v. H.). Der heutige Wohlstandsalkoholismus entspringt zum Teil dem praktischen Materialismus und der Unfähigkeit des Menschen, sich höhere Lebensgüter und Werte anzueignen. Die Jugend will sich primär nicht betrinken, sondern in erster Linie nur die Welt des Erwachsenen erobern und auch hinsichtlich der Trinksitten als erwachsen gelten. Die Jugend ist neugierig, hat Freude an Experimenten, Erlebnissen und Genußsteigerung und möchte Bewußtsein und Selbsterkenntnis erweitern, im Kreis Gleichgesinnter angeben und imponieren. Dahinter stecken allerdings tiefere Gründe wie Entwicklungskrisen, mangelnder familiärer Kontakt (Scheidung oder Trennung der Eltern, Verlust eines Elternteils, Kind aus Mußehen), sexuelle Frühreife, Trieb und Verlangen für jugendlichen Protest (Griff nach Alkohol und Droge).

Neben der erblichen Belastung spielen naturgemäß ganz besonders die Umweltverhältnisse in der Alkoholikerfamilie eine ursächliche Rolle, so der Mangel an Leitbildern, die ungünstigen Eindrücke, das Fehlen einer liebevollen Begegnung und Geborgenheit, die Rolle der arbeitenden Mutter (sogenannte Schlüsselkinder), wodurch Fehlhaltungen heraufbeschworen werden und die Familie zwangsläufig auf die Stufe einer Tankstelle für leibliche Bedürfnisse bzw. einer Schlafstelle herabsinken muß. Kein Wunder, wenn selbst in Wohlstandsfamilien unter diesen Voraussetzungen scheinbar völlig grundlos motorische Unruhe,

Aggression und Eigentumsdelikte vorkommen, wohl in der Absicht, um aus einer für die Jugend unerträglichen Belastungssituation in eine Wunschwelt zu flüchten. P. Kielholz hat daher die Einzelfamilie als Urzelle mitmenschlicher Beziehung als besten Schutz vor derartigen Entwicklungen bezeichnet. Selbst nach H. Giese ist sie dem menschlichen und sexuellen Verhalten am adäquatesten.

Die ungenügenden Schul- und Lehrverhältnisse, das Mißverhältnis zwischen körperlicher Früh- (Akzeleration) und geistiger Spätreife sorgen dafür, daß die Umwelt nicht mehr verstanden wird. Die Krisen in Kirche und Staat, die Massenmedien mit ihrer laxen Moral und rollenden Reklame für Genußmittel, die Reizüberflutung, die Fehlerotisierung stören eine ruhige Entwicklung in der Pubertät, so daß die Jugend vorzeitig aus der Familie ausbricht und eigene Wege geht. Leichter und reichlicher Verdienst, trickreiche Vergnügungsindustrie, Langeweile überwinden alle guten Ansätze einer normalen Willensbildung bei unzureichender Urteilsfähigkeit und mangelnder Erfahrung sowie leichter Verführbarkeit. Die Verlegung des Konsums aus dem Stammtisch der Gaststätten in die Familie zum Fernsehen, bei Parties und auf den Campingplatz schaffen ein ausgesprochenes Alkoholklima, dem auch der Jugendliche vorzeitig erliegt. Nach Jellinek haben 70 v.H. seiner Alkoholiker schon vor dem 20. Lebensjahr im familiären Rahmen getrunken. Alkohol fördert bei Gefährdeten mit ungünstigem Erbgut und erworbener seelischer Fehlhaltung gleichsam als Schrittmacher (Stutte) die Kriminalität (Enthemmung) und die vorzeitige Schwängerung Jugendlicher.

Eine zweite Gruppe Jugendlicher der westlichen Welt (USA, England, Skandinavien, BRD) stellt sich vielfach aus den gleichen Gründen wie der jugendliche Alkoholiker gegen seine Umwelt, läßt aber darüber hinaus noch eine Reihe anderer Merkmale erkennen.

1. Sie gehören vielfach einer gehobenen Gesellschaftsschicht an.
2. Ihr Verhalten wird nicht nur von unerfüllten Wünschen und ungelösten Bedürfnisspannungen, sondern auch von sozialpsychologischen Motiven bestimmt.
3. In intellektueller und charakterologischer Hinsicht weisen sie verschiedene Züge auf.
4. Versuchen sie, mit Hilfe von Drogen einen neuen Lebensstil aufzubauen und den Lebensschwierigkeiten auszuweichen.

„Die Jugend ist zumeist hochintelligent, aber ohne Stehvermögen und Beharrlichkeit, sie weicht wirklichen Belastungen gerne aus, neigt zu Selbstüberschätzung, Arroganz, Oberflächlichkeit und Überheblichkeit, die so weit führt, daß die Studenten glauben, sie könnten an den Universitäten den wissenschaftlichen Betrieb selbst organisieren“ (Bürger-Prinz). Je höher das geistige Niveau einer Schule desto größer der Prozentsatz der Haschischmißbraucher. Wo Sport und praktische Berufsausbildung vorherrschen, gibt es

keine Haschischprobleme (USA). Jedenfalls scheiden Ursachen wie Hunger, Armut, Krankheit usw. im Sinne des früheren Elendsalkoholismus aus.

Die Jugend fordert vielmehr Freiheit um jeden Preis, lehnt vor allem eine Welt ab, in der nicht mehr der Mensch, sondern die Leistung das Maß ist. Sie will daher das Individuum wieder in den Mittelpunkt des Universums setzen und predigt den Rückzug in die Geistigkeit. Sie verabscheut die Ausbeutung sozial schwächerer Schichten, den krassen Materialismus, die erstarrten Privilegien und Ideologien einer Wohlstandsgesellschaft, von der sie jedoch leben muß. Sie ist gegen soziale Ungerechtigkeit, Krieg, Kolonialismus, Rassendiskriminierung, überhaupt gegen jede Autorität in Kirche, Schule und Staat. Sie befindet sich faktisch im Aufstand gegen die „Alten“, deren Erfolge sie verachtet, und ist nicht bereit, die herrschenden Gesellschaftsstrukturen anzuerkennen. Sie verabscheut jeden Versuch einer sozialen Integration und steigt praktisch aus der Gesellschaft aus. Sie ist jedoch auf der Suche nach neuen geistigen Werten, nachdem Institutionen wie Ehe, Heimat, Vaterland und Knigge zu leeren Begriffen geworden sind.

Anstelle des Klassenbewußtseins ist das Generationsbewußtsein getreten. Jeder will schon frühzeitig sein eigener Herr sein und nach seiner Façon selig werden. Arbeit wird nur übernommen, um einen bescheidenen Lebensunterhalt sicherzustellen. Man will nicht nur für die Arbeit leben, weil das mögliche Ziel den hohen Leistungseinsatz kaum lohnt.

Speziell die romantisch veranlagten Hippies sprechen weniger vom Sexus als von Eros und Agape, von brüderlicher Hilfsbereitschaft zur Verbesserung der Lebensbedingungen aller. Sie versuchen, durch Protesthaltung ohne Aggression und antiautoritäre Lebensweise zu schockieren, weil sie normale Kleidung und konventionelles Verhalten nur für eine Maske des Individuums betrachten. Nachdem ihr passiver Widerstand die Welt nicht zu ändern vermochte, glauben sie sich überfordert und suchen ihr Heil im Streben nach Wahrheit, Frieden und der „großen Ruhe“ resignierend in Drogen und Meditation einer östlich-indischen Spiritualität. Leider geraten die Verfechter der absoluten Freiheit erst recht in eine Sackgasse, nämlich in die Abhängigkeit der Droge und einer Subkultur, die nur eine scheinbare Geborgenheit vorspiegelt und in Wirklichkeit in eine erniedrigende Knechtschaft ohne die Möglichkeit eines geistigen Aufstiegs steuert. Freiheit und Drogensucht sind unvereinbare Gegensätze. Außerdem ist der Ausstieg aus der Gesellschaft ein zweifelhaftes Geschäft, weil sie auch wirtschaftlich im Falle der Krankheit und Arbeitsunfähigkeit auf die Hilfe der verfemten Gesellschaft angewiesen bleiben. Trotz dieser negativen Perspektiven (Vagabunden- und Nomadendasein) besitzt das Hippie-Charisma eine eigenartige Anziehungskraft. Die „neue Gesellschaft oder Linke“ und ihr Außenseiter, die „Ultralinke“, genannt „Tupamaros“, Black Power oder Panther (USA)

jagen vorwiegend antikonformistischen Zielen nach, leben im Untergrund und wollen mit anarchistischen Mitteln auf Biegen oder Brechen die bestehende Ordnung zertrümmern, um dann eine andere Welt vom Punkt 0 aufzubauen. Sie haben ausgesprochene politische Interessen und versuchen, sich mit eigenen Einrichtungen (Antiuniversität, Kommunen, Kindergärten usw.) unabhängig zu machen. Sie haben die Rocker und Halbstarke abgelöst und unterwandern die an sich friedfertigen Hippies, um sie durch Aggressionen in Verruf zu bringen. Sie lehnen jedoch den Drogenmißbrauch ab, um den Kampfgeist nicht zu verlieren.

Die Rauschgiftwelle der Jugend ist zweifellos eine Begleiterscheinung einer zeitgeschichtlichen Situation, eine Art Gesellschaftskrankheit, wodurch alles Bestehende in Frage gestellt wird, ohne daß brauchbare Alternativen angeboten werden. Ist sie ein Symptom einer „heilsamen Unruhe“ – kaum?

Die Alten erkennen das Mitspracherecht durchaus an, lehnen aber Ton und Form der Methoden ab. Die Gefahr, daß die Jugend in chronischen Drogenmißbrauch versinkt, ist nicht minder groß und bedrohlich als die aggressive Haltung. Beide sind seelische Fehlhaltungen.

Deren Ursachen sind vor allem die Verfallserscheinungen in den Familien, an denen die Eltern nicht ganz schuldlos sind: Langeweile. Überforderung, Unfähigkeit der Identifikation, fehlende Leitbilder und Leitziele, mißglückte Ablösung aus dem elterlichen Hause. Die vereinsamte Jugend erhofft sich auf der Suche nach neuen Zielsetzungen das Wunder von der Droge. Durch sie wird der natürliche Entwicklungsprozeß weiterhin gestört, weil die Jugend dem Erlebnis der Wachstums- und Reifungskrisen ausweicht.

Erfahrungsgemäß zieht die Jugend die Droge dem Alkohol vor, weil sie den Wunsch nach Introversion (Selbstisolierung) im Gegensatz zum Alkohol unterstützt, der die Extroversion in geselliger Runde begünstigt und von den Älteren bevorzugt wird. Die Opiate euphorisieren, schalten die Umwelt ab und verschaffen so dem einzelnen auch in der Gruppe ein einsames Erlebnis. Die Halluzinogene (Haschisch, LSD, Meskalin, Heroin, Psilocybin usw.) versetzen den Süchtigen direkt in die Irrealität, wollen den Zugang zu den tieferen Schichten des Unbewußten ermöglichen und so den Schleier der Bewußtseinsgrenze zurücknehmen. Man verspricht sich dabei weniger Orgien des Sexus als des nirwanischen Bewußtseinsverlustes und Orgasmen der Todesmysterien. Dadurch werden Verliese des Unbewußten, Innenräume des Religiösen aufgebrochen, die nur mittelalterlichen Mystikern oder modernen Psychotherapeuten zugänglich sind. Vor solchen Experimenten kann man nur warnen.

Drogenkult und Sexwelle sind heute zu einer Art Ersatzreligion geworden. Nichts gegen eine rechtzeitige, ausreichende und altersgemäße Aufklärung und Beseitigung veralteter Tabus! Was im fernen Osten durch Askese, Fasten und Meditation auf lange Sicht er-

reicht werden soll, nämlich die Überwindung der Erdgebundenheit, will der Westen möglichst rasch auf dem Wege des Drogenrausches herbeiführen, also durch Flucht aus der Wirklichkeit einer durch Wissenschaft und Technik rationalisierten Welt.

Die Suche nach Irrationalen, mystischen Werten wäre durchaus erwünscht, jedoch nicht auf Kosten der Depersonalisation, der Persönlichkeitsspaltung oder Aufgabe der Persönlichkeit durch Drogenwirkung. Hat nicht der „Führer“ Charles Manson auf diese Weise einen verhängnisvollen Einfluß auf seinen weiblichen Anhang ausüben können? Und was geschah in My Lai?

Schwerpunkt des Drogenmißbrauchs liegt z. Z. beim Haschisch (75 v. H., für stärkere Drogen 25 v. H.), das seit 4000 Jahren zum Rauschgift des kleinen Mannes geworden ist, Haschischgenuß wird in den Ursprungsländern keineswegs verheimlicht, wohl aber der Opium- und Heroinmißbrauch. Die amerikanischen Kasernen und der Schmuggel aus dem Osten sind unsere Bezugsquellen. Haschisch gehört auch bei uns in Stadt und Land zum guten Ton wie der Schnaps zum Bier. Oberschüler scheuen sich nicht, die Zigarette in der Raucherecke der Schule zu genießen.

Das Ursprungsprodukt ist der Hanf (*Cannabis indica sativa* bzw. *mexicana* für *Marihuana*). Im Orient und in Mexiko wird es vorwiegend mit Kaffee, Tee oder Alkohol aufbereitet getrunken, angeblich der nachhaltigeren Wirkung wegen (G. Vierth). Im Westen wird das Kraut mit Tabak vermischt zur Zigarette gedreht und geraucht. *Marihuana* ist $\frac{1}{6}$ so schwach wie Haschisch; eine Pfeife Haschisch ist angeblich für die Lungen schädlicher als eine Packung Zigaretten. Das wirksame Prinzip ist Tetrahydrocannabinol, das in den USA bereits synthetisch hergestellt und auf dem Schwarzmarkt gehandelt wird. Achte auf die grünliche Hautverfärbung an Daumen und Zeigefinger durch Zigarettdrehen und Pfeifenstopfen! Daß die Haschischwelle nicht schon 1945 mit den Amerikanern nach Europa kam, ist nicht verwunderlich. Damals hatten wir andere Sorgen, wie Nahrung, Bekleidung und Wohnung. Erst das Wirtschaftswunder mit seinen sozialen Spannungen schuf die seelischen Motive. Wohlstand schützt also keineswegs vor Alkoholismus und Drogenrausch; im Gegenteil, begünstigt beides. Ebenso falsch ist die Behauptung, eine Liberalisierung würde sich günstig – prophylaktisch – auswirken, weil bekanntlich Erlaubtes uninteressant und reizlos werde. Sie würde zum Bumerang. Die Behauptung, angesichts des steigenden Alkohol- und Nikotinkonsums bei der älteren Generation müßte die Aufrechterhaltung des Haschischverbots unglaubwürdig erscheinen, kann jedoch nicht überzeugen; denn zwei „Gifte“ sind auf jeden Fall weniger schädlich als drei.

Man behauptet allen Ernstes, Haschisch sei harmlos bzw. relativ ungefährlich, auf keinen Fall aber ein Suchtmittel. J. Goddard, USA, geht sogar so weit, zu behaupten, das durch *Cannabis* aufgeworfene Pro-

blem sei lediglich die Folge der Illegalität. Die jetzige Gesetzgebung sei direkt verantwortlich für das „Entstehen einer neuen Kriminalität“.

Dagegen ist zu sagen: keine Droge ist auf die Dauer unschädlich, auch nicht der Tabak. Bei der Überprüfung dieser Frage ist die Dosierung zu berücksichtigen (*dosis facit venenum*, Paracelsus), die Konstitution und Disposition des Konsumenten, ferner das Alter, die verschiedenen Gesellschaftsstrukturen anderer Län-

der und Völker. Haschisch wird vor allem in der islamischen Welt von Marokko bis Hinterindien, in Lateinamerika und in den USA, Opium, Heroin vorwiegend in China, im Iran verbraucht. Die Motive sind teils materieller, teils geistiger Natur. Durch Haschisch wird das Gehör des Musikers gereizt, so daß tausende von Jazztrompetern zwangsläufig Hascher geworden sind, weil sie glauben, nur so beim Publikum anzukommen.

(Fortsetzung folgt)

Standesleben

Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

44. Fortbildungskurs – Leitung: Professor Dr. R. Groß

Tagesthema: „Herz: Leistungssteigerung und Insuffizienz“

Professor Dr. A. BERNSMEIER, Kiel:

„Aktuelle Probleme der Herzinsuffizienz“

Das Thema „Was ist eine Herzinsuffizienz?“ erscheint bis heute nicht lückenlos gedeutet. Klinisch kennt man das Mißverhältnis zwischen der Leistung des Herzmuskels und den Bedürfnissen der Peripherie; ein Zustand, der andererseits auch bei vaskulärer Insuffizienz, also Schock und Kollaps, eintreten kann. Physiologisch kann man die Funktionsstörung des Herzmuskels durch hämodynamische Studien messen. Die Kontraktilität, als Relation zwischen Kraft und Geschwindigkeit der Auswurfleistung, ist aber eine Laboratoriumsgröße, die nicht ohne weiteres auf das versagende menschliche Herz übertragen werden kann. Herzstoffwechseluntersuchungen ließen erkennen, daß die Substratversorgung nicht geschädigt ist. Demgegenüber bestehen offensichtlich biochemische Veränderungen, lokalisiert im mitochondrialen Bereich. Die Möglichkeit struktureller Schädigungen im Bereich von Actin und Myosin sind bisher nicht erwiesen. Der Kontraktionsablauf der Muskelfasern ist abhängig von der ATP-Aktivität und scheint gestört, wenn der Herzmuskel überdehnt ist, was nicht zuletzt mit dem enddiastolischen Druck zusammenhängt. In der Diskussion über mögliche ultrastrukturelle Veränderungen des insuffizienten Herzens spielt das endoplasmatische Retikulum eine zentrale Rolle. Hier sollen Kalziumionen die elektromechanische Koppelung wesentlich beeinflussen.

Ein einheitlicher pathogenetischer Mechanismus der Herzinsuffizienz ist bisher nicht formulierbar, das Spektrum von Störungen soll in den folgenden Referaten beleuchtet werden.

Professor Dr. W. HORT, Marburg:

„Herzhypertrophie und Herzinsuffizienz“

Die Tatsache einer Anpassungshypertrophie des Myokards ist jedem Arzt geläufig. Dabei ist die Ursachenkette durchaus noch nicht in allen Einzelheiten bekannt. Sowohl bei der Druck- als auch der Volumenbelastung wird eine erhöhte Spannkraft des Myokards gefordert, die den Anstoß zur Entwicklung der Herzhypertrophie geben dürfte. Diese Entwicklung kann erstaunlich rasch ablaufen. Im Tierexperiment ist bereits am zweiten Tag nach Druckbelastung eine Gewichtszunahme der Kammerwand meßbar. Andererseits bildet sich eine Hypertrophie zurück, wenn die Beanspruchung nachläßt. Ein Modell dafür bildet die postnatale Atrophie der Muskulatur der rechten Kammer nach Druckabfall im kleinen Kreislauf.

Der Pathologe kennt das Problem des kritischen Herzgewichtes. Bis zu 500 g wird die Hypertrophie unter Beibehaltung der Zellzahl durch Verdickung der Muskelfasern und damit durch Vermehrung der kontraktilen Elemente erreicht. Jenseits dieser Grenze läßt sich diese Adaptation nicht mehr steigern und es kommt zu einer Zunahme der Herzmuskelfasern, also zu einer Hyperplasie. Dies wiederum bedingt eine Vermehrung der Kapillaren; denn das Verhältnis von einer Kapillare zu einer Muskelfaser bleibt gewahrt. Damit wird aber auch verständlich, daß die Achillesferse der Blutversorgung des Myokards nicht im Kapillarnetz liegen kann, sondern in den versorgenden Kranzarterien. Auch für deren Kapazität gilt das kritische Herzgewicht von 500 g als eine Schwelle. Wenn in höherem Alter zunehmend sklerotische Einengungen im Koronarbereich stattfinden, summieren sich die Voraussetzungen der Ischämie.



Prof. Dr. A. Eernsmeler
Kiel



Prof. Dr. W. Hort
Marburg

Für die akute Herzinsuffizienz — z. B. die akute Rechtsüberlastung während einer Lungenembolie — wurde die drastische Überdehnung der Muskelfasern als pathogenetisch entscheidendes Moment angeschuldigt. Mikrometrische Untersuchungen haben aber gezeigt, daß infolge der Schutzwirkung des Herzbeutels eine gefährliche Überdehnung verhindert wird, d. h., die diastolische Sarkomerenlänge liegt noch im Bereich des Spannungsgipfels. Demnach sind nicht die ungünstigen geometrischen Arbeitsbedingungen der Herzmuskelfasern die Ursache der akuten Herzinsuffizienz, sondern die akute Verminderung der Kontraktilität i. S. einer echten Mangelinsuffizienz.

Bei der chronischen Herzinsuffizienz bestehen andere Verhältnisse, indem hier das Herzgewicht eindeutig vermehrt ist. Ein makroskopisch wichtiges Kriterium ist außerdem die Dilatation. Die Faserdehnung scheint jedoch der des normalen Herzens zu entsprechen. Morphologisch ist also das Versagen oft schwer zu deuten. Auch elektronenmikroskopische Untersuchungen haben bisher den Schlüssel zum Verständnis nicht liefern können. Zweifellos arbeiten dilatierte Herzen unter ungünstigeren mechanischen Bedingungen, da eine sehr hohe systolische Spannkraft entwickelt werden muß. Wenn zudem ein Hypertonus besteht, wird verständlich, daß die Vermehrung der Muskelmasse nicht mehr ausreichen wird, um die geforderte Spannkraft zu erreichen.

Professor Dr. W. MEESMANN, Essen:

„Zur Pathophysiologie des Herzstoffwechsels bei der Herzmuskelinsuffizienz“

60–70% des arteriell angebotenen Sauerstoffs werden während einer Passage im Herzmuskel aufgenommen. Diese hohe Sauerstoffausschöpfung des Koronarblutes engt die Möglichkeiten bei akutem Mehrbedarf ein. Die „sogenannte Koronarreserve“ besteht in einer Koronardurchblutungssteigerung bis zu 400%, was bei morphologischen Gefäßveränderungen reduziert ist bzw. entfällt. Der O₂-Verbrauch ist weitgehend mit der inneren Herzarbeit korreliert, d. h. Spannungsentwicklung in der Kammerwand mal Herzfrequenz und Kontraktionsgeschwindigkeit. Für die sauerstoffabhängige Energiegewinnung sind folgende drei Phasen bedeutsam:

1. Die Energiefreisetzung, als Folge der Oxydation der Substrate, der Glykolyse, der Lipolyse und der Dehydrierung, die im Krebs- bzw. Zitronensäurezyklus entsteht.
2. Die Energiekonservierung geschieht über die energiereichen Phosphate, was sich an den Membranen der Mitochondrien vollzieht.
3. Die Energieverwertung oder Utilisation geschieht durch hydrolytische Spaltung der ATP, was letztlich die mechanische Herzarbeit unterhält. Die dafür notwendige Myofibrillen-ATP-Phase ist in den Myofibrillen der Herzmuskelzellen selbst lokalisiert.

Kreatinphosphat ist gewissermaßen das Depot für energiereiches Phosphat. Sein Bestand reduziert sich bei anhaltend schweren Druck- und Volumenbelastungen.

Eine Herzmuskelinsuffizienz infolge isolierten Substratmangels gibt es nicht. Ehe dieser Zustand Bedeutung bekäme, hätte die Hypoxie längst drastischere Folgen nach sich gezogen.

Der Myokardstoffwechsel bei der akuten Insuffizienz ist außer bei verschiedenen Intoxikationen immer durch die akute Anoxie oder Ischämie belastet. Dies wiederum führt zu einem raschen Abbau und Mangel an energiereichem Phosphat. Deshalb kann man diese Art des Herzversagens auch als Energiemangelinsuffizienz bezeichnen. Klinische Ursachen sind koronare Durchblutungsstörungen, alle Formen der O₂-Mangelatmung, hochgradiger Blutverlust und CO-Vergiftungen. Es ist verständlich, daß Herzglykoside hierbei kein geeignetes Therapeutikum sein können.

Bei der chronischen Insuffizienz des hypertrophierten Herzmuskels ist die erste Phase, die der Substrataufnahme, ungestört. Andererseits ist die hämodynamische Koronarreserve vermindert, was bei jeglicher Belastung rasch zu einer relativen Hypoxie führt. Daraus resultiert im mikroskopischen Bereich eine Mangelinsuffizienz und morphologisch kleine Zell- und Gewebsnekrosen bzw. -narben. Ein genereller Mangel an energiereichen Phosphaten wie bei der akuten hypoxischen Herzmuskelinsuffizienz ließ sich für das chronisch hypertrophierte Myokard nicht nachweisen. Der Kreatin-Phosphat-Gehalt jedoch ist auch bei diesen Herzen reduziert. Interessanterweise bleibt aber die Kontraktilität des isolierten Papillarmuskels in der Drucküberlastung insuffizient, wenn sein Kreatin-Phosphat-Gehalt wieder aufgefüllt wird. Letzterer kann also nicht die unmittelbare Ursache für die Kontraktionsinsuffizienz sein. Zusammenfassend besteht bei der chronischen Insuffizienz also weder eine Störung der ersten noch der zweiten Phase, vielmehr ist die Utilisation — die dritte Phase — betroffen. Wahrscheinlich liegen keine strukturellen Veränderungen der kontraktilen Proteine zugrunde, sondern eine Schwäche, dieselben zu aktivieren. FLECKENSTEIN konnte experimentell durch Kalziumentzug eine Utilisationsinsuffizienz nachahmen. Ähnliches gelingt durch sehr hohe Dosen von Barbitursäure, β -Rezeptoren-

blockern oder verwandte Substanzen, sowie bestimmte Lokalanästhetika oder antifibrillatorisch wirkende Pharmaka. Alle greifen sie hemmend in die elektro-mechanischen Koppelungsprozesse ein. Die Kalziumionen vermögen die Myofibrillen-ATP-Phase zu aktivieren. Herzglykoside, Katecholamine und Sympathikomimetika potenzieren diesen Effekt. Die Aktivität der Myofibrillen-ATP-Phase läßt sich tierexperimentell durch Druckbelastung, aber auch kalziumunabhängig, reduzieren, was in der Pathogenese der Utilisationsinsuffizienz neben der Kalziumtheorie beachtet werden muß.

Der Einfluß des sympathischen Nervensystems auf die Aktivität des Myokards ist auch bei der Insuffizienz untersucht worden. Reflektorisch bestehen erhöhte Noradrenalinwerte im Plasma, jedoch im Myokard selbst wurde während der Insuffizienz eine Abnahme des Noradrenaliningehaltes gemessen. Diese Diskrepanz läßt vermuten, daß die Gesamtzahl der sympathischen Nervenenden im hypertrophierten und insuffizienten Myokard vermindert ist. Eine tierexperimentell-medikamentöse Blockade der sympathischen Einflüsse führte nicht zur Abnahme der Kontraktibilität. Die Verarmung an Noradrenalin im Myokard kann somit nicht der ursächliche Faktor, vielmehr die Folge der Insuffizienz sein. Während der chronischen Insuffizienz scheint die Ansprechbarkeit auf sympathische Reize reduziert, was in der Noradrenalinverarmung zum Ausdruck kommt. Die am normalen Herzen erreichbare Steigerung der Kontraktionskraft durch sympathische Einflüsse bleibt am insuffizienten Herzen aus. Durch die parallelen Einflüsse am Gefäßsystem kommt es allerdings zu einer weiteren Verschlechterung der kardialen Situation

Privatdozent Dr. J. SCHAEFER, Kiel:
„Klinik der Insuffizienz des Herzens“

Die klinischen Zeichen der Herzinsuffizienz sind im wesentlichen Rückwirkungen auf andere Organsysteme. Dabei unterscheidet man die Rechts- und Links-herzinsuffizienz. Die chronische Rechtsherzinsuffizienz kennzeichnet sich durch venöse Stauung, Aszites und Ödeme sowie periphere Zyanose. Der verzögerte Rückstrom betrifft nicht nur die Venen, sondern auch die Lymphabflußbahnen. Die Zeichen der Linksüberlastung sind geprägt durch die Stauung im kleinen Kreislauf, subjektiv als Dys- und Orthopnoe empfunden. Die Diffusionsstrecke wird durch das interstitielle und intraalveoläre Ödem verbreitert und führt zu einer Sauerstoffuntersättigung des arteriellen Blutes.

Neben den beschriebenen Druckerhöhungen vor der jeweilig insuffizienten Herzkammer kommt es zu zahlreichen regulatorischen Umstellungen. Durch Verringerung der zirkulierenden Blutmenge wird die arteriovenöse Sauerstoffdifferenz verringert, was einer kompensatorisch besseren Ausschöpfung des Sauerstoffangebotes in der Peripherie gleichkommt. Die Blutver-

teilung ändert sich im Sinne einer eingeschränkten Perfusion von Leber, Intestinum und Extremitäten. Wenn die Möglichkeiten der peripheren Sauerstoffausschöpfung nicht mehr ausreichen, kommt es zur Hypoxie des Gewebes, im drastischen Fall zur kardialen Kachexie. Reaktiv erhöhte Stoffwechselfvorgänge — in der Atemmuskulatur, im Herzmuskel, im Knochenmark — erleiden zusätzlichen Schaden.



Prof. Dr. W. Meesmann
Essen



Priv.-Doz. Dr. J. Schaefer
Kiel

Die unmittelbare Herzsymptomatik während der Insuffizienz zeigt sich in Tachykardie und in fortgeschrittenen Stadien, in einem protodiastolischen und präsys-tolischen Galopprrhythmus. Dies ist die Folge erhöhter Vorhofdrucke. Die röntgenologische Herzvergrößerung entspricht der Zunahme des in den Kammern enthaltenen Blutvolumens. Die normalerweise 50% Auswurfmenge des Gesamtvolumens ist in der insuffizienten Kammer auf 20 bis 30% reduziert. Diese Steigerung des enddiastolischen Volumens erfordert wiederum eine erhöhte Kraftentwicklung in der Austreibungsphase, also erhöhten Sauerstoffbedarf bei zunehmender relativer Koronarinsuffizienz.

Als Ursachen der myogenen Insuffizienz muß die Bedeutung des Frank-Starling-Mechanismus, die zeitlichen Zusammenhänge der Kontraktibilität und die Relation zwischen Herzfrequenz und Herzkraft, diskutiert werden. Der für das gesunde Herz gültige Starling-Mechanismus wird den Verhältnissen der stärkeren Herzinsuffizienz nicht gerecht. Trotz zunehmenden enddiastolischen Volumens und Druckes bleibt das Schlagvolumen vermindert. Pathophysiologisch ist bisher unentschieden, ob die Abnahme des Schlagvolumens bei der Herzinsuffizienz durch die Tendenz zum absteigenden Schenkel der Starling-Kurve zu deuten ist. Diese Frage wäre klinisch relevant, um zu entscheiden, ob eine Insuffizienz ohne Lungenödem mit Aderlaß oder Infusionen behandelt werden soll. Auch aus der Mikrostruktur — den Sarkomeren — läßt sich keine „Überdehnungstheorie“ begründen. Das zweite Problem der Pathogenese bezieht sich auf die Kontraktionsinsuffizienz. Dieser Zustand läßt sich experimentell durch β -Rezeptorenblocker erzeugen, genauso wie umgekehrt durch Katecholamine eine Steigerung meßbar ist. Schließlich ist bei zunehmender Frequenz ein Optimum der Einzelkontraktion nach der „Bode-

widschen Treppe" zu erwarten, um bei weiterer Frequenzzunahme dann rasch abzufallen. Die Untersuchung von Frequenz-Kraftbeziehungen bieten eine zukünftige Möglichkeit, bestimmte Formen der Herzinsuffizienz zu differenzieren.

Professor Dr. W. SIEGENTHALER, Bonn:

„Wasserhaushalt und Elektrolyte bei der Herzinsuffizienz und Ihre therapeutische Beeinflussung“

Die Herzinsuffizienz neigt zur isotonen Hydratation. Dies entspricht einer Ausweitung des extrazellulären Raumes, ohne Änderung der Osmolarität und der intrazellulären Verhältnisse. Die Ödembildung kann entweder durch eine Erhöhung des hydrostatischen Druckes, eine Erniedrigung des kolloidosmotischen Druckes, oder eine Erhöhung der Permeabilität der Kapillaren zustande kommen. Zu dem erhöhten Venentonus gesellt sich zunehmend eine Insuffizienz des Lymphsystems und eine reaktive Tendenz zur Natrium- und Wasserretention. Bei meist normalen Serum-Natriumwerten erhöht sich der Natriumbestand des Organismus. Die Niere ist das wichtigste Regulationsorgan, indem die Natriumretention entweder durch Herabsetzung des Glomerulumsfiltrates oder durch Steigerung der tubulären Rückresorption zustande kommt. Als therapeutische Konsequenz bedarf es einer Beschränkung der Natriumaufnahme — salzarme Kost — und einer medikamentösen Erhöhung der Ausscheidung — Diuretika — unter Beachtung der dabei drohenden Hypokaliämie.

Die heute verfügbaren Diuretika lassen sich wie folgt einteilen:

1. Osmotische Diuretika (Mannit, Sorbit), die mehr der Therapie des akuten Nierenversagens vorbehalten sind.
2. Purine (Theophyllin und Theobromin), die nur einen geringen Effekt liefern.
3. Quecksilberdiuretika, deren Nephrotoxizität eine unnötige Belastung darstellt.
4. Sulfonamiddiuretika — Carboanhydrase-Hemmer, Benzodiazin-Derivate, Benzodiazin-Analoga, deren Nebenwirkungen auf den Kalium- und Säurebasenhaushalt zu beachten sind.
5. Mefrosid, welches die Nierendurchblutung nicht negativ beeinflussen soll, aber auch Hypokaliämien induzieren kann.
6. Etacränsäure, dessen Wirkung beinahe so stark ist wie diejenige von Furosemid.
7. Aldosteron-Antagonisten, die spezifisch die zelluläre Aldosteronwirkung und damit vor allem die distal-tubuläre Austauschfunktion von Natrium- und Kaliumionen hemmen.

Die maximale Wirkung dieser Pharmaka wird erst nach 4 bis 5 Tagen erreicht. Alle Formen des primären oder sekundären Hyperaldosteronismus bieten die Möglichkeit einer selektiven, fast physiologischen Therapie.

Eine Kombination mit Diuretika, die im proximalen Tubulus angreifen, ergibt eine potenzierte Wirkung, da genügend Natriumionen distal angeboten werden. Darüber hinaus kennt man Substanzen, die in die Aldosteronbiosynthese der Zona glomerulosa der Nebennierenrinde eingreifen können und als Adrenostatika einen natriuretischen Effekt ausüben können. Hierzu gehören Triparanol, Amphenon, Heparin und Heparinoide.

Die hormonellen und neuralen Regulationen als Folge einer Reduktion des austauschbaren Natriums und einer damit verbundenen Verminderung des Plasmavolumens kommen teilweise über das in der Niere gebildete Renin zustande, das durch Aktivierung von Angiotensin eine Stimulation der Aldosteronsekretion bewirken kann, teilweise durch Aktivierung des sympathiko-adrenalen Systems mit vermehrter Katecholaminausscheidung. Hypovolämie und Angiotensin II sind mögliche Stimuli dieser neurohumoralen Mechanismen.

Leider steht der Wirkungsgrad der Diuretika in direkter Beziehung zum Grad der Nebenwirkungen. Die heute meist gebräuchlichen Saluretika tendieren zur hypochlorämischen Alkalose und Hypokaliämie, die Aldosteron-Antagonisten zur hyperchlorämischen Azidose und Hyperkaliämie.



Prof. Dr. W. Siegenthaler
Bonn



Prof. Dr. K. Greeff
Düsseldorf

Durch Messung der Kreislaufzeiten (Arm-Ohr-Zeit, Lungen-Ohr-Zeit) besteht eine einfache Methode zur Beurteilung der therapeutischen Maßnahmen während einer Herzinsuffizienz. Bei Kranken, welche ausschließlich Herzglykoside erhielten, ließ sich in 8 von 10 untersuchten Fällen eine gute Korrelation der Verkürzung der Kreislaufzeit mit Abnahme des Gewichtes und der Lungenstauung beobachten. Bei Patienten, welche mit Glykosiden und Diuretika therapiert wurden, zeigten 14 von 16 den gleich günstigen Effekt. Bei einer dritten Gruppe, die nur mit oralen Diuretika behandelt wurde, bot sich interessanterweise trotz Gewichtsabnahme keine signifikante Verkürzung der Kreislaufzeiten, teilweise sogar ein Rückgang des Herz-Minutenvolumens mit Verlängerung derselben. Die subjektive Symptomatik ändert sich im Sinne einer larvierten Herzinsuffizienz, indem Lungenstauung und Ödeme schwinden, die hämodynamische Leistungsfähigkeit des Herzens jedoch absinkt.

Thomae



Mit Digipersantin® schafft es das Herz

weil die Therapie der Herzinsuffizienz mit Digipersantin
mehr als eine Digitalis-Behandlung ist.

Professor Dr. K. GREEFF, Düsseldorf:

„Pharmakologische Grundlagen der Digitalis-Therapie“

Die pharmakologischen Grundlagen der Digitalistherapie sind problematischer als man dies bei einer so weitverbreiteten Medikation vermuten würde. Wirkungsstärke, Wirkungsdauer und enterale Resorption sind die klinisch wichtigsten Kriterien der einzelnen Glykoside. Die Erreichung eines Vollwirkspiegels ist indirekt an der Herzfrequenz, der Ödemausschwemmung, der Beruhigung der Ruhedyspnoe – also dem eindeutigen Rückgang der Zeichen der Herzinsuffizienz – zu erkennen. Nach i.v.-Gabe von Digitalispräparaten setzt eine sehr rasche und hohe Bindung und Wirkung am Herzen ein, die sich aber in den folgenden zwei Stunden durch Rückverteilung den Verhältnissen einer oralen Medikation angleicht. Der Ausscheidungsweg vollzieht sich für alle wasserlöslichen Glykoside und für die wasserlöslichen Metaboliten über die Niere. Die lipophilen Anteile und Metaboliten machen hingegen einen enterohepatischen Kreislauf durch, bis die Endabbauprodukte wasserlöslich und damit über die Niere eliminierbar werden. Die daraus resultierenden unterschiedlichen Abklingquoten für Strophanthin und Digitalispräparate erfahren bei der Niereninsuffizienz eine gewisse Umkehr, indem die wasserlöslichen Anteile zu langwirkenden Pharmaka werden. Es empfiehlt sich, während renaler Retention, Digitoxin Präparate zu bevorzugen.

Die unmittelbare Messung der Digitaliswirkung an der Kontraktilität des Myokards läßt keine spezifischen Unterschiede der einzelnen Präparate erkennen. Eine Differentialtherapie ist also ausschließlich nach pharmakodynamischen Gesichtspunkten sinnvoll. Die Nebenwirkungen sind teils kardial – Überleitungsstörungen, Extrasystolen, Kammertachykardien – und teils extrakardial – zentrales Erbrechen. Diese Toxizität kann durch Antiarrhythmika vermindert werden, doch muß man sich der Gefahr eines plötzlichen Herzstillstandes durch totalen a.v.-Block bewußt bleiben. Diphenylhydantoin hat sich aus dieser Wirkstoffgruppe in letzter Zeit am besten bewährt. Außerdem potenzieren Kaliumverluste die Digitalistoxizität, umgekehrt ist die Kaliumsubstitution eine Prophylaxe der erwähnten Nebenwirkungen.

Der Wirkungsmechanismus der Glykosidtherapie ist bezüglich der physiologisch-hämodynamischen Parameter – Kontraktilität, Bradykardie und Steigerung des Wirkungsgrades – klar umrissen. Die biochemischen Verhältnisse sind in den letzten Jahren intensiv untersucht worden und sprechen insgesamt für eine Steigerung der Kalziumionenwirkung. Die kontraktilen Elemente – Actin, Myosin – sind von der Energiefreigabe aus ATP abhängig, welche in ständiger Wechselwirkung von ionisierten und entionisierten Kalziumanteilen rhythmisch induziert wird. Dabei spielen Kalium-Transportverhältnisse eine wesentliche Rolle.

Klinisch kann die Glykosidempfindlichkeit durch folgende Gegebenheiten beeinflusst werden: Niereninsuffizienz (= Glykosidkumulation), Myokardschäden und schwere Herzinsuffizienz (infolge intrazellulärer Kaliumverarmung), Hypokaliämien (infolge Diuretika und Laxantien, sowie Kortikosteroide und hochdosierte Insulingaben während Coma diabeticum), Fieber, Hyperthyreose und exzessive Steigerung der Schlagfrequenz (infolge einer Verschiebung der Elektrolytverhältnisse – insbesondere intrazellulärer Kaliummangel).

Privatdozent Dr. W. NIEDERMAYER, Privatdozent Dr. J. SCHAEFER und Privatdozent Dr. H. J. SCHWARZKOPF, Kiel:

„Möglichkeiten zur mechanischen Unterstützung des versagenden Herzens“

Auf der Suche nach geeigneten Methoden, um akute Notfallsituationen im Rahmen der Herzinsuffizienz und des kardiogenen Schocks zu überbrücken, bieten sich folgende Möglichkeiten an:

1. Verfahren, die eine überwiegende Volumenüberlastung des Herzens bewirken;
2. Methoden, die vor allem die vom Herzen aufzubringende Druckarbeit reduzieren und schließlich
3. die Kombination beider Methoden.



Priv.-Ooz.
Dr. W. Niedermayer, Kiel



Priv.-Ooz.
Dr. H. J. Schwarzkopf, Kiel

Es lag nahe, zur Volumenentlastung die Herz-Lungen-Maschine heranzuziehen, doch hat sich dieser Weg eher als eine Belastung als eine Hilfe erwiesen. Zur Druckentlastung wurden verschiedene Varianten der arteriellen Gegenpulsation erwogen. Ein gegen die normale Blutstromrichtung geführter Pumpstoß soll eine Veränderung des arteriellen Pulsprofils bewirken. Die für die Gegenpulsation notwendige Blutentnahme kann auch venös vorgenommen werden, um den beim Kreislaufschock erniedrigten Systemdruck nicht weiter zu belasten. Prinzipiell soll der früh- und mitdiastolische Druck angehoben werden, um die systolische und enddiastolische Belastung herabzusetzen. Diesem Zweck, der Phasenverschiebung des arteriellen Pulses, vermag auch ein in die Aorta eingeführter Ballonkatheter zu dienen. Durch akute Entleerung desselben während der isometrischen Kontraktionsphase des

linken Ventrikels vermag man die Voraussetzungen zu einer Erholung der Kontraktilität zu schaffen. Die Vorteile des zuletzt erwähnten Verfahrens liegen in der Gasfüllung, der dadurch vermiedenen Hämolyse und der leichteren Steuerfähigkeit dieses Systems.

Schließlich konnte in eigenen Arbeiten durch Einsatz von Computern eine Berücksichtigung von Herzrhythmusstörungen erreicht werden, was ungünstige Überlagerungen eines starr arbeitenden Pumpenmechanismus vermeidet.

Die bisherigen Versuche der arteriellen Gegenpulsation gewinnen eine besondere Bedeutung für die Perfusion der Koronargefäße, insbesondere beim Infarkt, wo eine Autoregulation durch die bestehende Koronarsklerose nicht mehr zu erwarten ist. Da eine Gegenregulation nicht eintreten kann, muß der künstlich erzeugte Druckanstieg während der Diastole bei Gegenpulsation voll zur Wirkung kommen und die Koronardurchblutung steigern.

Professor Dr. H. GÜTHEIL, Erlangen-Nürnberg:

„Herzinsuffizienz im Kindesalter“

Die Wertigkeit der Symptome einer Herzinsuffizienz zeigt gewisse Unterschiede zwischen Kindern und Erwachsenen. In der Pädiatrie steht meist die Vergrößerung der Leber, die Tachypnoe – am besten zu beobachten beim schlafenden Kind – und die zunehmende Dyspnoe im Vordergrund. Die kardialen Hustenanfälle können pertussiformen Charakter annehmen. – Als häufigste Ursache liegen angeborene Herzfehler zugrunde. Die klassische Einteilung in Rechts- und Linksinsuffizienz wird dabei häufig durch Septumdefekte verwischt.

Unter den entzündlichen Herzerkrankungen ist die rheumatisch bedingte Myokarditis in den letzten Jahren selten geworden. Demgegenüber haben virusbedingte Formen, vorwiegend bei Säuglingen und Kleinkindern, an Bedeutung gewonnen. Der Erregernachweis kann nicht abgewartet werden, da die klinische Bedrohung eine sofortige Therapie mit Kortikosteroiden, Glykosiden und eventuell Isoptin erfordert. Ätiologisch unklar ist nach wie vor die Endokardfibrose bzw. Fibroelastosis endocardica. Die Prognose ist ungünstig. Paroxysmale Tachykardien sind im Säuglingsalter eine akute Gefährdung, da nach 36 Stunden bereits 19 %, nach 48 Stunden 50 % der Kinder dekompensiert sind.

Therapeutisch ist neben der Gabe von Kardiaka, Bekämpfung der Ödeme und Kompensation des Säurebasenhaushaltes eine ausreichende Sedierung zu beachten. Es hat sich gezeigt, daß der Glykosidbedarf in den ersten 24 Lebensmonaten – bezogen auf das Körpergewicht – um 50 bis 100 % höher liegt als im späteren Kindesalter. In der Pädiatrie wird Lanatosid C und Digoxin den Digitoxin- und Strophanthin-Präparaten gegenüber bevorzugt.

Professor Dr. G. STÖRRING, Kiel:

„Psychosomatische und somato-psychische Probleme zum Rahmenthema“

Psychische Auffälligkeiten im Rahmen einer Kreislaufinsuffizienz findet man besonders bei älteren Menschen infolge der disponierenden Hirngefäßsklerose. Die Herzinsuffizienz im Gefolge von grippalen Infekten, Bronchopneumonien und anderen toxisch-infektiösen Erkrankungen bringt die latente zerebrale Durchblutungsinsuffizienz zur Geltung. Im übrigen ist es um die „reinen Kreislaufpsychosen“ in letzter Zeit still geworden. Man weiß vielmehr, daß Psychosen manisch-depressiver Pykniker deshalb als „Kreislaufpsychosen“ mißdeutet wurden, weil konstitutionell Hypertonien bestehen. Dies sind parallellaufende Erscheinungen ohne jeglichen Kausalnexus.

Während der Therapie von Hypertonikern sind psychotische Begleiterscheinungen denkbar und geläufig, was sich durch den Auslaßversuch bestätigt. Nach schweren, kreislaufbelastenden Eingriffen – insbesondere Herzoperationen – aber auch nach Reanimationsbemühungen auf Intensivabteilungen beobachtet man oft schwere psychoorganische Durchgangssyndrome mit günstiger Prognose, leider aber auch psychoorganische Defektzustände. Besonders eindrucksvolle Beispiele sind die Fälle mit apallischem Syndrom, nachdem es gelang, die Patienten vom körperlichen Tod zu erretten, den psychischen Tod aber nicht überwunden zu haben.

Relativ häufig sind die somato-psychischen Störungen bei älteren Patienten i. S. nächtlicher deliranter Unruhe und Verwirrtheit, eventuell auch durch ängstlich-wahnhaftige Vorstellungen und schreckhafte Halluzinationen geprägt, die nicht selten paradox zur Besserung der sonstigen klinischen Symptomatik nachhinken. Dieses auffallende, prognostisch aber günstige Reizsyndrom des Gehirns bedarf einer geduldigen Weiterbetreuung. Langwieriger sind Fälle, in denen zusätzlich infektiös-toxische Einflüsse bestehen. Auch hier dürfen Apathie, Unruhe, Desorientiertheit und delirantes Verhalten nicht zur voreiligen Abwertung i. S. einer senilen Demens verleiten, da konsequente internistische Therapie und gewissenhafte Pflege mit frühzeitigem Aufstehenlassen häufig doch noch einen überraschenden Wandel herbeiführen. Während des dramatischen Geschehens eines Herzinfarktes mit Vernichtungsgefühl und vitaler Angst kann ein reflektorisches Schreckerleben mit Gefühl- und Affektlähmung ausgelöst werden. In späteren Stadien erlebt der Pa-

88. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

vom 14. bis 17. April 1971 in München

FLUMIDIN COMP. *beseitigt Grippe*



FLUMIDIN COMP.

- kausale und symptomatische Komponente der Grippe-
Behandlung in einer Tablette - vereinfacht die Durchführung
der Therapie bei reduzierten Behandlungskosten.

Information und Muster durch Deutsche Kabi GmbH,
8 München 15, Postfach 182



FLUMIDIN COMP.





Prof. Dr. H. Guthell
Erlangen-Nürnberg



Prof. Dr. G. Störring
Kiel

tient eine „Sekundärangst“, weniger als körperliches Krankheitsgefühl, sondern als Rat- und Hilflosigkeit, als hoffnungslose Sorge oder sogar als Grübelzwang. Nach größeren Infarkten entstehen organische Insuffizienzerscheinungen, die fast unlösbar verknüpft sind mit funktionell-nervösen, depressiv-neurotischen Herzangstsyndromen, die DELIUS als organisch-funktionelle Mischbilder bezeichnet und analysiert hat. Die ärztliche Führung, u. U. in Zusammenarbeit von Sômatiker und Psychiater, gewinnt hier besondere Bedeutung.

Die eigentliche Domäne für den Psychiater und Psychotherapeuten sind die so häufigen nicht-organisch bedingten und oft anfallsartig auftretenden Herzangstsyndrome, denen Neurosen und depressive Phasen, manchmal auch Dämmerattacken bei Schläfenlappenepilepsie zugrunde liegen. Es bedarf der ersten Rückversicherung von Psychiater und Internist, um nicht durch einseitige Betrachtung am falschen Objekt mit falschen Mitteln zu therapieren.

Professor Dr. W. HOLLMANN, Köln:

„Herzleistungsfähigkeit und Sport“

Dem Sportmediziner stellen sich unter obigem Thema folgende Fragen:

1. Der Einfluß unterschiedlicher muskulärer Beanspruchungsformen auf die Leistungsfähigkeit des Herzens;
2. Normal- und Maximalwerte der kardiopulmonalen Kapazität bei Mann und Frau;
3. die Adaptationsstufen des kardiopulmonalen Systems im Übergang vom untrainierten zum trainierten Zustand;
4. die Minimaltrainingsdosis zur Beeinflussung der Herzleistungsfähigkeit;
5. die Beeinflussung der kardialen Kapazität durch Bettruhe;
6. Indikationen für Sport oder Training im Rahmen der Herzklinik.

Das zuverlässigste Kriterium zur Beurteilung der kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit bzw. der allgemeinen aeroben Ausdauer, ist das maximale Sauerstoff-

aufnahmevermögen pro Minute. Der wichtigste Faktor hierfür ist das Herzzeitvolumen. Die Steigerung desselben kann nur durch eine Vermehrung des maximalen Schlagvolumens erreicht werden, was von einer Vergrößerung des Herzvolumens abhängt. Die Grenze der Leistungsfähigkeit, d. h. das größte Herzminutenvolumen, kann etwa gleichermaßen durch Bewegungsformen wie Laufen, Radfahren und Schwimmen erreicht werden. Die größten Effekte auf die kardiopulmonale Leistungsfähigkeit üben Ausdauer-Sportarten, wie Radrennen, Skilanglaufen, Langstreckenläufe, Rudern usw., aus. Keine oder nur geringe Effekte weisen hingegen Geräteturnen, Gewichtheben, Golf usw. auf. Selbst weltbeste Sportler dieser Disziplinen unterscheiden sich in der Herzleistungsfähigkeit nicht von Normalpersonen gleichen Alters. Als Durchschnittswerte der maximalen Trainierbarkeit des Kreislaufes kann man für gesunde Menschen des dritten Lebensjahrzehntes 20 bis 25 % ansetzen. Bei „geschonten“ Personen ist diese Zahl infolge eines Trainingsrückstandes noch zu steigern.

Die Anpassung an ein Ausdauertraining vollzieht sich:

1. über vegetative Beeinflussung in Richtung einer trophotropen Einstellung, erkennbar an einer Reduzierung der Ruhefrequenz;
2. über eine verstärkte Kapillarisation bzw. Vaskularisierung und damit ökonomischere Blutverteilung;
3. durch eine Zunahme des Herzvolumens, des maximalen Schlagvolumens, der Gesamtblutmenge und des Totalhämoglobingehaltes.

Für Gesundheitszwecke der Präventivmedizin ist nur eine Adaptation nach Punkt 1 und 2 maßgeblich. Dazu genügt ein täglich 5- bis 10minütiges Training, ausgerichtet auf allgemeine aerobe Ausdauer.

Schließlich ist in diesem Zusammenhang zu erwähnen, daß die Bettruhe rasch eine Reduktion der Sauerstoffaufnahme, des Herzvolumens und des Sauerstoffpulses herbeiführt. Diese Leistungsverluste gehen mit Regulationsstörungen des Kreislaufes, oftmals auch mit Rhythmusstörungen des Herzens einher. Der Kliniker sollte deshalb jeweils sorgfältig überlegen, ob und wie lange Bettruhe tatsächlich erforderlich sind.

Aus der Sicht kardiologischer Kliniken ist der Sport ein echtes Therapeutikum bei leistungsschwachem Kreislauf ohne pathologischem Organbefund und bei Kreislaufregulationsstörungen, oftmals kombiniert mit Hypotensionen. In diesen Fällen ist das körperliche Training durch kein Medikament zu ersetzen. Patienten mit latenter oder chronischer Koronarinsuffizienz im Zustand nach Herzinfarkt oder nach längerer Bettruhe bedürfen eines individuell dosierten Trainingschemas, um in Kombination mit der sonstigen Therapie die oben angegebenen Anpassungsstufen 1 und 2 wieder zu erreichen.

(Fortsetzung folgt)

„Ärztliche Fortbildung im Chiemgau“ als Mittelmeer-Kreuzfahrt

vom 18. bis 30. Oktober 1970

In den Mittagsstunden des 18. Oktober trafen sich die rund 150 Teilnehmer, darunter erfreulicherweise auch zahlreiche jüngere Ärztinnen und Ärzte, Kollegen aus Österreich und der Schweiz, sowie die 14 Referenten – der Einladung des wissenschaftlichen Leiters Professor Dr. W. HIRSCH, Traunstein, folgend – im Hafen von Venedig auf dem modernen und zweckmäßigen Kreuzfahrerdampfer MS „Liburnija“ (3500 BRT) unter jugoslawischer Flagge.

Die 13tägige Fahrt sollte zu zwei Kulturkreisen führen: in die Griechische Ägäis (Epidaurus mit dem Askulap-Heiligtum, Kos – die Heimat des Askulaps –, Rhodos und die Akropolis von Lindos, Kap Sounion mit dem Poseidon-Tempel) und in die Türkei (Istanbul, Kusadasi und Ephesus).

Vorweggenommen: Die Kreuzfahrt wurde ein voller Erfolg – medizinisch durch die geglückte Auswahl von Referenten und Themen, kollegial-menschlich durch die nette und ungezwungene Atmosphäre, medizingeschichtlich-kulturell durch die von Kennern gewählte Route.

Der vorzüglichen und beweglichen Organisation (Dr. MATUSCZYK, Prien, und Familie BISCHOFBERGER von der American-Express-Company/Zürich) verdankten die Teilnehmer, daß aus dem Zwang zur Änderung der Reiseroute noch während der Fahrt – der Schatten der Cholera schwebte über der Türkei – eine Intensivierung der Begegnung mit der Antike resultierte, die alle begeisterte. Die Odyssee der Mediziner des Alpenraumes endete für die meisten direkt vor der Haustür, da der Orientexpress außerplanmäßig in Traunstein und Prien hielt. Ein Extra-Bravo dem Zugführer und unserer Leitung! Nur einmal grollte Zeus und schickte vor Mykonos widrige Winde, die mit Sturmstärke von 8 bis 9 die ärztliche Fortbildung und das gesamte Leben auf dem Schiff gleichermaßen stark beeinträchtigten. Soviel der Widrigkeiten.



Ärztliche Fortbildung auf dem Belvedere-Deck

13 Tage bewiesen: Die Prämisse guter ärztlicher Fortbildung – „Aktuelle und praxisnahe Medizin“ –, das Motto dieser Reise, war keine leere Formel. Vom Alltag ungestörte ärztliche Fortbildung – fern des Dozierens und der geistig-sterilen Hörsaalatmosphäre – wurde geboten, Medizin in einer glücklichen Mischung von Entspannung und gerade dadurch gesteigerter Aufnahmefähigkeit. Es entstand schon bald das Fluidum des Miteinanders von Dozenten und Hörern, das spürbare Bemühen um Objektivität und um ehrliche Medizin im Bewußtsein eines gemeinsamen und immerwährenden Lernenmüssens. Dieser integrale Bestandteil jeglichen Arztseins verband die Mediziner aus drei Ländern, ließ diagnostische und therapeutische Bilanzen finden und führte zu sachlichen, aber oft auch heißen Diskussionen bis an die Bar und in die gesellschaftlichen Abende hinein. Neues zu lernen, Bewährtes zu vertiefen, die eigene Urteilskraft zu trainieren und den persönlichen Standpunkt zu festigen, war die Basis, die diese Begegnung so fruchtbar werden ließ. Nur eines kam zu kurz, das so wichtige Prinzip antiker Medizin, der Tempelschlaf. Dem Zeus sei's geklagt, aber es war so!

Unter der Leitung von Professor Hirsch befaßten sich des Askulaps kreuzfahrende Jünger intensiv mit Krebsfrühdagnostik in der Praxis und mit Krankheiten im Mittelmeerraum, mit Vorsorgemedizin und der Notfallsituation, mit Erkrankungen des Bauchraumes und der Leber, mit Apoplexie, Langzeitbehandlung von Hypertonie und mit chronischer Pyelonephritis. Der Notfallkoffer für den Arzt wurde diskutiert, ebenso der Formenkreis der Nierenerkrankungen, wie sie sich dem Allgemeinarzt stellen. Vorzügliche und straffe Referate mit viel Zeit zur anschließenden Diskussion und zum Erfahrungsaustausch – das war das ärztlich-medizinische Erlebnis auf der „Liburnija“.

Das medizingeschichtliche und kulturelle Rahmenprogramm, von der Cholera auf zwei der sieben antiken Weltwunder reduziert, führte uns zum Ort des Zeus' von Phidias nach Olympia und zum einstigen Koloß von Rhodos, nach Knossos auf Kreta zum Palast des Minos, zur herrlichen Akropolis von Lindos auf Rhodos und weiterhin durch die schimmernde Perlenkette der Inselwelt der Ägäis zum Asklepieion – Werk und Heiligtum des Hippokrates – auf Kos und zur Akropolis nach Athen. Diese Landausflüge, jeweils mit einer meisterlichen Einführung von Dr. BENEDUM, waren unvergeßliche Höhepunkte in ihrer Berührung mit Resten der antiken Welt und in der Konfrontation mit den geistigen Hintergründen griechischer Medizin, so daß selbst eingefleischte Humanisten ergriffen und bescheiden vor den Zeugen einstiger Größe standen.



Asklepieion auf Kos

Den Ärzten aus München und Bayern sei verziehen, daß sie in den geweihten Boden Olympias eine weißblaue Fahne steckten als Gruß von der Olympia-Stadt 1972 an die ehrwürdige Ahnin! Es würde den Rahmen dieses kurzen Reiseberichtes sprengen, wollte man auf all die Einzelheiten dieser überwältigenden Erlebnisse eingehen, deshalb nur noch einige Worte zum Besuch des Asklepieion auf Kos, das Homer und Strabo, Aristoteles und Theokrit schon begehrt rühmten.

Hans HÖMBERG, ein mitreisender Grandseigneur, gebildeter Nichtmediziner, berichtete hierüber in Radio Wien am 7. November 1970 (155. Hömbergs Kaleidophon) u. a.:

„... 4 km von der Hauptstadt Kos auf der gleichnamigen Insel liegt das Asklepielon, eine dem Askulap geweihte Heil- und Lehrstätte, eine im Altertum hochberühmte Schule der Medizin. Der den Medizinmännern offensichtlich wohlgesinnte Bürgermeister der Hauptstadt bescherte uns an dieser ehrwürdigen Stätte eine klassische Spielszene, da in strengem rhythmischen Zuge wunderschöne, in klassische Gewänder gehüllte junge Griechinnen im langsamen Reigenschritt — begleitet von monotonem Flötenspiel Pangewänderter — näher kamen und der medizinischen Welt ihre Reverenz entboten. Dann senkten sie ihre zu Häupten getragenen Fruchtschalen und ließen einen jungen Schauspieler vortreten, der in altgriechischer Zunge den Eid des Hippokrates zitierte. Da ich kein Arzt bin, kann ich es mir leisten, mehr Zeit ans Studium des hippokratischen Eides zu wenden, entzückt zu sein von seinem poetischen Gehalt, von seiner menschlichen Größe, von seinem Zwang, das el-

gene Gewissen zu erforschen und von seinen Forderungen den bewölkten Geist aufzuhellen. Ich hörte dieses alles nur aus der Ferne, denn ich hatte mir die Freiheit genommen, von einer umgestürzten Säule aus den Blick in die Vergangenheit zu senken. Ich höre lieber den Grillen zu und verliere mich in den Farbspielen, die sich die Natur erlaubt. Dieses ganze herrliche Durcheinander paßt zur Harmonie der Götter und des Gottes, der uns Sterblichen heute noch rechte Gunst erweist. Ich sah keine Tugenden und Laster, ich ließ den Fluß des Vergessens leben und ich weigere mich, die Exaktitüde im Blick auf diese grandiose griechische Vorgeschichte anzuerkennen, die mir vielleicht sagt, der Eid kann gar nicht von Hippokrates sein. Ich lasse mir meinen Aberglauben nicht rauben! Das Denkmal der Medizin steht in Kos! Und Apollo mag unseren Entschluß segnen, denn er läßt uns die Augen schließen. Wir dürfen über unsere Ahnungslosigkeit lächeln und unsere Tagträume zu Schauspielen werden lassen, die wir niemals vergessen ...“

So viel über diese gute Form ärztlicher Fortbildung, die jedem Teilnehmer eine echte Bereicherung ärztlichen Wissens mitgab, viele festliche, fröhliche und auch ausgelassene Stunden kollegialen Beisammenseins bescherte und den tiefen, lange nachwirkenden Eindruck von der Berührung mit der Antike, die selbst in ihren Trümmern noch eine Ahnung von ihrer einstigen Größe zu vermitteln vermag und deren geistige Welt noch nachwirkt, heute und morgen.

Dr. K. Stordeur

Neurochirurgische Klinik in Günzburg eröffnet

Im Januar 1971 wurde im Nervenkrankenhaus Günzburg die neu eingerichtete Neurochirurgische Abteilung eröffnet. Damit ist durch Initiative des Bezirks Schwaben der zwischen Stuttgart und München, Würzburg-Erlangen und den Voralpen bestehende Mangel an operativen Behandlungsmöglichkeiten für Verletzungen, Geschwülste und sonstige Erkrankungen des Gehirns und des Rückenmarks gemildert worden. Der Chefarzt, Professor Dr. Klaus SCHMIDT, gleichzeitig Ordinarius an der Universität Ulm, Schüler des Freiburger Neurochirurgen Professor Dr. T. Riechert, wird sich besonders auch den stereotaktischen Operationen bei Parkinsonismus, der operativen und Strahlenbehandlung der Erkrankungen der Hypophyse und der Behandlung des Hydrozephalus und der kindlichen Mißbildungen widmen.

Die Klinik ist mit allen modernen diagnostischen und operativen Einrichtungen versehen, da sie auch für die Universitätsklinik Ulm und für die Krankenanstalten in Augsburg zur Verfügung stehen soll. Die Klinik verfügt über Ein- und Zweibettzimmer. Durch die modernen Nachbehandlungseinrichtungen können die Patienten auch eine intensive Wiederherstellungstherapie im Anschluß an die Operation erfahren.

Freie Kassenarztsitze in Bayern

Mittelfranken

Bechhofen, Lkr. Feuchtangenen: 2 Allgemeinärzte

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

Dinkelsbühl: 1 Allgemeinarzt

Es handelt sich um die Wiederbesetzung der durch Wegzug frei gewordenen vierten Praktikerstelle.

Langenzenn, Lkr. Fürth: 1 Allgemeinarzt

Es handelt sich um eine durch Tod frei gewordene Allgemeinpraxis. Für Langenzenn und Einzugsgebiet mit insgesamt ca. 9000–10000 Einwohnern stehen derzeit noch drei 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

Breltenberg, Lkr. Wegscheid (Bayer. Wald): 1 Allgemeinarzt

Durch Verzicht und Wegzug zum 1. April 1971 frei werdende einzige Kassenarztstelle. Das Einzugsgebiet umfaßt etwa 4700 Einwohner.

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

Einzige Augenerztstelle im Landkreis Wolfstein mit Belegmöglichkeit im Kreiskrankenhaus Freyung.

Grafenau (Bayer. Wald): 1 Augenarzt

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.

Pessau-Grubweg: 1 Allgemeinarzt

Wurmannsquick, Lkr. Eggenfelden: 1 Allgemeinarzt

Durch Tod verwaiste einzige Kassenarztstelle; Einzugsgebiet ca. 3500 Einwohner.

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

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

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

Oberbayern

Erding: 1 Allgemeinarzt

Garching, Lkr. Altötting: 1 Allgemeinarzt

Inchenhofen, Lkr. Aichach: 1 Allgemeinarzt

Kösching, Lkr. Ingolstadt: 1 Allgemeinarzt

Manching, Lkr. Ingolstadt: 1 Allgemeinarzt

Waldkraiburg, 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/Seele: 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

Wellenfels, 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

Hahnbech: 1 Allgemeinarzt

Mitterteich: 1 Allgemeinarzt

Neumerkt: 1 Augenarzt

Roding: 1 Allgemeinarzt

Sulzbach-Rosenberg: 1 Allgemeinarzt

Vohenstrauß: 1 Allgemeinarzt

Weiden (Ortsteil Nord): 1 Allgemeinarzt

Weiden: 1 Nervenarzt



Hustenwetter...

CODYL®-Sirup

bei trockener Bronchitis

CODYL® cum
expectorans

bei katarrhalischer Bronchitis

CODYL®

Codyl-Sirup
in Flaschen mit 110 g = 3,90 DM

Codyl cum expectorans
in Flaschen mit 110 g = 4,15 DM



DEUTSCHE ABBOTT GMBH
VERTRIEB: C.H. BOEHRINGER SOHN
6507 INGELHEIM AM RHEIN

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

Babenhausen, Lkr. Illertissen: 1 Allgemeinarzt

Burghelm, Lkr. Neuburg/Do.: 1 Allgemeinarzt

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

Friedberg bei Augsburg: 1 Allgemeinarzt

Jettingen, Lkr. Günzburg: 1 Allgemeinarzt

Memmingen: 1 Augenarzt

Oberostendorf, Lkr. Kautbeuren: 1 Allgemeinarzt

Neuburg/Do.: 1 Allgemeinarzt

Thannhausen, Lkr. Krumbach: 1 Allgemeinarzt

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

Unterfranken

Aidhausen, Lkr. Hofheim: 1 Allgemeinarzt

Miltenberg: 1 Augenarzt

Rottenberg, Lkr. Alzenau: 1 Allgemeinarzt

Schneeberg, Lkr. Miltenberg: 1 Allgemeinarzt
Wohn- und Praxisräume sind vorhanden.

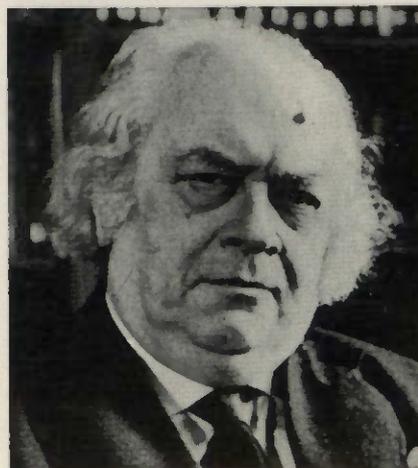
Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Unterfranken —, 8700 Würzburg, Hotstraße 5, zu richten.

Wahl im Kollegium der Medizinjournalisten

Einstimmig wählte das Kollegium zum drittenmal für weitere drei Jahre den freien Medizinjournalisten Dr. Georg Schreiber (Oberaudorf/Inn) zum Geschäftsführenden Sekretär und zu Consekretären Hans Mohl (ZDF, Mainz) und Dr. Karl Kirch (freier Medizinjournalist, Düsseldorf).

Als neue Mitglieder wurden berufen: Rainer Flöhl (Frankfurter Allgemeine Zeitung), Wilhelm Girstenbrey (Süddeutsche Zeitung), Alfred Schmidt (ZDF, Mainz) und Dr. Christel Schultze-Rhönhof (freie Medizinjournalistin, München).

Personalia



Professor Dr. Werner Leibbrand
75 Jahre

Eine der profiliertesten Persönlichkeiten des wissenschaftlichen Münchens, der emeritierte Ordinarius für Geschichte der Medizin an der Münchener Universität, Professor Dr. Werner Leibbrand, feierte am 23. Januar seinen 75. Geburtstag. Ein in vielfacher Hinsicht interessanter Mann, in Berlin geboren, doch aus dem Schwäbischen stammend, Nachfahre berühmter Ahnen aus dem Gelehrten-, Schulmeister- und Pfarrerberuf. Die Wahl der Psychiatrie bedeutet keine Einengung, da er, der musisch so begabt und für Philosophie, Kunst und Musikgeschichte intensiv begeisterte, durch all das neue von ihm jederzeit verarbeitete Material Anregungen empfing, wie sie in seinen Werken ihren Niederschlag fanden. Doch mancherorts — man denke nur an die von ihm in Berlin systematisch und praktisch betriebene Sozialpsychiatrie — erweiterte er Bestehendes zukunftsweisend. Dabei kam ihm die vielfache Kenntnis vieler Sprachen zugute, abgesehen von den romanischen Sprachen, seine hervorragende Beherrschung des Französischen sei hervorgehoben, sein Studium des Russischen, aber auch des Jiddischen zeigen sein Interesse aber auch seine Begabtheit auch auf diesem Gebiete an. Trotz seines Alters widmet er auch heute noch täglich zwei Stunden unermüdlichen Studiums des Klavierspiels. Seine Virtuosität weist ihn als begeisterten Schüler seiner Lehrer auf diesem Gebiete aus. Zu seinem 70. Geburtstag widmete er seinen Universitäts-Kollegen ein abendfüllendes Klavierkonzert, das Werke von Bach über Mendelssohn bis Chopin und Schumann umfaßte, und mit großem, dankenden Beifall aufgenommen wurde. Als das Dritte Reich seiner ärztlichen Betätigung einschneidende Hemmungen auferlegte, wußte er doch seiner Aktivität neue Bahnen zu öffnen. In den dreißiger Jahren erschien seine erste „Romantische Medizin“ (1937), „Der göttliche Stab des Askulap“ (1939,

1940, 1953), „Vinzenz von Paul“ (1941, 1952) — hier sei an seinen Vortrag auf dem IX. Internationalen Kongreß katholischer Ärzte 1960 in München über „Vinzenz von Paul, Ordo amoris oder Organisation“ gedacht, der die zahlreichen Hörer tief beeindruckte — „Gespräch über die Gesundheit“ (1946), „Heilkunde, eine Problemgeschichte der Medizin“ (1953), „Um die Menschenrechte der Geisteskranken“ (1946), „Die spekulative Medizin der Romantik“ (1956), „Der Wahnsinn, eine Geschichte der abendländischen Psychopathologie“ (1961, gemeinsam mit Dr. Annemarie Wettley), „Kompendium der Medizingeschichte“ (1964, gemeinsam mit Prof. Leibbrand-Wettley), „Vorläufige Revision des historischen Hexenbegriffes“ (1967, auch gemeinsam mit Prof. Leibbrand-Wettley, in der Festschrift für Michael Schmaus), „Cato major des senecute“ (1968). Eine ungezählte Reihe wertvoller Arbeiten zum Kapitel Psychiatrie und Geschichte der Medizin sind bis in die letzte Zeit erschienen. Leibbrand befaßte sich auch mit der Etruskerforschung, beinhaltend die Mythologie, Kult und die soziologische Stellung der Frau (gleichfalls mit Frau Professor Dr. Leibbrand-Wettley).

1945 wurde Leibbrand als Leiter der Heil- und Pflegeanstalt in Erlangen berufen, gleichzeitig war er als Honorarprofessor für Geschichte der Medizin an der Universität tätig. 1953 folgte er einem Rufe als Ordinarius für dieses Fach an die Münchener Universität. Als 1956 in Paris die Münchener Universitätswoche, gestaltet von Professor Marchionini, dem Prorektor der Münchener Universität, gemeinsam mit dem Rektor der Sorbonne, Professor Sarrailh, stattfand, war Professor Leibbrand vor diesem solennen Auditorium mit einem Vortrag „Die Wichtigkeit des Weltbildes in der abendländischen Medizin“ betraut worden.

Daß ein so bedeutender Gelehrter zahlreiche Ehrungen erfuhr, ist naheliegend. Leibbrand ist Mitglied der Akademie der Tempelritter von Jerusalem in Bologna, der Academia della storia di medicina Sanitaria di Roma, der Akademie für Medizingeschichte in London, der Akademie der Schönen Künste von San Telmo-Malaga, der Sociedad Espanola de Historia de la Medicina, Madrid, der Internationalen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, der Société l'histoire de médecine in Paris, der Société Moreau de Tours in Paris. Leibbrand ist der Gründer der Section Allemande dieser Société. Er ist Inhaber der Plaquette der Ärzteschaft von Tel Aviv.

Daß Professor Leibbrand in einem Seminar für Geschichte der Medizin trotz seines Alters aus der reichen Fülle eines so umfassenden und vielseitigen Wissens auch weiterhin den Studierenden — von diesen geschätzt — Kenntnisse vermittelt, ergänzt auch in dieser Richtung die Persönlichkeit dieses Gelehrten.

Das „Bayerische Ärzteblatt“ schließt sich mit herzlichen Wünschen für Gegenwart und Zukunft den vielen Gratulanten an.

K-g.



Professor Dr. Albert Schretzenmayr 65 Jahre

Der weit über Deutschlands Grenzen hinaus bekannte Vorsitzende des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung und seit 1952 wissenschaftliche Leiter der Internationalen Kongresse für praktische Medizin der Bundesärztekammer, Herr Professor Dr. med. Albert SCHRETZENMAYR, Augsburg, konnte am 2. Januar 1971 seinen 65. Geburtstag begehen. Die von ihm geleiteten Internationalen Fortbildungskongresse in Davos, Badgastein, Grado, Montecatini und Meran sowie auch die unter seiner Leitung stehenden Augsburger Fortbildungskongresse für praktische Medizin, die jährlich viele hunderte von Kollegen aus dem In- und Ausland zu einer gemeinsamen Fortbildung vereinen, haben ihm in ganz Europa hohes Ansehen gebracht. Nach dem medizinischen Studium in Tübingen, Greifswald, Wien und Rostock hatte er sich in Köln habilitiert und wurde dort zum Dozenten und zum apl. Professor für Innere Medizin ernannt. Von 1936 bis 1939 war er Ordinarius für Innere Medizin an der Military Medical Academy in Canton (China). Bereits im Jahr 1949 wurde Herr Kollege Schretzenmayr zum Vorsitzenden des Ärztlichen Kreisverbandes Augsburg und zum Vorsitzenden des Ärztlichen Bezirksverbandes Schwaben gewählt. Beide Ehrenämter bekleidet er auch noch heute. Eine große Zahl in- und ausländischer Orden sind Zeichen der Anerkennung seiner großen Leistungen.

Ernst-von-Bergmann-Plakette für Dr. P. Beckmann

Der Präsident der Bundesärztekammer hat Herrn Medizinaldirektor Dr. Peter BECKMANN, Chefarzt der Kuranstalt für Internistische Rehabilitation der LVA Unterfranken in Ohlstadt, für seine Verdienste um die ärztliche Fortbildung die Ernst-von-Bergmann-Plakette verliehen.

ANGST

INDIKATIONEN:

Neurasthenie – innere Unruhe, nervöse Reizbarkeit, Übererregbarkeit (auch sexuelle). Schwindelzustände, unruhiger Schlaf mit schweren Träumen, nervöse Erschöpfungszustände. Klimakterische Störungen – Angstzustände, nervöse Verstimmungen, depressive Stimmungslagen, Hitzewallungen, Schweißausbrüche. Nervöse Kopfschmerzen. Schlafstörungen.

KONTRA-INDIKATIONEN:

Akute Alkohol-, Schlafmittel-, Analgetika- und Psychopharmaka-Intoxikationen, Porphyrie, schwere Nieren- und Myokardschäden.

ZUSAMMENSETZUNG pra Dragée:

Natr. diaethylbarbituric. 100 mg, Acid. phenylaethylbarbituric. 10 mg, Aminaphenazon. 6 mg, Kal. bromat. 10 mg, Calc. gluconic. 15 mg, Extr. Valerian., Humul. lup., Visc. alb., Adonid. vernolis 20 mg.

HANDELSFORMEN:

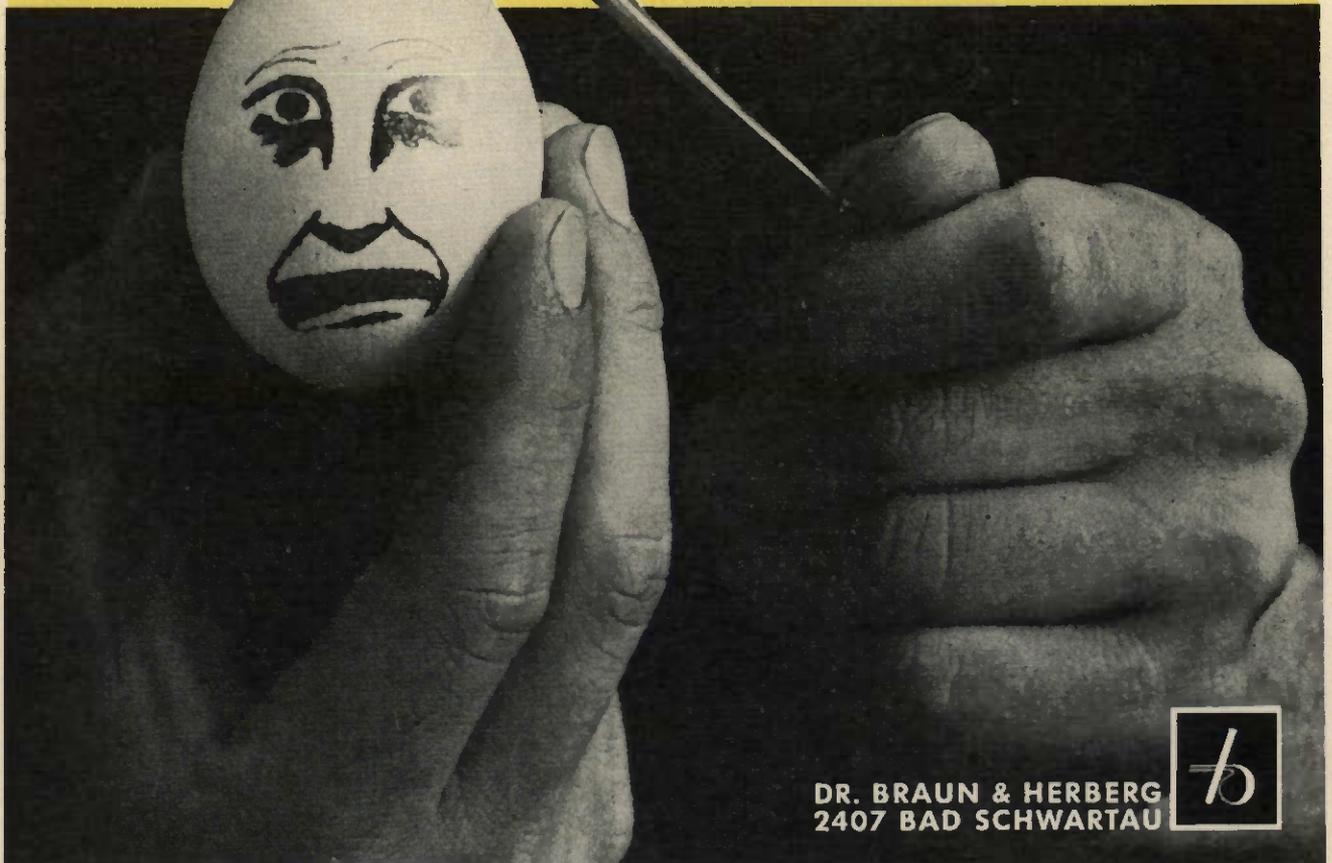
OP zu 50 Dragées.

Verschreibungspflichtig

Preis: DM 2,95 lt. A.T.

NERVO-OPT®

DIE INSEL DER RUHE



DR. BRAUN & HERBERG
2407 BAD SCHWARTAU



in memoriam

Franz Koelsch zum Gedächtnis

Am 30. November 1970 verstarb im Alter von 94 Jahren der ehemalige Bayerische Landesgewerbearzt, Ministerialrat a. D. Professor Dr. med. habil. Franz Koelsch. Er wurde am 4. Juli 1876 in Eichstätt in Bayerns Sohn eines Militärarztes geboren. Nach dem Besuch des humanistischen Gymnasiums an seinem Geburtsort und in Burghausen studierte er an den Universitäten in Erlangen, Berlin und Kiel. Nach seiner Promotion ließ er sich als Praktischer Arzt und Bahnarzt im Fichtelgebirgsort Ebnath nieder, wo er eine ausgedehnte und segensreiche ärztliche Tätigkeit entwickelte. Nebenbei betrieb er schon damals arbeitsmedizinische Studien.

Am 1. Januar 1909 wurde er aus einer größeren Zahl von Bewerbern vom damaligen Bayerischen Staatsministerium des königlichen Hauses und des Äußeren zum ersten Bayerischen Landesgewerbearzt berufen. Mit diesem Amt wurde einem Arzt erstmals die Aufgabe erteilt, sich mit den medizinischen Aspekten des Arbeitsschutzes hauptamtlich zu befassen, eine in ihrer Art und ihrem Umfang nach einmalige Einrichtung im damaligen Deutschland.

Abgesehen von einer Unterbrechung im Jahre 1920, während welcher er im Reichsarbeitsministerium in Berlin tätig war, bekleidete er das Amt des Bayerischen Landesgewerbearztes bis in das Jahr 1950 hinein. Erst nach Vollendung seines 74. Lebensjahres trat er in den Ruhestand.

Koelsch hat einerseits die große Bedeutung des ärztlichen Arbeitsschutzes im Hinblick auf die Erhaltung der Leistungsfähigkeit und die Vorbeugung der Frühinvalidität für die erwerbstätige Bevölkerung, andererseits die Aufgaben und Möglichkeiten des gewerbeärztlichen Dienstes auf diesem Gebiet voll erkannt. Nur einem Arzt mit seiner enormen Arbeitskraft und seinem Arbeitseifer, seiner Bereitschaft zur selbstverantwortlichen, unkonventionellen Arbeitsweise, mit seinem Organisationstalent, inneren Überzeugung und Gelassenheit konnte es gelingen, die Erwartungen zu erfüllen, die in sein pionierhaftes Wirken auf medizinischem Gebiet gesetzt wurden. Schon bald schuf er sich mit der Einrichtung eines „Institutes für Arbeitsmedizin“ das notwendige Instrument für seine nun auch wissenschaftliche Tätigkeit. Er hat ein Modell geschaffen, das Nachahmung im In- und Ausland fand. Auch mit der Gründung der Museen für Arbeitshygiene in München und Frankfurt am Main, die leider beide während des zweiten Weltkrieges völlig zerstört wurden, bewies er seine besonderen organisatorischen und didaktischen Fähigkeiten.

Seine hervorragenden Leistungen fanden sowohl im Inland als auch im Ausland große Beachtung. Er war

von 1923 bis 1945 Mitglied des Reichsgesundheitsrates, von 1923 bis 1945 Delegierter bei der Hygienekommission des Internationalen Arbeitsamtes, seit 1910 deutscher Vertreter bei den Internationalen Kongressen für Arbeitsmedizin, 1957 wurde er Mitglied der Finnischen, 1964 der Französischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin, 1965 Mitglied der Tschechoslowakischen medizinischen Gesellschaft I. E. Purkyně. Daß er auch Mitglied bzw. Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaften für Arbeitsschutz, Arbeitsmedizin, der Werksärztlichen Vereinigung und der Vereinigung der deutschen Staatlichen Gewerbeärzte war, ist selbstverständlich.

Seine amtliche Tätigkeit fand ihre Ergänzung auf akademischem und wissenschaftlichem Gebiet. Nachdem er sich 1919 an der Medizinischen Fakultät der Universität München für Arbeitsmedizin habilitiert hatte, wurde er dort 1924 a. o. Professor, 1925 Honorarprofessor an der Technischen Hochschule in München und 1954 Honorarprofessor an der Universität Erlangen.

Auf zahlreichen Studienreisen und als Kommissionsmitglied besuchte Koelsch die meisten europäischen und außereuropäischen Industrieländer.

Er verfaßte über 350 kleinere und größere Abhandlungen und Broschüren sowie einige Monographien aus dem Gebiet der Arbeitsmedizin. Seine jeweils zwei Bände umfassenden Werke, nämlich das „Handbuch der Berufskrankheiten“, erschienen 1935, und das „Lehrbuch der Arbeitshygiene“, erschienen 1937, haben mehrere Auflagen erreicht. Sie gehören zu den Standardwerken der Arbeitsmedizin und fanden auch im Ausland weite Verbreitung. Eines seiner letzten Werke, „Die Geschichte der Arbeitsmedizin“, erschien 1968.

Die Verleihung zahlreicher deutscher und ausländischer Ehrenpreise, Medaillen und Ehrenplakette dokumentiert die hohe Wertschätzung, die dem Wirken des Arbeitsmediziners, akademischen Lehrers und Staatlichen Gewerbearztes weltweit zuteil geworden war.

Sein Tod erfüllt die bayerische Ärzteschaft mit aufrichtigster und tiefster Trauer. Sie werden sich seiner stets dankbar und in Ehrfurcht erinnern.

Dr. med. Thür, Ministerialrat

Änderung der Dienstzeiten der Geschäftsstelle der Bayerischen Landesärztekammer.

Infolge der Herabsetzung der wöchentlichen Arbeitszeit auf 42 Stunden durch die Änderung des BAT vom 7. Februar 1968 wurden die Dienstzeiten der Geschäftsstelle der Bayerischen Landesärztekammer ab 1. Januar 1971 wie folgt festgesetzt:

Montag bis Donnerstag: 7.30 Uhr bis 16.45 Uhr
Freitag: 7.30 Uhr bis 15.00 Uhr

Die Sprechzeiten von 7.30 Uhr bis 13.00 Uhr bleiben unverändert. Wir wären den Kolleginnen und Kollegen dankbar, wenn sie ihre persönlichen Vorsprechen nach Möglichkeit auf den Vormittag verlegen könnten.

100 Jahre Medizinstudium der Frauen

von H. Beckh

Im Oktober 1870 jährte sich zum 100. Male der Tag, an dem Emilie LEHMUS das Studium an der Universität Zürich begann. Sie eröffnete damit als erste Deutsche dem Medizinstudium der Frauen in ihrem Vaterlande die Bahn.

Wohl hatte es schon vorher vereinzelt Ärztinnen gegeben. So promovierte bereits im Jahre 1754 Dorothea Christina Erxleben, geborene Leporin, in Halle. Regina Josepha von Siebold und ihre Tochter Charlotte Heidenreich legten 1817 bzw. 1819 in Gießen ihre medizinische Doktorprüfung ab. Aber das waren doch große Ausnahmen. Erst mit dem Studienbeginn von E. Lehmus wurde die Ausübung ärztlicher Tätigkeit für die Frauen in größerem Umfange möglich. Diese Bewegung setzte sich dann im weiteren Verlaufe stetig fort.

Emilie Lehmus kam am 30. August 1841 in Fürth/B. als dritte Tochter des Stadtpfarrers und Kirchenrates Eduard Lehmus und seiner Gattin Caroline, einer geborenen Heinlein, zur Welt. Im Kreise von fünf Schwestern wuchs sie heran, ihre Erziehung lag in den Händen des Vaters, der seine Kinder auch selbst unterrichtete. Eine besondere Pflegestätte fand die Musik im Hause Lehmus. Die beiden ältesten Töchter be-

suchten das Konservatorium in Leipzig, Emilie legte im Oktober 1863 ihre Prüfung am Schullehrerseminar in Schwabach ab, dabei wurden ihr vorzügliche Leistungen im Gesang und im Klavierspiel bescheinigt. Dann begab sie sich für ein Jahr nach Paris, um dort ihre Kenntnisse in der französischen Sprache zu vervollkommen. Die folgenden Jahre war sie Lehrerin für Französisch und Musik am Marienstift ihrer Heimatstadt (diese Schule war eine Vorläuferin der späteren höheren Mädchenschulen).

Da kam der Wendepunkt in ihrem Leben. Gelegentlich eines Besuches bei ihrer Schwester Deutsch in Berlin wurde sie mit der ersten deutschen Zahnärztin Henriette Tiburtius-Pagelsen bekannt, die ihr Studium in England absolviert hatte und als Dr. of dental surgery in Berlin ihre Praxis ausübte. Diese regte sie an, sich dem Arztberuf zu widmen.

Der Entschluß der jungen Pfarrerstochter, Ärztin zu werden, erregte damals in weiten Kreisen nicht geringes Aufsehen — ja, man fand diese Berufswahl geradezu abenteuerlich! Ihr Vater, ein Mann von einem für die damalige Zeit ungewöhnlichen Weitblick, gab der Tochter sofort seine Zustimmung. Er unterrichtete Emilie in der lateinischen Sprache und förderte sie darin bald so weit, daß sie sich im Oktober 1870 in Zürich immatrikulieren lassen konnte. Zürich war damals die einzige Universität in ganz Europa, an der Frauen zum Studium zugelassen wurden. 1870 studierten in der Schweiz viele Russinnen Medizin, die russischen Studenten, unter denen sich manche Anarchisten befanden, brachten viel Unruhe in diese Universität. Leider sind über die Studienzeit von Emilie keine Briefe mehr vorhanden; ihnen wäre sicher noch manch Interessantes zu entnehmen.

Zu Beginn ihres dritten Semesters kam sie dann mit Franziska Tiburtius (am 24. Januar 1843 auf Rügen geboren) in Zürich zusammen. Diese begann dort, ein Jahr nach Emilie, ihr Studium. Die beiden Medizinerinnen kannten sich schon von Berlin her. Seit dieser Zeit hatten sie miteinander korrespondiert und es ist wahrscheinlich, daß Franziska Tiburtius, die ursprünglich den Lehrberuf ergreifen und eine Privatschule gründen wollte, durch diese Korrespondenz veranlaßt wurde, sich ebenfalls dem Studium der Medizin zu widmen.

Wie schwer der Anfang in Zürich war, geht u. a. aus einer Schilderung hervor, die Fräulein Tiburtius in ihren Lebenserinnerungen gibt: „Bei unserem ersten Erscheinen im Präpariersaal gab es einen unange-



nehmen Auftritt: ... Als wir eintraten, war der Saal dicht gefüllt, auch von den anderen Fakultäten zahlreiche Mitläufer, und es erhob sich ein wüster Lärm, Johlen, Pfeifen usw. Da hieß es, ruhig Blut behalten. Neben dem großen Saal war ein kleiner Raum, der uns angewiesen war zur Aufbewahrung der großen Schürzen und des übrigen notwendigen Handwerkszeuges. Der Lärm dauerte an und als wir doch an die Arbeit gehen wollten, war die Tür verschlossen, wir waren eingesperrt."

In ihrem neunten Semester promovierte Emilie Lehmus, am 5. Dezember 1874, mit einer Dissertation über „Die Erkrankung der Macula lutea bei progressiver Myopie“. Ihre Doktorarbeit wurde mit „summa cum laude“ bewertet. Das erregte damals weithin Aufsehen. Sogar der „Korrespondent von und für Deutschland“ brachte am 26. Dezember 1874 in seinem Abendblatt folgende Notiz: „Fräulein Emilie Lehmus aus Fürth, die erste deutsche Dame, die in Zürich Medizin studiert, machte daselbst in voriger Woche ihr Examen und erhielt das Prädikat ‚Ausgezeichnet‘. Es ist dieser Grad in den letzten zehn Jahren nur sechs männlichen Examinanden zuteil geworden."

Nun verließ die junge Medizinerin Zürich. Ein Abschlußexamen hatte sie dort nicht abgelegt, aufgrund ihres Dokortitels hoffte sie, diese Prüfung in ihrem Heimatlande nachholen zu können – eine Hoffnung, die sich in der Folge als trügerisch erwies. Zur weiteren Ausbildung begab sie sich nach Prag, wo sie an der dortigen Universitäts-Entbindungsanstalt (Professor Weber) tätig war. Dann arbeitete sie $\frac{3}{4}$ Jahre an der Sächsischen Entbindungsanstalt und Frauenklinik in Dresden unter Franz von Winckel. Er war der erste, der in Deutschland an seiner Klinik Ärztinnen als Mitarbeiter beschäftigte (im Nachlaß von Emilie befindet sich ein Bild des Professors mit eigenhändiger Widmung). In Dresden wurde ihr die Bitte, sie das Schlußexamen ablegen zu lassen, abgeschlagen, selbst ihr Wunsch, das Hebammenexamen zu absolvieren, wurde abgelehnt.

Im Winter 1876 erfolgte schließlich ihre Niederlassung in Berlin. Franziska Tiburtius, die ein Jahr nach Emilie Zürich verlassen hatte, war in Dresden wieder mit ihrer Studienkollegin zusammengetroffen – eine Tätigkeit in Prag war inzwischen für Frauen nicht mehr möglich. Gemeinsam begannen beide in Berlin ihre ärztliche Arbeit. Der Brauereibesitzer Julius Bötzwow stellte ihnen im Hinterhof seiner Brauerei, in der alten Schönhauserstraße, unentgeltlich Räume zur Verfügung. Gleich am ersten Tage kamen 12 Patienten und bald war der Zulauf so groß, daß jeden Tag nur 40 ärztliche Hilfe Suchende angenommen werden konnten. Dabei reichte ihre Klientel bald bis zu den höchsten Kreisen, so war z. B. Prinzessin Friedrich Karl hier in Behandlung. Von jedem Patienten wurde ein Betrag von zehn (!) Pfennigen gefordert, der zur Bestreitung der Kosten für Heizung und Beleuchtung dienen sollte. Nach einigen Jahren schloß sich dann noch eine kleine

Pflegeanstalt für erholungsbedürftige Frauen an, aus der sich später die Klinik weiblicher Ärzte entwickelte.

Die gemeinschaftliche ärztliche Tätigkeit war für die beiden Medizinerinnen eine große Erleichterung. Wäre es doch beispielsweise für sie völlig unmöglich gewesen, einen männlichen Kollegen zu einer Narkose heranzuziehen. Franziska Tiburtius war freilich von ganz anderer Art als ihre Kollegin. Während Emilie ein zurückgezogenes Leben führte, schätzte Franziska mehr die Geselligkeit. Trotz ihrer engen beruflichen Zusammenarbeit kamen beide, wie die vorhandenen Briefe beweisen, nie zu dem vertraulichen „Du“.

Der Anfang der ärztlichen Praxis war für die beiden Damen sehr schwierig. Die Behörden, mit denen sie vor ihrer Niederlassung verhandeln mußten, gaben zu verstehen, „man wolle ein Auge zudrücken“. Dabei war es noch ein glücklicher Umstand, daß im Jahre zuvor eine neue Gewerbeordnung herausgekommen war, die das Ausüben der Heilkunde unter das Gewerbegesetz stellte. Die ersten Jahre ihrer Tätigkeit in Berlin brachten immer wieder neue Aufregungen mit sich. So mußte Fräulein Tiburtius eine Anklage über sich ergehen lassen „wegen falscher Führung eines Dokortitels“. Zwar wurde sie freigesprochen, mußte ihr Schild aber ändern. Der nun von ihr zu führende Zusatz „Dr. med. der Universität Zürich“ erhöhte die Zahl ihrer Patienten ganz beträchtlich. Auch der „Kladderadatsch“ brachte ein Bild beider Ärztinnen: „Romulus und Remus“, das darstellte, wie sich die beiden in den gleichen Patienten verlieben.

Wenn Emilie im Familienkreise auf ihre Berliner Jahre zu sprechen kam, sagte sie oft: „Am gehässigsten war Virchow.“ Als beide damals gebeten wurden, am Viktoria-Lyzeum einen Kurs über Gesundheitslehre zu halten, gaben sie ihre Zusage. Virchow, der im Vorstand dieser Schule war, war wütend, als er davon erfuhr und veranlaßte die Vorsteherin der Anstalt, zu den Ärztinnen zu gehen, um diese zu bewegen, ihre Zusage zurückzunehmen. Da dies von ihnen verweigert wurde, schied Virchow aus dem Beirat des Lyzeums aus.

Fast 20 Jahre vergingen nach der Niederlassung beider Damen in Berlin bis einige deutsche Universitäten begannen, Frauen als Gasthörerinnen aufzunehmen (1894), ab 1898 wurden diese dann zum Staatsexamen zugelassen. 1912 gab es im deutschen Reich etwa 175 approbierte Ärztinnen, erst nach dem ersten Weltkrieg begann ihre Zahl rasch in die Höhe zu steigen. 1941 waren es 18000, heute sind es 24987, bei einer Gesamtzahl der Ärzte von ca. 109000 (in der Sowjetunion beträgt der Anteil der Frauen an der gesamten Ärzteschaft 65 %).

Emilie Lehmus sah sich um die Jahrhundertwende aus gesundheitlichen Gründen zur Aufgabe ihrer Praxis gezwungen, sie konnte sich von einer zweimaligen Grippe-Pneumonie nicht recht erholen. Zuerst zog sie zu ihren Schwestern nach München, dann zu ihrem Schwager Ittameier nach Gräfenberg/Ofr. Dort ver-

starb sie am 17. Oktober 1932 im Alter von 91 Jahren nach nur dreitägigem Krankenlager. Bis zu ihrem Ende war sie sehr vital, widmete sich mehrere Stunden am Tag dem Klavierspiel und interessierte sich bis zuletzt lebhaft für die medizinische Wissenschaft.

Agnes Bluhm widmete ihrer Kollegin zu dem Tage, an dem diese 100 Jahre alt geworden wäre, ein sehr herzliches Gedenken. Daraus seien einige Sätze wiedergegeben. „Sie war im Grunde eine durchaus weiche Natur und die kühle, verstandesbetonte äußere Form nur Tarnung, die Tarnung eines Menschen, der aus einer Art seelischer Schamhaftigkeit sein tiefstes Innere keiner Entblößung preisgeben möchte und in einer gewissen Rauheit nach außen Schutz sucht.“ Agnes Bluhm schließt ihren Aufsatz mit den Worten: „Zweifellos hat dabei (bei der Berufswahl) der im

deutschen Pfarrhaus gepflegte Idealismus mitgewirkt, der es jedem zur Pflicht macht, mit dem ihm verliehenen Pfunde zum Besten der Gemeinschaft zu wuchern. Daß sie den neuen, ungewöhnlichen Frauenberuf dank ihres großen fachlichen Könnens und ihres taktvollen persönlichen Verhaltens so erfolgreich durchgeführt hat, dafür wollen wir ihrer am 30. August in Dankbarkeit gedenken.“

Literaturverzeichnis

- „Die Ärztin“, 1941, Nr. 8 (Agnes BLUHM)
„Der Deutsche Arzt“, Mai 1952
„Deutsches Ärzteblatt“, 1967, Nr. 42 (Or. Or. Jutta RALL: „Die Ärztin in der deutschen Medizingeschichte“)
Or. Fr. TIBURTIUS: „Erinnerungen einer 80jährigen“
75 Jahre Bötzow-Brauerei, 1864-1939, Festschrift.
Ole Lehmus aus Rothenburg o. T., O. Fam. arch., 1960, Bd. XVI.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Hermann Beckh, 8500 Nürnberg, E.-Brandström-Straße 1

Amtliches

Der nachfolgend wiedergegebene Brief des Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. med. H. SEWERING, ging im Dezember 1970 an alle zur Weiterbildung ermächtigten Klinikdirektoren, Chefärzte und Leitende Ärzte im Bereich der Bayerischen Landesärztekammer.

Weiterbildungsordnung

Sehr geehrte Damen und Herren Kollegen!

Die Bayerische Landesärztekammer wird wiederholt gefragt, ob es für Ärzte in der Weiterbildung möglich ist, die in der Weiterbildungsordnung vorgeschriebenen Zeiten als unbezahlter Gastarzt an einer Klinik abzuleisten, wenn eine bezahlte Stelle an der gewünschten Klinik nicht zur Verfügung steht. Dazu wird auf folgendes hingewiesen:

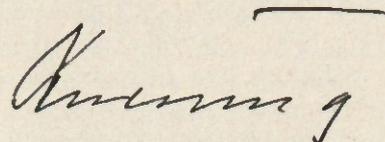
Nach § 28 Abs. 1 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns – Weiterbildungsordnung – muß die Weiterbildung ganztätig sein und in einer Assistenzarztstelle erfolgen. Schon daraus geht hervor, daß eine Gastarztstätigkeit, also eine Tätigkeit in unbezahlter Stellung, nicht auf die Weiterbildung angerechnet werden kann. Diese Einschränkung entfällt nur dann, wenn der weiterbildende Chefarzt dem unbezahlt tätigen Gastarzt bescheinigt, daß er wie ein vollbezahlter Assistenzarzt ganztätig tätig war. Die Kammer muß aber darauf hinweisen, daß sich daraus für den Chefarzt schwerwiegende arbeitsrechtliche Konsequenzen ergeben können:

Jeder unbezahlt tätige Arzt, dem ein solches Zeugnis zum Zwecke der Erlangung der Facharztanerkennung ausgestellt wird, kann nachträglich seine Gehaltsansprüche gegen den Krankenhausträger geltend machen und wird seine Forderungen in der Regel beim Arbeitsgericht durchsetzen. In diesen Fällen würde

mit Sicherheit der Krankenhausträger den das Zeugnis ausstellenden Chefarzt regreßpflichtig machen für die Zahlungen, die er zu leisten hat. Die Kammer möchte Sie auf diesen rechtlichen Tatbestand ausdrücklich hinweisen und empfiehlt dringend, in Ihrer Abteilung keine unbezahlten Ärzte zu beschäftigen.

Ergänzend sei darauf aufmerksam gemacht, daß die gleichen tarifrechtlichen Bedenken auch dann bestehen, wenn Ärzte nach Erlangung der Approbation weiterhin in Medizinalassistentenstellen tätig bleiben oder werden. Mit der Erteilung der Approbation und der Kenntnis des Krankenhausträgers oder seines Vertreters (Chefarzt) von diesem Vorgang ist der Anspruch des Arztes auf die reguläre tarifliche Vergütung begründet worden. Auch das Einverständnis des Betroffenen mit einer weiteren Tätigkeit in einer Medizinalassistentenstelle vermag diesen Anspruch nicht zu beseitigen.

Mit den besten Grüßen
Ihr



(Professor Dr. Sewering)



Bei akutem Harnwegsinfekt – dem chronischen Verlauf zuvorkommen

Die Praxis zeigt:

Patienten:	981
Indikationen:	Zystitis, Zystopyelitis, Pyelitis, Urethritis*
Dosierung:	Anfangs 3 x 2, später 3 x 1 Tablette Obserin
Therapiedauer:	Durchschnittlich 1 Woche

	Vor Behandlung	Nach Behandlung
Bakteriurie	55,7%	9,5%
Schmerzen beim Wasserlassen	87,3%	7,7%
Häufiger Harndrang	77,6%	9,0%
Obserin mußte wegen Unverträglichkeit abgesetzt werden bei		4,3%
Auf die Therapie mit Obserin sprachen an		91,4%

* Bei 197 Patienten mit Prostatitis oder Epididymitis ergaben sich eher noch günstigere Resultate.
(Ergebnis einer Prüfung durch niedergelassene Ärzte; Herbst 1969 – Frühjahr 1970.)

**Direkte
Breitspektrum-
Bakterizidie
Lokalanästhesie
Spasmolyse**



Obserin® löst das Problem!

Dosierung:	morgens	mittags	abends
1. Tag	00	00	00
Ab 2. Tag	0	0	0

Diese Dosen können bei Bedarf verdoppelt werden.

Kontraindikationen: Penicillin-Überempfindlichkeit; aufgrund des Phenazopyridin-Anteils ferner Glomerulonephritis, schwere Leberschäden, schwere Nierenfunktionsstörungen.

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

Weitere Informationen über Obserin geben wir Ihnen gern.

Handelsformen:

Glas mit 12 Tabletten	27,35 DM
Glas mit 30 Tabletten	62,55 DM

Zusammensetzung:

Jede Tablette enthält D- α -Aminobenzylpenicillin-Trihydrat 577 mg, entspr. 500 mg wasserfreie Substanz, (Binotal®), und 2,6-Diamino-3-(phenylazo)-pyridin-Hydrochlorid (Phenazopyridin) 50 mg

Bayer

Sicherung der Eingliederung Behinderter

Vollzug des § 125 des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) i. d. F. vom 18. September 1969 (BGBl. I S. 1688)

I.

1. In Bayern leben schätzungsweise nahezu 1 Million Behinderte. Ihre Zahl wächst ständig. Staat und Gesellschaft sind bestrebt, das schwere Los der behinderten Mitmenschen zu erleichtern und ihnen - wie allen anderen Menschen - ein erfülltes Leben als vollwertige Mitglieder der Gemeinschaft zu sichern. Das geschieht durch vielfältige Maßnahmen, die in den Sozialleistungsgesetzen begründet sind. Das können Maßnahmen medizinischer, heilpädagogischer, schulischer, beruflicher oder allgemeiner sozialer Art sein.

Sehr oft wissen aber unsere behinderten Mitbürger oder deren Angehörige, insbesondere die Eltern, nichts oder nur sehr wenig von diesen Möglichkeiten. Es ist deshalb ein vordringliches Gebot, hier aufklärend und beratend zu wirken. Das Zweite Gesetz zur Änderung des BSHG vom 14. 8. 1969 (BGBl. I S. 1153) hat die bestehenden Sonderbestimmungen im Abschnitt 12 des BSHG zur Sicherung der Eingliederung Behinderter erweitert. In der Erkenntnis, daß eine frühe Erfassung und rechtzeitige Behandlung, insbesondere von frühkindlichen Schädigungen, es unumgänglich machen, in diese Aufgabe den praktizierenden Arzt einzubeziehen, ist in § 125 BSHG u. a. folgendes bestimmt:

- a) Ärzte haben Eltern und Vormünder, die bei einer ihrer Personensorge anvertrauten Person eine Behinderung wahrnehmen oder durch andere hierauf hingewiesen werden (vgl. § 124 Abs. 1 BSHG), und behinderte volljährige Personen (vgl. § 124 Abs. 3 BSHG) über die nach Art und Schwere der Behinderung geeigneten ärztlichen und sonstigen Eingliederungsmaßnahmen zu beraten oder sie auf die Möglichkeit der Beratung durch das Gesundheitsamt und - wenn berufliche Eingliederungsmaßnahmen in Betracht kommen - durch das Arbeitsamt hinzuweisen;
- b) Ärzten obliegt weiter die Aufgabe, den vorgenannten Personen ein amtliches Merkblatt auszuhändigen, das über die Möglichkeiten gesetzlicher Hilfe unterrichtet (§ 125 Abs. 1 BSHG);
- c) ferner haben Ärzte zur Sicherung der Planung der erforderlichen Einrichtungen und zur weiteren wissenschaftlichen Auswertung die bekanntgewordenen Behinderungen und wesentliche Angaben zur Person des Behinderten, jedoch ohne Angabe des Namens der Behinderten und der Personensorgeberechtigten, alsbald dem Gesundheitsamt mitzuteilen (§ 125 Abs. 2 BSHG);
- d) läßt ein Personensorgeberechtigter trotz wiederholter Aufforderung durch den Arzt die zur Einglie-

derung erforderlichen ärztlichen Maßnahmen nicht durchführen oder vernachlässigt er sie, so obliegt dem Arzt die Pflicht, das Gesundheitsamt alsbald zu benachrichtigen. Läßt ein Personensorgeberechtigter die zur Eingliederung erforderlichen sonstigen Maßnahmen nicht durchführen oder vernachlässigt er sie, kann der Arzt das Gesundheitsamt davon benachrichtigen (§ 125 Abs. 3 BSHG).

2. Behinderungen im vorstehenden Sinne sind

- a) eine nicht nur vorübergehende erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit, die auf dem Fehlen oder auf Funktionsstörungen von Gliedmaßen oder auf anderen Ursachen beruht,
- b) Mißbildungen, Entstellungen und Rückgratverkrümmungen, wenn die Behinderungen erheblich sind,
- c) eine nicht nur vorübergehende erhebliche Beeinträchtigung der Seh-, Hör- und Sprachfähigkeit,
- d) eine erhebliche Beeinträchtigung der geistigen oder seelischen Kräfte

oder drohende Behinderungen dieser Art (§ 124 Abs. 4 BSHG).

Abschnitt 12 des BSHG gilt aber nicht für Personen, die wegen ihrer Behinderung als Unfallverletzte nach den Bestimmungen der gesetzlichen Unfallversicherung oder als Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen, die das Bundesversorgungsgesetz für anwendbar erklären, Entschädigungsleistungen erhalten (§ 123 Satz 2 BSHG).

Gesetze, die das Bundesversorgungsgesetz für anwendbar erklären, sind

- aa) das Soldatenversorgungsgesetz (SVG) vom 26. 7. 1957 (BGBl. I S. 785) i. d. F. vom 20. 2. 1967 (BGBl. I S. 202), zuletzt geändert durch Art. 3 Nr. 2 des 2. AnpG-KOF vom 10. 7. 1970 (BGBl. I S. 1028),
- bb) das Häftlingshilfegesetz vom 6. 8. 1965 (BGBl. I S. 498) i. d. F. vom 29. 9. 1969 (BGBl. I S. 1793), zuletzt geändert durch Art. 2 Nr. 2 des 2. AnpG-KOF vom 10. 7. 1970,
- cc) das Gesetz über das Zivilschutzkorps vom 12. 8. 1965 (BGBl. I S. 782), zuletzt geändert durch Art. 34 des 1. StrRG vom 25. 6. 1969 (BGBl. I S. 645).

II.

1. Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit hat aufgrund des § 125 Abs. 4 BSHG im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung mit Zustimmung des Bundesrats unter dem 21. 7. 1970 eine Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Durchführung des § 125 Abs. 1 und 2 des Bundessozialhilfegesetzes erlassen; sie ist in Nr. 22 des

Gemeinsamen Ministerialamtsblatts der Bundesministerien vom 4. 8. 1970 (S. 364) veröffentlicht und als Anlage 1 abgedruckt.

Nach § 2 dieser Verwaltungsvorschrift sind die Ärzte über Inhalt und Zweck der Vorschriften des Abschnitts 12 des BSHG sowie über die Möglichkeiten der Eingliederung Behinderter schriftlich zu unterrichten. Der Unterrichtung ist der Text der Vorschriften beizufügen.

Wie bereits eingangs dargelegt, bestehen Inhalt und Zweck der Vorschriften des Abschnitts 12 in erster Linie darin, die Eingliederung Behinderter zu verbessern und insbesondere frühkindliche Schädigungen sobald wie möglich zu erkennen, um sie einer ärztlichen Behandlung so frühzeitig wie nur möglich zugänglich zu machen. Für die im Einzelfall durchzuführenden Maßnahmen können die in Abschnitt V des amtlichen Merkblatts für Behinderte (Anlage 2 a) genannten Stellen in Betracht kommen. Das amtliche Merkblatt für Behinderte wird den Ärzten durch das für sie zuständige staatliche Gesundheitsamt in genügender Zahl zugehen; diese können auch bei dem für die Praxis des Arztes zuständigen Landratsamt oder der kreisfreien Stadt angefordert werden.

Auch das nach der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift vom 21. 7. 1970 vorgeschriebene Mitteilungsblatt (Anlage 2 b) erhalten die Ärzte in genügender Zahl durch die Gesundheitsämter. Nach der genannten Vorschrift ist das ausgefüllte Mitteilungsblatt auch dann dem Gesundheitsamt zu übersenden, wenn der Arzt den Behinderten oder seinen Personensorgeberechtigten über die Eingliederungsmaßnahmen nicht selbst berät. Die Mitteilungsblätter sind alsbald, spätestens innerhalb der ersten zwei Wochen eines jeden Kalendervierteljahres für das vorangegangene Kalendervierteljahr an das für den Ort ihrer Berufsausübung zuständige Gesundheitsamt zu übersenden.

2. Neben dem Bundessozialhilfegesetz sehen auch andere Sozialleistungsgesetze weitreichende Eingliederungsmaßnahmen für Behinderte vor. Entsprechende Vorschriften enthalten insbesondere die Reichsversicherungsordnung für die Rentenversicherung der Arbeiter, das Angestelltenversicherungsgesetz, das Arbeitsförderungsgesetz und das Gesetz über eine Altershilfe für Landwirte. Die hier einschlägigen Vorschriften sind als Anlage 4 abgedruckt.

In Zweifelsfällen kann der für den Aufenthalt des Behinderten zuständige örtliche Träger der Sozialhilfe (das sind die Landkreise oder die kreisfreien Gemeinden) und gegebenenfalls der überörtliche Träger der Sozialhilfe (das sind die Bezirke, deren Sozialhilfeverwaltung sich jeweils am Sitz der Regierung befindet) Auskunft geben.

Das Bundessozialhilfegesetz sieht umfassende Hilfen für Behinderte vor. Die einschlägigen Vorschriften dieses Gesetzes und die Eingliederungshilfe-Verordnung vom 27. 5. 1964 (BGBl. I S. 339), geändert durch V vom 21. 11. 1967 (BGBl. I S. 1159), die Näheres über die Abgrenzung des Personenkreises der Behinderten und

über Art und Umfang der Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach dem BSHG bestimmen, sind als Anlage 3 auszugsweise abgedruckt. Die Eingliederungshilfe-Verordnung wird in Kürze den Änderungen, die das Bundessozialhilfegesetz durch das Zweite Gesetz zur Änderung des Bundessozialhilfegesetzes erfahren hat, angepaßt werden. Die neuen Vorschriften werden zu gegebener Zeit im „Bayerischen Ärzteblatt“ veröffentlicht werden.

Manchmal wird die erforderliche Eingliederungshilfe nicht gewährt, weil ein anderer als der Träger der Sozialhilfe (z. B. eine Berufsgenossenschaft, ein Rentenversicherungsträger oder ein Versorgungsamt) sich nicht oder noch nicht für zuständig halten. Das Bundessozialhilfegesetz stellt in solchen Fällen sicher, daß die alsbald notwendige Eingliederungshilfe für den Behinderten nicht an Zuständigkeitsfragen scheitern darf. Es bestimmt nämlich, daß der Träger der Sozialhilfe die notwendigen Eingliederungsmaßnahmen unverzüglich durchzuführen hat, wenn spätestens vier Wochen nach Bekanntwerden des Bedarfs beim Träger der Sozialhilfe nicht feststeht, ob ein anderer Träger zur Hilfe verpflichtet und zu befürchten ist, daß die notwendigen Eingliederungsmaßnahmen sonst nicht oder nicht rechtzeitig durchgeführt werden (vgl. § 44 BSHG). Deshalb ist es besonders empfehlenswert, die Berechtigten darauf hinzuweisen, sich in Zweifelsfällen an den für ihren Wohnort zuständigen Träger der Sozialhilfe zu wenden.

III.

Das Staatsministerium des Innern weiß sehr wohl, daß den Ärzten durch die im Bundessozialhilfegesetz verankerte Beratungspflicht zusätzliche Arbeit entsteht. Es glaubt aber gleichwohl, daß die Ärzte diese Mehrbelastung im Interesse einer wirksamen Hilfe für unsere Behinderten gern auf sich nehmen werden. Hierfür sei den Ärzten schon jetzt verbindlich gedankt.

Anlage 1

Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit

Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Durchführung des § 125 Abs. 1 und 2 des Bundessozialhilfegesetzes vom 21. Juli 1970

Nach § 125 Abs. 4 des Bundessozialhilfegesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. 9. 1969 (Bundesgesetzbl. I S. 1688) wird im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung mit Zustimmung des Bundesrates folgende allgemeine Verwaltungsvorschrift erlassen:

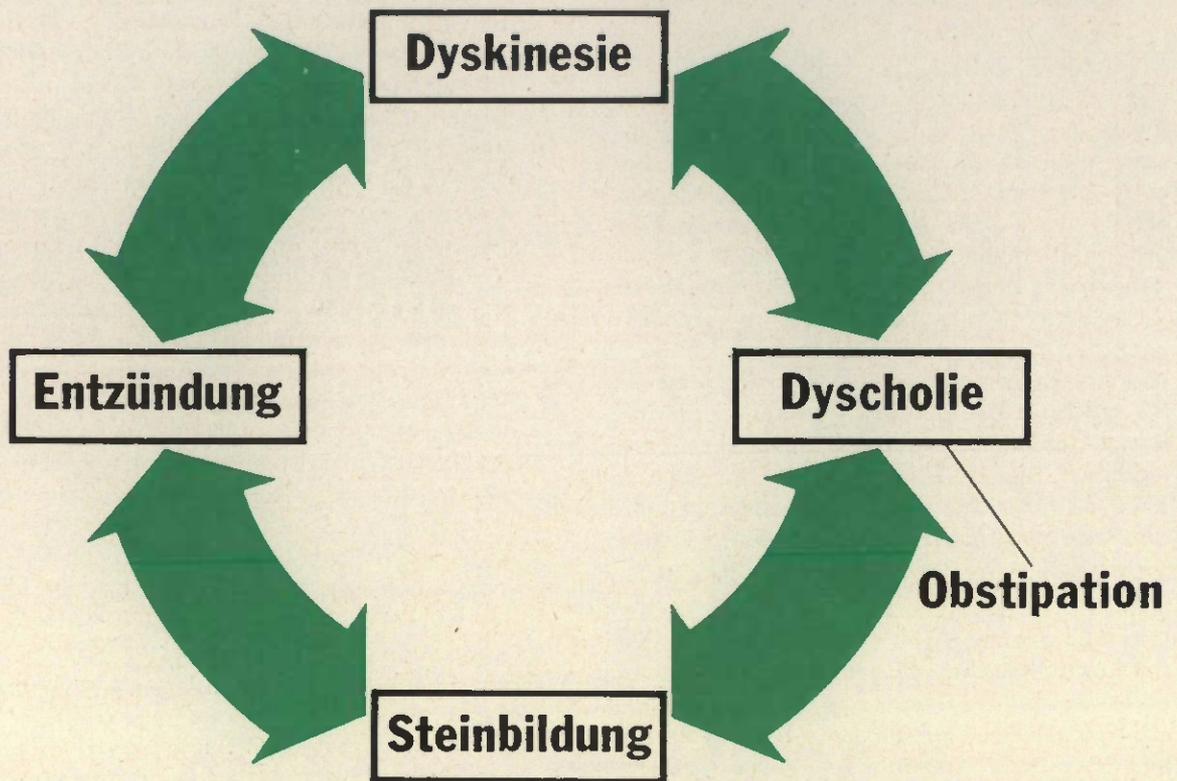
§ 1

Zur Durchführung des § 125 Abs. 1 und 2 des Bundessozialhilfegesetzes haben die zuständigen Behörden die in den §§ 2 bis 4 genannten Aufgaben.

§ 2

Die Ärzte sind über Inhalt und Zweck der Vorschriften des Abschnitts 12 des Gesetzes sowie über die Möglichkeiten der

Sicherheit vor Experiment



spasmo-gallo sanol[®] unterbricht den pathogenetischen Kreis an jeder Stelle

Denn spasmo-galla sanol wirkt
**cholekinetisch, spasmolytisch,
bakterizid, mild laxierend.**

Indikation:

Bei allen Cholezystopathien.

Dosierung: 2-3x täglich
1-2 Dragees nach dem Essen.

Kontraindikationen:

Verschuß-Ikterus, akute Hepatitis,
Glaukom, Prostatahypertrophie.

Verschreibungsform:

Packung zu 50 Dragees.

**spasmo
gallo** sanol[®]



Bei allen Cholezystopathien,
wo das spastische Geschehen
nicht im Vordergrund steht,
bei Völlegefühl, Druckschmerz,
gestörter Fettverdauung und
Obstipation das seit Jahren
bewährte galla sanol

gallo sanol[®]

Eingliederung Behinderter schriftlich zu unterrichten. Der Unterrichtung ist der Text der Vorschriften beizufügen.

§ 3

(1) Das nach § 125 Abs. 1 des Gesetzes auszuhändigende Merkblatt ist den Ärzten in genügender Anzahl zur Verfügung zu stellen. Das Merkblatt muß den Text der Anlage 1 enthalten; er soll unter Berücksichtigung regionaler oder örtlicher Gegebenheiten ergänzt werden.

(2) Die Ärzte sind darauf aufmerksam zu machen, daß sie dem Behinderten oder seinem Personensorgeberechtigten das Merkblatt stets auszuhändigen haben, unabhängig davon, ob sie diese Personen über die Eingliederungsmaßnahmen selbst beraten oder nach § 125 Abs. 1 Halbsatz 1 des Gesetzes auf die Möglichkeit der Beratung durch das Gesundheitsamt und das Arbeitsamt hinweisen.

§ 4

(1) Zur Sicherung einer einheitlichen und ausreichenden Mitteilung nach § 125 Abs. 2 des Gesetzes sind den Ärzten Mitteilungsblätter zur Verwendung für die Mitteilung an das Gesundheitsamt in genügender Anzahl zur Verfügung zu stellen. Die Mitteilungsblätter haben die sich aus Anlage 2 ergebende Fassung.

(2) Die Ärzte sind darauf aufmerksam zu machen, daß sie das ausgefüllte Mitteilungsblatt auch dann dem Gesundheitsamt zu übersenden haben, wenn sie den Behinderten oder seinen Personensorgeberechtigten über die Eingliederungsmaßnahmen nicht selbst beraten.

(3) Die Ärzte sind dazu anzuhalten, die ausgefüllten Mitteilungsblätter alsbald, spätestens innerhalb der ersten zwei Wochen eines jeden Kalendervierteljahres für das vorangegangene Kalendervierteljahr an das für den Ort ihrer Berufsausübung zuständige Gesundheitsamt zu übersenden. Wohnt der Behinderte im Bezirk eines anderen Gesundheitsamtes oder hat er dort seinen gewöhnlichen Aufenthalt, so hat das Gesundheitsamt das Mitteilungsblatt an das für den Wohnort oder den Ort des gewöhnlichen Aufenthalts des Behinderten zuständige Gesundheitsamt weiterzuleiten.

Bonn, den 21. Juli 1970
S 4 - 510 113/3

Der Bundesminister für Jugend,
Familie und Gesundheit
gez. Käte Strobel

Der Bundesminister des Innern
In Vertretung
gez. Dr. Schäfer

Anlage 2 b An das Staatl. Gesundheitsamt

Anlage 2
(zu § 4 Abs. 1)

Mitteilung über eine Behinderung nach § 125 Abs. 2 BSHG
(Zu den Fragen 2., 5., 8.1. bis 7.2.: Zutreffendes bitte ankreuzen)

I. Angaben zur Person des Behinderten

1. Geburtsdatum:

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

Lsp. 8-11

2. Geschlecht:

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2

Lsp. 12
männlich weiblich

3. Wohnort oder Ort des gewöhnlichen Aufenthalts:

Gemeinde	Kreis
----------	-------

II. Angaben über die Behinderung und die erforderlichen Maßnahmen

4. Krankheitsbezeichnung, Folgezustand:

--	--

5. Art der vorhandenen oder drohenden Behinderung:

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5
<input type="checkbox"/>	6
<input type="checkbox"/>	7
<input type="checkbox"/>	8
<input type="checkbox"/>	9
<input type="checkbox"/>	10
<input type="checkbox"/>	11
<input type="checkbox"/>	12
<input type="checkbox"/>	13
<input type="checkbox"/>	14
<input type="checkbox"/>	15
<input type="checkbox"/>	16
<input type="checkbox"/>	17
<input type="checkbox"/>	18
<input type="checkbox"/>	19
<input type="checkbox"/>	20
<input type="checkbox"/>	21
<input type="checkbox"/>	22
<input type="checkbox"/>	23
<input type="checkbox"/>	24
<input type="checkbox"/>	25
<input type="checkbox"/>	26
<input type="checkbox"/>	27
<input type="checkbox"/>	28
<input type="checkbox"/>	29
<input type="checkbox"/>	30
<input type="checkbox"/>	31
<input type="checkbox"/>	32
<input type="checkbox"/>	33
<input type="checkbox"/>	34
<input type="checkbox"/>	35
<input type="checkbox"/>	36
<input type="checkbox"/>	37
<input type="checkbox"/>	38
<input type="checkbox"/>	39
<input type="checkbox"/>	40
<input type="checkbox"/>	41
<input type="checkbox"/>	42
<input type="checkbox"/>	43
<input type="checkbox"/>	44
<input type="checkbox"/>	45
<input type="checkbox"/>	46
<input type="checkbox"/>	47
<input type="checkbox"/>	48
<input type="checkbox"/>	49
<input type="checkbox"/>	50
<input type="checkbox"/>	51
<input type="checkbox"/>	52
<input type="checkbox"/>	53
<input type="checkbox"/>	54
<input type="checkbox"/>	55
<input type="checkbox"/>	56
<input type="checkbox"/>	57
<input type="checkbox"/>	58
<input type="checkbox"/>	59
<input type="checkbox"/>	60
<input type="checkbox"/>	61
<input type="checkbox"/>	62
<input type="checkbox"/>	63
<input type="checkbox"/>	64
<input type="checkbox"/>	65
<input type="checkbox"/>	66
<input type="checkbox"/>	67
<input type="checkbox"/>	68
<input type="checkbox"/>	69
<input type="checkbox"/>	70
<input type="checkbox"/>	71
<input type="checkbox"/>	72
<input type="checkbox"/>	73
<input type="checkbox"/>	74
<input type="checkbox"/>	75
<input type="checkbox"/>	76
<input type="checkbox"/>	77
<input type="checkbox"/>	78
<input type="checkbox"/>	79
<input type="checkbox"/>	80
<input type="checkbox"/>	81
<input type="checkbox"/>	82
<input type="checkbox"/>	83
<input type="checkbox"/>	84
<input type="checkbox"/>	85
<input type="checkbox"/>	86
<input type="checkbox"/>	87
<input type="checkbox"/>	88
<input type="checkbox"/>	89
<input type="checkbox"/>	90
<input type="checkbox"/>	91
<input type="checkbox"/>	92
<input type="checkbox"/>	93
<input type="checkbox"/>	94
<input type="checkbox"/>	95
<input type="checkbox"/>	96
<input type="checkbox"/>	97
<input type="checkbox"/>	98
<input type="checkbox"/>	99
<input type="checkbox"/>	100

6.1. Sind ärztliche Eingliederungsmaßnahmen erforderlich?

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	0

Lsp. 38

6.2. Empfiehlt es sich, die ärztlichen Eingliederungsmaßnahmen durchzuführen?

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3

Lsp. 40
ambulant stationär

6.3. Halten Sie sonstige (z. B. schulische oder berufliche) Eingliederungsmaßnahmen für erforderlich?

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	0

Lsp. 41

7.1. Hat der Behinderte wegen der Behinderung bereits einen Arzt aufgesucht?

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	0

Lsp. 42

7.2. Haben Sie den Behinderten bzw. seinen Personensorgeberechtigten auf die Möglichkeit der Beratung durch das Gesundheitsamt hingewiesen?

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	0

Lsp. 43

Ort und Datum: _____ Stempel des Arztes: _____

Hinweise für Ärzte: Ausgefüllte Mitteilungsblätter sind alsbald, spätestens innerhalb der ersten 2 Wochen eines jeden Kalendervierteljahres für das vorangegangene Kalendervierteljahr an das für den Ort der Berufsausübung des Arztes zuständige Gesundheitsamt zu übersenden (§ 125 Abs. 2 BSHG in Verbindung mit § 4 Abs. 3 der hierzu erlassenen Verwaltungsvorschrift).

*1 Wird vom Statistischen Landesamt ausgefüllt.

GMBl. 1970, S. 384

Anlage 2a

Merkblatt über Hilfen für Behinderte

I. Körperliche, geistige oder seelische Behinderungen bringen den Betroffenen und ihren Angehörigen oft große Sorgen und belasten sie finanziell häufig in hohem Maße. Es ist deshalb eine Aufgabe der Gemeinschaft, ihnen Schutz und Hilfe zu gewähren. Die Sozialleistungsgesetze bieten den Behinderten wirksame und nachhaltige Hilfen an, auf die in den meisten Fällen ein Rechtsanspruch besteht. Sie umfassen vielfältige medizinische, schulische und berufliche Maßnahmen zur bestmöglichen Eingliederung des Behinderten in die Gemeinschaft.

Die Fortschritte von Forschung, Wissenschaft und Technik ermöglichen es heute, selbst schwer Behinderten einen angemessenen Platz in Arbeit, Beruf und Gesellschaft zu sichern.

II. Empfänger der Hilfen

Hilfen können ohne Rücksicht auf die Ursache der Behinderung erhaften

Personen mit körperlichen Behinderungen (z. B. Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit, Fehlen von Gliedmaßen, Fehlbildungen von Gliedmaßen, Lähmungen, Folgeerscheinungen von Hirnschäden, Rückgratverkrümmungen, Hüftgelenkschäden),
Personen, die blind oder wesentlich sehbehindert sind,
Personen mit Gehörschäden oder Sprachstörungen,
Personen, die geistig behindert sind,
Personen mit seelischen Behinderungen oder Störungen,
Personen, bei denen eine der genannten Behinderungen einzutreten droht.

III. Aufgabe der Hilfe

Die Hilfe soll

drohenden Behinderungen vorbeugen,
vorhandene Behinderungen heilen oder bessern,
die Folgen der Behinderungen beseitigen oder mildern,
dazu beitragen, daß die Behinderten am Leben in der Gemeinschaft teilnehmen können, soweit die Behinderung dies zuläßt, vor allem, daß sie einen Beruf oder eine sonstige Tätigkeit ausüben können.

IV. Beretung

Der erste Schritt zu einer wirksamen Hilfe ist eine rechtzeitige Beratung. Die Beratung erfolgt in aller Regel zunächst durch den Arzt und das Gesundheitsamt. Sie haben dabei die Aufgabe, auf die Möglichkeit einer weiteren Beretung durch andere Stellen hinzuweisen. Solche Stellen sind insbesondere die Sozialämter und für berufliche Fragen die Arbeitsämter. Auch die Selbsthilfeorganisationen der Behinderten, die Wohlfahrtsverbände sowie die Sondereinrichtungen für Behinderte geben Auskunft.

V. Hilfgewährende Stelle

Welche Stelle im Einzelfall für die Durchführung der Maßnahmen und die Übernahme der Kosten zuständig ist, ist für den Behinderten mitunter schwer zu übersehen. Daher hat das Gesundheitsamt die Aufgabe — die Zustimmung des Behinderten oder seines Personensorgeberechtigten vorausgesetzt —, mit dem für die Hilfeleistung zuständigen Sozialleistungsträger Verbindung aufzunehmen. Dieser leitet dann die notwendigen Maßnahmen ein.

Vor allem kommen folgende Leistungsträger in Betracht:

1. gesetzliche Krankenkassen und Ersatzkassen,
2. gesetzliche Unfallversicherungsträger (insbesondere Be-

rufsgenossenschaften), die den Versicherten bei Arbeitsunfällen oder bei Berufskrankheiten Leistungen gewähren,

3. Landesversicherungsanstalten, die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte oder die Bundesknappschaft, soweit die Behinderten entweder selbst rentenversichert oder als Angehörige oder Hinterbliebene rentenversicherter Personen leistungsberechtigt sind,
4. Versorgungsämter, Hauptfürsorgestellen, Fürsorgestellen, die Kriegsbeschädigten sowie Beschädigten mit Anspruch nach dem Häftlingshilfegesetz, dem Soldatenversorgungsgesetz und dem Gesetz über den zivilen Ersatzdienst Leistungen gewähren,
5. Arbeitsämter, die außer der Berufsberatung und der Arbeitsvermittlung besondere Maßnahmen zur Arbeits- und Berufsförderung Behinderter, vor allem Ausbildung, Fortbildung und Umschulung durchführen, soweit nicht die zuvor genannten Leistungsträger in Frage kommen,
6. Träger der Sozialhilfe, soweit keiner der vorgenannten Leistungsträger oder kein anderer Leistungsträger für die Hilfgewährung zuständig ist.

Steht nicht fest, welcher Leistungsträger für die Hilfe zuständig ist, duldet aber die Hilfe keinen Aufschub, hat zunächst der Träger der Sozialhilfe die notwendigen Maßnahmen einzuleiten. Bei Maßnahmen der beruflichen Bildung (Ausbildung, Fortbildung, Umschulung) ist jedoch das Arbeitsamt zur Vor-aushilfe verpflichtet.

VI. Maßnahmen der Hilfe

Welche Hilfen gewährt werden, richtet sich ganz nach den Erfordernissen des einzelnen Felles. Hilfe kommt je nach den besonderen Umständen für ärztliche, vorschulische, schulische, berufliche oder sonstige Eingliederungsmaßnahmen in Betracht. Im einzelnen ist es möglich, vor allem für folgende Maßnahmen Hilfen zu erhalten:

1. für ärztliche Behandlung oder vom Arzt verordnete Maßnahmen (z. B. chirurgische Eingriffe, orthopädische Behandlungen, Massagen, Bestrahlungen, Krankengymnastik, Beschäftigungstherapie, Bäder, sprachpädagogische Übungen),
2. für die Versorgung mit Körperersatzstücken sowie mit orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln,
3. für eine Förderung behinderter Kinder im vorschulischen Alter,
4. für eine angemessene Schulförderung,
5. für berufliche Ausbildung, Fortbildung oder Umschulung,
6. für die Ausbildung zu einer sonstigen angemessenen Tätigkeit, wenn wegen der Schwere der Behinderung eine berufliche Ausbildung nicht möglich ist,
7. für die Vermittlung von Fähigkeiten zu einfachen Verrichtungen bei besonders schwer Behinderten,
8. für die Erhaltung oder Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben,
9. für die Sicherung des Heilerfolges,
10. für die Sicherung des Lebensunterhalts des Behinderten und, soweit nötig, seiner Angehörigen.

VII. Kosten.

Die Kosten trägt in der Mehrzahl der Fälle der für den Behinderten zuständige Leistungsträger. Nach den gesetzlichen Bestimmungen gibt es Fälle, in denen dem Behinderten und seinen unterhaltspflichtigen Angehörigen je nach ihren wirtschaftlichen Verhältnissen zugemutet wird, zu den Kosten der Hilfemaßnahmen beizutragen. Nähere Auskunft darüber erteilen die Leistungsträger.

Anlage 3

Auszug aus den Vorschriften des Bundessozialhilfegesetzes und der Eingliederungshilfeverordnung über Eingliederungshilfe für Behinderte:

1. Bundessozialhilfegesetz i. d. F. vom 18. 9. 1969 (BGBl. I S. 1688)

Unterebschnitt 7 Eingliederungshilfe für Behinderte

§ 39

Personenkreis und Aufgabe

(1) Eingliederungshilfe ist zu gewähren

1. Körperbehinderten oder von einer Körperbehinderung bedrohten Personen,
2. Blinden, von Blindheit bedrohten oder nicht nur vorübergehend wesentlich sehbehinderten Personen,
3. Personen, die durch eine Beeinträchtigung der Hörfähigkeit nicht nur vorübergehend wesentlich behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind,
4. Personen, die durch eine Beeinträchtigung der Sprachfähigkeit nicht nur vorübergehend wesentlich behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind,
5. Personen, die durch Schwäche ihrer geistigen Kräfte wesentlich behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind,
6. Personen, die seelisch wesentlich behindert sind.

Körperbehinderte im Sinne des Satzes 1 Nr. 1 sind Personen, die in ihrer Bewegungsfähigkeit durch eine Beeinträchtigung ihres Stütz- oder Bewegungssystems nicht nur vorübergehend wesentlich behindert sind oder bei denen wesentliche Spaltbildungen des Gesichts oder des Rumpfes bestehen.

(2) Anderen Personen mit einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung kann Eingliederungshilfe gewährt werden.

(3) Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine vorhandene Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und dabei dem Behinderten die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern. Hierzu gehört vor allem, dem Behinderten die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder ihn wenigstens unabhängig von Pflege zu machen.

§ 40

Maßnahmen der Hilfe

(1) Maßnahmen der Eingliederungshilfe sind vor allem

1. ambulante oder stationäre Behandlung oder sonstige ärztliche oder ärztlich verordnete Maßnahmen zur Verhütung, Beseitigung oder Milderung der Behinderung,
2. Versorgung mit Körperersatzstücken sowie mit orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln,
3. Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung, vor allem im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht und durch Hilfe zum Besuch weiterführender Schulen; die Bestimmungen über die Ermöglichung der Schulbildung im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht bleiben unberührt,
4. Hilfe zur Ausbildung für einen angemessenen Beruf oder für eine sonstige angemessene Tätigkeit,
5. Hilfe zur Fortbildung im früheren oder einem diesem verwandten Beruf oder zur Umschulung für einen angemessenen Beruf oder eine sonstige angemessene Tätigkeit; Hilfe kann auch zum Aufstieg im Berufsleben gewährt werden, wenn die Besonderheit des Einzelfalls dies rechtfertigt,
6. Hilfe zur Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben,
7. nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen oder ärztlich verordneten Maßnahmen und zur Sicherung der Eingliederung des Behinderten in das Arbeitsleben.

(2) Behinderten, bei denen wegen der Schwere ihrer Behinderung arbeits- und berufsfördernde Maßnahmen nach Abs. 1 nicht möglich sind, soll nach Möglichkeit Gelegenheit zur Ausübung einer der Behinderung entsprechenden Tätigkeit gegeben werden.

(3) Soweit es im Einzelfall gerechtfertigt ist, können Beihilfen an den Behinderten oder seine Angehörigen zum Besuch während der Durchführung der Maßnahmen der Eingliederungshilfe in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung gewährt werden.

§ 41

Lebensunterhalt für Behinderte

(1) Die Hilfe nach § 40 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 umfaßt auch den Lebensunterhalt des Behinderten.

(2) Für den Lebensunterhalt gelten die Bestimmungen des Abschnitts 2 entsprechend. Für Behinderte, die nicht mehr im volksschulpflichtigen Alter sind, ist für den laufenden Lebensunterhalt ein Mehrbedarf von mindestens fünfzig vom

Adumbran[®]

Thomae

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

1

Hundert des maßgebenden Regelsatzes anzuerkennen, wenn der Lebensunterhalt nach Regelsätzen zu bemessen ist. Satz 2 und § 23 mit Ausnahme des Abs. 3 sind nebeneinander anzuwenden.

(3) Die Bestimmungen der Abs. 1 und 2 können auch nach Beendigung der in § 40 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 genannten Maßnahmen während einer angemessenen Übergangszeit, vor allem einer Einarbeitungszeit, angewendet werden.

§ 42

Lebensunterhalt für andere Personen

(1) Erfordert die Behinderung stationäre Behandlung oder erbeits- und berufsfördernde Maßnahmen, sollen die Leistungen, die für die von dem Behinderten bisher aufgrund rechtlicher oder sittlicher Pflicht überwiegend unterhaltenen Personen nach Regelsätzen zu gewähren sind, angemessen erhöht werden; sie sollen so bemessen werden, daß der Wille des Behinderten zur Selbsthilfe gestärkt und eine nicht zumutbare Beeinträchtigung der Lebenshaltung des Behinderten und der von ihm bisher aufgrund rechtlicher oder sittlicher Pflicht überwiegend unterhaltenen Personen vermieden wird.

(2) § 41 Abs. 3 gilt entsprechend.

§ 43

Erweiterte Hilfe

(1) Erfordert die Behinderung Gewährung der Hilfe in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung, einer Tageseinrichtung für Behinderte oder ärztliche oder ärztlich verordnete Maßnahmen, ist die Hilfe hierfür auch dann in vollem Umfang zu gewähren, wenn den in § 28 genannten Personen die Aufbringung der Mittel zu einem Teil zuzumuten ist. In Höhe dieses Teils haben sie zu den Kosten der Hilfe beizutragen.

(2) Ist der Behinderte im schulpflichtigen Alter, so ist den in § 28 genannten Personen die Aufbringung der Mittel nur für die Kosten des Lebensunterhalts zuzumuten

1. bei der Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung (§ 40 Abs. 1 Nr. 3),
2. bei der Hilfe, die dem Behinderten die für ihn erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen soll, wenn die Behinderung eine Schulbildung nicht zuläßt,
3. bei der Hilfe zur Ausbildung für einen angemessenen Beruf oder für eine sonstige angemessene Tätigkeit (§ 40 Abs. 1 Nr. 4), wenn die hierzu erforderlichen Maßnahmen in besonderen Einrichtungen für Behinderte durchgeführt werden.

Die Kosten des in einer Einrichtung gewährten Lebensunterhalts sind nur in Höhe der für den häuslichen Lebensunterhalt ersparten Aufwendungen anzusetzen; dies gilt nicht für den Zeitraum, in dem gleichzeitig mit den Maßnahmen nach Satz 1 in der Einrichtung durchgeführte andere Maßnahmen überwiegen. § 85 Nr. 3 Satz 1 gilt auch bei der Hilfe in anderen als den dort genannten Einrichtungen. In besonders begründeten Fällen können die Sätze 1 bis 3 Anwendung finden, wenn der Behinderte nicht mehr im schulpflichtigen Alter ist.

§ 44

Vorläufige Hilfeleistung

Steht spätestens vier Wochen nach Bekanntwerden des Bedarfs beim Träger der Sozialhilfe nicht fest, ob ein anderer als der Träger der Sozialhilfe oder welcher andere zur Hilfe verpflichtet ist, hat der Träger der Sozialhilfe die notwendigen Maßnahmen unverzüglich durchzuführen, wenn zu be-

fürchten ist, daß sie sonst nicht oder nicht rechtzeitig durchgeführt werden.

§ 45

Versagung der Hilfe

Wird der Erfolg der Hilfe durch den Behinderten oder durch den, der nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches für die Person des Behinderten zu sorgen hat, schuldhaft gefährdet, kann die Weitergewährung der Hilfe ganz oder teilweise versagt werden; der Behinderte, der Sorgepflichtige und der behandelnde Arzt sind zu hören.

§ 46

Gesamtplan

(1) Der Träger der Sozialhilfe stellt so frühzeitig wie möglich einen Gesamtplan zur Durchführung der einzelnen Maßnahmen auf; bei Körperbehinderten oder von einer Körperbehinderung bedrohten Personen ist er im Benehmen mit dem Gesundheitsamt aufzustellen.

(2) Bei der Aufstellung des Gesamtplans und der Durchführung der Maßnahmen soll der Träger der Sozialhilfe mit dem Behinderten und den sonst im Einzelfalle Beteiligten, vor allem mit dem behandelnden Arzt, dem Gesundheitsamt, dem Landesarzt (§ 126 e) und den Dienststellen der Bundesanstalt für Arbeit zusammenwirken.

2. Eingliederungshilfe-Verordnung vom 27. 5. 1964 (BGBl. I S. 339)

geändert durch Verordnung vom 21. 11. 1967 (BGBl. I S. 1159)

Abschnitt I

Personenkreis

§ 1

Hochgradig Sehgeschwachte

Hochgradig sehgeschwacht im Sinne des § 39 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Gesetzes sind Personen, die sich zwar in einer ihnen nicht vertrauten Umgebung ohne fremde Hilfe noch zurechtfinden, ihr Sehvermögen aber für eine Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft, vor allem auf einem angemessenen Platz im Arbeitsleben, nicht oder nur unzureichend verwerten können. Die Voraussetzung des Satzes 1 ist erfüllt, wenn das bessere Auge eine Sehschärfe von weniger als 1/20 oder krankhafte Veränderungen von entsprechendem Schweregrad aufweist.

§ 2

Hörgeschädigte

Durch eine Beeinträchtigung der Hörfähigkeit wesentlich behindert im Sinne des § 39 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 des Gesetzes sind Personen, die ihre Hörfähigkeit für eine Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft, vor allem auf einem angemessenen Platz im Arbeitsleben, nicht oder nur unzureichend verwerten können. Die Voraussetzung des Satzes 1 ist erfüllt bei Personen, die gehörlos sind oder denen eine sprachliche Verständigung über das Gehör nur mit Hörhilfen möglich ist.

§ 3

Sprachgeschädigte

Durch eine Beeinträchtigung der Sprechfähigkeit wesentlich behindert im Sinne des § 39 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 des Gesetzes sind Personen, die ihre Sprechfähigkeit für eine Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft, vor allem auf einem ange-

Arznei Müller Bielefeld



Monapax®

Verschreibungsformen:

Monapax® Tropfen 20 und 50 ml

Monapax® Dragees 40 und 100 Stück

Monapax® Hustensaft 165 g

Monapax® Kinderzäpfchen 10 Stück

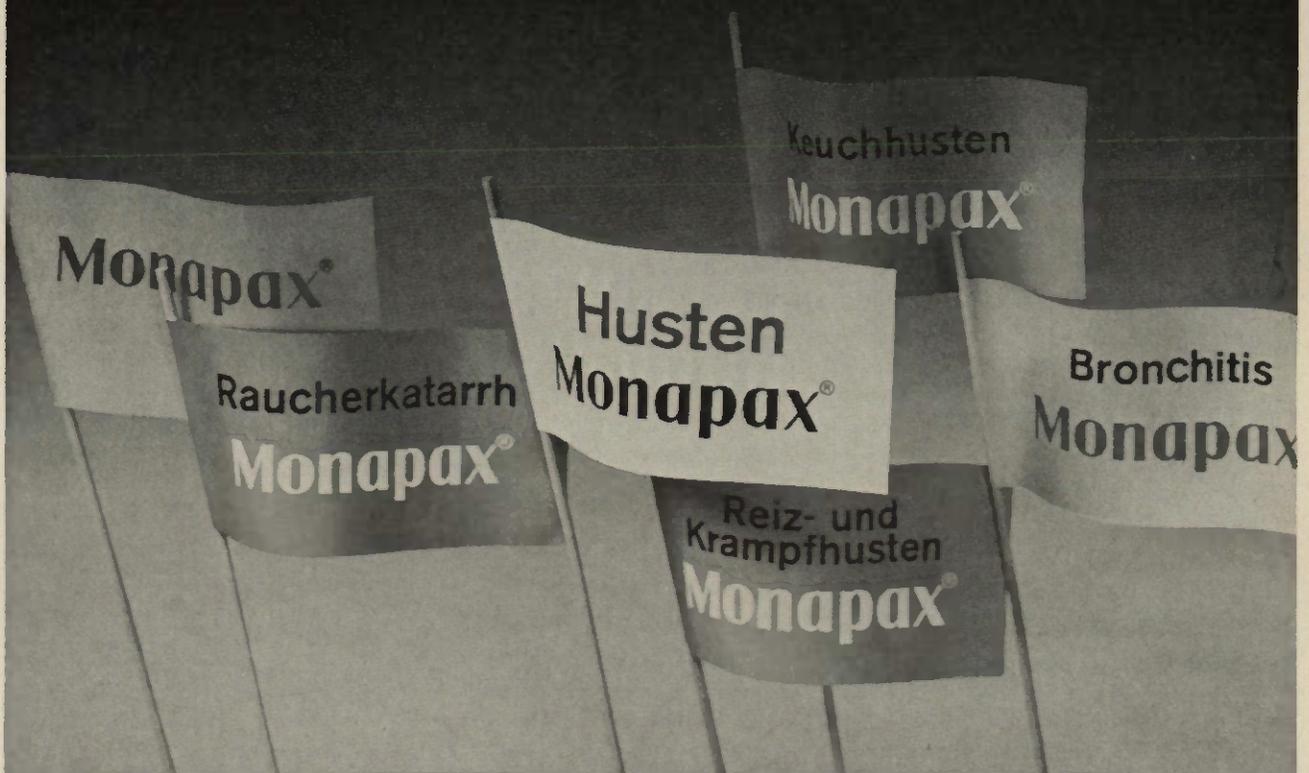
Monapax® Tropfen mit Dihydro-Codein 20 ml

Monapax® Saft mit Dihydro-Codein 100 g

Klinikpackungen

Alle Formen für Diabetiker geeignet

Der Arzt bezwingt den Husten



messenen Platz im Arbeitsleben, nicht oder nur unzureichend verwerten können. Die Voraussetzung des Satzes 1 ist erfüllt bei Personen, die nicht sprechen können, bei Seelentauben und Hörstummten sowie bei Personen, die stark stammeln oder stottern oder deren Sprache stark unartikuliert ist.

§ 4

Von Behinderung Bedrohte

Von Behinderung bedroht im Sinne des § 39 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 4 des Gesetzes sind Personen, bei denen der Eintritt der Behinderung nach allgemeiner ärztlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist.

§ 5

Personen mit schwach entwickelten geistigen Kräften

Behinderte im Sinne des § 39 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 des Gesetzes sind Personen, die infolge einer anlagebedingten oder durch Krankheit oder Hirnverletzung verursachten Hemmung der Entwicklung ihrer geistigen Kräfte oder infolge einer durch Krankheit oder Hirnverletzung verursachten Rückentwicklung ihrer geistigen Kräfte am Leben in der Gemeinschaft, vor allem am Arbeitsleben, nicht oder nur unzureichend teilnehmen können.

Abschnitt II

Maßnahmen der Eingliederungshilfe

§ 6

Kuren, Leibesübungen

Zu den Maßnahmen im Sinne des § 40 Abs. 1 Nr. 1 des Gesetzes gehören auch

1. Kuren in geeigneten Kur- oder Badeorten oder in geeigneten Sondereinrichtungen, wenn andere Maßnahmen nicht ausreichen und die Kur im Einzelfall nach ärztlichem Gutachten zur Verhütung, Beseitigung oder Milderung der Behinderung oder ihrer Folgen erforderlich ist,
2. Leibesübungen, die ärztlich verordnet sind und für Behinderte sowie für von einer Behinderung bedrohte Personen unter ärztlicher Überwachung in Gruppen durchgeführt werden.

§ 7

Krankenfahrzeug

Zu den orthopädischen Hilfsmitteln im Sinne des § 40 Abs. 1 Nr. 2 des Gesetzes gehören auch Krankenfahrzeuge für den häuslichen Gebrauch und handbetriebene oder motorisierte Krankenfahrzeuge für den Straßengebrauch.

§ 8

Hilfe zur Beschaffung eines Kraftfahrzeuges

(1) Der Träger der Sozialhilfe kann anstelle der Versorgung mit einem Krankenfahrzeug für den Straßengebrauch Hilfe zur Beschaffung eines Kraftfahrzeuges in angemessenem Umfang gewähren, wenn die Eingliederung des Behinderten hierdurch besser erreicht werden kann. Außer im Falle des Satzes 1 kommt Hilfe zur Beschaffung eines Kraftfahrzeuges zum Zwecke der Eingliederung des Behinderten auch dann in Betracht, wenn er wegen seiner Behinderung auf die regelmäßige Benutzung eines Kraftfahrzeuges angewiesen ist. Die Hilfe zur Beschaffung eines Kraftfahrzeuges gilt als Hilfe im Sinne des § 40 Abs. 1 Nr. 2 des Gesetzes.

(2) Die Hilfe nach Abs. 1 kann auch als Darlehen gewährt werden.

(3) Die Hilfe nach Abs. 1 ist in der Regel davon abhängig, daß der Behinderte das Kraftfahrzeug selbst bedienen kann.

(4) Eine erneute Hilfe zur Beschaffung eines Kraftfahrzeuges soll in der Regel nicht vor Ablauf von fünf Jahren nach Gewährung der letzten Hilfe gewährt werden.

§ 9

Andere Hilfsmittel

(1) Andere Hilfsmittel im Sinne des § 40 Abs. 1 Nr. 2 des Gesetzes sind nur solche Hilfsmittel, die dazu bestimmt sind, zum Ausgleich der durch die Behinderung bedingten Mängel beizutragen.

(2) Zu den anderen Hilfsmitteln im Sinne des Abs. 1 gehören auch

1. Schreibmaschinen für Blinde, Ohnhänder und solche Behinderte, die wegen der Art und Schwere ihrer Behinderung auf eine Schreibmaschine angewiesen sind,
2. Verständigungsgeräte für Taubblinde,
3. Blindenschrift-Bogenmaschinen,
4. Blindenuhren mit Zubehör, Blindenweckuhren,
5. Tonbandgeräte mit Zubehör für Blinde,
6. Blindenführhunde mit Zubehör,
7. Weckuhren für Hörgeschädigte,
8. besondere Bedienungseinrichtungen und Zusatzgeräte für Kraftfahrzeuge, wenn der Behinderte wegen Art und Schwere seiner Behinderung auf ein Kraftfahrzeug angewiesen ist.

(3) Die Versorgung mit einem anderen Hilfsmittel im Sinne des § 40 Abs. 1 Nr. 2 des Gesetzes wird nur gewährt, wenn das Hilfsmittel im Einzelfall erforderlich und geeignet ist, zu dem in Abs. 1 genannten Ausgleich beizutragen, und wenn der Behinderte das Hilfsmittel bedienen kann.

§ 10

Umfang der Versorgung mit Körperersatzstücken, orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln

(1) Zu der Versorgung mit Körperersatzstücken sowie mit orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln im Sinne des § 40 Abs. 1 Nr. 2 des Gesetzes gehört auch eine notwendige Unterweisung in ihrem Gebrauch.

(2) Soweit im Einzelfall erforderlich, wird eine Doppelausstattung mit Körperersatzstücken, orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln gewährt.

(3) Zu der Versorgung mit Körperersatzstücken sowie mit orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln gehört auch deren notwendige Instandhaltung oder Änderung. Die Versorgung mit einem anderen Hilfsmittel umfaßt auch ein Futtergeld in Höhe von monatlich 60 Deutsche Mark für einen Blindenführhund sowie die Kosten für dessen notwendige tierärztliche Behandlung und für eine angemessene Haftpflichtversicherung, soweit die Beiträge hierfür nicht nach § 76 Abs. 2 Nr. 3 des Gesetzes vom Einkommen abzusetzen sind.

(4) Eine erneute Versorgung wird gewährt, wenn sie infolge der körperlichen Entwicklung des Behinderten notwendig oder wenn aus anderen Gründen das Körperersatzstück oder Hilfsmittel ungeeignet oder unbrauchbar geworden ist.

(5) Bei der Hilfe nach § 7 umfaßt die Versorgung auch die Betriebskosten des motorisierten Krankenfahrzeuges.

(6) Benutzt der Behinderte wegen seiner Behinderung ein Kraftfahrzeug, so kann in besonders begründeten Fällen als Versorgung Hilfe in angemessenem Umfang zur Unterweisung im Gebrauch, zur Instandhaltung sowie durch Übernahme von Betriebskosten des Kraftfahrzeuges gewährt werden.

§ 11

Schulbildung

Die Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung im Sinne des § 40 Abs. 1 Nr. 3 des Gesetzes umfaßt auch

1. heilpädagogische sowie sonstige Maßnahmen zugunsten behinderter Kinder und Jugendlicher, wenn die Maßnahmen erforderlich und geeignet sind, dem Behinderten den künftigen Schulbesuch im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht zu ermöglichen oder zu erleichtern,
2. Maßnahmen der Schulbildung zugunsten behinderter Kinder und Jugendlicher, wenn die Maßnahmen erforderlich und geeignet sind, dem Behinderten eine im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht üblicherweise erreichbare Bildung zu ermöglichen,
3. Hilfe zum Besuch einer mittleren oder höheren Schule, einer Einrichtung, deren Ausbildungsabschluß dem der mittleren oder höheren Schule gleichgestellt ist, oder, soweit im Einzelfalle der Besuch einer solchen Schule oder Einrichtung nicht zumutbar ist, sonstige Hilfe zur Vermittlung einer entsprechenden Schulbildung; die Hilfe wird nur gewährt, wenn nach den Fähigkeiten und den Leistungen des Behinderten zu erwarten ist, daß er das Bildungsziel erreichen wird.

§ 12

Ausbildung für einen Beruf oder für eine sonstige Tätigkeit

(1) Die Hilfe zur Ausbildung für einen angemessenen Beruf im Sinne des § 40 Abs. 1 Nr. 4 des Gesetzes umfaßt vor allem Hilfe

1. zur Ausbildung in einem Lehr- oder Anlernberuf,
2. zur Ausbildung in einer Berufsfachschule,
3. zur Ausbildung in einer Fachschule oder höheren Fachschule,
4. zur Ausbildung in einer nichtwissenschaftlichen oder in einer wissenschaftlichen Hochschule,
5. zum Besuch sonstiger öffentlicher, staatlich anerkannter oder staatlich genehmigter Ausbildungsstätten,
6. zur Ableistung eines Praktikums, das Voraussetzung für den Besuch einer Fachschule oder einer Hochschule oder für die Berufszulassung ist,
7. zur Teilnahme am Fernunterricht, wenn dem Behinderten wegen Art und Schwere seiner Behinderung die Teilnahme an Maßnahmen nach den Nummern 1 bis 6 nicht möglich oder nicht zuzumuten ist,
8. zur Teilnahme an Maßnahmen, die geboten sind, um die Ausbildung für einen angemessenen Beruf vorzubereiten.

(2) Die Hilfe nach Abs. 1 wird nur gewährt, wenn

1. nach den körperlichen und geistigen Fähigkeiten und den Leistungen des Behinderten zu erwarten ist, daß er das

Ziel der Ausbildung oder der Vorbereitungsmaßnahmen erreichen wird,

2. der beabsichtigte Ausbildungsweg erforderlich ist,
3. der Beruf oder die Tätigkeit voraussichtlich eine ausreichende Lebensgrundlage bieten oder, falls dies wegen Art und Schwere der Behinderung nicht möglich ist, zur Lebensgrundlage in angemessenem Umfang beitragen wird.

(3) Die Hilfe zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit im Sinne des § 40 Abs. 1 Nr. 4 des Gesetzes wird insbesondere gewährt, wenn die Ausbildung für einen Beruf aus besonderen Gründen, vor allem wegen Art und Schwere der Behinderung, unterbleibt. Abs. 2 gilt entsprechend.

§ 13

Fortbildung, Umschulung

(1) Für die Gewährung der Hilfe zur Fortbildung oder Umschulung im Sinne des § 40 Abs. 1 Nr. 5 des Gesetzes gilt § 12 entsprechend.

(2) Hilfe zur Fortbildung im früheren oder einem diesem verwandten Beruf wird gewährt, wenn der Behinderte ohne die Fortbildung den früheren Beruf wegen der Behinderung nicht oder nur unzureichend ausüben kann.

(3) Hilfe zur Umschulung für einen angemessenen Beruf oder eine sonstige angemessene Tätigkeit wird gewährt, wenn der Behinderte den früheren Beruf oder die frühere sonstige Tätigkeit wegen der Behinderung nicht oder nur unzureichend ausüben kann.

§ 14

Besondere Maßnahmen außerhalb der Hilfe nach den §§ 11 bis 13

Die Eingliederungshilfe für Behinderte, deren Behinderung Maßnahmen nach den §§ 11 bis 13 voraussichtlich nicht zulassen wird, nicht zuläßt oder nicht zugelassen hat, umfaßt auch Maßnahmen, die erforderlich und geeignet sind, dem Behinderten die für ihn erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen.

§ 15

Allgemeine Ausbildung

Zu den Maßnahmen der Eingliederungshilfe für Behinderte gehören auch

1. die blindentechnische Grundausbildung,
2. Kurse und ähnliche Maßnahmen zugunsten der in den §§ 2 und 3 genannten Personen, wenn die Maßnahmen erforderlich und geeignet sind, die Verständigung mit anderen Personen zu ermöglichen oder zu erleichtern,
3. hauswirtschaftliche Lehrgänge, die erforderlich und geeignet sind, dem Behinderten die Besorgung des Haushalts ganz oder teilweise zu ermöglichen.

Tonsilgon® bei Lymphatismus

steigert die Infektabwehr deutlich

BIONORICA KG
NÜRNBERG

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

§ 16

Eingliederung in des Arbeitsleben

Zu der Hilfe im Sinne des § 40 Abs. 1 Nr. 6 und 7 des Gesetzes gehören auch

1. Hilfe zur Beschaffung von Gegenständen, die wegen der Behinderung zur Aufnahme oder Fortsetzung einer angemessenen Tätigkeit im Arbeitsleben erforderlich sind; für die Hilfe zur Beschaffung eines Kraftfahrzeuges ist § 8 maßgebend,
 2. die Ermöglichung einer geeigneten Tätigkeit in einer beschützenden Werkstatt oder einer ähnlichen Einrichtung; als beschützende Werkstatt ist eine Einrichtung anzusehen, in der Arbeitsmöglichkeiten für Personen geschaffen sind, die wegen ihrer Behinderung unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes keine Arbeit finden können.
- (2) Die Hilfe nach Abs. 1 Nr. 1 kann auch als Darlehen gewährt werden.

§ 17

Verbesserung der wohnungsmäßigen Unterbringung

Zum Zwecke der Eingliederung des Behinderten kann auch Hilfe zur notwendigen Verbesserung der wohnungsmäßigen Unterbringung des Behinderten gewährt werden, wenn die Besonderheit des Einzelfalles dies rechtfertigt. Kommen hierfür Geldleistungen in Betracht, können sie als Beihilfe oder als Darlehen gewährt werden.

§ 18

Besondere Betreuung Schwerbehinderter

Zu den Maßnahmen der Eingliederungshilfe für besonders schwer Behinderte gehört auch, Personen, denen die Betreuung des Behinderten obliegt, mit den durch Art und Schwere der Behinderung bedingten Besonderheiten der Betreuung vertreten zu machen.

§ 19

Kosten der Begleitperson

Ertordern die Maßnahmen der Eingliederungshilfe die Begleitung des Behinderten, so gehören zu seinem Bedarf auch

1. die notwendigen Fahrtkosten und die sonstigen mit der Fahrt verbundenen notwendigen Auslagen der Begleitperson,
2. weitere Kosten der Begleitperson, soweit sie nach den Besonderheiten des Einzelfalles notwendig sind.

Anlage 4

1. Rentenversicherung der Arbeiter

§ 1235

Regelleistungen

Regelleistungen sind

1. Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbstätigkeit,
2. Renten,
3. Witwen- und Witwerrentenabfindungen,
4. Beitragserstattungen,
5. Beiträge für die Krankenversicherung der Rentner.

I. Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit

§ 1236

Verpflichtung und Zuständigkeit

(1) Ist die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte gefährdet oder gemindert und kann sie voraussichtlich erhalten, wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden, so kann der Träger der Rentenversicherung der Arbeiter Maßnahmen in dem in § 1237 bestimmten Umfang zur Erhaltung, Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit gewähren.

(2) Abs. 1 gilt für die Empfänger von Rente wegen Berufsunfähigkeit (§ 1246), wegen Erwerbsunfähigkeit (§ 1247) und für Empfänger von Hinterbliebenenrente, die wegen Berufsunfähigkeit die erhöhte Rente nach § 1268 Abs. 2 Nr. 2 beziehen, entsprechend.

(3) Soweit nach Gesetz oder Satzung für die Durchführung von Maßnahmen im Sinne der Absätze 1 und 2 ein Träger eines anderen Zweiges der Sozialversicherung oder eine sonstige durch Gesetz verpflichtete Stelle, insbesondere die Kriegsopterversorgung oder die Bundesanstalt für Arbeit, zuständig ist, bleiben deren Verpflichtung und Zuständigkeit unberührt.

§ 1237

Arten und Umfang der durchzuführenden Maßnahmen

(1) Die nach § 1236 durchzuführenden Maßnahmen erstrecken sich auf Heilbehandlung, Berufsförderung und soziale Betreuung.

(2) Die Heilbehandlung umfaßt alle erforderlichen medizinischen Maßnahmen, insbesondere Behandlung in Kur- und Badeorten und in Spezialanstalten.

(3) Die Berufsförderung umfaßt

- a) Maßnahmen zur Wiedergewinnung oder Erhöhung der Erwerbstätigkeit im bisherigen Beruf,
- b) Ausbildung für einen anderen nach der bisherigen Berufstätigkeit zumutbaren Beruf,
- c) Hilfe zur Erhaltung oder zur Erlangung einer Arbeitsstelle.

Die Berufsförderung wird unter der Voraussetzung der Eignung und Mitarbeit des Betreuten bis zum Erreichen ihres angestrebten Zieles, in der Regel jedoch nicht länger als ein Jahr gewährt. In geeigneten Fällen kann der Träger der Rentenversicherung der Arbeiter die Berufsförderung über diesen Zeitraum, jedoch nicht über zwei weitere Jahre hinaus, ausdehnen. Für nachgehende Maßnahmen gelten diese Fristen nicht.

(4) Die soziale Betreuung umfaßt

- a) die Gewährung von Übergangsgeld während der Durchführung von Maßnahmen der Heilbehandlung und der Berufsförderung,
- b) nachgehende Maßnahmen zur Sicherung des nach Durchführung der Heilbehandlung und der Berufsförderung erzielten Ergebnisses.

(5) Für die im Einzelfall durchzuführenden Maßnahmen der Heilbehandlung, Berufsförderung und sozialen Betreuung ist durch den Träger der Rentenversicherung der Arbeiter in Zusammenarbeit mit allen an der Durchführung beteiligten Stellen so früh wie möglich ein Gesamtplan aufzustellen. Auf Wunsch des Betreuten ist sein behandelnder Arzt zu beteiligen.

(6) Die Durchführung von Maßnahmen nach den Abs. 1 bis 5 bedarf der Zustimmung des Betreuten.

Durchführung von Maßnahmen zur Berufsförderung

Ist Berufsförderung notwendig, so veranlaßt der Träger der Rentenversicherung die Durchführung der erforderlichen Maßnahmen bei der Bundesanstalt für Arbeit, soweit diese zur Durchführung im Rahmen der für sie geltenden Vorschriften zuständig ist und über geeignete Einrichtungen verfügt. Ist dies nicht der Fall, so kann der Träger der Rentenversicherung andere Einrichtungen, insbesondere solche der Kriegsopferversorgung oder der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, zur Durchführung der erforderlichen Maßnahmen im Rahmen der verfügbaren Plätze nach Vereinbarung in Anspruch nehmen oder die Maßnahmen selbst durchführen.

§ 1241

Übergangsgeld bei Maßnahmen zur Förderung der Erwerbsfähigkeit

(1) Für die Zeit, in der der Träger der Rentenversicherung Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit durchführt, hat er dem Betreuten ein Übergangsgeld zu gewähren. Hat der Betreute vor Beginn der Maßnahmen Antrag auf Rente wegen Berufsunfähigkeit oder wegen Erwerbsunfähigkeit oder auf erhöhte Rente nach § 1268 Abs. 2 Nr. 2 gestellt, so beginnt das Übergangsgeld mit dem Zeitpunkt, von dem an die Rente oder der erhöhte Rentenbetrag zu zahlen gewesen wäre.

(2) Die Höhe des Übergangsgeldes wird durch übereinstimmende Beschlüsse der Organe des Trägers der Rentenversicherung unter Berücksichtigung der Zahl der von dem Betreuten vor Beginn der Maßnahmen überwiegend unterhaltenen Familienangehörigen festgesetzt. Das Übergangsgeld für Versicherte beträgt mindestens 50 vom Hundert und höchstens 80 vom Hundert des Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, das im Durchschnitt der letzten zwölf mit Beiträgen belegten Monate oder, wenn dies für den Betreuten günstiger ist, im Durchschnitt der letzten sechsunddreißig mit Beiträgen belegten Monate der Beitragsentrichtung zugrunde lag. Sind Beiträge durch Verwendung von Beitragsmarken entrichtet, so sind bei der Berechnung die Beiträge anzusetzen, die den Mittelwerten der den Beitragsklassen nach § 1387 zugeordneten Arbeitsentgelte oder Arbeitseinkommen entsprechen. Werden dem Betreuten Unterkunft und Verpflegung gewährt, so kann das Übergangsgeld bis auf ein Drittel des nach den Sätzen 2 und 3 zu gewährenden Betrages ermäßigt werden.

(3) Übergangsgeld wird insoweit nicht gewährt, als der Betreute während der Durchführung der Maßnahmen Arbeitsentgelt, anderes Erwerbseinkommen oder eine Rente aus der Rentenversicherung der Arbeiter, der Rentenversicherung der Angestellten oder der knappschaftlichen Rentenversicherung bezieht.

§ 1242

Rentenansprüche während der Durchführung von Maßnahmen zur Förderung der Erwerbsfähigkeit

Für die Dauer der Durchführung von Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit besteht kein Anspruch auf Rente wegen Berufsunfähigkeit oder wegen Erwerbsunfähigkeit oder auf erhöhte Rente nach § 1268 Abs. 2 Nr. 2, es sei denn, daß die Rente oder die Rentenerhöhung bereits vor Beginn der Maßnahmen bewilligt war; das gleiche gilt für den Zeitraum vor Beginn der Durchführung solcher Maßnahmen, für den nach § 1241 Abs. 1 Satz 2 Übergangsgeld zu zahlen ist.

Zeitweise Versagung von Renten bei Verhinderung von Maßnahmen durch den Versicherten

(1) Entzieht sich ein Versicherter ohne triftigen Grund der Durchführung einer von dem Träger der Rentenversicherung vorgesehenen Maßnahme der Heilbehandlung oder einer nach der bisherigen Berufstätigkeit des Versicherten zumutbaren Maßnahme der Berufsförderung oder einer nachgehenden Maßnahmen (§ 1237 Abs. 1 bis 4), so kann ihm die Rente wegen Berufsunfähigkeit oder wegen Erwerbsunfähigkeit ganz oder teilweise auf Zeit versagt werden, wenn Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit in den nächsten drei Jahren nach der Weigerung eintritt und ganz oder überwiegend auf Umständen beruht, zu deren Behebung die vorgesehene Maßnahme durchgeführt werden sollte. Der Versicherte ist auf diese Folge vorher schriftlich hinzuweisen.

(2) Entzieht sich ein Empfänger von Rente wegen Berufsunfähigkeit oder wegen Erwerbsunfähigkeit ohne triftigen Grund der Durchführung einer vom Träger der Rentenversicherung vorgesehenen Maßnahme, so kann ihm die Rente ganz oder teilweise auf Zeit versagt werden, wenn die Berufsunfähigkeit oder die Erwerbsunfähigkeit durch die vorgesehene Maßnahme voraussichtlich beseitigt worden wäre. Der Rentenempfänger ist auf diese Folge vorher schriftlich hinzuweisen.

(3) Abs. 2 gilt entsprechend für die Empfänger von Hinterbliebenenrenten in Bezug auf den wegen Berufsunfähigkeit oder wegen Erwerbsunfähigkeit nach § 1268 Abs. 2 Nr. 2 zustehenden Rentenerhöhungsbetrag.

(4) Nicht zumutbar ist eine Heilbehandlung, die mit einer erheblichen Gefahr für Leben und Gesundheit des Versicherten verbunden ist, eine Operation auch dann, wenn sie einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeutet.

2. Angestelltenversicherungsgesetz**I. Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit**

§ 13

Voraussetzungen, Anspruchskonkurrenz

(1) Ist die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte gefährdet oder gemindert und kann sie voraussichtlich erhalten, wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden, so kann die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte Maßnahmen in dem in § 14 bestimmten Umfang zur Erhaltung, Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit gewähren.

(2) Abs. 1 gilt für Empfänger von Rente wegen Berufsunfähigkeit (§ 23), wegen Erwerbsunfähigkeit (§ 24) und für Empfänger von Hinterbliebenenrente, die wegen Berufsunfähigkeit die erhöhte Rente nach § 45 Abs. 2 Nr. 2 beziehen, entsprechend.

(3) Soweit nach Gesetz oder Satzung für die Durchführung von Maßnahmen im Sinne der Absätze 1 und 2 ein Träger eines anderen Zweiges der Sozialversicherung oder eine sonstige durch Gesetz verpflichtete Stelle, insbesondere die Kriegsopferversorgung oder die Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung, zuständig ist, bleiben deren Verpflichtung und Zuständigkeit unberührt.

§ 14

Arten und Umfang der Maßnahmen

(1) Die nach § 13 durchzuführenden Maßnahmen erstrecken sich auf Heilbehandlung, Berufsförderung und soziale Betreuung.

(2) Die Heilbehandlung umfaßt alle erforderlichen medizinischen Maßnahmen, insbesondere Behandlung in Kur- und Badeorten und in Spezialanstalten.

(3) Die Berufsförderung umfaßt

- a) Maßnahmen zur Wiedergewinnung oder Erhöhung der Erwerbsfähigkeit im bisherigen Beruf,
- b) Ausbildung für einen anderen nach der bisherigen Berufstätigkeit zumutbaren Beruf,
- c) Hilfe zur Erhaltung oder zur Erlangung einer Arbeitsstelle.

Die Berufsförderung wird unter der Voraussetzung der Eignung und Mitarbeit des Betreuten bis zum Erreichen ihres angestrebten Zieles, in der Regel jedoch nicht länger als ein Jahr gewährt. In geeigneten Fällen kann die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte die Berufsförderung über diesen Zeitraum, jedoch nicht über zwei weitere Jahre hinaus, ausdehnen. Für nachgehende Maßnahmen gelten diese Fristen nicht.

(4) Die soziale Betreuung umfaßt

- a) die Gewährung von Übergangsgeld während der Durchführung von Maßnahmen der Heilbehandlung und der Berufsförderung,
- b) nachgehende Maßnahmen zur Sicherung des nach Durchführung der Heilbehandlung und der Berufsförderung erzielten Ergebnisses.

(5) Für die im Einzelfall durchzuführenden Maßnahmen der Heilbehandlung, Berufsförderung und sozialen Betreuung ist durch die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte in Zusammenarbeit mit allen an der Durchführung beteiligten Stellen so früh wie möglich ein Gesamtplan aufzustellen. Auf Wunsch des Betreuten ist sein behandelnder Arzt zu beteiligen.

(6) Die Durchführung von Maßnahmen nach den Absätzen 1 bis 5 bedarf der Zustimmung des Betreuten.

§ 15

Verantwortlichkeit bei Übertretung der Durchführung der Maßnahmen, Erstattung von Mehrkosten

(1) Überträgt die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte die Durchführung von Maßnahmen nach §§ 13 und 14 anderen Stellen, so bleibt sie dem Betreuten gegenüber verantwortlich.

(2) Entstehen den die Maßnahmen durchführenden Stellen Aufwendungen, die über den Umfang ihrer gesetzlichen oder satzungsmäßigen Verpflichtungen gegenüber dem Betreuten hinausgehen, so hat die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte die Mehrkosten zu erstatten.

§ 16

Verhältnis zur Krankenversicherung

Ist Heilbehandlung notwendig und ist zugleich Krankenhilfe, Wochenhilfe oder Familienhilfe durch einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewähren, so kann an Stelle des Trägers der Krankenversicherung die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte im Benehmen mit dem Träger der Krankenversicherung Leistungen selbst übernehmen. Sie hat dem Betreuten dann mindestens das zu gewähren, was der Träger der Krankenversicherung nach Gesetz oder Satzung zu leisten hätte. Für die Dauer der Gewährung dieser Leistungen durch die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte ruhen insoweit die Ansprüche des Betreuten gegen den Träger der Krankenversicherung. Der Träger der Krankenversicherung hat der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte Ersatz zu leisten, soweit der Betreute nach Gesetz oder Satzung von dem Träger der Krankenversicherung Krankengeld zu beanspruchen gehabt hätte.

§ 17

Durchführung der Berufsförderung

Ist Berufsförderung notwendig, so veranlaßt die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte die Durchführung der erforderlichen Maßnahmen bei der Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung, soweit diese zur Durchführung im Rahmen der für sie geltenden Vorschriften zuständig ist und über geeignete Einrichtungen verfügt. Ist dies nicht der Fall, so kann die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte andere Einrichtungen, insbesondere solche der Kriegsopferversorgung oder der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, zur Durchführung der erforderlichen Maßnahmen im Rahmen der verfügbaren Plätze nach Vereinbarung in Anspruch nehmen oder die Maßnahmen selbst durchführen.

§ 18

Übergangsgeld

(1) Für die Zeit, in der die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit durchführt, hat sie dem Betreuten ein Übergangsgeld zu gewähren. Hat der Betreute vor Beginn der Maßnahmen Antrag auf Rente wegen Berufsunfähigkeit oder wegen Erwerbsunfähigkeit oder auf erhöhte

Adumbran[®]

Thomae

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

Rente nach § 45 Abs. 2 Nr. 2 gestellt, so beginnt das Übergangsgeld mit dem Zeitpunkt, von dem er die Rente oder der erhöhte Rentenbetrag zu zahlen gewesen wäre.

(2) Die Höhe des Übergangsgeldes wird durch übereinstimmende Beschlüsse der Organe der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte unter Berücksichtigung der Zahl der von dem Betreuten vor Beginn der Maßnahmen überwiegend unterhaltenen Familienangehörigen festgesetzt. Des Übergangsgeld für Versicherte beträgt mindestens 50 vom Hundert und höchstens 80 vom Hundert des Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, das im Durchschnitt der letzten zwölf mit Beiträgen belegten Monate oder, wenn dies für den Betreuten günstiger ist, im Durchschnitt der letzten sechsunddreißig mit Beiträgen belegten Monate der Beitragsentrichtung zugrunde liegt. Sind Beiträge durch Verwendung von Beitragsmarken entrichtet, so sind bei der Berechnung die Beträge einzusetzen, die den Mittelwerten der den Beitragsklassen nach § 114 zugeordneten Arbeitsentgelte oder Arbeitseinkommen entsprechen. Werden dem Betreuten Unterkunft und Verpflegung gewährt, so kann das Übergangsgeld bis auf ein Drittel des nach den Sätzen 2 und 3 zu gewährenden Betrages ermäßigt werden.

(3) Übergangsgeld wird insoweit nicht gewährt, als der Betreute während der Durchführung der Maßnahmen Arbeitsentgelt, anderes Erwerbseinkommen oder eine Rente aus der Rentenversicherung der Angestellten, der Rentenversicherung der Arbeiter oder der knappschaftlichen Rentenversicherung bezieht.

§ 19

Rentenansprüche während der Durchführung der Maßnahmen

Für die Dauer der Durchführung von Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit besteht kein Anspruch auf Rente wegen Berufsunfähigkeit oder wegen Erwerbsuntätigkeit oder auf erhöhte Rente nach § 45 Abs. 2 Nr. 2, es sei denn, daß die Rente oder die Rentenerhöhung bereits vor Beginn der Maßnahmen bewilligt war; das gleiche gilt für den Zeitraum vor Beginn der Durchführung solcher Maßnahmen, für den nach § 18 Abs. 1 Satz 2 Übergangsgeld zu zahlen ist.

§ 20

Versagung der Rente bei Verhinderung der Maßnahmen durch den Versicherten

(1) Entzieht sich ein Versicherter ohne triftigen Grund der Durchführung einer von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte vorgesehenen Maßnahme der Heilbehandlung oder einer nach der bisherigen Berufstätigkeit des Versicherten zumutbaren Maßnahme der Berufsförderung oder einer nachgehenden Maßnahme (§ 14 Abs. 1 bis 4), so kann ihm die Rente wegen Berufsunfähigkeit oder wegen Erwerbsuntätigkeit ganz oder teilweise auf Zeit versagt werden, wenn Berufsunfähigkeit oder Erwerbsuntätigkeit in den nächsten drei Jahren nach der Weigerung eintritt und ganz oder überwiegend auf Umständen beruht, zu deren Behebung die vorgesehene Maßnahme durchgeführt werden sollte. Der Versicherte ist auf diese Folge vorher schriftlich hinzuweisen.

(2) Entzieht sich ein Empfänger von Rente wegen Berufsunfähigkeit oder wegen Erwerbsuntätigkeit ohne triftigen Grund der Durchführung einer von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte vorgesehenen Maßnahme, so kann ihm die Rente ganz oder teilweise auf Zeit versagt werden, wenn die Berufsunfähigkeit oder die Erwerbsuntätigkeit

durch die vorgesehene Maßnahme voraussichtlich beseitigt worden wäre. Der Rentenempfänger ist auf diese Folge vorher schriftlich hinzuweisen.

(3) Abs. 2 gilt entsprechend für die Empfänger von Hinterbliebenenrenten in bezug auf den wegen Berufsunfähigkeit oder wegen Erwerbsuntätigkeit nach § 45 Abs. 2 Nr. 2 zustehenden Rentenerhöhungsbetrag.

(4) Nicht zumutbar ist eine Heilbehandlung, die mit einer erheblichen Gefahr für Leben und Gesundheit des Versicherten verbunden ist, eine Operation auch dann, wenn sie einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeutet.

3. Arbeitsförderungsgesetz

Sechster Unterabschnitt

Arbeits- und Berufsförderung Behinderter (Berufliche Rehabilitation)

§ 56

Personenkreis

Die Bundesanstalt hat bei ihren Maßnahmen die besonderen Verhältnisse der körperlich, geistig oder seelisch Behinderten zu berücksichtigen. Den Behinderten stehen bei der Anwendung dieses Gesetzes diejenigen gleich, denen eine solche Behinderung droht.

§ 57

Rehabilitationszweck der Maßnahmen; Nachrang

Die Bundesanstalt hat zur beruflichen Eingliederung der Behinderten geeignete Maßnahmen der Arbeits- und Berufsförderung, die erforderlich sind, um die Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu bessern oder herzustellen, selbst zu treffen, soweit nicht ein anderer Träger zuständig ist; ist ein anderer Träger zuständig, so hat sie diesem die Durchführung der Maßnahmen vorzuschlagen.

§ 58

Art und Umfang der Maßnahmen; Besserstellung beim Unterhaltsgeld

(1) Für die Förderung der beruflichen Bildung und die Förderung der Arbeitsaufnahme der Behinderten gelten die Vorschriften des Vierten und Fünften Unterabschnittes.

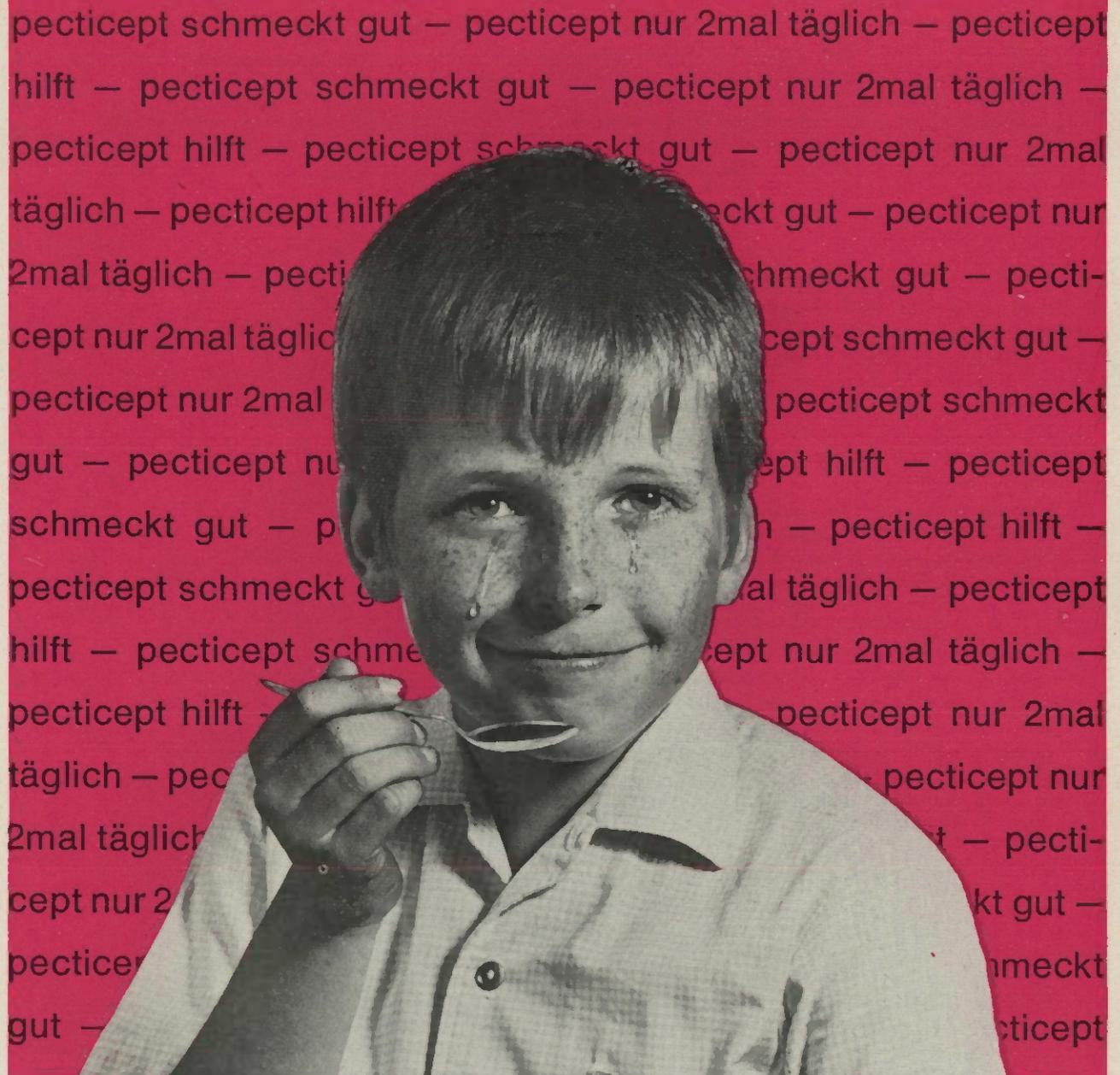
(2) Für Teilnehmer an Maßnahmen der beruflichen Bildung, die vor der Einleitung der Maßnahme infolge einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung nur ein geringeres oder kein Arbeitsentgelt erzielen konnten, bemißt sich das Unterhaltsgeld (§ 44) wie in einem Falle des § 112 Abs. 7. Dabei ist der Beruf zugrunde zu legen, den der Teilnehmer nach Beendigung der Maßnahme voraussichtlich ausüben wird.

§ 59

Zusammenwirken mit anderen Trägern; Beretung; Gesemprien

(1) Die Bundesanstalt hat bei der Arbeits- und Berufsförderung Behinderter mit den anderen zuständigen Trägern eng zusammenzuwirken. Die anderen Träger haben die Bundesanstalt zu beteiligen, bevor sie eine Maßnahme der Arbeits- und Berufsförderung einleiten.

(2) Die Bundesanstalt hat die Behinderten möglichst frühzeitig über die für sie geeigneten Maßnahmen der Arbeits- und Berufsförderung zu beraten. Hält sich der Behinderte in einer Krankenanstalt, Heilstätte oder ähnlichen Einrichtung



„Das war sein letzter Heuler“
denn jetzt nimmt er
pecticept
das schmeckt gut und hilft

pecticept

der angenehm schmeckende
Langzeit-Hustensaft für den
banalen Husten.

- ausgezeichneter Geschmack
- zentrale Dämpfung ohne
Blockade
- Langzeitwirkung über 8–10 Std.

Das richtige Rezept, wenn Kinder
Husten haben:

pecticept

Kinder (6–12 Jahre) je ein Tee-
löffel morgens und abends,
Kleinkinder (2–5 Jahre) je ½ Tee-
löffel morgens und abends.

Handelsform Flasche mit 90 ml



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

auf, so soll die Beratung im Zusammenwirken mit dem Arzt der Einrichtung und dem Träger der Maßnahme erfolgen.

(3) Die Bundesanstalt hat die Maßnahmen der Arbeits- und Berufsförderung unverzüglich einzuleiten, sobald der Zustand des Behinderten dies zuläßt. Die Maßnahmen sollen im Rahmen eines zwischen den beteiligten Stellen abgestimmten Gesamtplanes ohne Verzögerung ineinandergreifen und zu einer möglichst vollständigen und dauerhaften Eingliederung des Behinderten führen.

§ 60

Ausbildungszuschüsse an Arbeitgeber

(1) Die Bundesanstalt kann Arbeitgebern Ausbildungszuschüsse für die berufliche Ausbildung körperlich, geistig oder seelisch Behinderter in einem Ausbildungsberuf gewähren, wenn diese Ausbildung sonst nicht zu erreichen ist.

(2) Der Ausbildungszuschuß kann für die gesamte Dauer der Ausbildung gewährt werden. Er soll die vom Arbeitgeber im letzten Ausbildungsjahr zu zahlende monatliche Ausbildungsvergütung nicht übersteigen.

(3) Die Bundesanstalt erläßt zur Durchführung der Absätze 1 und 2 durch Anordnung Vorschriften über die näheren Voraussetzungen sowie über Höhe und Zahlung der Zuschüsse.

§ 61

Förderung sogenannter beschützender Werksstätten

(1) Die Bundesanstalt kann Darlehen und Zuschüsse für den Aufbau, die Erweiterung und Ausstattung von Werksstätten gewähren, deren Arbeitsplätze den besonderen Verhältnissen der Behinderten Rechnung tragen; § 50 gilt entsprechend.

(2) Die Bundesanstalt erläßt zur Durchführung des Abs. 1 durch Anordnung Vorschriften über die näheren Voraussetzungen sowie über Höhe und Zahlung der Zuschüsse und Darlehen.

§ 62

Koordinierung; Auskunftspflicht

(1) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung hat darauf hinzuwirken, daß die Maßnahmen der Arbeits- und Berufsförderung Behinderter aufeinander abgestimmt werden. Er hat die anderen Bundesminister und die obersten Landesbehörden zu beteiligen.

(2) Die Träger von Einrichtungen und Maßnahmen der Arbeits- und Berufsförderung Behinderter erteilen die für die Durchführung des Abs. 1 erforderlichen Auskünfte

1. dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, soweit sie Bundesbehörden sind oder der Aufsicht des Bundes unterstehen,
2. der zuständigen obersten Landesbehörde, soweit sie Landesbehörden sind oder der Aufsicht eines Landes unterstehen oder in privatrechtlicher Form betrieben werden.

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung und die zuständigen obersten Landesbehörden holen die für die Durchführung des Abs. 1 erforderlichen Auskünfte ein und machen sie einander zugänglich.

4. Gesetz über eine Altershilfe für Landwirte

§ 6

Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit

(1) Ist die Erwerbsfähigkeit eines nach diesem Gesetz Beitragspflichtigen infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte gefährdet oder gemindert, so kann die landwirtschaftliche Alterskasse Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit gewähren, wenn durch sie die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich erhalten, wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann.

(2) Abs. 1 gilt entsprechend für Empfänger von vorzeitigem Altersgeld, Ehegatten sowie Witwen und Witwer der nach diesem Gesetz Beitragspflichtigen.

(3) Soweit nach Gesetz oder Satzung für die Durchführung von Maßnahmen im Sinne des Abs. 1 der Träger eines anderen Zweiges der Sozialversicherung oder eine sonstige durch Gesetz verpflichtete Stelle zuständig ist, bleiben deren Verpflichtung und Zuständigkeit unberührt.

§ 7

Stationäre Heilbehandlung, Ersatzleistungen

(1) Die Maßnahmen nach § 6 Abs. 1 erstrecken sich auf stationäre Heilbehandlung und die Gewährung von Ersatzleistungen. Zum Zwecke der Durchführung dieser Maßnahmen arbeiten die landwirtschaftlichen Alterskassen und der Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen zusammen.

(2) Die stationäre Heilbehandlung umfaßt Maßnahmen in bestehenden Einrichtungen, wie Krankenanstalten, Heilstätten, Kureinrichtungen und Spezialanstalten sowie Behandlung in Kur- und Badeorten.

(3) Während der stationären Heilbehandlung eines landwirtschaftlichen Unternehmers oder seines mitarbeitenden Ehegatten gewährt die landwirtschaftliche Alterskasse Ersatzleistungen in der Regel bis zur Dauer von höchstens drei Monaten. Ersatzleistungen sind die Gestellung einer Ersatzkraft oder die Gewährung eines Ersatzgeldes in Höhe von 20 Deutsche Mark täglich. Eine Ersatzkraft soll nicht gestellt werden, wenn der landwirtschaftliche Unternehmer ständige familienfremde Arbeitskräfte beschäftigt.

(4) Die zur Durchführung der Absätze 2 und 3 erforderlichen allgemeinen Richtlinien erläßt die landwirtschaftliche Alterskasse im Einvernehmen mit dem Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen.

§ 8

Durchführung der stationären Heilbehandlung

(1) Die Durchführung der stationären Heilbehandlung bedarf der Zustimmung des Betroffenen.

Sinupret[®]

schließt eine therapeutische Lücke

bei *Sinusitiden*

BIONORICA KG
NÜRNBERG

(2) § 1243 der Reichsversicherungsordnung gilt für landwirtschaftliche Unternehmer und Empfänger von vorzeitigem Altersgeld entsprechend. § 1244 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung gilt für die landwirtschaftlichen Alterskassen entsprechend.

§ 9

Förderung oder Durchführung afgemelner Maßnahmen oder Einzelmaßnahmen

(1) Die landwirtschaftlichen Alterskassen können weitere Mittel aufwenden, um ellgemeine Maßnahmen oder Einzel-

maßnahmen im Interesse der beitragspflichtigen landwirtschaftlichen Unternehmer zu fördern oder durchzuführen. Entstehen den landwirtschaftlichen Alterskassen besondere Aufwendungen dadurch, daß sie Betriebsshelfer enderen Einrichtungen zur Verfügung stellen, so sind ihnen diese Aufwendungen zu erstatten. § 7 Abs. 4 findet entsprechende Anwendung.

(2) Beschlüsse der landwirtschaftlichen Alterskassen über allgemeine Maßnahmen aufgrund des Abs. 1 bedürfen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

Neuordnung der Leichenschau ab 1. Januar 1971

Auszug aus dem Bestattungsgesetz (BestG) vom 24. September 1970

Art. 2

Ärztliche Leichenschau

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

(2) Auf Verlangen eines jeden aufgrund des Art. 15 zur Veranlassung der Leichenschau Verpflichteten oder einer nach Art. 14 Abs. 2 zuständigen Stelle oder deren Beauftragten sind zur Leichenschau verpflichtet,

1. jeder Arzt, der in dem Gebiet der Kreisverwaltungsbehörde, in dem sich die Leiche befindet, oder in dem Gebiet einer engrenzenden kreisfreien Gemeinde niedergelassen ist,
2. in Krankenhäusern und Entbindungsheimen außerdem jeder dort tätige Arzt.

(3) Der Arzt kann die Leichenschau verweigern, wenn sie ihn oder einen Angehörigen, zu dessen Gunsten ihm in Strafverfahren wegen familienrechtlicher Beziehung das Zeugnisverweigerungsrecht zusteht, der Gefahr aussetzen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden.

Art. 3

Betretungs- und Auskunftsrecht

(1) Zur Leichenschau dürfen der Arzt und die von ihm zugezogenen Sachverständigen und Gehilfen jederzeit den Ort betreten, an dem sich die Leiche befindet. Der Inhaber der

tatsächlichen Gewalt hat ihnen Grundstücke, Räume und bewegliche Sachen zugänglich zu machen.

(2) Wer den Verstorbenen unmittelbar vor dem Tod berufsmäßig behandelt oder gepflegt hat, hat auf Verlangen des Arztes, der die Leichenschau vornimmt, unverzüglich die zu diesem Zweck erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Unterlagen vorzulegen. Die gleiche Verpflichtung trifft jeden Arzt, der den Verstorbenen nach dessen Tod untersucht hat. Der Verpflichtete kann die Auskunft und die Vorlage von Unterlagen verweigern, soweit er dadurch sich selbst oder einen Angehörigen, zu dessen Gunsten ihm im Strafverfahren wegen familienrechtlicher Beziehung das Zeugnisverweigerungsrecht zusteht, der Gefahr aussetzen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden.

Art. 4

Kosten

Die Verpflichtung, die Kosten der Leichenschau endgültig zu tragen, richtet sich nach den für die Bestattungskosten geltenden Rechtsvorschriften, soweit nichts anderes bestimmt ist.

Art. 5

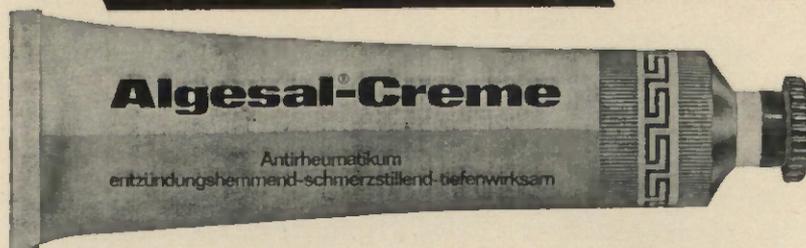
Allgemeine Anforderungen

Mit Leichen und Aschenresten Verstorbener darf nur so verfahren werden, daß keine Gefahren für die öffentliche Sicherheit oder Ordnung, insbesondere für die Gesundheit und für die Belange der Strafrechtspflege zu befürchten sind und die Würde des Verstorbenen und des sittliche Empfinden der Allgemeinheit nicht verletzt werden. Das gilt insbesondere für die Bestattung, die Leichenschau, die Bergung, Verwah-

Adumbran[®]

Thomae

beruhigt, entspannt, befreit von Angst.



wenn die Bewegung schmerzt

rung, Einsargung, Aufbahrung, Beförderung und die Entfernung aus einer Grabstätte (Ausgrabung).

Art. 8

Tot- und Fehlgeburten, Körper- und Leichenteile

(1) Für eine totgeborene oder während der Geburt verstorbene Leibesfrucht von mindestens 35 cm Länge (Totgeburt) gelten die Vorschriften dieses Gesetzes und die aufgrund dieses Gesetzes ergangenen Rechtsvorschriften über Leichen und Aschenreste Verstorbener sinngemäß.

(2) Eine totgeborene oder während der Geburt verstorbene Leibesfrucht unter 35 cm Länge (Fehlgeburt) und Körper- und Leichenteile müssen durch den Verfügungsberechtigten oder, wenn ein solcher nicht feststellbar oder verhindert ist, durch den Inhaber des Gewahrsams unverzüglich in schicklicher und gesundheitlich unbedenklicher Weise beseitigt werden, soweit und solange sie nicht medizinischen oder wissenschaftlichen Zwecken dienen oder als Beweismittel von Bedeutung sind.

Art. 15

Verpflichtete

(1) Das Staatsministerium des Innern wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung zu bestimmen, wer die Leichenschau zu veranlassen und für die Bestattung, die ihr voreusgehenden notwendigen Verrichtungen und für Umbettungen zu sorgen hat, unter welchen Voraussetzungen diese Verpflichtungen bestehen und wie und innerhalb welcher Zeit sie zu erfüllen sind.

(2) Nach Abs. 1 können verpflichtet werden

1. der Ehegatte, die Verwandten und Verschwägerten auf- und absteigender Linie, die Adoptiveltern und Adoptivkinder, die Geschwister des Verstorbenen und deren Kinder; die Reihenfolge der Verpflichteten soll sich nach dem Grad der Verwandtschaft oder Schwägerschaft richten.
2. die Personensorgeberechtigten.

Zur Veranlassung der Leichenschau können außerdem verpflichtet werden der Eigentümer und der Inhaber der tatsächlichen Gewalt von Grundstücken, Räumen und beweglichen Sachen, wenn sich die Leiche dort befindet, in Betrieben, Helmen, Schuhen, Anstalten und sonstigen Einrichtungen, außerdem deren Leiter und in Krankenhäusern und Entbindungsheimen die Ärzte in leitender Stellung.

Art. 18

Ordnungswidrigkeiten

(1) Mit Geldbuße kann beiegt werden, wer

1. eine Leiche beiseite schafft oder bestattet, ohne daß die in diesem Gesetz oder aufgrund dieses Gesetzes oder in anderen Rechtsvorschriften festgelegten Voraussetzungen für die Bestattung vorliegen,
2. ohne die vorgeschriebene Leichenschau und ohne sichere Zeichen des Todes eine Leichenöffnung vornimmt oder eine Leiche zu medizinischen oder wissenschaftlichen Zwecken verwendet.
3. bei der Öffnung einer Leiche oder ihrer Verwendung zu medizinischen oder wissenschaftlichen Zwecken oder wer als Arzt bei der Leichenschau oder als Bestatter in Ausübung seines Berufs Anzeichen für einen nicht natürlichen Tod feststellt und nicht unverzüglich die Polizei oder Staatsanwaltschaft verständigt,
4. eine Leiche eines Unbekannten oder eine Leiche, für die Anhaltspunkte eines nicht natürlichen Todes bestehen, öffnet oder zu medizinischen oder wissenschaftlichen Zwecken verwendet, bevor nicht die Staatsanwaltschaft oder der Amtsrichter zugestimmt oder die Bestattung schriftlich genehmigt hat,
5. fortfährt, eine Leiche, an der bisher unbekanntes Anzeichen eines nicht natürlichen Todes auftauchen, zu öffnen oder zu medizinischen oder wissenschaftlichen Zwecken zu verwenden, bevor nicht die Staatsanwaltschaft oder der Amtsrichter zugestimmt oder die Bestattung schriftlich genehmigt hat,
6. als Arzt der Pflicht, die Leichenschau vorzunehmen, nicht oder nicht rechtzeitig nachkommt,
7. entgegen Art. 3 und Art. 14 Abs. 3 Grundstücke, Räume und bewegliche Sachen nicht betreten läßt oder nicht zugänglich macht, die erforderlichen Auskünfte nicht oder unrichtig erteilt oder Unterlegen nicht vorlegt,
8. den durch Art. 6 Abs. 2 oder aufgrund des Art. 15 festgelegten Pflichten nicht oder nicht rechtzeitig nachkommt,
9. die Leichenschau, die Bestattung oder die Beseitigung von Fehlgeburten, Körper- oder Leichenteilen verhindert oder zu verhindern versucht,
10. in einer nicht zugelassenen Art und Weise Leichen bestattet oder bestatten läßt oder einäschert oder einäschern läßt,

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 Rheismus, Neuralgien und Muskelschmerzen, Tendinitis, Tendovaginitis und andere rheumatische und entzündliche Erkrankungen der Stütz- und Bindegewebe sowie schmerzhafteste 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

(2) Mit Geldbuße kann auch belegt werden, wer in den Fällen des Abs. 1 Nrn. 1 bis 5, 8 und 10 die Tat fahrlässig begangen hat.

Auszug aus der Durchführungsverordnung des Bestattungsgesetzes (BestV) vom 9. Dezember 1970

§ 1

Verenlesung der Leichenschau

(1) Die Leichenschau (Art. 2 BestG) ist unverzüglich zu veranlassen, zur Nachtzeit jedoch nur, wenn Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen. Hierzu sind, wenn sie geschäftsfähig sind, verpflichtet:

1. der Ehegatte,
die Kinder und Adoptivkinder,
die Eltern; bei Adoption jedoch die Adoptiveltern vor den Eltern,
die Großeltern,
die Enkelkinder,
die Geschwister,
die Kinder der Geschwister des Verstorbenen und die Verschwägerten ersten Grades,
2. die Personensorgeberechtigten,
3. a) auf Schiffen der Schiffsführer,
b) in Krenkenhäusern und Entbindungsheimen der leitende Arzt; bestehen mehrere selbständige Abteilungen, dann der leitende Abteilungsarzt,
c) in Heimen, insbesondere Pflegeheimen, Altenheimen und Altenwohnheimen, Kinder- und Schülerheimen, ferner in Entziehungs- und Gefangenenanstalten, Lagern und Sammelunterkünften und ähnlichen Einrichtungen deren Leiter,
wenn sich die Leiche dort befindet.

(2) Die Verpflichtung, die Leichenschau zu veranlassen, besteht für die in Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 Bezeichneten nur, wenn in der Reihenfolge früher Genannte nicht vorhanden oder verhindert sind.

§ 2

Veränderungsverbot

(1) Vor der Leichenschau darf eine Leiche nicht

1. eingesargt oder
 2. in Räume gebracht werden, die zur Aufbewahrung von Leichen bestimmt sind.
- (2) Abs. 1 Nr. 2 gilt nicht, wenn der Tod in einem Krankenhaus oder einem Entbindungsheim eingetreten ist und die Leiche bis zur Leichenschau im Krankenhaus oder im Entbindungsheim verbleibt.

§ 3

Todesbescheinigung

(1) Der zur Leichenschau zugezogene Arzt hat die Leichenschau unverzüglich vorzunehmen und darüber eine Todes-

bescheinigung auszustellen, die aus einem vertraulichen und einem nicht vertraulichen Teil besteht. Er darf die Todesbescheinigung erst ausstellen, wenn er an der Leiche sichere Anzeichen des Todes festgestellt hat. Vom nicht vertraulichen Teil der Todesbescheinigung hat er eine Durchschrift zu fertigen.

(2) Inhalt und Form der Todesbescheinigung müssen dem vom Staatsministerium des Innern bekanntgemachten Muster entsprechen.

(3) Die Todesbescheinigung ist, sofern nicht § 4 Abs. 1 trifft, mit der Durchschrift sogleich demjenigen auszuhändigen, der die Leichenschau veranlaßt hat. Dieser hat die Todesbescheinigung mit der Durchschrift unverzüglich dem für die Beurkundung des Sterbefalles zuständigen Standesamt zuzuleiten. Falls er nicht selbst für die Bestattung sorgt, hat er die Durchschrift der Todesbescheinigung, auf der der Standesbeamte die Beurkundung des Sterbefalles vermerkt hat, dem zur Bestattung Verpflichteten zu übergeben. Ist dieser nicht zur Stelle, so hat derjenige, der die Leichenschau veranlaßt hat, die Durchschrift der Todesbescheinigung der Gemeinde oder, wenn sich die Leiche im gemeindefreien Gebiet befindet, dem Landratsamt zuzuleiten.

§ 4

Nicht natürlicher Tod, Leiche eines Unbekannten

(1) Ergeben sich Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod oder wird die Leiche eines Unbekannten aufgefunden, so dürfen bis zum Eintreffen des Arztes, der die Leichenschau vornimmt, an der Leiche nur Veränderungen vorgenommen werden, die aus Gründen der öffentlichen Sicherheit zwingend erforderlich sind. Der zur Leichenschau zugezogene Arzt hat sogleich die Polizei zu verständigen und ihr die Todesbescheinigung mit der Durchschrift zuzuleiten.

(2) Gericht, Staatsanwaltschaft und Polizei können die Todesbescheinigung einsehen, wenn die Voraussetzungen des Abs. 1 Satz 1 gegeben sind.

(3) Die Polizei leitet die Todesbescheinigung und deren Durchschrift zusammen mit der Anzeige des Sterbefalles (§ 35 PSTG) dem für die Beurkundung des Sterbefalles zuständigen Standesbeamten zu. Die Durchschrift der Todesbescheinigung darf dem zur Bestattung Verpflichteten erst ausgehändigt werden, wenn die Staatsanwaltschaft oder der Amtsrichter die Bestattung schriftlich genehmigt hat.

§ 5

Leichenschau in sonstigen Fällen

(1) Die Leichenschau ist von einem Arzt des Gesundheitsamtes, in dessen Amtsbezirk sich die Leiche befindet, durchzuführen, wenn kein anderer Arzt die Leichenschau vornimmt.

(2) Ist anzunehmen, daß die Leichenschau nicht ordnungsgemäß vorgenommen wird, so kann die Staatsanwaltschaft oder die Polizei verlangen, daß die Leichenschau von einem Arzt des Gesundheitsamtes, in dessen Amtsbezirk sich die

RECORSAN®

- LIQUID .c. Rutin

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

O.P. Tropfflasche zu 30 ml

Recorsan-Gesellschaften Gräfelling und Lüneburg

Leiche befindet, oder von einem Landgerichtsarzt vorgenommen wird, oder, wenn sie bereits durchgeführt worden ist, wiederholt wird.

Anmerkung der Redaktion:

Als Gebührensätze kommen für niedergelassene Ärzte folgende Ziffern der GOÄ in Betracht:

Ziffern 6 mit 11	(Besuch)
Ziffer 22	(Wegegeld)
Ziffer 25	(Eingehende Untersuchung)
Ziffer 17	(Krankheitsbericht)

Die Höhe der einzelnen Gebühren richtet sich nach den Grundsätzen des § 2 GOÄ.

Eine eingehende juristische Stellungnahme zu Fragen der Leichenschau wird im Februar-Heft des „Bayerischen Ärzteblattes“ abgedruckt werden.

Todesbescheinigung

Die bisherigen Leichenschauscheine können nach einer Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern bis 31. März 1971 aufgebraucht werden.

Diese Bekanntmachung mit dem Wortlaut der Todesbescheinigung wird ebenfalls im Februar-Heft des „Bayerischen Ärzteblattes“ abgedruckt werden.

Als Bezugsquellen für die Todesbescheinigung sind uns folgende Verlage bekanntgeworden:

Richard Boorberg Verlag, 8000 München 80, Levelingstraße 8, Telefon (08 11) 43 20 55;

Fachverlag für Behörden und Wirtschaft – König-Verlag – 8000 München 13, Schellingstraße 44, Telefon (08 11) 28 70 93.

Pockenschutzimpfung

Wie wir von zuständiger Stelle erfahren, sind in Bayern nur ca. 70 % der Bevölkerung gegen Pocken geimpft. Es besteht daher Veranlassung, darauf hinzuweisen, daß keine leichtfertigen Zeugnisse für die Befreiung von der Impfpflicht ausgestellt werden sollen. Außerdem werden die niedergelassenen Kollegen gebeten, ausgiebig selbst von ihrem Recht, gegen Pocken zu impfen, Gebrauch zu machen. Es müssen allerdings dann Impflisten geführt werden, die am Ende des Jahres der Kreisverwaltungsbehörde einzusenden sind. Die Pockenlymphe kann für die gesetzlichen Impfungen kostenlos bei den zuständigen Gesundheitsämtern bezogen werden.

Die Staatlichen Gesundheitsämter gehen dazu über, die erste Pockenimpfung erst nach Vollendung des

ersten Lebensjahres durchzuführen, weil ab diesem Alter die Impfschäden wesentlich geringer sind. Wir empfehlen allen Kolleginnen und Kollegen, die Impfungen durchführen, ebenso zu verfahren.

Brief aus Bonn

Kurz vor dem Jahresende pflegt die Gesetzgebungsmaschinerie stets auf Hochtouren zu laufen; so auch in diesem Jahr. Viele Gesetze sind eben nur zum Jahreswechsel in Kraft zu setzen. Die Liste der verabschiedeten Gesetze ist lang, sie soll hier nicht vollständig wiedergegeben werden. Von einiger Bedeutung ist das Steueränderungsgesetz 1971. Mit ihm fällt die 40-Kilometer-Grenze, durch die in den letzten Jahren ganz eindeutig die berufliche Mobilität behindert wurde. Bei den Werbungskosten konnten bislang nur Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsplatz bis zu 40 km berücksichtigt werden. Künftig ist von der tatsächlichen Entfernung auszugehen. Nutzen ziehen aus dieser Gesetzesänderung nicht nur die Arbeitnehmer und die Autofahrer, sondern auch die Selbständigen und Freiberufler sowie die Benutzer öffentlicher und privater Verkehrsbetriebe. Auch die 23. Lastenausgleichs-Novelle hat den Bundesrat passiert. Ebenfalls ist das Wohngeld den gestiegenen Mieten angepaßt worden; die Einkommensgrenzen dieses Gesetzes sind angehoben worden.

Zum erstenmal seit sechs Jahren ist auch das Kindergeld, und zwar rückwirkend zum 1. September, verbessert worden. Mit dieser Gesetzesnovelle ist allerdings nicht viel Staat zu machen. Das Geld hat lediglich dazu gereicht, die staatliche Leistung für das dritte Kind um DM 10,- auf DM 60,- aufzustocken und die Einkommensgrenze für das Zweitkindergeld von bisher DM 650,- Monatseinkommen auf DM 1100,- anzuheben. Rund 670 000 Kinder werden damit neu in den Familienlastenausgleich einbezogen. Beim zweiten Kind bleibt es jedoch bei einem Zuschuß von DM 25,- monatlich. Diese bescheidene Gesetzeskorrektur belastet den Bund 1971 schon mit rund 410 Mio. DM. Dem guten Willen der Politiker, für die Kinder etwas zu tun, sind eben trotz der Hochkonjunktur finanzielle Grenzen gesetzt.

Die Landwirtschaft hat auch einen Teil des finanziellen Segens mitbekommen. Auf neue Gießkannen-Subventionen ist allerdings verzichtet worden. Die

Liquirit[®]

Magentabletten

Volle Wirksamkeit auf therap. Breite

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

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

NP 30/OP. 60 Tabl.

Landabgaberechte, die den Strukturwandel beschleunigen soll, wird von DM 275,— auf DM 350,— für Verheiratete und von DM 180,— auf DM 230,— für Ledige erhöht. Der Anreiz zur Landabgabe und Betriebsaufgabe wird also wesentlich verstärkt. Den Bauern, die aus der Landwirtschaft ausscheiden, ihr Land der Strukturverbesserung zuführen und eine Tätigkeit als Arbeitnehmer aufnehmen, wird die Möglichkeit gegeben, sich in der gesetzlichen Rentenversicherung für 15 Jahre nachzuversichern. 70 % dieses Beitrags übernimmt der Staat, der Rest kann aus den Beitragserstattungen der Altershilfe abgedeckt werden. Der Bauer, der in einen neuen Beruf wechselt, hat nunmehr die Chance, sich auch in der gesetzlichen Rentenversicherung eine ausreichende und dynamische Altersrente aufzubauen.

Von größter Bedeutung ist aber ohne Zweifel das Gesetz zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung. Es steht nun endgültig fest, daß die Einkommensgrenzen zum 1. Januar von DM 1200,— Monatslohn erhöht und dann jährlich der allgemeinen Einkommensentwicklung angepaßt werden. Auch die besser verdienenden Angestellten erhalten jetzt einen Zuschuß des Arbeitgebers zu ihrer Krankenversicherung, der dem halben Höchstbeitrag der zuständigen gesetzlichen Krankenversicherung entspricht. Im allgemeinen sind das zwischen DM 50,— und DM 60,—. Bei den Angestellten wird auf diese Weise verschleiert, daß sich die gesetzliche Krankenversicherung für alle, die mehr als DM 1200,— verdienen, verteuert. Nur die gut verdienenden Arbeiter bekommen dies voll zu spüren. Die Kassen sind aufgrund der Anhebung der Einkommensgrenze durchweg in der Lage, ihre Beitragssätze zu senken, was den Beziehern kleinerer Einkommen zugute kommt.

Zukunftsweisend ist die Verpflichtung für die gesetzliche Krankenversicherung, künftig gezielte Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten zu finanzieren. Es hatte noch einen ziemlich sinnlosen Streit darüber gegeben, ob die Früherkennungsuntersuchungen Teil der kassenärztlichen Versorgung sein sollten oder nicht. Drei Tage vor der Verabschiedung des Gesetzes im Bundestag hatten die Ortskrankenkassen den Antrag gestellt, auch den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Krankenanstalten und deren Ärzte an den Vorsorgeuntersuchungen zu beteiligen. Der Coup der Ortskrankenkassen mißlang; er mußte mißlingen, weil die Politiker auch nicht die geringste Neigung zeigten, das Gesetz durch einen Prinzipienstreit über das Kassenarztrecht zu gefährden. Selbst ein Politiker, wie der SPD-Sozialexperte Schellenberg, zeigte sich über die Aktion der Kassen sehr verstimmt. Schellenberg ist gewiß nicht als Verfechter ärztlicher Interessen einzuschätzen; er weiß aber ganz genau, daß eine solche Initiative gegenwärtig im Bundestag keine Mehrheit finden würde.

Angesichts der Konstellation im Bundestag erschien die Reaktion einiger ärztlicher Verbände dem Bonner

Beobachter zu aufgeregt. In politischen Scheingefechten soll man nicht gleich mit den schwersten Geschützen schießen. Wer sein Pulver vorzeitig verschießt, dem fehlt es in entscheidenden Augenblicken. Das heutige Kassenarztrecht dürfte nur dann in Gefahr geraten, wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen ihren Sicherstellungsauftrag nicht mehr erfüllen könnten und die neue Aufgabe der medizinischen Prävention von den Kassenärzten, aus welchen Gründen auch immer, nicht zu bewältigen wäre. Es kann keinen Zweifel geben, daß es in Bonn durchaus namhafte Politiker vorwiegend linker Couleur gibt, die solche vermeintlichen oder auch tatsächlichen Mängel dazu benutzen würden, am Status des freiberuflichen Arztes und der ärztlichen Selbstverwaltung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zu rütteln. Die künftige Stellung des Arztes in unserer Gesellschaft hängt sicherlich zu einem guten Teil davon ab, ob sich die Ärzte der neuen Aufgabe der Früherkennung von Krankheiten stellen. Die linken Ideologen werden erst dann für den freien Arzt zur Gefahr, wenn ihnen die Ärzte selbst die Munition liefern. Das ist aus der Bonner Perspektive zu dem Streit über die Einbeziehung der Ärzte des Gesundheitsdienstes und der Krankenanstalten in die Früherkennungsmaßnahmen zu sagen.

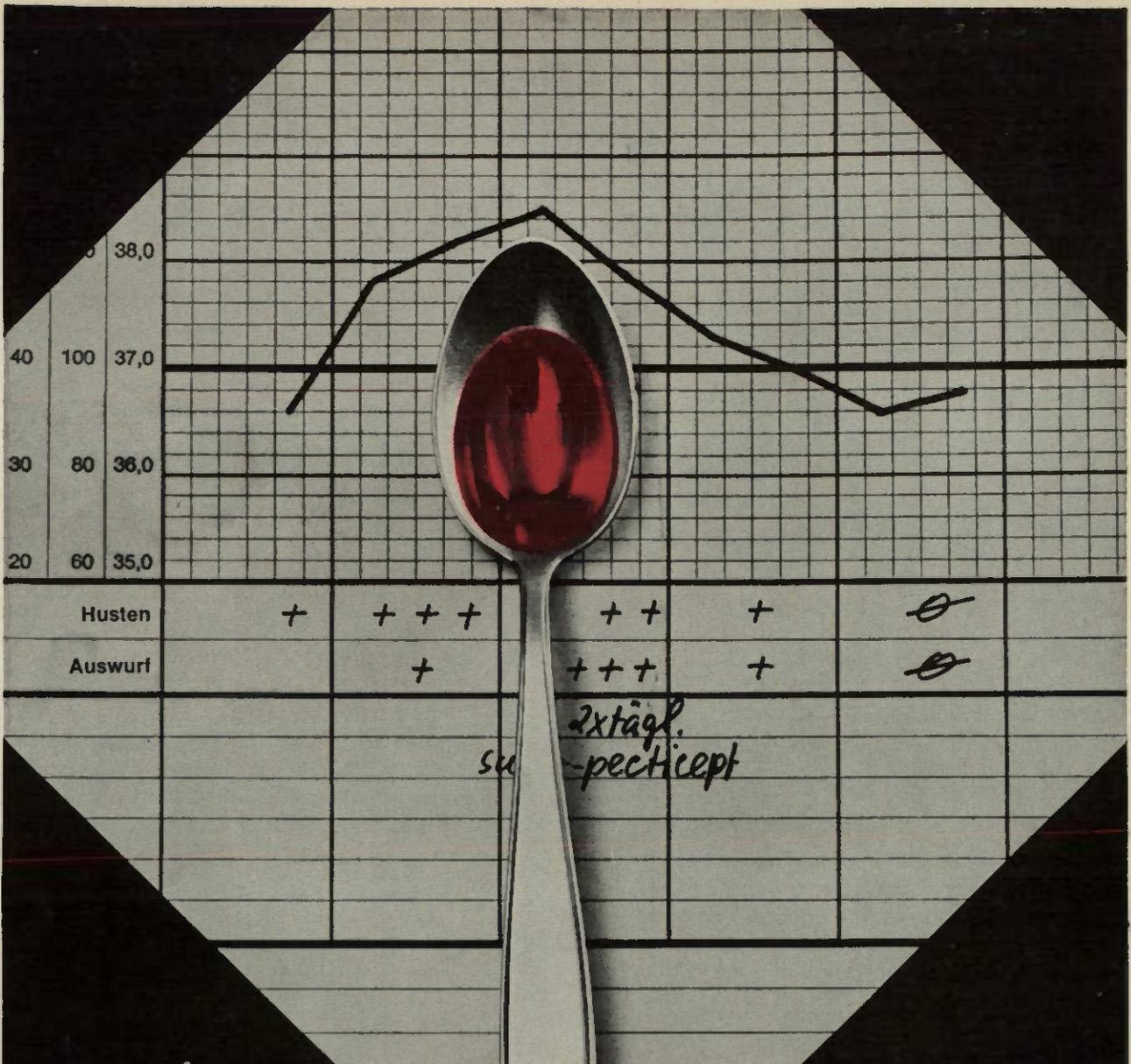
Der Bundesrat hat schießlich einen salomonischen Spruch gefällt: die Kassenärztlichen Vereinigungen sind für die Vorsorgeuntersuchungen zuständig, aber sie sollen möglichst alle Ärzte, die es wünschen und die die nun einmal notwendigen fachlichen Voraussetzungen mitbringen, daran beteiligen. Der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Muschallik, hat dies dem Bundesrat gegenüber in einem abgewogenen Schreiben zugesagt, was die Mehrheit des Bundesrates bewog, den Anträgen der Ortskrankenkassen und der Initiative des Hamburger Senats im Gesundheitspolitischen Ausschuß eine Absage zu geben.

bonn-mot

Walner-Schulen vom Verein zur Förderung der Ausbildung und Fortbildung in den medizinischen Hilfsberufen e.V. übernommen

Frau Philomena Walner hat die von ihr gegründeten und seit vielen Jahren geleiteten Schulen zur Ausbildung Medizinisch-technischer Assistentinnen und Arzthelferinnen dem bei der Bayerischen Landesärztekammer gegründeten gemeinnützigen Verein zur Förderung der Ausbildung und Fortbildung in den medizinischen Hilfsberufen e.V. übertragen. Die Schulen werden von dem Verein in Anerkennung der großen Leistungen der Gründerin unter dem Namen „Walner-Schulen“ weitergeführt.

Auskünfte und Anmeldungen von Schülerinnen beim Sekretariat der Walner-Schulen, 8000 München 15, Lindwurmstraße 73.



Bei **sulfo-pecticept** spricht man über Produktvorteile

- Ausgesprochen angenehmer Geschmack
- Sehr gute Verträglichkeit
- Selektive Dämpfung des Hustenzentrums
- Sichere Wirkung bei fieberhaften Erkältungen durch Sulfadiazin-Komponente

sulfo-pecticept
die wohlschmeckende Sulfonamid-Kombination mit Langzeiteffekt zur wirkungsvollen Therapie aller fieberigen Erkältungskrankheiten

Handelsformen
Flasche mit 90 ml
Packung mit 25 Tabletten



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

Lesung in der Tumorklinik Bad Trißl

Gedanken zu einem Versuch

Die Landesgruppe Bayern der Schriftstellerärzte hat die Absicht, im Jahre wenigstens zweimal zusammenzukommen. Wir wollen dabei einander näher kennenlernen, von den schriftstellerischen Plänen hören und auch durch Lesungen Einblick in das Dichten und Trachten unserer Confrères und Conseurs bekommen. Nicht zuletzt soll auch eine notwendige und fruchtbare Kritik uns in unseren Bemühungen weiterhelfen, eine Kritik, die leichter ausgesprochen und besser ohne Resentiment aufgenommen werden kann, wenn wir einmal erst zu einer kleinen Gemeinschaft zusammengewachsen sind. Aus diesem Grunde freuen wir uns auch, daß die Frauen unserer Mitglieder so regen Anteil nehmen und das belebende Element bei unseren bisherigen Zusammenkünften bilden. Daß sie auch aktiv am Leben des Bundesverbandes teilnehmen, haben sie in Jagsthausen bewiesen, wo unsere Damen durch musikalische Darbietungen – Blockflöte, Klavier und Lieder – sehr zur Auflockerung der Lesungen beitrugen.

Das schriftstellerische Schaffen der Ärzte wird vielfach – zumindest in seinen Anfängen – inspiriert aus dem Erleben des ärztlichen Berufes; ich denke hier nur an Gottfried Benns frühen Gedichtband „Morgue“ (1912), an Hans Carossas „Die Schicksale des Doktor Bürgers“ (1908) und an Peter Bamms medizinische Essays „Ex ovo“, Frühwerke aus dem ärztlichen Bereich, die ihre Autoren bekanntmachten. Die Schriftstellerärzte, auch die echten Dichter unter ihnen, bleiben meist dem Denken ihres Berufes und der Not des Kranken zeitlebens verbunden und manches ihrer Werke gab verzweifelten Menschen schon Trost und Hilfe.

Aus dieser Überlegung heraus hat die Landesgruppe

ihre Herbstzusammenkunft nach Bad Trißl/Oberaudorf gelegt, um gleichzeitig damit eine Lesung in der Tumorklinik abzuhalten, die erst im Mai durch ein neu-erbautes Haus auf 140 Betten erweitert wurde und fast ausschließlich tumorkranke Frauen betreut. Wir waren uns klar darüber, daß es sich dabei nur um einen Versuch handelt, dessen Erfolg oder Mißerfolg im wesentlichen bei uns selbst liegen würde. Die Lesung in einer Tumorklinik schloß von vorneherein Tristes und Tragisches aus. Trotzdem klang es am Sonntagvormittag bei der Diskussion an, ob nicht auch ernste Probleme, wie Krankheit und Tod, siechen Menschen helfen können, ihr Leiden leichter zu ertragen und auch dem Tode, der uns ja alle einmal früher oder später erwartet, gefaßter und ruhiger ins Auge zu sehen. Leider konnte dieses Thema aus Zeitmangel nicht voll ausdiskutiert werden.

Eine stattliche Anzahl von Confrères hatte sich in Oberaudorf versammelt. Von der bayerischen Landesgruppe waren gekommen, Friton, Jüngling, Kristl, Nitsche, Paschke, Rauch, Reichstein, Rottler, Sigel, Schauwecker und Weigold, als Gäste Confrère Michael Soeder, Reutlingen, und aus Österreich Herbert Nagl, Bludenz, und Richard Trauner, Graz. Da ein Teil bereits am Freitagabend, die anderen meist schon am Frühhnachtsamstag des Samstags in Oberaudorf eintrafen, so entwickelte sich sehr bald ein geselliges Beisammensein, wie es bisher immer unsere Zusammenkünfte auszeichnete.

Als wir am Samstagvormittag einen Erkundigungsgang zur abendlichen Wirkungsstätte unternahmen, erfuhren wir, daß die musikalische Umrahmung mangels Klavier ausfallen mußte; es hatten sich bisher auch nur zwölf von den etwa fünfzig voll ausgefähi-

Adumbran®

Thomae

bewährt, zuverlässig,
wenn psychische Faktoren organisches Geschehen belasten.

4

gen PatientInnen angemeldet. Auch hier wurde unsere Lesung erwartend als Versuch gewertet.

Doch als wir abends um 20.00 Uhr wieder anrückten, war der Aufenthaltsraum dicht besetzt mit etwa vierzig Zuhörerinnen. Neun Confrères lasen teils Prosa, teils Gedichte. Wenn ich im folgenden bei dem einen kürzer, bei dem anderen länger auf seinen Vortrag eingehe, so soll dies kein Werturteil sein, alle fanden ein dankbares Publikum.

Nach den Einführungsworten unseres Präsidenten Schauwecker eröffnete Armin JÜNGLING mit einer besinnlichen Erzählung „Die Veilchen“ (aus dem Zyklus „Die Stroh puppe“) die Lesung. Was alles an Wünschen und Erwartungen bei dem freudigen Ereignis der Geburt eines Stammhalters sich dem glücklichen Vater unter einem alkoholischen Hochgefühl vor spiegeln kann, wird an einem Weinbauern aus dem Lande am Golf von Lion erzählt, der nach ausgiebiger Feier im Traume seinen Sohn durch Heirat mit der Marquise schon als Herren seines ländlichen Schlosses sieht. Die Veilchen, die er seiner Frau mitbringen wollte, schenkt er einer Fremden, die eine Autopanne hat und die der ihm im Traume erschienenen Marquise zum Verwechseln ähnlich sieht.

Bernhard RAUCH las einige lehrreiche Fabeln und drei Gedichte („Der ferne Frühling“, „Unbekümmert“, „Paradoxon“).

Dann erzählte Alfred SIGEL ein köstliches Zwiegespräch zwischen Twiggy und einer Erlanger Marktfrau über die Diät; wer die Erlanger Marktfrauen kennt, weiß, wie realistisch und treffend diese geschildert wurden.

Daraufhin trug als kurze Einlage Robert PASCHKE zwei Gedichte vor („Dankbare Patienten, Das Fremde Herz“).

In einem für die humorvolle Kurzgeschichte geradezu klassischen Stil schildert Hans WEIGOLD in „Der alte Gauner“, wie ein Jurastudent in München bei der Fahrkartenkontrolle in der Straßenbahn einem Schwarzfahrer durch Zuspätschieben eines Fahrscheines aus der Patsche hilft, der, ein Taschendieb, einer neben ihm stehenden hübschen, jungen Dame den Geldbeutel entwendet hat und diesen dem Studenten aus Dank übergibt, so daß dieser die Bekanntschaft der jungen Dame nun machen kann, die ihn vorher hatte abblitzen lassen.

Wolfgang NITSCHKE rezitierte drei Gedichte, die die Zuhörer zum kritischen Nachdenken aufforderten („Behandlung der Zuckerkrankheit“, „Beiträge zum Fußballspiel“, „Die drei Zeiten“).

Peter Hans KRISTL geiselte in seinem Märchen „Wie sich die Erde zu drehen begann“ die alte Gier der Menschen nach dem Golde, die daraus entstehende Unrast und Zerstörung der „goldenen Tauen zum Himmel“. Anschließend las er noch einige seiner Sinngedichte („Ich sitz in meinem Kämmerlein“, „Du haderst mit des Schicksals Lauf“).

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 Krankenkassenversicherung AG

Generaldirektion

8000 München 23, Leopoldstraße 24

Michael SOEDER, alias Achim ANDERER, las aus seinem neuen Buche „Studentenkompanie“ Stellen des Kapitels „Fußkranke Adler“, Sätze, die durch ihre Realistik und Wirklichkeitsnähe immer wieder bestechen. Der erste Band wurde im „Bayerischen Ärzteblatt“, 10/1970, Seite 966, besprochen, der zweite ist soeben erschienen („Studentenkompanie“ von Achim Anderer, Verlag Karl Knödler, Reutlingen, DM 12,—).

Als letzter erfreute uns Heinz SCHAUWECKER mit einer lustigen aber zugleich nachdenklichen Erbteilungsgeschichte aus seinem Büchlein „Blätter im Wind“, worin seine Großmutter unfreiwillige Zeugin eines verfrühten Erbstreites um eine große Delfter Porzellanplatte wird, den sie dann damit beendete, daß sie die Platte zwischen die Streitenden wirft, damit sie sich mit den Trümmern „leichter beim Teilen tun“. Das schöne Gedicht „Kerze im Advent“ beschloß die Lesung („Blätter im Wind“ Verlag Michael Laßleben, Kallmünz, DM 2,— und „Stilles Wissen“ Der Viergroschenbogen Nr. 67, Relief-Verlag-Eilers, München).

Der Beifall der Patientinnen war groß, sie waren schon während der Lesungen interessiert mitgegangen und hatten sehr bald Kontakt zu den Vortragenden gefunden. Eine Sprecherin dankte in aller Namen und auch viele einzelne Kranke sagten für den schönen Abend noch den einzelnen Schriftstellerärzten Dank. So konnten wir erfreut feststellen, daß der Versuch nicht nur gelungen, sondern zu einem vollen, von den Patientinnen begeistert aufgenommenen Erfolg geworden war.

Anschließend trafen wir uns noch in einem Raum des „Bayerischen Hofes“ in Oberaudorf, wo uns Confrère REICHSTEIN in einem längeren Vortrag in das Wesen und den Zweck der Tumorklinik einführte, nämlich krebserkrankten Menschen zu helfen und durch frühzeitige Behandlung die Metastasenbildung zu verhindern. Eine eingehende Diskussion schloß sich an das ausführliche Referat Reichsteins an, so daß wir einen umfassenden Einblick in die Arbeits- und Wirkungsweise dieser modernen Tumorklinik bekamen. In angeregter Gesprächsrunde saßen dann die Teilnehmer noch bis spät in die Nacht hinein zusammen.

Am Sonntagvormittag trafen wir uns noch einmal im Aufenthaltsraum der Klinik, wo uns zunächst der Besitzer der Klinik, Herr RÖSNER, begrüßte und uns eine Darstellung der Entstehungsgeschichte seiner Klinik gab, die Chefarzt Dr. LEONHARDT von der ärztlichen Seite her mit interessanten Erläuterungen ergänzte.

Dann fand, diesmal im internen Kreis bei einem kleinen Imbiß eine Lesung statt, bei der Bernhard RAUCH zunächst aus seinem „Gesammelter un-Sinn“ die Geschichte von der gebrochenen 867. Zehe des Tausendfüßlers vortrug, die in als Unsinn verklausuliertem Sinn einige charakteristische Schwächen der modernen Medizin karikierte und anprangerte.

Hans WEIGOLD las eine Reiseskizze vom Besuch der Donauinsel Ada-Kaleh am Eisernen Tor, die das Opfer

eines Riesenstaudamms geworden ist, der von Rumänien und Jugoslawien gemeinsam erbaut wurde.

Von unseren beiden Gästen aus Österreich kam zunächst Herbert NAGL zu Wort mit seiner nachdenklichen Geschichte „Die Trauertraube“. Sie schöpft tief aus dem ärztlichen Erleben. Während der Leichenzug an dem gestoppten Auto des Professors vorbeizieht, erlebt dieser vor seinem inneren Auge noch einmal das ganze Schicksal des Toten, das in der Hetze unserer Zeit „routinemäßig“ an ihm vorübergerauscht war und es überwältigte den Professor ein „echtes Mitgefühl, von dem alles Routinemäßige abgefallen war“. Der Gefahr einer routinemäßigen Behandlung seiner Kranken ist heute jeder Arzt ausgesetzt, auch wenn er kein berühmter Professor ist; Nagl mahnt uns, bei der Behandlung unserer Kranken unser Herz nicht erkalten zu lassen und immer wieder mit neuer Liebe zu den Kranken zu erfüllen, „die aus Menschen erst wirkliche Menschen macht“.

Richard TRAUNER trug Gedichte aus seinen verschiedenen Lebensaltern vor: des jungen Mannes „Ich bin ein beim Feste verschütteter Wein“ (1927) und „Du bist wie ein Gebirge von Sand, o Gott“ (1930); des mittleren Alters „Es ist das Menschliche gewebt aus vielen ungleichen Fäden“ (1945), „Ja, das Leben heißt nun nicht mehr Bewegung“ (1950) und „Hältst Du die reife Frucht in Händen“ (1955), sowie des beginnenden Senlums „Der Winter war sehr hart“ (1963) und „Wir kreisen wie Sterne im endlos hohen Raum“ (1965). Die Gedichte, die das Erleben in den einzelnen Lebensaltern widerspiegeln, wurden völlig frei und rhetorisch hervorragend vorgetragen.

Alfred ROTTLER rezitierte aus einem epischen Städtezyklus: Nürnberg, Frankenland, Santa Maria, Meersburg, Agrigent, Würzburg und vom Hafen von Palermo. Verträumte Bilder stiegen auf und beschauliche Schilderungen bekannter und unbekannter Städte klangen an unser Ohr; es war einmal etwas ganz anderes.

Alfred SIGEL trug eine Skizze „Krebserkrankte Ärzte“ vor, die allein schon vom Thema her die Zuhörer sehr bewegte, was dann auch in der späteren Diskussion zum Ausdruck kam.

Als letzter wiederum las Heinz SCHAUWECKER aus seinem „Kaleidoskop“ eine Kurzgeschichte „Der neue Fahrplan“, besinnliche Gedanken, die ihm beim Wegwerfen eines ausgedienten Fahrplanes kamen („Mein Kaleidoskop“ bei Michael Laßleben, Kallmünz, DM 8,—). Dann folgten aus dem Viergroschenbogen „Stilles Wissen“ noch die Gedichte „Abend“ und „Nach einem geistlichen Konzert“, das zum 90. Geburtstag Max Regers entstand.

In der anschließenden Diskussion wurden manche Probleme angeschnitten, die zum Nachdenken anregten und die wohl bei späteren Zusammenkünften erneut auftauchen und dann unter einem anderen Gesichtswinkel erscheinen werden. Jedenfalls nahmen alle Teilnehmer wertvolle Anregungen mit nach Haus.



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 1/2 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.

Zum Abschluß machte Chefarzt Dr. LEONHARDT die Teilnehmer in einer ausgezeichneten Führung mit den neuartigen Arbeitsmethoden der Krebsklinik bei der Heilung und Überwindung der Folgen der Krebskrankheit bekannt. Seine Ausführungen fanden großes Interesse.

Die große Resonanz, die die Lesung bei den Patientinnen gefunden hatte, gab dem Chefarzt Veranlassung, eine Wiederholung im Advent vorzuschlagen. Diese hat in der Zwischenzeit am 5. Dezember 1970 mit noch größerem Erfolg stattgefunden.

Die Lesung in der Tumorklinik Bad Trißl, die uns auch einen Einblick in die weite Spanne des Schaffens unserer Confrères gegeben hat, zeigte uns, wie sehr der Arzt als Schriftsteller doch seelischen Einfluß auf die Kranken nehmen kann und wie sehr diese für die Hilfe dankbar sind. Ich bin absichtlich auf diese erste Lesung etwas ausführlicher eingegangen, um zu ähnlichen Veranstaltungen anzuregen, wobei mitzuhelfen wir alle gerne bereit sind.

Dr. med. Robert Peschke, 8535 Emskirchen

Leserbrief

Gedanken nach der Wahl

Es steht zu hoffen, daß mit der am 12. 12. 1970 stattgefundenen Neuwahl Friede und Vernunft in unsere ärztliche Ständevertretung wieder einkehren. Es ist äußerst bedauerlich, daß bei der Diskussion unserer berufspolitischen Interessen die Emotion über die Ratio siegen konnte bis zu dem Punkt, daß man sich nicht scheute, einen standespolitischen Exhibitionismus vor einem unqualifizierten Publikum zu veranstalten. Es ist nur zu hoffen, daß der neue Vorstand sich dafür einsetzen wird, daß Kontroversen, wie sie leider auch in der Ärzteschaft bestehen können, künftig im Rahmen des Ärztlichen Kreisverbandes bzw. der Landesärztekammer ausgetragen werden. Es ist nicht anzunehmen, daß der Zeitungsleser X oder Y irgend-

etwas zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung in der Stadt oder auf dem Lande oder unserer Krankenhausmisere beitragen kann, gleichgültig, ob man gegen den „autoritären“ Herrn Dr. von Brentano oder den „Bösewicht“ Herrn Dr. Meyer oder die „überbezahlten“ Chefärzte in der Presse zu Felde zieht. Wir müssen uns darüber im klaren sein, daß bei dem Breitreten unserer Internas höchstens der Eindruck entstehen kann, daß unsere Ärzteschaft nur aus Fortschrittsbremsern und Revoluzzern besteht. Dieser Eindruck kann höchstens dazu dienen, daß ambitionierte Politiker meinen könnten, die Ärzteschaft, die gar nicht weiß, was sie will, müßte streng dirigistisch verwaltet werden, damit ein positiver Beitrag zur Erhaltung der Volksgesundheit geliefert werde. Mangels fachlicher Qualifikation — kann man sich vorstellen — würden höchstens publikumswirksame Rosinen aus dem Kuchen unserer Kontroversen der Wählermasse angeboten werden, bestimmt nicht Heil und Segen. Wir dürfen nicht vergessen, daß wir in dieser Industriegesellschaft innerhalb des Wählerganzen nur ein kleiner Bruchteil sind, von dem sich selbst der einsatzfreudigste Politiker ob seines späteren Gewähltwerdens nur vage Vorstellungen über die tatsächliche Stimmabgabe bei einer Wahl machen kann.

Die niedergelassenen Ärzte verbinden sich aus existenzieller Angst bei einem völlig unklaren Konzept für die Zukunft — wie es sich ergäbe, wenn ihre Geschicke nur von oppositionellen Assistenzärzten verwaltet würden — ungeachtet ihrer sonstigen politischen Vorstellungen lieber in einem konservativ verharrenden Block, um nicht einer ungewissen Zukunft auch nur einen Fußbreit Boden zu überlassen. Da bei den Niedergelassenen wie auch bei den Assistenzärzten es doch im Endeffekt nur um die Ausübung der Medizin, d. h. ums Heilen, geht, müßte doch das Zurückfinden zu einer gemeinsamen Basis möglich sein. Der Individualismus und der Mannschaftsgeist dürfen nicht so weit gegensätzliche Begriffe sein, daß man um einer gemeinsamen Sache willen nicht zusammenfindet. Sonst müßten auch die Olympischen Spiele, bei denen der Sport die übergeordnete Idee ist, zugunsten sich bis aufs Messer bekämpfender Blöcke von Einzel- und



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

Dismenol

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

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

Mannschaftsdisziplinen geopfert werden. Es ist verständlich, daß die Assistenzärzte bessere Lebens- und Arbeitsbedingungen für sich beanspruchen, was aber nur auf der Basis einer Einigkeit unter den Ärzten und nicht einer Polemik erreicht werden kann, besonders, wenn diese einen sicherlich ungewollten ideologischen Anstrich bekommt. Gerade der letztere droht, unseren gemeinsamen Zielen eher zu schaden als zu nützen. Von unserem Berufsethos her ist es doch selbstverständlich, daß wir den Kranken ohne Unterschied der nationalen, rassischen, religiösen oder politischen Zugehörigkeit gleich behandeln.

Ein ideologischer Anstrich bei der Durchsetzung unserer beruflichen Interessen könnte somit höchstens den Eindruck einer politischen Clownerie erwecken, der die Ernsthaftigkeit unserer berechtigten Anliegen in Frage stellen könnte.

Dr. med. M. B. V. B a k i n , Arzt für Allgemeinmedizin,
8000 München 83, Adolf-Baeyer-Damm 26

Kongresse

Fortbildungstage in Praktischer Medizin vom 18. bis 20. Februar 1971 in Erlangen

Die Fortbildungstage in Praktischer Medizin finden vom 18. bis 20. Februar 1971 unter der Leitung von Herrn Professor Dr. med. L. D e m l i n g an der Medizinischen Universitätsklinik in Erlangen statt.

Sekretär: Prof. Dr. med. K. B a c h m a n n

Themen:

Intensivtherapie
Klinische Visiten
Röntgendemonstration
Labormethoden
EKG-Praktikum
Herzinsuffizienz
Nuklearmedizin

Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12, Telefon: (0 91 31) 85 33 74

Einführungskurs in die Ergometrie und Spiroergometrie

am 6./7. März 1971 in Fürstenfeldbruck

Am 6./7. März 1971 findet im Flugmedizinischen Institut in Fürstenfeldbruck unter der Leitung von Herrn Professor Dr. K i r c h h o f f ein Einführungskurs in die Ergometrie und Spiroergometrie statt, wobei insbesondere Fragen der Leistungsdiagnostik und Leistungsmedizin besprochen werden.

An m e l d u n g nur über die Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85, Telefon (08 11) 33 20 21 (Apparat 37)

Kurs für Röntgenhelferinnen

vom 22. März bis 2. April 1971 in Erlangen

Der nächste von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Kurs für Röntgenhelferinnen findet in der Zeit vom 22. März bis 2. April 1971 in Erlangen statt.

Teilnahmevoraussetzung: Nachweis einer d r e i j ä h r i g e n praktischen Tätigkeit im Röntgenbereich.

A n m e l d u n g : Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85, Telefon (08 11) 33 20 21 (Apparat 43)

Ärztliche Fortbildung im Chiemgau

10. Februar 1971:

Prof. Dr. Vorländer: „Autoaggressionskrankheiten“

3. März 1971:

OMR Dr. Heinz L i e s e r : „Psychiatrische Notfälle und Ihre Therapie“

Ergänzt durch Filmdemonstrationen

Jeweils um 19.30 Uhr in Prien am Chiemsee, Rathausstraße 11, im kleinen Kursaal (Haus des Gastes).

A u s k u n f t : Dr. med. H. M a t u s c z y k , 8210 Prien am Chiemsee, Kneippkurhotel Kronprinz, Telefon (0 80 51) 482

(Fortsetzung Seite 96)

mehrgleisige

ferment-
therapie

Physiologische
Therapie und
Substitution

eupeptum

Oberbauchstörungen
Meteorismus
Dyskinesien

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

IFAH GMBH HAMBURG 22



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

Die Zahl der Meldungen von Scharlacherkrankungen stieg im Berichtsmontat jahreszeitlich bedingt weiter an; auf 100 000 Einwohner entfielen im Oktober 59, im November 81 Fälle (umgerechnet auf ein Jahr). An durch Meningokokken verursachter übertragbarer Hirnhautentzündung erkrankten etwa ebenso viele Personen wie im Vormonat (3 auf 100 000 Einwohner), an sonstigen Formen der übertragbaren Hirnhautentzündung dagegen etwas mehr als im Oktober (9 gegenüber 7 im Vormonat, jeweils auf 100 000 Einwohner).

Die Erkrankungshäufigkeit an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) ging im November zwar zurück, war jedoch immer noch bedeutend höher als im gleichen Monat des Jahres 1969. Sie betrug 66 Fälle auf 100 000 Einwohner. Vor allem in Niederbayern trat Salmonellose in gehäufte Anzahl, und zwar zumeist als Gruppenerkrankung auf. Die Erkrankungsziffer an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) nahm gegenüber dem Vormonat im November geringfügig ab.

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

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11			
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare																Enteritis infectiosa			
					Kindertähmung				Hirnhautentzündung				Gehirnentzündung				Typhus abdominalis		Paratyphus A und E		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Salmonellose	
					dar. par. Fälle		Meningokokken-Meningitis		Übrige Formen															
E ²⁾ ST ²⁾		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	—	—	285	—	—	—	—	11	—	27	—	1	1	1	—	1	—	13	—	89	—	—		
Niederbayern	1	—	30	—	—	—	—	3	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	328	—	1		
Oberpfalz	1	—	66	—	—	—	—	4	1	11	—	1	1	1	—	—	—	5	—	19	—	—		
Oberfranken	—	—	56	—	—	—	—	3	—	8	—	1	—	—	—	1	—	1	—	8	—	—		
Mittelfranken	1	—	104	—	—	—	—	5	—	6	—	—	—	—	—	1	—	2	—	21	—	—		
Unterfranken	—	—	37	—	—	—	—	1	1	7	1	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—	—		
Schwaben	—	—	87	—	—	—	—	1	—	14	—	—	—	1	—	—	—	6	—	70	—	8		
Bayern	3	—	665	—	—	—	—	28	2	76	1	3	2	3	—	4	—	27	—	542	—	9		
München	—	—	118	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	9	—	35	—	—		
Nürnberg	—	—	39	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—		
Augsburg	—	—	4	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—		
Regensburg	—	—	28	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	5	—	—		
Würzburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—		

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21	
	Eotulismus		Hepatitis infectiosa		Psittacose		Kindbettfieber bei oder nach standesemtl. meldepfl. Geburt		Canicola-fieber		Malaria-Erkrankung		Toxoplas-mose		Trachom		Wundstarrkrampf		Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾	
Oberbayern	—	—	105	1	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	1	—	1	1	—	—
Niederbayern	—	—	16	—	2	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—
Oberpfalz	—	—	40	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Oberfranken	—	—	21	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
Mittelfranken	—	—	29	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	2	2	—	—
Unterfranken	—	—	20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	10
Schwaben	—	—	31	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	2
Bayern	—	—	262	2	2	—	1	1	2	—	2	—	4	—	1	—	9	7	—	15
München	—	—	55	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—
Augsburg	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

2) „ST“ = Sterbefälle.

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

Arznei Müller Bielefeld



Contramutan®

- steigert die körpereigene Abwehr
- verstärkt die Serum-Bakterizidie
- aktiviert die Phagozytose
- verbessert Antibiotika- und Sulfonamid-Behandlung

Verschreibungsformen:

Tropfen 20 und 50 ml · Dragees 40 und 100 Stück

Suppositorien 10 Stück · Saft 165 g

Klinikpackungen

Auch für Diabetiker

Gegen Grippe immun



47. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

vom 26. bis 28. März 1971

Thema: Notfalltherapie in der ärztlichen Praxis – Kongreßleiter: Professor Dr. A. Schretzenmayer, Augsburg

Freitag, 26. März 1971

16.00 – 19.00 Uhr:

Klinische Visiten in den Augsburger Kliniken

16.00 – 19.00 Uhr:

Laborseminar im Rathaus

Ausstellung, Demonstrationen und Übungen des BRK Augsburg, im Goldenen Saal (Leiter: Dr. Gerlach)

20.00 Uhr:

Filmabend im Rathaus, Oberer Fletz

Samstag, 27. März 1971 (Rathaus, Oberer Fletz)

9.00 – 9.30 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. Lick, Würzburg

Chirurgische Erstversorgung in der Praxis

9.30 – 10.00 Uhr:

Prof. Dr. Pflüger, Frankfurt

Problematik ambulanter Anästhesien

10.00 – 10.30 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. Pöldinger, Basel

Notfallsituationen bei Drogenabhängigkeit (mit eingebendetem Film)

10.30 – 11.00 Uhr:

Pause

11.00 – 11.30 Uhr:

Prof. Dr. Stoll, Mannheim

Geburtshilfliche und gynäkologische Notfälle in der Praxis

11.30 – 12.00 Uhr:

Prof. Dr. Marguth, München

Neurochirurgische Notfälle in der Praxis

12.00 – 12.30 Uhr:

OMR. Dr. Lieser, München

Der psychiatrische Notfall

14.00 – 15.15 Uhr:

Podiumsgespräch

Praxisaspekte des ärztlichen Notdienstes

Kurzreferate: Dr. Hellmann, Augsburg, und Dr. Fischbach, Augsburg

15.30 – 18.00 Uhr:

Klinische Visiten in den Augsburger Kliniken

Ausstellung, Demonstrationen und Übungen des BRK Augsburg im Goldenen Saal (Leiter: Dr. Gerlach)

Sonntag, 28. März 1971 (Rathaus, Oberer Fletz)

9.00 – 9.30 Uhr:

Prof. Dr. Ungeheuer, Frankfurt

Der akute arterielle Gefäßverschluss

9.30 – 10.00 Uhr:

Prof. Dr. Fleischhacker, Wien

Therapie der Blutungen, der Thrombose und Embolie in der Praxis

10.00 – 10.30 Uhr:

Pause

10.30 – 11.00 Uhr:

Dr. Schmidt-Voigt, Bad Soden

Der Herzanfall in der Praxis

11.00 – 11.30 Uhr:

Doz. Dr. May, Homburg

Die Anurie

11.30 – 12.00 Uhr:

Die Medikamente der Notfalltherapie

14.00 – 15.30 Uhr:

Podiumsgespräch

Pädiatrische Notfälle

Kurzreferate:

a) Prof. Dr. Hecker und Dr. Joppich, München

Verletzungen bei Kindern und ihre Folgen

b) Prof. Dr. Marget, München

Infektionen

Auskunft und Anmeldungen: „Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin“, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2, Telefon (08 21) 2 27 77



**strath labor
gmbh**

Gezielte Therapie mit Strath-Präparaten

Bei ● Polyarthritiden
● Spondylosen
● Arthrosen
● Psoriasis
● Acne vulgaris

und ähnlichen Erkrankungen beweist das Präparat

c 35-strath®

seine hervorragende Wirksamkeit auch in hartnäckigen Fällen immer wieder.

c strath-35® ist das nach seiner Zusammensetzung therapeutisch am breitesten einzusetzende Präparat der Strath-Therapie. Es enthält biologisch umgesetzte Torula-utilis-Hefe nach Vergärung mit Radix Bryoniae, Fucus Vesiculosus, Bulbus Colchici, Stigmata Maidis, Herba Rhois toxicodendri.

Ärzt muster und ausführliche Unterlagen über Strath-Therapie und Strath-Verfahren erhalten Sie auf Anforderung durch die wissenschaftliche Abteilung der

Strath-Labor GmbH

Pharmazeutische Präparate, 8405 Donaustauf, Strathstraße 5-7, Postfach 18

Das Bayerische Rote Kreuz gibt sich die Ehre, Sie zum

Margueriten-Ball

am 17. Februar 1971, 20.00 Uhr, im Deutschen Theater, einzuladen. Hervorragende Künstler, bekannte Tanzkapellen, das Faschingsprinzenpaar mit seinem Hofstaat und eine reichhaltige Tombola erwarten Sie.

Eintrittspreise für nummerierte Plätze: DM 60.—, 40.—, 30.—, 20.—, 13.— und 10.— mit Mehrwertsteuer; für unnummerierte Saalkarten und Kategorie: DM 8.—.

Kartenvorverkauf: Rotes Kreuz, München 22, Seitzstraße 8, Zimmer 223, Telefon (08 11) 22 46 71, oder Deutsches Theater, München, Schwanthalerstraße 13, Telefon (08 11) 59 29 11.

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

Ehrenprotektorat: Frau Gertrud Goppel

Kongreßkalender

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

März 1971

1. — 5. 3. in Neuherberg:

Strahlenschutzkurs (2. Fortbildungskurs). Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

4. — 6. 3. in Hamburg:

17. Symposion der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie. Auskunft: Prof. Dr. J. Kracht, 6300 Gießen, Klinikstraße 32 g.

7. — 20. 3. in Badgastein:

XVI. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Thema: „Die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern.“) Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410 220.

8. — 13. 3. in München:

5. EEG-Fortbildungskurs für Fachärzte und EEG-Assistentinnen. Auskunft: Prof. Dr. J. Kuglar, 8000 München 15, Nußbaumstraße 7.

8. — 20. 3. in Davos:

XIX. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Thema: „Die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern.“) Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410 220.

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

Leserbriefe stellen keine Meinungsäußerungen des Herausgebers oder der Schriftleitung dar. Das Recht auf Kürzungen bleibt vorbehalten.

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 5,5% = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Postscheckkonto Nr. 52 52, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, Früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gebler, 8000 München 15, Postfach, Sonnenstraße 29, Telefon 55 80 81, Fernschreiber: 05 23662, Telegrammadresse: alles-press. Für den Anzeigenfall verantwortlich: Ernst W. Scherschinger, München.

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

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

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

12. — 13. 3. in Erlangen:

4. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie e. V. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. R. Ottenjann, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12.

18. — 19. 3. in München:

Wissenschaftliche Arbeitstagung „Nervliche und psychische Belastung am Arbeitsplatz“. Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3.

18. — 21. 3. in Regensburg:

II. Internationales Symposium für Klinische Pharmakologie. Auskunft: Sekretariat der Internationalen Symposium für Klinische Pharmakologie, 8400 Regensburg 1, Postfach 345.

20. — 27. 3. in Bad Homburg:

14. Internationaler Fortbildungskurs für Geriatrie. Auskunft: Prim.-Doz. Dr. Döberauer, A-1140 Wien, Hüteldorfer Straße 188.

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigelegt:

Chemiewerk Homburg, Frankfurt/M.
Kall-Chemie AG, Hannover
Boehringer, Ingelheim
Chemipharm
Ekewerk, Horn in Lippe

Wenn's um Geld geht

SPARKASSE



Am Krankenhaus München-Pappenheimstraße der Landeshauptstadt München (medizinische Abteilung mit 210 Betten) ist zum 1. April 1971 die Stelle des

Ersten Oberarztes (Chefarztstellvertreter)

zu besetzen.

Der Bewerber muß die Facharztanerkennung für Innere Krankheiten besitzen.

Geboten wird:

Anstellung im Angestelltenverhältnis unter Einreihung in Vergütungsgruppe 1e BAT sowie soziale Leistungen (zusätzliche Altersversorgung und damit Gesamtversorgung nach beamtenrechtlichen Grundsätzen, Beihilfen im Krankheitsfall u. e.)

Bewerbungen

mit Lebenslauf, Lichtbild und Abschriften der Zeugnisse über Ausbildung und bisherige Tätigkeit werden bis spätestens 28. 2. 1971 an des **Personalreferat der Landeshauptstadt München, 8000 München 1, Rathaus, Zimmer 381/III**, erbeten.

Chefarztstelle sofort zu besetzen

Im **Städtischen und Kreis-Krankenhaus** (50 Betten) bei kleiner bis mittlerer Chirurgie — Innere Medizin — Geburtshilfe — einer fränkischen Kleinstadt ist die Stelle des Chefarztes sofort zu besetzen.

In allerhöchster Zukunft kann auch die große Kleinstadt-Landpraxis des jetzigen Chefarztes mitübernommen werden.

Nähere Einzelheiten sind beim ersten Bürgermeister einzuholen. Zuschriften erbeten unter Nr. 331/29 an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 15, Sonnenstr. 29.**



Die Bayerische Bereitschaftspolizei

sucht für die Dienststellen in

München und Nürnberg je einen Arzt.

Die gebotene Tätigkeit — Untersuchung, Behandlung und Begutachtung junger Polizeibeamter und Polizeibewerber — in entsprechenden Räumen mit moderner Einrichtung, ist sowohl für einen erfahrenen wie für einen jungen Kollegen vielseitig und interessant.

Geboten wird eine Vergütung nach BAT II a bzw. bei Vorliegen beamtenrechtlicher Voraussetzungen A 13/A14, jeweils mit Zulagen. Aufstiegsmöglichkeiten sind gegeben.

Privatärztliche Nebentätigkeit wird gewährt. Freistellung vom Wehrdienst.

Bei der Beschaffung einer Wohnung ist der bayer. Staat behilflich. Trennungsgeld, Umzugskosten und Beihilfen im Krankheitsfall werden nach gesetzlichen Bestimmungen gezahlt. Anfragen sind zu richten an den

Leitenden Arzt bei der Direktion der Bayer. Bereitschaftspolizei, 8000 München 80, Rosenheimer Str. 130, Tef. (09 11) 44 99 48



Landeshauptstadt München

Im Bereich der Krankenhäuser der Landeshauptstadt München sind mehrere Stellen für

Chefärzte

zu besetzen.

Krankenhaus München-Harlaching Konservatives Zentrum:

Medizinische Abteilung (ca. 70 Betten),
Schwerpunkt: Nephrologie
Diensttritt zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Krankenhaus München-Schwabing Konservatives Zentrum:

- a) Medizinische Abteilung (ca. 120 Betten)
Schwerpunkt: Gastroenterologie
- b) Medizinische Abteilung (ca. 120 Betten)
Schwerpunkt: Kardiologie, Pulmonologie
- c) Medizinische Abteilung (ca. 100 Betten)
Schwerpunkt: Nephrologie

Diensttritt jeweils zum nächstmöglichen Zeitpunkt; die unter b) und c) angegebenen Abteilungsgrößen werden erst Ende 1971 erreicht.

Operatives Zentrum:

Neurochirurgische Abteilung (ca. 40 Betten)

Diensttritt zum nächstmöglichen Zeitpunkt; der Betrieb kann erst nach Schaffung zusätzlicher Operationseinrichtungen in vollem Umfang aufgenommen werden.

Krankenhaus München-Perlach

(Neubau mit fast 700 Betten; Fertigstellung Frühjahr 1972)

Konservatives Zentrum:

- e) Medizinische Abteilung (voraussichtlich 114 Betten)
Schwerpunkt: Gastroenterologie und Hepatologie
- b) Medizinische Abteilung (voraussichtlich 102 Betten)
Schwerpunkt: Kardiologie
- c) Medizinische Abteilung (voraussichtlich 84 Betten)
Schwerpunkt: Stoffwechselerkrankungen und Endokrinologie

Operatives Zentrum:

- e) Abteilung für Allgemeinchirurgie (voraussichtlich 118 Betten)
- b) Abteilung für Unfallchirurgie (voraussichtlich 102 Betten)
- c) Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe (voraussichtlich 85 Betten)
- d) Anästhesieabteilung

Biologisch-technisches Zentrum:

Abteilung für Röntgen- und Isotopdiagnostik

Gelordert werden umfassende wissenschaftliche und klinische Ausbildung und Erfahrungen sowohl auf dem jeweiligen Fachgebiet als auch für die vorgesehene Schwerpunktbildung.

Geboten wird Anstellung mit Sonderdienstvertrag. (Detaillierte Unterlagen über Organisation und Vertragsgestaltung stehen den Bewerbern auf Anforderung zur Verfügung.)

Bewerbungen mit Lebenslauf, Abschriften der Zeugnisse über Ausbildung und bisherige Tätigkeit, Verzeichnis der wissenschaftlichen Arbeiten, Nachweise über akademische Grade und einem Lichtbild bis spätestens 28. 2. 1971 an des **Personalreferat der Landeshauptstadt München, 8000 München 1, Rathaus, Zimmer 381/III**, erbeten.