



Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Februar 1972

Zur Geschichte der Onkogenese

Einführung in das Thema „Onkologie für die Praxis“ des 49. Augsburger Fortbildungskongresses für Praktische Medizin vom 24. bis 26. März 1972

von A. Schretzenmayr

Wie jedes Jahr melden auch heuer die neuesten Medizinstatistiken eine weitere Zunahme der Krebserkrankungs- und Krebstodesfälle in allen zivilisierten Ländern der Erde. 1971 mußten in den USA 339 000 Menschen an Krebs sterben, und die Rate der Zunahme der Krebstodesfälle pro Jahr ist in den letzten Jahren so konstant gewesen, daß man heute schon die Verlustquote an Menschenleben durch den Krebs für 1972 genau vorausberechnen kann: 345 000 US-Bürger. In der Bundesrepublik liegen die Verhältnisse völlig gleichartig, es sterben zur Zeit jährlich 130 000 Bürger an Krebs, jedes Jahr mehr, genauso wie in den USA, in Rußland und in anderen Ländern. Jeder fünfte Todesfall ist ein Krebstod.

Beunruhigt sind nicht nur die Ärzte, die Soziologen, die Politiker, auch die breite Öffentlichkeit ist nicht mehr mit der Erklärung zufrieden, daß infolge der längeren Lebenserwartung automatisch die Krebsfälle zunehmen würden, weil Krebs überwiegend ältere Menschen befallt und daß die verbesserte Krebsdiagnostik zusätzlich die statistische Zahl erhöhe. Diese Frage nach den Ursachen der ständigen Zunahme der Krebstodesfälle beinhaltet die Frage nach der Ursache des Krebses überhaupt, die Frage nach der „Onkogenese“. Die Beantwortung dieser Frage ist eine der großen Forderungen der Menschheit an die naturwissenschaftliche und medizinische Forschung von heute und morgen.

Was wissen wir über die Onkogenese? In einer Zeit, in der die Spalten der Zeitungen angefüllt sind mit den Problemen und Anschuldigungen der Umweltverschmutzung, scheint für viele Laien das Krebsproblem mit diesem Schlagwort „Umwelt“ schon gelöst, zumal auch die Forschung von heute den umweltbedingten Faktoren größte Aufmerksamkeit widmet. Daß das Problem jedoch nicht so einfach erklärbar ist, ergibt sich schon aus der Tatsache, daß es auch früher Krebs-

erkrankungen gab, als noch „in der guten alten Zeit“ die Umwelt ganz in Ordnung schien. Unsere Kenntnisse gehen hier sogar sehr weit zurück: an ägyptischen Mumien, 4 1/2 tausend Jahre alt und in ihrem Skelett recht gut konserviert, hat man eindeutig Osteosarkome nachgewiesen. Auch in den nachfolgenden Kulturepochen, in den medizinischen Überlieferungen der Griechen und der Römer bis zu dem hellenistisch-römischen Arztschriftsteller GALEN und bis zum Galenismus des Mittelalters sind von den Ärzten immer wieder Krankheitsfälle, insbesondere Geschwulstkrankheiten, beschrieben worden, die wir heute als Krebsfälle identifizieren müssen. Diese Ärzte haben sich auch Gedanken über die Onkogenese gemacht, sind jedoch nicht über die auch für andere Krankheiten damals gemachten Denkmodelle hinausgekommen, wie Störungen der normalen Säftemischung, Dysharmonie im humoralen System und ähnliches. Allen diesen verschwommenen und heute schwer verständlichen Vorstellungen des Galenismus über die Onkogenese ist jedoch ein wesentlicher, auch heute immer wieder auftauchender Leitgedanke gemeinsam, daß nämlich der Krebs „von innen heraus“ entstehe, und dieser Leitgedanke der „endogenen“ Ursache der verschiedenen Krebsformen hat trotz der Fortschritte der Medizin in der Renaissance und in den nachfolgenden „naturwissenschaftlichen“ Jahrhunderten die Vorstellungen der Forscher und Ärzte beherrscht.

Theorien über versprengte Embryonalzellen als Ursache der Krebsentstehung und Fehldeutungen der im letzten Jahrhundert aufstrebenden Vererbungslehre bestärkten die Wissenschaftler noch mehr in ihrem Glauben an eine „endogene“ Krebsursache. So beschrieb BROCA 1869 eine Familie, in der die Mutter und ihre vier Töchter an Brustkrebs verstarben und acht von insgesamt 16 Enkeln ebenfalls an Krebs

starben. Zahlreiche ähnliche Beobachtungen folgten und schienen die Theorie der endogenen Krebsentstehung zu bestätigen. Die Wissenschaft war bis in die allerjüngste Zeit endgültig auf einem falschen Geleise festgefahren, die Onkogenese blieb ungelöst, therapeutische und prophylaktische Ergebnisse blieben aus.

Da leitete die gute Beobachtungsgabe und der diagnostische Scharfsinn eines praktischen Arztes die entscheidende Wende ein — 1775 beschrieb der englische Arzt POTT den Schornsteinfegerkrebs: Seine Patienten hatten schon als Kinder in den engen englischen Kaminen herumklettern müssen, um den Ruß abzukratzen und kamen dann auch im Erwachsenenalter als Schornsteinfeger ständig mit Kaminruß in Kontakt; Pott beobachtete bei ihnen Krebsgeschwüre am Skrotum, deren Entstehung er folgerichtig auf die Einwirkung des Kaminrußes, also auf eine exogene Krebsursache zurückführte. Die ärztlichen Zeitgenossen Potts hielten seine Beobachtung für eine belanglose kasuistische Mitteilung ohne Rückwirkung auf die Theorie der Onkogenese. Über 100 Jahre blieb Potts revolutionierende Entdeckung unbeachtet und fast vergessen! Erst eine weitere einschlägige Beobachtung durch v. VOLKMANN (1876) brachte die neue Theorie wieder in Gang: bei Brikettarbeitern des sächsischen Braunkohlenbetriebs zeigten sich ebenfalls

Hautkrebse und man erkannte nun, daß es der Teer war, der sowohl hier wie beim Schornsteinfegerkrebs als Agens in Frage kam. Und nun kam die Lawine ins Rollen: Bei den in der Tabelle 1 aufgeführten „Teer“-Berufen fanden sich die gleichen Krebsformen; das Bild des „Teerkrebses“ als eines exogen bedingten Krebses kristallisierte sich aus diesen Beobachtungen am Menschen heraus; gleichzeitig hatte damit die experimentelle Medizin im Teerkrebs des Tierversuches ihr erstes Modell für die experimentelle Krebsforschung gefunden. Ein neuer Wissenszweig, die experimentelle Krebsforschung, wurde geboren: 1915 teilten die Japaner YAMAGIWA und ISCHIKAWA mit, daß sie durch Teerpinselungen am Kaninchenohr echte Krebstumoren regelmäßig erzeugen konnten. Weitere Beobachtungen über chemische und physikalische Ursachen von Krebserkrankungen wurden nun Schlag auf Schlag erkannt, fast immer handelte es sich dabei, wie beim Schornsteinfegerkrebs, um Berufskrebse: dem Kohlenteeerkrebs folgte die Entdeckung des Arsenkrebsses (1877), besonders bei Winzern auftretend, die ihre Pflanzen mit arsenhaltigen Mitteln spritzten. 1895 entdeckte REHN bei Arbeitern aus Hoechst den Anilinblasenkrebs, später wurden der Asbestlungenkrebs, der Chromatlungenkrebs und weitere seltenere Berufskrebse entlarvt. Bei den physikalischen Ursachen ist der Röntgenkrebs aus der Röntgenpionierzeit noch in düsterer Erinnerung. Sieben Jahre nach RÖNTGENs Entdeckung wurde 1902 der erste Röntgenkrebs bei einem Röntgenmechaniker beschrieben und die Liste der Ärzte und Röntgenhelfer, die Opfer ihres Berufes wurden, sollte noch groß werden, bis eine wirksame Prophylaxe gefunden wurde. Längst vor dem Röntgenkrebs hatte eine andere Strahlenform, das Radium, schon im 17. Jahrhundert viele Opfer in Form der Schneeberger und Joachimstaler „Bergsucht“ gefordert, bis aufgrund der Erkenntnisse beim Teerkrebs klar wurde, daß die Bergknappen, oft bis zu 100 % der Belegschaft erkrankt, nicht einer tuberkuloseähnlichen Bergsucht, sondern einem strahleninduzierten Lungenkrebs erlagen, bedingt durch das radioaktive Gestein. In gleicher Weise erkrankten und starben Leuchtzifferblatt-Malerinnen, die eine Leuchtmasse auf die Uhren pinselten, dabei den Pinsel mit dem Mund anfeuchteten und sich auf diese Weise radioaktives Material inkorporierten, das überwiegend Knochengeschwülste hervorrief.

Alle diese Berufskrebse gehören heute der Geschichte an. Es ist in jedem Fall gelungen, nach der Erkennung der onkogenetischen Ursache durch entsprechende prophylaktische Maßnahmen diese „klassischen“ Berufskrebse zum Erlöschen zu bringen. Daß der Sieg über den Berufskrebs nicht nur ein großer therapeutisch-prophylaktischer Triumph der betriebsärztlich tätigen Mediziner war, sondern daß er vor allem die seit Jahrhunderten festgefahrenen onkologischen Wissenschaft aus der Stagnation gelöst und in eine zukunftssträchtige Bahn gelenkt hat, diese Tatsache

Barufsart	Schädigende Substanz	Lokalisation
Teearbeiter	Taer	Skrotum
Hochofenarbeiter	Teer	Haut
Lauchtgasfabrikarbeiter	Teer	Haut
Dachpappanarbeiter	Teer	Hände
Asphaltarbeiter	Taer, Asphalt	Skrotum, Hände
Fischer	Teergetränkte Nadaln und Natzfäden	Lippen
Seilarbeiter	Taargetränkte Hanfseile	Skrotum, Hända
Schornstainfeger	Ruß	Skrotum
Rußsackträger	Ruß	Ohren
Rußstampfer	Ruß	Fußsohlan, Zahen
Minenheizer	Ruß	
Schiffs- und Eisenbahnheizer	Ruß	Skrotum
Pecharbeiter	Teerpech	Skrotum
Brikettarbeiter	Teerpech	Haut, Skrotum
Korksteinarbeiter	Kreosot	Haut, Skrotum
Schwallenholzarbeiter	Kreosot	Skrotum
Telegraphanstangenarbeiter	Minaralöla	Skrotum, Hända
Paraffinarbeiter	Anthrazen	Hända, Skrotum
Baumwollspinner	Steinkohlenöl	Haut
Anthrazenarbeiter	Teer-Pachstoffa	Haut, Skrotum
Ziegelhüttenarbeiter		Lungen
Generatorgasarbeiter		

Tabella 1
Übersicht über Berufsarten balm „Tearkrebs“
(aus K. H. BAUER: „Das Krebsproblem“)

sollte man heute gleichberechtigt neben die Ergebnisse der Bakteriologie, der Serologie, der Immunologie und anderer Spezialfächer stellen und würdigen.

Allerdings war mit dem Sieg über den Berufskrebs noch lange nicht die Hauptarbeit geleistet. Die griechische Mythologie berichtet von der Hydra, einer neunköpfigen Wasserschlange; wenn man dem Ungetüm mit dem Schwert ein Haupt abschlug, wuchsen aus dem Stumpf jeweils neun weitere Schlangenköpfe nach. Nur dem Herkules war es nach der griechischen Sage gelungen, das Ungeheuer zu töten. In geneu dieser Situation befindet sich heute die onkologische Forschung: wenn ein Karzinogen entdeckt und ausgeschaltet ist, werden an seiner Stelle neun weitere entdeckt, wobei ihre Ausschaltung immer schwieriger wird, da diese Karzinogene oft teilhaben an der Biosphäre des Menschen, an seiner notwendigen Umwelt und nicht selten auch natürliche Bestandteile seiner Nahrung sind. Der Herkules für dieses Ungetüm ist noch nicht gefunden! Die Tabelle 2 gibt eine nicht ein-

Chemische Karzinogene

3,4-Benzpyrin (Nikotin, Autoabgase, Teer)
 3 Methylcholanthren (Teer)
 Senfölgase
 Epoxyde
 Propriolecton
 β -Naphthylamin
 2-Acetylamino-fluoren
 N,N Dimethyl-4-aminoazobenzol (Buttergelb)
 4 Nitrochinolin-N-oxyl
 Thioharnstoff
 Thioacetamid
 Stilböstrol
 Polyvinylpyrrolidon
 Aflatoxine (Schimmelpilze)
 Senecio-Alkaloide
 Cycasin
 Asbest
 Nickelstaub
 Bleiverbindungen
 Berylliumverbindungen

Tabelle 2

mal vollständige Liste der für uns heute wichtigen Karzinogene und erlaubt einen Einblick in das Ausmaß der Bedrohung des Menschen.

Aber es sollte noch schlimmer kommen: Die wichtigste Entdeckung der letzten Jahre auf dem Gebiet der Onkogenese ist die Tatsache, daß neben den chemischen Karzinogenen und den Strahleneinflüssen auch eine Infektion mit bestimmten Viren Krebs erzeugen kann. Schon die bereits erwähnte, zunächst als Vererbung gedeutete Häufung von Brustkrebs in „Krebsfamilien“ wurde später als schiechende Infektion umgedeutet. Dann beschrieben 1908 die Dänen ELLERMANN und GANG die zellfreie Übertragung einer Hühnerleukose und heute steht außer Zweifel, daß diese der Leukämie ähnliche Hühnererkrankung durch

ein Virus hervorgerufen wird. War einmal der Weg aufgezeigt, so lieferte die experimentelle Krebsforschung wieder Schlag auf Schlag neue Argumente: das Hühnersarkom von ROUS, durch zellfreies Ultrafiltrat übertragen, das Kaninchenpapillom von SHOPE durch Virus erzeugt, der BITTNERsche Milchfaktor, der bei Mäusen Brustdrüsenkrebs hervorruft. Bisher waren nur solche krebs erzeugende Viren gefunden worden, die sich auf eine einzige Tierart und ein Organ beschränkten. Diese für die Infektionsmöglichkeit und die Bekämpfung günstige Eigenschaft gilt aber nicht für alle krebs erzeugenden Viren: das Polioma-Virus (1951) ist für viele Tiere (auch für den Menschen?) pathogen.

Die Virusgenese beim menschlichen Krebs ist – wenn wir von den sensationellen Zeitungsmeldungen der letzten Jahre absehen – noch nicht endgültig bewiesen; allerdings sprechen die jüngsten, unter strengster wissenschaftlicher Kontrolle durchgeführten Beobachtungen bei einem bestimmten Tumor des Menschen, beim BURKITT-Lymphom, sehr stark für die Virusgenese dieses Tumors. Einen weiteren Beweis für solche Zusammenhänge liefert die experimentelle Krebsforschung: das SV-40 Virus ruft beim Hamster Krebs hervor. Im Reagenzglas verwandelt das SV-40 Virus lebende Hamsterzellen in Krebszellen, die nach Implantation des Reagenzglasinhaltes in dem Hamster zu großen Tumoren heranwachsen. Auch menschliche lebende Zellen, im Reagenzglas mit SV-40 Virus infiziert, werden in Krebszellen umgewandelt, natürlich muß der zweite Teil der Beweiskette – die Implantation des Reagenzglasinhaltes in den Menschen – unterbleiben. Aber diese und andere Beobachtungen zeigen, daß in naher Zukunft die Rolle der Virusinfektion bei der Onkogenese auch beim Menschen aufgeklärt sein wird.

Viele und verschiedenartige chemische Karzinogene erzeugen, wie wir gesehen haben, Krebs, eine große Zahl von physikalischen Ursachen, besonders Strahlen und schließlich eine vielleicht noch größere Zahl von Virusarten tun dasselbe. Der Gedanke liegt nahe, daß alle diese Agentien letzten Endes ein und denselben Mechanismus in der lebenden Zelle auslösen, der dann zum Krebs führt. In der Tat hat ein ganz junger Wissenschaftszweig, die Molekularbiologie, diesen Gedanken aufgenommen und ist zu bedeutenden Einsichten über den Feinmechanismus der Umwandlung der normalen Zelle in die Krebszelle gekommen. Die Molekularbiologie beschäftigt sich u. a. mit der Zellgenetik, d. h. mit der Frage, wie die Erbeligenschaften einer Mutterzelle auf die Tochterzellen und die folgenden Zellgenerationen übertragen werden. Dieser Vorgang erfolgt auf molekularer Ebene mit Hilfe eines Programmierungssystems, das unsere programmierenden Computersysteme wie Kinderspielzeuge erscheinen läßt. An diesem empfindlichen Programmierungssystem scheinen die krebs erzeugenden Agentien ihren deleteren Einfluß auszuüben: Ein Be-

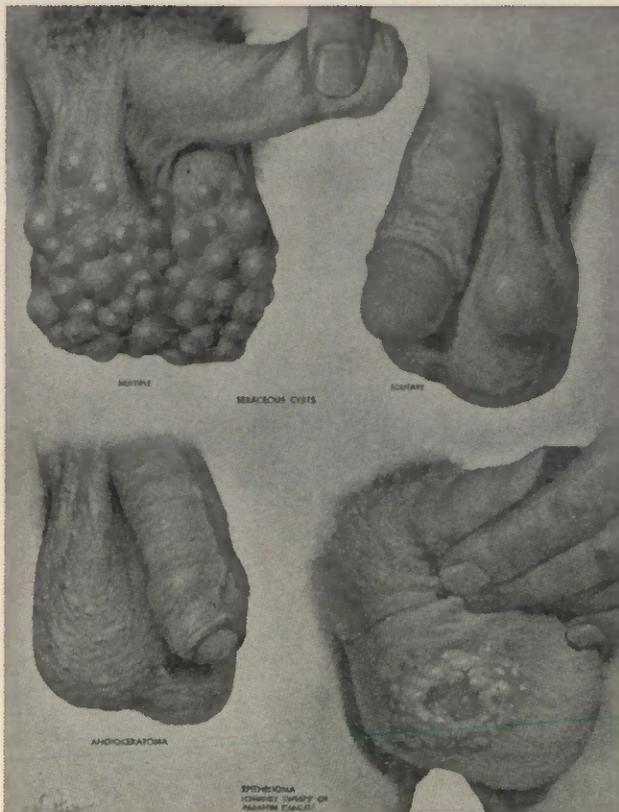


Abbildung 1*)

Schornsteinfegerkrebs

zu den Referaten „Theorien der Krebsentstehung“ und
„Kanzergene Substanzen“

richt über die einschlägigen jüngsten Ergebnisse der Molekularbiologie liest sich wie ein spannender Kriminalroman: bekanntlich wird beim Gesunden die Erbinformation der Mutterzelle, schriftartig in Form des genetischen Codes in der Nukleinsäure (DNS) enthalten, einem Boten (Boten RNS) übergeben; der Bote gibt diese Erbinformation weiter an das Protein, es werden die Tochter- und Enkelzellen mit der genau gleichen „gesunden“ Erbinformation versorgt. Die krebserzeugenden Agentien lauern nun bei diesem Vorgang im Hinterhalt, um ihn an der empfindlichsten Stelle zu stören, nämlich im Moment, wo die Botschaft vom Botschafter-RNS abgeholt und weitergegeben werden soll. Die Räuber fallen über den Botschafter her, schlagen ihn zusammen (Strahlenschädigung, chemische Schädigung, Virusschädigung), setzen in den genetischen Code falsche Buchstaben ein, unterziehen mit Hilfe eines „drogenartigen“ Ferments (RNS-Polymerase) den Botschafter einer Gehirnwäsche und – nun kommt das Teuflische – schicken diesen Botschafter mit der gefälschten Botschaft zurück zur Mutterzelle. Diese Mutterzelle, überlastet mit einer Unzahl von genetischen Informationen, erkennt nicht, daß eine gefälschte Botschaft in ihren Code eingeschmuggelt wird. Sie gibt diese auf Karzinom lau-

*) Die Abbildungen 1 mit 7 sind „Frank H. NETTER-Atlas-The Ciba Collection of Medical Illustrations“ mit freundlicher Genehmigung der CIBA Aktiengesellschaft, Wehr/Baden, entnommen.



Abbildung 2

zum Referat „Hirnszintigramm und Hirntumor“

tende Information mit den zahllosen übrigen Erbeigenschaften an die Tochterzellen und an die folgenden Zellgenerationen wieder weiter: das Unglück ist geschehen: alle Zellen eines Organs sind auf Karzinom umprogrammiert. Diese Fehlprogrammierung bedingt, daß die Zellvermehrung nicht mehr geordnet und in den festgelegten Grenzen, sondern überstürzt und aggressiv erfolgt, es entwickelt sich das Ca mit all seinen Folgen für das Leben des Menschen.

Noch sind dies Theorien und Hinweise auf einen gemeinsamen Mechanismus der Onkogenese gegenüber all den vielfältigen, kaum noch überblickbaren krebserzeugenden Agentien. Aber schon heute weisen diese Theorien auf einen möglichen therapeutischen Silberstreifen hin: die Zellvermehrung ist mit Hilfe der Programmierung, wie oben angedeutet, im gesunden Körper streng geregelt. Es zeigt sich, daß dabei auch die immunologische Abwehr aller nicht zum gesunden Organismus zählenden Agentien eine wichtige Rolle spielt. Die Aktivität des immunologischen Abwehrsystems wird unter bestimmten Bedingungen, besonders mit zunehmendem Alter schwächer, deshalb auch mehr Krebs im Alter. Die Geheimnisse dieses immunologischen Abwehrsystems auszuspionieren und dann gezielt einzusetzen, dort, wo die Abwehr nachläßt, könnte die Krebstherapie der Zukunft werden.

Der 49. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin wird vor dieser grandiosen Kulisse der

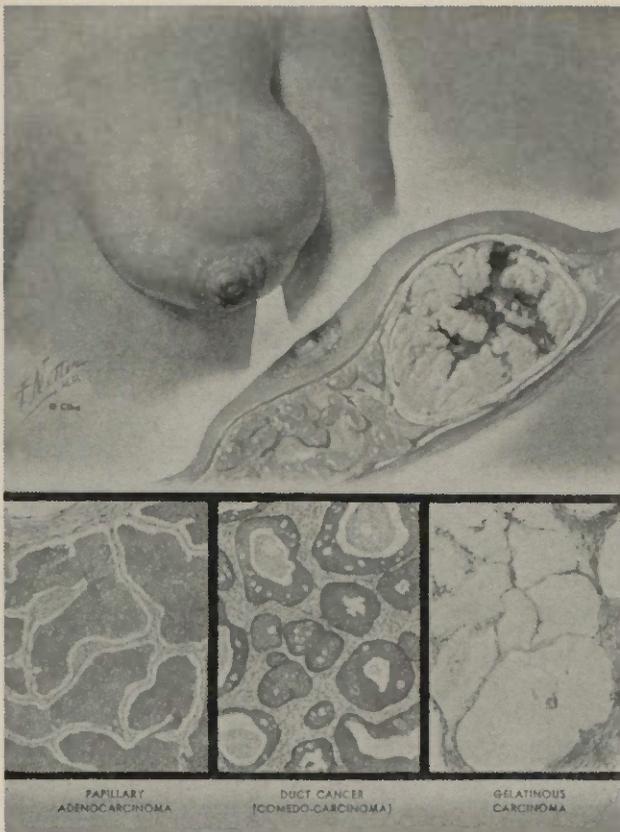


Abbildung 3
zum Referat „Das Mamma-Ca“

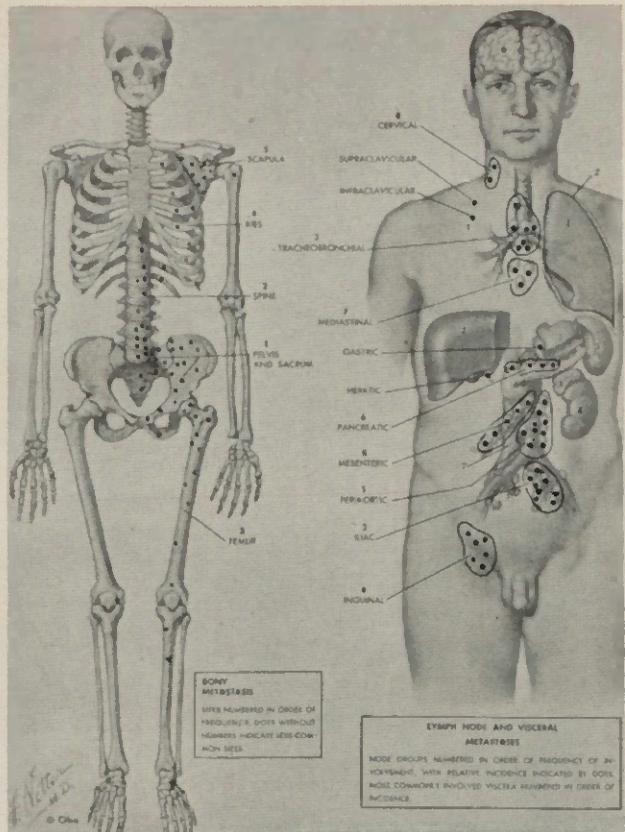


Abbildung 4
zum Referat „Das Prostatakarzinom“

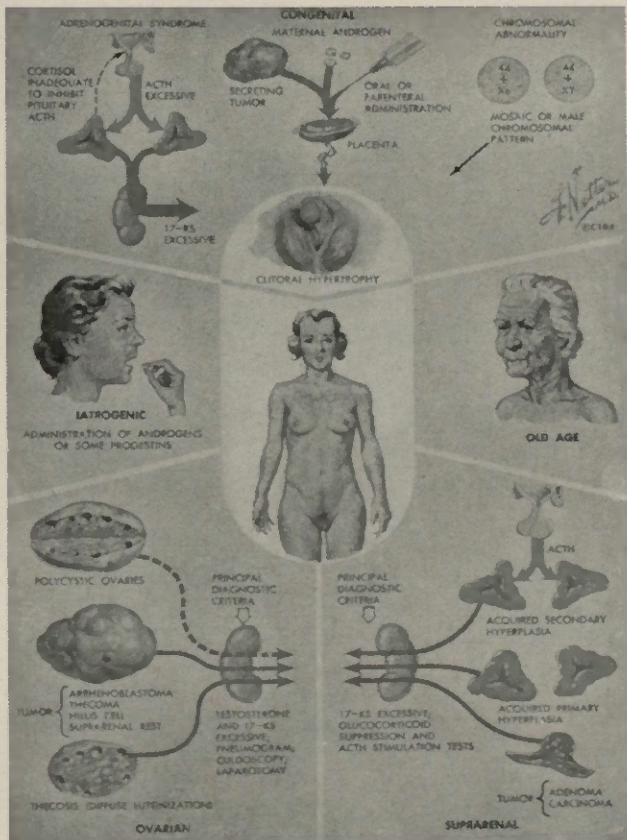


Abbildung 5
zum Referat „Paraneoplastische Syndrome“

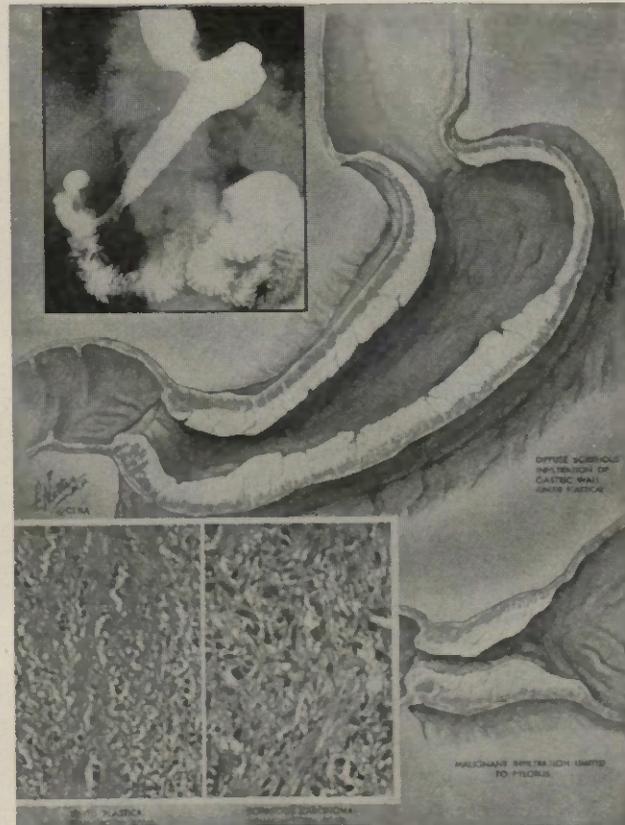


Abbildung 6
zum Referat „Moderne Diagnostik des Ca's im gastroenterologischen Bereich“

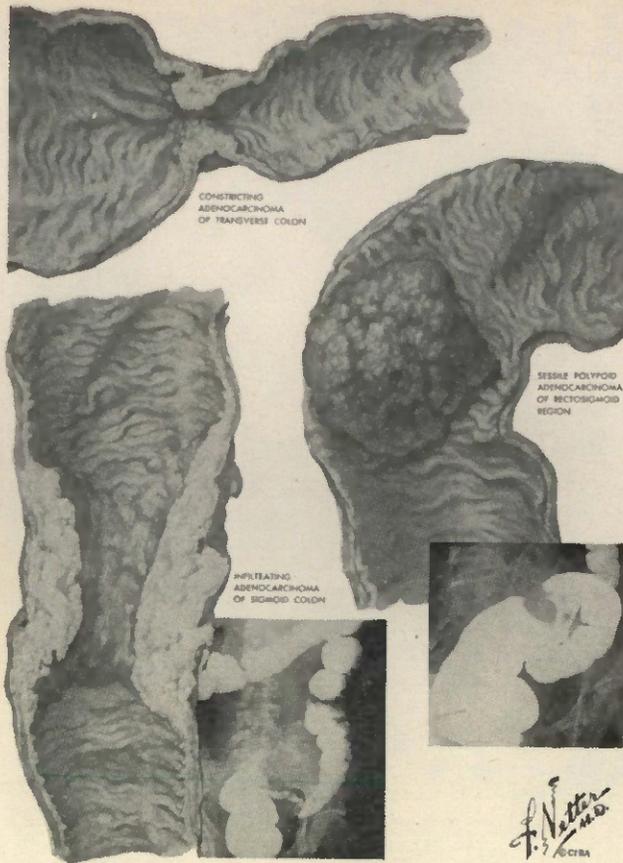


Abbildung 7

zum Referat „Moderne Diagnostik des Ca's im gastroenterologischen Bereich“

modernen Erkenntnisse über die Onkogenese die praktischen Ergebnisse für die Diagnose, Prophylaxe und Therapie der Krebserkrankungen dem Kongreßteilnehmer vermitteln. Einleitend werden am Samstag, 25. März 1972, vormittags, Professor FLEISCH-HACKER, Wien, und Privatdozent Dr. SANDER, Tübingen, in den Referaten „Theorien der Krebsentstehung“ und „Kanzergene Substanzen“ (Abb. 1) die allerneuesten Entwicklungen dessen aufzeigen, was in den vorangegangenen Zeilen besprochen wurde. In 10-Minuten-Kurzreferaten werden dann Frau Professor DALLENBACH, Mannheim, zum Thema „Langzeitanwendung der Pille, Nutzen und Schaden“, Frau Professor E. SCHMIDT, Hannover, über die Frage „Gibt es einen Karzinom-Wassermann“, Dr. KLEMM, München, über „Hirnszintigramm und Hirntumor“ (Abb. 2) und Frau Dr. SCHADE, Milwaukee/USA, zum Thema „Punktionszytologie“ sprechen. Nach der Pause folgen große Übersichtsberichte über die zwei wichtigsten hormonell-beeinflußbaren Karzinome: Professor STELZNER, Hamburg, „Das Mamma-Ca“ und Professor MOORMANN, Homburg/Saar, „Das Prostatakarzinom“ (Abb. 3 und 4). Das traditionelle Podiumgespräch am Samstagnachmittag ist ganz dem Krebsproblem in der ambulanten Praxis gewidmet. Nach einleitenden Kurzreferaten von Professor STOLL, Mannheim (gynäkologische Vorsorgeuntersuchung), und Professor

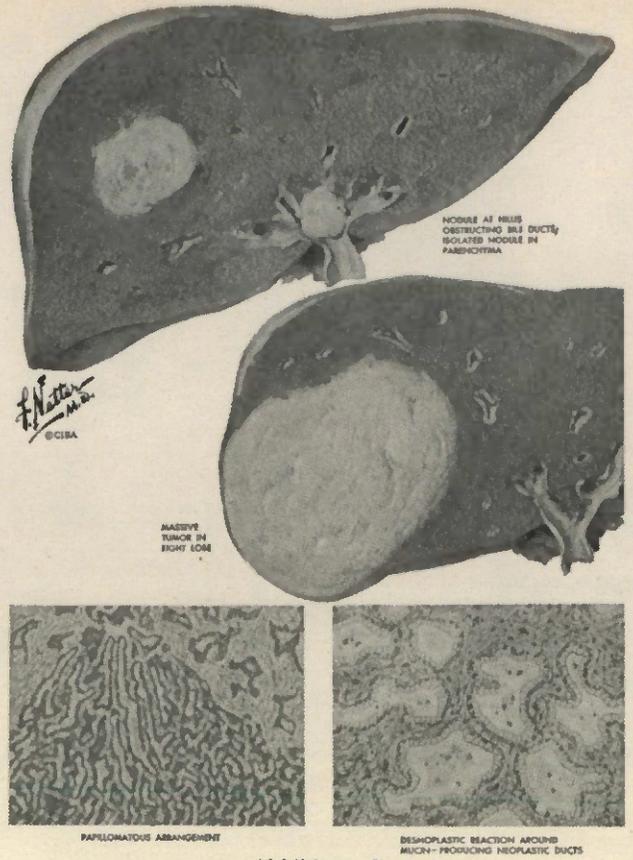


Abbildung 8

zum Referat „Moderne Diagnostik des Ca's im gastroenterologischen Bereich“

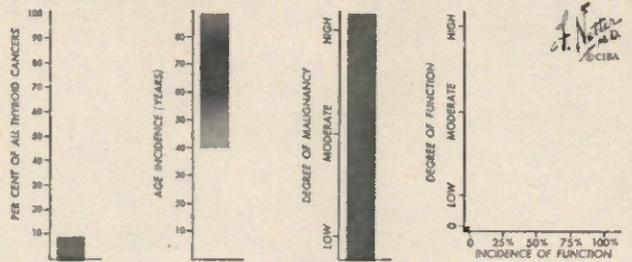
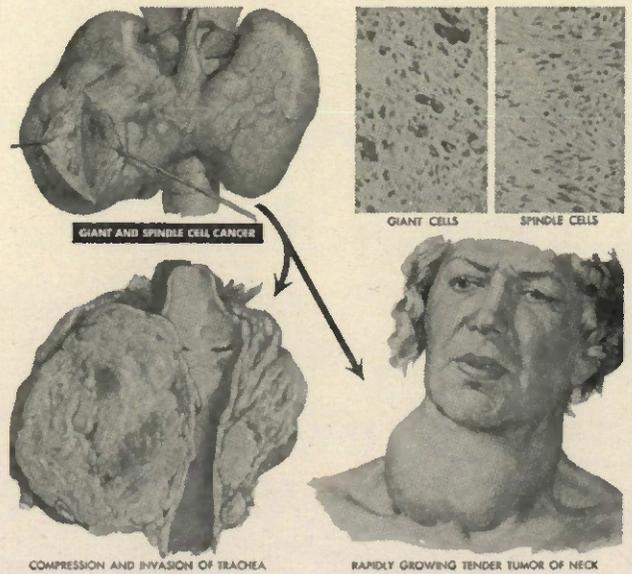


Abbildung 9

zum Referat „Kalter Knoten“

Euglucon[®] 5

*Noch mehr
Altersdiabetiker
sind mit
Euglucon 5
optimal einstellbar,*

denn Euglucon[®] 5 übertrifft
an Wirkungsstärke und Verträglichkeit alle bisher
bekannten oralen Antidiabetika.

Umstellung:

Kriterien für die Umstellung von anderen
oralen Antidiabetika

(Blutzucker enzymatisch gemessen)

Nüchternblutzucker	über 130 mg %
1 Std. n. d. Frühstück	über 180 mg %
2 Std. n. d. Frühstück	über 150 mg %
Zucker im Harn	

Dosierung:

Wenn mit anderen oralen Antidiabetika keine befriedigende Einstellung mehr erreicht wird: Beginn mit maximal 1 Tablette Euglucon 5 täglich. Falls erforderlich, stufenweise Steigerung um jeweils ½ Tabl. bis maximal 3 Tabletten. Nach jeder Dosissteigerung Blut- und Harnzuckerkontrollen.

Ersteinstellung:

Wenn ein mindestens einwöchiger Diätversuch keine befriedigende Einstellung zeigt, Beginn mit tägl. ½ Tabl. Euglucon 5. Stufenweise Steigerung bis maximal 3 Tabl. Nach jeder Dosissteigerung Blut- und Harnzuckerkontrollen.

Kombinationstherapie mit Dipar:

Wenn mit Diät und 3 Tabl. Euglucon 5 keine befriedigende Einstellung erreicht werden kann, Hinzugabe von zunächst 1 Dragée Dipar. Weitere Steigerung um jeweils 1 Dragée je nach Bedarf bis zur Verträglichkeitsgrenze. Im allgemeinen reichen 2-3 Dragées aus.



Weitere Informationen umseitig

Euglucon 5

Glibenclamid

Indikation:

Erwachsenen- und Altersdiabetes, sofern eine Diätbehandlung allein nicht ausreicht.

Kontraindikationen:

Insulinmangeldiabetes, schwere azidotische Stoffwechseldekompensation, Praekoma und Koma diabeticum, deutlich eingeschränkte Nierenfunktion, Nebennierenrindeninsuffizienz, Schwangerschaft.

Nebenwirkungen:

Unverträglichkeiten von Seiten des Magen-Darm-Trakts (Übelkeit, Erbrechen, Völlegefühl), Überempfindlichkeitsreaktionen der Haut und passagere Veränderungen des haematopoeitischen Systems (Leukopenie, Thrombocytopenie) werden nur selten beobachtet und klingen nach Absetzen des Präparates rasch ab.

Hinweise:

Auch nach Verabreichung von Euglucon 5 können hypoglykämische Reaktionen auftreten.

Diese können durch zahlreiche Faktoren begünstigt werden: Überdosierung, Diätfehler (Nahrungskarenz!), Nierenfunktionsstörungen, schwere Lebererkrankungen, Nebennierenrindeninsuffizienz, Alkohol und einige Pharmaka (Siehe wiss. Prospekt).

Eine unter der Therapie mit Euglucon 5 nach einigen Wochen auftretende Verbesserung der Glukosetoleranz kann eine Dosisreduzierung erforderlich machen.

Patienten mit deutlichen Zeichen einer Cerebralsklerose und nicht kooperative Patienten sind generell stärker hypoglykämiegefährdet.

In diesen Fällen empfiehlt sich die Ersteinstellung auf Dipar® – besonders bei übergewichtigen Patienten – oder auf Tolbutamid (Artosin®, Rastinon®).

Handelsformen:

OP mit 28 Oblong-Tabletten zu 5 mg
DM 17,80
OP mit 112 Oblong-Tabletten zu 5 mg
DM 54,40
AP mit 500 Oblong-Tabletten zu 5 mg

Hinweise zur Dosierung umseitig

Dipar

Phenyläthyl-biguanid

Indikationen:

Zur Kombinationstherapie mit β -zytotropen Substanzen, sowie bei Altersdiabetes mit Adipositas, Cerebralsklerose und bei unkooperativen Patienten.

Monotherapie:

Beginn mit 1 Dragée Dipar täglich zum Frühstück. Je nach Ansprechen weitere Steigerung um jeweils 1 Dragée im Abstand von 5–7 Tagen bis zum gewünschten therapeutischen Effekt. Im allgemeinen sind 2–3 Dragées pro Tag ausreichend.

Kombinationstherapie mit Euglucon 5:

Wird mit Diät und Dipar keine befriedigende Einstellung erreicht, Hinzugabe von zunächst $\frac{1}{2}$ Tablette Euglucon 5. Weitere Steigerung nach Bedarf um jeweils $\frac{1}{2}$ Tabl. Euglucon 5 bis max. 3 Tabl. Nach jeder Dosiserhöhung Blut- und Harnzuckerkontrollen.

Kontraindikationen:

Koma und Praekoma diabeticum. Neigung zu Azetonurie, sowie Laktazidose. Schwere Schädigung der Leber und Niere. Fieberhafte Infektionen. Größere operative Eingriffe. Herz- und Kreislaufinsuffizienz sowie Zustände, die eine Hypoxie bedingen.

Reduzierter Allgemeinzustand, Untergewicht, Alkoholabusus, Schwangerschaft.

Nebenwirkungen:

Dipar kann wie alle Biguanid-Präparate von einer bestimmten, individuell unterschiedlichen Dosis an zu gastrointestinalen Unverträglichkeiten führen: Appetitlosigkeit, Nausea, Magenschmerzen, Erbrechen oder Diarrhoe. Die Symptome gehen nach Dosisreduzierung oder Absetzen von Dipar prompt zurück. Durch Einnahme der Dragées zu den Mahlzeiten läßt sich die Verträglichkeit verbessern.

Hinweis:

In der Literatur beschriebene Laktazidosen traten vorwiegend bei Diabetikern auf, die unter schweren, gleichfalls zu Milchsäureazidose führenden Erkrankungen (z. B. Schock, Myocardinfarkt, status asthmaticus, Urämie, Leukämie, schwere Anämien, Leberzirrhose) litten.

Handelsformen:

OP mit 28 Retard-Dragées zu 50 mg
DM 6,90
AP mit 112 Retard-Dragées zu 50 mg
DM 22,55 (f. Priv.)
AP mit 500 Retard-Dragées zu 50 mg

Weitere Informationen enthalten die wissenschaftlichen Prospekte.



FLEISCHHACKER, Wien (zytostatische Behandlung), wird der Kongreßteilnehmer alle Fragen stellen können, die ihn bei der „Betreuung des unheilbaren Krebskranken“ bedrücken. Dabei wird auch über die Erfahrungen, die in den zwei von der Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern betreuten Krebskliniken gemacht wurden, von deren geschäftsführenden Arzt, Dr. REICHSTEIN, München, berichtet werden. Der Samstagnachmittag ist anschließend wiederum den klinischen Visiten in den Augsburger Krankenhäusern gewidmet, die den Kongreßteilnehmern ein hochinteressantes und breitgefächertes Krankenmaterial zum Thema Krebs werden zeigen können.

Die Vorträge am Sonntag (26. März 1972) beginnen mit dem „Blutkrebs“. Der bekannte Wiener Hämatologe Professor FLEISCHHACKER spricht zu den diagnostischen und therapeutischen Problemen beim Blutkrebs der Erwachsenen, Professor Dr. OEHME, Braunschweig, zum Krebs bei Kindern und Jugendlichen. Der Lungenkrebs, die schwerste Belastung in der Statistik der Krebsformen, soll nach einem Referat von Professor UNGEHEUER, Frankfurt, durch Früherfassung und Früherkennung einer aussichtsreicheren Frühbehandlung zugeführt werden. Der Krebs tritt nicht selten auch unter der Maske von uncharakteristischen Allgemeinsymptomen und Hormonstörungen auf. Diese diagnostisch außerordentlich schwierigen Probleme werden von Professor SIEGENTHALER, Zürich, in dem Referat „Hormonell aktive Tumoren mit

spezieller Berücksichtigung der paraneoplastischen Syndrome“ dargestellt (Abb. 5). Den Abschluß des Vormittags bildet das Referat über „Moderne Diagnostik des Karzinoms im gastroenterologischen Bereich“, in dem Privatdozent Dr. VOLKHEIMER die diagnostischen Fortschritte beim MagenCa, DarmCa und PankreasCa für den Arzt der Praxis darstellen wird (Abb. 6 bis 8).

Der Sonntagnachmittag ist in Form von drei Kurzreferaten aktuellen Problemen gewidmet: „Das Karzinom im HNO-Bereich“ (Professor BERENDES, Marburg), „Der kalte Knoten der Schilddrüse“ (Professor HORSTER, Düsseldorf – Abb. 9) und „Das Karzinom im ophthalmologischen Bereich“ (Privatdozent Dr. K. MÜLLER-JENSEN, München).

Das Thema „Krebs“ ist nicht nur im Sektor der wissenschaftlichen Krebsforschung, sondern auch in der ärztlichen Allgemein- und Fachpraxis zu einem vielgestaltigen, ständig in Weiterentwicklung befindlichen, mit Hoffnungen und Enttäuschungen beladenen Problem geworden. Wir sind überzeugt, daß das nächste Jahrzehnt eine entscheidende Wende in der Krebstherapie und Krebsprophylaxe bringen wird. Der 49. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin soll nicht nur die derzeitigen therapeutischen Möglichkeiten vermitteln, sondern die Grundlage für die Krebstherapie der Zukunft legen.

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

Aus dem Institut für Rechtsmedizin der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. Dr. E. Wehnig)

Die Todeszeitbestimmung bei der ärztlichen Leichenschau

von Peter Z i n k und Günther R e i n h a r d t

Das neue Recht der Leichenschau (Bestattungsgesetz vom 24. September 1970 mit Durchführungsverordnung) enthält vor allem folgende für die ärztliche Praxis bedeutsame Bestimmungen:

1. Zur Leichenschau ist jeder n i e d e r g e l a s s e n e oder in Krankenhäusern und Entbindungsheimen tätige Arzt v e r p f l i c h t e t .
2. Die Leichenschau ist u n v e r z ü g l i c h vorzunehmen.
3. Bei Anhaltspunkten für unnatürlichen Tod muß der Leichenschauer sogleich die Polizei verständigen und d e r P o l i z e i die Todesbescheinigung zu-leiten.
4. Der zuletzt behandelnde Arzt ist gegenüber dem Leichenschauer zur Auskunft verpflichtet.

Weiterhin ist noch wichtig, daß in K r a n k e n h ä u s e r n bzw. Entbindungsheimen der leitende Arzt bzw. der leitende Abteilungsarzt die Leichenschau zu veranlassen hat.

Zur Praxis der Leichenschau hat in dieser Zeitschrift bereits BACHMANN, Heft 2/1971, Stellung genommen. BACHMANN hat auf die Bedeutung der genauen U n t e r s u c h u n g der unbedeckten Leiche während der Leichenschau hingewiesen, wozu auch die Untersuchung der rückwärtigen Teile und der Körperöffnungen gehört.

Aufgabe der Leichenschau ist die Feststellung des Todes, der Todesart (natürlicher – nicht-natürlicher Tod), der Todesursache (Krankheit oder Verletzungsart) und gegebenenfalls des Todeszeitpunktes. Es ist besonders bei Verdacht auf unnatürlichen Tod zu empfehlen, schriftliche Aufzeichnungen anzufertigen über Ort und Zeit der Leichenschau, Art und Ausprägung der Todeszeichen, Auffälligkeiten an der Leiche oder in deren Umgebung, Lokalisation von Verletzungen. Solche Angaben sieht die amtliche Todesbescheinigung nicht vor. Als Ausrüstung für die Leichenschau sind Schutzhandschuhe (Einmalhandschuhe aus Plastik) und eine Pinzette zur Untersuchung der Augen-

bindehäute und Körperöffnungen erforderlich. Zur Blutentnahme für Alkoholbestimmungen (nur aus den Schenkelvenen) ist ein Skalpell notwendig.

BACHMANN war schon kurz auf die zeitlichen Abläufe postmortaler Veränderungen eingegangen. Die Kenntnis dieser Zeitabläufe ist für den Arzt von besonderer Wichtigkeit, wenn es um den Verdacht eines unnatürlichen Todes geht. Außerhalb der Städte mit Institutionen, die den gerichtsärztlichen Dienst wahrnehmen, muß jeder Arzt damit rechnen, daß er bei Fällen von gewaltsamem Tod als erster zugezogen wird. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, daß in Kriminalfällen das Entkleiden der Leiche bei der Leichenschau auf das Notwendigste zu beschränken ist, vor allem, wenn deutliche Zeichen der Verwesung den eingetretenen Tod beweisen (WALCHER).

Eine Kenntnis des Todeszeitpunktes ist für die polizeilichen Ermittlungen sehr wichtig. Zur Feststellung der seit dem Tod verstrichenen Zeit dienen die Leichenerscheinungen, außerdem können Erscheinungen in der Umgebung der Leiche Bedeutung haben.

Die Veränderungen des menschlichen Körpers nach dem Tode lassen sich in drei Gruppen einteilen:

1. Erscheinungen, die auf das Überleben einzelner Organe oder Zellgruppen zurückzuführen sind, sogenannte supravitale Zeichen,
2. frühe Leichenerscheinungen,
3. späte Leichenerscheinungen.

Supravitale Zeichen

Mit dem Eintreten des Individualtodes, der normalerweise durch Herz- und Atemstillstand erkennbar ist, sistiert die Sauerstoffversorgung der Zellen. Die Anoxie wird von den Zellen unterschiedlicher Gewebe verschieden lang ertragen. Aus dem zeitlichen Ablauf supravitaler Vorgänge ergeben sich Möglichkeiten zur Schätzung der seit dem Tode verstrichenen Zeit. Besonders genau wurden die Reaktionen der überlebenden Muskulatur studiert. Folgende supravitale Zeichen der Muskulatur können für die Todeszeitbestimmung bei der Leichenschau Bedeutung haben:

- der Idiomuskuläre Muskelwulst,
- die elektrische Erregbarkeit des Leichenmuskels,
- die Reaktion der Pupillenmuskulatur.

Unter idiomuskulärem Muskelwulst versteht man eine lokale Kontraktion der Muskulatur auf einen stärkeren mechanischen Reiz hin. In der Praxis wird so vorgegangen, daß ein größerer Muskel des Leichnams, wie der *Musculus biceps*, durch einen heftigen Schlag, z. B. mit einem Hammerstiel, gereizt wird. Dies führt zu einer lokalen, langsam ablaufenden Kontraktion des gereizten Muskelbezirks.

Die elektrische Erregbarkeit des Leichenmuskels kann apparativ geprüft werden. Auf Arbeiten von PROKOP und RADAM aufbauend haben wir ein tragbares ielch-

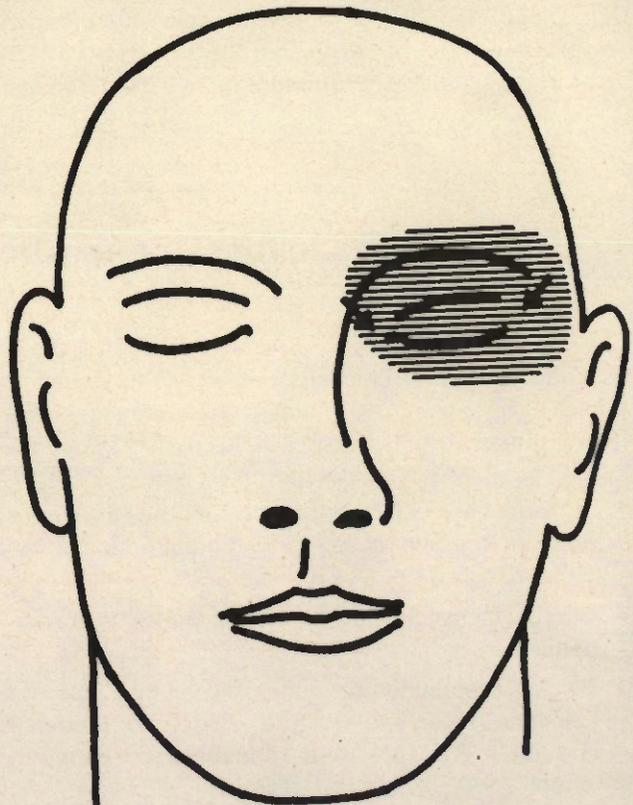
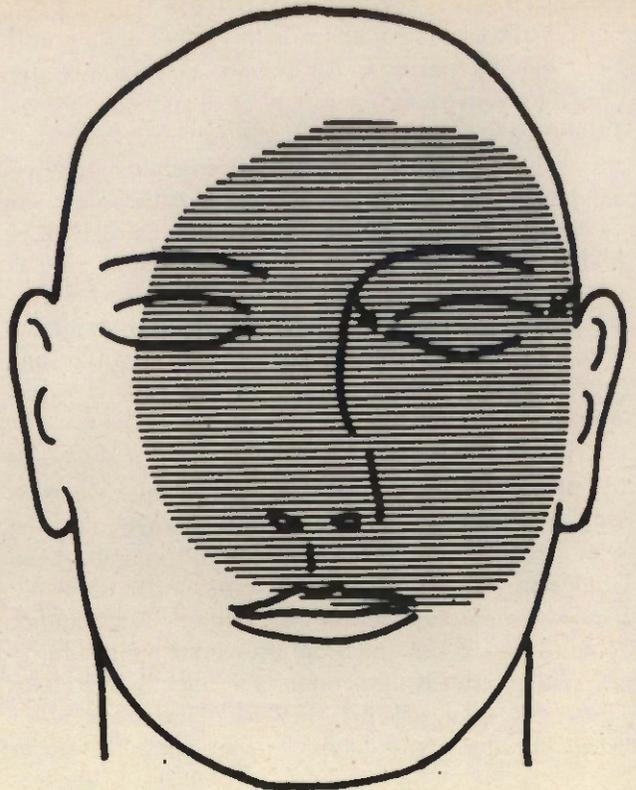


Abbildung 1 e) und b)

Postmortale Erregung der mimischen Muskulatur bei elektrischer Reizung. Die Pfeile bezeichnen die Lage der Elektroden an der Haut, die schraffierten Bezirke entsprechen etwa dem erregten Bereich

- a) Starke Reaktion in den ersten beiden Stunden post mortem
- a) Mittelstarke Reaktion etwa 2 bis 4 Stunden post mortem

tes Reizgerät* entwickelt, bei dem für die Reizung der Muskulatur eine nichtsinusförmige, energiearme Spannung mit Spannungsspitzen bis zu 1000 Volt verwendet wird. Die Elektroden werden beiderseits an der Gesichtshaut im Bereich der Augenwinkel angelegt. Sie müssen nicht in die Haut eingestochen werden. Kurz nach dem Tod kommt es bei elektrischer Reizung zu einer deutlichen Verkrampfung der gesamten Gesichtsmuskulatur mit starkem Zusammenpressen der Augenlider während der Zeit des Stromflusses (Abb. 1). Mit zunehmendem Zeitabstand vom Todeszeitpunkt tritt nurmehr eine Kontraktion der Ringmuskulatur des Auges und ihrer unmittelbaren Umgebung auf, schließlich sind nur noch geringe fibrilläre Zuckungen des Lides zu beobachten. Gleichartige Reaktionen der Muskulatur finden sich bei Anlegen der Elektroden an den Mundwinkeln im Bereich des Musculus orbicularis oris. Bei Anlegen der Elektroden an die Unterarmmuskulatur kommt es in den ersten Stunden nach dem Tod zu einer Beugung einzelner Finger, unter Umständen zu einem Faustschluß der Hand. Zur Prüfung der postmortalen Pupillenreaktion wird Atropin (1%) oder eine verwandte Verbindung in den Bindehautsack eingeträufelt. Dabei erweitert sich in der ersten Zeit nach dem Tod die Pupille. Nach Erlöschen dieser Reaktion kann eine Mydriasis dadurch erzielt werden, daß die pharmakologische Wirksubstanz mit einer Spritze direkt in die vordere Augenkammer eingebracht wird. Eine Miosis kann durch Injektion von Pilocarpin in die Hinterkammer des Auges ausgelöst werden.

In Tabelle 1 ist angegeben, wie lange nach dem Tode ein positiver Ausfall der genannten Reaktionen zu erwarten ist.

Durchschnittliche Zeitspanne bis zum Erlöschen praktisch wichtiger supravitaler Zeichen (In Stunden)

Idiomuskulärer Muskelwulst	5
Elektrische Erregbarkeit	4 (1 bis 10)
Mydriasis durch Einträufeln von Atropin (1%)	4
Mydriasis durch Injektion von Atropin (1%)	20
Miosis durch Injektion von Pilocarpin (1%)	20

Tabelle 1

Bei Prüfung der mechanischen Erregbarkeit ist zu beachten, daß bei starkem Fettpolster geringgradige Kontraktionen nur schwer zu erkennen sind. Die elektrische Erregbarkeit der Muskulatur erlischt, übereinstimmend mit den Angaben in der Literatur, nach durchschnittlich vier Stunden. In einzelnen Fällen konnten wir aber fibrilläre Muskelzuckungen bis zehn Stunden nach dem Tode nachweisen und andererseits

war in einem Fall mit langer Agonie bereits eine Stunde nach dem Tod keine Erregung der Muskulatur mehr möglich.

Frühe Leichenerscheinungen

Die frühen Leichenerscheinungen werden auch sichere Todeszeichen genannt. Zu diesen zählen die Totenflecken, die Totenstarre und mit Einschränkung auch die Abkühlung der Leiche. Bei Bestimmung des Todeszeitpunktes ist die Ausbildung der Totenflecken und der Totenstarre stets zu prüfen. Beide Phänomene sind ohne weitere Hilfsmittel zu beurteilen. Sie sind für die Praxis der Leichenschau von besonderer Bedeutung und sollen deshalb näher besprochen werden.

Totenflecken

Bereits in der Agonie beginnt das Blut, der Schwerkraft folgend, in die tieferen Partien zu sinken; mit Sistieren des Kreislaufes verstärkt sich dieser Vorgang. Gewöhnlich finden sich die Totenflecken nur an den abhängenden Partien, bei Rückenlage der Leiche also an der Rückseite des Körpers, wobei die Aufliegstellen wegen der Kapillarkompression freibleiben. Bei Erhängten finden sich die Totenflecken besonders an den Beinen, an den Armen und auch oberhalb der Strangfurchen. Die Feststellung der Lage der Totenflecken kann wichtig sein, um eine Verlagerung der Leiche nach dem Tode durch fremde Hand nachzuweisen. In den ersten Stunden nach dem Tode führt eine Umlagerung einer Leiche, etwa ein Umwenden von Rücken- zu Bauchlage, zu einer Rückbildung der bereits vorhandenen Totenflecken und zu einer Neubildung an den nunmehr abhängenden Körperpartien. Einige Stunden nach dem Tod beginnen die Kapillärwände durchlässig zu werden und es tritt hämoglobinhaltiges Serum ins Gewebe aus; von diesem Moment ab ist eine vollständige Rückbildung der Totenflecken nicht mehr möglich. Gleichzeitig sind die Totenflecken nur noch teilweise oder nicht mehr wegdrückbar. Totenflecken gelten dann nicht mehr als wegdrückbar, wenn auch auf kräftigen, etwa 2 bis 3 Sekunden dauernden Daumendruck die rote bis violette Verfärbung der Haut im geprüften Bezirk zwar heller wird, aber eine livide Verfärbung bleibt.

Der **Zeitauf** stellt sich etwa folgendermaßen dar: Die ersten Totenflecken können in der Agonie entstehen, deutliche Totenflecken werden bereits nach 30 Minuten beobachtet, kräftige Totenflecken nach 60 Minuten, etwa nach zwei Stunden beginnen die ursprünglich fleckförmigen Totenflecken zu konfluieren. Vollständig wegdrückbar sind Totenflecken bis etwa fünf Stunden post mortem, teilweise wegdrückbar bis etwa einen halben Tag. Die Umlagerbarkeit verläuft bis etwa fünf Stunden nach dem Tod vollständig, bis 12 Stunden nach dem Tod ist ein teilweises Abblässen der Totenflecken durch Umlagerung der Leiche zu erreichen. Diese Angaben können nur eine Richtlinie zur Bestimmung der Todeszeit sein; im Ein-

* Interessenten können Bezugsquelle für das Gerät erfahren.

zelfall werden nicht unerhebliche Abweichungen beobachtet.

Totenstarre

Der Ausbildung der Totenstarre wird vielfach ein besonderer Wert für eine genaue Bestimmung des Todeszeitpunktes beigemessen. Es muß jedoch auch hier die Streuung im zeitlichen Ablauf des Geschehens berücksichtigt werden. Schon die Angaben über den Beginn der Totenstarre schwanken. So soll im Kiefergelenk nach MEIXNER die Totenstarre bereits nach einer halben Stunde festzustellen sein, MERKEL gibt bis zwei Stunden an, PONSOLD zwei bis vier Stunden. Nach eigenen Untersuchungen stimmen wir PROKOP zu, der für den Regelfall einen Zeitraum von sechs bis neun Stunden ansetzt und als untere Grenze zwei Stunden angibt. Die Totenstarre befällt nicht die Muskulatur des gesamten Körpers gleichzeitig; sie läuft nach unseren Untersuchungen (ZINK, 1970) sogar innerhalb eines Muskels unterschiedlich ab. Einen Anhalt kann die von NYSTEN 1811 erstmals formulierte Regel geben, daß die Totenstarre an der Nacken- und Rumpfmuskulatur beginnt und erst später die Gliedmaßen ergreift.

Bei voll ausgebildeter Totenstarre sind die Gelenke stark fixiert und lassen sich nur mit großer Kraft bewegen. Untersuchungen zum Verlauf der Totenstarre ergaben, daß nach einer gewissen Latenzzeit die Totenstarre während der Erstarrungsphase langsam zunimmt, wie dies in der Abbildung 2 gezeigt wird.

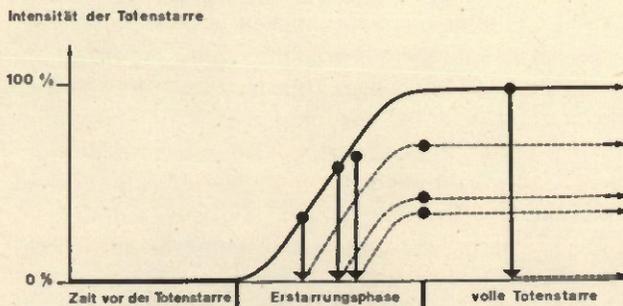


Abbildung 2

Darstellung des Verlaufs der Totenstarre. An den durch Pfeil markierten Kurvenabschnitten erfolgte ein Brechen der Starre. Die gestrichelten Linien bezeichnen das Wiedereintreten der Starre mit geringerer Intensität. Der bogenförmige Verlauf der Intensitätskurve der Totenstarre entspricht experimentellen Befunden

Sie hält in der Regel mehrere Tage an, die spontane Lösung erfolgt unter dem Einfluß der Schwerkraft. Gewaltiges Lösen der Starre führt zu einer leichten Beweglichkeit im geprüften Gelenk. Beim Lösen kommt es zu einer irreversiblen Verlängerung der erstarrten Muskulatur. Erfolgt das gewaltsame Lösen während der Erstarrungsphase, so kann sich die Totenstarre wieder ausbilden, wenn auch in geringerem Umfang. Je später die Totenstarre gebrochen wird, desto unvollständiger bildet sie sich wieder aus. Eine Erklärung für dieses Phänomen konnten wir durch

Angaben über den Zeitablauf praktisch wichtiger früher Leichenerscheinungen (Durchschnittliche Zeit in Stunden)

Konfluieren der Totenflecken	nach	2
Vollständige Wegdrückbarkeit	bis	5
Teilweise wegdrückbar	bis ca.	12
Vollständige Umlagerbarkeit	bis	5
Unvollständige Umlagerbarkeit	bis	12
Einsetzen der Totenstarre	nach 6 bis	9
Voll ausgeprägte Totenstarre	nach ca.	12
Wiedereintreten der Starre nach Lösen	nach 8 bis	12
Spontane Lösung der Starre	nach mehreren	Tagen

Tabelle 2

periodische Dehnungsversuche geben. Es konnte gezeigt werden, daß im Verband des ganzen Muskels die einzelnen Fasern nicht gemeinsam, sondern im zeitlichen Abstand nacheinander erstarren. Zum Zeitpunkt der gewaltsamen Lösung können einzelne Fasern noch nicht totenstarr sein. Zur Wiederausbildung der Starre nach dem Lösen führen die Fasern, die noch nicht erstarrt waren. Wird die Starre bei voll ausgeprägter Totenstarre gebrochen, so kehrt die Totenstarre nicht wieder zurück.

Für die Praxis der Todeszeitbestimmung ist wichtig, daß in unseren Breiten ein Wiedereinsetzen der Starre erfahrungsgemäß in einem Zeitraum von etwa 8 bis 12 Stunden post mortem erfolgt. Ausnahmen sind zu beobachten. Die Starre kann sich nur wieder ausbilden, wenn die geprüfte Extremität nach dem Lösen unbewegt bleibt. Die Zeit bis zum fühlbaren Wiedereintreten der Starre nach dem Brechen ist mit etwa einer Stunde anzusetzen.

Aus der Intensität der Starre, die großen individuellen Schwankungen unterliegt, ist nur schwer ein Rückschluß auf die Todeszeit möglich, wichtiger ist, welche Muskelgruppen bereits erstarrt sind.

Die zur Schätzung der Zeit zwischen Todeseintritt und Leichenschau verwertbaren Zeitintervalle sind in Tabelle 2 angegeben.

Körpertemperatur

Im Laufe der Bemühungen um eine genauere Festlegung der Todeszeit haben verschiedene Autoren versucht, den Grad der Abnahme der Körpertemperatur möglichst genau zu erfassen. Die Methode hat sich in der Praxis wenig bewährt. Die Abkühlung der Leiche hängt von den äußeren und individuellen Verhältnissen ab: Strahlung, Leitung, Konvektion und Wasserverdunstung sind an der Wärmeabgabe beteiligt. Je nach den Bedingungen erkaltet der Körper langsamer oder schneller. So erfolgt die Abkühlung durch Strahlung, z. B. an der Leiche eines Erhängten, langsamer als durch Leitung und Konvektion, wie bei Wasserleichen. In gleicher Weise sind das Verhältnis zur Körperoberfläche zur Wärmekapazität wichtig, d. h., Kin-

derleichen kühlen schneller ab als Leichen von erwachsenen Personen. Auch die Ausbildung des subkutanen Fettpolsters, die Bekleidung oder sonstige Bedeckung der Leiche führen über eine Änderung des Wärmeleitvermögens zu unterschiedlicher Abkühlung. Nicht zuletzt sind auch die Aufliegefläche und die Außentemperatur von Bedeutung.

Der Abkühlungsgrad einer Leiche kann also wegen der großen Schwankungsbreite nur mit Vorsicht und unter Berücksichtigung aller Einzelbedingungen zur Todeszeitschätzung mitverwertet werden (MUELLER).

Späte Leichenveränderungen

Mit Einsetzen der späten Leichenveränderungen wird die Todeszeitbestimmung sehr schwierig. Unter den späten Leichenveränderungen stehen die Autolyse und Fäulnis im Vordergrund. Die postmortale Zersetzung der Leiche kann sehr unterschiedlich verlaufen, z. B. kann eine vorausgehende antibiotische Behandlung die Fäulnis hemmen (H. J. WAGNER). Auf die Streubreite thanatologischer Vorgänge hat WEINIG hingewiesen. Beispielsweise können unter gleichen Temperaturverhältnissen die Fäulniserscheinungen bei einer Leiche von 24 Stunden Liegezeit die gleichen Zeichen bewirken wie bei einer Liegezeit von einer Woche. Schlüsse aus dem Fäulnisgrad auf die seit dem Tode verstrichene Zeit können zu erheblichen und für den Ausgang von Ermittlungsverfahren verhängnisvollen Fehlbeurteilungen führen (PROKOP).

Andere Kriterien

Wertvolle Anhaltspunkte zur Ermittlung der seit dem Tod verstrichenen Zeit können unter Umständen Erscheinungen in der Umgebung einer Leiche geben.

Zu nennen ist der Befall mit Fliegenmaden. In der warmen Jahreszeit legen bereits während der Agonie bzw. gleich nach dem Tod Fliegen ihre Eier in Lidspalten, Nasen- und Mundöffnungen ab. Nach etwa 10 Stunden schlüpfen die Maden aus. Die Länge der Maden in mm entspricht ungefähr ihrem Schlüpfalter in Tagen, die Mindestliegezeit einer Leiche läßt sich damit abschätzen.

Bekannt ist auch das Etoilement (Bleichen) der wachsenden Gräser unter Lichtentzug. Liegt z. B. eine Leiche auf einer Wiese, so kann das von der Leiche bedeckte Gras mangels Lichtzutritts kein Chlorophyll bilden. Im Sommer benötigt dieses Phänomen zu seiner Entstehung 3 bis 8 Tage (BERG).

Dem Kriminalisten vertraut sind Eingrenzungen der Todeszeit durch bestimmte Ereignisse und Beobachtungen, die nicht direkt mit dem Tod zusammenhängen, wie Zeitpunkt von Brief- und Zeitungszustellungen, Vorhandensein regelmäßig gelieferter Waren, wie Milchflaschen, das Ankreuzen von Kalendern, der Grad der Eindickung oder Verdunstung offenstehender Flüssigkeiten und Mahlzeiten, Staubablagerungen, Stehenbleiben von Uhren.

Wichtig für die Leichenschau in Fällen von strafbaren Handlungen ist noch folgender Gesichtspunkt: Bei einer Straftat mit Todesfolge muß der Zeitpunkt der Tat nicht mit dem Todeszeitpunkt zusammenfallen. Besonders bei Tod durch Erwürgen, aber auch bei schweren Traumen im Straßenverkehr und Vergiftungen, ist ein längeres Überleben auf der Stufe einer *vita minima* beobachtet worden. Bei der Überprüfung des Alibis eines Täters sind also mögliche Unterschiede zwischen Tatzeitpunkt und Todeszeitpunkt zu berücksichtigen. Der Arzt kann manchmal nur Hinweise auf den Zeitpunkt des Todeseintritts, nicht der Tat geben. Allerdings kann oft aus der Schwere der Verletzungen auf ein zeitliches Zusammentreffen zwischen Tat und Todeseintritt zuverlässig geschlossen werden.

Zusammenfassung

Die Bestimmung der Zeitspanne, die zwischen Todeseintritt und Leichenschau liegt, ist vor allem bei nicht-natürlichem Tod wichtig. Am ersten Tag nach dem Tod stehen aufgrund der supravitalen Erscheinungen und der frühen Leichenveränderungen Möglichkeiten zu einer Eingrenzung der Todeszeit zur Verfügung. Ein Schluß aufgrund von Fäulniszeichen auf die Liegezeit ist nicht möglich.

Literaturverzeichnis

- GACHMANN, W.: Zur Praxis der Leichenschau. Bayer. Ärztebl. 26, 180 (1971)
- BERG, St. P.: Rechtsmedizin. 9. Aufl., Müller u. Steinicke, München, 1971.
- MEIXNER, K.: Die Totenstarre beim Menschen. Otsch. Z. ges. gerichtl. Med. 2, 398 (1923)
- MERKEL, H.: Leichenerscheinungen. In: Ergebn. Allg. Pathol. pathol. Anat., hrsg. von W. HUECK und W. FREI 33, 1 (1937)
- MUELLER, B.: Gerichtliche Medizin. Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1953.
- NYSTEN: Recherches de physiologie et de chemie pathologique, Paris, 1811, zit. nach MERKEL, H.
- PONSOLO, A.: Leichenveränderungen. In: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, hrsg. von A. PONSOLO, 2. Aufl., Thieme, Stuttgart, 1957.
- PROKOP, O.: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. Volk und Gesundheit, Berlin, 1960.
- RADAM, G.: Ein elektronisches Reizgerät zur Todeszeitbestimmung. Otsch. Ges.wes. 18, 1400 (1963)
- WAGNER, K. J.: Die Bedeutung der Antibiotika und Sulfonamide für Todes- und Tetzeltbestimmungen in der gerichtlichen Medizin. Habil. Schrift, Mainz, 1960.
- WALCHER, K.: Leitfaden der gerichtlichen Medizin. Urban und Schwarzenberg, München-Berlin, 1950.
- WEINIG, E.: Gerichtliche Vergiftungslehre. In: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, hrsg. von A. PONSOLO, 2. Aufl., Thieme, Stuttgart, 1957.
- ZINK, P.: Ober das Verhalten des menschlichen Skelettmuskels bei Dehnung während des Verlaufs der Totenstarre. Habil. Schrift, Erlangen, 1970.

Anschr. d. Verf.: Privatdozent Dr. Dr. P. Zink und Privatdozent Dr. G. Reinhardt, Institut für Rechtsmedizin, 8520 Erlangen, Universitätsstraße 22

Das Inhaltsverzeichnis für 1971 des „Bayerischen Ärzteblattes“ kann über die Schriftleitung, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, angefordert werden.

Die gefährliche Illustrierten-Medizin

Propaganda für die orale Strophanthintherapie

In höchst fragwürdiger, die Öffentlichkeit und insbesondere Herzpatienten baunruhigender Weise hat sich die „Bunte Illustrierte“ im vergangenen Jahr wieder einmal mit einer medizinischen Frage beschäftigt und die Behauptungen von Herrn Dr. med. Berthold KERN über die orale Strophanthintherapie verbreitet.

Überschriften in der Illustrierten wie „Ein Arzt klagt seine Kollegen an“ — „Niemand braucht am Herzinfarkt zu sterben“ — „Auch ich bin ein Opfer der Schulmedizin“ — „Neun von zehn Infarktkranken hätten nicht an dieser Krankheit zu sterben brauchen, wenn sie von ihrem Arzt richtig behandelt worden wären“ — „Zehntausende von Herzkranken wurden von Dr. Kern und seinen Mitarbeitern in den vergangenen Jahren nach der Myokardtheoria behandelt, ohne daß ein tödlicher Infarkt aufgetreten ist“ mußten bei den Lesern den Eindruck erwecken, daß alle anderen Ärzte ihre Patienten falsch behandelt und die Möglichkeiten einer Vorsorge des Herzinfarktes nicht gekannt hätten.

Kritische Prüfung dieser Behauptungen durch ein wissenschaftliches Gremium

Diese schweren Anschuldigungen waren Anlaß zu einer Klausurtagung von Kardiologen, Internisten, Praktischen Ärzten, Chirurgen, Physiologen, Pathologischen Anatomen, Pharmakologen, Gerichtsmedizinern, Medizinstatistikern, Epidemiologen, Präventiv- und Sportmedizinern, welche am 19. November 1971 in Heidelberg stattfand. Sie befaßte sich u. a. mit den Behauptungen von Herrn Dr. Kern, welche er seit Jahrzehnten in Fachzeitschriften, Büchern, in der Laienpresse, in Funk und Fernsehen aufstellte.

Kernpunkt ist die vorgebrachte Behauptung, daß inzwischen ca. 100 000 Patienten durch eine orale Strophanthinbehandlung vor einem Infarkt bewahrt worden seien, und daß diese Behandlung eine hundertprozentige Verhinderung des Herzinfarktes bedeute. Auch Zweitinfarkte würden durch eine solche Behandlung praktisch verhindert.

Diese Behauptungen können nach Ansicht der Gesprächsteilnehmer nur bewiesen werden, wenn eine entsprechende wissenschaftliche Dokumentation erfolgt. Die bisherigen Publikationen des Herrn Dr. Kern und seines Arbeitskreises enthalten aber nur Angaben, welche den heute allgemein anerkannten Grundsätzen einer medizinischen Statistik in keiner Weise entsprechen. Das gilt sowohl für die Dokumentation der Fälle als auch für die Auswertung des angeblich erfaßten Krankengutes. Vorbeugung und Behandlung des Herzinfarktes, insbesondere die zahlreichen primären und sekundären Präventivstudien, die in aller Welt durchgeführt wurden, werden von Herrn Dr. Kern weder in seiner Dokumentation noch in seinen Theorien berücksichtigt. Es ist ungeheuerlich, daß Herr Dr.

Kern seine pauschalen Behauptungen auf eine derartig ungenügende Dokumentation gründet.

Die Angaben über das Untersuchungsgut genügen nicht den Minimalforderungen, die man an ein Untersuchungsgut stellen muß, das einer wissenschaftlichen, insbesondere statistischen Auswertung zugeführt werden soll. Insbesondere fehlen Angaben über klinische Befunde, über Geschlecht, Alter, familiäre Belastung, Blutdruck, Blutzusammensetzung, Nikotinabusus, Körpergewicht, über Dauer der Behandlung, Beobachtung, Art der Behandlung im einzelnen usw. Unbedingt zu fordern ist die vollständige Weiterbeobachtung aller individuellen Krankenschicksale. Aus seinen eigenen Zahlenangaben über die in seinem Beobachtungsgut beobachteten Sterbefälle kann man erkennen, daß eine starke Untererfassung der Sterbefälle generell vorhanden ist. Damit entfällt jeder verwertbare Informationsgehalt.

Vermißt werden ferner der unbedingt nötige Nachweis der benutzten diagnostischen Methoden zur Erfassung möglicher Herzinfarkte sowie Angaben über pathologisch-anatomische Befunde. Es ist unverständlich, daß Herr Dr. Kern seine Aussagen auf eine derartig ungenügende Dokumentation gründet.

Aufgrund der bisher vorliegenden und diskutierten Befunde, des Materials und des Vortrags von Herrn Dr. Kern kann nicht behauptet werden, daß seine Therapie den Herzinfarkt verhütet. Eine solche Behauptung ist nach aller bisher vorliegenden Evidenz nicht gerechtfertigt.

Zur Definition der koronaren Herzkrankheit und des Herzinfarktes

Man versteht unter Koronarinsuffizienz Zustände, bei denen ein Mißverhältnis zwischen Bedarf und Angebot an Sauerstoff bzw. Blut für die Herzmuskelzelle besteht.

Die Entstehung der Koronarinsuffizienz wird durch vier Faktoren bestimmt:

- a) die lichte Weite der gesamten koronariellen Strombahn,
- b) den Sauerstoffgehalt des Blutes,
- c) das Gewicht (klinisch: die Größe) des Herzens und
- d) die funktionelle Belastung des Herzens, insbesondere das Ausmaß der dem Herzmuskel abverlangten Leistung.

Die klinischen Folgen der Koronarinsuffizienz sind vor allem die Angina pectoris und der Myokardinfarkt.

In der Regel wirken mehrere dieser Faktoren bei der Entstehung eines Herzinfarktes zusammen. Die führende Rolle spielt dabei in der Regel die Einengung der Koronararterien.

Beim Herzinfarkt werden autoptisch fast immer schwere Erkrankungen der Kranzarterien gefunden.

Herr Dr. Kern behauptet dagegen, daß 90% aller Infarkte myokardiogen, d. h. unabhängig von der Koronarversorgung, entstehen. Dafür blieb er den Beweis schuldig. Durch pathologisch-anatomische Untersuchungen, die mit koronarangiographischen Befunden übereinstimmen, ist gesichert, daß bei nahezu allen Herzinfarkten eine organische Erkrankung der Koronararterien vorliegt. Koronararterienverschlüssen liegen fast immer hochgradige Koronarsklerosen mit Stenosen, sehr oft mit Thrombosen, zugrunde.

Die bekannten Risikofaktoren, vor allem arterieller Bluthochdruck, Zuckerkrankheit, Zigarettenrauchen und körperliches Übergewicht, sind geeignet, die krankhaften Veränderungen an den Koronararterien richtunggebend zu verschlimmern.

Die vorliegenden Arbeiten geben keinerlei Hinweis auf die von Herrn Dr. Kern behauptete Thrombosierung von Kapillaren mit nachfolgender aus dem Infarktgebiet aufsteigender Thrombosebildung in den Kapillaren und den vorgeschalteten größeren Arterienbezirken (retrograde Thrombosierung nach Kern).

Die Arbeiten aus dem Institut von M. v. ARDENNE

Durch intravenöse Injektion von Strophanthin wird nach v. ARDENNE der nach Koronarligatur abgesunkene pH-Wert angehoben. Schwer verständlich ist weiterhin, wie es zu einer wesentlichen Steigerung der Milchsäureoxydation kommen soll ohne gleichzeitige Erhöhung der Sauerstoffzufuhr, denn Milchsäure kann nur mit Hilfe von Sauerstoff abgebaut werden.

Die Richtigkeit der in der Arbeit vorgetragenen experimentellen Befunde ist durch die völlig unzureichende Beschreibung der Methode und durch die fehlende Dokumentation objektiver Daten, so wie sie in wissenschaftlich-experimentellen Arbeiten notwendig und üblich ist, nicht erwiesen und nicht nachprüfbar. Zitate und Ergebnisse anderer Autoren werden manipuliert, um die eigenen Auffassungen zu stützen (z. B. Ergebnisse von D. DRUCKREY und Mitarb.).

Nach Äußerungen von Dr. Kern in der Öffentlichkeit werden seine Anschauungen durch die experimentellen Befunde von v. Ardenne wesentlich gestützt.

Nach Legen einer partiellen Ligatur an eine Koronararterie am Rattenherzen kommt es nach v. Ardenne zu einem Abfall der pH-Werte. Daraus wird auf eine Aktivierung der lysosomalen Enzyme geschlossen. Die besondere Empfindlichkeit des Herzens gegenüber saurem Milieu soll an isolierten Herzmuskelzellen demonstriert werden, welche aus Herzen von zwei Tage alten Ratten nach Andauung mit Trypsin gewonnen sind.

Durch Legen der Ligatur schafft der Autor die Mangelbedingungen für den Herzmuskel, wie sie auch beim Menschen mit Koronarstenose bestehen. Diese Versuchsanordnung entspricht genau dem Myokardinfarkt nach Kranzgefäßstenose, welcher nach Kern praktisch nicht vorkommt (ca. 1% aller Infarkte).

Die Säuerung nekrotischer Bezirke ist seit Jahrzehnten bekannt. Auch der Anstau von Milchsäure unter diesen Bedingungen ist bewiesen worden. Darüber hinaus sind Stoffwechselveränderungen im Ausbreitungsgebiet des experimentellen Myokardinfarktes mehrfach beschrieben.

Im übrigen wird in den beiden vorliegenden Arbeiten ein Nachweis der lysosomalen Enzymaktivitäten nicht geführt, sondern deren Aktivitätssteigerung lediglich postuliert. Zelltod im sauren Milieu muß jedoch keineswegs durch Lysosomenwirkung eintreten.

Eine Bestätigung der Hypothesen von Dr. Kern ist aus den beiden zitierten Arbeiten von v. Ardenne nicht abzuleiten.

Zur Strophanthin-Prophylaxe und -therapie des Myokardinfarktes

Von Dr. Kern und seinem Arbeitskreis wird Ernst EDENS als einer der geistigen Väter der Strophanthin-Infarkt-Prophylaxe angesehen. Das von Albert FRAENKEL 1906 in die Therapie der Herzkrankheiten eingeführte Strophanthin war tatsächlich ein therapeutischer Durchbruch in der Glykosidtherapie, da erstmals exakt auf Milligrammbasis ein Glykosid verabreicht werden konnte. Die von Herrn Dr. Kern unter Zitat von Edens gemachte Feststellung, daß Strophanthin „auf sehr vielen Wegen gleich herzwirksam appliziert werden könne: intramuskulär, subkutan, intravenös, lingual, enteral, oral-ental kombiniert, rektal usw., auf diesen Wegen unzerstört, hundertprozentig und herzwirksam resorbiert würde“, wird durch die bisherige wissenschaftliche Erfahrung widerlegt.

Fraenkel und Edens haben stets Strophanthin intravenös verabreicht und genaue Dosierungsschemata angegeben. Edens dokumentiert genau, warum Strophanthin nur intravenös seine nachweisbare Wirkung entfaltet.

Ganz entsprechend waren die Beobachtungen mit Ouabain-g-Strophanthin (ARNAUD) in Frankreich, nämlich gute Wirksamkeit bei intravenöser Applikation in vorsichtiger Dosierung, unsichere Wirksamkeit bei peroraler Zufuhr.

Mit modernen Methoden unter Heranziehung von radioaktiv markiertem Material läßt sich beim Menschen eine enterale Resorption des Strophanthins von mehr als 10% aus keiner Literaturstelle belegen. Selbst bei optimaler bukkaler Anwendung, wie sie von v. Ardenne und Lippmann beschrieben wurde, kommt es zu einer Resorption von nur etwa 4%.

Qualitative Unterschiede zwischen Strophanthin und anderen Herzglykosiden haben sich bisher in bezug auf eine positiv inotrope Wirkung nicht belegen lassen. Eine spezifisch blutdrucksenkende Wirkung von Strophanthin ist nicht bekannt.

Eine erhöhte Verwertung von Milchsäure wurde sowohl nach Ouabain wie auch nach Lanatosid C und

Digoxin beschrieben. Es gibt keinerlei Beleg für qualitative Unterschiede hinsichtlich der Beeinflussung des Kaliumstoffwechsels. Auch in der von Kern zitierten Arbeit von TUTTLE und Mitarbeitern wird kein Vergleich zwischen Strophanthin und Digitalisglykosiden angestellt.

Es gibt überhaupt keinen experimentellen Hinweis dafür, daß Strophanthin oder andere Herzglykoside eine unterschiedliche Wirkung auf die Muskulatur des linken und rechten Herzens haben.

Die Anwendung geeigneter Dosen von Herzglykosiden beeinflussen die Herzdynamik und verlängern die relative Diastolendauer, verbessern dadurch die Oz-Versorgung des Myokards und werden deshalb zur Therapie der Angina pectoris mit Erfolg eingesetzt.

Im übrigen bietet auch die intravenöse Strophanthintherapie keinen Schutz vor Herzinfarkten, denn es sind wiederholt Herzinfarkte unter intravenöser Strophanthinbehandlung beobachtet worden.

In jüngster Zeit sind Myokardinfarkte auch unter der angeblich hundertprozentigen Schutzwirkung von oralen Strophanthingaben aufgetreten. Hierzu wurden kasuistische Beiträge geliefert. Die von Herrn Dr. Kern behaupteten Digitalisinfarkte existieren beim Menschen nicht.

Für die Behauptung, daß der Herzinfarkt sich in der Regel aus einer Linksherzschädigung entwickle, wobei die Digitalisglykoside eine zusätzliche Schrittmacherfunktion hätten, ist unbewiesen. Auch die Behauptung, „fast jede Hypertonie ist kardiogen verursacht oder mitbewirkt, sie wird durch Strophanthin oder andere Myokardanabolika gesenkt“, ist falsch.

Zur Frage der Koronarangiographien

Die Behauptung von Herrn Dr. Kern, daß die angiographische Darstellung der Herzkranzgefäße (Koronarographie) durch „Verstopfung des Gefäßes durch den Katheter“ zur Darstellung von Artefakten führt, indem nicht stenosierende Atherome als obstruktiv erscheinen, kann aus folgenden Gründen nicht den Tatsachen entsprechen:

1. Durch zahlreiche Vergleichsuntersuchungen zwischen Angiographien und direkten Gefäßbetrachtungen während Operation oder postmortal mußte festgestellt werden, daß die Koronarographie Zahl, Größe und Ausdehnung der Verschlüsse nicht überschätzt, sondern eindeutig unterschätzt.
2. Verschlüsse werden ebenfalls mit der Übersichtsangiographie, bei welcher der Katheter in der Hauptschlagader und nicht im Koronargefäß liegt, nachgewiesen.
3. Verschlüsse werden auch indirekt — in Kollateralen — nachgewiesen, also ebenfalls in Gefäßen, in welche kein Katheter eingeführt wurde.
4. Durch wiederholte Angiographien ließ sich in zahlreichen Fällen der progressive Übergang einer leichten Stenose zu einer schweren bis vollständi-

gen nachweisen. Das umgekehrte, nämlich das Verschwinden einer früher festgestellten Stenose bei einer späteren Angiographie, wurde nie festgestellt.

Was die Beziehungen zwischen Infarkt und Gefäßverschluß betrifft, so zeigen sämtliche Untersucher, welche Angiographien bei Infarktpatienten durchführen, daß in der Regel, d.h. in über 90% der Fälle, schwere, subtotale oder totale Verschlüsse vorliegen, und zwar in denjenigen Koronararterien, welche den infarctierten Gefäßbezirk ernähren. Wesentlich ist ebenfalls die Beobachtung, daß ca. zwei Drittel dieser Patienten eine generalisierte Koronarsklerose aufweisen, d. h., daß auch Gefäße, welche nicht im Infarktgebiet liegen, betroffen sind.

Ebenso sind die Behauptungen von Dr. Kern falsch, die mit Strophenal erzielte blutdrucksenkende Wirkung sei nicht selten so gut, daß auf die bewährten blutdrucksenkenden Medikamente verzichtet werden könne.

Ergebnis des wissenschaftlichen Kolloquiums

1. Herr Dr. Kern konnte gegen das von Pathologen, Herzchirurgen und Kardiologen vorgelegte Untersuchungsgut über Herzkranzgefäßverengungen und Verschlüsse und ihre engen Zusammenhänge in der Herzinfarktlokalisierung nichts einwenden. Er hatte keine Beweise für die Behauptung, eine Arteriosklerose führe nicht zu einer Einengung oder zu einem Verschluß.
2. Die statistischen Unterlagen für die Behauptung, durch orale Strophanthintherapie seien tödliche Infarkte 100%, nicht tödliche Infarkte 95% vermieden worden, konnten nicht erbracht werden.
3. Die Behauptung, Sportler hätten eine verkürzte Lebenserwartung, wurden durch internistische Untersuchungen widerlegt. Die Behauptung, in Mexiko-City sei es bei Hochleistungssportlern zu schweren Herzscheiden gekommen, ist schlichtweg falsch.
4. Die enterale Resorption von g-Strophanthin beträgt beim Menschen — gemessen mit modernen Methoden — maximal 10%. Qualitative Unterschiede zwischen Strophanthin und anderen Herzglykosiden haben sich bisher weder für den positiv inotropen Effekt noch für das metabolische Verhalten oder den Kaliumstoffwechsel des Herzmuskels aufzeigen lassen. Unterschiedliche Effekte von Strophanthin und anderen Herzglykosiden auf die Muskulatur des linken und rechten Herzens sind ebenfalls nicht nachgewiesen worden.
5. Die anwesenden Wissenschaftler sind der Auffassung, daß es unverantwortlich ist, wenn die Thesen von Herrn Dr. Kern in der Öffentlichkeit weiter verbreitet werden, bevor durch eine prospektive, kontrollierte Untersuchung ihr Wahrheitsgehalt hinreichend nachgewiesen ist.

Neueinführung

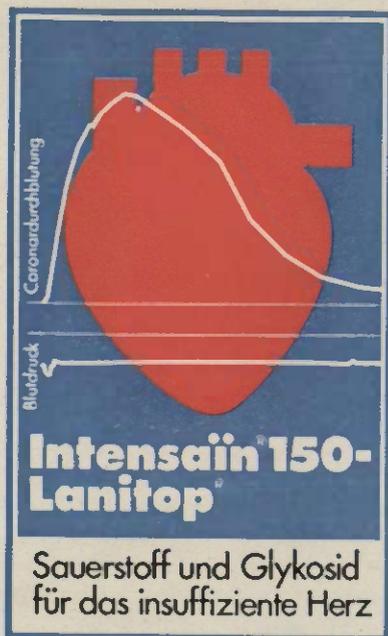
mannheim



cassella
riedel

Intensain[®] 150-Lanitop[®] Intensain[®]-Lanitop[®]

Carbocromen-HCl + β -Methyl-Digoxin



Indikationen:

Früh- und Dauerbehandlung aller Formen der chronischen Herzinsuffizienz, insbesondere mit koronaren Durchblutungsstörungen (Angina pectoris).

Dosierung:

Maßgebend für die Dosierung von Intensain 150-Lanitop und Intensain-Lanitop ist der individuelle Lanitop-Bedarf des Herzens.

Dauertherapie:

täglich 2-3 x 1 Kapsel Intensain 150-Lanitop oder

2-3 x 1 Kapsel Intensain-Lanitop

je nach Glykosid- bzw. Intensain-Bedarf.

Der Minimalwirkspiegel von Lanitop wird dabei bereits am 2. Tag überschritten, am 10. Tag sind mehr als 90% des Vollwirkspiegels erreicht.

In der Praxis kommt mehr als die Hälfte aller Patienten mit täglich 2 x 1 Kapsel Intensain 150-Lanitop oder Intensain-Lanitop aus.

Zusammensetzung:

1 Kapsel Intensain 150-Lanitop enthält:
Intensain (Carbocromen-HCl) 150 mg
Lanitop (β -Methyl-Digoxin) 0,1 mg

1 Kapsel Intensain-Lanitop enthält:
Intensain 75 mg
Lanitop 0,1 mg

Kontraindikationen:

Herzglykoside sind bei Digitalis-Toxikation, Hypercalciämie und vor einer Kardioversion kontraindiziert. Außerdem kann eine Glykosid-Therapie bei manifestem Kaliummangel,

Störungen der atrio-ventrikulären Erregungsüberleitung und pathologischer Bradykardie – je nach Schweregrad – kontraindiziert sein oder zusätzliche therapeutische Maßnahmen erfordern. Bei jeder Glykosid-Therapie ist von parenteralen Calciumgaben – insbesondere bei gleichzeitiger Verabreichung – abzuraten.

Nebenwirkungen und Hinweise:

Nebenwirkungen wie Unruhe- und Hitzegefühl, Herzklopfen, Kopfdruck sind selten und meist geringgradig. Außerdem können wie bei jeder Digitalis-Therapie besonders bei Patienten mit Glykosid-Oberempfindlichkeit bzw. mit Störungen des Elektrolyt-haushaltes Übelkeit, Erbrechen, Magenbeschwerden, Rhythmusstörungen und entapische Erscheinungen auftreten. Bei Niereninsuffizienz muß mit einem erniedrigten Glykosid-Bedarf gerechnet werden.

Für Ihre Verordnung:

Intensain 150-Lanitop
OP mit 50 Kapseln DM 18,65 m.U.
OP mit 100 Kapseln DM 32,60 m.U.
AP mit 500 Kapseln

Intensain-Lanitop
OP mit 50 Kapseln DM 11,60 m.U.
OP mit 100 Kapseln DM 20,95 m.U.
AP mit 500 Kapseln

Weitere Informationen enthält der wissenschaftliche Prospekt.

Die Zeichen stehen auf Sturm!

Aufruf an die bayerische Ärzteschaft

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege!

Mancher Kollege war der Meinung, daß die Vorausschau auf das Jahr 1972 im Dezemberheft des „Bayerischen Ärzteblattes“ zu düster sei. Schon der Januar bestätigte die Berechtigung unserer tiefen Sorge!

*Als erste Kostprobe neuer Entwicklungen haben in München die Krankenkassen mit der Stadtverwaltung die ambulante Voruntersuchung im Krankenhaus vor stationärer Aufnahme vereinbart!
Kenhauseaufnahme mit der Stadtverwaltung vereinbart!*

Dabei versucht man, die einem solchen Vorhaben nach wie vor entgegenstehenden gesetzlichen Bestimmungen dadurch zu umgehen, daß man einen „pseudo-stationären Patienten“ erfindet. In einem Rundschreiben der Stadtverwaltung heißt es: „Den Krankenhausärzten ist es daher ab sofort gestattet, bei jedem von einem niedergelassenen Arzt eingewiesenen Patienten von sich aus zu entscheiden, ob ihm ein Krankenbett zuzuweisen ist, oder ob er zunächst nur zur Diagnostizierung untertags in das Krankenhaus bestellt werden soll.“

Medizinisch ist das Genze grotesk. Wenn sich ein Krankenhausarzt (in der Regel der diensthabende Assistenzarzt!) nach kurzer Inspektion in der Lage sieht – und die Verantwortung dafür übernimmt –, einen stationär eingewiesenen Patienten nicht aufzunehmen, so hat er ihn zum einweisenden Arzt zurückzuschicken. Für ambulante fachärztliche Untersuchungen gibt es nämlich genügend Fachärzte, an die der Hausarzt überweisen kann!

Die Vornahme der Untersuchungen ambulant im Krankenhaus bedeutet nichts anderes als die Etablierung von Krankenhausambulatorien, wie sie gerade jetzt von den Verfassern der „Roten Studie“ (WWI-Studie der Gewerkschaft) neben den medizinischen Diagnosezentren gefordert worden ist! Die Realisierung dieser Forderungen bedeutet aber letzten Endes nichts anderes als die Abwürgung des freipraktizierenden Facharztes und die Wegnahme aller technischen Leistungen aus der Praxis des Allgemeinarztes!

In dieser Lage kommt es entscheidend auf die Solidarität aller Ärzte an! Wir appellieren an die Krankenhausärzte, sich diesem Attentat auf die freipraktizierenden Ärzte zu widersetzen! Jeder Assistenzarzt möge sich bewußt sein, daß er seine eigene Zukunft zerstört, wenn diese Entwicklung nicht unterbunden wird!

An alle Kassenärzte richten wir die dringende Bitte, alle Möglichkeiten der ambulanten Untersuchung auszuschöpfen, wenn der Zustand des Patienten nicht die sofortige Krankenhausunterbringung dringend erfordert. Wehren wir den Anlägen – sonst ist es zu spät! Die Kassenärztliche Vereinigung wird im übrigen alle Möglichkeiten ausschöpfen, um den Versuch, gesetzliche Bestimmungen zu umgehen, zunichte zu machen.

Mit kollegialen Grüßen

Ihre

Professor Dr. Sewering

Dr. Meider

Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen

vom 18. August 1971 (gültig ab 1. Januar 1972)

Die Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen gibt folgenden am 18. August 1971 in Düsseldorf abgeschlossenen, zum 1. Januar 1972 in Kraft tretenden neuen Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen bekannt:

Manteltarifvertrag

Zwischen der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen, Köln 41, Haedenkampstraße 1,

und

....*)

wird folgender Manteltarifvertrag geschlossen:

§ 1: Geltungsbereich

- (1) Dieser Tarifvertrag gilt für Arzthelferinnen, die im Bundesgebiet und im Lande Berlin in den Praxen niedergelassener Ärzte tätig sind.
- (2) Arzthelferinnen im Sinne dieses Tarifvertrages sind die Angestellten, deren Tätigkeit dem Berufsbild der Arzthelferin entspricht und die die entsprechende Prüfung vor der Ärztekammer bestanden haben.
- (3) Bei einer Beschäftigung mit einer geringeren als der in § 7 festgelegten regelmäßigen Arbeitszeit, mindestens jedoch durchschnittlich 20 Stunden in der Woche, gilt dieser Tarifvertrag entsprechend.
- (4) Dieser Tarifvertrag gilt sinngemäß auch für Arzthelferin-Lehrlinge.

§ 2: Arbeitsvertrag

Der Arbeitsvertrag wird schriftlich abgeschlossen; der Arzthelferin ist eine Ausfertigung auszuhändigen. Nebenabreden sind nur wirksam, wenn sie schriftlich vereinbart werden. Vereinbarungen im Arbeitsvertrag, die Bestimmungen dieses Tarifvertrages einschränken, sind unwirksam.

§ 3: Probezeit

Die ersten drei Monate der Beschäftigung gelten als Probezeit. Sie entfällt, wenn die Arzthelferin in unmittelbarem Anschluß an ein erfolgreich abgeschlossenes Lehrverhältnis in derselben Praxis eingestellt wird.

§ 4: Allgemeine Pflichten der Arzthelferin

Die Arzthelferin hat die ihr übertragenen Dienstobliegenheiten gewissenhaft wahrzunehmen und ihr Ver-

halten den besonderen Verhältnissen der ärztlichen Praxis anzupassen.

§ 5: Schwelgepflicht

Die Arzthelferin ist zur Verschwiegenheit verpflichtet. Sie hat insbesondere alle Praxisvorgänge sowie den Personenkreis der Patienten geheimzuhalten. Dies gilt auch nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses.

§ 6: Ärztliche Untersuchungen

- (1) Die Arzthelferin hat auf Verlangen vor ihrer Einstellung durch das Zeugnis eines anderen Arztes nachzuweisen, daß gegen ihre Beschäftigung keine gesundheitlichen Bedenken bestehen.
- (2) Der Arbeitgeber kann bei gegebener Veranlassung durch einen anderen Arzt feststellen lassen, ob die Arzthelferin dienstfähig oder frei von ansteckenden oder ekelerregenden Krankheiten ist. Von der Befugnis darf nicht willkürlich Gebrauch gemacht werden.
- (3) Die Kosten der Untersuchungen nach Absatz 1 und 2 trägt derjenige, der die Untersuchungen wünscht.
- (4) Aus Gründen der Gesundheitspflege und zur Verhütung von Berufserkrankungen sind Arbeitgeber und Arbeitnehmer verpflichtet, die zum Schutze der Arzthelferin notwendigen, mindestens aber die gesetzlich vorgeschriebenen ärztlichen Untersuchungen vornehmen zu lassen.

§ 7: Arbeitszeit

- (1) Die regelmäßige Arbeitszeit beträgt ausschließlich der Pausen durchschnittlich 43 Stunden wöchentlich.
- (2) Beginn und Ende der täglichen Arbeitszeit richten sich nach den Erfordernissen der Praxis. Die Bestimmungen der Absätze 3 und 4 bleiben unberührt.
- (3) Läßt sich eine durchgehende Arbeitszeit nicht einrichten, so ist der Arzthelferin nach Möglichkeit eine zusammenhängende Mittagspause von anderthalb Stunden zu gewähren.
- (4) Die wöchentliche Arbeitszeit soll auf die einzelnen Werkzeuge so verteilt werden, daß in jeder Woche ein zusammenhängender halber Tag arbeitsfrei bleibt und daß die Nachmittage an Sonnabenden und am Tage vor Weihnachten und Neujahr freibleiben.
- (5) Der Arbeitgeber ist berechtigt, die Arzthelferin an den Tagen, an denen er selbst zum Notfalldienst eingeteilt ist, auch außerhalb der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit zu beschäftigen. Besteht für einen Arbeitgeber kein geregelter Notfalldienst, so findet diese Bestimmung sinngemäß Anwendung. Die Entgeltregelung für die dabei geleistete Mehrarbeit richtet sich nach § 8.

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

neu
von
Hoechst

Amblosin[®] 1000*

Ampicillin Hoechst



treffsicher · bakterizid

Die „richtige“
Einzeldosis für:

Harnweg-Infektionen

Darm- und
Gallenweginfektionen

*Amblosin 1000
die neue Handelsform

erzeugt hohe Spiegel in Blut und Gewebe

wirkt auf grampositive und wichtige gramnegative
Erreger

wird konzentriert über Niere und Galle ausgeschieden

ist neutral im Geschmack durch Filmüberzug

ist leicht zu schlucken

ist wie Penicillin nahezu atoxisch

L02102

Packungen:

Amblosin 1000: 12 filmüberzogene
Oblongtabletten zu 1000 mg
Ampicillin (mit Bruchrille) DM 41,45
Anstaltspeckungen

Weitere Handelsformen:

Amblosin 500: Kapseln; Flaschen zur
Injektion
Amblosin 500: Oblongtabletten
Amblosin 1,0: Flaschen z. Injektion
Amblosin 2,0: Flaschen z. Injektion
Amblosin 5,0: Flaschen z. Infusion

Weitere Indikationen:

Atemwegsinfektionen, Salmonellosen einschl.
Behandlung von Dauerausscheidern,
Shigellosen, subakute bakterielle
(Enterokokken-) Endokarditis, Listeriosen

Besondere Hinweise:

Amblosin 1000 ist im allgemeinen gut ver-
träglich. Gelegentlich vermehrte Stühle und
Durchfälle. Allergische Reaktionen sind möglich.

Kontraindikation:

Penicillin-Überempfindlichkeit.

Dosierung:

3 bis 4 mal täglich eine Oblongtablette
jeweils etwa eine Stunde vor dem Essen



Farbmarke Hoechst AG
6230 Frankfurt/Main 80

(6) Für Jugendliche gelten die Vorschriften des Jugendarbeitsschutzgesetzes in der jeweiligen Fassung.

§ 8: Mehr-, Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit

(1) Als Mehrarbeit gilt die über die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit (§ 7) hinaus geleistete Arbeit, soweit innerhalb eines Zeitraums von längstens drei Wochen keine entsprechende Freizeit gegeben wird. Sonntags- bzw. Feiertagsarbeit ist die an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen in der Zeit von 0.00 bis 24.00 Uhr geleistete Arbeit. Als Nachtarbeit gilt die Arbeit, die in der Zeit von 21.00 bis 6.00 Uhr geleistet wird.

(2) Die Höhe der Zuschläge für Mehr-, Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit wird in dem Gehaltstarifvertrag festgelegt.

§ 9: Arbeitsversäumnis

(1) Persönliche Angelegenheiten hat die Arzthelferin unbeschadet der Bestimmungen des § 16 außerhalb der Arbeitszeit zu erledigen. Ein Fernbleiben von der Arbeit ist nur mit vorheriger Zustimmung des Arbeitgebers gestattet. Kann diese Zustimmung den Umständen nach vorher nicht eingeholt werden, so ist der Arbeitgeber unverzüglich über die Gründe des Fernbleibens zu unterrichten.

(2) Arbeitsunfähigkeit ist unverzüglich anzuzeigen. Spätestens drei Kalendertage nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit hat die Arzthelferin eine Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit und ihre voraussichtliche Dauer vorzulegen.

(3) Bleibt eine Arzthelferin ohne Erlaubnis oder ohne hinreichende Entschuldigung der Arbeit fern, so verliert sie für die Dauer des Fernbleibens den Anspruch auf das Gehalt.

§ 10: Gehaltsfortzahlung in besonderen Fällen

Die Arzthelferin hat bei unverschuldeter Arbeitsversäumnis infolge eines in Ihrer Person liegenden Grundes sowie bei durch Unfall verursachter Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Fortzahlung des Gehaltes bis zum Ende der sechsten Woche.

§ 11: Vergütung und einmalige Zuwendungen

(1) Die Vergütung richtet sich nach den Berufsjahren der Arzthelferin und der Ortsklasse des Dienstortes.

(2) Die Berufsjahre zählen von dem Zeitpunkt an, in dem der Arzthelferin von der Ärztekammer der Helferinnenbrief (Abschlußzeugnis) erteilt wurde. Die Ortsklasse richtet sich nach dem Ortsklassenverzeichnis, das im öffentlichen Dienst angewandt wird.

(3) Die Bezüge werden monatlich, und zwar am letzten Tage des Monats gezahlt. Fällt der Zahlungstag auf einen Sonn- oder Feiertag, so sind die Bezüge spätestens am davorliegenden Arbeitstag auszuzahlen.

(4) Auf Spitzenbeträge kann die Arzthelferin zur Ersparnis von Steuern und Sozialversicherungsbeiträ-

gen durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Arbeitgeber verzichten. Bei Minderjährigen ist hierzu die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters erforderlich.

(5) Die Höhe der Vergütung wird in einem gesondert abzuschließenden Gehaltstarifvertrag geregelt.

(6) Die Arzthelferin erhält zum 1. Dezember eines jeden Kalenderjahres eine einmalige Zuwendung von dem Arbeitgeber, bei dem sie am 30. November im Angestelltenverhältnis steht. Voraussetzung ist, daß dieses Angestelltenverhältnis nicht in der Zeit bis einschließlich 31. März des folgenden Kalenderjahres aus einem Verschulden oder auf eigenen Wunsch der Arzthelferin endet, es sei denn, daß das Ausscheiden wegen Schwangerschaft, Niederkunft oder Inanspruchnahme des Altersruhegeldes der gesetzlichen Rentenversicherung erfolgt. Die Arzthelferin hat die bereits gewährte Zuwendung in voller Höhe zurückzuzahlen, wenn der Anspruch nachträglich gemäß Satz 2 wegfällt.

(7) Die Zuwendung nach Absatz 6 beträgt 50 vom Hundert der Vergütung, die der Arzthelferin für den Monat November zusteht. Zahlungen für Mehr-, Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit (§ 8) werden bei Bemessung der Zuwendung nicht berücksichtigt. Hat die Arzthelferin nicht während des gesamten Kalenderjahres Gehalt von dem Arbeitgeber erhalten, zu dem am 30. November das Arbeitsverhältnis besteht, so ermäßigt sich die Zuwendung; für jeden angefangenen Monat des Arbeitsverhältnisses zu diesem Arbeitgeber ist ein Zwölftel der Zuwendung nach Satz 1 und 2 zu zahlen.

§ 12: Teilzeitbeschäftigung

Nicht vollbeschäftigte Arzthelferinnen, die unter diesen Tarifvertrag fallen (§ 1 Abs. 3), erhalten von der Vergütung, die für vollbeschäftigte Arzthelferinnen festgelegt ist, den Teil, der dem Maß der mit ihnen vereinbarten Teilzeit entspricht (pro Stunde $\frac{1}{169}$ des jeweiligen Monatsgehalts).

§ 13: Schutzkleidung

Für besonders schmutzige Arbeiten ist der Arzthelferin Schutzkleidung auf Kosten des Arbeitgebers zu stellen. Die sonstige Schutzkleidung, insbesondere weiße Kittel und Schürzen, stellt die Arzthelferin. Die Kosten für die Reinigung der Schutzkleidung trägt der Arbeitgeber.

§ 14: Sechszüge

Für die Gewährung von Kost und Wohnung sind die aufgrund des § 160 Abs. 2 Reichsversicherungsordnung in den Ländern festgesetzten Bewertungssätze anzurechnen, jedoch nicht mehr als die Hälfte des Gehaltes.

§ 15: Urlaub

(1) Die Arzthelferin hat in jedem Kalenderjahr Anspruch auf bezahlten Urlaub. Der Urlaub soll unter Berücksichtigung der Belange der Praxis und der

Wünsche der Arzthelferin nach Möglichkeit zusammenhängend gewährt werden.

(2) Der volle Urlaubsanspruch wird erstmalig nach sechsmonatiger Tätigkeit in derselben Praxis erworben.

(3) Der Urlaub beträgt 24 Werktage, und von dem Kalenderjahr an, in dem die Arzthelferin das 30. Lebensjahr vollendet, 26 Werktage.

(4) Werktage im Sinne des Absatzes 3 sind alle Kalendertage mit Ausnahme der Sonntage und gesetzlichen Feiertage.

(5) Für Jugendliche regelt sich der Urlaubsanspruch nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz in der jeweiligen Fassung.

(6) Anspruch auf ein Zwölftel des Jahresurlaubs für jeden vollen Monat des Bestehens des Arbeitsverhältnisses hat die Arzthelferin, die im laufenden Kalenderjahr eintritt oder ausscheidet. Dieser Anspruch besteht nicht, wenn die Arzthelferin von ihrem früheren Arbeitgeber für diese Kalendermonate bereits Urlaub erhalten hat. Bruchteile von Urlaubstagen, die mindestens einen halben Tag ergeben, sind auf volle Urlaubstage aufzurunden.

(7) Bei verschuldeter fristloser Entlassung oder vertragswidriger Auflösung des Arbeitsverhältnisses durch die Arzthelferin entfällt der Urlaubsanspruch.

(8) Erkrankt die Arzthelferin während des Urlaubs, so hat sie ihrem Arbeitgeber unter Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung unverzüglich Mitteilung über die Arbeitsunfähigkeit zu machen. Der Urlaub ist dann für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit unterbrochen. Nach Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist der Rest des Urlaubs – je nach Vereinbarung – sofort oder zu einem späteren Zeitpunkt zu gewähren.

(9) Der Arzthelferin ist beim Ausscheiden aus der Praxis eine Bescheinigung darüber auszustellen, ob und wie lange im Laufe des Kalenderjahres Urlaub gewährt wurde. Die Arzthelferin ist verpflichtet, diese Bescheinigung bei der Einstellung vorzulegen.

§ 16: Arbeitsbefreiung

In den nachstehenden Fällen wird der Arzthelferin auf Antrag Arbeitsbefreiung unter Fortzahlung des Gehaltes gewährt:

a) ein Arbeitstag:

bei Eheschließung Ihrer Kinder (auch für ehelich erklärte und an Kindes Statt angenommene Kinder),

bei Wohnungswechsel der Arzthelferin mit eigenem Hausstand

b) zwei Arbeitstage:

bei eigener Eheschließung

c) bis zu drei Arbeitstagen:

bei Todesfällen von Eltern, Ehegatten, Kindern und Geschwistern der Arzthelferin,

bei schwerer Erkrankung der mit der Arzthelferin in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienmitglieder,

sofern der Arzt bescheinigt, daß die Anwesenheit der Arzthelferin zur vorläufigen Pflege erforderlich ist.

§ 17: Kündigung

(1) Das Arbeitsverhältnis kann mit einer Frist von sechs Wochen zum Schluß eines Kalendervierteljahres gekündigt werden.

(2) Innerhalb der Probezeit ist die Kündigung am 15. zum Monatsschluß zulässig.

(3) Die außerordentliche Kündigung richtet sich nach den gesetzlichen Vorschriften (§ 626 BGB).

(4) Die Kündigung bedarf der Schriftform.

§ 18: Zeugnis

(1) Die Arzthelferin hat nach Kündigung des Arbeitsverhältnisses Anspruch auf Aushändigung eines vorläufigen Zeugnisses, das bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses gegen ein endgültiges Zeugnis umzutauschen ist.

(2) Das Zeugnis muß Auskunft geben über Art und Dauer der Tätigkeit. Es ist auf Wunsch der Arzthelferin auf Leistung und Führung im Dienst zu erstrecken.

§ 19: Sterbegeld

Stirbt eine Arzthelferin, so wird nach mindestens fünfjähriger Beschäftigungsdauer die Vergütung für den Sterbemonat und einen weiteren Monat an

a) die unterhaltsberechtigten Kinder oder

b) ihre Eltern oder einen Elternteil, wenn die Verstorbene überwiegend zum Unterhalt beigetragen hat, als Sterbegeld gezahlt.

§ 20: Ausschußfristen

Gegenseitige Ansprüche aus dem Arbeitsverhältnis sind innerhalb einer Frist von drei Monaten nach ihrem Entstehen schriftlich geltend zu machen.

§ 21: Wahrung des Besitzstandes

Waren für die Arzthelferin vor Inkrafttreten dieses Tarifvertrages günstigere Arbeits- und Gehaltsbedingungen vereinbart, so werden diese durch diesen Vertrag nicht berührt.

§ 22: Inkrafttreten und Laufzeit

(1) Dieser Manteltarifvertrag tritt am 1. Januar 1972 in Kraft. Er ersetzt den Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen vom 26. März 1969.

(2) Dieser Tarifvertrag kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Schluß eines Kalenderjahres gekündigt werden, frühestens zum 31. Dezember 1972.

Düsseldorf, den 18. August 1971

gez. Unterschriften

Zu §§ 1 und 11

Angestellte ohne Lehrabschlussprüfung in der Tätigkeit von Arzthelferinnen, die am 1. April 1969 das 21. Lebensjahr vollendet haben und die an diesem Stichtage mindestens fünf Jahre als Arzthelferin tätig gewesen sind, werden den Arzthelferinnen im Sinne des § 1 gleichgestellt. Bei der Gehaltsfestsetzung ist die Zahl der Berufsjahre (§ 11) um zwei zu verringern.

Zu § 11 Abs. 6 und 7

Auf die einmaligen Zuwendungen können vom Arbeitgeber bisher freiwillig geleistete Gratifikationen sowie freiwillig gewährte vermögenswirksame Leistungen angerechnet werden.

Düsseldorf, den 18. August 1971

gez. Unterschriften

(aus: „Deutsches Ärzteblatt“, Heft 39, vom 23. September 1971)

Leben, Fortpflanzung und Geburt in der eiszeitlichen Kunst

von Friedbert F i c k e r

In der nordspanischen, unmittelbar am Golf von Biskaya gelegenen Höhle Pindal bei Colombres-Piñango lenkt neben anderen Malereien und Gravierungen vor allem eine in rotem Oker ausgeführte Tierdarstellung die Blicke auf sich. Die einfache, lineare Wiedergabe ist verschiedentlich als Elefant gedeutet worden. Sie steht in der Technik sowie der eher altertümlich wirkenden, auf den Umriß beschränkten summarischen Behandlung einer ähnlichen Zeichnung in der Höhle El Castillo am Monte Castillo bei Puente Viesco (Provinz Santander) nahe. Es ist deshalb von anderer Seite darauf hingewiesen worden, daß die eindeutige Bestimmung infolge des Fehlens der unterscheidenden Merkmale schwer möglich ist und ebenso wahrscheinlich in beiden Fällen junge Memmutes gemeint sein können (1).

Die Binnenfläche der Tierzeichnung von Pindal ist dazu mit einem ungenau begrenzten roten Farbfleck versehen. Nach der anatomischen Lage sehen einige Forscher darin die Darstellung des Herzens und im Zusammenhang damit die Wiedergabe vom dort gesehenen Sitz des Lebens (2). Eine Deutung mit derart weit in die geistigen Bereiche zielenden Konsequenzen ist zwar hypothetisch und sicher mit einer gewissen Zurückhaltung zu gebrauchen. Sie hat aber im vorderen Orient eine interessante Parallele. Wie Henry SINGER zu berichten weiß, nahmen die Babylonier an, daß im Herzen der Sitz des Verstandes zu suchen sei (3).

Einen weiteren Hinweis liefert die Verwendung des roten Okers, der ebenso bei den paläolithischen Bestattungsbräuchen auftritt. Die Toten — Männer, Frauen und Kinder — wurden häufig mit Oker eingefärbt. Dabei hat man die Leichname nicht nur mit dem Farbpulver bestreut. In verschiedenen Fällen ist die Farbe mit Lehm oder Erde zu einer Paste vermischt worden, mit der man die Körper der Toten bestrich. Beispiele dafür finden sich in Frankreich in Les Hoteaux oder St. Germain-la-Rivière. Ann Franka MAY weist dabei zugleich auf ethnologische Parallelen hin. Noch heute sehen verschiedene Naturvölker in der

roten Farbe eine Beziehung zum Blut und weisen ihr die symbolische Bedeutung des Lebens zu. Möglicherweise haben wir es bei dem paläolithischen Bestattungsbrauch mit einer ähnlichen Vorstellung zu tun, mit der Einfärbung dem Toten die natürliche Hautfarbe des lebenden Körpers zu erhalten (4). Dazu würde auch der gelegentlich festgestellte Brauch passen, die Toten in der Nähe von Feuerstellen zu bestatten. Paul WERNERT konnte auch hierzu ethnologische Parallelen beibringen, mit dem Sinn, dem Verstorbenen damit die Körperwärme zu erhalten (5).

Immerhin legen derartige Funde die Beschäftigung mit der Frage nach dem geistigen Stand des Menschen der Eiszeit und dessen Vorstellungen nahe. Eine schlüssige Beantwortung stößt dabei auch hier auf mancherlei Schwierigkeiten, da beispielsweise völkerkundliche Vergleiche nur bedingt herangezogen werden können. Sie kann deshalb nur mit vorsichtiger Zurückhaltung erfolgen. Nach Friedrich SCHLETTE treten die mit der allgemeinen geistigen Entwicklung zusammenhängenden Fragen nach Leben, Fortpflanzung, Geburt und dergleichen „spätestens dann auf, als der Mensch versucht, auf diese Vorgänge einen Einfluß auszuüben. Dann bemüht er sich unbedingt um die Erkenntnis. Dies dürfte wohl erst im jüngeren Abschnitt der Altsteinzeit einsetzen“ (6). Beim Neanderthaler läßt sich die Erkenntnis von Zusammenhängen zwischen Zeugung und Geburt nicht nachweisen. Sie ist selbst bei primitiven Völkern der Neuzeit noch unbekannt (7).

Als wichtigste Quelle der hier aufgeworfenen Fragen und Probleme tritt uns die eiszeitliche Kunst entgegen, die gewisse Schlüsse auf das Denken und die Vorstellungen des Menschen der Altsteinzeit zuläßt. Verschiedene Umstände weisen darauf hin, daß diese älteste Kunst der Erde in frühreligiösen Zusammenhängen, als Ausdruck magisch-zauberischen Denkens zu verstehen ist. Dazu gehört beispielsweise, daß die Felsbilder in zahlreichen Fällen im tiefsten Inneren der Höhlen und an oft nur schwer zugänglichen Orten angebracht wurden, wie in Tuc d'Audoubert, Covalanas,

Santimamine, El Pendo oder der in den letzten Jahren neu entdeckten asturischen Höhle Tito Bustillo bei Ribadesella. Ferner weisen viele der Darstellungen selbst – wie das Vorkommen von Zauberern – auf die magische Bedeutung hin (8).

In die gleichen Zusammenhänge ist auch die Vorstellungswelt jener frühen Menschen um die Vorgänge des Lebens sowie von Zeugung und Geburt einzuordnen. Herbert KÜHN schreibt dazu: „Die beiden großen Mysterien, Anfang und Ende, sind dem Denken entzogen, sie sind nicht eingefügt in unser Erleben . . . Und auch neben dem Einzelnen das Ganze: die Geburt, der Tod – das Unbekannte auf dieser Welt. Ein Mensch wird geboren, ein Mensch, ähnlich dem Vater, ähnlich der Mutter – ewiges Mysterium, ewiges Geheimnis, ewiges Dunkel – . . .“ (9).

Das Dasein der nomadisierenden Jäger und Sammler im Paläolithikum war eng mit der sie umgebenden Tierwelt verwoben und verbunden, und zwar sowohl in bezug auf die materielle Existenz als auch dem Denken nach. Dafür würde der von verschiedenen Forschern angenommene Bärenkult sprechen, den Emil BÄCHLER und W. SCHMIDT aufgrund der Knochenfunde und Schädeldeponierungen von Höhlenbären in den schweizerischen Höhlen Drachenloch und Wildemannsloch nachweisen zu können glaubten (10), während H. MÜLLER-BECK diese Deutung zwar nicht völlig ausschließt, ihr aber etwas reserviert gegenübersteht (11). Wiederum sind auch hier entsprechende Parallelen aus der Völkerkunde bekannt (12). Ein jahrzehntausende währender Prozeß der Beobachtung und des Sammelns von Erfahrungen hat nicht minder konkrete Erkenntnisse im Blick auf Tier und Mensch erbracht, wie das damit immer intensiver ins Bewußtsein tretende letztlich Unerklärbare zu dessen Bewältigung dem zauberisch-magischen Bereich den Weg bereitete (13).

Aus der weitgehend von der Jagd bestimmten konsumtiven Wirtschaftsform dürfte sich verständlicherweise ein Interesse an der möglichst zahlreichen Fortpflanzung der jagdbaren Tiere ergeben haben. Diese lieferten das Fleisch zur Ernährung, die Felle für Kleidung und Zelte oder die Knochen zur Herstellung von Werkzeugen und Waffen, wie Nadeln oder Harpunen im späten Paläolithikum. Nicht minder war aber die Vermehrung der eigenen Sippe von lebenswichtiger Bedeutung, denn Sterblichkeit und allgemeine Lebenserwartung standen sicher in einem sehr ungünstigen Verhältnis zueinander. Nach SCHLETTE bewegte sich „noch in jüngeren urgeschichtlichen Perioden und in ältesten Klassengesellschaften die mittlere Lebenserwartung zwischen 20 und 22 Jahren“ (14).

So dürften spätestens im Jungpaläolithikum die Zusammenhänge zwischen Koitus und Geburt bekannt gewesen sein, wie verschiedene bildnerische Darstellungen erkennen lassen. Die Malereien einer trächtigen Stute und eines trächtigen Rindes in Lascaux

sprechen gleichermaßen dafür wie die lineare Wiedergabe einer Stute in La Pileta (Provinz Malaga) oder die Gravierungen in Le Mairie bei Teyjat mit der Darstellung eines Stieres, der ein Rind verfolgt. Zu den bedeutsamsten Beispielen dieser Art zählen die Lehmplastiken von Bisons in dem Saal am Ende der Höhle Tuc d' Audoubert. Der abgebrochene Schwanz des weiblichen Tieres war hochgestellt, dazu ist die geschwollene Vulva deutlich hervorgehoben. Dahinter steht der Bisonbulle im Moment des Bespringens (15). Bei aller Realistik, mit der die Malereien, Gravierungen und Plastiken gestaltet wurden, darf jedoch die imaginative Bedeutung nicht übersehen werden. Das wird gerade in Tuc d' Audoubert deutlich, wo neben fünf „phallusartigen“ Tonwülsten in einer Ecke des Saales in einem weiteren Teil der Höhle die Hackenabdrücke von Jugendlichen im Lehm des Bodens gefunden wurden. Der Entdecker, Graf BEGOUEN, glaubte ebenso wie andere Forscher, daß es sich um die Spuren eines Fruchtbarkeitstanzes handelt. Herbert KÜHN verwies dazu auf Tanzriten, wie er sie in ähnlichen Zusammenhängen bei Indianern gesehen hat (16).

Mittels magischer und zauberischer Praktiken sollte über die gezeichneten und gemalten, gravierten oder modellierten Tiere die Fortpflanzung der realen lebenden Tierwelt beeinflußt werden. Möglicherweise hat in dieser Zeit des Jungpaläolithikums das langsame Aussterben bzw. Zurückgehen einzelner jagdbarer Tiere eine Rolle dabei gespielt. Wie weit allerdings der gleiche Fruchtbarkeitszauber im Gewande der Tierdarstellung auch auf den Menschen angewendet wurde, entzieht sich unserer Kenntnis. Möglicherweise spielte er bei Initiationsriten zur Aufnahme der jungen Burschen oder Mädchen als nunmehr vollwertige Glieder der Stammesgemeinschaft eine Rolle.

Doch gehören zweifellos die zahlreichen Frauenstatuetten in diesen Bereich, die von Frankreich und Spanien über Italien, Deutschland oder Österreich und die Tschechoslowakei bis weit hinein im Osten der Sowjetunion gefunden worden sind. Bei all diesen Figuren ist auffällig, daß auf eine naturalistische Wiedergabe des Gesichts oder der Gliedmaßen verzichtet wurde. Dafür sind häufig die primären und sekundären Geschlechtsmerkmale deutlich hervorgehoben. So weist z. B. das 8 cm lange Elfenbeinfigürchen aus Laugerie-Basse bei Les Eyzies geradezu stilisierte Züge auf. Nur der Rumpf und die Beine sind herausgearbeitet sowie die Vulva, während auf die Wiedergabe der Arme und des Kopfes verzichtet wurde. Bei der bekannten Venus von Willendorf ist der Kopf zwar summarisch vorhanden, aber mit einer ornamentalen Verzierung überdeckt, die eine Haartracht andeuten könnte. Gegenüber den stark überbetonten Brüsten, Leib und Vulva sind die Arme in geradezu verkrüppelter Form kaum mehr als angedeutet. Eine Statuette aus Unterwisternitz (Dolní Vestonice) ist endlich zur Stabform stilisiert und mit ringförmig verlaufenden Einkerbungen versehen. Nur die ungleich von dem Stab ab-

Hansaplast®

Beiersdorf

verklebt nicht mit der Wunde



stehenden Brüste weisen auf Sinn und Bedeutung der Figur hin. Endlich ist eine in Mammutelfenbein gearbeitete stilisierte Frauenfigur aus Predmost (Mähren) nur noch an den gravierten ornamentalen Verzierungen zu erkennen, die neben Kopf, Armen und Beinen vor allem Unterleib und Brüste hervorhebend andeuten.

In früherer Zeit hat man erotische Vorstellungen als Ursache derartiger Gestaltungen angenommen, doch wird heute der Fruchtbarkeitszauberische Charakter kaum noch bezweifelt. Ob allerdings eine Art Muttergöttheit damit gemeint ist, läßt sich nicht ohne weiteres sagen. Auffallend ist aber, daß auf Fundplätzen in der Sowjetunion derartige Statuetten in den Wohngruben an offensichtlich bevorzugter Stelle in eigens dafür angelegten Nischen gefunden wurden, so daß damit zumindest die Annahme der magisch-zauberischen Bedeutung an Wahrscheinlichkeit gewinnt. Vielleicht stellte man sie auf, um damit die Fruchtbarkeit der Sippe zu fördern (17).

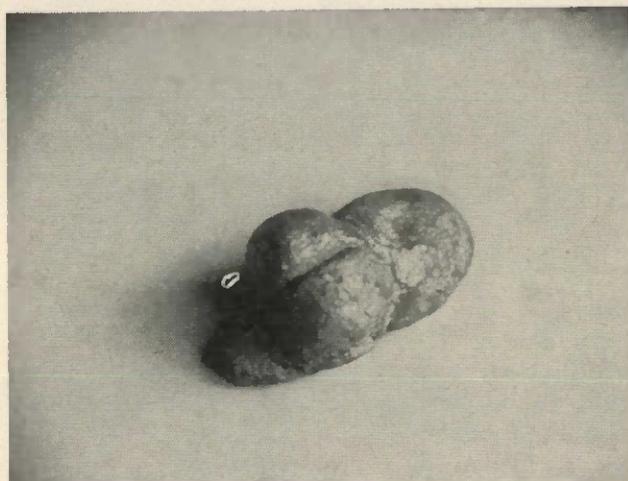


Abbildung 1
Frauenplastik (Mauern, Lkr. Neuburg)

Damit würde sich von der Funktion her die häufig an einem Ende zugespitzte Form der Statuetten erklären. Doch weist dieser langgestreckte Teil bei den Figuren von Mezín in der Ukraine eine Rotfärbung auf. Der mit den weiblichen Organen ausgestattete Teil zeigte dagegen die natürliche Farbe des Knochens. Man hat deshalb bei derartigen Figuren die Darstellung der Doppelgeschlechtlichkeit angenommen und in dem farbig hervorgehobenen Teil den männlichen Phallus gesehen. Bis in die heutige Zeit bestreichen rezente Naturvölker ihre männlichen Sexualsymbole ebenfalls mit roter Farbe (18). Rot eingefärbt war auch die Frauen-Plastik von Mauern (Lkr. Neuburg/D.). Das phallische Ende ist dort ferner mit einer Eindellung versehen, die als *orificium urethrae* gedeutet worden ist (19). In der Form eines Phallus sind z. B. auch die Venus von Savignano oder die Venus von Tursac in der einen Hälfte gestaltet. Damit wäre die Möglichkeit des Zweigeschlechterwesens gegeben, wie sie L. F.

ZOTZ angenommen hat (20) und wie sie möglicherweise ebenso für einige der sogenannten „Kommandostäbe“ zutrifft (21).

Selbst zu einer Zeit, als die Zusammenhänge zwischen Zeugung und Geburt bekannt waren, blieb der Vorgang des kindlichen Werdens im Mutterleib während der Schwangerschaft ein geheimnisvolles Geschehen, das zu mancherlei Überlegungen Anlaß gab und Fruchtbarkeitskultische Vorstellungen gefördert hat. Um so mehr, als die Konzeption zwar von der geschlechtlichen Verbindung abhängt, aber nicht unbedingt die Folge sein muß.



Abbildung 2
Steinbock mit Tierfalle und Vulvadarstellung
(Kleines Schulerloch bei Kelheim)

Neben den beschriebenen Frauenstatuetten gibt es einige Darstellungen, die als in Empfängnisbereitschaft gedeutet werden – wie die Venus von Sireuil (Dordogne – 22). Hierher gehören auch die Basreliefs von liegenden Frauen in La Madeleine oder die reliefartigen weiblichen Figuren in Angles-sur-Anglin mit der starken Hervorhebung der Vulvae. Damit ist der Übergang gegeben zu den stilisierten Vulvazellen, die in der spätpaläolithischen Kunst immer wieder vorkommen. Beispiele dafür finden sich als Gravierungen auf Steinen aus La Ferrassie oder dem Abri Blanchard (Dordogne). Sicher handelt es sich auch bei dem Zeichen unterhalb der etwa handgroßen Gravierung eines Steinbocks im Kleinen Schulerloch bei Kelheim um die Wiedergabe einer Vulva als Fruchtbarkeitssymbol (23). In ähnlicher Weise finden sich Phallusstäbe, bei denen eine Verwendung in kultischen Zusammenhängen zur Defloration nicht ausgeschlossen ist (24). Hierher gehört endlich das versenkte Relief aus Leussel (Dordogne) mit der eigenartig, fast ornamental gestalteten Doppelfigur, die als Darstellung des Geschlechtsaktes, aber auch als Gebärvorgang gedeutet wird (25).

Eng mit dem Vorgang des Gebärens hängt die Gravierung auf einem Knochen aus Laugerie-Basse zusammen. Auf dem fragmentierten, heute etwa 10 cm langen Täfelchen ist eine hochschwangere Frau zu sehen, die am Boden liegt. Arme und Beine sind nur



Abbildung 3
Ornamentale Doppelfigur
Darstellung des Geschlechtsektes oder Gebärvorganges?
(Versenktes Relief, Laussel/Dordogne)

flüchtig behandelt, die Vulva ist hervorgehoben und der Leib mit kurzen Härchen bedeckt. Über die liegende Gestalt schreitet ein Rentier hinweg. Nach H. E. SIGERIST wird darin ein Talisman gesehen. M. HÖFLER deutete den Vorgang so, daß die Frau für den damals sicher gefährlichen Geburtsvorgang die Kraft des starken Tieres erhalten soll (26). Auf alle Fälle zeigt gerade dieses Beispiel, wie stark das magisch-



Abbildung 4
Schwangere Frau mit darüber hinwegschreitendem männlichen Rentier (Leugerie-Besse)

zauberische Element für den Frühmenschen in schwierigen Situationen bestimmend gewesen sein muß. Daß dabei enge Verbindungen mit dem Tier eingegangen wurden, erhellt nochmals die aus dem Jägertum erwachsene Denkweise.

Einen wichtigen Beleg für die Zusammenhänge des jungpaläolithischen Fruchtbarkeitszaubers mit der gleichzeitigen Tierwelt publizierte L. F. ZOTZ mit zwei Gravierungen auf Knochenstäben aus dem französischen Magdalénien. Die eine Darstellung aus La Madeleine zeigt einen Bärenkopf, der die Eichel eines erigierten Phallus beleckt. Von zwei Hoden flankiert, folgt dahinter ein weibliches Becken mit Eileiter und innerem Muttermund oder Nabel (?), so die Vereinigung der beiden Geschlechtsphären vor Augen führend. Besondere Bedeutung maß der Autor dabei dem Bärenkopf im Zusammenhang mit schamanistischen Praktiken eines Bärenkultes im Jungpaläolithikum zu (27).

Es ist allerdings fraglich, ob und wie weit die Menschen des späten Paläolithikums bereits über derart detaillierte anatomische Kenntnisse verfügten, wie sie die bewußte Darstellung der Eileiter voraussetzen würde. Man wird deshalb auch bei den weiblichen Geschlechtsorganen die Wiedergabe der äußeren Situation gesehen haben.

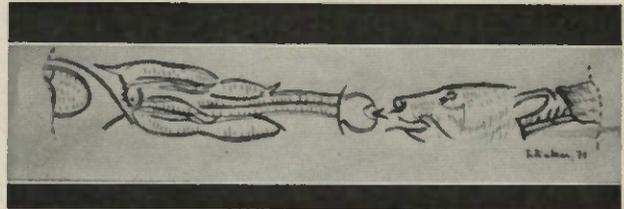
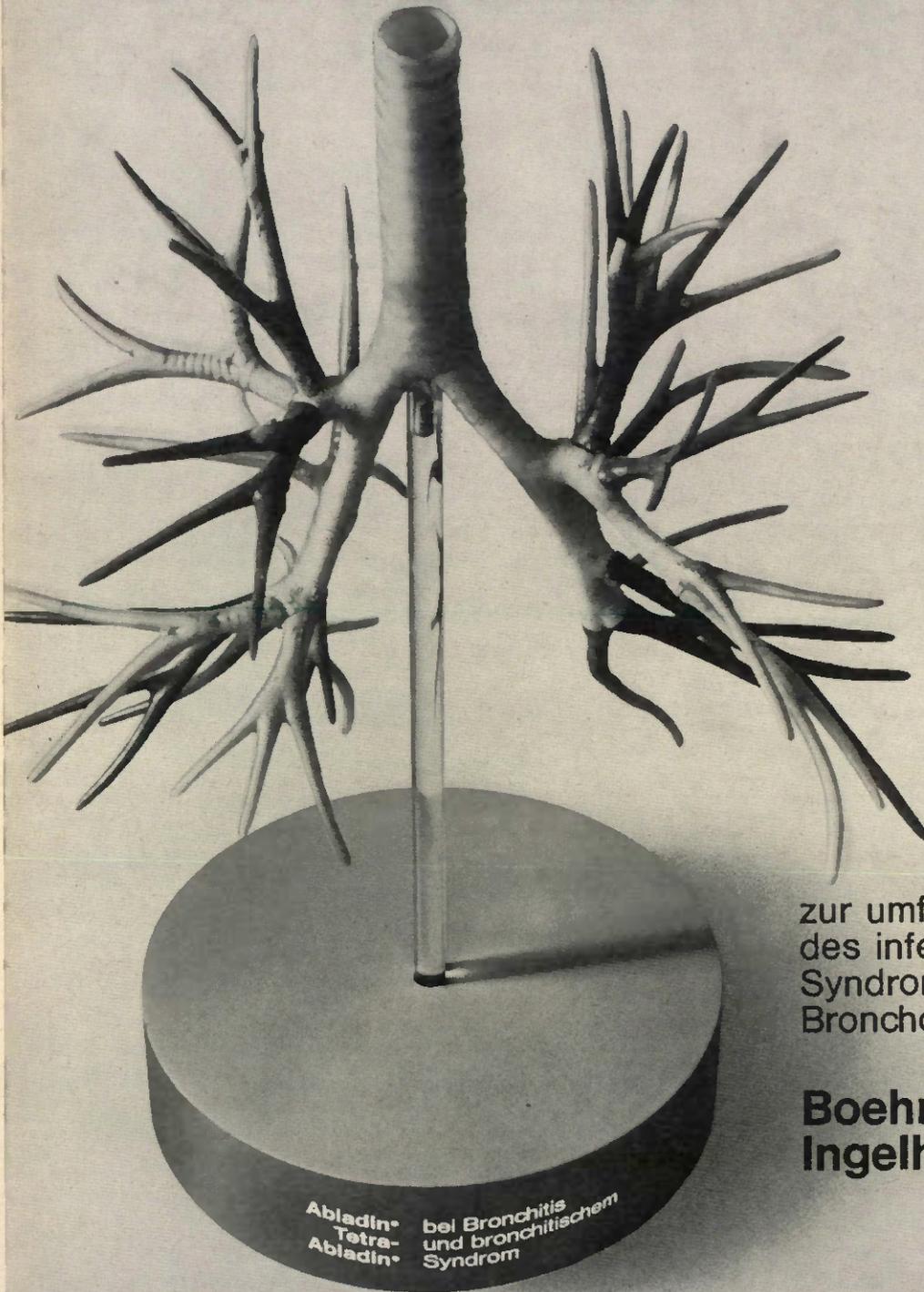


Abbildung 5
Fruchtbarkeitszauberische Darstellung
(Le Madeleine)

So mahnt auch F. SCHLETTE gegenüber übertriebenen Vorstellungen zu gewisser Vorsicht (28), wie man ebenso der Auffassung LEROI-GOURHANS nicht folgen kann, „die gesamte paläolithische Parietalkunst drücke in abstrakter Form ein komplexes Fruchtbarkeitssystem aus“ (29). Dagegen ist es wahrscheinlich, daß der Höhle selbst die symbolische Bedeutung des Mutterleibes zukommt. Auch die Tiefenpsychologie hat sich dieser Deutung längst bemächtigt (30). Was für den vorgeschichtlichen Menschen in Frankreich oder Spanien die Höhlen bedeuteten, das waren im Norden Europas die Quellen. „Der Zugang zu den ewigen Jagdgründen, zum Sitz der Gottheit, die für den Tundrabewohner immer wieder neue Tiere gebären läßt, müssen wohl in den unergründlichen Teichen liegen, so glauben sie, denn sie sehen sonst keine anderen Zugänge zur Unterwelt. Ihre Vettern im Süden hingegen glauben, daß solche in den unerforschlich tiefen Höhlen liegen müßten, und so bringen sie ihre mysteriösen Malereien an den Wänden dieser geheimnisvollen Zugänge an“ (31).

Tetra-Abiadin[®]

ist antibakteriell
wirksames Abiadin[®]



zur umfassenden Behandlung
des infektabronchitischen
Syndroms einschließlich aller
Bronchopneumonien.

**Boehringer
Ingelheim**



Indikationen:	Zusammensetzung:	Packungen:	lt. A. T.	Besondere Hinweise	
Tetra-Abiadin[®]	Bei allen Formen infizierter Bronchitiden, insbesondere bei allen chronischen Formen, zur Rezidivprophylaxe chronisch verlaufender Bronchitiden, bei bakteriellen Bronchopneumonien und Bronchiektasen.	1 Kapsel enthält: Tetracyclin-HCl 200,0 mg Alupent 2,5 mg 1-(3,5-Dihydroxy-phenyl)-2-isopropylamino-äthanol-sulfat 4,0 mg Bromhexin 8,0 mg N-Cyclohexyl-N-methyl (2-amino-3,5-dibrom-benzyl)amin-hydrochlorid 7,5 mg Doxylaminsuccinat 3,75 mg	18 Kapseln	DM 21,85	Während der Schwangerschaft, bei Säuglingen und Kleinkindern vor dem 8. Lebensjahr und bei schweren Leber- oder Nierenfunktionsstörungen sollte Tetra-Abiadin wegen der Tetracyclin-Komponente nur bei strenger Indikationsstellung verordnet werden.
Abiadin[®]	Bei allen Formen der Tracheobronchitis, katarrhalischen Bronchialerkrankungen, Emphysebronchitiden (auch mit apastischer Komponente), Bronchiektasen, Begleitbronchitiden, chron. entzündlicher Lungenerkrankungen.	1 Dragée = 2 Meßlöffel = 10 ml enthalten: Alupent 5,0 mg 1-(3,5-Dihydroxy-phenyl)-2-isopropylamino-äthanol-sulfat 8,0 mg Bromhexin 8,0 mg N-Cyclohexyl-N-methyl (2-amino-3,5-dibrom-benzyl)amin-hydrochlorid 7,5 mg Doxylaminsuccinat 3,75 mg	20 Dragées 50 Dragées 90 ml Saft 250 ml Saft	DM 4,45 DM 9,45 DM 4,95 DM 12,25	

Literaturverzeichnis

- (1) Paolo GRAZIOSI: Die Kunst der Altsteinzeit, S. 104. W. Kohlhammer, Stuttgart (1966) – Herbert KOHN: Kunst und Kultur der Vorzeit Europas. Das Paläolithikum, S. 137–138. Walter de Gruyter & Co., Berlin und Leipzig (1929) – Hermann MÜLLER-KARPE: Handbuch der Vorgeschichte. Erster Band, Altsteinzeit, S. 288 und 291. C. H. Beck, München (1966).
- (2) Harbart KOHN: Auf den Spuren des Eiszeitmenschen, S. 141. Paul List, München (1958) – Henry E. SIGERIST: Anfänge der Medizin, S. 96 und Abb. zu Bd. 1. Europe Verlag Zürich (1963).
- (3) Henry E. SIGERIST: aaO, S. 450 (2)
- (4) Ann Franke MAY: Der Schmuck aus jungpaläolithischen Bestattungen in Frankreich und Ligurien, S. 10–11 und 77–78. Oiss. Bern (1962).
- (5) Paul WERNERT: Le rôle du feu dans les ritas funéraires des hommes fossiles. in: Revue générale des Sciences, Nr. du 30 avril 1937, Paris (1937).
- (6) Friedrich SCHLETTE: Die Grenzen des Wissens beim frühen Menschen. in: Wiss. Zachr. Univ. Halle XV, 66 G, H. 1, S. 5.
- (7) Friedrich SCHLETTE: aaO, S. 7 (6).
- (8) Herbert KOHN: Kunst und Kultur der Vorzeit Europas, S. 457 ff. (1)
- (9) Herbert KOHN: Auf den Spuren des Eiszeitmenschen, S. 8 (2)
- (10) Heinz BÄCHLER: Wildkirchli, Drechenloch und Wildenmennlisloch. in: Urgeschichte der Schweiz, herausgeg. von Otto Tschumi. Bd. 1, S. 409 ff. Huber & Co. AG. Frauenfeld (1949) – Lothar F. ZOTZ: Altsteinzeitkunde Mitteleuropas, S. 120 und 123 ff. Ferdinand Enke, Stuttgart (1951) – Karl J. NARR: Urgeschichte der Kultur, S. 139 ff. Alfred Kröner, Stuttgart (1961)
- (11) Hensjürgen MÖLLER-BECK: Des Altpaläolithikum. in: Ur- und Frühgeschichtliche Archäologie der Schweiz, Bd. 1, S. 99 und 103–104. Separatum.
- (12) Hens FINDEISEN: Des Tier als Gott, Dämon und Ahne, S. 18 ff. Kosmos-Bändchen, Stuttgart (1956)
- (13) Friedbert FICKER: Die Kunst in der Urgemeinschaft. in: Bildnerisches Volksschaffen 1957, 1, S. 15–17.
- (14) Friedrich SCHLETTE: aaO, S. 14 (6)
- (15) Hermann MÜLLER-KARPE: aaO, S. 286 (1).
- (16) Herbert KOHN: Auf den Spuren des Eiszeitmenschen, S. 62 (2)
- (17) Friedrich SCHLETTE: aaO, S. 13–14 (6)
- (18) Friedrich SCHLETTE: aaO, S. 23 (6)
- (19) Friedrich SCHLETTE: aaO, S. 23 (6)
- (20) Lothar F. ZOTZ: Ein altsteinzeitliches Idol des Zweigeschlechterwesens. in: Forschungen und Fortschritte 25, 1949, S. 121 ff.
- (21) Friedrich SCHLETTE: aaO, S. 23–24 (6)
- (22) Friedrich SCHLETTE: aaO, S. 23 (6)
- (23) Friedbert FICKER: Der dritte Stil des Spätmagdalénien und der Steinbock vom Schulerloch. in: Archeologické rozhledy XVII-1965, 5, S. 674 ff.
- (24) Friedrich SCHLETTE: aaO, S. 24 (6)
- (25) Peter J. UCKO, Andrée ROSENFELD: Falschbildkunst im Paläolithikum, S. 99 und Abb. 58. Kindler Verlag, München (1967)
- (26) Henry E. SIGERIST: aaO, S. 96–97 (2)
- (27) Lothar ZOTZ: Zwei inhaltgleiche sexuell-mysteriöse Bilder aus dem französischen Magdalénien. in: Quartär Bd. 15/16, 1964/65, S. 173 ff.
- (28) Friedrich SCHLETTE: aaO, S. 6–7 (6)
- (29) Peter J. UCKO, Andrée ROSENFELD: aaO, S. 143 (25)
- (30) Peter J. UCKO, Andrée ROSENFELD: aaO, S. 143 (25) – C. G. JUNG, M.-L. v. FRANZ, J. L. HENDERSON, J. JACOBI, A. JAFFE: Der Mensch und seine Symbole, S. 285. Walter Verlag, Olten/Freiburg i. Br. (1966)
- (31) Alfred RUST: Rentierjäger der Eiszeit in Schleswig-Holstein, S. 21. Karl Wechholtz, Naumburger (1965)

Ansch. d. Verf.: Professor Friedbert Ficker, Kunst- und Kulturhistoriker, 8000 München 13, Silberstraße 21

Standesleben

Im „Bayerischen Staatsanzeiger“, Nr. 51, vom 24. Dezember 1971, wurde vom Landeswahlleiter, Herrn Rechtsanwalt Poellinger, das nachstehend abgedruckte Wahlergebnis für die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Körperschaft des öffentlichen Rechts, bekanntgemacht:

Wahlergebnis für die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Die gewählten Vertreter sind jeweils unter a), die Ersatzmänner unter b), im übrigen in der Reihenfolge der für sie abgegebenen Stimmen aufgeführt.

gez. Poellinger, Rechtsanwalt

Wahlbezirk München-Stadt und -Lend

1. Ordentliche Mitglieder

- a) Dr. Meider Walther, Prakt. Arzt, Wirtstr. 14
- Dr. Sertori Carlheinz, Augenarzt, Max-Weber-Pl. 11
- Dr. Zierhut Wolfgang, Prakt. Arzt, Waltherstr. 34
- Dr. Beluschek Othmar, Prakt. Arzt, Bauerstr. 34
- Dr. Bäcker Karl Otto, Laborarzt, Nikoieistr. 5
- Dr. Dr. Hemmerich Kurt, Mund- und Kieferchirurg, Maximilianstr. 10
- Dr. Hamburger Adolf, Nervenarzt, Cuvilliesstr. 24

Die mit * versehenen Ersatzmänner sind nach der Vorstandswahl am 22. Januar 1972 als Vertreter nachgerückt.

Dr. Hirzinger Arnulf, Prakt. Arzt, Himmelschlüsselstr. 57

Dr. Dr. Grassl Erich, Prakt. Arzt, Hofmannstr. 26

Dr. Heuke Hens-Joachim, Internist, Viktoriestr. 9

Dr. Fischer Hans Erhard, Internist, Tegernseer Landstr. 150

Dr. Bienies Gert, Hals-Nasen-Ohrenarzt, Moosecher Str. 23

Dr. Lenk-Ostendorf Hartmut, Kinderarzt, Hohenaschauer Str. 10

Dr. Wainner Peter, Prakt. Arzt, Ohlmüllerstr. 19

Dr. Liebl Herbert, Orthopäde, Lindwurmstr. 75

Dr. Kleiberger Eduard, Frauenarzt, Prinzregentenstr. 72

Dr. Hege Hans, Prakt. Arzt, Terofalstr. 4

b) Dr. Wellinöfer Klaus*, Radiologe, Sonnenstr. 11

Dr. Meyer Gabriel*, Chirurg, Ludwigstr. 8

Dr. Allwain Eugen, Prakt. Arzt, Büchmenstr. 1
Dr. Praatorius Michael, Urologa, Agnas-Bar-
nauer-Str. 71

Dr. Span Max, Internist, Josaph-Retzer-Str. 47 a
Dr. Eidan Hans Ferdinand, Nervenarzt, Hermann-
Lingg-Str. 15

Dr. Bruckmayr Halmut, Prakt. Arzt, Habsbur-
gerplatz 6

Dr. Begus Richard, Prakt. Arzt, Faldkirchen, Gref-
Zappalln-Str. 1

Dr. Kassel Karl, Prakt. Arzt, Marschnarstr. 45

Dr. Pilla u Halmut, Prakt. Arzt, Wasserburger
Landstr. 207

Dr. Krügar Franz-Josaf, Hals-Nasen-Ohrenarzt,
Schraudolphstr. 18

Dr. Landauer Renata, Prakt. Ärztin,
Schwanthalerstr. 106

Dr. Schnaidar Bernhard, Prakt. Arzt,
Emil-Dittlar-Str. 19

Dr. Tiller Rainhard, Frauenarzt, Wainstr. 11

Dr. Stoiber Friedrich, Radiologe, Pflinganserstr. 34

Dr. Zettl Wolfgang, Augenarzt, Viktoriastr. 11

Dr. Gillesberger Walter, Dermatologa,
Winterthurer Str. 3

Dr. Johna Hans, Dermatologe, Marienplatz 1

Dr. Kahl Karl-Oskar, Chirurg, Araballastr. 5

Dr. Mommsen Jans, Frauenarzt, Frauenstr. 17

Dr. Scherf Horst, Chirurg, Schützenstr. 5

2. Außerordentliche Mitglieder

- a) Prof. Dr. Hallbrügge Theodor, Kinderarzt,
Lucile-Grahn-Str. 39
Dr. Wagner Karl-Heinz, Prakt. Arzt, Mühlbaaurstr. 9
Dr. Schwarz Harbert, Internist, Kapuzinerstr. 8
Dr. Primbs Max, Allgemeinarzt, Perusastr. 2
Dr. Harbrand Elisabeth, Fachärztin i. R.,
Strindbergstr. 6
Dr. von Brentano-Hommayer Carl, Allgemein-
arzt, Landwehrstr. 20

- b) Dr. Wiegand Eva, Prakt. Ärztin, Dachauer Str. 4
Dr. Gangkofnar Ludwig, Frauenarzt, Residenz-
str. 27
Dr. Sartori Carl, Augenarzt, Mauarkircherstr. 112
Dr. Schiller Manfred, Urologe, Promanadaplatz 10
Dr. Lahmann Charlotte, Chefärztin,
Pienzenauerstr. 160
Dr. Kastanbauer Rudolf, Privatdozent,
Agilolfingerstr. 20
Dr. Full-Scharrar Gabriele, wiss. Ass.,
Saybothstr. 28
Dr. Griabsch Anton, Internist, wiss. Ass.,
Candidstr. 26
Naaff Walter, Frauenarzt, Gräfeifing,
Irminfriedstr. 20 a
Dr. Lamp Achim, Oberarzt, Daimlerstr. 8
Dr. Runta Rainer, wiss. Ass., Unterhaching,
Johann-Strauß-Str. 10

Dr. Müller-Fessbandar Hans, wiss. Ass.,
Albrecht-Dürer-Str. 26

Wahlbezirk Oberbayern

1. Ordentliche Mitglieder

Stimmkreis I

- e) Dr. Geith Alfons, Allgemeinarzt, Ingolstadt, Dollstr. 1
b) Dr. Dörrich Hagan, Internist, Ingolstadt,
Rathausplatz 3
Dr. Otto Friedhalm, Allgemeinarzt, Schrobenhausen,
Bgm.-Stocker-Ring

Stimmkreis II

- a) Prof. Dr. Sawering Hans-Joachim, Internist, Lun-
gen- und Bronchielheilkunde, Dacheu, Am Obar-
anger 14
b) Dr. Seidl Josef*, Allgemeinarzt, Schayern, Hochstr. 2
Dr. Bognar Hans, Allgemeinarzt, Dachau,
Münchner Str. 37

Stimmkreis III

- a) Dr. Krist Adolf, Allgemeinarzt, Taufkirchen,
Attinger Str. 1 1/2
b) Dr. Fröhlich Alfred, Allgemeinarzt, Freising,
Obera Hauptstr. 16
Dr. Falk Hans Georg, Allgemeinarzt, Freising,
Obera Hauptstr. 19

Stimmkreis IV

- a) Dr. Sauss Fritz, Allgemeinarzt, Gröbenzell,
Dr.-Warnar-Str. 4
b) Dr. Karn Josef, Internist, Aichach, Warlbergerstr. 21
Dr. Kurz Hermann, Augenarzt, Fürstenfeldbruck,
Hauptstr. 27

Stimmkreis V

- e) Dr. Salffart Hanspeter, Allgemeinarzt, Utting
Nr. 363
b) Dr. von Hösslin Kurt, Allgemeinarzt, Peiting,
Bahnhofstr. 2
Dr. Walter-Schaffnar Isolde, Allgemeinärztin,
Schwabhausen/Landsberg

Stimmkreis VI

- a) Dr. von Einam Jobst, Allgemeinarzt, Stockdorf,
Bahnstr. 3
b) Dr. Kuhn Halmut, Allgemeinarzt, Starnberg,
Siebanquellanweg 2
Dr. Nianhaus Stefan, Orthopäde, Starnberg,
Maximilianstr. 6

Stimmkreis VII

- a) Dr. Diati Egan, Allgemeinarzt, Isen Nr. 100
b) Dr. Jäger Helmut, Allgemeinarzt, Hohanlinden,
Isener Str. 5
Dr. Gschwandlar Josaf, Allgemeinarzt,
Bad Aibling, Kirchzaila 11

Stimmkreis VIII

- a) Dr. Schloßer Otto, Internist, Rosenheim,
Salinstr. 10

- b) Dr. Peters Rudolf, Allgemeinarzt, Endorf,
Traunsteiner Str. 8
Radlhamer Christoph, Prakt. Arzt, Schloßberg,
Salinweg 9

Stimmkreis IX

- a) Dr. Kelz I Meinhard, Internist, Tagernsaa,
Rathausplatz 7
b) Dr. Höfle Ludwig, Orthopäde, Rottach-Egern,
Südl. Hauptstr. 5
Dr. Dörfler Hellmut, Allgemeinarzt, Schliersee,
Koglerweg 2

Stimmkreis X

- a) Dr. Platiel Anton, Allgemeinarzt, Wolfratshausen,
Untermarkt 1
b) Dr. Beum Gerhard, Röntgenologe, Wolfratshausen,
Winibaldstr. 6
Dr. Volkmann Fritz, Internist, Bad Tölz, Säggasse 12

Stimmkreis XI

- a) Dr. Galger Fritz, Lungenarzt, Garmisch-Parten-
kirchen, Partnachauen 7
Dr. Kau Wolfgang, Hals-Nasen-Ohrenarzt, Weilheim,
Münchner Str. 35 b
b) Dr. Wolpert Kurt, Dermatologe, Garmisch-Parten-
kirchen, Achenfeldstr. 20
Dr. Montag Wolf Dieter, Orthopäde, Weilheim,
Alpenstr. 7
Dr. Schöpp Werner, Internist, Garmisch-Partenkir-
chen, Zugspitzstr. 33
Dr. Bermes-Kriebel Christa, Allgemeinärztin,
Murnau, Obermarkt 13

Stimmkreis XII

- a) Dr. Rechl Hermann, Allgemeinarzt, Trostberg,
Bahnhofstr. 5
Dr. Pallaske Hans, Allgemeinarzt, Saaldorf
b) Dr. Gruber Christian, Augenarzt, Traunstein, Bahn-
hofstr. 24/I
Dr. Strebl Berthold, Allgemeinarzt, Freilassing,
Kreuzederstr. 10
Dr. Höcherl Hans, Allgemeinarzt, Altenmarkt/Alz,
Steinerstr. 14
Dr. Mayarhofer Carlheinz, Allgemeinarzt, Waging,
Zwiesel Str. 13

Stimmkreis XIII

- a) Dr. Umhau Guido, Hals-Nasen-Ohrenarzt, Burg-
hausen, Marktlerstr. 29
b) Lobbichler Hanns, Allgemeinarzt, Altötting,
Kreszentiaheimstr. 52
Dr. Sporer Alfred, Allgemeinarzt, Aschau 149

Stimmkreis XIV

- a) Dr. Braun Werner, Augenarzt, Bad Reichenhall,
Ludwigstr. 15 † 15. 1. 1972
b) Dr. Golttermann Hans, Chirurg, Bad Reichenhall,
Kaiserplatz
Dr. Neugebauer Wilfried*, Allgemeinarzt, Berch-
tesgaden, Etzerschlöbl 13

2. Außerordentliche Mitglieder

- a) Dr. Schiede Manfred, Oberarzt, Internist, Rosen-
heim, Schirmbeckstr. 12
Dr. Schleichner Johann, MDR, Oberarzt, Chirurg,
Peißenberg, Guggenberg 47
Dr. Stuhlbarger Johann, Oberarzt, Chirurg,
Tegernsee, Werinherstr. 6
Dr. Kaufmann Stefan, Oberarzt, Internist, Ingol-
stadt, Neuburger Str. 60
b) Dr. Krause Elisabeth, Oberärztin, Internistin,
Rosenheim, Rathausstr. 6
Dr. Loeber Frank, Ltd. Arzt, Kinderarzt, Pang über
Rosenheim, Höhenbergweg 17
Dr. Amann Lorenz, Ltd. Arzt, Kinderarzt,
Ruhpolding, Kinderheilstätte
Dr. Güter Valentin, Oberarzt, Chirurg, Dachau,
Münchner Str. 68
Dr. Graf Maximilian, Oberarzt, Chirurg, Erding,
Görresstr. 3

Wahlbezirk Niederbayern

1. Ordentliche Mitglieder

Stimmkreis I

- a) Dr. Biechle Hermann, Augenarzt, Straubing,
Obere Bachstr. 16
b) Dr. Danner Fritz*, Allgemeinarzt, Viechtech
Dr. Hager Reinhold, Internist, Kötzing, St.-Josef-
Krankenhaus

Stimmkreis II

- a) Dr. Rixner Adolf, Allgemeinarzt, Plattling,
Preysingstr. 28
b) Dr. Schuster Raimund, Allgemeinarzt, Zwiesel
Dr. Cornet Rolf, Röntgenologe, Deggendorf,
Westliche Zwingergasse 11

Stimmkreis III

- a) Dr. Schwabe Karl, Allgemeinarzt, Vilshofen,
Kreppe 17^{1/4}
b) Dr. Neustifter Josef, Allgemeinarzt, Dingolfing,
Wiesenweg 3 a
Dr. Semmler Josef, Internist, Simbach/Inn,
Deindlstr. 2

Stimmkreis IV

- a) Dr. Gradel Max, Internist, Passau, Am Schenzl 3
b) Dr. Bauer Werner, Allgemeinarzt, Fürstenzell,
Tannenweg
Dr. Deme Cal, Allgemeinarzt, Fürstenstein,
Am Weiherfeld

Stimmkreis V

- a) Dr. Seibold Hans, Allgemeinarzt, Griesbech,
Hauptstr. 4
b) Dr. Eckert Hans Georg, Chirurg, Eggenfelden,
Kreiskrankenhaus
Dr. Hengge Anton, Frauenarzt, Simbach/Inn

Stimmkreis VI

- a) Dr. Michel Kurt, Allgemeinarzt, Landshut,
Weilerstr. 22

- b) Dr. Schmid Josef, Allgemeinarzt, Landshut,
Bachstr. 23
Dr. Müller-Platz Karl, Allgemeinarzt,
Frontanhausen, Dingoltinger Str. 9

Stimmkreis VII

- a) Dr. Blömar Carl-Albracht, Allgemeinarzt,
Kelheim, Allaastr. 9
b) Dr. Haid Elmar, Allgemeinarzt, Mainburg,
Bahnhofstr. 12
Dr. Percharmalar Alfons, Frauenarzt,
Kelheim, Kreiskrankenhaus

2. Außerordentliche Mitglieder

- a) Dr. Stainabrey Adam, Allgemeinarzt i. R.,
Vornbach, Parksiedlung 130
b) Dr. Ralith Siegfried, Internist, Passau, Städtisches
Krankenhaus
Dr. Bauer Josef, Allgemeinarzt, Passau,
Theresienstr. 19

Wahlbezirk Oberpfalz

1. Ordentliche Mitglieder

Stimmkreis I

- a) Dr. Klier Anton, Augenarzt, Regensburg,
Landshuter Str. 9
Dr. Wialoch Karl, Allgemeinarzt, Sinzing
b) Dr. Jaxthelmer Helmut, Röntgenologe,
Regensburg, Wittelsbacherstr. 1
Dr. Zitzmann Othmar, Allgemeinarzt, Regensburg,
Von-dar-Tann-Str. 28
Dr. Lagally Wolfgang, Allgemeinarzt, Cham,
Waldschmidtstr. 1
Dr. Burgar Wilhelm, Dermatologa, Regensburg,
Killermannstr. 40

Stimmkreis II

- a) Dr. Stetter Erwin, Allgemeinarzt, Amberg,
Prechtstr. 9
Dr. Ebert Hans, Hals-Nasen-Ohrenarzt, Neumarkt,
Bahnhofstr. 25
b) Dr. Diatsch Hermann, Frauenarzt, Amberg,
Harnstr. 6
Dr. Kievar Richard, Allgemeinarzt, Sulzbach-
Rosenberg, Untere Bachgassa 6
Dr. Kaisar Rudolf, Allgemeinarzt, Parsberg,
Dr.-Schrattanbrunner-Str. 15
Dr. Schwägarl Hans, Prakt. Arzt, Riedenburg

Stimmkreis III

- a) Dr. Nagal Hans-Dieter, Röntgenologe, Welden,
Goetha-Str. 6
Dr. Seidl Odo, Allgemeinarzt, Waldsassen,
Kolpingstr. 3
b) Dr. Rechl Christian, Allgemeinarzt, Waidan,
Kirchanstr. 3
Dr. Schmitt Leo, Internist, Waldan, Wöhrdstr. 14
Dr. Zeus Josef, Prakt. Arzt, Tirschenrauth,
Bahnhofstr. 20

- Dr. Dörnhöfer Alfrad, Augenarzt, Tirschenrauth,
Ellsabethstr. 1

2. Außerordentliche Mitglieder

- a) Dr. Auer Bruno, Internist, Amberg, Adalbert-Stifter-
Str. 3
b) Dr. Schütz Christof, Kinderarzt, Regensburg,
Kaulbachweg 4
Dr. Mühlisen Hermann, Radiologe, Amberg,
Margarethenweg 1

Wahlbezirk Oberfranken

1. Ordentliche Mitglieder

Stimmkreis I

- a) Dr. Graepal Hartwig, Augenarzt, Bamberg,
Grüner Markt 3
b) Dr. Sebald Klemens, Nervenarzt, Bamberg,
Pfahlplätzchen 1
Dr. Martin Rudolf, Allgemeinarzt, Bischberg bei
Bamberg

Stimmkreis II

- a) Dr. Farrenkopf Ludwig, Allgemeinarzt,
Herzogenaurach, Hauptstr. 59
b) Dr. Deckert Paul, Allgemeinarzt, Forchheim,
Klosterstr. 4
Dr. Steidl Walter, Allgemeinarzt, Kirchehrenbach,
Hauptstr. 63

Stimmkreis III

- a) Dr. Rösch Karl, Allgemeinarzt, Hainarsreuth,
Kulmbacher Str. 17
b) Dr. Fischer Rudi, Allgemeinarzt, Bayreuth,
Bismarckstr. 60
Dr. Brendler Fritz, Frauenarzt, Münchberg,
Robert-Koch-Str. 1

Stimmkreis IV

- a) Dr. Vathek Rolf, Allgemeinarzt, Coburg, Mühldamm 3
b) Dr. Lais Rudolf, Dermatologa, Coburg, Mohrenstr. 4
Dr. Dehler Adolf, Allgemeinarzt, Dörfles-Esbach,
Barliner Ring 3

Stimmkreis V

- a) Dr. Straub Guido, Orthopäde, Kronach,
Schwedenstr. 11
b) Dr. Luz Karl, Internist, Kronach, Lucas-Cranach-Str. 7
Dr. Morgenthum Heinrich, Allgemeinarzt,
Pressig, Angarstr. 16

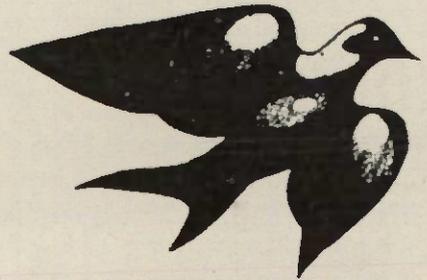
Stimmkreis VI

- a) Dr. Schmitt Ludwig, Allgemeinarzt, Hof/Saale,
Königstr. 24
b) Dr. Roller Erich, Allgemeinarzt, Feilitzsch Nr. 151
Dr. Sitzmann Rainhold, Internist, Hof/Saala,
Königstr. 19

Stimmkreis VII

- a) Dr. Schließner Armin, Allgemeinarzt, Wunsiedel,
Gabelmannsplatz 2

Neue Freiheit für den Rheumatiker



BRUFEN

Neues nicht hormonales
Antirheumatikum, hochwirksam und
äußerst gut verträglich.

BRUFEN

Verbessert die Greifkraft,
vermindert Steifheit und Schmerzen.

BRUFEN

Gut verträglich –
auch bei Magenempfindlichen.

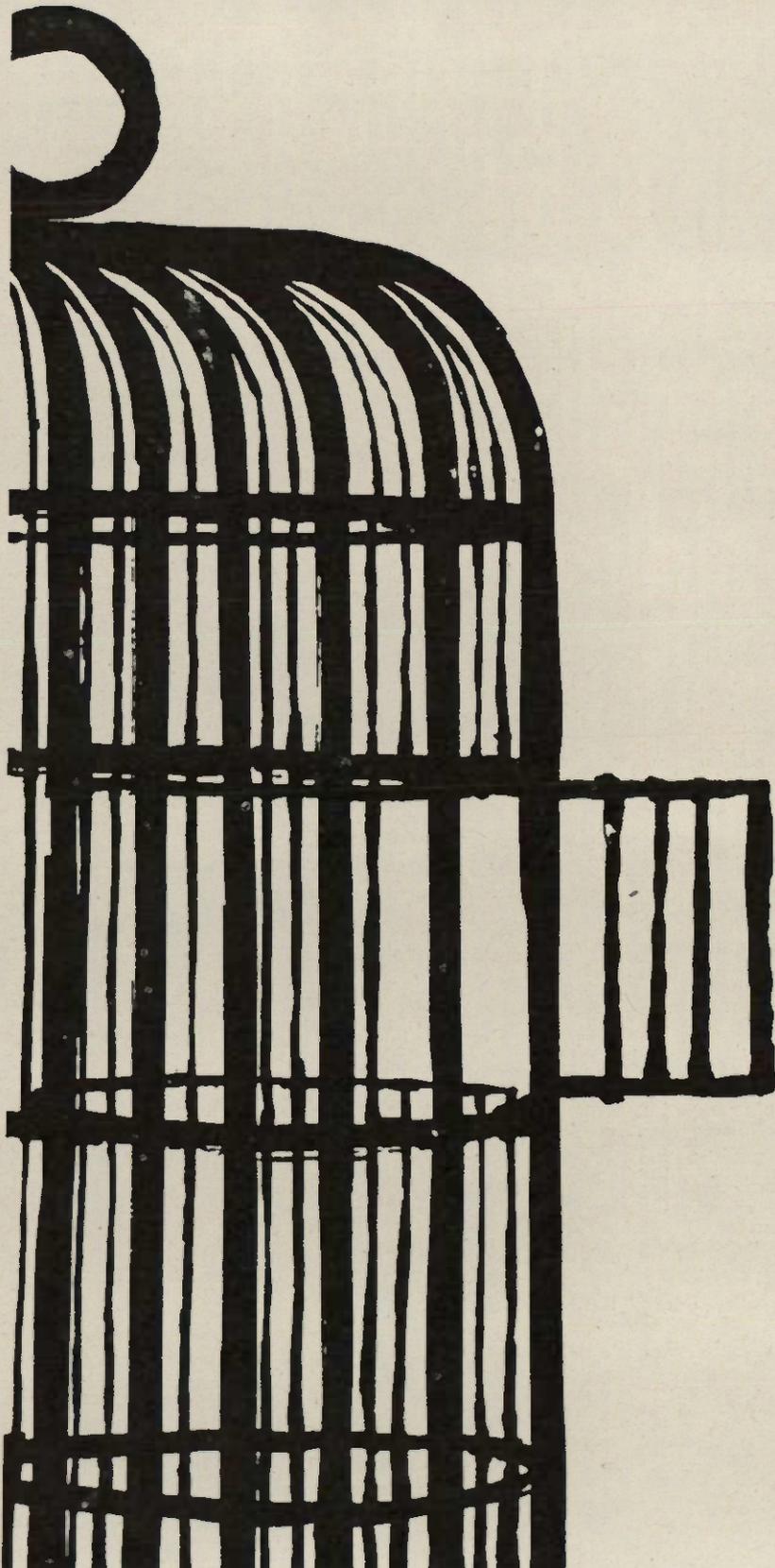
BRUFEN

Praktisch frei von Nebenwirkungen
und Kontraindikationen.

Zusammensetzung:
1 Dragée enthält 200 mg Ibuprofen

OP: 20 und 100 Dragées

UCB CHEMIE GMBH
5159 SINDORF BEI KÖLN



- b) Dr. Geißendörfer Erwin*, Augenarzt, Wunsiedel, Schönlander Weg 1
Dr. Reichel Emil, Allgemeinarzt, Selb, Poststr. 1

Stimmkreis VIII

- e) Dr. Eschenwecker Hennis, Allgemeinarzt, Kulmbach, Hardenbergstr. 38
b) Dr. Schreiber Hermann, Internist, Kulmbach, Lichtenfelser Str. 43
Dr. Kelbskopf Edwin, Allgemeinarzt, Merktleugast, Kulmbacher Str. 6

2. Außerordentliche Mitglieder

- e) Dr. Böhm Erich, Oberarzt, Coburg, Himmelsacker 38
Dr. Tittlbech Ernst, Stadt-OMR, Oberarzt, Bayreuth, Leonrodstr. 2 e
b) Dr. Schneider Wolfgang, Stadt-OMR, Oberarzt, Bayreuth, Grevenreuther Str. 44
Dr. Matussek Werner, Chirurg, Coburg, Neue Helmet 1 a
Dr. Hofmann Roland, Frauenerzt, Kulmbach, Albrecht-Dürer-Str. 20
Dr. Weber Otto, Stadt-OMR, Oberarzt, Bayreuth, Kulmbacher Str. 23

Wahlbezirk Mittelfranken

1. Ordentliche Mitglieder

Stimmkreis I

- e) Dr. Dehler Kleus, Internist, Nürnberg, Halpietz 37
Dr. Kolb Friedrich, Allgemeinarzt, Nürnberg, Bucherstr. 11
Dr. von Forster Sigismund, Internist, Nürnberg, Josephsplatz 12
Dr. Günther Hermann, Nervenarzt, Nürnberg, Fürther Str. 9
b) Dr. Beier Herbert*, Radiologe, Nürnberg, Königstr. 33
Dr. Bauer Ernst*, Hals-Nasen-Ohrenarzt, Nürnberg, Lendgrebenstr. 34
Dr. Freigeng Menfred, Augenarzt, Nürnberg, Josephsplatz 20
Dr. Schneider Kurt, Allgemeinarzt, Nürnberg, Kinkelstr. 2
Dr. Radwensky Reiner, Internist, Nürnberg, Breite Gasse 80
Dr. Zecher Il Karl, Chirurg, Nürnberg, Bayreuther Str. 10
Dr. Gessenmeyer Hermann, Allgemeinarzt, Nürnberg, Telistr. 6
Dr. Kleemann Robert, Allgemeinarzt, Nürnberg, Nibelungenstr. 19

Stimmkreis II

- e) Dr. Reichel Kleus, Internist, Hersbruck, Hindenburgplatz 11
b) Dr. Splécker Hens, Orthopäde, Leuf/Pegnitz, Wetzendorfer Str. 22
Dr. Freuenberger Werner, Prakt. Arzt, Leinburg Nr. 196

Stimmkreis III

- e) Dr. Scherff Werner, Frauenerzt, Zirndorf, Marktpletz 1
b) Dr. Romming Lothar, Allgemeinert, Fürth i. Bay., Alte Reutstr. 16
Dr. Sitzberger-Stählin Irmgard, Dermatologin, Fürth i. Bay., Rudolf-Breitscheid-Str. 1

Stimmkreis IV

- e) Dr. Wenzel Ruppert, Allgemeinert, Erlangen, Breslauer Str. 14
b) Dr. Sella Josef, Allgemeinert, Erlangen, Fürther Str. 71
Dr. von Rauffer Ludwig, Allgemeinert, Beiersdorf, Seligmennstr. 2/4

Stimmkreis V

- a) Dr. Riehl Georg, Allgemeinert, Marktbergel, Ansbacher Str. 34
b) Dr. Horst Heiko, Allgemeinert, Bad Windsheim, Heinserswall 17
Dr. Teufel Ludwig, Allgemeinert, Neustedt/Aisch, Würzburger Str. 40

Stimmkreis VI

- e) Dr. Dr. Wendelstein Helmut, Hals-Nasen-Ohrenert, Ansbach, Promenade 6
b) Dr. Heuberger Thomas, Allgemeinert, Schwabach, Penzendorfer Str. 5
Dr. Daeschlein Friedrich, Allgemeinert, Petersaurech, Hauptstr. 37

Stimmkreis VII

- e) Dr. Wüstmann Georg, Hals-Nasen-Ohrenert, Rothenburg o. d. T., Spitalgasse 15
b) Dr. Scheudig Hans-Günther, Allgemeinert, Dinkelsbühl, Alttheusplatz 8
Dr. Eggers Jürgen, Allgemeinert, Rothenburg o. d. T., Jakobsgäßchen 3

Stimmkreis VIII

- e) Dr. Spléger Hens, Allgemeinert, Eichstätt, Westenstr. 20
b) Dr. Weichmann Dieter, Hals-Nasen-Ohrenert, Weißenburg i. Bay., Markt 8
Dr. Strembeck Siegfried, Kinderarzt, Roth b. Nürnberg, Sandgasse 5 a

2. Außerordentliche Mitglieder

- e) Dr. Rothleuf Rudolf, Allgemeinert, Erlangen, Eichenweg 11
Dr. Gullich Sebastian, Hals-Nasen-Ohrenert, Nürnberg, Königstorggraben 1
Dr. Pfennmüller Walter, Internist, Oberert, Nürnberg, Juvenellstr. 29
Prof. Dr. Wolf Friedrich, Internist, Erlangen-Buckenhof, Gräfenbergerstr. 53
b) Dr. Hiitl Heinrich, Allgemeinert, Erfangen, Merlin-Luther-Platz 5

Dr. Scherbel Oskar, OMR, Allgemeinarzt,
Erlangen, Löhestr. 14

Dr. Sulzbeck Hermenn, Radiologe, Oberarzt,
Tennenlohe, Bruckerstr. 31

Dr. Brandt Walter, Prakt. Arzt, Schweig,
Am Behnhof 1

Dr. Leuxner Ernst, Frauenarzt, Oberarzt,
Erlangen, Universitätsstr. 21

Dr. Heckel Kleus, Internist, Erlangen,
Friedrichstr. 33

Dr. Kirchmayr Konstantin, Internist, Oberarzt,
Altenberg, Reutherweg 5

Dr. Bakó Laszlo, Chirurg, Oberarzt, Nürnberg,
Maffeiplatz 11

Wahlbezirk Unterfranken

1. Ordentliche Mitglieder

Stimmkreis I

- a) Dr. Keller Fritz, Chirurg, Aschaffenburg,
Grünwaldstr. 7
- Dr. Trott Christian, Allgemeinarzt, Sailaut,
Hauptstr. 33
- b) Dr. Goes Martin, Radiologe, Aschaffenburg,
Ludwigstr. 11
- Dr. Mayer Heinz, Chirurg, Aschaffenburg,
Hanauer Str. 11 a
- Dr. Volt Erich, Urologe, Aschaffenburg,
Frohsinnstr. 20
- Dr. Schellert-Hock Liselotte, Allgemeinärztin,
Aschaffenburg, Goldbacher Str. 29

Stimmkreis II

- e) Dr. Eichner Rudolf, Allgemeinarzt, Markttheiden-
feld, Marktplatz 1
- b) Dr. Hotmann Anton, Allgemeinarzt, Gemünden,
Weinbergstr. 3
- Dr. Schreiber Fritz, Augenarzt, Lohr/Main,
Rechtenbacher Str. 44

Stimmkreis III

- a) Dr. Koch Bernhard, Allgemeinarzt, Mellrichstadt,
Jakobsplatz 149
- b) Dr. Hügelschätter Helmut, Internist,
Königshoten, Festungsstr. 445
- Dr. Staab Frithjof, Allgemeinarzt, Burkardoth
Nr. 112

Stimmkreis IV

- a) Dr. Fischer Jürgen, Allgemeinarzt, Schweinfurt,
Josef-Säckler-Str. 2
- Dr. Hehn Hans, Allgemeinarzt, Geldersheim Nr. 189
- b) Dr. Römelt Armin, Allgemeinarzt, Schwenteld
Nr. 55
- Dr. Müller Walter, Allgemeinarzt, Obbach Nr. 115
- Dr. Krämer Dieter, Orthopäde, Schweinfurt,
Siebenbrückleinsgasse 10-12
- Dr. Wolz Werner, Allgemeinarzt, Schweinfurt,
Luitpoldstr. 17

Stimmkreis V

- a) Dr. Rötter Werner, Internist, Würzburg,
Juliuspromenade 58
- Dr. Fiu ch Franz, Kinderarzt, Würzburg,
Kapuzinerstr. 17^{1/2}
- Dr. Kraettl Fritz, Allgemeinarzt, Würzburg,
Eglottsteinstr. 8
- b) Dr. Brücki Bernhard*, Allgemeinerzt, Würzburg,
Ludwigstr. 11
- Dr. Kell August, internist, Würzburg, Martinstr. 3
- Dr. Mehling Rudolf, Allgemeinarzt, Würzburg,
Brücknerstr. 20
- Dr. Sichelstiel Karlheinz, Allgemeinarzt,
Ochsenfurt, Floßhatenstr. 2
- Dr. Beudler Udo, Allgemeinarzt, Rüdenshausen
- Dr. Drescher Günther, Allgemeinarzt, Sulzheim

2. Außerordentliche Mitglieder

- e) Dr. Vierhellig Hugo Karl, OMD, Nervenarzt,
Würzburg, Walther-von-der-Vogelweide-Str. 19
- Dr. Oschmann Frenz Joset, Chirurg, Kitzingen,
Paul-Rücklein-Str. 14
- b) Dr. Rusche Horst, Internist, Bad Neustadt,
Sonnenstr. 10
- Dr. Weis Otto, Wissenschaftl. Mitarbeiter, Würzburg,
Handgasse 10
- Dr. Hessdörter Eduerd, OMR, Chirurg, Würzburg,
Friedenstr. 36
- Dr. Schicker Willibald, OMR, Internist, Würzburg,
Keesburgstr. 17 e

Wahlbezirk Schwaben

1. Ordentliche Mitglieder

Stimmkreis I

- a) Dr. Gahbauer Alfred, Allgemeinarzt, Stadtbergen,
Osterfeldstr. 21
- Dr. Heilmann Klaus, Internist, Lungen- und
Bronchialheilkunde, Augsburg, Maximilianstr. 27
- Dr. Weinmann Hermann, Allgemeinarzt,
Augsburg, Humboldtstr. 41
- Prot. Dr. Schretzenmeyer Albert, Internist,
Augsburg, Prinzregentenstr. 1
- b) Dr. Weigeli Dieter*, Hals-Nasen-Ohrenerzt,
Augsburg, Schaezlerstr. 4
- Dr. Reinerthshofer Otto, Chirurg, Augsburg,
Prinzregentenstr. 8
- Dr. Schweigart Hermann, Orthopäde, Augsburg,
Prinzregentenstr. 4
- Dr. Heiß Paul, Chirurg, Haunstetten, Städt.Kranken-
haus
- Dr. Fischbech Gunter, Allgemeinarzt, Haun-
stetten, Lendsberger Str. 62
- Dr. Jiraneck Karl, Allgemeinarzt, Buttenwiesen,
Kirchweg 10
- Dr. Stiller Hans, Allgemeinarzt, Augsburg,
Brentanostr. 22
- Dr. Hastenpflug Walter, Allgemeinarzt, Kissing,
Max-Planck-Str. 3

Stimmkreis II

- e) Dr. D e x e l Werner, Allgemeinerzt, Kempten, Brodkorbweg 35
- b) Dr. S c h m i d t Wilhelm, Augenerzt, Kempten, Behnhofstr. 6
Dr. M o l l Willy, Allgemeinarzt, Wildpoldsried, Kemptener Str. 10

Stimmkreis III

- a) Dr. E u l e r Stefan, Allgemeinarzt, Lindau, Lengenweg 13
- b) Dr. H i l b i n g Rudolf, Prakt. Arzt, Lindau, Münchhofstr. 1
Dr. F e u r l e Martin, Internist, Lindenberg, Hauptstr. 66

Stimmkreis IV

- e) Dr. K o e b e r l e Erwin, Prakt. Arzt, Oberstaufen, Am Staufen 3
- b) Dr. A c h Robert, Allgemeinarzt, Immenstadt, Bahnhofstr. 23
Dr. W o l l m a n n Bruno, Allgemeinarzt, Fischen, Hauptstr. 10

Stimmkreis V

- e) Dr. Z a s c h e Richard, Prakt. Arzt, Kaufbeuren-Neugablonz, Hubertusstr. 4
- b) Dr. R e i n e r Ortwin, Prakt. Arzt, Kaufbeuren, von-Colln-Str. 10
Dr. H ö h n e Peter, Allgemeinarzt, Kaufbeuren, Ludwigstr. 4

Stimmkreis VI

- e) Dr. M e i e r Wolfgang, Internist, Lungen- und Bronchialheilkunde, Mindelheim, Bad-Wörishofer Str. 5
- b) Dr. S c h r o d e Rupert, Allgemeinerzt, Vöhringen, Ulmer Str. 13

Dr. K e s s l i n g e r Hans, Urologe, Memmingen, Buxacher Str. 81

Stimmkreis VII

- a) Dr. S e n n Rudolf, Hals-Nasen-Ohrenarzt, Neu-Ulm, Marienstr. 2
Dr. G e r s t m e i e r Wolfgang, Allgemeinerzt, Nersingen, Schulstr. 10
- b) Dr. H a t t o n Rudolf, Dermatologe, Günzburg, Dillinger Str. 18
Dr. G ö g e l e i n Walter, Allgemeinerzt, Krumbach, Mindelheimer Str. 37
Dr. H ö r m a n n Karl, Allgemeinarzt, Leuingen, Albertusstr. 3
Dr. T h ä l e Eberhard, Internist, Weißenhorn, Ahornweg

Stimmkreis VIII

- a) Dr. S c h u r r e r Karl, Allgemeinerzt, Nördlingen, Walbergerstr. 4
 - b) Dr. Z e r z o g Luitpold, Hals-Nasen-Ohrenarzt, Nördlingen, Zeitblomweg
Dr. H e i ß Werner, Prakt. Arzt, Nördlingen, Löpsinger Str. 32
2. Außerordentliche Mitglieder
- a) Dr. P u t z Oskar, Oberarzt, Augsburg, Saaburgstr. 1
Dr. K e r n Josef, Oberarzt, Neusäß, Brahmstr. 1
 - b) Dr. B r e y Alois, Oberarzt, Augsburg, Frauentorstr. 41
Dr. F a b i a n Walter, Beamteter Arzt, Augsburg, Ottobeurer Str. 56
Dr. F l a c h s e n b e r g Ernst, Oberarzt, Augsburg, Wörishofer Str. 4
Dr. K l e i n Karl-Heinz, Oberarzt, Augsburg, Neusässer Str. 43 d

Neuwahl des Vorstands der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Die im Dezember 1971 neugewählte Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns trat am 22. Januar 1972 zu ihrer konstituierenden Sitzung zusammen.

Als Vorsitzender der Vertreterversammlung wurde Herr Dr. Otto S c h l o ß e r, Rosenheim, und als sein Stellvertreter Herr Dr. Johann S c h l e i c h e r, Peißenberg, gewählt.

Der in dieser Sitzung neugewählte **Vorstand** der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns setzt sich aus folgenden Kollegen zusammen:

Dr. Walther M e i d e r, München,
als Vorstandsvorsitzender
Dr. Friedrich K o l b, Nürnberg,
als stellvertretender Vorsitzender;

für die acht Bezirksstellen:

Dr. Hans-Joachim H e u k e, München,
Professor Dr. Hans-Joachim S e w e r i n g, Dachau,
Dr. Hermann B i e c h e l e, Straubing,
Dr. Heinrich E i s e r t, Regensburg,
Dr. Armin S c h l e u ß n e r, Wunsiedel,
Dr. Klaus D e h l e r, Nürnberg,
Dr. Fritz K r a e f f t, Würzburg,
Dr. Alfred G a h b a u e r, Stadtbergen;

für die außerordentlichen Mitglieder:

Dr. Hermann M ü h l e i s e n, Amberg.

Die Vertreterversammlung wählte außerdem eine Reihe von Ausschüssen.

In den **Finanzausschuß** wurden gewählt:

Dr. Karl Otto B ä c k e r, München,
Dr. Hermann R e c h l, Trostberg,

Das neue Versicherungs-Programm für Ärzte

Ganz auf den Arzt und seine Familie abgestimmt: Eine Krankheitskosten-Versicherung mit attraktiven Leistungen. 100%ige Kostenübernahme für ambulante und stationäre Behandlung ohne oder mit Selbstbeteiligung. Zahlreiche Varianten ermöglichen eine individuelle Anpassung.



Durch neuartige, praxisperechte Formen der Selbstbeteiligung können erhebliche Beiträge gespart werden: Dr. K. zahlt zum Beispiel nur 32,15 DM monatlich (einschließlich Zusatzleistung - 75% für Zahnbehandlung und 50% für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierungen).

Allein die Vereinigte bietet diese Kombination.

Sprechen Sie mit unserer zuständigen Bezirksdirektion. Oder verlangen Sie ausführliche Information. Mit diesem Coupon.

Vereinigte
Krankenversicherung AG

Zum Beispiel Dr. Werner K.

Dr. K. (32) verzichtet in den ersten vier Wochen einer ambulanten Behandlung auf die Erstattung von Arzthonorar und Arzneimittel. Danach aber möchte er hundertprozentigen Versicherungsschutz, zeitlich unbegrenzt und ohne etwas dazuzahlen. Im Krankenhaus wünscht er von Anfang an 100%ige Absicherung.

Vereinigte-
Ihrer Gesundheit zuliebe.

Übrigens: Die Vereinigte und Ihre „Tochter“ Salus sind Gruppen-Vertrags-Partner Ihrer Ärztekammer.

Coupon

Name: _____

Anschrift: _____

Informieren Sie mich über Ihr neues Versicherungs-
Programm für Ärzte. Kostenlos und unverbindlich.

Ich bin versichert bei:
Vereinigte Salus anderweitig
Vereinigte-Krankenversicherung AG
8 München 23
Leopoldstraße 24

Dr. Adolf Rixner, Plattling,
 Dr. Odo Seidl, Waldsassen,
 Dr. Hartwig Graepel, Bamberg,
 Dr. Georg Wüstmann, Rothenburg,
 Dr. Fritz Keller, Aschaffenburg,
 Dr. Rudolf Sann, Neu-Ulm,
 Dr. Karl-Heinz Wagner, München.

Die Vertreterversammlung verabschiedete gleichzeitig drei Kollegen, die sich in besonderer Weise um die bayerische Kassenärzteschaft verdient gemacht haben:

Herrn Dr. Friedrich Völlinger, Freising,

der über 20 Jahre Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns war,

Herrn Dr. Hans Petz, München, der ebensolange Vorsitzender der Bezirksstelle München war, und

Herrn Dr. Heinrich Giesen, München, der viele Jahre als Vorsitzender der Vertreterversammlung wirkte.

Die Vertreterversammlung brachte ihren Dank an diese Kollegen in besonders herzlicher Form zum Ausdruck.

Verabschiedung des langjährigen Vorstandsvorsitzenden Dr. Völlinger — Nachfolger Dr. Walther Meider — Stellvertreter Dr. Kolb — neuer Vorsitzender der Vertreterversammlung Dr. Schloßer



Der neugewählte KV-Vorstandsvorsitzende Dr. Walther Meider (links) mit seinem Amtsvorgänger Dr. Völlinger (rechts), in der Mitte der langjährige Vorsitzende der Bezirksstelle München, Dr. Petz, der ebenso wie Dr. Völlinger nicht mehr kandidierte



Kaum neugewählt — und schon die erste Terminvereinbarung mit dem Kammerpräsidenten, Professor Dr. Sewering



Der neugewählte Vorsitzende der Vertreterversammlung, Dr. Schloßer (rechts), nimmt die Glückwünsche seines Amtsvorgängers Dr. Giesen, der nicht mehr kandidierte, entgegen



Vorstandsvorsitzender Dr. Meider (links) und stellv. Vorstandsvorsitzender Dr. Kolb

Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins

Der Bayerische Medizinalbeamtenverein e. V. hielt am 8. und 9. Oktober 1971 in Nürnberg seine diesjährige Landesversammlung ab. Der Landesvorsitzende Medizinaldirektor Dr. WALTHER, Kitzingen, umriß in seiner Eröffnungsansprache die Bedeutung des für die Gesundheit des Menschen wichtigen Themas „Urlaub, Camping, Badewesen“ mit seinen Aspekten für den öffentlichen Gesundheitsdienst. Er führte u. a. aus, daß der alte Grundsatz „Vorbeugen ist besser und billiger als heilen“ sich immer mehr durchsetze. Auch die Umweltverschmutzung bedroht die Gesundheit des einzelnen und die Pandemie des Drogenmißbrauches zwingt zur Aufmerksamkeit. Um den öffentlichen Gesundheitsdienst bei diesen vielfältigen Aufgaben nicht zu lähmen, ist eine entsprechende leistungsfähige Organisation erforderlich, weshalb die Einheit der Führung alsbald wieder hergestellt werden sollte. „Die Schere schneidet nicht, deren Hälften in verschiedenen Ministerien verwaltet werden“. Vielfältige, zum Teil neue lohnenswerte Aufgaben sind zu lösen. In einem modernen Gesundheitsamt sollten der Arzt, der Lebensmittelchemiker und der Veterinär enger zusammenarbeiten. Sicher würden diese interessanten Aufgaben einen stärkeren Anreiz für jüngere Kollegen darstellen, in den öffentlichen Gesundheitsdienst einzutreten. Der Landesvorsitzende betonte, daß bei der begrüßenswerten Entstehung größerer und leistungsfähigerer Ämter durch die Gebietsreform nicht übersehen werden darf, daß ein dichtes Netz von Beobachtungs-, Beratungs- und Fürsorgestellen über das ganze Land eine Notwendigkeit bleibt. Weiterhin hob er hervor, daß die Laufbahn des Medizinalbeamten in der Gesundheitsverwaltung eine Sonderlaufbahn darstellt. Damit der öffentliche Gesundheitsdienst für erfahrene und besonders qualifizierte Ärzte attraktiv sein kann, ist eine an der Verantwortung und Leistung orientierte Besoldung zu fordern. In seinen Schlußworten versicherte der Landesvorsitzende, daß der Bayerische Medizinalbeamtenverein zur Mitarbeit bei der Lösung der anstehenden Probleme bereit sei und Sachverstand und guten Willen anbiete.

Ministerialdirektor Dr. RIEDL vom Bayerischen Staatsministerium des Innern überbrachte die Grüße des verhinderten Staatsministers Dr. MERK und ging auf einige spezielle Probleme des öffentlichen Gesundheitsdienstes ein. Er betonte, daß der öffentliche Gesundheitsdienst keineswegs in einer Krise, sondern in einer Phase der Wendung stecke. Er bedarf einer grundlegenden Neuorientierung hinsichtlich seiner Ausgangsstellung, Organisation und der Arbeitsmethoden. Umwelthygiene und Seuchenbekämpfung stellen uns vor immer neue Probleme. Dr. Riedl führte weiter aus, daß es das Bestreben des Innenministeriums sei, den Ärzten und Naturwissenschaftlern optimale finanzielle Bedingungen zu geben und die Besoldung der Juristen und Verwaltungsbeamten anzugleichen. Dies

sei für das Ansehen des Medizinalbeamten und als Anreiz für den Nachwuchs von wesentlicher Bedeutung.

Herr Dr. THOMA hieß die Versammlung als Sozialreferent in Vertretung des Oberbürgermeisters und der Stadt Nürnberg im ausgehenden Dürerjahr herzlich willkommen und wünschte erfreuliche Tage in der alten Noris.

Als Vertreter der Landesärztekammer, sowie in seiner Funktion als Landesvorsitzender des Hartmannbundes, überbrachte Vizepräsident Dr. BRAUN die Grüße von Professor Dr. SEWERING. In seinen Grußworten betonte er, daß es besonders wichtig sei, in einer Zeit, in der alles in Frege gestellt und der Ruf nach Sozialisierung der Medizin laut werde, das Image des Arztes als ruhenden Pol zu erhalten. Der Arzt als Helfer für den ganzen Menschen dürfe nicht zu stark spezialisiert sein und deshalb sollte jeder Spezialist oder Professor einmal als Landarzt praktiziert haben. Es müsse verdeutlicht werden, was der Arzt für den Menschen bedeutet, deshalb müsse auch die Freiheit des niedergelassenen und des beamteten Arztes gesichert bleiben.

Aus Termingründen konnte es der Bayerische Staatsminister für Arbeit und Sozialordnung, Dr. PIRKL, erst am Nachmittag ermöglichen, vor der Landesversammlung zu sprechen. Nach seinen Grußworten kam er auf die Aufteilung des öffentlichen Gesundheitswesens auf zwei Ministerien in Bayern zu sprechen und stellte fest, daß dies kein Novum sei. Bisher fielen bereits umfangreiche Teilbereiche des Gesundheitswesens in die Zuständigkeit des Sozialministeriums, jetzt hätten sich nur die Grenzmarken zwischen den Ministerien verschoben. Beim Innenministerium verblieben diejenigen Aufgaben im Gesundheitswesen, die den Bereich der öffentlichen Sicherheit und Ordnung betreffen, die übrigen – speziell die Aufgaben der Vor- und Fürsorge – seien dem Sozialministerium zugeordnet. Es ergäbe sich also die Notwendigkeit einer umfangreichen vertrauensvollen Zusammenarbeit. Der Minister hielt es für die beste Lösung, bei den Bezirksregierungen eigene Gesundheitsabteilungen zu schaffen, die in der steigenden Bedeutung und dem wachsenden Umfang der Aufgaben ihre Rechtfertigung fänden. Nachdem Dr. Pirkl verschiedene Probleme gestreift hatte, begrüßte er die Wahl des Tagungsthemas, da der Bayerische Medizinalbeamtenverein damit gezeigt habe, daß er die gesundheitspolitischen Zeichen der Zeit erkannt hat. Das Wort „Freizeit ist ein Feld für reife Menschen“ zeigt, daß wir es hier zweifelsohne mit einem ganz großen Erziehungsproblem unserer Zeit zu tun haben, zu dessen Lösung der öffentliche Gesundheitsdienst viel beitragen kann und wird.

Den Festvortrag hielt Professor Dr. Dr. KÖHLER (Pädagogische Hochschule Nürnberg der Universität Erlangen-Nürnberg) über das Thema „Mensch, Arbeit,

Freizeit".*) Der Referent ging von der Erkenntnis aus, daß sich die Situation des Menschen im Laufe der jüngsten Vergangenheit stark gewandelt hat. Wir befinden uns in einem Zeitalter rapider Veränderung, das durch Wissenschaft, Technik und moderne Formen der Wirtschaft bestimmt ist. Seit geraumer Zeit vollzieht sich inmitten unserer Gesellschaft der Übergang von Formen des bäuerlichen und handwerklichen Lebens in die einer Industriegesellschaft. Die Gesellschaft wurde mobil, die Schwere der Arbeit nahm ab, aber die Verantwortlichkeit für die Arbeit wuchs. Arbeits- und Lebensgemeinschaft decken sich nicht mehr. Arbeit zur Ehre Gottes und zum Wohle des Nächsten, wie im 16. Jahrhundert, wird weithin nicht mehr verstanden. Arbeit als Bestätigung und Selbstverwirklichung des Menschen wird allgemein nicht mehr praktiziert. Es besteht die Gefahr, daß der Arbeitsvorgang für die Menschen sinnentleert und daß er deshalb nur noch unter dem Gesichtspunkt des Lohnes durchgeführt wird. Die immer umfangreicher werdende Freizeit wird bei vielen entgegen ihrem gesundheitlichen Sinn mit Schwarzarbeit ausgefüllt; andere langweilen sich und werden zu bloßen Unterhaltungskonsumenten. Den Auswüchsen, die Arbeit durch Gammelei zu meiden und die Freizeit mit Rauschmitteln zu überbrücken, könne man nicht mit Moralisieren begegnen, sondern der Mensch der Gegenwart müsse die Chance haben, sich seine Freizeit sinnvoll zu gestalten. Er müsse ein positives Verhältnis zum Spiel gewinnen und die Geselligkeit in neuen Formen pflegen. Auf diese Weise werden Phantasie und schöpferische Kraft des Menschen wieder angeregt. So sei es denn auch möglich, in der Welt der Arbeit neue und sinnvolle Formen und Beziehungen zu finden. Dies alles sei auch eine Frage der Erziehung. Das Problem des Menschen, der sich in der Gegenwart in Frage gestellt sieht, muß durch Zusammenarbeit der Wissenschaften angefaßt und gelöst werden.

Die wissenschaftlichen Vorträge der Tagung wurden mit dem Referat von Obermedizinaldirektor Dr. LEGLER (Staatliche Bakteriologische Untersuchungsanstalt Erlangen) über die „Hygienischen Probleme des Badewesens und des Campings“ eröffnet. Der Referent betonte zunächst, daß das Gesundheitsamt u. a. auch die Aufgabe habe, die Errichtung öffentlicher Bäder zu fördern und diese hinsichtlich der gesundheitlichen Anforderungen zu überwachen. Die gesundheitliche Problematik der Bäder wird einmal durch die gesundheitsfördernde Wirkung und zum anderen durch mögliche Schäden gekennzeichnet, wobei die erstere um ein Vielfaches überwiegt. Bei den Schäden wurde zunächst kurz auf die Badeunfälle eingegangen und dann die Übertragung ansteckender Krankheiten eingehend erörtert. Bei den Infektionen ist zwischen bakteriologischen und Virusinfekten sowie den Mykosen über Fußböden und Fußmatten zu unterscheiden.

*) Dieser Vortrag wird in einem der nächsten Hefte des „Bayerischen Ärzteblattes“ veröffentlicht werden.

Die Zahl der zweifelsfrei durch Badewasser verursachten Infektionen ist im Verhältnis zu der Anzahl der Besucher der Frei- und Hallenbäder äußerst gering. Eine exakte Feststellung der Zusammenhänge bleibt schwierig und ist vielfach unmöglich. Allein die Erfahrung kann die Frage nach der Infektionswahrscheinlichkeit entscheiden.

Weiter führte der Redner aus, daß an der Oberfläche gechlorter Bäder ein an Mikroorganismen reicher Film nachweisbar ist. Diese Feststellung war Anlaß, die vertikale Durchströmung des Beckens vom Boden her sowie die Ableitung des Wassers über Überflutungsrinnen bei hochliegendem Wasserspiegel zu empfehlen. Im Verlaufe des Vortrags wurden noch die hygienischen Anforderungen an ein Badewasser nach Auffassung des Bundesgesundheitsamtes dargelegt, sowie einige Anregungen für die Planung (Größe, Lüftung, Wassertemperatur, Farbe u. a.) und über Probleme der Desinfektion des Badewassers (Chlor, Ozon, Jod) gegeben.

Bei der Besprechung der Campinghygiene brachte Dr. Legler zum Ausdruck, daß es sich hierbei um ein wesentliches Problem des öffentlichen Gesundheitswesens handelt (19,4 Millionen Übernachtungen waren es 1969 in der BRD). Bei der Beurteilung der erforderlichen sanitären Einrichtungen usw., für die vor allem die Richtlinien des Bundesgesundheitsamtes und des Deutschen Fremdenverkehrsverbandes aufgezeigt wurden, müssen auch der gegenwärtige Trend zum Wohnwagen, die Zunahme der Zahl der Dauercamper und das Wintercamping berücksichtigt werden. Abschließend wurde auf die klimatischen Verhältnisse im Zelt und im Wohnwagen sowie ihre Auswirkung auf den Menschen und auf den Erholungserfolg eingegangen.

Oberarzt Dr. STOCKSMEIER von der Klinik Höhenried für Herz- und Kreislaufkrankheiten der LVA Oberbayern sprach über „Medizinische Aspekte der Freizeitgestaltung“. Einleitend erwähnte der Vortragende, daß in Deutschland jährlich etwa 250 000 Menschen neu an einem Herzinfarkt erkranken. Eine immer größere Anzahl dieser Patienten erholt sich durch entsprechende Behandlung im Akutkrankenhaus und später in Rehabilitationskliniken. Dort lernen sie jene Lebensweise kennen, die zuhause und im Urlaub fortgesetzt werden soll. Die Ärzte werden nun täglich von solchen Patienten gefragt, wo und wie sie ihren Urlaub verbringen sollen. Es ist deshalb eine Kontaktaufnahme zwischen den Verantwortlichen für den Tourismus und den Medizinern zu empfehlen, denn die Frage, wie der Urlaub aus der Sicht des Arztes aussehen soll, muß auch den Hotelier interessieren. Die ärztlichen Wünsche faßte der Referent in drei Forderungen zusammen:

1. Ein möglichst reichhaltiges Angebot an gesundheitsgerechten Möglichkeiten der Freizeitgestaltung, ohne daß diese nach Medizin riechen sollen.

Hierzu gehören u. a. Skiwanderungen, Hallenbäder, geheizte Freibäder, der sogenannte Vitaparcour usw.

2. Eine gesundheitsgerechte optimale Kost, ohne den üblichen Beigeschmack von Diät, denn ca. 30% aller Menschen in Mitteleuropa haben Übergewicht, 10% sind zuckerkrank. Eine moderne „Herzschutzkost“ soll kalorienarm, fettarm, kohlehydratarm und eiweißreich sein. Eine moderne Diätküche müsse Augen und Gaumen ansprechen, deshalb sollten sich Küchenchefs wegen Kochkurse an entsprechende Experten wenden (z. B. Dr. AUMÖLLER in Prien am Chiemsee). Durch den nachgewiesenen Zusammenhang zwischen Infarkt und Zigarettenkonsum und im Hinblick auf die Bedeutung der passiven Raucherschäden wird die Einrichtung von Nichtraucherräumen in Gaststätten aktuell werden.
3. Eine adäquate ärztliche Versorgungssicherheit, d. h. vor allem auch kardiologisch-ärztliche Betreuung ohne aufdringliche Präsenz. Hierzu ist es für den Patienten nach Herzinfarkt, der eine seinem Können angemessene sportliche Betätigung sucht, wichtig, einen Arzt in seiner Nähe zu wissen, der mit den notwendigen technischen Einrichtungen zur Beurteilung seiner Leistungsfähigkeit ausgerüstet ist. Durch eine entsprechende sportärztliche Ausbildung, z. B. im Rahmen eines Seminars beim Landessportarzt, könnte den Landärzten auch außerhalb der Wintersaison eine im Interesse aller liegende Nebeneinnahme geschaffen werden.

Der Referent schloß mit der Feststellung, daß die bedingt Gesunden, z. B. nach Herzinfarkt, in Europa immer mehr zunehmen und in absehbarer Zeit einen erheblichen Prozentsatz der Urlaubsgäste darstellen werden. Es müssen deshalb entsprechende Maßnahmen und Einrichtungen geplant und in die Praxis umgesetzt werden.

Der nächste Referent war Dr. A. KALTSTEIN, vom Institut für Physikalische Biochemie der Universität München. Er behandelte das Thema „Naturschutz und Umweltvorsorge als gesellschaftspolitische Forderung der siebziger Jahre“. Hierbei befaßte sich der Vortragende besonders mit den Auswirkungen von Umwelteinflüssen, insbesondere Luftverschmutzungen, auf die menschliche Gesundheit. In dieser Hinsicht dominieren die verkehrsbedingten Umweltschäden. Die durch die Kraftfahrzeuge hervorgerufene Luftverschmutzung hat sich z. B. in München in den letzten zwei Jahren vervierfacht. Die Situation ist dort besonders ungünstig, da normalerweise eine so geringe Windgeschwindigkeit besteht, daß die Schmutzstoffe sich anhäufen und nicht schnell genug durch den Wind weggedrückt werden. Als die wichtigsten gesundheitsschädlichen Faktoren wurden erläutert: Stickoxyde, Kohlenmonoxyd, Kohlenwasserstoffe, Blei und der Lärm. Nach Darstellung der Entstehung, der Giftigkeit und der Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit wurde betont, daß die Schädigungen durch die negativen Umwelt-

einflüsse, insbesondere die Luftverschmutzung, als nachgewiesen gelten können. Sie nehmen so stark zu, daß man nicht mehr von Einzelfällen sprechen kann. In medizinischen Fachgutachten für Gerichte werden diese Schäden bereits als Körperverletzung anerkannt, so daß Klagemöglichkeit besteht.

Als Ursache dieser Entwicklung nannte Dr. Kaltstein folgende:

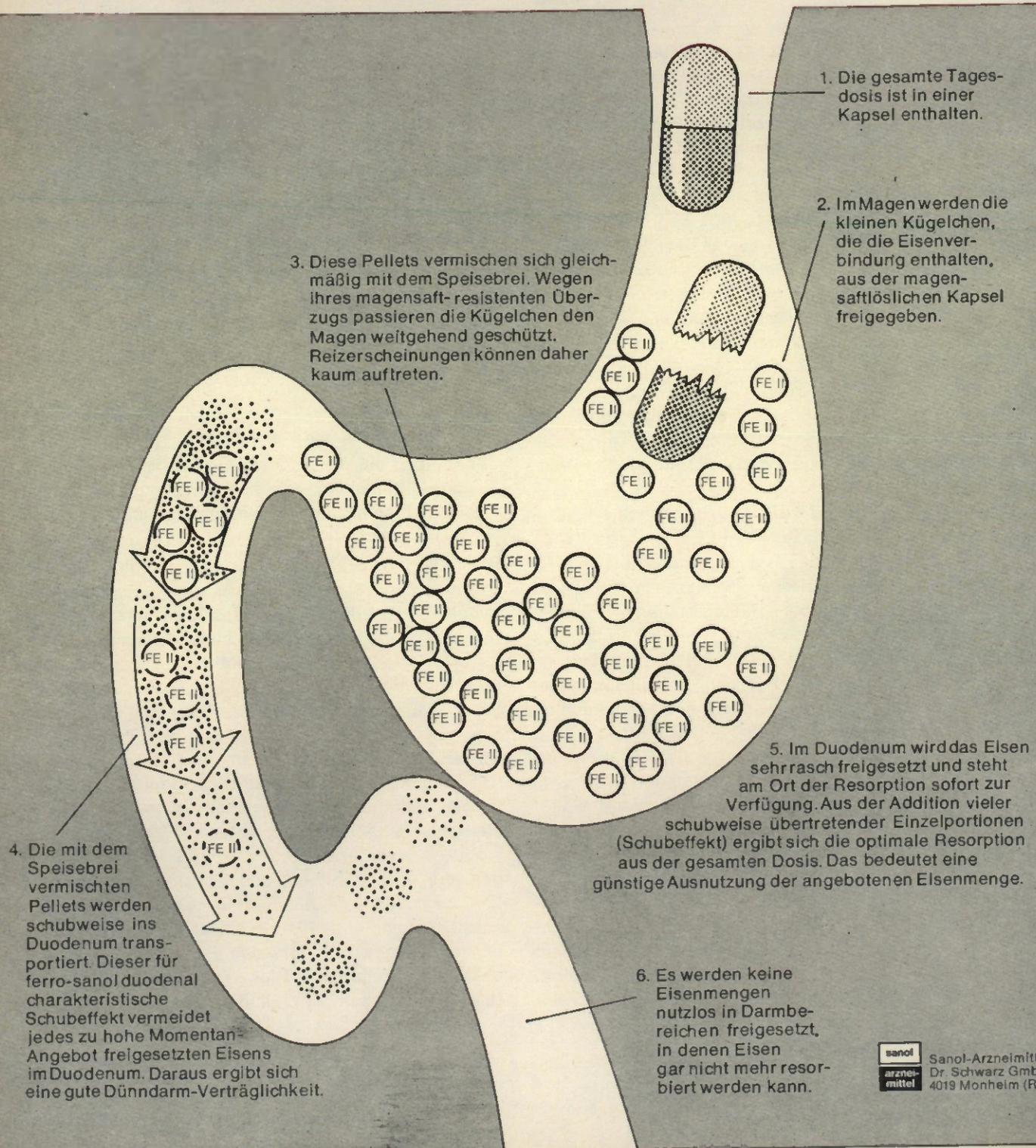
1. Die individuelle Freiheit wird in unserer Gesellschaft so ausgelegt und praktiziert, daß jeder in extrem egoistischer Art seine eigenen Interessen vertritt und durchsetzt, ohne die höher einzuordnenden der Gemeinschaft zu berücksichtigen. Dies hat dazu geführt, daß die Produktion der Industrie ohne Rücksicht auf die Belastung der Umwelt, in extremer Weise am Profit orientiert, vorangetrieben wurde. Daß man dabei das Wohl der Menschen nicht berücksichtigt hat, wird jetzt langsam sichtbar!
2. Die ständige Expansion der Wirtschaft und der Produktion hat nicht nur zu einer notwendigen Erhöhung des Lebensstandards geführt, sondern sie hat bereits das Stadium der Überflußgesellschaft erreicht. Die Industrie ist allerdings noch nicht bereit, die notwendigen Konsequenzen daraus zu ziehen. Die Situation verschlechtert sich rapide. Es ist allerhöchste Zeit einzugreifen, um die weitere Verschmutzung unseres Lebensraumes zu verhindern.

Zum Schluß schlug der Referent folgende Maßnahmen vor, um zu einem gewissen Erfolg zu kommen:

- a) Zusammenschluß zu starken Verbänden, z. B. Bund für Natur- und Umweltschutz.
- b) Bewußtseinsbildung bei der Bevölkerung durch Gespräche und Vorträge.
- c) Anzeigen bei der Staatsanwaltschaft. Diese Anzeigen würden einen wirksamen Druck auf die zuständigen Überwachungsorgane usw. ausüben.

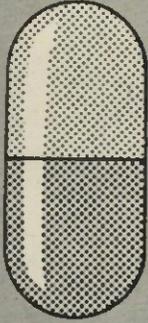
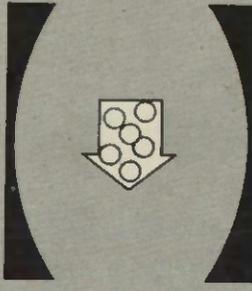
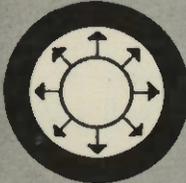
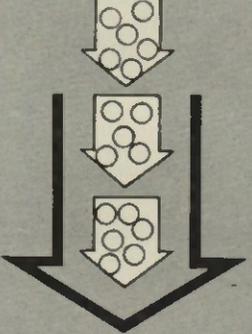
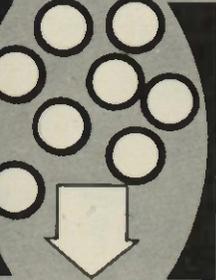
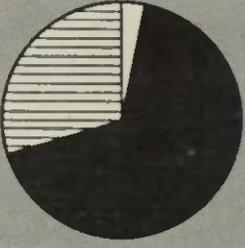
Als letzter der Vortragenden sprach Privatdozent Dr. KASPER, Oberarzt der Medizinischen Klinik an der Universität Würzburg, über „Moderne diätetische Behandlung von Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes“ und führte u. a. aus, daß in zunehmendem Maße für die in die Therapie einzuführenden Medikamente eine kritische exakte Überprüfung hinsichtlich schädlicher Nebenwirkungen und des therapeutischen Nutzens gefordert werden. Dieser sehr begrüßenswerten Entwicklung auf dem Gebiet der medikamentösen Behandlung steht eine sehr unkritische Beurteilung diätetischer Behandlungsmaßnahmen gegenüber. Trotz einer ausreichenden Zahl exakter, unter klinischen Bedingungen vorgenommenen Vergleichsuntersuchungen, die gezeigt haben, daß manche Vorstellungen über den Wert von Diäten völlig falsch sind, werden solche Behandlungen weiterhin angewandt, in Lehrbüchern abgedruckt und den Patienten als Dauerbehandlung empfohlen. Dies gilt insbesondere für die Ulkusdiät und zum Teil für die Leberdiät. Einzelhei-

Der neue Weg in der Eisen-Therapie **ferro-sanol[®] duodenal**



Galenik + Physiologie = Schubeffekt

ferro-sanol® duodenal

	<p>1. Einmalgabe der ganzen Tagesdosis</p>		<p>5. Gute Dünndarm-Verträglichkeit (kein zu hohes Momentan Angebot)</p>
	<p>2. Magensaft-resistent überzogene Kügelchen, die die Eisenverbindung enthalten</p>		<p>6. Addition der aus vielen kleinen Einzelportionen freigesetzten und resorbierten Eisen-Mengen</p>
	<p>3. Gute Magenverträglichkeit (Pellet-Schutzhülle)</p>		<p>7. Günstige Ausnutzung der angebotenen Eisenmenge. Maximaler Therapieerfolg</p>
	<p>4. Schubweiser Transport kleiner Einzelportionen ins Duodenum. Rasche Freisetzung der Eisenmengen am Resorptionsort</p>	<p>Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält: FERRO GLYKOKOLL SULFAT Komplex 562,5 mg (=100 mg Fe²⁺)</p> <p>Dosierung: Initial: 1-3 Wochen lang (je nach Schwere der Anämie) morgens 2 Kapseln nach dem Frühstück. Zur Auffüllung: 1 Kapsel nach dem Frühstück. Die Kapsel kann auch nüchtern genommen werden.</p> <p>Handelsformen: Packung zu 20 Kapseln DM 7,95 Packung zu 40 Kapseln DM 14,75</p> <p>Indikation: Zur Therapie aller Eisenmangelzustände, besonders der Eisenmangelanämien</p> <p>Kontraindikationen: keine</p> <p>Nebenwirkungen: sehr selten (unter 5% der beobachteten Fälle)</p> <p>Hinweise: Bei Eisenverwertungsstörungen (z. B. sideroachrestische Anämie) oder Eisen-Überladungen (z. B. Hämochromatose, chronische Hämolyse) sollten orale Eisengaben nicht verabreicht werden. Erne im Verlaufe der Behandlung auftretende dunkle Verfärbung des Stuhls ist unbedenklich.</p>	

ten, sowohl Ergebnisse eigener Untersuchungen als auch Befunde anderer Autoren, die belegen, daß hier mancher alte Zopf abgeschnitten oder zumindest erheblich gestutzt werden kann, wurden in dem Vortrag dargelegt. Weiterhin werden einige Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes genannt, bei denen die Diättherapie ein wichtiger Bestandteil im Behandlungsplan ist und sich mit der medikamentösen Behandlung ideal ergänzt.

In der geschlossenen Mitgliederversammlung am 9. Oktober 1971 wurden standespolitische Fragen, insbesondere in bezug auf die Besoldung, die anstehende Gebietsreform, die Vorsorgeuntersuchungen usw. erörtert. Weiterhin wurde eine Übersicht über die reichhaltige Arbeit des Landesvorsitzenden gegeben. Zum Tagungsort für die Landesversammlung 1972 wurde Bayreuth und für 1973 Bad Wörishofen bestimmt.

Dr. Staritz, Würzburg

Freie Kassenarztsitze in Bayern

Mittelfranken

Dinkelsbühl: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Vierte seit 1. Oktober 1970 nicht besetzte Kassenarztstelle. Einzugsgebiet 12 Gemeinden mit ca. 11 000 Einwohnern. Gymnasium und Handelsschule vorhanden.

Feuchtwangen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Vierte durch Tod des Kassenarztes seit Ende 1970 nicht wieder besetzte Kassenarztstelle in einer Stadt mit ca. 5500 Einwohnern und einem großen Einzugsgebiet. Realschule vorhanden.

Herrleden, Lkr. Feuchtwangen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Dritte seit 1. Oktober 1969 durch Verzicht und Wegzug nicht besetzte Kassenarztstelle in einem Ort mit ca. 2540 Einwohnern und einem großen Einzugsgebiet. Nächstgelegene Schulumöglichkeit in Ansbach.

Hersbruck: 1 Augenarzt

Einzige Augenarztstelle im Landkreis Hersbruck. Seit 1. April 1969 nicht besetzt. Es besteht die Möglichkeit, Belegbetten im Krankenhaus zu erhalten. Gymnasium vorhanden. Einzugsgebiet ca. 32 500 Einwohner.

Iphofen, Lkr. Schelinfeld: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Zweite ab 1. Oktober 1971 unbesetzte Kassenarztstelle in einem Ort mit ca. 2400 Einwohnern.

Langenzenn, Lkr. Fürth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Vierte seit 1. April 1970 durch Tod nicht mehr besetzte Kassenarztstelle in einem Ort mit ca. 5100 Einwohnern. Es besteht die Möglichkeit, Belegbetten im Krankenhaus zu erhalten.

Lehrberg, Lkr. Ansbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Einzelarztsitz mit ca. 1650 Einwohnern, der ab 1. April 1972 dringlich zu besetzen ist.

Merkendorf, Lkr. Gunzenhausen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Einzelarztsitz, der durch Verzicht und Wegzug des einzigen Arztes seit 1. Juli 1971 verwaist ist. In einem stadteigenen Haus (Obergeschoß) stehen Wohn- und Praxisräume mit insgesamt 144 qm zur Verfügung und

werden für einen Arzt freigehalten. Einwohnerzahl ca. 1200.

Nürnberg-Langwasser-Neuselsbrunn: 2 Allgemein-/Prakt. Ärzte

Es handelt sich um neue Kassenarztsitze in einer ca. 30 000 bis 36 000 Einwohner zählenden ständig wachsenden Trabantenstadt. In Nürnberg alle Schulumöglichkeiten gegeben.

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

Niederbayern

Adlkofen, Lkr. Landshut: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Durch Tod verwaiste einzige Kassenarztstelle.

Breitenberg, Lkr. Wegscheid (Bayer. Wald): 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Seit 1. April 1971 frei gewordene einzige Kassenarztstelle. Das Einzugsgebiet umfaßt etwa 4700 Einwohner.

Deggendorf: 1 Hals-, Nasen-, Ohrenarzt

Dringend zu besetzende zweite Kassenarztstelle für einen HNO-Arzt. Belegmöglichkeit ist vorhanden.

Eggenfelden: 1 Hals-, Nasen-, Ohrenarzt

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

Einzige Augenarztstelle im Landkreis Wolfstein. Belegmöglichkeit im Kreiskrankenhaus Freyung.

Grafenau (Bayer. Wald): 1 Augenarzt

Haldmühle, Lkr. Wolfstein (Bayer. Wald): 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Hebertsfelden, Lkr. Eggenfelden: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Durch Tod verwaiste einzige Kassenarztstelle.

Kelheim/Donau: 1 Augenarzt

Belegmöglichkeit im Krankenhaus.

Kirchberg, Lkr. Regen (Bayer. Wald): 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Durch Tod verwaiste einzige Kassenarztstelle. Das Einzugsgebiet umfaßt etwa 5000 Einwohner. Die Ge-



Die praxisnahe Lösung: getrennte Tag- und Nachttherapie in einer Packung

'In der Regel ist es besser, die schleimlösenden Substanzen und die hustenstillenden Mittel nicht in Kombinationen, sondern getrennt zu verschreiben, weil man sie dann entsprechend den Bedürfnissen der Expektorationserleichterung am Tag und der Hustenstillung im Schlaf individuell dosieren kann.'

(F. Hoff, Behandlung innerer Krankheiten)

Zur Therapie beim akuten und chronischen bronchitischen Syndrom
Empfohlene Dosierung: morgens und mittags je eine gelbe Tagkapsel (90 mg Guajakolglycerineether, 75 mg Etamiphyllin HCl)
abends: eine blaue Nachtkapsel (35 mg Codeinum siccum, 20 mg Chlorphenoxamin HCl)
- durch unverwechselbare Farbgebung

ohne Risiko von Einnahmefehlern -
Nebenwirkungen: bisher keine bekannt
Kontraindikationen - für Codein:
Emphysem, Asthma, Atemdepression.
Longtussin 1 O.P. zu 20 Kapseln (12 Tag- und 8 Nachtkapseln) DM 9.80 m. MWSt.



Taaachnar & Co. 8831 Kipfenberg
Seit 80 Jahren mit der Problematik des Hustens vertraut.

meinde ist gegebenenfalls bereit, einen erschlossenen Baugrund zur Verfügung zu stellen.

Metten, Lkr. Deggendorf (Bayer. Wald): 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Die bisherige zweite Praktikerstelle ist ab sofort dringend zu besetzen. Einzugsgebiet ca. 8700 Einwohner.

Neuschönau, Lkr. Grafenau (Bayer. Wald): 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Durch Verzicht und Wegzug frei gewordene einzige Kassenarztstelle.

Pfarrkirchen: 1 Hals-, Nasen-, Ohrenarzt

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

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

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

Oberbayern

Bad Hellbrunn, Lkr. Bad Tölz: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Eine badeärztliche Tätigkeit ist möglich.

Bruckmühl, Ortstell Heufeld, Lkr. Bad Albling: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Eching, Lkr. Freising: 1 Kinderarzt

Galmersheim, Lkr. Ingolstadt: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Garching, Lkr. Altötting: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Inchenhofen, Lkr. Alchach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Pförring, Lkr. Ingolstadt: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte – Oberbayern –, 8000 München 80, Mühlbaurstraße 16/II, zu richten.

Oberfranken

Bad Steben, Lkr. Nalla: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Gaustadt, Lkr. Bamberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Hegnabrunn, Lkr. Kulmbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Eventuell auch im direkt angrenzenden Neuenmarkt.

Hof/Saale: 1 Kinderarzt

Kronach: 1 Kinderarzt

Kulmbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Münchberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Markredwitz: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Selb: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Seybothenreuth, Lkr. Bayreuth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Scherneck, Lkr. Coburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Schirnding, Lkr. Wunsiedel: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Töpen, Lkr. Hof: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

Oberpfalz

Erbendorf: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Eschenbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Floß bei Neustadt/WN: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Grafenwöhr: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Hahnbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Kastl bei Amberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Neumarkt: 1 Augenarzt

Mittertelch: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Neumarkt: 1 Lungenarzt oder 1 Internist mit dem Teilgebiet Lungen- und Bronchialheilkunde

Roding: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Sulzbach-Rosenberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Weiden (Ortstell Nord): 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Weiden: 1 Nervenarzt

Weitere Kassenarztsitze für das Fachgebiet Augenkrankheiten, Kinderkrankheiten und für Allgemeinmedizin sind zu besetzen.

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

Schwaben

Augsburg (Ortstell 4): 1 Augenarzt

Augsburg-Oberhausen-Süd (Ortstell 16):
1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Augsburg-Oberhausen-Nord (Ortstell 17): 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Wiederbesetzung eines durch Todesfall unerwartet vakant gewordenen Arztsitzes. Praxisräume sind vorhanden.

Babenhausen, Lkr. Illertissen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Blessenhofen, Lkr. Marktoberdorf: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Praxisräume sind vorhanden. Bei Beschaffung der Wohnung ist die Gemeinde behilflich.

Burgheim, Lkr. Neuburg/Do.: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Donauwörth: 1 Kinderarzt

Neugründung eines Arztsitzes.

Ichenhausen, Lkr. Günzburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Wiederbesetzung eines durch Todesfall unerwartet

vakant gewordenen Arztsitzes. Praxis- und Wohnräume sind vorhanden.

Marxheim, Lkr. Donauwörth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Neugründung eines Arztsitzes.

Meltingen, Lkr. Wertingen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Neugründung eines Arztsitzes.

Memmingen: 1 Augenarzt

Mindelheim: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Nördlingen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Wiederbesetzung eines durch Todesfall unerwartet vakant gewordenen Kassenarztsitzes.

Neuburg/Do.: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Thannhausen, Lkr. Krumbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Untermettingen, Lkr. Schwabmünchen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Die Gemeinde kann Mietobjekte vermitteln und Grundstücke zum Kauf anbieten.

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

Unterfranken

Mainaschaff: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Für die sich ständig vergrößernde Gemeinde wird eine dritte Kassenarztstelle ausgeschrieben. Mainaschaff liegt im Einzugsgebiet der Stadt Aschaffenburg, in der alle Schulen vorhanden sind. Praxis- und Wohnräume können von der Gemeinde gestellt werden, ebenfalls will die Gemeinde bei späteren Bauabsichten behilflich sein.

Rothenfels, Lkr. Marktheidenfeld: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Schneeberg, Lkr. Miltenberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Wohn- und Praxisräume sind vorhanden.

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

Röntgenuntersuchungen von Ärzten und ihren Mitarbeitern

Das Bundesseuchengesetz verpflichtet zwar den Arzt nicht zu einer regelmäßigen röntgenologischen Untersuchung der Lungen, jedoch empfiehlt sich eine solche regelmäßige Untersuchung für den Arzt wie für seine Mitarbeiter zum eigenen Schutz und auch zum Schutz der Patienten vor einer Infektion mit Tuberkulose.

Die Bayerische Landesärztekammer legt den Kollegen daher dringend nahe, diese Untersuchung regelmäßig – mindestens jährlich einmal – vornehmen zu lassen.

Pflichtmitgliedschaft der Sanitätsoffiziere und Medizinalbeamten bei der Landesärztekammer

Die langjährige Streitfrage, ob auch Sanitätsoffiziere und Medizinalbeamte Mitglieder der gesetzlichen Standesorganisationen sind oder nicht, ist nunmehr endgültig durch zwei Urteile des Bundesverwaltungsgerichtes vom 25. November 1971 (Az: BVerwG I C 48.65 und BVerwG I C 65.65) entschieden.

Die Pflichtmitgliedschaft zur Standesorganisation wurde darin für rechtmäßig erklärt.

Darüber hinaus hat das BVG auch die Regelungen in den Beitragsordnungen für die Landesärztekammer für sachgerecht gehalten, die eine Beitragsstaffelung, je nach Art der beruflichen Tätigkeit und Stellung, vorsehen.

Die Entscheidungen werden im „Deutschen Ärzteblatt“ abgedruckt werden.

Medizinhistorisches Museum in Ingolstadt

Schon kurz nach dem zweiten Weltkrieg setzten Bemühungen ein, wieder ein Medizinhistorisches Museum zu schaffen, nachdem die Bestände des Kaiserin-Friedrich-Hauses in Berlin nach Kriegsende verlorengegangen waren. Die Stadt Ingolstadt hat jetzt das aus dem Jahre 1723 stammende Anatomiegebäude der alten Universität für die Unterbringung eines Medizinhistorischen Museums zur Verfügung gestellt. Dieser einzige in der Bundesrepublik erhaltene medizinische Universitätsbau aus dem 18. Jahrhundert wird zur Zeit restauriert und soll in diesem Jahr anlässlich der 500-Jahrfeier der Universität München, die vom Jahre 1472 bis 1800 in Ingolstadt ansässig war, eine universitätsgeschichtliche Ausstellung beherbergen. Im Frühjahr 1973 wird dann in diesem Gebäude das Medizinhistorische Museum Ingolstadt eröffnet werden. Die Trägerschaft liegt bei der Stadt Ingolstadt und der im Juli 1971 gegründeten „Gesellschaft der Freunde und Förderer des Medizinhistorischen Museums Ingolstadt e.V.“. Zum ersten Vorsitzenden wurde Professor Dr. Dr. h. c. H. GOERKE, Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin der Universität München, gewählt, auf dessen Anregung der Stadtrat von Ingolstadt das Gebäude der Alten Anatomie als Museumsbau zur Verfügung gestellt hat.

Ihrer Aufgabe entsprechend, muß diese Gesellschaft Wert auf eine große Zahl von Mitgliedern legen, um die zur Ausstattung und den Betrieb des Museums nötigen Mittel bereitstellen zu können. Die Mitgliedschaft kann durch eine einfache Willenserklärung erworben werden, die an die Geschäftsstelle der Gesellschaft (8070 Ingolstadt, Esplanade 1) oder an den Vorsitzenden (8000 München 2, Pettenkoferstraße 35) gerichtet werden kann. Der Jahresmitgliedsbeitrag beträgt für persönliche Mitglieder DM 20,—, für korporative Mitgliedschaften DM 250,—.

Novadralretard[®]

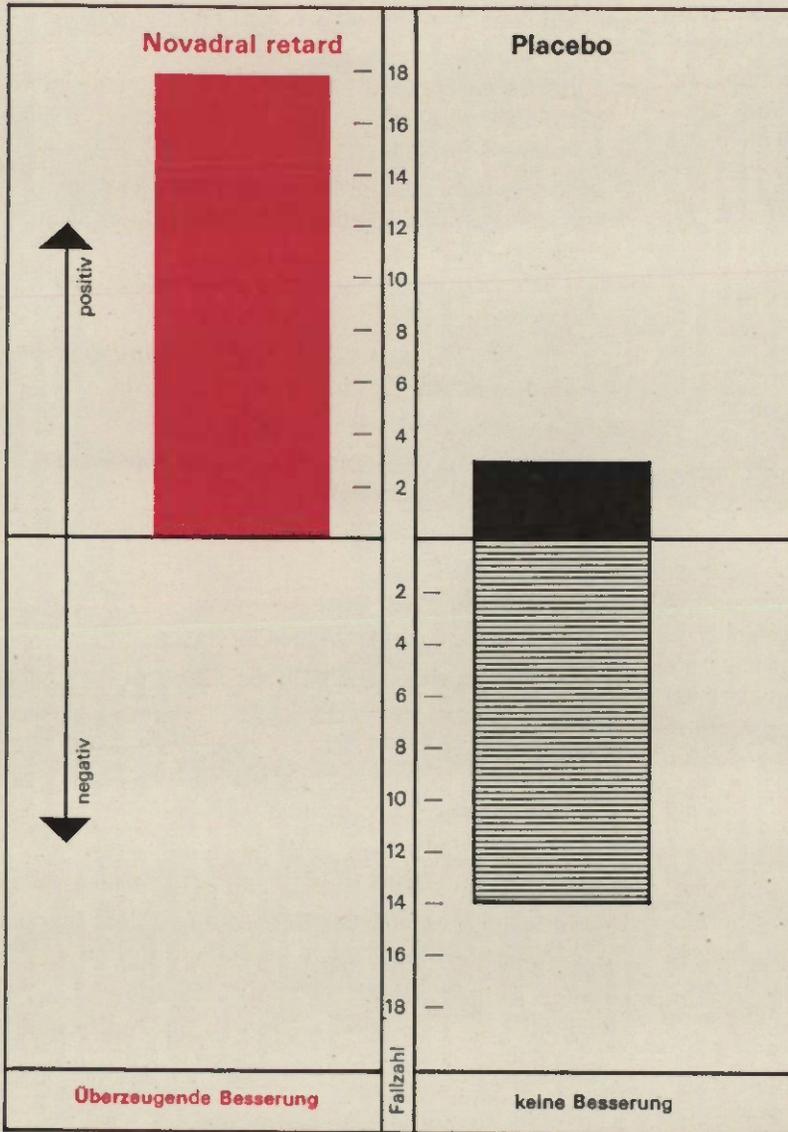
Novadral[®] ist pharmakologisch verwandt mit dem körpereigenen Noradrenalin. **Der wesentliche Vorteil von Novadral gegenüber Noradrenalin ist seine zuverlässige orale Wirksamkeit.**

Der
Doppelblindversuch
beweist:
**Novadral retard[®]
stabilisiert
den Blutdruck
über mehrere
Stunden.**



GÖDECKE

im Doppelblindversuch



O. Stur aus der Universitäts-Kinderklinik Wien (Vorstand: Prof. Dr. H. Asperger) führte einen Doppelblindversuch bei 35 Kindern im Alter von 8–14 Jahren, die an hypotoner Kreislaufdysregulation litten, durch. Als diagnostisches Kriterium galten die klinische Symptomatik und der pathologische Ausfall des Stehversuches nach Schellong:

«Bei den 18 Kindern, die das wirksame Präparat erhielten, wurde in jedem Fall ein positives Ergebnis erzielt.

In der Placebo-Gruppe zeigten von 17 Kindern nur 3 Patienten einen Scheinerfolg, einen Placebo-Effekt. Bei den anderen 14 Placebo-Patienten trat keine Wirkung ein. Bei der Gegenprobe mit Novadral retard zeigten jedoch auch diese Patienten ein gutes Ergebnis.»

Die wiedergegebene Abbildung aus der Arbeit von O. Stur¹⁾ demonstriert die blutdruckstabilisierende Wirkung von Novadral retard gegenüber Placebo anhand des Schellong-Tests.

O. Stur, Münch. med. Wschr., 113 (1971) 1563–67.

Wirkstoffgehalt:

Pro Dregée 15 mg Norfenefrin-HCl [di-1-(3'-Hydroxyphenyl)-2-aminoäthanol-hydrochlorid] in Retardform.

Dosierung:

1–2 Dregées täglich, im Bedarfsfalle 3 Dregées.

Kontraindikationen:

Phäochromozytom, Glomerulonephritis, Thyreotoxikose.

Handelsformen und Preise:

Packung mit 20 Drg. DM 5,70 m. MWSt.
 Packung mit 50 Drg. DM 11,50 m. MWSt.
 Packung mit 100 Drg. DM 19,50 m. MWSt.
 Anstaltspackungen

Indikationen:

Alle Formen der Hypotonie: essentiell, orthostatisch, postoperativ, postinfektiös oder wetterbedingt. Kreislaufregulationsstörungen.

Zur Beachtung:

Monoaminoxidasehemmer verzögern den Novadral-Abbau und verstärken damit den pressorischen Effekt.

Novadralretard®

Von großer Wichtigkeit ist jede Hilfe und Unterstützung bei der Beschaffung von Gegenständen aller Art zur Geschichte der Medizin (Instrumente, Apparate, Dokumente, Bilder u. a.), auch solche aus dem ersten Viertel dieses Jahrhunderts, die sich im Privatbesitz befinden.

Da die Trägergesellschaft vorerst nur in beschränktem Umfang über Mittel zum käuflichen Erwerb von Ausstellungsstücken verfügt, bittet sie um die Überlassung von Exponaten als Geschenke oder Leihgabe. Die wissenschaftliche Beratung des Museums liegt beim Institut für Geschichte der Medizin der Universität München, 8000 München 2, Pettenkoferstraße 35. Leihgaben und Geschenke für das Museum werden an diese Anschrift erbeten.

Warnung vor unüberlegtem Kauf von Laborautomaten

Beim Planungsinstitut „Ärztliche Gruppenpraxis“ in Köln häufen sich Anfragen von Ärzten, die sich auf die Anschaffung von Laborautomaten beziehen. Auch aus Bankinstituten war zu erfahren, daß Ärzte in letzter Zeit vermehrt Kreditmittel für die Anschaffung und den Betrieb solcher Geräte beantragen.

Dabei verstärkt sich der Eindruck, daß viele dieser Ärzte sich von reißerischen Verkaufsargumenten der einschlägigen Industrievertreter blenden lassen und zu einer unüberlegten, nicht ausgereiften Investitionsentscheidung kommen. Dem Planungsinstitut sind verschiedene Fälle bekanntgeworden, in denen Ärzte in ernsthafte finanzielle Schwierigkeiten geraten sind, weil sie mangels ausreichender Nutzung des Laborautomaten nicht in der Lage waren, die Kaufpreistraten bzw. Monatsmieten aufzubringen.

Der Autoanalyzer bzw. der Laborautomat wird sicherlich auch seinen Weg in die freie Praxis finden. Sein Einsatz dort setzt aber umfangreiche juristische, kassenärztliche, arbeitstechnische und finanzielle Vorkehrungen und Absicherungen voraus, die nicht ohne weiteres zu realisieren sind. Unseres Wissens existiert in der Bundesrepublik zur Zeit nur ein Laborzentrum, das – auf genossenschaftlicher Basis von mehr als 100 frei praktizierenden Ärzten getragen – den Autoanalyzer wirklich sinnvoll und wirtschaftlich nutzen kann.

Es kann daher allen interessierten Ärzten nur dringend empfohlen werden, vor Unterzeichnung von Kauf- oder Mietverträgen über derartige Geräte unbedingt die sachkundige Beratung des Planungsinstituts „Ärztliche Gruppenpraxis GmbH, 5000 Köln 1, Hansaring 24, Telefon (0221) 217245, einzuholen.

*) Gesellschafter:
Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e. V.
Merburger Bund, Verband der angestellten und beamteten Ärzte Deutschlands e. V.
Deutsche Apotheker- und Ärztebank eGmbH
Verband der niedergelesenen Ärzte Deutschlands (NAV) e. V.
Berufsverband der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin Deutschlands e. V.
SWV Wirtschaftsvereinigung der Ärzte und Zahnärzte GmbH & Co. Handels- und Finanz-KG

Fakultät

Erlangen-Nürnberg

o. Professor Dr. med. Volker BECKER (bisher Freie Universität Berlin) wurde zum „ordentlichen Professor für Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie“ ernannt.

apl. Professor Dr. med. Gerhard BERG wurde zum „Abteilungsvorsteher“ an der Medizinischen Klinik und Poliklinik ernannt.

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. dent. Lutz KOBES (Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde);

Privatdozent Dr. med. Axel NEISS (Anatomie und Röntgenanatomie).

Privatdozent Dr. med. Albrecht KÖHLER (Innere Medizin) wurde zum Universitätsdozenten ernannt.

Zum „Akademischen Rat“ wurden ernannt:

Dr. med. Dietrich BERGNER, wiss. Ass. an der Medizinischen Klinik und Poliklinik;

Dr. med. Willi SCHWARZLOSE, wiss. Ass. am Pharmakologischen Institut.

Zum „Privatdozenten“ wurden ernannt:

Dr. med. Felix BÖCKER für „Neuro-Psychiatrie“;

Dr. med. Jürgen von der EMDE für „Chirurgie“;

Dr. med. Alexander FLÜGEL für „Neurologie und Psychiatrie“;

Dr. med. Günther KINDERMANN für „Gynäkologie und Geburtshilfe“;

Dr. med. Gerhard NEUHÄUSER für „Kinderheilkunde“;

Dr. med. Günther REINHARDT für „Rechtsmedizin“;

Dr. med. dent. Hans-Georg SERGL für „Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, insbesondere Kieferorthopädie“;

Dr. med. Konrad SCHWEMMLE für „Chirurgie“.

Dr. med. Udo MERKLE, Akademischer Oberrat am Anatomischen Institut, wurde zum „Akademischen Direktor“ ernannt.

Zum „Akademischen Oberrat“ wurden ernannt:

Dr. rer. nat. Manfred BLÖSCH, Akademischer Rat an der Nervenklinik mit Poliklinik;

Dr. rer. nat. Gesa SCHWANITZ, Akademische Rätin am Institut für Humangenetik.

o. Professor Dr. med. D. H. VALENTIN, Vorstand des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin und der Poliklinik für Berufskrankheiten, wurde zum neuen Vorsitzenden des Westdeutschen Medizinischen Fakultätentages gewählt.

apl. Professor Dr. med. D. BENTE, Oberarzt an der Nervenklinik, wurde zum Präsidenten der Deutschen EEG-Gesellschaft und zum Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie gewählt.

apl. Professor Dr. med. Josef SCHMIDT, Leiter der Sportmedizinischen Abteilung der Medizinischen Poliklinik, wurde in den wissenschaftlichen Beirat für die Olympischen Spiele München 1972 berufen. Ferner wurde er vom Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer zum Mitglied des Weiterbildungsgremiums „Sportmedizin“ gewählt.

Privatdozent Dr. med. G. KITTEL, Abteilungsvorsteher der Sprach- und Stimmabteilung an der Hals-Nasen-Ohren-Klinik, wurde von der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter der Vorsitz der Sektion Hör-, Stimm- und Sprachstörungen übertragen. Ferner wurde er von der Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde zum neuen Geschäftsführer gewählt.

Privatdozent Dr. med. Dr. med. dent. O. KRIENS wurde zu einem der sechs Direktoren der Internationalen Gesellschaft für maxillo-faciale Radiologie gewählt.

Privatdozent Dr. med. R. OTTENJANN, zur Zeit Deutsche Klinik für Diagnostik in Wiesbaden, wurde zum Chefarzt der Medizinischen Abteilung (Schwerpunkt Gastroenterologie, Hepatologie) des Krankenhauses München-Perlach gewählt.

München

Medizinische Fakultät der Universität

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt: Universitätsdozent Dr. med. Rolf BURGHARDT (Innere Medizin);

Privatdozent Dr. rer. nat. Kurt HANNIG (Physiologische Chemie).

apl. Professor Dr. med. dent. Dr. med. Dieter SCHLEGEL, wiss. Oberassistent an der chirurgisch-klinischen Abteilung der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, wurde zum „Leitenden Oberarzt“ ernannt.

Zum „Akademischen Direktor“ wurden ernannt:

Dr. phil. Dr. med. Hans BAYERLE, Akademischer Oberarzt am Pathologischen Institut;

apl. Professor Dr. med. Emma DINGLER, Akademische Oberrätin und Oberkonservatorin am Anatomischen Institut.

Zum „Akademischen Rat“ wurden ernannt:

Privatdozent Dr. med. Eberhard BASSENGE, wiss. Ass. am Physiologischen Institut;

Dr. rer. nat. Heinz Dieter FORST, wiss. Ass. am Strahlenbiologischen Institut.

Privatdozent Dr. med. Kei MÜLLER-JENSEN, wiss. Ass. an der Augenklinik, wurde zum „Oberarzt“ ernannt.

Zum „Privatdozenten“ wurden ernannt:

Dr. med. Bernd-Rüdiger BALDA für „Dermatologie und Venerologie“;

Dr. med. Hendrik DOBBELSTEIN für „Innere Medizin“;

Dr. med. Hans Georg HEINZE für „Radiologie“;

Dr. med. Ingolf JOPPICH für „Kinderchirurgie“;

Dr. rer. nat. Achim KRÖGER für „Physiologische Chemie“;

Dr. med. Istvan LUKACS für „Dermatologie und Venerologie“;

Dr. rer. nat. Gerhard MÜLLHOFER für „Physiologische Chemie“;

Dr. med. Hans-Joachim SUSCHKE für „Kinderheilkunde“.

o. Professor Dr. med. H. H. NAUMANN wurde von der Österreichischen Oto-Laryngologischen Gesellschaft zum korrespondierenden Mitglied gewählt.

o. Professor Dr. med. Dr. h. c. Rudolf ZENKER, Direktor der Chirurgischen Klinik, ist von der Finnischen Gesellschaft für Chirurgie zum Ehrenmitglied gewählt worden.

Privatdozent Dr. med. Enno CHRISTOPHERS und Dr. med. Gerd PLEWIG wurden für die wissenschaftliche Ausstellung „Morphology of normal and abnormal Stratum corneum“ von der America Academy of Dermatology in Chicago durch Verleihung einer Goldmedaille ausgezeichnet.

Medizinische Fakultät der Technischen Universität

apl. Professor Dr. med. J. DUDEL (bisher Universität Heidelberg) wurde zum „ordentlichen Professor“ und zum Vorstand des im Rahmen des Vorklinikums zu errichtenden Physiologischen Instituts ernannt.

Privatdozent Dr. med. G. EHLERS (Dermatologie und Venerologie) wurde zum „außerplanmäßigen Professor“ ernannt.

Zum „Leitenden Oberarzt“ wurden ernannt:

Privatdozent Dr. med. Peter BOTTERMANN, wiss. Ass. an der II. Medizinischen Klinik;

Privatdozent Dr. med. Karlheinz MEIER-EWERT, Oberarzt an der Neurologischen Klinik.

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt:

Dr. med. Dr. phil. Kurt KELLNER für „Innere Medizin und Psychosomatik“;

Dr. med. Herbert Fritz MEIER-EWERT für „Medizinische Mikrobiologie“;

Dr. med. Herbert Ergardt SCHOLZE für „Chirurgie“.

o. Professor Dr. med. H. ANACKER wurde vom Exekutivkomitee der International Society of Radiology zum Präsidenten der International Commission for State Grouping on Cancer an Presentation of Results gewählt.

Würzburg

Privatdozent Dr. med. Hubert FROHMÜLLER wurde zum „ordentlichen Professor für Urologie“ ernannt.

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. H. FINGER für „Hygiene und Mikrobiologie“;

Privatdozent Dr. med. Wolff GROSS für „Innere Medizin“;

epl. Professor Dr. med. Dieter MÜTING für „Innere Medizin“ durch Umhabilitation von der Universität Saarbrücken.

o. Professor Dr. med. W. SCHWERD wurde anlässlich der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin in Köln für die Dauer von drei Jahren

zum Präsidenten der Gesellschaft wiedergewählt.

Privatdozent Dr. med. V. ter MEULEN (bisher Universität Göttingen) wurde zum Leiter der Abteilung für klinische Virologie im Institut für Virologie ernannt.

Privatdozent Dr. med. H. G. SCHMITT wurde zum Abteilungsvorsteher an der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Audiologische Abteilung, ernannt.

Geschichte der Medizin

Nürnberger Medizin von der Dürerzeit bis zur Medizinalordnung

Zum Andenken an Robert Herrlinger

von Professor Magnus Schmid

(Schluß)

6.

Die zuletzt angeschnittene Frage betrifft die Entelechie des Handelns in den beteiligten Kreisen – den Ärzten und, ihnen stattgebend, dem Rat der Stadt – und ist als solche ebenso angebracht wie gegenüber Jean Bodin und seinen „Six livres de la république“ von 1576, zu denen die Religionskämpfe, die üblen Zustände in der Gesellschaft Frankreichs den Anlaß gaben. Diese Entelechie des Handelns, welche die Ärzte und Ratsmitglieder der Stadt Nürnberg zur unausweichlichen Entscheidung drängte, ist auf dem Titelblatt des Druckes der Medizinalordnung vom Jahr 1592 genau formuliert. Der ganze Text des Titelblattes lautet:

„Gesetz, Ordnung und Tax / von einem E. Rath der Stadt Nürnberg / dem Collegio medico, den Apothekern / und andern angehörigen daseibsten / gegeben“. Die Mitte des Titelblattes nimmt das geteilte Stadtwappen Nürnbergs ein. Unter diesem steht, durch kleinere Schrift, jedoch in Großbuchstaben gesetzt, noch hervorgehoben: „Aegrotorum salus suprema lex esto“. Darunter: getruckt zu Nürnberg / bei Christoff Lochner / und Johann Hofmann“. Darunter die Jahreszahl: MDXCII.

Die Worte „Aegrotorum salus suprema lex esto“ besagen die für Kammermeister und den Nürnberger Rat verbindliche allgemeine Grundforderung der ärztlichen Ethik. Diese Grundforderung ist formuliert in einer Aussage über Sinn und Aufgabe der Medizin in der hippokratischen Schrift „Über die Einrenkung der Gelenke“, cap. 78: „Man muß es auf dem ganzen Gebiete der Heilkunst für das Höchste halten, den Kranken gesund zu machen“¹¹⁵ (At vero in tota erte imprimis quidem tibi allaborandum est, ut quod aegrum est ad sanitatem reducas“¹¹⁶). Nach Galen, der die Stelle kommentiert¹¹⁷, durchzieht diese antike Aussage als literarischer Topos das Schrifttum der Kirchenväter, kehrt wieder in der arabischen und lateinischen Medi-

zin des Mittelalters und kommt mit den Übersetzungen und dem originalen Text als lebendiges Überlieferungsgut im 16. Jahrhundert an. An diesen alten hippokratischen Text erinnert die schlichte Formulierung auf dem Titelblatt der Nürnberger Medizinalordnung, wo es salus und nicht sanitas heißt. Auch für diese sind, wie schon für die „Bedencken“ Camerarius' von 1572, Hippokrates und Galen die Leitbilder. Gleich der erste Artikel der Satzung verlangt vom Arzt als Voraussetzung für seine Aufnahme ins Collegium medicum, er müsse „in doctrina veterum Hippocratica et Galenica und derselben praxi wohl geübt“ sein.

Über dieser doctrine aber stehen die Worte „Aegrotorum salus suprema lex esto“. Das eigentümliche Verhältnis, das diese Grundforderung der ärztlichen Ethik mit der Nürnberger Medizinalordnung verbindet, ist auch von dieser, also von der Medizinalordnung her, zu beleuchten. Damit nämlich die Grundforderung „Aegrotorum salus suprema lex esto“ nicht nur dem Sinnen und Trachten des Arztes immanent bleibe, sondern tatsächlich im ärztlichen Handeln sich auswirke, sind in Nürnberg im Jahr 1592 bestimmte Bedingungen vonnöten. „Manifestum evadit, quod scientiam hanc et legitimum ipsius usum iuvare ac promovere tam occasio quam necessitas suadet“, stellt Cyriacus Lucius de Clas fest¹¹⁸). In der Res Publica müssen Bedingungen geschaffen werden, die es dem Arzt ermöglichen, hic et nunc nach dem Grundgesetz der ärztlichen Ethik zu handeln. Daraus ist nicht zu folgern, daß das Grundgesetz der ärztlichen Ethik von diesen Bedingungen abhängt und ger aus ihnen hervorgehe; es ist nicht in der Weise geschichtsbedingt wie diese. Die Medizinalordnung, welche diese Bedingungen schafft, ist vielmehr die geschichtlich bedingte Antwort auf eine für Camerarius, seine ärztlichen Gesinnungsfreunde und den Rat von Nürnberg allgemein verbindliche ethische Forderung von zeitloser Valenz. Diese Valenz wird nicht eigens begründet. Es wird auch nicht erklärt, weshalb salus aegrotorum suprema

Schnell die Luftwege frei! Schnell frei von Grippe und Erkältung!

Bronchicum-Elixir

bei feststehendem Husten und
spastischer Bronchitis.

Bronchiflux

der ideale, voll-
lösliche Hustentee.

Bronchicum Tropfen

bei schmerzhaftem
Reizhusten
(Auch für Diabetiker
geeignet).

Chinavit Dragées

bei Erkältung,
Grippe,
Schmerzen,
Fieber.



Nattermann

lex sei. Die Antwort darauf erteilt wiederum die Auctoritas der recta doctrina, Hippokrates, in der Schrift „Die Leiden“, Kap. 1: „Die Gesundheit ist für die Menschen von höchstem Wert“¹¹⁹⁾ („... homini plurimi aestimanda sit sanitas“¹²⁰⁾.) Ist diese Aussage nur pragmatisch zu begreifen, schließt sie konsequenterweise das Zugeständnis ein, daß der kranke Mensch auf die ärztliche Hilfe zur möglichen Wiedererlangung seiner Gesundheit bzw. seines „salus“ ein moralisches Anrecht habe? Diese Frage wäre auch vom Standpunkt des Rechts in der Antike zu untersuchen, es wäre die in Nürnberg in der zweiten Hälfte des 16. Jahrhunderts geltende, entsprechende moralische und juristische Auffassung gegenüberzustellen. Darauf zu achten wäre, wieweit ein solches erkanntes und zugestandenes Anrecht tatsächlich erfüllbar war und folglich erfüllt wurde. Es geht demnach um die Ableitung der Stelle in der hippokratischen Schrift „Über die Einrenkung der Gelenke“: „Man muß es auf dem ganzen Gebiet der Heilkunst für das Beste halten, den Kranken gesund zu machen“ aus allgemeinen Menschenrechten in den verschiedenen Epochen bis zur Zeit der Nürnberger Medizinalordnung. Dieser Fragenkreis übersteigt unser Thema und führt wie schon der Beginn dieser ganzen Untersuchung auf einen Punkt, der so beherrschend erscheint, daß die Beantwortung der damit zusammenhängenden Fragen wenigstens anzuschneiden ist.

Die Kirchenväter rückten den damals schon traditionellen Topos, der in der Schrift „Über die Einrenkung der Gelenke“ zu lesen war, ins Licht durch ihre Konzeption des Menschen als Imago Dei¹²¹⁾, die Senecas „Homo sacra res homini“¹²²⁾ transzientiert. Von der Auffassung des Menschen als Imago Dei ist auch getragen der Abschnitt „De infirmis fratribus“ in der Regula Benedicti (26, 1–3): „Informorum cura ante omnia et super omnia adhibenda est, ut sicut revera Christo, ita eis serviatur, quia ipse dixit: Informus fui et visitastis me, et: Quod fecistis uni de his minimis, mihi fecistis“¹²³⁾. In der gleichen Gesinnung beruft sich der „Große Stiftungsbrief“ des Nürnberger Heiliggeistspitals vom 13. Januar 1339 auf Matthäus 25, 40: „Er versichert, daß Ihm geschehe, was seinen Geringsten, d. h. den Armen und Unglücklichen getan wird“¹²⁴⁾. In diesem Zusammenhang steht die bereits oben zitierte Stelle über die Werke der Barmherzigkeit. Aus dieser Einstellung dem Menschen, dem kranken Menschen gegenüber resultierte ein den pragmatischen Nutzwert der Medizin überhöhendes Ansehen des Ärztestandes. Im Lichte dieser Einstellung hatte der Ärztestand eine charismatische Dignität. Melanchthon, von dem zahlreiche, nach H. Kramm sind es neunzehn¹²⁵⁾, Reden medizinischen Inhalts bekannt sind, stimmt mit der von den Kirchenvätern und vom Mittelalter überlieferten anthropologischen Auffassung mit seiner Erklärung in „De arte medica“ von 1555 überein: „Gravissime praeceptum est in doctrina Ecclesiae, honorem tribuendum esse corpori humano. Qua adpellatione non tantum hoc significatur, quod

Philosophi dicerent, tuendam esse valetudinem, et depellendos morbos seu conservandas esse vires corporis, quantum fieri potest. Sed cum honos nominatur, causa comprehenditur, propter quam valetudo magna cura tuenda est, videlicet, quia corpus ad divinos usus conditum est“¹²⁶⁾. Melanchthons Beziehungen zu Nürnberg und speziell zur Familie Kammermeister, sind zu bekannt, als daß sie hier im einzelnen aufgezeigt werden müßten. Für Melanchthon ist, z. B. auch 1548 in „De dignitate artis medicae“, die Heilkunde nach Sirach 38 ein Geschenk Gottes¹²⁷⁾. Er stimmt darin überein mit Arnald von Villanova, Parabolae (doctrina 1): „Omnis medela procedit a summo bono“, mit Georg Palmas Freund Nikolaus Taurellus von Altdorf, und auch mit Hartmann Schedel; Gott hat die Heilkunst den Menschen offenbart, um ihnen zu helfen.

Diesen Worten Melanchthons in „De dignitate artis medicae“ zufolge gehört ärztliches Handeln zu den guten Werken im Sinne der Augsburger Konfession von 1530, Artikel 20¹²⁸⁾, es steht in dieser Hinsicht in Einklang mit der Benediktinerregel, Kap. 36, und dem Stiftungsbrief des Heiliggeistspitals zu Nürnberg, wonach sich nach Matthäus 25, 35 das Recht des kranken Menschen auf mitmenschliche und im besonderen natürlich auf ärztliche Hilfe zur womöglichen Wiedererlangung der Gesundheit ergibt. „Aegrotorum salus suprema lex esto“ könnte über dem Portal der großen Spitalstiftung (1579) des Würzburger Fürstbischofs Julius Echter von Mespelbrunn stehen, es gilt ebenso für Herzog Maximilians Gründungen des St. Elisabeth-(Herzog-)Spitals (1601) und Josefspitals (1626) zu München, die der Herzog zusätzlich zu den bereits bestehenden Einrichtungen, voran das Heiliggeistspital, errichtet. Für Nürnberg, das seit 1525 den großen repräsentativen Neubau des Heiliggeistspitals, des „Neuen Spitals“, besaß, wären die Verhältnisse auf diesem Gebiet hinsichtlich des Bedarfs und der geschichtlichen Möglichkeit eingehender zu untersuchen. Vom Grundgedanken der Medizinalordnung „Aegrotorum salus suprema lex esto“ ausgehend wären noch Erwägungen über Melanchthons rechtsphilosophische Grundgedanken angebracht. Hat dieser das Recht des kranken Menschen auf ärztliche Hilfe nicht ausdrücklich als menschliches Grundrecht formuliert, so inhäriert seine Anerkennung dieses Grundrechtes doch seiner Gesamtauffassung von der Heilkunde. Im Lichte dieser Auffassung sind Melanchthons Worte über die „fidelis medici officia“ in „De arte medica“¹²⁹⁾ zu sehen, um die sich die „guetherzigen und treuen Ärzte“, die Camerarius in seinen „Bedencken“ von 1572 meint, bemühen, die aber auch Konrad Richthauser getreu seinem „Aydtt“ als Stadtarzt im Nürnberger Pestjahr 1585 so gewissenhaft erfüllt hat, daß er sein Leben hingab. Wie Luther schätzt auch Melanchthon den ärztlichen Stand; 1555 gebraucht er in „De arte medica“ Wendungen¹³⁰⁾ aus Sirach 38, auf die er sich 1548 in „De dignitate artis medicae“ bezogen hatte. In dieser Oratio von 1548 zitiert er wört-

lich: „Honora medicum, Deum enim creavit eum propter necessitatem... Altissimus creavit remedia ex terra et a Deo est medicatio“¹³¹⁾. Die Zeitgenossen wußten um die nachfolgenden Worte über den Arzt „und Könige ehren ihn“ (Sir. 38, 2), Melanchthon aber ergänzt den zitierten Text: „... etiam consilium medici divinitus regitur et efficacia a Deo adjuvatur“. Diese Sätze enthalten die theologische Begründung für die Dignität des Ärztestandes in der Gesellschaft des 16. Jahrhunderts, eine Dignität, die dem ärztlichen Grundethos kongruent ist. Die officia, die dieses Grundethos fordert, entsprechen dem theologisch begründeten Recht des kranken Menschen auf die ärztliche Hilfe. Die Beachtung dieser Relationen durch die führenden Kreise der Nürnberger Gesellschaft ist so wenig auszuschließen wie der auf diesen Relationen beruhende, den Arzt verpflichtende Anspruch seines Standes.

7.

Erscheint die Nürnberger Medizinalordnung in dieser Hinsicht als ein Glied in der Kette einer ununterbrochenen langen Tradition, so beruht sie auch auf einer anderen Einschätzung des Ärztestandes in der Gesellschaft als dies früher der Fall war. Diese Andersartigkeit ist noch genauer in den Blick zu nehmen.

Die Ärzte traten außerhalb der Fakultät auch früher geschlossen und mit gemeinsamer Willensbildung in Erscheinung, wie durch die Seuche, die zu gemeinsamem Handeln des Volkskörpers mit sanitärer Zielrichtung nötigte. Im religiösen Bereich bestanden in größeren Orten Bruderschaften zu Ehren der Ärztopatrone Kosmas und Damian¹³²⁾. Im bürgerlichen profanen Bereich waren die Ärzte Mitglieder einer Zunft. Um 1500 streiten die Nürnberger Ärzte, so daß Erhard Windsberger seine ironische Schrift „Recepta concordantiae“ an sie richtete. Die Hypostasierung des Ärztestandes vollzieht sich als ein Prozeß der Herauslösung aus der Zunftordnung, der Emanzipierung von den früheren Lebensformen: am Beginn die neuzeitliche Wende zum Individualismus, das Leitbild des Uomo universale bei Dietrich Ulsen und Hartmann Schedel. Das Schauspiel nimmt unter den Ärzten der nächsten Generation: Ayrer, Wolff, Coiter, Palma und Cameraius stärkere Kontraste an. Neben der betonteren Entwicklung der medizinischen Disziplinen und der daraus sich ergebenden Differenzierung der Ärzte fallen die Unterschiede der Lehrmeinungen auf. Cyriacus Lucius de Clas unterscheidet die in sich unterschiedliche Richtung der Schola communis (Anhänger des Hippocrates, Galen, Avicenna), die ebenfalls verschie-

denartigen Chymici, die Astrologi, okkultistischen Hyperphysici, Empirici und Arbitrarii (Eklektiker). Traditionelle und von der Tradition sich lösende Tendenzen ziehen nebeneinander her.

Dies alles war in Einklang mit dem Alltag zu bringen, zu dem für einen Teil der in Nürnberg tätigen Ärzte die Pflicht eines städtischen Amtsträgers gehörte. Diese Ärzte bedurften, um von ihrem Wissen den rechten Gebrauch machen zu können, einer Sicherung vor Willkür von verschiedenen Seiten, auch von Seiten der Obrigkeit.

Die Vorgeschichte der Medizinalordnung wäre schließlich noch im Vergleich mit den entsprechenden Vorgängen in Augsburg und Worms (1582), Wien und Ulm, in Lübeck und Passau (1595) zu untersuchen¹³³⁾.

Die Nürnberger Medizinalordnung mag in materialer Hinsicht als Ausläufer der mittelalterlichen Zunftordnungen, als Teilerscheinung des bürgerlichen Lebens im Zuge der Entwicklung des Rechtswesens in der Freien Reichsstadt gelten. In formaler Hinsicht ist sie mehr: ein Ergebnis der in der zweiten Hälfte des 16. Jahrhunderts sich ereignenden Auseinandersetzungen der Wissensformen und Lebensmächte, also ein soziologisch aufzufassender Vorgang, aber auch Folge einer Einstellung, die in Antithese steht zu der Zeit, da Nürnberg noch Wirkungsfeld der Heilumsweisungen und die Heilig-Geist-Spalkirche in dieser Hinsicht ein sakrales Zentrum des Heilens war. Mit dieser Vergangenheit verbindet sich andererseits das spirituelle Fundament der Medizinalordnung. Die Worte „Aegrotorum salus suprema lex esto“ bedeuten die Entelechie der Entwicklung, insofern sie als Bekundung des Gewissens im Arzt, der die Relationen der Wirklichkeit erspürt und dazu Stellung nimmt, dem geschichtlichen Prozeß im medizinischen Bereich immanent war. Das Gewissen forderte die Entscheidungen, die notwendig waren, um das Mißverhältnis zwischen der Grundforderung der ärztlichen Ethik und den Zuständen im Heilwesen, dem privaten wie dem kommunalen, zu bereinigen. Auf dieser Grundlage besiegelte die Medizinalordnung zuletzt den geschichtlichen Vorgang der sozialen Individuation des Ärztestandes bei gleichzeitiger zeitgemäßer Anpassung an die Bedürfnisse des bonum commune. Auf diese Weise von der Vergangenheit gelöst und doch mit ihr verbunden treten die Nürnberger Ärzte gegen 1600 in eine neue Ära ihrer Geschichte.

Ergab sich die den Rat von Nürnberg und die Ärzte dieser Stadt miteinander verbindende Grundforderung

RECORSAN[®]

- LIQUID . c. Rutin

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

O.P. Tropfflasche zu 30 ml

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

der ärztlichen Ethik erst im letzten Teil dieser Untersuchung, so war sie doch das wesentlich Frühere, und zwar ja nachdem regulierend oder protestierend. Sie normierte im ursprünglichen Wortverstand: wie die norma, Richtschnur beim Bauen, zog sie die Grenze, gab sie die Richtung und eben dadurch Raum für die konstruktive Tat. Von da aus fällt Licht auf die Entwicklung der Medizin Nürnbergs von der Dürerzeit bis zum Ende des 16. Jahrhunderts.

Anmerkungen

115) Mürl 13 (mit griech. Text). — 116) Hippocratis opera omnia ed. Kühn III 261 sq. — 117) Galeni opera omnia ad. Kühn XVIII, 1 (Hippocratis de articulis liber et Galeni in eum commentarii quatuor p. 300—787), 766. — 118) Schlenk 8. — 119) Mürl 11 (mit griech. Text). — 120) Hippocratis opera omnia ed. Kühn II 380. — 121) s. Frings. — 122) Seneca, Ep. 95, 33; s. Wössner 36, Anm. 17. — 123) Regula Benedicti (Henstik 95). — 124) Löhlein 65. — 125) Kramm 772. — 126) ed. Bretschneider XII 113. — 127) ed. Bretschneider XI 806 ff. — 128) Ausgabe von Wendi, a. dort. — 129) ed. Bretschneider XII 119. — 130) e. a. G., 118 sq. — 131) e. a. G., XI 808. — 132) Wittmann. — 133) Mann (mit Literaturhinweisen).

Literaturverzeichnis

Ausstellung des Germanischen Nationalmuseums Nürnberg 21. 5.—1. 8. 1971 (Katalog): Albrecht Dürer 1471—1971, München 1971.

ANKWICZ-KLEEHEGVEN, H. v.: Cuspinianus, in: NDB 3 (1957) 450—452; ders.: Der Wiener Humanist Johannes Cuspinian, Graz u. Köln 1959.

ARNALDI VILLANGVANI opera omnia. Cum Nicolai Taurelli in quosdam libros annotationibus, indice item copiosissimo. Basel 1585.

BAGRGW, L. u. R. A. SKELTON: Malster der Kartographie. Berlin 1963.

BAGRGW, L.: Die Geschichte der Kartographie. Berlin 1951.

BAUCH, G.: Die Nürnberger Poetenschule 1496—1509. In: Mitt. Ver. Gesch. Nürnberg, H. 14, 1901 S. 1 ff.

BEHLING, L.: Die Pflanze in der mittelalterlichen Tafelmalerei. Weimar 1957.

BENZING, J.: Wer war der Drucker für die Sodalitas Ceitica in Nürnberg? In: Mitt. e. d. Stadtbibl. Nürnberg 4, 2 (1955) 1—13.

BERNLEITHNER, E.: Die Entwicklung der Kartographie in Österreich. In: Ber. z. dtsh. Landeskde., hrsg. v. d. Bundesanstalt f. Landeskde. i. Deutschland, Zentralerh. t. Landeskde. v. Deutschland, 22. Bd. (1959) 191—224.

BLGCH, I.: Der Ursprung der Syphilis. Eine medizinische und kulturgeschichtliche Untersuchung. Jena 1901.

BRAUN, B.: Luthers Stellung zur Medizin aus seinen Tischreden. Med. Diss. Düsseldorf 1966.

BRECHTGLD, W.: Dr. Heinrich Wolf (1520—1581). Med. Diss. Würzburg 1959.

DIEPGEN, P.: Des Meisters Arneid von Villenova Parebelen der Heilkunst. Aus dem Lateinischen übers., erklärt u. eingeleitet von P. Diepgen. Klassiker der Medizin, hrsg. v. Kari Sudhoff, Band 26, Leipzig 1922.

EDER, E.: Ärztebiographien aus dem Eichenus quorundem Bavariae medicorum des Münchner Hofbibliothekars Andreas Felix von Geleite. Med. Diss. Erlangen 1967.

FRINGS, H. J.: Medizin und Arzt bei den griechischen Kirchenvätern bis Chrysostomos. Diss. Bonn 1959.

FUCHS, C. H.: Theodorici Ulsenii Phrisii Veticinium in epidemica scabie, quae pessim toto orbe grassatur; nebst einigen anderen Nachrichten zur Sammlung der ältesten Schriftsteller über die Lustseuche in Deutschland. Göttingen 1850.

FUCHS, W. P.: Das Zeitalter der Reformation (Bruno Gebhardt, Handb. d. dtsh. Geschichte, 2: Von der Reformation bis zum Ende des Absolutismus, 18. bis 18. Jh., hrsg. von Herbert Grundmann), 8. Aufl. Stuttgart 1955 (verb. Nachdr. 1956), 1—104.

FUETER, E.: Geschichte der neueren Historiographie (Hdb. d. mittelalterlichen u. neueren Geschichte, Abt. I, Allgemeines, 3. Aufl., München u. Berlin 1936).

GALEN: Hippocratis de articulis liber et Galeni in eum commentarii quatuor (Claudii Galeni opera omnia ed. C. G. Kühn, Tome XVIII, P. I, 300—787), Lipsiae 1829.

GENGLER, H. G.: Beiträge zur Rechtsgeschichte Bayerns 3 (1892).

GOLDMANN, K.: Geschichte der Stadtbibliothek Nürnberg. Nürnberg 1957; ders.: Verzeichnis der Hochschulen. Neustadt a. d. Aisch 1967.

GOSSMANN, H.: Das Collegium Pharmaceuticum Norimburgense und sein Einfluß auf das Nürnbergische Medizinwesen. Frankfurt 1966.

GRESS, G. v.: Gelehrte Bildung im alten Nürnberg und das Studium der Nürnberger an italienischen Hochschulen. In: Altes und Neues aus dem Pegnesischen Blumenorden, S. 14 ff.

GUDEWILL, K.: Georg Forster. in: NDB 5 (1961) 303—305.

JGACHIMSEN, P.: Geschichtsauffassung und Geschichtsschreibung in Deutschland unter dem Einfluß des Humanismus, 1. Teil. Leipzig u. Berlin 1910.

HAESER, H.: Lehrbuch der Geschichte der Medizin und der epidemischen Krankheiten. 3. Bearbtg., 3. Bd., Jena 1882.

HARTIG, O.: Der Arzt Samuel Gulcheberg, der erste Muesologe Deutschlands, am Hofe Albrechts V. In München. In: Das Bayerland 44, (1933) 630—633.

HASE, G.: Die Koberger. Eine Darstellung des buchhändlerischen Geschäftsbetriebes in der Zeit des Überganges vom Mittelalter zur Neuzeit. 2. Aufl., Leipzig 1885.

HERRLINGER, R.: Volcher Colter 1534—1576 (Beitr. zur Geschichte der medizinischen u. naturwissenschaftlichen Abbildung, Band I), Nürnberg 1952.

Hippocratis de affectionibus liber (Magni Hipp. opera omnia ed. cur. C. G. Kühn, Tome II, 380—426), Lipsiae 1826.

Magni Hippocratis Opera Omnia, ed. C. G. Kühn, Tom. III (Medicorum Graecorum Opera quae extant, Vol. XXII), Lipsiae 1827.

JEGEL, A.: Die Geschlechtskrankheiten sind vor der Entdeckung Amerikas auch in Frenken bekannt. Sudh. Arch. Gesch. Med. 26 (1933) 289—309; ders.: Aus dem Altnürnbergischen Ärzteleben vor 1500. in: Münchn. Med. Wschr. 81 (1934) 1091—1093.

KERSCHENSTEINER, H.: München und die Medizin. In: Das Bayerland 44 (1933) 811—820.

KIRCHER, A.: Deutsche Kaiser in Nürnberg. Eine Studie zur Geschichte des öffentlichen Lebens der Reichstadt von 1500—1612. Nürnberg 1955.

KÖNIG, K.: Der Nürnberger Stadtrat Dr. Georg Palme (1534—1591). Medizin in Geschichte und Kultur, Bd. 1, Stuttgart 1961.

KRAMM, H.: Die Rede Philipp Melanchthons gegen das Kurfürstentum seiner Zeit. in: Hippokrates 11 (1940) 742—748, 766—773.

KRÖGER, H.: Des Nürnberger Meisters Erhard Etzlaub älteste Straßenkarten von Deutschland. In: Jb. f. fränkische Landesforschung 18 (1958) 1—287.

KUNSTMANN, F.: Hieronymus Münzer's Bericht über die Entdeckung der Guinea mit einleitender Erklärung. Abh. d. Historischen Classe der Königlich-Bayerischen Akademie d. Wissenschaften 7. Bd., in d. Reihe der Denkschriften der XXIX. Bd., München 1855, S. 289—362.

LAIN ENTRALGG, P.: La Historia Clinica. Madrid 1950.

LHGTSKY, A.: Österreichische Historiographie. Wien 1962.

LIERMANN, H.: Nürnberg als Mittelpunkt deutschen Rechtslebens. Jb. f. fränkische Landesforschung 2 (1936) 1—17; ders.: Gregor Haloander. In: NDB 7 (1966) 571 f.

LÖHLEIN, G.: Die Gründungsurkunde des Nürnberger Heiliggeistspitals von 1339. Mitt. Ver. Gesch. Stadt Nürnberg 52 (1963—64) 65—79.

MANN, G.: Gesundheitswesen und Hygiene in der Zeit des Überganges von der Renaissance zum Barock. Medizinhist. J. 2 (1967) 107—123.

MAULL, G.: Etzlaub. In: NDB 4 (1959) 669.

PHILIPPI MELANCHTHONIS opera quae supersunt omnia (ed. C. G. Bretschneider), Vol. I—XXVIII. Halae Saxoniae 1834—48.

MEYER, G.: Hartmann Schedel. In: Medizinhist. J. 4 (1969) 55—66, aus: Unbekanntes Bayern, Bd. 7 (1962) 177—192.

MGHLE, L.: Kardinal Bessarion als Theologe, Humanist und Staatsmann. 3 Bde., Paderborn 1923—27, 1942.

MÖLLER, J.: Der Umfang und die Haupttrouten des Nürnberger Handelsgebietes im Mittelalter. Vjschr. Sozial- u. Wirtschaftsgesch. VI (1908) 1—38.

MUMMENHOF, E.: Geschichtliches zur Heilkunde in Nürnberg. In: Festschrift, dargeboten den Mitgliedern u. Teilnehmern der 65. Versammlung der Gesellschaft dtsh. Naturforscher u. Ärzte vom Stadt- und Magistrat Nürnberg. Nürnberg 1892, 73—96; ders.: Die öffentliche Gesundheits- und Krankenpflege im alten Nürnberg. In: Festschrift zur Eröffnung des neuen Krankenhauses der Stadt Nürnberg. Nürnberg 1898, 1—122.

MDRI, W. (Hrsg.): Der Arzt im Altertum. München 1962.

NABER, G.: Der Arzt als städtischer Amtsträger im alten Amberg. Med. Diss. Erlangen 1967.

Neue Deutsche Biographie, hrsg. von der Historischen Kommission bei der Bayer. Akademie der Wissenschaften, Bd. 1—8, München 1953—1969.

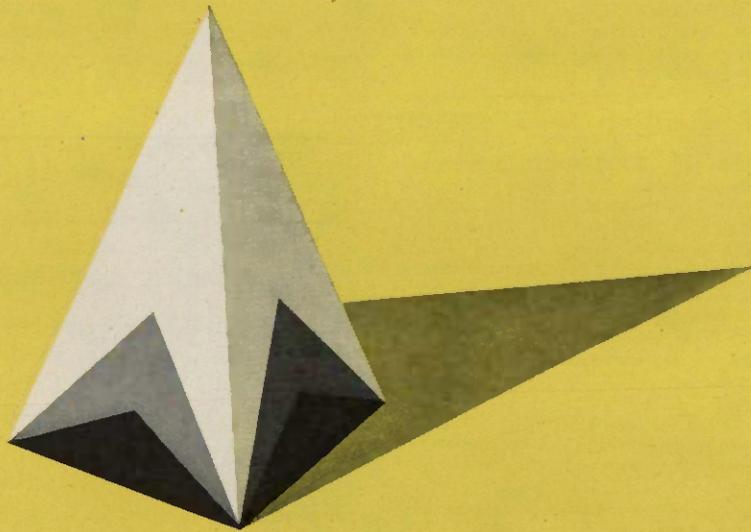
NISSEN, C.: Die botanische Buchillustration. Geschichte und Bibliographie. 2 Bde., Stuttgart 1951; ders.: Kräuterbücher aus fünf Jahrhunderten. Medizinhistorischer und bibliographischer Beitrag. Zürich-München-Gien 1956.

PETERS, H.: Zur Geschichte des Apothekenwesens in Nürnberg. In: Festschrift, dargeboten den Mitgliedern und Teilnehmern der 65. Versammlung der Gesellschaft dtsh. Naturforscher u. Ärzte vom Stadt- und Magistrat Nürnberg. Nürnberg 1892, 97—118.

PFEIFFER, G. (Hrsg.): Nürnberg — Geschichte einer europäischen Stadt. München 1971.

PHILIPP, E.: Zur Kenntnis des Nürnbergischen Medizin- und Apothekenrechtes bis zur Gründung des Collegium pharmaceuticum im Jahre 1632. Philos. Diss. Marburg 1961.

PRGKSCH, J. K.: Die Geschichte der venerischen Krankheiten. Zweiter Theil: Neuzeit. Bonn 1895.



Angina,
Sinusitis,
Bronchitis,
Pneumonie,
Cystitis,
Pyelonephritis,
Darminfektionen

BACTRIM[®] ROCHE
BACTRICID

Keimvernichtung durch
Doppelblockade

schnell, sicher, stark

Kontraindikationen

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

Verträglichkeit

Bactrim ist in der angegebenen Dosierung gut verträglich. Übelkeit und Erbrechen sowie Arzneimitteltoxikose können auftreten. In einzelnen Fällen, vorwiegend bei älteren Patienten, sind hämatologische Veränderungen beobachtet worden. Dabei handelte es sich fast stets um leichte, osymptomatische Erscheinun-

gen, die sich nach Absetzen des Medikamentes als reversibel erwiesen.

Vorsichtsmaßnahmen

In Fällen mit eingeschränkter Nierenfunktion ist die Dosis zu reduzieren bzw. das Dosierungsintervall zu verlängern, um eine Kumulation im Blut zu vermeiden. Bei solchen Patienten sollten Bestimmungen der Plasmakonzentration durchgeführt werden. Falls Bactrim über längere Zeit verabreicht wird, sind regelmäßige Blutbildkontrollen angezeigt. Außerordentlich selten können asymptomatische Veränderungen auftreten, die auf einen Folsäuremangel schließen lassen und durch eine Folsäure-Behandlung beseitigt werden können.

Wenn während der Behandlung Exantheme auftreten, ist das Medikament unverzüglich abzusetzen.

1 Tablette enthält 80 mg Trimethoprim und 400 mg Sulfamethoxazol, 1 Kindertablette enthält 20 mg Trimethoprim und 100 mg Sulfamethoxazol, 5 ml 11 Meßlöffel bzw. Teelöffel Sirup enthalten 40 mg Trimethoprim und 200 mg Sulfamethoxazol. Der Sirup enthält in 5 ml 2,5 g Zucker.

Packungen und Preise

20 Tabletten DM 18,15 m. U. St.
20 Kindertabletten DM 5,70 m. U. St.
Sirup 100 ml DM 12,50 m. U. St.



Hoffmann-La Roche AG, 7899 Grenzach

RAMMINGER, W. K.: Die von A. F. von Oefele nicht bearbeiteten Ärzte-Bio-Bibliographien aus dem Album Bavariae Jatricae seu catalogus celebrorum aliiquot medicorum von Franz Josef Oriencwald 1733. Med. Diss. Erlangen 1968.

Regula Benedicti recensuit RUDOLPHUS HANSLIK. Corpus Scriptorum eccleslasticorum latinorum LXXV. Vindobonae 1960.

REICKE, E.: Geschichte der Reichsstadt Nürnberg von dem ersten urkundlichen Nachweis ihres Bestehens bis zu ihrem Übergang an das Königreich Bayern (1806). Nürnberg 1896.

ROHRICH, H.: Theatrum anatomicum, Hortus medicus und Laboratorium chymicum. In: Sitzungsberichte d. physikalisch-medizinischen Sozietät zu Erlangen 84 (1970) 4-17.

RUPPRICH, H.: Die deutsche Literatur vom späten Mittelalter bis zum Barock. 1. Teil: Das ausgehende Mittelalter, Humanismus und Renaissance 1370-1520 (Geschichte der dtsh. Literatur von den Anfängen bis zur Gegenwart von H. de Boor u. R. Newald, 4. Bd.), München 1970.

SIMDINSFELD, H.: Der Fondaco del Tedeschi in Venedig und die deutsch-venezianischen Handelsbeziehungen. 2 Bde., Stuttgart 1887.

SOLGER, E.: Aus dem Sanitätswesen der Reichsstadt Nürnberg im 18. Jahrhundert. Ein Beitrag zur Geschichte der Hygiene. Dtsch. Vjschr. öff. Gesundheitspflege. 2. Bd. (1870) 67-90.

SPDRHAN-KREMPPEL, L.: Nürnberg als Nachrichtenzentrum zwischen 1400 und 1700. Nürnberger Forschungen, 10. Bd., Nürnberg 1968.

SUDHOFF, K.: Iatromathematiker, vornehmlich im 15. und 16. Jahrhundert. In: Abh. Gesch. Med., H. 11, Breslau 1902; ders.: Graphische und topographische Erstlinge der Syphilisliteratur aus den Jahren 1495 und 1496. (Alte Meister der Medizin und Naturkunde, hrsg. v. G. Klein, München, 4.) München 1912.

SCHLENK, R.: Cyriacus Luclus, De viris medicorum sectis nunc in re publica vigentibus, Ingolstadt 1583. Med. Diss. Erlangen 1970.

SCHNELBÖGL, J.: Die Reichskleinodien in Nürnberg 1424-1523. Mitt. Ver. Gesch. Stadt Nürnberg 51 (1962) 78-159.

SCHMID, M.: Medici Universitatis Altorfinae. In: Gelehrte der Universität Altdorf, hrsg. v. H. Cl. Recktenwald, Nürnberg 1966, S. 79-98.

SCHLOSSER, J. v.: Kunst- und Wunderkammern der Spätrenaissance. Leipzig 1908.

SCHIPPERRGES, H.: Ideologie und Historiographie des Arabismus. Sudh. Arch. Gesch. Med. Naturw. Beih. 1, Wiesbaden 1961; ders.: Die Assimilation der arabischen Medizin durch das lateinische Mittelalter. Sudh. Arch. Gesch. Med. Naturw. Beih. 3, Wiesbaden 1964.

SCHROTTER, O.: Die Kirche der hl. Elisabeth in Nürnberg (ehemalige Deutschordenskirche), Nürnberg 1903.

SCHULTHEISS, W.: Die Einwirkung Nürnberger Stadtrechts auf Deutschland, bes. Franken, Böhmen und die Oberpfalz. (Der Nürnberger Stadtrechtskreis), Jb. f. Fränk. Landesforsch. 2 (1936) 18-54; ders.: Aus der Geschichte des Heiliggeistspitals (Festschrift anlässlich des 600-jährigen Bestehens der Heiliggeistspital-Stiftung). Nürnberg 1939, S. 27-44; ders.: Die Entdeckung Amerikas und Nürnberg. Beiträge zur Kultur- und Wirtschaftsgeschichte der Reichsstadt. Jb. f. Fränk. Landesforsch. 15 (1955) 171-200; ders.: Martin Behaim 1459-1507 und die Nürnberger Kosmographen. Ausstellung anlässlich des 450. Todestages von Martin Behaim im Germanischen Nationalmuseum Nürnberg, Juli-Sept. 1957.

STAUBER, R.: Die Schedelsche Bibliothek. Ein Beitrag zur Geschichte der Ausbreitung der Italienischen Renaissance, des deutschen Humanismus und der medizinischen Literatur, Nach dem Tode des Verfassers hrsg. v. O. Hartig, Freiburg i. Br. 1908.

STEPHAN, J.: 10 Observationes aus dem kasuistischen Sammelwerk des Johann Schenck von Grafenberg (1530-1596). Med. Diss. Erlangen 1967.

STICKER, O.: Abhandlungen aus der Seuchengeschichte und Seuchenlehre. I. Bd.: Die Pest, 1. Teil: Die Geschichte der Pest. Gießen 1908.

STORZBECHER, M.: Zur Geschichte des öffentlichen Gesundheitswesens in Deutschland. Das öffentliche Gesundheitswesen, Band I, Teil A, hrsg. v. F. Pürckhauer u. J. Stralau. Stuttgart 1966, 1-46.

THEOPHRAST VON HOHENHEIM gen. Paracelsus: Sämtliche Werke, hrsg. v. K. Sudhoff, I. Abt.: 7. u. 8. Bd., München 1923, 1924.

VERDROSS, A.: Abendländische Rechtsphilosophie, Ihre Grundlagen und Hauptprobleme in geschichtlicher Schau, Wein 1958.

VDIGT, J.: Geschichte des Deutschen Ritterordens in seinen zwölf Balleien in Deutschland, 2 Bde., Berlin 1957/59 (Nachdr. d. Aufl. 1857/59).

WAETZOLD, W.: Dürer und seine Zeit. Wien 1938.

WENDT, H. H.: Die Augsbürgische Konfession im deutschen und lateinischen Text mit Erklärung des Inhalts und Befügung der Hauptquellen. Halle/S. 1927.

WERNER, G.: Nürnbergs Erzeugung und Ausfuhr wissenschaftlicher Geräte im Zeitalter der Entdeckungen. Das Martin-Behaim-Problem in wirtschaftsgeschichtlicher Betrachtung. Mitt. Ver. Gesch. d. Stadt Nürnberg, 53. Bd. (1965) 69-149.

WITTMANN, A.: Kosmas und Damian. Kulturausbreitung und Volksdevotion. Berlin 1967.

WOLFANGEL, D.: Melchior Ayrer (1520-1579) Med. Diss. Würzburg 1957.

WÖSSNER, J.: Mensch und Gesellschaft. Berlin 1963.

ZEHL, C. A.: Der humanistische Arzt Dr. Erhard Windsberger (Ventimontanus Aeolides), Professor in Ingolstadt und seine literarische Betätigung. Med. Diss. Leipzig 1919.

ZINNER, E. Nürnbergs wissenschaftliche Bedeutung am Ende des Mittelalters. Mitt. Ver. Gesch. d. Stadt Nürnberg 50 (1961) 113-119; ders.: Leben und Wirken des Joh. Müller von Königsberg, genannt Regiomontanus. 2. Aufl. Osnabrück 1968.

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. med. Magnus Schmid, Vorstand des Seminars für Geschichte der Medizin der Universität Erlangen-Nürnberg, 8520 Erlangen, Bismarckstraße 6

Landespolitik

Bayerischer Landesgesundheitsrat

Der Bayerische Landesgesundheitsrat hat sich in seiner 2. Vollsitzung am 13. Dezember 1971 mit der Zusammenstellung der Haushaltsansätze 1972/73 für gesundheitspolitische Maßnahmen befaßt. Er ist der Meinung, daß die Erhaltung der Volksgesundheit, soweit der Freistaat Bayern dafür verantwortlich ist, eine vorrangige Verpflichtung darstellt und entsprechende Prioritäten im Haushalt zu setzen sind.

Nach einer allgemeinen Würdigung der Haushaltsansätze wurde beschlossen, die einzelnen Kapitel schwerpunktmäßig in einer Unterausschußsitzung vorzubereiten und bei der nächsten Vollsitzung ein entsprechendes gesundheitspolitisches Schwerpunktprogramm zu erarbeiten.

Lärmschutz

Schriftliche Anfrage des Herrn Abgeordneten Dr. WILHELM (CSU) vom 30. August 1971:

„Die Lärmbelastung nimmt gerade in den Großstädten ein immer unerträglicheres Ausmaß an. In dem Zusammenhang bitte ich die Staatsregierung, folgende Fragen zu beantworten:

1. Ist es technisch möglich, wesentlich weniger laute Baumaschinen und Lastkraftwagen herzustellen, als sie heute in Betrieb sind? Wenn ja: Um wieviel ist die Lärmbelastung geringer?
2. Werden derartige Forschungs- und Entwicklungsarbeiten mit Mitteln des Freistaates Bayern gefördert? Wenn nein: Besteht die Absicht, das zu tun?
3. Hält es die Staatsregierung für zweckmäßig, die Entwicklung von geräuscharmen Maschinen, besonders von Lastkraftwagen und Baumaschinen, durch steuerliche Maßnahmen - Lärmsteuer für besonders laute, Steuervergünstigung für besonders leise Motoren - zu fördern? Ist der Staatsregierung von Bestrebungen dieser Art etwas bekannt?

Antwort des Bayerischen Staatsministeriums für Wirtschaft und Verkehr vom 15. Oktober 1971:

„Zu 1.:

Es ist technisch möglich, die Geräuschkentwicklung von Lastkraftwagen und Baumaschinen mehr als bisher

zu dämpfen. Die hierfür notwendigen Entwicklungen wird die einschlägige Industrie allerdings erst einleiten, wenn in den bundesrechtlichen Vorschriften die konkreten Forderungen bezüglich der zulässigen Geräuschentwicklung angemessen verschärft werden. Gemäß § 49 Straßenverkehrs-Zulassungs-Ordnung (StVZO) müssen Kraftfahrzeuge und Anhänger so beschaffen sein, daß die Geräuschentwicklung das nach dem jeweiligen Stand der Technik unvermeidbare Maß nicht übersteigt. Nach den verbindlichen Richtlinien des Bundesministers für Verkehr vom 13. September 1966 für die Geräuschmessung an Kraftfahrzeugen (VkBf. 1966, Heft 19, S. 531) sind gegenwärtig folgende Grenzwerte für die Geräuschentwicklung von Kraftfahrzeugen zulässig:

Krafträder	70–84 dB (A)
Personenkraftwagen	80–84 dB (A)
Lastkraftwagen	85–89 dB (A)

Bei der Festsetzung dieser Werte ist der Bundesminister für Verkehr vom Stand der Technik etwa des Jahres 1966 ausgegangen. Die in der Zwischenzeit stark angestiegene Lärmbelastigung erfordert die Festsetzung neuer Grenzwerte, wobei z. B. eine Senkung der o. a. Werte um je 2 dB (A) bereits eine erhebliche Verringerung der Geräuschbelastigung ergeben würde. Soweit sich dadurch die Herstellungskosten für Kraftfahrzeuge erhöhen, müßte dies im Interesse der Gesundheit der Bevölkerung in Kauf genommen werden, wobei in der zeitlichen Regelung auf die berechtigten Interessen der Industrie Rücksicht zu nehmen ist.

Das Bayerische Staatsministerium für Wirtschaft und Verkehr wird die schriftliche Anfrage zum Anlaß nehmen, in diesem Sinne an die Bundesregierung heranzutreten.

Auch die zulässige Lärmentwicklung von Baumaschinen ist bundesrechtlich geregelt (Gesetz zum Schutz gegen Baulärm vom 9. September 1965 – BGBl. I S. 1214 –, geändert durch das Einführungsgesetz zum Gesetz über Ordnungswidrigkeiten vom 24. Mai 1968 – BGBl. I S. 503 –). Die Bundesregierung hat soeben den Entwurf einer allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum Schutz gegen Baulärm – Emissionsrichtwerte für Betonmischeinrichtungen und Transportbetonmischer – dem Bundesrat mit der Bitte um Zustimmung vorgelegt. Nach diesem Entwurf werden die zunächst festgesetzten Höchstwerte für die Geräuschentwicklung von Betonmischeinrichtungen und Transportbetonmischern mit Wirkung vom 1. Januar 1975 ganz erheblich herabgesetzt.

Zu 2.:

Forschungs- und Entwicklungsarbeiten für die Geräuschminderung bei Lastkraftwagen und Baumaschinen wurden bisher nicht mit Mitteln des Freistaates Bayern gefördert. Da es sich hierbei um eine Aufgabe des Bundes handelt, besteht auch nicht die Absicht, dies in Zukunft zu tun.

Aus den dem Staatsministerium für Wirtschaft und Verkehr zur Verfügung stehenden Haushaltsmitteln zur Förderung der Wirtschaftsforschung werden nur Vorhaben der angewandten Forschung und Entwicklungsprojekte bei Gemeinschaftsforschungseinrichtungen gefördert, wobei sich die Wirtschaftskreise, die aus den späteren Ergebnissen Nutzen ziehen werden, angemessen an den Kosten zu beteiligen haben. Während die Großindustrie, und zu ihr können die Lkw-Hersteller und weitgehend auch die Baumaschinen-Hersteller gerechnet werden, personell und finanziell meist selbst in der Lage ist, derartige Forschungsvorhaben durchzuführen, ist dies im Bereich der in Bayern besonders stark vertretenen klein- und mittelständischen Industrie nur mit staatlicher Hilfe möglich. Die relativ bescheidenen Forschungsförderungsmittel des Staatsministeriums für Wirtschaft und Verkehr werden deshalb überwiegend für Forschungs- und Entwicklungsarbeiten ausgegeben, die für die klein- und mittelständische bayerische Wirtschaft von besonderer Bedeutung sind.

Das Staatsministerium für Landesentwicklung und Umweltfragen ist in dem die Bundesregierung beratenden Technischen Ausschuß (§ 8 des Gesetzes zum Schutz gegen Baulärm) vertreten. Es ist deshalb in der Lage, den Stand der Entwicklung auf diesem Gebiet jederzeit zu verfolgen und Schwerpunkte bei der Festlegung der vorrangig zu untersuchenden Baumaschinen zu setzen. Sollten diese Untersuchungen eine unangemessen lange Zeit in Anspruch nehmen oder zu nicht zufriedenstellenden Ergebnissen führen, wird die Staatsregierung prüfen, inwieweit Mittel des Freistaates Bayern zur Entwicklung lärmverminderter Baumaschinen eingesetzt werden können.

Der Bundesminister für Verkehr hat im Rahmen des Programms zur Verbesserung der Verkehrsverhältnisse der Gemeinden an die Gesellschaft für Verkehrsberatung und Verfahrenstechniken, Hamburg, einen Forschungsauftrag über die Geräuschminderung an Nutzkraftfahrzeugen vergeben. Die Untersuchungen sollen Aufschluß geben, mit welchen vertretbaren Mitteln (z. B. durch Kapselung der Motoraggregate in schweren Nutzfahrzeugen) eine Geräuschminderung an diesen Fahrzeugen zu erzielen ist. Der Bundesminister für Verkehr erwägt nach Vorlage eines positiven Ergebnisses dieser Untersuchungen eine Herabsetzung der gegenwärtig zulässigen Emissionsrichtwerte für Nutzkraftfahrzeuge. Aus diesem Grunde sieht auch das Bayerische Staatsministerium für Landesentwicklung und Umweltfragen keine Veranlassung, Mittel des Freistaates Bayern auf dem Gebiet der Entwicklung geräuschverminderter Nutzkraftfahrzeuge einzusetzen.

Zu 3.:

Nach dem derzeit geltenden Recht (§ 82 e EStDV) werden Investitionen für den Lärmschutz durch Einräumung von Sonderabschreibungen und somit durch die Zulassung von Gewinnverlagerungen auf spätere

Das therapeutische Ziel
ist das gleiche:
der ausgeruhte, ausgeglichene,
aktive Patient



RESEDORM[®] NERVISAL[®]

für einen erholsamen
tiefen Schlaf
ohne „hang-over“

RESEDORM

läßt Ihren Patienten 6–8 Stunden lang ruhig
schlafen und frisch erwachen

Zusammensetzung: In 100 ml Mixtur: 0,7 g Aprobarbital, 0,5 g Secbutabarbital. In 1 Tablette: 0,07 g Aprobarbital, 0,05 g Secbutabarbital, 6 mg Butetamol-citrat.

Indikationen: Funktionell und organisch bedingte Ein- und Durchschlafstörungen.

Kontraindikationen: Barbituratunverträglichkeit.

Dosierung: 1–2 Teelöffel bzw. 1–2 Tabl. kurz vor dem Schlafengehen.

Handelsformen: OP zu 20 Tebetten DM 4,85 m. MWSt.
OP zu 125 ml Saft DM 3,95 m. MWSt.

Lappe

PAUL LAPPE ARZNEIMITTEL
Niederlassung Bensberg der
BRISTOL-MYERS GmbH

für
eine gelöste Aktivität
im Alltagsstress

NERVISAL

sediert, macht aber nicht müde

Zusammensetzung: In 100 ml Elixir: Aprobarbital 0,3 g, Extr. Valerianae 0,25 g, Extr. Humuli lupuli fld. 1 g, Tinct. Ouebrecho 0,5 g, Vit.-B₁-chloridhydrochlorid 50 mg, Vit.-B₆-HCl 40 mg, Vit.-B₁₂-Cyanokomplex 0,1 mg. In 1 Dragée: Aprobarbital 15 mg, Extr. Valerianae sicc. 12,5 mg, Extr. Humuli lupuli sicc. 10 mg, Extr. Ouebracho sicc. 2 mg, Vit.-B₁-chloridhydrochlorid 2,5 mg, Vit.-B₆-HCl 2 mg, Vit.-B₁₂-Cyanokomplex 5 µg.

Indikationen: Alle Zustände, deren Ursachen in einer funktionellen Entgleisung des Vegetativums liegen.

Kontraindikationen: Barbituratunverträglichkeit.

Dosierung: 3mal täglich 1–2 Dragées oder 1–2 Teelöffel.

Handelsformen: OP zu 60 Dragées DM 7,65 m. MWSt.
OP zu 125 ml Elixier DM 3,95 m. MWSt.

Zeiträume bereits gefördert. Eine Förderung der Entwicklung von geräuscharmen Geräten indirekt durch steuerliche Vergünstigungen für die Anschaffung oder den Betrieb von derartigen Geräten erscheint nicht zweckmäßig. Die Entwicklung von geräuscharmen Geräten dürfte zweckmäßiger durch Entwicklungsaufträge bzw. durch die direkte Subventionierung (außerhalb des Steuerrechts stehende haushaltsrechtliche Zulagen bzw. verbilligte Darlehen) entsprechender Entwicklungsvorhaben gefördert werden. Wie zu Frage 2 ausgeführt, müßten solche Maßnahmen vom Bund durchgeführt werden.

Eine Eindämmung der allgemeinen Lärmbelästigung durch eine ‚Lärmsteuer‘ widerspräche der Grundkonzeption des herrschenden Steuerrechts, das zwar Steuervergünstigungen für Maßnahmen kennt, die öffentlichen Belangen Rechnung tragen, aber keine Strafsteuer für schädliche Sachverhalte. Der Versuch der Einführung einer ‚Lärmsteuer‘ für Lastkraftwagen und Baumaschinen erscheint daher aussichtslos.“

Neuorganisation des Rettungsdienstes in Bayern

Schriftliche Anfrage des Herrn Abgeordneten Ewald LECHNER (CSU) vom 27. Oktober 1971:

„Ist die Staatsregierung bereit, den Rettungsdienst in Bayern weiter auszubauen und neu zu ordnen sowie finanziell besser auszustatten?“

Antwort des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 23. November 1971:

„Das Staatsministerium des Innern bereitet derzeit den Entwurf für ein Bayerisches Gesetz über den Rettungsdienst vor. Das Gesetz soll im wesentlichen die Organisation und Finanzierung des Rettungsdienstes neu regeln und vorschreiben, über welche Einrichtungen der Rettungsdienst verfügen muß.

Der Entwurf weist den Rettungsdienst als Angelegenheit des übertragenen Wirkungskreises den Landkreisen und kreisfreien Gemeinden zu. Diese haben den Rettungsdienst in Rettungsdienstbereichen wahrzunehmen, die aus funktions- und wirtschaftlichen Gründen in der Regel das Gebiet mehrerer Landkreise umfassen werden. In den Rettungsdienstbereichen müssen sich die Landkreise und kreisfreien Gemeinden zu Zweckverbänden zusammenschließen und diesen die Aufgaben des Rettungsdienstes übertragen. Die Funktion der Zweckverbände soll vor allem in der Kontrolle, Koordinierung und der Entwicklung von Initiativen für den Ausbau des Rettungsdienstes bestehen; dagegen sollen sie sich zur Durchführung des Rettungsdienstes grundsätzlich der bewährten, schon bestehenden Hilfsorganisationen, vor allem des Bayerischen Roten Kreuzes, bedienen.

Diese Einrichtungen müssen bedeutend erweitert werden, soll der Rettungsdienst den modernen, durch die

Zunahme der Unfälle und sonstigen Notfälle gekennzeichneten Anforderungen gerecht werden. So ist vorgesehen, daß jeder Rettungsdienstbereich eine Rettungsleitstelle erhält, von der aus sämtliche Einsätze des Rettungsdienstes zentral gesteuert werden. Das Gesetz wird in Verbindung mit Ausführungsbestimmungen außerdem vorschreiben, daß eine bestimmte Anzahl nach DIN-Normen ausgerüsteter und mit ausgebildeten Rettungssanitätern besetzter Krankentransport-, Rettungs- und Notarztwagen in jedem Rettungsdienstbereich vorhanden sein muß.

Die für die geplante Modernisierung des Rettungsdienstes erforderlichen Mittel können die Hilfsorganisationen selbst nicht aufbringen. Es ist daher unumgänglich, daß der Freistaat Bayern und mit einem gewissen Anteil auch die Rettungszweckverbände die ungedeckten Investitions- und Betriebskosten übernehmen. Diese Leistungen werden dabei erheblich über den bisherigen Zuschüssen für den Rettungsdienst liegen müssen.

Die Neuregelung wird erst dann abgeschlossen sein, wenn neben dem bayerischen Gesetz auch das vom Bund vorbereitete Gesetz über die Beförderung von Personen mit Krankenkraftwagen und die bundesrechtliche Festlegung des Berufsbildes eines Rettungssanitäters in Kraft treten.“

Krankenhausfinanzierungsgesetz

Entwurf eines Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze

Schriftliche Anfrage des Herrn Abgeordneten Dr. FLATH (FDP) vom 20. September 1971:

„Ich frage die Staatsregierung:

1. Mit welcher Begründung haben die bayerischen Vertreter im Bundesrat gegen das Krankenhausgesetz Drs. Nr. VI/1874 votiert?
2. Wurde bei diesem Votum berücksichtigt, daß dadurch die Bauvorhaben mit einem erheblichen Unsicherheitsfaktor belastet sind, und daß die Bauträger bei der zur Zeit geltenden Zuschußregelung durch den Freistaat Bayern gegenüber dem oben genannten Gesetzesvorschlag finanziell benachteiligt sind?“

Antwort des Bayerischen Ministerpräsidenten vom 1. Dezember 1971:

Zu 1.:

„Die Haltung Bayerns zum Entwurf eines Krankenhausfinanzierungsgesetzes hat der Herr Staatsminister des Innern, Dr. MERK, in der 361. Sitzung des Bundesrates vom 29. Januar 1971 erläutert. Auf die beiliegende Ablichtung der auszugsweisen Sitzungsniederschrift darf ich verweisen.“

Zu 2.:

Die Vertreter Bayerns im Bundesrat gingen bei ihrer Stellungnahme von folgenden Erwägungen aus: Die bisherige Krankenhausförderung in Bayern wird im Hinblick auf den Gesetzentwurf jedenfalls zunächst nicht eingeschränkt werden. Auch nach einem etwaigen Inkrafttreten des Gesetzes kann während einer Übergangszeit die Förderung erst allmählich auf das neue Recht umgestellt werden. Geplante und im Bau befindliche Vorhaben sind deshalb kaum mit einem zusätzlichen Unsicherheitsfaktor belastet.

Da die gegenwärtige bayerische Krankenhausförderung mit den vorgesehenen Regelungen des KHG nicht ohne weiteres vergleichbar ist, kann deshalb auch nicht allgemein festgestellt werden, daß die Krankenhausbauträger durch die zur Zeit geltende bayerische Krankenhausförderung gegenüber dem KHG eine Benachteiligung erfahren. Vielmehr besteht gerade umgekehrt die begründete Befürchtung, daß die Neu-, Umbau- und Ersatzbauförderung von Krankenhäusern nach dem KHG im Vergleich zur jetzigen Regelung zurückgehen wird. Der Gesetzentwurf geht nämlich davon aus, daß zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung der Bevölkerung die Modernisierung des vorhandenen Bettenbestandes ausreicht. Ausgehend von dieser falschen Voraussetzung wird deshalb im Entwurf ein zusätzlicher Krankenhausbettenbedarf trotz der ständig steigenden Bevölkerungszahl, der Veränderung in der Altersstruktur und der allgemeinen Tendenz zur stärkeren Inanspruchnahme der stationären Behandlung sowie der Notwendigkeit, auf bestimmten Gebieten einen erheblichen Nachholbedarf zu befriedigen, nicht anerkannt. Förderungsmittel für einen zusätzlichen Bettenbedarf sind deshalb im KHG auch nicht vorgesehen.“

Anlage zum Schreiben der Bayerischen Staatskanzlei vom 1. Dezember 1971 (Nr. B III/2 - 2350 - 2 - 15)

Vizepräsident Dr. Röder: Ich bedenke mich, Herr Kollege Wertz, und erteile nunmehr das Wort Herrn Staatsminister Dr. Merk (Bayern) zur Abgabe einer Erklärung.

Dr. Merk (Bayern): Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Als der Bundesrat im Frühjahr 1969 der Regelung der Krankenhausfinanzierung durch den Bund zustimmte, war damit die Erwartung verbunden, daß die Bundesregierung die neue Zuständigkeit nützen würde, um mit einem ausgewogenen und realistischen Konzept den Finanzierungsnotstand der Krankenhäuser zu beseitigen.

Der Bund hatte schon immer die Möglichkeit, über die Regelung der Pflegesätze einzugreifen. Er hat davon keinen Gebrauch gemacht, auch nicht in der Form der Gewährung von Zuschüssen an die Krankenversicherungen. Diese Untätigkeit, die im Ergebnis zu eingefrorenen Pflegesätzen führte, hat wesentlich zum Defizit der Krankenhäuser beigetragen. Die neue, umfassendere Zuständigkeit des Bundes gibt die Chance, ein Finanzierungssystem zu entwickeln, das über eine angemessene Eigenleistung des Krankenhausträgers, eine angemessene Beteiligung der öffentlichen Hand an den Investitionskosten und die Abdeckung der

übrigen Kosten durch den Pflegesatz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser führt.

Die Bundesregierung hat diese Chance verten oder zumindest mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht genutzt und erneut kostbare Zeit zur endlichen Bereinigung der Notlage der Krankenhausträger verloren.

Nach dem vorgelegten Konzept übernimmt die öffentliche Hand, also der Steuerzahler, die gesamten Vorheltekosten für die lang-, mittel- und kurzfristigen Investitionen sowie die Instandhaltungskosten. Die Benutzer, also überwiegend die Krankenkassen für ihre Versicherten, heben die Kosten der Versorgung und der ärztlichen Betreuung aufzubringen. Von dem Finanzierungsanteil, der auf die öffentliche Hand entfällt, übernehmen ein Drittel der Bund und zwei Drittel Länder und Kommunen. Diese Drittelbeteiligung des Bundes steht allerdings nur auf dem Papier. In Wirklichkeit finanziert der Bund höchstens ein Sechstel. Die Bundesregierung hat damit ihrem eigenen Finanzierungssystem die Basis entzogen. Sie geht von falschen Berechnungsgrundlagen aus.

Bereits die vorgesehene summenmäßige Begrenzung des Bundesanteils widerspricht dem Prinzip einer prozentualen Beteiligung. Der vom Bund angenommene Bettenwert in Höhe von DM 72 100,- ist schlechtweg illusorisch. Unter DM 100 000,- kann selbst in einfachen Krankenhäusern kein Bett mehr finanziert werden. Realistisch ist ein Bettenwert von etwa DM 110 000,-.

Die vorgesehene Preissteigerung von jährlich 3% ist unreal, wenn man bedenkt, daß die Beupreise allein im letzten Jahr zwischen 17 und 40% gestiegen sind. Bei der angenommenen Zahl von 410 000 vorhandenen Akutbetten fehlen 50 000 Betten in Krankenhäusern mit weniger als 100 Betten, die der Bund aus seiner Förderung ausnehmen möchte, obwohl auf diesen Bestand, vor allem soweit es sich um Spezialkliniken handelt, nicht verzichtet werden kann. Außerdem können der Nachholbedarf und der verstärkte zukünftige Bedarf an Krankbetten nicht, wie die Bundesregierung meint, durch Rationalisierungsmaßnahmen aufgefangen werden.

Die Altersstruktur unserer Bevölkerung, die Tendenz zur stärkeren Inanspruchnahme der stationären Behandlung und die immer weiterreichende Spezialisierung können nicht einfach außer Betracht bleiben. Begrenzte Finanzierungsmöglichkeiten können nicht durch Ignorieren von Tatsachen ausgeglichen werden. Eine realistische Betrachtungsweise muß deswegen von etwa 500 000 förderungsfähigen Krankbetten ausgehen.

Legt man dem Konzept der Bundesregierung diese Werte zugrunde, dann ergibt sich für die öffentliche Hand ein jährlicher Finanzierungsaufwand von etwa 3,3 Milliarden DM, wie eben vom Herrn Berichterstatter des Finanzausschusses ausgeführt. Der Finanzierungsanteil des Bundes in Höhe von 650 Millionen DM macht dann im Durchschnitt etwa ein Sechstel aus, wenn man dazu berücksichtigt, daß nur 85% dieses Betrages nach Einwohnerwerten auf die Länder verteilt werden sollen und außerdem noch Mittel zur Förderung der Forschung abgehen.

Die minimale Beteiligung des Bundes an den Kosten der Krankenhausfinanzierung steht im Gegensatz zum maximalen Finanzierungsumfang, den die Bundesregierung der öffentlichen Hand im übrigen, also den Ländern und Gemeinden, anlastet.

Die Finanzierung der lang-, mittel- und kurzfristigen Anlagegüter, der Instandhaltungskosten sowie der sogenannten

„alten Last“ erfordert z. B. in Bayern bei einer Bettenzahl von 90 000 und einem Bettenwert von DM 100 000,— einen jährlichen Aufwand von etwa 680 Millionen DM, von denen der Bund nach dem Einwohnerschlüssel höchstens 110 Millionen DM übernimmt. Selbst wenn man davon ausgeht, daß der Restbetrag von 570 Millionen DM je zur Hälfte vom Land und von den Kommunen aufgebracht wird — wobei die Annahme, daß die Kommunen in ihrer derzeitigen Finanzsituation das zu leisten vermöchten, ebenfalls nicht realistisch ist —, würden dem Land 285 Millionen DM verbleiben. Derzeit sind im Landeshaushalt für den gleichen Zweck rund 100 Millionen DM ausgewiesen. Das bedeutet, daß die Haushaltsmittel nahezu verdreifacht werden müßten. Dazu kommt, daß die Bundesregierung eine Erhöhung der Pflegesätze über 7,5% ebenfalls auf die Länder abwälzen möchte. Die finanziellen Belastungen, die dadurch entstehen können, sind noch nicht absehbar.

Die Lage in den anderen Ländern dürfte ähnlich sein. Das Konzept der Bundesregierung führt eindeutig dazu, daß trotz der Beteiligung des Bundes die Aufwendungen der Länder und der Kommunen an der Krankenhausfinanzierung nicht sinken, sondern ganz entscheidend steigen werden. Das ist darauf zurückzuführen, daß der Finanzierungsumfang der öffentlichen Hand entscheidend erweitert wird und der Bund mit seinem eigenen Finanzierungsbeitrag die Erweiterung nur zu einem geringen Teil auffängt. Während sich die minimale Bundesbeteiligung über die summenmäßige Beschränkung im überschaubaren Rahmen hält, sollen die Länder bei gleichbleibender Finanzmasse ihre Haushaltsansätze, wenn ich das bayerische Beispiel zugrunde lege, verdoppeln bis verdreifachen.

Die Krankenhausfinanzierung darf dabei nicht isoliert betrachtet werden, sondern muß im Zusammenhang gesehen werden mit den Aufwendungen der Länder für den sozialen Wohnungsbau, die Städtebauförderung, den Umweltschutz, die Strukturpolitik, die Bildungspolitik usw. Auch beim sozialen Wohnungsbau verkündet die Bundesregierung aufwen-

dige Programme und überläßt die Finanzierung z. B. im Intensivprogramm überwiegend den Ländern. Das hat nichts mit kooperativem Föderalismus zu tun; das ist eine Politik, die sich der Verantwortung für die Funktionsfähigkeit des Gesamtsystems entzieht.

Wenn man außerdem berücksichtigt, daß die Steuereinnahmen zurückgehen und die Bundesregierung Steuererhöhungen oder auch die Verbesserung des Steueranteils der Länder ablehnt, dann zeigt sich die ganze Utopie der Politik der inneren Reformen.

Das Ergebnis dieser Politik wird sein, daß der Krankenhausbau stagniert und das oberste Ziel jeder Gesundheitspolitik, die optimale Versorgung der Bevölkerung mit Krankenkassen in leistungsfähigen Krankenhäusern, gefährdet wird.

Sollte sich die Bundesregierung bei ihrem Konzept dem nationalen Gesundheitsdienst Großbritanniens orientiert haben, dann muß festgehalten werden, daß das Ergebnis dieser Politik in England Wartelisten der Krankenhäuser sind, auf denen rund 500 000 Patienten stehen, die in weniger dringenden Fällen fünf Jahre und länger warten müssen, bis sie an die Reihe kommen.

Ich brauche euch nicht zu betonen, daß mit dem Entwurf der Bundesregierung gesellschaftspolitische Wirkungen erzielt werden, die sich nicht auf den Krankenhausbereich beschränken lassen, sondern auf den gesamten Bereich der öffentlichen Daseinsvorsorge ausstrahlen werden. Das wird dazu führen, daß die Benutzung dieser Einrichtungen nicht mehr über Beiträge und Gebühren vom Benutzer, sondern über den Steuerzahler finanziert wird. Die Konsequenz wird auf lange Sicht eine ungesunde Aufblähung des öffentlichen Gesamthaushaltes bei einer Steuerlastquote sein, die sich lähmend auf die Privatinitiative auswirken und zu einer weiteren Versteatlichung unseres gesellschaftlichen Lebens führen wird.

Die Bayerische Staatsregierung muß deswegen den Entwurf für ein Krankenhausfinanzierungsgesetz in der von der Bundesregierung vorgelegten Form ablehnen.

Aus aller Welt

Hinter der Fassade des schwedischen Gesundheitsdienstes

von Magda Menzerath

Getreu dem Stiftungszweck der Hans-Neuffer-Stiftung, kollegialen Wissensaustausch mit Ärzten anderer Länder zu betreiben, begab sich im Oktober 1971 eine deutsche Ärztengruppe auf eine vierzehntägige Informationsreise nach Schweden. Kurz ehe bei uns wichtige gesundheitspolitische Entscheidungen fallen, erschien es nützlich, sich eingehend und unvoreingenommen mit Strukturen eines vielgelobten Gesundheitssystems vertraut zu machen.

Die Studienreise begann mit theoretischer Information bei der Gesundheitsabteilung des schwedischen So-

zialministeriums, dem „Socialstyrelsen“, das uns als politische Leitungsbehörde auf allen Etagen wieder begegnete. Hier machte man uns mit den „Fortschritten“ der 7-Kronen-Medizin und der Reform des ärztlichen Dienstes vom 1. Januar 1970 bekannt, nach der die Krankenhausärzte bei Verpflichtung auf einen Wochendienst von 42½ Stunden und Gehältern zwischen 50 000 und rund 120 000 Kronen, in der Spitze 150 000 Kronen, auf jegliche private Tätigkeit im Krankenhaus verzichten mußten. Insbesondere auch in der Ambulanz, die traditionell in Schwedens Städten die ambu-

lante Versorgung überwiegend trägt. Im übrigen hören wir hier zum erstenmal das uns während der ganzen Schwedenreise verfolgende Wort „Planiering“.

Geplant wurde überall. Beim Landstingverband, dem ein weiterer Einführungsbesuch galt, wurde uns verdeutlicht, wie man sich die Gesundheitsversorgung in Zukunft praktisch vorstellt und teilweise schon verwirklicht hat. Sie wird in Schweden von 23 Landstings – landschaftsverbandsähnliche Gebilde mit eigener Steuerhoheit – und den Gemeindeverwaltungen von Göteborg und Malmö getragen. Der Kostenaufwand betrug 1945 = 228 Millionen Kronen, 1960 = 1575 Millionen und 1970 = 7 Milliarden. Man machte keinen Hehl daraus, daß die Bevölkerung eine weitere Kostenexplosion aus Steuerzahlungen nicht mehr akzeptieren werde, daß man also die Gesundheitsversorgung einmal bei Distriktsärzten oder Distriktsarztgruppen zentralisieren, andererseits die teure Ambulanz aus dem Krankenhaus heraus in Krankenpflege- und Distriktsarztstationen verlagern müsse. Das geplante System ist vierstufig: Distrikt, Pflegestation mit OP, Laboratorium und Röntgenabteilung, Zentralkrankenhaus mit Grundabteilungen und Regionalkrankenhaus mit höchster Ausstattung; in die letzte Gruppe sind auch die Universitätskliniken integriert, zum Mißvergnügen der Professoren, weil ihnen damit nicht mehr in erster Linie Problemfälle angedient werden.

Jeder Schwede ist auf eine dieser Einrichtungen verwiesen; freie Arztwahl gibt es nicht. Seine Sozialversicherung wird gleich mit der Steuer eingezogen, dafür hat er seine genau bestimmte ärztliche Anlaufstelle. Wenn er sich krank fühlt, erbittet er telefonisch einen Arzttermin bei seiner Sprengelstelle, wo ihn die diensttuende Krankenschwester nach den ihr mitgeteilten Symptomen in die Warteliste einteilt. Die Wartezeiten sind meist lang, betragen durchweg Monate, für Augenärzte zwei Jahre. Besuche werden nicht gemacht, man verläßt sich auf das Familienauto. Im Notfall stehen über die Feuerwehr einfache Krankenwagen, über die Wehrmacht Hubschrauber zur Verfügung. Über die Mortalität bei diesem System war trotz vielfacher Anfrage keine Auskunft zu erhalten. Für ganz Stockholm mit 800 000 Einwohnern stehen zwei Notfallärzte zur Verfügung.

Verständlicherweise versuchen die Kranken mit Vorspielen eines Akutfalles in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser anzukommen, die dann über Tag total verstopft sind. In Göteborg sahen wir eine solche mit einem Internisten und einem Chirurgen besetzte Ambulanz mit einem Durchgang von täglich 180 Patienten und einer Bettenstation mit 42 Betten, davon die Hälfte Intensivstation. Die Wartezeiten erreichten hier sieben Stunden und mehr, während im Normbereich mit langer Voranmeldung bei stündlich zwei bis sechs Beratungen je Arzt die Wartezimmer leer gehalten werden können.

Vor dem Besuch hat der Patient 7 Kronen abzulefern, mit dem die jeweils entfallenden Laboratoriums- und Röntgenleistungen für ihn abgedeckt sind. Vom Landsting erhält das Krankenhaus weitere 31 Kronen. Der nächste Besuch bei meist wechselndem Arzt kostet dann wieder 7 Kronen. Im Stockholmer Danderyd-Krankenhaus versucht man, wenigstens die erste Visite nach einer Operation vom operierenden Chirurgen vornehmen zu lassen, im weiteren verläuft die ärztliche Visite nach dem Dienstplan auf der Basis von 42½ Wochenstunden: Teamarbeit in der Gesundheitswerkstatt!

Resultat dieser Situation ist, daß sich in Stockholm 50 v. H. und in Göteborg 40 v. H. der Bevölkerung privatärztlich behandeln lassen. Sie können bei der sozialen Krankenversicherung 25 v. H. des sozialen Gebührensatzes erstatten lassen, müssen aber durchweg je Behandlung noch etwa 45 Kronen, etwa DM 30,—, aus eigener Tasche tragen und vorweg zahlen. Private Krankheits-Kostenversicherungen gibt es nicht. Im übrigen stellten wir in beiden Städten fest, daß bei der Administration des klassenlosen staatlichen Krankenhauses private Einzelzimmer gebucht werden können. Private Krankenhäuser gibt es nur noch zwei in Stockholm.

Auch Privatärzte arbeiten nach telefonischer Voranmeldung und machen nur selten Besuche. Theoretisch können auch die Krankenhaus- und Distriktsärzte außerhalb ihrer Dienststellen eine Privatpraxis ausüben. Es geschieht im Einzelfall und dann meist im Team, das sich in der aufeinander abgestimmten Dienstplanfreizeit abwechselt. Praktisch wird zusätzliche Privattätigkeit aber durch das Steuersystem verhindert. Bei einer marginalen Steuer von durchweg 60 v. H. für Ärzte, in Spitzenpositionen bis zu 80 v. H., ist es lohnender, wie ein berühmter Kinderchirurg es praktiziert, seiner Frau im Haushalt und Garten zu helfen, für die es sowieso keine Hilfskräfte gibt.

Die objektiv unzureichende ärztliche Versorgung – quantitativ nicht qualitativ – der schwedischen Bevölkerung ist ohne Berücksichtigung der Steuersituation überhaupt nicht zu begreifen. Clevere Privatärzte haben daraus allerdings eine brauchbare Konsequenz gezogen. Wir sahen hervorragend eingerichtete private Ärztehäuser für Gruppenpraxen mit allen Spezialitäten einschließlich der Psychiatrie, die von einer Aktiengesellschaft des Ärzteverbandes betrieben werden, deren Angestellte und zugleich Anteilseigner die dort praktizierenden Ärzte sind. Die gesamte Abrechnung und Einrichtung einschließlich der Ärzte-Pkw läuft über die AG, die auch eine Ärzteversicherung hält, in die am Jahresende alles eingezahlt wird, was steuerunschädlich gemacht werden kann. Zwar müssen in Schweden auch alle Renten versteuert werden, aber kaum mit 80 v. H.

Es ließe sich noch viel berichten: Über dreiviertelteilige Krankenhäuser, für deren Weiterbau das Geld

Magen-Probleme?

Gelusil-Lac eine Schutzschicht
für die Magenschleimhaut!

Indikationen:

Gastritis	akute + chronische
Säurebeschwerden	wie z. B. Hyperazidität, Sodbrennen, medikamentös bedingte Übersäuerung, saures Aufstoßen, Völlegefühl
Reizmagen	nervöser Magen
Ulcus	Ulcus pepticum bzw. Ulcus ventriculi et duodeni, Stressulcus

Refluxoesophagitis

in der Gravidität, bei Hiatushernie, bei Schwangerschafts-erbrechen, bei gehäuften Erbrechen anderer Art

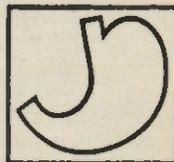
„verdorbener Magen“

nach Ernährungsfehlern, Alkohol- und Nikotinabusus

Kortikoid-Therapie

zur besseren Magenverträglichkeit systemisch gegebener Kortikoide bei Erkrankungen z. B. des rheumatischen, bronchospastischen oder nephrotischen Formenkreises.

Gelusil-Lac[®]



GÖDECKE

Gelusil-Lac-Tabletten

Tablette: Magnesiumaluminium-Silikat-hydrat 0,5 g und 0,3 g fettfreie Milchpulver. 40 Tabletten DM 4,60 m. MWSt., 100 Tabletten DM 9,90 m. MWSt.

Gelusil-Lac-Pulver

1 g enthält Magnesiumaluminium-Silikat-hydrat 0,156 g in fettfreiem Milchpulver. 10 Beutel zu 6,5 g DM 4,75 m. MWSt., Dose mit 150 g DM 7,90 m. MWSt.

Gelusil-Lac-Quick

1 g Granulat: Magnesiumaluminium-Silikat-hydrat 0,1 g und 0,3 g fettfreie Milchpulver. 10 Beutel zu 4,5 g DM 4,75 m. MWSt., Dose mit 100 g DM 7,90 m. MWSt.

Gelusil-Tabletten

1 Tablette: Magnesiumaluminium-Silikat-hydrat 0,55 g, ohne Milchkomponente. 40 Tabletten DM 3,85 m. MWSt., 100 Tabletten DM 7,90 m. MWSt.

Keine Kontraindikationen – Vorsicht bei urämischen Zuständen – Weitere Informationen siehe wissenschaftlicher Prospekt.

Stand Januar '72

fehlt, und fertige, die aus Geldmangel nicht betrieben werden können. Über eine Intensivstation mit einem Arzt auf acht Stunden täglich und eine Poliklinik mit modernster Einrichtung, die jeden Samstag geschlossen wird, bis am Montag mit Gallenblasenoperationen und Uterusexstirpationen das Tagewerk der Ärzte wieder beginnt, die dann bis Freitag, täglich von 8.00 bis 16.00 Uhr, die 42-Betten-Klinik und ambulatorisch einen ganzen Stadtteil betreuen. Über fatale Prioritätenlisten zugunsten von Patienten, die Aussicht auf schnelle Heilung haben, und modellhafte Breitenforschung zur Vorsorge in Verbindung mit einem Betreuungssystem, das wir zumelst vergeblich suchten. Über das frühe Aufgeben des Kampfes um Leben und Gesundheit des Patienten neben hervorragenden Modelleinrichtungen für die Versorgung Achtzigjähriger. Über die auch für uns vorbildliche pflegerische Durchorganisation der einen Stadt Malmö, die nach Aussage ihres Leiters nur möglich war, weil die Sozialbehörde schwach war, als man weitgehend mit privater Initiative und privatärztlicher Beteiligung daran ging, sie aufzubauen. Und nicht zuletzt wäre zu berichten von der Sorge vieler schwedischer Ärzte über die Schnellausbildung von weiteren 10 000 Ärzten in den nächsten zehn Jahren, die mit einer Verdoppelung des Bestandes bei wachsender finanzieller Enge im System ihre wirtschaftliche Basis aushöhlen muß, aber auch wohl unmöglich machen dürfte, die hohe Qualität der

schwedischen Medizin zu halten, die über ihren speziellen numerus clausus heute die Creme der Intelligenz abschöpft.

Die Delegation verdankt ihre Einblicke der Bereitschaft schwedischer Behörden, ihre Pläne im ungebrochenen stolzen Bewußtsein darzulegen, daß schwedische Gesundheitspolitik die beste der Welt ist. Sie verdankt der bis zu brutaler Offenheit gehenden Aussagebereitschaft schwedischer Ärzte, mit denen an allen besuchten Orten Gesprächskontakt aufgenommen werden konnte, daß sie hinter die Fassaden schauen konnte. Dem beträchtlichen finanziellen und Zeitaufwand, mit dem die schwedische Ärzteschaft diese Reise vorbereitet und begleitet hat, dürften bundesdeutsche Ärzte, aber auch Versicherte zu danken haben, daß eine Gruppe Reisender in Gesundheit, vollgepropt mit Augenschein und Zahlen, nachdrücklich bemüht sein wird, die Infektion mit der „schwedischen Krankheit“ zu verhindern, ohne jene nachahmenswerten Einzelleistungen zu übersehen, deren Modellcharakter aus jedem Land weltweit ausstrahlt. Die Wirklichkeit des schwedischen Systems würde sich der deutsche Sozialpatient ohnehin nicht gefallen lassen. In Schweden könnte er seinen Kassenarzt erst richtig schätzen lernen.

Anschr. d. Verf.: Dr. Magda Menzera th, Dipl.-Volkswirt, 5042 Erfstadt, Friesheim, Birkenstraße 11

Äskulap und Pegasus

Der Verband der Schriftstellerärzte bei den Regensburger Literaturtagen

Der Initiative unseres Präsidenten Dr. Heinz Schauwecker ist es zu verdanken, daß unser Verband zusammen mit neun anderen Schriftstellervereinigungen aus Österreich, der Schweiz und der Bundesrepublik Deutschland zu den von dem Vorsitzenden der Regensburger Schriftstellergruppe Erich L. Biberger und dem Präsidenten des Oberpfälzer Kulturbundes, Ministerialdirektor i. R. Dr. Ludwig Gillitzer hervorragend gestalteten Literaturtagen in Regensburg vom 5. bis 19. November 1971 zur aktiven Mitarbeit eingeladen wurde und damit erstmals ins Blickfeld der literarischen Welt von heute trat. Bei der Eröffnung kam neben vielen anderen Autoren unser Confrère Heinz Schauwecker zu Wort, dessen Gedichte „Schrei im Dunkel“ und „Melodie und Lied“ von dem blinden Rezitator Paul Marx stimmungsvoll wiedergegeben wurden. Auch bei der Poeten-Party am nächsten Tage, bei dem das Fernsehen anwesend war, kam Schauwecker zu Wort und am darauf folgenden Sonntagvormittag, führte er unseren Bundesverband der deutschen Schriftstellerärzte offiziell in den Kreis der

Schriftstellervereinigungen ein, unter denen sich auch der Vorsitzende des Verbandes Deutscher Schriftsteller, Dieter Lattmann, befand. Wir bringen seine Einführungsworte anschließend ungekürzt, da sie auf der Tagung große Beachtung gefunden haben.

Es ist hier leider nicht der Raum, näher auf die Regensburger Literaturtage mit ihren zahlreichen kulturellen Darbietungen einzugehen. Die Vielgestaltigkeit der Anregungen, die den einzelnen Teilnehmern geboten wurden, kann man schon aus den zehn mitwirkenden Schriftstellervereinigungen ersehen: Verband Deutscher Schriftsteller, Zürcher Schriftstellerverein, Salzburger Schriftstellervereinigung „Podium 70“, Innsbrucker Autorenkreis „Der Turmbund“, Steirischer Schriftstellerbund Graz, Tukan-Kreis München, Interessengemeinschaft Deutschsprachiger Autoren, Schwabinger Schriftstellerkreis „Die Seerose“, Bundesverband der deutschen Schriftstellerärzte und Arbeitsgemeinschaft Junger Publizisten. Acht von diesen Autorenkreisen beschlossen die Herausgabe einer Lyrik-Anthologie auf internationaler Grundlage und

als Gemeinschaftsarbeit der verschiedenen deutschsprachigen Autorenverbände. Nähere Auskunft über die Teilnahmebedingungen erteilt unser Präsident Dr. Heinz Schauwecker, 8434 Berching/Opf., Egerlandstraße 4. Ein Prosaband ist für später vorgesehen.

Am Ende dieses kurzen Berichtes sei der Regensburger Schriftstellergruppe und ihren beiden Vorsitzenden Erich L. Biberger und Dr. Ernst R. Hauschka für die so freundschaftliche Aufnahme der Schriftstellerärzte bei den Regensburger Literaturtagen 1971 unser herzlichster Dank gesagt.

Dr. med. Robert Paschke, 8535 Emskirchen

Der Bundesverband deutscher Schriftstellerärzte und die UMEM

Ansprache zum Autoren-Kolloquium bei den Regensburger Literaturtagen

Als wohl einer der jüngsten Sprößlinge in diesem Kreise hat der Bundesverband Deutscher Schriftstellerärzte die Ehre und Freude, mit so vielen, längst zu Begriffen gewordenen Schriftstellervereinigungen an den Regensburger Literaturtagen aktiv teilzunehmen. Es darf das mehr als ein Zufall gelten; hat sich doch seine erste, die Bayerische Landesgruppe, am 19. April 1969 hier in Regensburg konstituiert und soll, als ein Gipfelpunkt seiner bisherigen Bemühungen, im nächsten Jahr der 17. Weltkongreß der Union Mondial des Écrivains Médecins, kurz gesprochen UMEM, der zusammengeschlossenen Landesverbände der Schriftstellerärzte aus etwa 40 Nationen verschiedener Erdteile hier stattfinden, in der ehrwürdigen und doch so jung lebendigen königlichen Stadt an der Donau.

Das mag als genügender Anlaß dienen, über diesen Bundesverband und seine Weltdachorganisation, die UMEM, zu berichten. Um gleich einer verständlichen Frage zuvorzukommen, mit welcher Begründung sich gerade die Ärzte unter den Schriftstellern zu einem eigenen Verband zusammengeschlossen haben, darf ich — ohne damit statistische Genauigkeit zu beanspruchen — darauf hinweisen, daß nach den Lehrern aller Gattungen die Ärzte wohl zu den Gruppen Berufstätiger zählen, welche eine besonders große Anzahl von Schriftstellern in ihren Reihen aufzuweisen

haben — von Rabelais über Schiller bis zu Gottfried Benn und Archibald Josef Cronin. Für uns Deutsche mögen neben dem württembergischen Regimentsarzt Friedrich Schiller stellvertretend genannt sein Johannes Scheffler, Leibarzt des Herzogs von Oels, bekannt als Angelus Silesius, der Schwabe Justinus Kerner (1786 bis 1862), der Österreicher Arthur Schnitzler, der Bayer Dr. Anton Alfred Noder, bekannt als de Nora (geb. 1886), Hugo Salus, Ludwig Finkh, Gaienhofen, Hans Carossa, der Sachse Dr. Ernst Emmerich, alias Peter Bamm, nunmehr in der Schweiz lebend, als bekannteste unter mehr oder weniger erfolgreichen Schriftstellerärzten.

Arzt und Schriftsteller zu sein, setzt zwei Berufungen voraus, heißt an zwei Enden brennen, eine doppelte Bindung eingehen. Schon das klassische Altertum achtete diese Verbundenheit, da es in Apollo zugleich den Schirmherrn der Dichter wie der Ärzte verehrte. Erst später fanden die Ärzte in Apollos Sohn Asklepios (Äskulap) einen eigenen Sonderschirmherrn, dessen Jünger sie ja noch heute genannt werden.

Wir deutschen Schriftstellerärzte waren bisher die letzten, welche sich zu einem eigenen Verband zusammenschlossen, nachdem solche Zusammenschlüsse in anderen Ländern bereits seit 17 Jahren bestehen, vereint zuerst in der G. E. M. (Groupe écrivains médecins), später UMEM benannten Weltorganisation mit dem Sitz in Paris. Deren erster Präsident war Dr. Luc Durtain; ihr heutiger ist Dr. Gilbert Doukan/Paris.

Der erste Kongreß fand 1956 in San Remo statt und führte die Romanen, Franzosen, Italiener und Belgier zusammen. Zu ihnen stießen dann die Gruppen der Spanier, Schweizer, Brasilianer, Niederländer, Griechen und zahlreiche kleinere, sowie Einzelmitglieder in insgesamt 40 Ländern der Erde.

Unser deutscher Bundesverband steht heute nach seiner Aufnahme 1970 in die UMEM mit der Mitgliederzahl bereits an fünfter Stelle, gewiß eine beachtenswerte Tatsache. Er hat im Vorjahr in Jagsthausen, im Schatten Götz von Berlichingens, seine erste Bundestagung abgehalten, aus deren Erfahrungen Lehren für seine weitere Tätigkeit gezogen werden.

Es handelt sich bei ihm um einen freien, unabhängigen, überparteilichen, alle Religionen anerkennenden Zusammenschluß, der bestrebt ist, mit anderen

80 Tabl. (30 Tage) 9,35 DM
160 Tabl. (60 Tage) 15,40 DM

COGITAN

Bei arbeits- und altersbedingter Leistungsminderung, Konzentrationsmangel, Gedächtnisschwäche, nervöser und seelischer Erschöpfung

Synthera

BIOLOGISCHE
HEILMITTEL

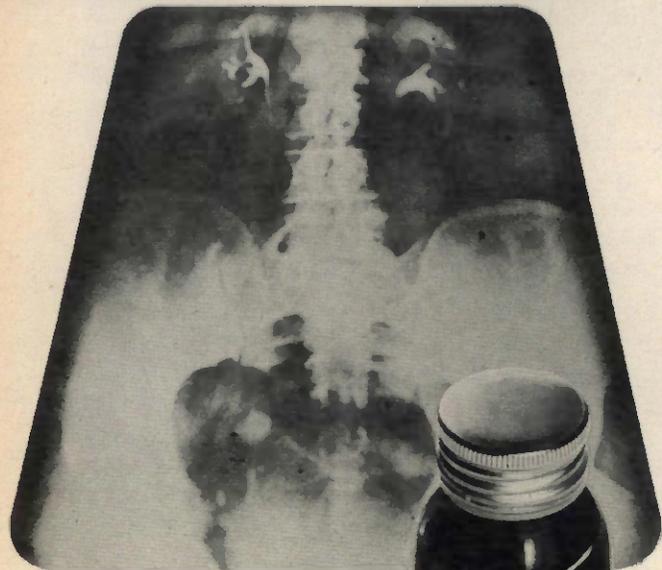
bewährt seit über 30 Jahren!

DR. FRIEDRICHS & CO · 5630 REMSCHEID · LENNEP · POSTFACH 156



COGITO ... ERGO SUM

Für einwandfreie Aufnahmen im Bereich des Abdomens



X-Prep®

Die spezielle Zubereitung
eines Purgativums
zur einmaligen Verabreichung
vor Röntgenuntersuchungen
im Bereich des Abdomens und des kleinen Beckens

Wichtig für den Arzt:

die sichere colonspezifische Wirkung nach 5-8 Stunden

Vorteilhaft für den Patienten:

die gute Verträglichkeit, der angenehme Geschmack
und die einfache Handhabung
Reinigungseinläufe und zeitaufwendige Diätkontrollen entfallen

Zusammensetzung

1 Portionsflasche mit 75 ml X-Prep® enthält: 30 ml Extractum Follicul. Sennae stand. mit 150 mg Sennosiden A+B

Indikationen

Reinigung des Darmes vor Röntgenuntersuchungen im Bereich von Abdomen und kleinem Becken, speziell vor gastrointestinalen, urologischen und gynäkologischen Untersuchungen

Dosierung und Anwendung

Einmalige Einnahme des Inhaltes einer Portionsflasche am Vortage der Untersuchung, am besten zwischen 14 und 16 Uhr. Kinder und untergewichtige Patienten erhalten 1 ml/kg Körpergewicht

Zur Beachtung

Zur ausführlichen Anleitung der Patienten stehen kostenlos Merkblätter zur Verfügung. Bei Diabetikern ist der Zuckergehalt von X-Prep® (50 g pro Flasche) zu berücksichtigen

Kontraindikationen

Akutes und subakutes Abdomen

Handelsformen

Portionsflasche mit 75 ml DM 7,75 m. MWSt.
Standardkarton mit 20 Portionsflaschen

X-Prep®

Das Purgativum in der speziellen Zubereitung



Mundipharma GmbH · Frankfurt

Schriftstellervereinigungen zusammenzuarbeiten. Das Wort Toleranz steht bei uns Schriftstellerärzten groß geschrieben, ohne damit einem unfruchtbaren Dilettantismus oder den modisch überspitzten Zeiterscheitungen der Literatur Vorschub leisten zu wollen. Unser Ziel ist die Pflege des literarischen Schaffens unserer Mitglieder und dessen Förderung, die Hebung gegenseitigen Verstehens und kulturellen Zusammengehens mit den Nationen im Kreis der UMEM, gegenseitiges Kennenlernen, Veranstaltung von eigenen Lesungen und Zusammenkünften, Treffen mit anderweitig künstlerisch tätigen Kollegen.

Dabei verleiht dem Schriftstellerarzt die aus dem ärztlichen Beruf sich ergebende finanzielle Sicherung eine gewisse Freiheit in der Wahl seiner Themen, in der Art ihrer Wiedergabe, unabhängig von wirtschaftlichem Zwang und einer Diktatur manipulierter Tageskritik, wie sie dem Berufsschriftsteller nur in seltenen Fällen besonderen Erfolgs vergönnt ist. Das bringt natürlich andererseits für den einzelnen die Gefahr mit sich, in unbedeutender Leistung und mangelndem Bekanntwerden stecken zu bleiben.

Wir nehmen das in Kauf, weil wir ebenso Verständnis haben für die ungezwungene Freude am Spiel mit dem Wort wie für die ernsthafte harte Arbeit am sprachlichen Ausdruck und Ringen um die Gestaltung eines künstlerischen Vorwurfs. Dabei vermittelt uns der Arztberuf Kenntnis menschlicher Reaktionen, gibt Einblicke in Menschenschicksale mit Leid und Not, wie das in keinem anderen Beruf so real der Fall ist. Manch einer versucht, dieses Erleben künstlerisch zu bewältigen — oft um es überhaupt ertragen zu können.

Wir bemühen uns, in internen Veranstaltungen die die Schriftstellerei rein als hobbybetreibenden Mitglieder zu veranlassen, ihre Arbeiten kritisch zu betrachten, ohne ihnen die Freude am eigenen Schaffen zu nehmen. Wir sind glücklich, daß diese Freude an schriftstellerisch-künstlerischer Betätigung bei uns vor allem wirtschaftlichen, politischen und anderweitigen Erwägungen stehen kann und wir haben als besonderes Anliegen Veranstaltungen in Krankenhäusern und Versorgungsheimen, um damit gerade den Menschen etwas sein zu können, die uns in unserem Beruf als Ärzte anvertraut sind.

Zum anderen verbinden uns freundschaftliche Beziehungen und die gemeinsame Bemühung um Wort und Sprache mit allen schriftstellerischen Verbänden, deren Arbeit wir aufrichtig schätzen, aus der wir gerne lernen, denen manche unserer Mitglieder selbst angehören und die wir, soweit es uns möglich ist, fördern.

Ich danke für die freundliche Aufmerksamkeit und möchte betonen, daß wir im Bundesverband Deutscher Schriftstellerärzte der deutschen Sprache und ihrer gesunden Fortentwicklung sowie den Interessen aller Schriftsteller dienenden Anregungen nach bestem Vermögen aufgeschlossen sein werden.

Dr. med. Heinz Schauwecker, 8434 Berching/Opf.

Rechtsfragen

Die Rechtsanwälte Dres. GRITSCHNEDER, WEBER, HAHN, Bevollmächtigte des Herrn Dr. med. Siegfried BLOCK, Lenggries, legen Wert auf die Feststellung, daß das von Herrn Rechtsanwalt POELLINGER im „Bayerischen Ärzteblatt“ 12/1971, Seite 1194, unter der Überschrift „Interviews für Zeitschriften und unzulässige Werbung des Arztes“ erwähnte Urteil des Berufungsgerichtes für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München vom 22. September 1971 (Az.: BG – Ä 5/71) noch nicht rechtskräftig ist.

Kongresse

Sozialmedizinischer Informationskurs III

vom 20. bis 24. März 1972 in München

Vom 20. bis 24. März 1972 veranstaltet die Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin den Sozialmedizinischen Informationskurs III in München.

Thema: Suchtstoffe – ein sozialmedizinisches Problem

Eine Reihe in- und ausländischer Referenten werden zur Problematik des Alkohol- und Nikotinabusus sowie des Arzneimittel-, Drogen- und Rauschmittelmißbrauches sprechen.

Die Teilnahme ist gebührenfrei.

Um schriftliche oder telefonische Anmeldung wird gebeten.

Auskunft und Programmversand: Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3, Telefon (08 11) 21 84 / 2 59 – 2 60

2. Internationales Kissinger Kolloquium

am 7./8. April 1972 in Bad Kissingen

Am 7./8. April 1972 findet das 2. Internationale Kissinger Kolloquium in Bad Kissingen statt.

Thema: Aktuelle Probleme der Pathogenese und Therapie der Leberinsuffizienz

Auskunft: Spezialklinik Professor Kalk für Leberkrankheiten, Verdauungs- und Stoffwechselliden, 8730 Bad Kissingen, Postfach, Telefon (09 71) 40 41

Fortbildungstagung der Bayerischen Röntgengesellschaft

vom 14. bis 16. April 1972 in Regensburg

Vom 14. bis 16. April 1972 findet die Fortbildungstagung der Bayerischen Röntgengesellschaft in Regensburg statt.

Themen: Diagnostik und erster Behandlungstag des Mammakarzinoms – Grenzdiagnostik in der Thoraxröntgenologie des niedergelassenen Radiologen

Auskunft: Bayerische Röntgengesellschaft e. V., Stadtkrankenhaus, Strahlenabteilung, 8950 Kaufbeuren, Telefon (083 41) 25 25

vegetative Dysregulationen

Unruhe und Erregungszustände • vegetativ bedingte Herz- und Organbeschwerden • nervöse Schlafstörungen.

ESDESAN

**Keine Nebenwirkungen.
Kontraindikationen nicht bekannt.**

Zus. In 100 Tropfen: Extr. fld. Valerianae et Viscj albi ea 40 g. Sol. Papaverin. hydrochlor. (0,1:100) 15 g. Tinct. Strophanthi 4 g. Chloral. hydrat. 1 g. 1 Drag.: Extr. Valerianae 30 mg. Extr. Viscj albi 10 mg. Papaverin. hydrochlor. 1 mg. Methaqualon 30 mg.

Fleische mit 25 g DM 3,45 • Flasche mit 50 g DM 4,75
30 Dragées DM 3,45 • 60 Dragées DM 4,75

Beetellschein an: AGM, 1 Berlin 65, Tegeler Straße 14
Schrifttum und Muster von Esdesan erbeten

(bitte persönliche Unterschrift und Stempel)

ex

AGM

AKTIENGESELLSCHAFT
FÜR MEDIZINISCHE PRODUKTE
1 BERLIN

49. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

vom 24. bis 26. März 1972

Thema: „Onkologie für die Praxis“ — Kongreßleitung: Professor Dr. A. Schretzenmayer, Augsburg

Freitag, 24. März 1972

16.00 Uhr:
Klinische Visiten in den Augsburger Kliniken

16.00 Uhr:
Laborseminar

20.00 Uhr:
Filmabend im oberen Rathausfletz

„**Digitalis**“
(Boehringer Mannheim)

„**Hustenauswurf — Atemnot**“
(Bayer)

„**Das hirngeschädigte Kind**“
(Merck)

„**Mammakarzinom**“
(Asta-Werke)

Samstag, 25. März 1972

8.00 — 9.00 Uhr:
Besichtigung der Industrieausstellung
im Unteren Rathausfletz und im Goldenen Saal

9.00 — 9.30 Uhr:
Prof. Dr. H. Fleischhacker, Wien:
Theorien der Krebsentstehung

9.30 — 9.50 Uhr:
Priv.-Doz. Dr. J. Sander, Tübingen:
Kanzerogene Substanzen

9.50 — 10.30 Uhr:
Aktuelle onkologische Kurzreferate:
a) Frau Prof. Dr. G. Dallenbach, Mannheim:
Langzeitanwendung der Pille, Nutzen und Schaden
b) Frau Priv.-Doz. Dr. E. Schmidt, Hannover:
Gibt es einen Karzinom-Wassermann?
c) Dr. J. Klemm, München:
Hirnzintigramm und Hirntumor

11.00 — 11.30 Uhr:
Prof. Dr. F. Stelzner, Hamburg:
Das Mammakarzinom

11.30 — 12.00 Uhr:
Prof. Dr. J. G. Moormann, Homburg:
Das urologische Malignom

14.00 — 15.15 Uhr:
Podiumsgespräche:
1. Praxisprobleme bei der gynäkologischen Vorsorge-
untersuchung
Einleitendes Kurzreferat: Prof. Dr. P. Stoll, Mann-
heim
2. Die Betreuung der unheilbar Krebskranken
Einleitendes Kurzreferat: Prof. Dr. H. Fleisch-
hacker, Wien:
Zytostatische Behandlung in der Praxis

15.15 — 16.15 Uhr:
Prof. Dr. F. A. Horster, Düsseldorf:
Schilddrüsenseminar: Hyperthyreose in der Praxis

16.00 Uhr:
Klinische Visiten in den Augsburger Kliniken

Sonntag, 26. März 1972

8.00 — 9.00 Uhr:
Besichtigung der Industrieausstellung
im Unteren Rathausfletz und im Goldenen Saal

8.00 — 9.00 Uhr:
Prof. Dr. F. A. Horster, Düsseldorf
Schilddrüsenseminar: Schilddrüsenentzündungen und
-tumoren in der Praxis

9.00—9.30 Uhr:
Prof. Dr. H. Fleischhacker, Wien:
Diagnose und Therapie der malignen Erkrankungen
des blutbildenden Systems

9.30 — 10.00 Uhr:
Prof. Dr. J. Oehme, Braunschweig:
Krebs bei Kindern und Jugendlichen

10.00 — 10.35 Uhr:
Prof. Dr. E. Ungeheuer, Frankfurt:
Früherfassung, Früherkennung und Frühbehandlung
der Bronchial-Ca's (mit Film)

11.00 — 11.30 Uhr:
Prof. Dr. W. Siegenthaler, Zürich:
Hormonell aktive Tumoren mit spezieller Berücksichti-
gung der paraneoplastischen Syndrome

11.30 — 12.00 Uhr:
Priv.-Doz. Dr. G. Volkheimer, Berlin:
Moderne Diagnostik der Ca's im gastroenterologi-
schon Bereich

14.00 — 15.15 Uhr:
Podiumsgespräch mit 10-Minuten-Kurzreferaten:
a) Prof. Dr. J. Berendes, Marburg:
Das Ca im HNO-Bereich
b) Prof. Dr. F. A. Horster, Düsseldorf:
Der kalte Knoten der Schilddrüse
c) Priv.-Doz. Dr. K. Müller-Jensen, München:
Das Ca im ophthalmologischen Bereich

Parallelveranstaltungen Seminar „Das neuzeitliche Praxislabor“ vom 24. bis 26. März 1972

Fürstenzimmer (II. Stock)
mit Praktikum für Ärzte und laborerfahrene Arzthelfe-
rinnen
Leitung: Dr. F. Kanter, Boehringer Mannheim GmbH

Gerinnungskurs am 25. März 1972

Kleiner Sitzungssaal Oberer Fletz
Leitung: Dr. K. H. Drescher, Merz & Dade GmbH,
München

Kongreßgebühr: DM 25,— (Tageskarten DM 15,—)
Überweisung der Kongreßgebühr möglichst bei der
Anmeldung an den Ärztlichen Kreisverband Augsburg
(Bankkonto 06/36761 bei der Deutschen Bank AG,
Filiale Augsburg)

Auskunft und Anmeldungen: Sekretariat
des „Augsburger Fortbildungskongresses für prakti-
sche Medizin“, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2, Tele-
fon (08 21) 2 27 77

Veranstaltungskalender der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin in München für das Jahr 1972

24. 4. – 28. 4. 1972:

Sozialmedizinischer Informationskurs IV (Freizeit und Urlaub – ein wesentlicher Faktor unserer Gesundheit)

5. 6. – 9. 6. 1972:

Lehrgang für Epidemiologie

18. 9. – 13. 10. 1972:

C-Kurs für Arbeitsmedizin

6. 11. – 10. 11. 1972:

Sozialmedizinischer Informationskurs I

4. 12. – 8. 12. 1972:

Sozialmedizinischer Informationskurs II

Neben diesen Veranstaltungen werden von Fall zu Fall noch Einzelveranstaltungen durchgeführt. Sämtliche Kurse und Lehrgänge können von allen daran interessierten Ärzten und auch anderen Interessenten besucht werden.

Die Kurse für Arbeitsmedizin sind Bestandteil der Weiterbildung zur Erlangung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“ und werden in regelmäßigen Abständen in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer abgehalten.

Eine Kursgebühr wird nicht erhoben. Besondere Teilnahmebedingungen bestehen nicht. Um telefonische oder schriftliche Anmeldung wird gebeten.

Tagungsort: 8000 München 22, Pfarrstraße 3

Auskunft und Programmversand: Durch die Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3, Telefon (08 11) 21 84 / 2 59 – 2 60

Fortbildungskurs für Phonokardlographie (I. Teil)

am 21./22. April 1972 in München

Am 21./22. April 1972 findet in der Stiftsklinik Augustinum, München, ein Fortbildungskurs für Phonokardlographie (I. Teil) unter der Leitung von Professor Dr. Michel statt.

Anmeldung und Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (08 11) 47 60 87 (Apparat 95)

Medizinische Gutachten für Gerichte über die Auswirkungen von Alkohol im Blut

Nachdem die Untersuchungen über den Alkoholgehalt im Blut von den Staatlichen Bakteriologischen Untersuchungsanstalten auf die Staatlichen Chemischen Untersuchungsanstalten übergegangen sind, stehen die Ärzte der erstgenannten Anstalten den Gerichten nicht mehr als Gutachter zur Verfügung.

Da die Landgerichtsärzte aufgrund der Vielzahl ihrer Aufgaben nicht in der Lage sind, den Aufträgen der Gerichte zur gutachtlichen Äußerung über die Einwirkung des Alkohols im Blut, vor allem im Zusammenhang mit Verkehrsdelikten, nachzukommen, sind die Gerichte weitgehend darauf angewiesen, freie Gutachter zu gewinnen. Dies gilt vor allem für die Landgerichtsbezirke München II, Nürnberg-Fürth, Regensburg, Weiden, Traunstein, Passau und Deggendorf.

Die Bayerische Landesärztekammer führt auf Anregung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern die Fortbildung interessierter Ärzte wie folgt durch:

Kurs zur Beurteilung der Alkoholwirkung

I. Einführungskurs

am 7./8. April 1972

Wissenschaftliche Leitung: Professor Dr. med. Wolfgang Spann

Ort: Institut für Rechtsmedizin, 8000 München 15, Frauenlobstraße 7 a

Zeit: Freitag, 7. April 1972 (14.00 Uhr s.t. bis 18.00 Uhr)

Samstag, 8. April 1972 (9.00 Uhr s.t. bis 13.00 Uhr)

Zweck: Gewinnung weiterer ärztlicher Sachverständiger für Blutalkoholfragen bei den Gerichten.

Begrenzte Teilnehmerzahl

Anmeldungen nur bei der Bayerischen Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (08 11) 47 60 87 (Apparat 95)

Das zweite Leben.

Sorglos durch Sparen. Bei uns.

Der Tag kommt, an dem nicht mehr die tägliche Arbeit das Leben beherrscht, an dem Sie frei sein werden für ein zweites Leben voller Farbe und Abwechslung. Sparen Sie dafür. Wir haben das Sparprogramm.



wenn's um
Geld geht-
SPARKASSE

Vielen Rheumapatienten
mit einer guten Salbe helfen

Arthrodestal®

Salbe

macht
schmerzfrei
und
beweglich



Arthrodestal® - Salbe

- analgetisch ● antineuralgisch
- antiphlogistisch ● hyperämisiertend

Indikationen

Gelenk-, Muskel- und Nervenschmerzen bei Rheuma und Arthrosen; Lumbago, Neuralgien, WS-Syndrom; Tendovaginitiden, Bursitiden, zur Segmenttherapie

Anwendungsweise

Arthrodestal wird durch leicht massierende Bewegung in die schmerzenden Körperteile so lange eingerieben, bis die Salbe von der Haut völlig aufgenommen ist. Die Applikation kann mehrmals täglich wiederholt und mit Massage kombiniert werden.

Kontraindikationen

Dermatitiden und Ekzeme

Zusammensetzung

Salicylsäure-monoglykolester	4,5 g
Propyphenazon	2 g
Kampfer	1 g
Nicotinsäurebenzylester	0,8 g
Ol. Niaouli	3 g
Ol. Lavandulae	1,3 g
Ol. Terebinthinae	0,8 g
Ol. Myristicae	0,2 g
spez. Salbengrundlage ad	100 g

Handelsformen und Preise

Tube 25 g	DM 3,35 m. MWSt.
Tube 60 g	DM 6,20 m. MWSt.



Krugmann Arzneimittel Wedel

Kurs und Praktikum über Blutgruppenserologie, Transfusions- kunde und Erythroblastosediagnostik

vom 20. bis 24. März 1972 in Augsburg

Im Institut des BSD/BRK Augsburg, Auf dem Kreuz 23, findet in der Zeit vom 20. bis 24. März 1972 unter der Leitung von Dr. S. Spranger, Ingolstadt, ein Kurs und Praktikum über Blutgruppenserologie, Transfusionskunde und Erythroblastosediagnostik statt.

Kursgebühr wird nicht erhoben.

Auskunft und Anmeldungen: Chefarzt des Blutspendedienstes des Bayerischen Roten Kreuzes, 8714 Wiesentheid, Telefon (09383) 273-275

Veranstaltungskalender der „Ärztlichen Fortbildung im Chiemgau“

1. März 1972

20.00 Uhr – Prien am Chiemsee

Thema: Pneumonie

15. März 1972

20.00 Uhr – Prien am Chiemsee

Thema: Mißbrauch von Rausch- und Arzneimitteln

12. April 1972

20.00 Uhr – Prien am Chiemsee

Theme: Gesichtsschmerz – Trigeminusneuralgie, Migräne

22./23. April 1972

Salzburg

9. Fortbildungstagung der Salzburger Ärztesellschaft gemeinsam mit der „Ärztlichen Fortbildung im Chiemgau“

26. April 1972

20.00 Uhr – Prien am Chiemsee

Berufspolitische Veranstaltung (Hartmannbund)

6. bis 27. Mai 1972

Fortbildungskongreß en Bord von TS Hanseatik, Mittelmeer-Kreuzfahrt zum Schwarzen Meer mit dem Deutschen Kassenarztverband

Thema: Beherrschung der Notfallsituation ohne klinische Hilfsmittel – Erkrankungen im Mittelmeerum

Fahrtroute vom 6. bis 19. Mai 1972 zum Schwarzen Meer: Genua - Malta - Istanbul - Jalta - Odessa - Constanza - Piraeus - Genua

vom 19. bis 27. Mai 1972: Genua - Valencia - Malaga - Lissabon - Cuxhaven

24. Mai 1972

20.00 Uhr – Prien am Chiemsee

Thema: Wirbelsäulenerkrankungen

10. Juni 1972

Prien am Chiemsee

Thema: Notfallsituation außerhalb des Krankenhauses

14. Juni 1972

20.00 Uhr – Prien am Chiemsee

Thema: Eisenstoffwechsel

28. Juni 1972

20.00 Uhr – Prien am Chiemsee

Thema: Probleme der Gastroenterologie

Auskunft: Dr. med. H. Metuszyk, Kneipp-Sanatorium Kronprinz, 8210 Prien am Chiemsee, Telefon (08051) 4482

Mitteilungen

Verbilligung von Darlehen zur Förderung der Modernisierung und Instandsetzung von Wohngebäuden

Der Bundesminister für Städtebau und Wohnungswesen hat am 19. Oktober 1971 neue Richtlinien für die Verbilligung von Darlehen zur Förderung der Modernisierung und Instandsetzung von Wohngebäuden veröffentlicht. Der Bund will durch Gewährung von Zuschüssen zum Verzinsungs- und Tilgungsaufwand Darlehen des Kapitalmarktes verbilligen und somit im Rahmen des langfristigen Wohnungsbauprogramms zur Förderung der Modernisierung und Instandsetzung von Wohngebäuden beitragen.

Verbilligt werden Darlehen für Modernisierung und Instandsetzung von erhaltungswürdigen Wohngebäuden, die vor dem 21. Juni 1948 bezugsfertig geworden sind. Gewerbliche Räume und Garen sind jedoch von der Förderung ausgeschlossen. Schönheitsreparaturen dürfen nur insoweit mitgefördert werden, als sie durch die Modernisierungs- und Instandsetzungsmaßnahmen bedingt sind.

Die Verbilligung, die jährlich 3 v. H. des Ursprungdarlehens beträgt, darf nur für Darlehen gewährt werden, das bel

Einfamilienhäuser	DM 8 000,-
Zweifamilienhäuser	DM 12 000,-
Mehrfamilienhäuser	DM 4 000,-

je Wohnung

nicht übersteigt. Insgesamt sind je Antragsteller höchstens Darlehen bis zu DM 32 000,- verbilligungsfähig. Die Verbilligung selbst wird längstens auf einen Zeitraum von fünf Jahren gewährt. Für abgeschlossene oder bereits begonnene Maßnahmen dürfen keine Zuschüsse zugesagt werden.

Anträge auf Gewährung verbilligter Darlehen sind rechtzeitig vor Beginn der beabsichtigten Maßnahmen eines der Kreditinstitute zu richten, die sich üblicherweise mit der Gewährung derartiger Darlehen befassen, z. B. Sparkassen, Hypothekenbanken, Bausparkassen und Banken.

— alpe —



Er
löst das Problem

des Weintrinkers...

Cerumenex[®]

löst den Ceruminalpfropf

zur schmerzlosen Entfernung von überschüssigem Cerumen...

zur schnellen Reinigung des äußeren Gehörganges vor der Untersuchung...

zur leichten Entfernung von Cerumen vor der otologischen Behandlung...

... werden in den äußeren Gehörgang 3–5 Tropfen geträufelt und anschließend mit Watte verschlossen. Nach etwa 15–20 Minuten wird das emulgierte Cerumen mit lauwarmem Wasser herausgespült.

Zusammensetzung

Cerumenex[®] enthält 10% Triäthanolaminpolypeptidoleat-Kondensat sowie 0,5% Chlorbutanol gelöst in Propylenglykol.

Hinweis

Bei Patienten mit allergischer Diathese empfiehlt es sich, vor der Behandlung mit Cerumenex[®] einen Lëppchentest durchzuführen.

Hendelsform

Kunststoff-Tropfplpette zu 10 ml DM 8,25 m. MWSt.

Cerumenex[®]
arbeitet für Sie, solange der Patient noch wartet



Mundipharma GmbH · Frankfurt

Bevorzugte Vergabe von ERP-Krediten an gediente Wehrpflichtige

Ausgehend von einem Hinweis der Ärztekammer Niedersachsen wird mitgeteilt, daß gediente Wehrpflichtige im Rahmen des ERP-Programms zur Existenzgründung des gewerblichen Mittelstandes bevorzugt gefördert werden können. Der Bundesschatzminister hat, wie wir erst heute erfahren, bereits 1969 eine entsprechende Regelung getroffen, um Wehrpflichtigen nach Ableistung ihres Wehrdienstes einen teilweisen Ausgleich für entstandene persönliche Nachteile zu geben. Auskünfte über die Vergabe dieser ERP-Kredite können nur Kreditinstitute oder die Lastenausgleichsbank erteilen. Grundlage für die Vergabe sind die „Richtlinien des Bundesschatzministers vom 1. Februar 1969 für die Gewährung von ERP-Krediten zur Existenzgründung sowie zum Ausbau und zur Rationalisierung von Unternehmen der mittelfständischen gewerblichen Wirtschaft (Abschnitt II)“.

Stiftung einer „Johann-Peter-Frenk-Medaille“ beschlossen

Die Mitgliederversammlung des Bundesverbandes der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. hat die Stiftung einer „Johann-Peter-Frenk-Medaille“ für Verdienste um das öffentliche Gesundheitswesen beschlossen.

Artikel I

1. Die „Johann-Peter-Frenk-Medaille“ wird vom Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. verliehen.
2. Über die Verleihung wird eine Urkunde mit der Unterschrift des Vorsitzenden des Bundesverbandes der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. ausgestellt.

Artikel II

1. Die Medaille wird verliehen für Verdienste um das öffentliche Gesundheitswesen.
2. Jährlich sollen nicht mehr als drei Medaillen verliehen werden.

Artikel III

Die Medaille ist rund und hat einen Durchmesser von 60 mm. Auf der Vorderseite zeigt sie als Flachrelief den Kopf von Johann Peter Frenk

mit der Umschrift: „Johann Peter Frank“, auf der Rückseite die Inschrift: „Für besondere Verdienste um das öffentliche Gesundheitswesen“.

Artikel IV

1. Die Verleihung der Medaille erfolgt aufgrund eines Beschlusses des erweiterten Vorstandes des Bundesverbandes der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V.
2. Vorschlagsberechtigt sind neben den Mitgliedern des Bundesverbandes die Vorsitzenden der Landesverbände und des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Artikel V

Das Verleihungsregister führt der Schriftführer des Bundesverbandes der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V.

Mitteilung der Münchener Universitätsgesellschaft e. V.

Die Zuwendungen, die die Münchener Universitätsgesellschaft in den Monaten Januar bis Oktober 1971 der Universität aus den Beiträgen und Spenden ihrer Freunde machen konnte, beliefen sich auf rund DM 390 000,-. Damit scheint der 1968 einsetzende Rückgang des Spendenaufkommens erstmals zum Stehen gekommen zu sein.

In dieser Tatsache sieht die Gesellschaft einen Erfolg Ihrer jahrelangen Aufklärungsarbeit und der wachsenden Erkenntnis der Öffentlichkeit, daß Wissenschaft kein Luxus ist, daß vielmehr für die Ausbildung der Generation, die die Zukunft gestalten wird, modernste Lehr- und Forschungseinrichtungen unentbehrlich sind und mit privater Hilfe beschafft werden müssen, wenn die Mittel des Staates dafür nicht ausreichen. Dabei ist nicht zu übersehen, daß eine unzureichende Ausstattung der Universitäten bei der ständigen Zunahme der Studentenzahlen eine der Ursachen für den numerus clemus und die daraus resultierenden Schwierigkeiten ist.

Ein Appell der Gesellschaft an ihre Mitglieder, sich nicht durch die gegenwärtige Unsicherheit abschrecken zu lassen, sondern gerade jetzt und trotz aller bestehenden Schwierigkeiten die bisher gezahlten Beiträge

freiwillig über die satzungsgemäße Mindestgrenze zu erhöhen, brächte zudem ein kaum erhofftes positives Echo.

So konnte auch 1971 eine Vielzahl von Geräten, Apparaten und Literatur finanziert werden, deren Anschaffungskosten über den Etat der einzelnen Institute hinausgingen, die für die Fortführung ihrer Arbeit jedoch unerlässlich waren.

Arthur-Pappenheim-Preis verliehen

Anlässlich des 100. Geburtstages von Arthur Pappenheim im Jahre 1970 wurde von der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie ein wissenschaftlicher Preis für Arbeiten auf dem Gebiet der Hämatologie ausgeschrieben, zu dem die Nordmark-Werke jährlich einen Geldbetrag stiften.

Dieser Preis wurde erstmals während des 15. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie in Köln Herrn Dr. med. Gerhard Meuret, Freiburg/Br., für seine Arbeit „Analyse der Zellkinetik des Neutrophilen- und Monozytensystems beim Menschen“ verliehen.

Hufeland-Preis 1972

Für Arbeiten über vorbeugende Gesundheitspflege ist der Hufeland-Preis 1972 ausgeschrieben worden. Einsendeschluß ist der **31. März 1972**. Der vollständige Text der Ausschreibung kann angefordert werden bei: Stiftung Hufeland-Preis, Notariat, 5000 Köln 1, Norbertstraße 21.

Wechsefbösung im Bundesverband der freien Berufe

Rechtsanwalt Dr. Ernst Brandl, Düsseldorf, Mitbegründer des Bundesverbandes der freien Berufe und seit 1949 dessen Hauptgeschäftsführer, hat sich entschlossen, sein Amt zum Jahreswechsel einem jüngeren Nachfolger zu übergeben.

Zum neuen Hauptgeschäftsführer ist Rechtsanwalt Herbert Wolferling bestellt worden, der seit dem Jahre 1958 Geschäftsführer der Patentenwaltskammer ist.

Dr. Brandl wird die Geschäftsführung der Rechtsanwaltskammer Düsseldorf, die ebenfalls seit über 20 Jahren in seinen Händen liegt, beibehalten und auch für den Verband der freien Berufe in Nordrhein-Westfalen weiterhin als geschäftsführendes Vorstandsmitglied tätig sein.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat November 1971*
(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Zahl der Meldungen von Scharlacherkrankungen stieg im Berichtsmonat erneut an; auf 100 000 Einwohner entfielen im Oktober 67, im November 77 Fälle (umgerechnet auf ein Jahr). Bei übertragbarer Hirnhautentzündung ist gegenüber dem Vormonat ein leichter Anstieg der Erkrankungshäufigkeit zu verzeichnen.

An Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) erkrankten im November weniger Personen als im Oktober. Die Erkrankungsziffer sank von 24 auf 21 Fälle. Das Auftreten von Hepatitis-Erkrankungen (übertragbare Leberentzündung) hat sich gegenüber dem Vormonat kaum verändert.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 31. Oktober bis 27. November 1971

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Oiphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Perrytyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa		Botulismus			
							Hirnhautentzündung		Salmonellose										übrige Formen					
							Meningokokken-Meningitis		übrige Formen										E		ST			
E ¹⁾ 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	—	—	245	—	—	—	4	1	7	—	—	—	3	—	—	—	9	—	67	—	—	—	—	—
Niederbayern	1	—	27	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	1	—	11	—	5	—	—	—
Oberpfalz	—	—	23	—	—	—	1	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	20	—	—	—	—	—
Oberfranken	1	—	82	—	—	—	1	—	13	1	2	1	1	—	1	—	—	—	4	—	4	—	—	—
Mittelfranken	—	—	107	—	—	—	5	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	9	—	—	—	—	—
Unterfranken	—	—	37	—	1	—	—	—	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	22	—	1	—	—	—
Schwaben	—	—	107	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	1	—	3	—	35	—	1	—	—	—
Bayern	2	—	628	—	1	—	14	1	44	1	2	1	6	—	2	—	13	—	168	—	11	—	—	—
München	—	—	104	—	—	—	2	1	2	—	—	—	1	—	—	—	5	—	41	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	40	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	5	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	6	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa		Ornithose				Mikrosporidien		Amöbenruhr		Bang'sche Krankheit		Leptospirose		O-fieber		Toxoplasmose		Wundstarrkrampf		Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾			
			Peltiticoas		übrige Formen								Wall'sche Krankheit										übrige Formen	
E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST				
Oberbayern	95	—	1	—	3	—	—	—	2	—	2	—	—	—	1	—	20	—	1	—	1	1	—	4
Niederbayern	20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberpfalz	26	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	12
Oberfranken	17	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	2
Mittelfranken	24	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—
Unterfranken	35	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	3
Schwaben	44	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	17
Bayern	261	—	2	—	6	—	1	—	2	—	2	—	1	—	1	—	20	—	4	—	2	3	—	38
München	43	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	19	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

¹⁾ Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

²⁾ „E“ = Erkrankungen (einschl. der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluss der Verdachtsfälle.

³⁾ „ST“ = Sterbefälle. ⁴⁾ Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtigee Tier sowie Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

Die meldepflichtigen übertreibaren Krenkheiten in Bayern im Monat Dezember 1971*
(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Im Dezember wurden, jahreszeitlich bedingt, häufiger Scharlacherkrankungen gemeldet als im Vormonat. Die Erkrankungsziffer stieg von 77 im November auf 102 im Dezember, wobei die Zahl der gemeldeten Fälle auf 100 000 Einwohner bezogen und diese Ziffer auf ein Jahr umgerechnet wurde. Die Erkrankungshäufigkeit an übertragbarer Hirnhautentzündung blieb nahezu unverändert, lediglich durch andere Erreger als Meningokokken verursachte Formen der Erkrankung traten geringfügig häufiger als im Vormonat auf.

Auch im Dezember nur mit wenigen Fällen traten Typhus, Paratyphus und Ruhr auf. Ein Rückgang war im Dezember bei den Meldungen von Salmonelloseerkrankungen (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) zu beobachten, und zwar von 21 auf 12 Fälle je 100 000 Einwohner. Keum merklich, nämlich von 32 auf 33, stieg die Erkrankungsziffer an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung).

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 28. November 1971 bis 1. Januar 1972 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		
	Ophthalmie		Scharlach		Kinderlähmung		Übertreibare				Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				Botulismus				
							Hirnhautentzündung		Gehirnentzündung								Salmoneellose		übrige Formen						
							Meningokokken-Meningitis		übrige Formen										E		ST				
E ¹⁾ ST ²⁾		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	—	—	422	—	—	—	5	—	14	—	—	—	3	—	—	—	18	—	59	—	—	—	—	—	
Niederbayern	1	—	40	—	—	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	6	—	2	—	—	—	
Oberpfalz	—	—	68	—	—	—	1	—	10	—	—	—	2	—	—	—	—	—	11	—	—	—	—	—	
Oberfranken	—	—	95	—	—	—	—	—	16	1	—	—	—	—	—	—	2	—	8	—	3	—	—	—	
Mittelfranken	—	—	178	—	—	—	4	—	7	1	1	—	—	—	—	—	—	—	16	1	—	—	—	—	
Unterfranken	—	—	78	—	—	—	3	1	15	—	—	—	2	—	1	—	—	—	18	—	—	—	—	—	
Schwaben	—	—	163	—	—	—	3	—	4	1	—	—	—	—	1	—	1	—	8	—	1	1	—	—	
Bayern	1	—	1044	—	—	—	19	1	66	3	1	—	8	—	2	—	22	—	126	1	6	1	—	—	
München	—	—	162	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	5	—	37	—	—	—	—	—	
Nürnberg	—	—	54	—	—	—	1	—	5	1	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	
Augsburg	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Regensburg	—	—	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	
Würzburg	—	—	6	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa		Ornithose				Brucellose				Malaria-Erkrankung		G-fieber		Toxoplas-mose		Wundstarrkrampf				Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾			
			Paltta-coee		übrige Formen		Mikrosporidie		Bang'sche Krank-hell														übrige Formen	
	E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	113	3	—	—	2	—	—	—	1	—	1	—	—	—	18	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Niederbayern	63	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	
Oberpfalz	30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
Oberfranken	22	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13	
Mittelfranken	40	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	
Unterfranken	28	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	
Schwaben	46	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1	—	—	14	
Bayern	342	5	—	—	3	—	1	—	1	—	1	—	1	—	18	—	4	—	1	1	—	—	32	
München	78	3	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	15	—	—	—	—	—	—	—	—	
Nürnberg	18	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Augsburg	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Regensburg	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Würzburg	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

¹⁾ Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.
²⁾ „E“ = Erkrankungen (einschl. der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle.
³⁾ „ST“ = Sterbefälle. ⁴⁾ Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

Hyperurikämie Gicht

Dauertherapie mit
Uricovac[®]
einfach + sicher

1 Tablette täglich

„... die Pille des nierensuffizienten Gichtpatienten ...“

D. P. MERTZ: Gicht, Thieme-Verlag, Stuttgart 1971

Ausgezeichnete Verträglichkeit

Monatspackung = 30 Tabletten mit je 100 mg Benzbromaronum

DM 29,- incl. Mwst. (Tagesdosis unter DM 1,-)

Kontraindikation: Mittelschwere bis schwere Niereninsuffizienz



Labaz GmbH
Pharmazeutische Präparate
4 Düsseldorf, Postfach 5126

Buchbesprechungen

Chr. NARCISS/G. NARCISS: „**Das große Buch der Gesundheit**“. 812 S., 689 Abb., 24 Farbtafeln, Lexikonformat, Leinen, DM 48,-. Goverts Krüger Stahlberg Verlag GmbH, Stuttgart.

Wieder ein Gesundheitsbuch? fragt man sich.

Doch sogleich wird der kritische Leser eines Besseren belehrt: Hier liegt ein Ratgeber vor, der euch höchsten Ansprüchen eines medizinischen Leien gerecht wird. In Großlexikonformat, auf über 800 Seiten, mit über 700 Abbildungen und Farbtafeln im Text, wird hier dem medizinisch interessierten ein riesiger Wissensschatz angeboten. Gemäß seinem Untertitel „Information und Vorsorge“ vermittelt das Werk in zwanzig klar gegliederten Kapiteln und in verständlicher Ausdrucksweise unsere Kenntnisse über die Funktionen des menschlichen Körpers, über die anatomischen Grundlagen und den Feinbau der Gewebe, die Sinnesorgane, das Nervensystem, das endokrine System, die Aufgaben der Haut, Schwangerschaft und Geburt und Entwicklung des Menschen bis zum Alter. Jedes Kapitel gliedert sich in einen deskriptiven Abschnitt (Interessant die Definition des Begriffes „Gesundheit“ und „Krankheit“ in der Einleitung des Buches), dem sich jeweils die Beschreibung von Krankheitszuständen, soweit sie der Leie verstehen kann, anschließt. Begrüßenswert ist die übersichtliche Anordnung des Textes, der nur zwei Drittel jeder Seite einnimmt, um Platz zu lassen für Hinweise, Textzeichnungen, Fotos und Röntgenaufnahmen. Die Farbtafeln sind bestechend

In Ihrer Neturtreue. Infektions- und Geschwulstkrankheiten wird ein eigenes Kapitel gewidmet. — Auch wird den heutigen Erkenntnissen über die psychosomatischen Wechselbeziehungen Rechnung getragen. Erste Hilfe in Notfällen und praktische Fragen der Krankenhausbetreuung schließen sich an. Das Werk macht einen durch und durch soliden Eindruck. Der Arzt, heute selbst daran interessiert, einen wissenden, informierten Patienten vor sich zu haben, kann dieses Buch uneingeschränkt jedem Ratsuchenden empfehlen.

Dr. F. Sprenger, Würzburg

HOFF: „**Erlebnis und Besinnung**“. Erinnerungen eines Arztes. 520 S., Leinen, DM 28,-. Ullstein Verlag GmbH, Berlin.

Die Tradition der großen Ärzte-Biographien — von Schleichs „Besonnener Vergangenheit“ über Seuerbruchs „Das war mein Leben“ zu Bürger-Prinz' „Ein Psychiater berichtet“ — wird mit dem Lebensbericht des Internisten Ferdinand Hoff fortgeführt. In dankbarer Erinnerung an eine erfüllte Zeit ärztlichen und akademischen Wirkens berichtet er über die entscheidenden Abschnitte seines Lebens als Arzt, Hochschullehrer und Forscher und gibt damit zugleich einen Aufriß der Medizingeschichte dieses Jahrhunderts.

Durch seinen Vater, der zum Kreis um Friedrich Naumann und Theodor Heuß gehörte, hat Hoff die großen politischen Umwälzungen bewußt miterlebt, wenn er auch selbst politisch nie in Erscheinung trat. Kritisch schildert er Kiel im Glanz der kaiserlichen Marine, den Ausbruch des ersten Weltkrieges, die Realitäten an der Front, Revolution und Machtüber-

nahme durch die Nationalsozialisten — besonders ihre Auswirkungen auf den Universitätsbereich, denn den Beginn des zweiten Weltkrieges, seinen Einsatz in Polen, Frankreich und Rußland als beratender Internist und in unmittelbarer Nähe von Feldmarschall Bock, und schließlich die Schwierigkeiten der Nechkriegszeit und den Wiederaufbau der Universitätskliniken.

Zeit seines Lebens war Ferdinand Hoff als Forscher neuen wissenschaftlichen Methoden und Erkenntnissen weit aufgeschlossen. Seine Erinnerungen werden damit zu einem großen Zeugnis ärztlicher Arbeit im Dienste am Menschen. Immer war Hoff bestrebt, sein schöpferisches Gedankengut anderen Menschen zugänglich zu machen. Seine Bücher und fast 200 Publikationen legen davon Zeugnis ab. Seine ärztlichen Lehr- und Handbücher sind in jeder Arztbibliothek zu finden und in zehntausenden von Exemplaren verbreitet. Sein Buch „Behandlung innerer Krankheiten“ hat zehn Auflagen erlebt und wurde in fünf Sprachen übersetzt, das Werk „Klinische Physiologie und Pathologie“ erreichte sechs Auflagen und wurde ebenfalls in mehrere Sprachen übertragen.

SCHMIDT-VOIGT: „**Der Harzanfall**“. 318 S., zahlr. Abb. und Tab., Plastik, DM 48,-. J. F. Lehmanns Verlag, München.

Es mag anmaßend erscheinen, wenn ein Praktischer Arzt dieses Buch eines Großen unserer Zeit rezensieren will. Aber wer hätte einen solchen Ratgeber nötiger als der Praktiker, der mit seinen Sorgen und seiner Verantwortung nicht gleich den Rat eines Kardiologen oder die Hilfe der Klinik haben kann?



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 FABRIK, Gauting bei München

Um es gleich vorweg zu nehmen: der Kollege, der abends zum Krimi greift, um einmal abzuschalten, möge dieses Buch in die Hand nehmen! Er wird von ihm genauso gefesselt sein wie von der Super-Frau Modesty Blaise oder dem australischen Halbblut Inspektor Boni, er wird darin die Ordnung und Systematik finden, die einen Hercule Poirot zu seinen Erfolgen befähigen!

Mich haben der Stil des Buches, die ausgezeichneten Farbaufnahmen der Krankenphysiognomien und die klaren EKGs begeistert.

Die Therapievorschläge und das sehr ausführliche Inhaltsverzeichnis werden jedem Kollegen eine rasche Hilfe sein.

Man sollte sich diesen „Kardiologen in der Besuchstasche“ lieber heute als morgen zulegen!

Damit ist eigentlich schon alles Wesentliche gesagt.

Auf Einzelheiten einzugehen, ist bei der Fülle des auf 295 Seiten Gebotenen kaum möglich. Darum nur ein paar Randbemerkungen:

Wichtig und beherzigenswert der Hinweis auf Karditis und Koronaritis als Ursache einer Angina pectoris wie auf das Zervikalsyndrom und die Interkostal neuralgie.

Der Kollege nördlich des Mains wird seine Herzpatienten darauf hinweisen, daß im Urlaub in Bayern bei Föhn Vorsicht am Platze ist (Föhn reicht oft bis Nürnberg, so unwahrscheinlich das klingt!), und daß die frischen Semmeln des obligaten Hotel-Frühstücks schon oft eine Roemheld-Angina ausgelöst haben.

Übrigens, alle reden vom Hochdruck, aber wer hat bis jetzt den ganzen Komplex der Hypotonie so umfassend dargestellt wie der Verfasser! (Daß beim Docabolin der Virilisierungseffekt gelegentlich stärker ist als der therapeutische Erfolg, muß man halt in Keuf nehmen.)

Gerade bei der Zunahme der Hepatitis wird es immer bedeutsamer, daß eine infektiös-toxische Grundkrankheit ein vegetativ-orthostatisches Kreislaufsyndrom auslösen kann.

Fazit: Wir Praktiker sollten unserem großen Kollegen zum Dank für dieses Buch einen Fackelzug veranstalten!

Dr. med. G. Kühn, Garmisch-Partenkirchen

CRONHOLM / EKMAN / ERIKSON / GUNNE / IDESTRÖM / KAIJ / KIHLMOM / MARTENS / STRÖM: „Rauschmittel“. 120 S., Taschenbuch, DM 9,80. Verlag Urban & Schwarzenberg, München.

Das schmale und preiswerte Taschenbuch kann als Pflichtlektüre für jeden Arzt bezeichnet werden. Es ist eine wichtige Ergänzung der Notfallbibeln auf dem Schreibtisch des Arztes. Die in ihm zusammengefaßten Aufsätze wurden erstmals 1969 in Schweden veröffentlicht, wohl angeregt durch eine WHO-Konferenz mit ähnlicher Thematik im Juni 1969 in Stockholm.

Die Beiträge sind fesselnd geschrieben, an manchen Stellen hätte nur die deutsche Übertragung noch etwas geglättet werden müssen. Eine besondere Aktualität gewinnt die Neuerscheinung durch die in unserem Lande soeben angeklüpfte Aufklärungs-

kampagne der Kriminalämter und anderer Stellen. Es ist nicht ausgeschlossen, daß dadurch Drogenabhängige und deren Angehörige in nächster Zeit Ärzte innerhalb und außerhalb von Beratungsstellen vermehrt um Rat angehen. In solchen Fällen ist das Taschenbuch eine echte Hilfe. Von Kennern der Materie, voran Cronholm, geschrieben und vorzüglich gegliedert, unterrichtet es auf knappstem Raum über Effekte, klinische Bilder, Folgezustände und Behandlungsaussichten bei Drogenmißbrauch. Behandelt werden halluzinogene Drogen wie LSD, Oplate, Amphetaminpräparate, und sehr eingehend Haschisch. Die praktisch wichtige Gruppe der Barbiturate wird in die Thematik einbezogen und die Gefahr vor allem der kurz wirkenden Barbiturate herausgestellt. Auf Fragen wie Toleranzerhöhung und sogenannte Kreuztoleranz innerhalb der ganzen Opiatgruppe und zwischen Barbituraten, Alkohol, Meprobamat, Chlordiazepoxyd, Diazepam, sowie die somatischen Schäden bei Narkotikainjektionen wird eingegangen. Die hier publizierten schwedischen Erfahrungen werden das Interesse von Ärzten aller Fachrichtungen finden. Es ist also eine Untertreibung des Verlegers im Vorwort, daß sich das Taschenbuch nicht an den Fachmann richtet. Die Kapitel können bei der Lektüre einzeln herausgegriffen werden, es empfiehlt sich, das erste Kapitel, in dem Cronholm die Hintergrundfaktoren des Narkotikamißbrauches bei Jugendlichen behandelt, als Abschluß zu wählen.

Privatdozent Dr. Reinhardt, Erlangen

nephros-strath®

Nieren- und Blasenerkrankungen

nephros-strath® - nach dem Strath-Verfahren über lebende Hefezellen metabolisierte Pflanzen-Wirkstoffe.

100 ml Plasmolysat enthalten 100 ml Torula-utilis-Auszug aus 2,0 g Stig. Maidis, 0,5 g Rad. Bryoniae, 1,0 g Fol. Belladonnae, 1,0 g Herb. Gratiolae, 0,5 g Herb. Urticae.



Strath-Labor GmbH
8405 Donaustauf

50 ml DM 6,05
100 ml DM 11,20
250 ml DM 21,70

Kongreßkalender

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

März 1972

2. – 4. 3. in Hannover:

18. **Symposium der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie.** Auskunft: Professor Dr. J. Kracht, 6300 Gießen, Klinikstraße 32 g.

4.–18. 3. in San Martino di Castrozza:

XLII. Fortbildungslehrgang des Deutschen Sportärztebundes im Wintersport (Friedrich-Kurs). Auskunft: OMR Dr. Fr. Friedrich, 8000 München 23, Wilhelmstraße 16.

6. – 11. 3. in München:

6. **EEG-Fortbildungskurs.** Auskunft: Professor Dr. J. Kugler, Neurologische Klinik der Universität, 8000 München 2, Nußbaumstraße 7.

12. – 25. 3. in Davos:

XX. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer. (Thema: Probleme des Wasser- und Elektrolythaushaltes in Forschung, Klinik und Praxis). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 41 02 20.

13. – 24. 3. in Neuherberg:

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

13. – 25. 3. in Badgasteln:

XVII. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Thema: Probleme des Wasser- und Elektrolythaushaltes in Forschung, Klinik und Praxis). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 41 02 20.

20. – 24. 3. in München:

Sozialmedizinischer Informationskurs (III). Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3.

22. – 26. 3. in Düsseldorf:

4. **Diagnostik-Woche.** Auskunft: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der medizinischen Diagnostik, 7000 Stuttgart 70, Hans-Neuffer-Weg 2.

24. – 26. 3. in Augsburg:

49. Augsburger Fortbildungskongreß (Thema: Onkologie für die Praxis). Auskunft: Sekretariat der Augsburger Fortbildungskongresse, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2.

25. – 26. 3. in Bad Pyrmont:

Fortbildungskurs für Ärzte der Bezirksstelle Hannover der Ärztekammer Niedersachsen (Thema: Hypertonie aus verschiedener Sicht). Auskunft: Dr. med. Gosslich, 3280 Bad Pyrmont, Alteneuplatz 5.

27. 3. – 8. 4. in Brixen:

5. Internationaler Oster-Seminar-Kongreß. Auskunft: Berufsverband der Kinderärzte Deutschlands e. V., 5000 Köln 80, Elisabeth-Breuer-Straße 5.

27. 3. – 8. 4. in Meran:

IV. Internationaler Seminarkongreß, veranstaltet von der Bundesärztekammer (Thema: Jugend und Alter aus der Sicht der praktischen Medizin). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 41 02 20.

Kongreßreise

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

Ärztliche Studienreise Fernost vom 18. März bis 3. April 1972

Thema: Erfahrungen über Adaptions- und Krankheitsprobleme in tropi-

schen Ländern als Grundlage für die ärztliche Beratung

Reiseroute: Frankfurt – Bangkok – Chiangmai – Pattaya Beach – Hongkong – Bangkok – Frankfurt

Der Schwerpunkt dieser Studienreise liegt auf dem wissenschaftlichen Programm mit interessanten Seminaren und Demonstrationen in Bangkok, Chiangmai und Hongkong, für deren Gestaltung und Leitung sich Dr. Rölinghoff, Chefarzt am Tropenheim Paul-Lechler-Krankenhaus in Tübingen, zur Verfügung stellte.

Der Tourpreis pro Person beträgt: DM 3125,-

Einzelzimmerzuschlag DM 360,-

Der Tourpreis beinhaltet folgende Leistungen: Flug gemäß Programm in der Economy-Klasse mit einer Sondermaschine der CONDOR. Unterbringung in Doppelzimmern mit Bad in Hotels 1. bzw. Luxus-Klasse; Verpflegung: täglich Frühstück sowie die im Programm erwähnten Hauptmahlzeiten. Sämtliche Klinikbesichtigungen und Demonstrationen. Reiseleitung durch einen erfahrenen DER-Reiseleiter.

Ausführliche Programme stehen auf Anforderung zur Verfügung.

Auskunft: „Bayerisches Ärzteblatt“, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16.

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

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe ist ein Prospekt beigelegt der Firma:

Benechemie, München

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (08 11) 47 60 87, Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Leserbriefe stellen keine Meinungsäußerung des Herausgebers oder der Schriftleitung dar. Das Recht auf Kürzung 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“).

Anzeigenverwertung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwertung Carl Gebler, 8000 München 2, Postfach, Sonnenstraße 29, Telefon 55 80 81, 55 82/41-48, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse: atlas-press. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharshinger, München.

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

Alle Rechte, insbesondere des Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrophotographie sowie des 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.

UNRUHE

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.

ZUSAMMENSETZUNG pro Dragée:

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

KONTRAINDIKATIONEN:

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

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





An der Röntgenabteilung des
Städt. Marienkrankenhauses Amberg
ist zum nächstmöglichen Zeitpunkt die frei
werdende Stelle des
Oberarztes (Cheferztvertreter)
zu besetzen.

Das Krankenhaus Amberg (650 Betten) hat mit der Röntgenabteilung 6 selbständige Abteilungen (Innere, Chirurgie, Gynäkologie, Kinderabteilung, Anästhesie- und Intensivabteilung).

Sämtliche Chefarzte sind zur vollen Facharztweiterbildung zugelassen. Außerdem sind als belegärztliche Abteilungen vorhanden: Urologie, HNO- und Augenabteilung.

Sämtliche Röntgenleistungen — Diagnostik und Therapie — sowie Isotopenuntersuchungen werden zentral von der Röntgenabteilung durchgeführt.

Die Röntgenabteilung ist modernst eingerichtet (3 Fernsehketten mit Bildverstärkern, konventionelle und Hochvolttherapie [Co-60], Isotoptherapie und -diagnostik) und für die volle Facharztanerkennung zugelassen.

Geboten werden:

1. Vergütung nach BAT I b
2. Bereitschaftsdienstvergütung
3. **Beteiligung an der Privatpraxis des Chefarztes entsprechend den Empfehlungen des Marburger Bundes.** Diese Beteiligung wird bei Anstellung vertraglich durch den Chefarzt zugesichert.
4. Daneben werden die üblichen Sozialleistungen wie Zusatzversorgung, Beihilfen im Krankheitsfall geboten.
5. Bei Wohnraumbeschaffung ist die Stadt Amberg weitgehend behilflich.
6. Bei fachlicher und charakterlicher Bewährung innerhalb des ersten Jahres **schriftliche Zusicherung der Chefarztnachfolge.**

Verlangt werden:

1. Volle Facharztweiterbildung bzw. kurz vor dem Abschluß der Facharztweiterbildung
2. Erfahrungen auf dem Gebiet der Angiographie und üblichen Routinediagnostik
3. Vertretung des Chefarztes während des Urlaubs und sonstiger Abwesenheit desselben.

Bewerbungen werden erbeten an die

Stadtverwaltung Amberg, Personalemt, 8450 Amberg

Am **Kreis Krankenhaus Feuchtswangen** (110 Betten) wird zum 1. 4. 1972 für die Innere Belegabteilung (27 Betten) ein

Internist als Belegarzt

gesucht. Zur Verfügung stehen ein gut eingerichtetes Labor (Photometer, Flammenphotometer) Photolaparoskop, Oesophago-Gastro-Bulboscop, EKG 3-fach-Schreiber und Umatzgerät, moderne Bäder- und Nachbehandlungsabteilung. Röntgenanlage steht auch für ambulante Leistungen zur Verfügung.

Feuchtswangen (10 000 Einwohner) liegt verkehrsgünstig an der Romantischen Straße zwischen Dinkelabühl und Rothenburg o. d. Tauber. Alle Schulen am Ort, Hallenschwimmbad.

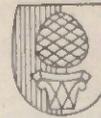
Bewerbungen erbeten an das **Landratsamt 8805 Feuchtswangen.**

Wir suchen für unser klinisches Sanatorium südlich Münchens einen

Facharzt für innere Krankheiten

der sich 2-3 Tage pro Woche unserem Hause zur Verfügung stellen kann.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/55 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.



Der Krankenhauszweckverband Augsburg sucht dringend einen

Röntgenfacharzt als Oberarzt

In einer großen diagnostischen Röntgenabteilung mit Nuklearmedizin. Die Abteilung versorgt drei medizinische Kliniken sowie eine Hautklinik und ist zusammen mit der räumlich etwas entfernten Abteilung bei den chirurgischen und urologischen Kliniken zur Röntgenfacharztweiterbildung zugelassen. In beiden Abteilungen werden nahezu alle radiologischen Untersuchungsverfahren durchgeführt, in der Abteilung bei den medizinischen Kliniken mit Betonung der internistischen Fragestellungen.

Neben tariflicher Vergütung nach Vergütungsgruppe I b BAT, werden regelmäßige Zuwendungen aus einem Liquidationspool geboten. Außerdem werden die im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen wie Kinderzuschlag, Lohnfortzahlung im Krankheitsfall und Beihilfen gewährt. Für bestimmte Sonderanschaffungen kann ein einmaliges zinsloses Darlehen gegeben werden. Bei der Wohnraumbeschaffung sind wir behilflich.

Es wird gebeten, die Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen zu richten an den **Krankenhauszweckverband Augsburg, 8900 Augsburg, Unterer Graben 4.**

Die **Stadt Ingolstadt** (z. Z. 71 500 Einwohner und wird durch die Gebietsreform ab 1. 7. 1972 ca. 87 000 Einwohner erreichen) sucht für des neu eröffnete zentrale Strehleninstitut im Städt. Krankenhaus (Chefarzt: Prof. Dr. med. H. Reschke) für sofort einen

Oberarzt

(Facharzt oder kurz vor der Facharztanerkennung)

und zwei

Assistenzärzte

mit Kenntnissen in Klinik und Radiologie.

Die Vergütung richtet sich für den Oberarzt nach der Vergütungsgruppe I b BAT und für die Assistenzärzte nach der Vergütungsgruppe II BAT; dazu Bereitschaftsdienstvergütung sowie Nebenentnahmen durch den Chefarzt.

Des weiteren sind Planstellen für zwei

med. techn. Assistentinnen

mit Erfahrungen in Kobalt-Therapie und/oder moderner Radiodiagnostik zu besetzen. Die Vergütung erfolgt nach Vergütungsgruppe VI b/V c — je nach bisheriger Tätigkeit.

Zu versorgen sind u. a. 250 interne, 180 chirurgische und 80 gynäkologische Patienten. Sämtliche klinischen Abteilungen einschließlich Anästhesiologie sind vorhanden; ein pathologisches Institut wird eingerichtet.

Ingolstadt, eine Stadt mit bedeutender Industrie sowie zahlreichen kulturellen und sportlichen Möglichkeiten liegt 70 km nördlich von München.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (Lebenslauf, Lichtbild, Zeugnissebschriften) unter Angabe des frühesten Eintrittsdatums werden erbeten an die **Stadt Ingolstadt — Personalamt —, 8670 Ingolstadt, Rathausplatz 4.**

Privatklinik

für Magen- und Darmkranke mit Fachpraxis in norddeutscher Großstadt sucht

Internisten

(Gastroenterologen)

mit Röntgen- und möglichst auch Erfahrung in Gastroskopie als Mitarbeiter. Auf Wunsch auch als Teilhaber. Spätere Übernahme möglich. Kapital nicht unbedingt erforderlich.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/8 an die Anzeigenverwaltung BAYER. ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.

Der Landkreis Oberviechtach sucht für das Kreiskrankenhaus Oberviechtach einen

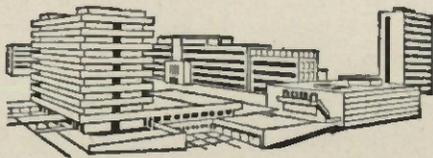
Oberarzt (Facharzt für Chirurgie)

Die Vergütung wird in Anwendung des LKrAT vereinbart. Das Kreiskrankenhaus Oberviechtach (Allgemein-Krankenhaus) verfügt derzeit über insgesamt 90 Betten in den Abteilungen Chirurgie, Inneres und Gynäkologie. Es ist für das berufsgenossenschaftliche Durchgangserztverfahren zugelassen.

Es wird zur Zeit in Oberviechtach ein neues Grundversorgungs-krankenhaus gebaut, welches im Endausbau mit ca. 220 Betten ausgestattet werden soll. Der erste Bauabschnitt dieses Krankenhauses mit 150 Betten wird im Jahre 1973 bezugsfertig sein. Der Rohbau ist bereits erstellt.

Oberviechtach liegt an der B 22 zwischen Weiden und Cham in sehr schöner Lage im Oberpfälzer Wald. Die Bahnlinie Naburg-Oberviechtach schließt in Naburg an die Hauptbahnlinie Regensburg-Weiden an. In Oberviechtach befindet sich ein mathematisch-naturwissenschaftliches Gymnasium mit einem neusprechlichen Zweig und eine Berufsfachschule für Mädchen (Vollzeitschule), welche zur mittleren Reife führt. Neubauwohnung steht zur Verfügung.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an Landrat Spichtinger, 8474 Oberviechtach, Landratsamt.



In den Städt. Krankenanstalten Fürth (Bayern)

— 100 000 Einwohner, 858 Betten — ist an dem Zentrum für operative Medizin (Vorstand Prof. Dr. Gell) die Stelle des

Oberarztes der unfallchirurgischen Abteilung

(Chefarzt OMR Dr. Raithmann)

ab sofort zu besetzen. — Das Zentrum umfaßt 280 Betten mit den selbständigen Abteilungen allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie, Urologie und Anästhesie. 90 Betten entfallen auf die Unfallchirurgie einschließlich einer Station für die medizinische Rehabilitation Unfallverletzter.

Gefordert werden umfassende Kenntnisse in der Traumatologie (auch Behandlung von abdominalen Verletzungen). Im DA-Verfahren und der Unfallbegutachtung. Erwünscht sind spezielle Kenntnisse in der Handchirurgie. Charakterliche Eignung für partnerschaftliches Arbeiten und Aufgeschlossenheit für alle Fortschritte in der Unfallchirurgie werden vorausgesetzt.

Geboten werden neben den Vergütungen nach BAT (Verg.Gr. Ib) — einschließlich Vergütung für Bereitschaftsdienst — und den Sozialleistungen der Stadt, Nebeneinkommen aus DA-Verfahren, Gutachten (auf dem Wege der Delegation durch den Chefarzt), Assistenzgebühren; und aus stellvertretenden Privatliquidationen bei Abwesenheit des Chefarztes.

Fürth bildet mit Nürnberg eine räumliche und kulturelle Einheit. Alle höheren Schulen sind am Ort. Die Institute der Universität Erlangen-Nürnberg sind auf kürzestem Wege erreichbar.

Bewerbungen mit handgeschriebenem Lebenslauf, Lichtbild und Zeugnisabschriften werden bis spätestens 15. 3. 1972 erbeten an das

Personalamt der Stadt Fürth, Rathaus, Zimmer 70

Die Ringberg-Klinik

Spezialklinik für interne Krebsterapie

(125 Betten)

In Rottach-Egern am Tegernsee

sucht für sofort oder später einen erfahrenen

Assistenzarzt/Ärztin

zur Übernahme einer Station.

Erwünscht ist eine gute internistische Ausbildung, Fähigkeit zur psychosomatischen Betreuung von Schwerkranken, sowie Interesse für ganzheitlich immunologische Krebsbehandlung. Gelegenheit zur Forachung ist gegeben. Geboten wird neben gereger Arbeitszeit eine dieser Position entsprechend hohe Dotierung sowie 13. Monatsgehalt.

Bei der Beschaffung einer Wohnung sind wir behilflich. Für Ärzte mit Kindern sind Schulen aller Systeme bequem erreichbar.

Bewerbungen mit handgeschriebenem Lebenslauf, Lichtbild, Abschriften der Approbations- und Promotionsurkunde sowie den Arbeitszeugnissen erbeten an:

Chefarzt Dr. med. J. Isels, Ringberg-Klinik
8183 Rottach-Egern, Ringbergstraße 30
Telefon (0 80 22) 84 58 - 59

Auf der Internen Abteilung des Kreiskrankenhauses Altötting (300 Betten) ist ab sofort die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen. Es können sich auch Medizineassistenten bewerben. Das Arbeitsverhältnis richtet sich nach dem Tarifvertrag Nr. 125 für die Angestellten der bayer. Landkreise (LKrAT Bayern). Der Assistenzarzt erhält eine Vergütung nach Vergütungsgruppe IIa LKrAT und eine entsprechende Bereitschaftsdienstvergütung. Medizineassistenten können in die Vergütungsgruppe III LKrAT eingereiht werden. Daneben wird eine Bereitschaftsdienstvergütung unter Zugrundelegung des vollen Satzes aus dieser Vergütungsgruppe gezahlt. Die üblichen Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes werden selbstverständlich geboten.

Bewerbungen mit Nachweisen über die Ausbildung und die bisherige Tätigkeit sind an die **Verwaltung des Kreiskrankenhauses Altötting, 8262 Altötting, Mühlendorfer Straße 18**, zu richten.

Für das Kreiskrankenhaus Babenhausen/Schwaben wird zum 1. Juli 1972

ein Chefarzt (Chirurg)

gesucht.

Das Kreiskrankenhaus Babenhausen ist neu und modernst eingerichtet und hat 80 Betten. Vom Chefarzt — er ist gleichzeitig ärztlicher Leiter — sind 40 Betten zu betreuen. Der Internist-Belegarzt hat 25 Betten, drei Belegärzte behandeln gynäkologische Fälle (15 Betten).

Wir bieten: Vergütung nach Vereinbarung, günstiger Abgabebetrag, Zuschuß zur Altersversorgung, Nebeneinkommen durch Teilzulassung, gutes Betriebsklima.

Bei Wohnungsbeschaffung sind wir behilflich.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden an das Landratsamt 7918 Illertissen erbeten.

Das **Josefs-Krankenhaus Kötzing/Bayer. Wald** sucht ab sofort oder bis spätestens 1. April 1972 für die 3 Fachabteilungen (Innere, chirurg., geb.-gyn.)

1 Assistenzarzt 2 Medizinalassistenten

Bei 6 Plätzen ergibt sich eine sehr günstige Freizeitregelung. Die Bezahlung ist überdurchschnittlich.

In unseren modern eingerichteten Fachabteilungen wird moderne Medizin getrieben und wir sind zur Facharztweiterbildung zugelassen.

Kötzing ist ein inmitten des Bayerischen Waldes gelegener Urlaubsort, der viel besucht ist und in näherem Umkreis sämtliche Sportmöglichkeiten bietet.

Bewerbungen an den leitenden Arzt Dr. med. **Reinhold Hager, Facharzt für Innere Medizin, 8493 Kötzing, Josefs-Krankenhaus.**

Für die **chirurgische Abteilung des Kreiskrankenhauses Wegscheid im Bayer. Wald** sind ab sofort

2 Assistenzärzte 1 Medizinalassistent

einzustellen. Die Vergütung erfolgt nach Tarif. Der Bereitschaftsdienst wird zusätzlich vergütet. Nebeneinnahmen durch Gutachtertätigkeit, Verköstigung und Unterkunft für ledige Bewerber nach Vereinbarung im neuerbauten Personalwohnheim möglich.

Wegscheid liegt im unteren Bayerischen Wald, ca. 16 km nördlich der Donau, Pessau ist 36 km entfernt und in 30 Minuten zu erreichen. In unmittelbarer Nähe liegt die österreichische Grenze mit dem benachbarten Mühlviertel.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind zu richten an den **Landkreis Wegscheid, z. H. Herrn Landrat Muthmann oder Chefarzt Dr. Steinhardt, 8396 Wegscheid.**

Wegen Einberufung des derzeitigen Stelleninhabers zur Bundeswehr wird für die **chirurgische Abteilung des Kreiskrankenhauses Mainburg** gesucht:

1 Assistenzarzt zum sofortigen Eintritt und 1 weiterer Assistenzarzt zum 1. April 1972.

Für die Stellen können sich auch Medizinalassistenten bewerben.

Das Kreis Krankenhaus umfaßt insgesamt 113 Plätzen und ist zur dreijährigen Facharztweiterbildung zugelassen. Geboten werden Vergütungsgruppe II e bzw. III e, Bereitschaftsdienstzulage und die üblichen sozialen Zulagen. Verköstigung und Unterkunft für ledige Bewerber ist im Hause möglich. Verheirateten Bewerbern sind wir bei der Wohnungsbeschaffung behilflich.

Erwünscht sind Kenntnisse in der Intubationsnarkose, jedoch nicht Bedingung.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind zu richten an **Chefarzt Dr. med. Rolf Mühsel, Facharzt für Chirurgie 8302 Mainburg, Kreis Krankenhaus**

Das **Kreis Krankenhaus Dachau** sucht für sofort oder später

2 Assistenzärzte für Chirurgie

Gelegenheit zur Facharztweiterbildung ist möglich, längere chirurgische Vorbildung erwünscht, jedoch nicht Bedingung.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an die **Verwaltung des Kreiskrankenhauses, 8060 Dachau, Krankenhausstraße 15.**

Am **Kreis Krankenhaus Kelheim**, das zur Zeit von 210 auf 360 Betten erweitert wird, sind folgende Stellen zu besetzen:

sofort:

1 Assistenzarzt für die chirurgische Abteilung

1 Assistenzarzt für die interne Abteilung

1 Medizinalassistent für die gyn. Abteilung

zum 1. 4. 1972

1 Assistenzarzt für die chirurgische Abteilung

1 Medizinalassistent für die chirurgische Abt.

Das Kreis Krankenhaus Kelheim hat neben den Fachabteilungen für Chirurgie, Innere Medizin und Gynäkologie eine zentrale Röntgenabteilung sowie Beleg-Abteilungen für Augen, HNO- und Hauterkrankungen.

Das Operationsprogramm der chirurgischen Abteilung umfaßt sämtliche großen abdominalen Eingriffe, Strumen, urologische Operationen, die modernen Osteosynthese-Verfahren sowie die Versorgung mit Totalendoprothesen, ferner DA-Tätigkeit, die volle Zulassung zum berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren, die Ermächtigung zur Weiterbildung von Allgemeinärzten und Fachärzten für Chirurgie (3 Jahre).

Die interne Abteilung verfügt über ein gut eingerichtetes medizinisches Labor sowie über sämtliche Möglichkeiten einer modernen internen Diagnostik und es liegt ebenso wie für die gynäkologische-geburtshilfliche Abteilung, die ebenfalls über alle Möglichkeiten moderner Diagnostik verfügt, die Ermächtigung zur Weiterbildung für Fachärzte für Innere Medizin bzw. Gynäkologie (2 Jahre) vor.

Wir haben bestes Arbeitsklima.

Die Vergütung für die Assistenzärzte erfolgt nach BAT II a, zuzüglich Bereitschaftsdienstvergütung und Gutachtertätigkeit. Bei der Wohnraumbeschaffung sind wir behilflich. Naturwissenschaftliches Gymnasium, Hallen- und Freibad am Ort.

Kelheim liegt als aufstrebende Kreisstadt in landschaftlich reizvoller Umgebung an der Einmündung der Altmühl in die Donau.

Bewerbungen mit Lebenslauf, Zeugnisabschriften und Lichtbild werden unter Angabe des frühest-möglichen Eintrittstermines erbeten an den **Ärztlichen Direktor des Kreiskrankenhauses 8420 Kelheim, Hemauer Straße 50.**

Am **Kreis Krankenhaus Vohenstrauß** ist in der Röntgenabteilung die Stelle einer

medizin-technischen Assistentin

mit erlangter staatlicher Erlaubnis baldmöglichst zu besetzen. Die Vergütung erfolgt nach MT-LKR = BAT VI b. Nach erfolgter Erweiterung des Kreiskrankenhauses ist bei Erfüllung der Tätigkeitsmerkmale Höhergruppierung nach Verg.Gr. V c möglich.

Gutes Arbeitsklima und kollegiale Zusammenarbeit ist gegeben. Bei der Unterkunftsbeschaffung ist das Landratsamt behilflich.

Die Kreisstadt Vohenstrauß liegt in reizvoller Lage im Oberpälzer Wald. Hallenbad ist am Ort. Gute Wintersportmöglichkeiten in nächster Umgebung.

Bewerbungen sind an den **Landrat des Landkreises oder an den Chefarzt des Kreiskrankenhauses 8483 Vohenstrauß** zu richten.

Das **Kreis Krankenhaus Viechtach** sucht für seine Innere Abteilung (40 Betten) für sofort oder später

1 Assistenzarzt

Vergütung erfolgt nach Vergütungsgruppe II a LKR.AT Bayern = BAT zuzüglich Stellenzulage, Bereitschaftsdienstvergütung, vermögenswirksame Leistungen, Zuschuß zur Krankenversicherung und zur Ärzteversorgung, zusätzliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung sowie Beihilfe in Geburts-, Krankheits- und Todesfällen.

Viechtach, das in landschaftlich schöner Gegend mit vielfältigen Sportmöglichkeiten liegt, verfügt über ein modernes Schulzentrum mit Math.-net. Gymnasium und Realschule für Knaben und Mädchen.

Interessenten werden gebeten, ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen bei der **Haupt- und Personalverwaltung des Landratsamtes Viechtach** einzureichen.