

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 2

München, Februar 1968

23. Jahrgang

Die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens aus der Sicht des Freistaates Bayern

A) Von Ministerialdirigent Dr. med. E. Hein — B) Von Regierungsdirektor Dr. jur. G. Wilhelm*)

A)

Auf der letzten konstituierenden Sitzung hat der Herr Vorsitzende als Hauptaufgabe des Landesgesundheitsrates die Koordinierung der Belange des Gesundheitswesens herausgestellt. In der 14jährigen Tätigkeit konnten Sie bei der erfolgreichen Behandlung einer Vielzahl von Problemen feststellen, daß das Gesundheitswesen einem ständigen Panoramawechsel unterworfen und ebenso in der Fortentwicklung begriffen ist wie die Wissenschaft. Neben der Koordinierung ist deshalb auch die Weiterentwicklung von Maßnahmen des Gesundheitswesens zu bedenken. Mit dem Herrn Vorsitzenden stimme ich deshalb darin überein, wenn er es für richtig hält, zu Beginn der sechsten Legislaturperiode einmal die gesamten Verhältnisse zu ergründen, um sinnvolle Lösungen von Problemen und Aufgaben, die im Gesundheitswesen gegenwartsnah und in der vorausschaubaren Zukunft zu bewältigen sind, vorschlagen zu können; anders ausgedrückt, es heißt also, von einer Bestandsaufnahme über eine kritische Standortbestimmung zu einer möglichst umfassenden Grundkonzeption zu kommen. Ein solches Vorgehen wird Ihre Arbeit erleichtern, wenn Sie Parlament und Staatsregierung in gesundheitspolitischen Fragen beraten. Nach Ihren bisherigen Erfahrungen bedarf es wohl keiner Erörterung, daß die Gesundheitspolitik von morgen heute schon konzipiert werden muß, oder, wie sich der Herr Staatsminister Dr. MERK im Mai 1967 ausdrückte, bei der Entwicklung unserer wichtigsten Belange müssen die Dinge bereits beim Reifen positiv beeinflußt werden. Das zukunftsbetonte Denken oder die Ausschau, welche Wege und Schritte im Gesundheitswesen künftig zu unternehmen sind, ist auch erforderlich, wenn Sie die Ergebnisse Ihrer Beratungen mit Gesundheitspolitikern des Bundes und der übrigen Länder austauschen wollen, wie das der Herr Vorsitzende nach seiner Wiederwahl angekündigt hat.

Als Leitender Medizinalbeamter danke ich Ihnen, daß Sie uns Gelegenheit geben, unter diesen Gesichtspunkten über die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens aus der Sicht des Freistaates Bayern vorzutragen zu können. Ich bin mir dabei bewußt, daß wir vor diesem Zuhörerkreis nicht allen viel Neues bringen können.

Das öffentliche Gesundheitswesen erschöpft sich bekanntlich nicht in wenigen in sich geschlossenen Fragen, sondern erfaßt die verschiedensten Lebensbereiche. Historisch bedingt ist es auch nicht einem, sondern mehreren Geschäftsbereichen zugeteilt. Aus diesem Grunde sind heute auch die Vertreter der Staatsministerien für Arbeit und soziale Fürsorge sowie für Unterricht und Kultus geladen. In späteren Sitzungen werden Sie wohl Gelegenheit haben, Probleme und Fragen der dort ressortierenden Teilgebiete des Gesundheitswesens darstellen zu können. Dem mir gestellten Auftrag glaube ich am besten gerecht werden zu können, wenn ich institutionelle oder gesetzliche Belange unberücksichtigt lasse.

Der Rechtsreferent der Gesundheitsabteilung, Herr Regierungsdirektor Dr. WILHELM, wird sich mit rechtspolitischen Ausführungen anschließen und auf das Verhältnis zwischen Bund und Länder eingehen.

Die Fülle der Probleme und der Aufgaben, die sich einem modernen Gesundheitswesen stellen, gebietet auch mit Rücksicht auf die zur Verfügung stehende Zeit, daß ich Ihre Aufmerksamkeit mehr auf aktuelle und künftige Aufgaben lenke. Da die Gestaltung des öffentlichen Gesundheitswesens oft wenig in den Blickpunkt der Öffentlichkeit gelangt, hielt ich es auch für zweckmäßig, Ihnen eine Zusammenstellung über die gegenwärtigen Verhältnisse, soweit sie zum Geschäftsbereich des Staatsministeriums des Innern gehören, und der in Angriff genommenen Aufgaben als Beitrag zur Bestandsaufnahme auflegen zu lassen. Weitere Einzelheiten können Sie dem Bericht über das bayerische Gesundheitswesen entnehmen, der allen Ratsmitgliedern zugegangen ist.

Wenn ich nun meine Ausführungen mit einigen Bemerkungen zur Gesundheitspolitik beginne, so bitte ich, das dem Angehörigen der Exekutive nicht allzusehr zu verübeln.

Gesundheitspolitik ist in der sogenannten großen Politik gegenüber den alten klassischen Bereichen der praktischen Politik noch verhältnismäßig jung. Abgesehen von den Kommunen, bei denen sie am frühesten und stärksten Resonanz und Verständnis gefunden hat, blieb sie lange Zeit ein nicht oder wenig beachteter Begriff. Daß sie notwendig ist und von einer klaren Konzeption aus einer zügigen Durchführung bedarf, brauche ich in diesem Kreise ebensowenig zu begründen wie die

*) Vorträge anlässlich der 57. Sitzung des Bayerischen Landesgesundheitsrates am 13. 11. 1967

Feststellung, daß sie ein selbständiger Bestandteil unserer modernen Gesellschaftspolitik ist. Als solcher wird die Gesundheitspolitik noch zu wenig gesehen. In der Sozialenquete haben sich gesundheitspolitische Probleme kaum niedergeschlagen. Prominente Politiker des Bundes und der Länder sprechen von sozialen Aufgaben, die an sich der Gesundheitspolitik zuzurechnen sind. Zwischen beiden Bereichen gibt es Übergänge und Überschneidungen. Viele Aufgaben, die als Sozialpolitik begonnen haben, sind heute Gesundheitspolitik, denn im Vordergrund aller Bemühungen steht die Sorge um die Gesundheit, das Wohlbefinden, die Lebens- und Schaffensfreude der Bürger. Ziel der Gesundheitspolitik ist es, die Errungenschaften der Wissenschaft und Technik allen Bürgern zuteil werden zu lassen; sie kann demnach auch nicht für sich allein betrachtet werden. Sie hat vielfach Berührungspunkte mit der Sozial- und Kulturpolitik, sie wirkt ebenso in den Bereich der Wirtschaftspolitik hinein und muß sich mit dem modernen Verkehr auseinandersetzen. So wird heute die gesamte Politik entscheidend von gesundheitlichen Notwendigkeiten mitgeprägt.

Gesundheitspolitik sollte in zwei Richtungen wirksam werden. Die Selbstverantwortung der Bürger für ein gesundheitsbewußtes Leben muß gestärkt werden, hierfür müssen die notwendigen Voraussetzungen geschaffen werden. Diese Bemühungen sind durch kollektive Sicherungen zu ergänzen, weil die Gefahren für die Gesundheit so groß und vielseitig geworden sind, daß der Bürger die damit verbundenen Risiken nicht mehr für sich allein zu bewältigen vermag.

In diesem Zusammenhang erscheint es mir wichtig, ein Thema besonders herauszustellen, weil sich die Gesundheitspolitik an dessen Entwicklung auszurichten hat. Es handelt sich um die Prävention.

Nach dem Niederschlag, den sie in Verlautbarungen der Weltgesundheitsorganisation, der Berufsorganisationen und in den Programmen der Parteien und auch in der „Gesundheitspolitik am Wochenende“ findet, könnte geradezu von einem Zeitalter der Prävention gesprochen werden. Das Thema ist nicht so neu, wie es heute vielfach den Eindruck erwecken könnte. Schon vor 1800 Jahren hat Galen dem Gesunderhalten den Vorrang vor dem Heilen gegeben. Nicht ohne Grund hat Hufeland (1796) die Möglichkeiten der Pockenbekämpfung durch die Impfung als den Ausbruch eines neuen Zeitalters gekennzeichnet, in dem die präventive Medizin wachsende Bedeutung gewinnen wird. Um die Jahrhundertwende wurden präventive Maßnahmen, z. B. die Mütter- und Säuglingsfürsorge, die Schulgesundheitspflege, von privater Initiative und den Kommunen aufgegriffen. Im Jahre 1934 wurden schließlich die Aufgaben der kommunalen Gesundheitsfürsorge mit den staatlichen Aufgaben der sogenannten Sanitätspolizei in dem Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens zusammengeführt. Die Gesundheitsminister der Länder befaßten sich 1957 damit im Rahmen der Neuorientierung der Gesundheitsgesetzgebung und 1966 mit dem Ausbau der Vorsorge. Nicht zuletzt darf ich an die Beratungen im Landesgesundheitsrat, wie z. B. Einführung des Sehtests, der Poliomyelitis-Schluckimpfung, und an die Haushaltsreden der verschiedenen Staatsminister unseres Hauses erinnern. Ich bin weit davon entfernt, die Aktualität und die Bedeutung der Prävention für die Gesundheit unserer Bevölkerung zu

unterschätzen. Aber wenn ich an die Verwirklichung präventiver Aufgaben denke, so läßt sich doch feststellen, daß die Renaissance der Prävention sich mehr oder minder in einer gewissen Präventionsromantik ausdrückt. Im Weitmaßstab hat die Prävention schon die ihr zukommende Bedeutung. In der Bundesrepublik macht die Eingliederung der Sicherung der Gesundheit in die Sicherung der Krankheit nur langsame Fortschritte. Die ersten Schritte der Legislative wurden im Jugendarbeitsschutzgesetz und durch die Einbeziehung der Müttervorsorge in das Mutterschutzgesetz getan. Außer der Müttervorsorge sind noch keine präventiven Maßnahmen von der sozialen Krankenversicherung übernommen. Es gilt also mehr denn je, um zu einem gehaltvolleren präventiven Handeln im Gesundheitswesen zu kommen, das präventive Denken zu verbreiten. Präventive Medizin ist ja kein selbständiges Fach, sondern eine Betrachtungs- oder Denkweise und so eine Frage des Bildungsniveaus, insbesondere also der Ärzte. Sie ist an biologische, soziale und nationale Gegebenheiten gebunden. Sie gewinnt an Bedeutung, weil der Mensch und seine Umwelt sich in ihrem Erleben und in ihrer Reaktionsweise ebenso verändert haben, wie die Krankheiten selbst, die nicht selten ein wesentlich anderes Bild als früher darbieten. Die präventive Medizin ist wie das allgemeine medizinische Weltbild abhängig von den Fortschritten der Medizin und der Naturwissenschaften. Am Anfang jeden Handelns steht deshalb die Erforschung der Verhältnisse, wie sie der Epidemiologie in der Seuchenbekämpfung entspricht. Eine solche Analyse basiert auf Zahlen, Statistiken und vergleichenden Untersuchungen. Die Epidemiologie ist so eine der wichtigsten Instrumente für eine erfolgreiche Prävention geworden. Sie hat eine Bereitschaft zur Meldung und zur Registrierung epidemiologischer Daten zur Voraussetzung. Wenn auch die Forschung die Grundlagen und Verfahren für präventives Vorgehen noch nicht in dem Umfang erarbeiten konnte, wie in der Öffentlichkeit zuweilen der Ausbau der Gesundheitsvorsorge gefordert wird, so besteht doch schon jetzt eine bedrückende Diskrepanz zwischen unserem Wissen und der Nutzenwendung unseres Wissens. Übertriebene Hoffnungen und Fehlinvestitionen, die Gefahren der Prävention, wenn Inhalt und Verfahren nicht richtig sind, lassen sich vermeiden, wenn vorher geprüft wird, was grundsätzlich möglich, sinnvoll, erwünscht und realisierbar ist. Dann wird Vorbeugen nicht nur besser, sondern auch billiger als Heilen, wie das Beispiel der Poliomyelitis-Schluckimpfung sehr schnell zeigte.

Nun noch einige Bemerkungen zu dem Verhältnis von Prävention zu den anderen Teilgebieten der Medizin. Wenn durch den Wandel, den die Volksgesundheit dank der medizinischen Fortschritte erfahren hat, das Vorfeld des herkömmlichen Krankseins, die Prävention immer gewichtiger wird, so bleiben die Diagnostik und die Therapie nach wie vor im Mittelpunkt der ärztlichen Bemühungen. Vom ärztlichen und gesundheitspolitischen Standpunkt müssen sich eine rationell betriebene kurative und präventive Medizin ergänzen. Durch das gesetzlich festgelegte Leistungsrecht in der sozialen Krankenversicherung, das sich bis in die jüngste Zeit auf die Behandlung von Krankheiten beschränkte, hat sich eine Trennung ergeben, die zu besetigen ist. Welche Schwierigkeiten sich ärztlichem Handeln dadurch stellen können, wurde an dem Bei-

spiel der Betreuung werdender Mütter deutlich, die häufig auch dann wahrgenommen wurde, wenn eine Krankheit im Sinne der RVO nicht vorlag. Schwierigkeiten ergaben sich aber auch für die Träger der Krankenkassen. Daß diese dann für eine nicht allzu strenge Innehaltung der Schranken im Rahmen des Möglichen durchaus Verständnis gezeigt haben, muß objektiv festgestellt werden.

Als weiteres Teilgebiet, das sozusagen den Ring gesundheitspolitischer Bemühungen schließt, ist die Rehabilitation zu nennen, die bisher mehr am Rande als im Kern betrieben wird. Rehabilitation ist die bestmögliche Anpassung eines Behinderten oder Geschädigten an die Lebenserfordernisse mit dem Ziel einer sinnvollen Lebenserfüllung. Das muß allen Behinderten, unabhängig vom Lebensalter, Beruf und Geschlecht, soweit das nach ihrer Schädigung durchführbar ist, ermöglicht werden. Rehabilitation kann nur im Zusammenwirken der verschiedensten, auch nichtmedizinischen Gruppen erreicht werden. Neben den Ärzten und ihrem Personal, neben den Psychologen haben die Juristen der Aufgaben- und Leistungsträger, die Pädagogen und zu ihrem Teil die Theologen ihren Platz. An Hilfen sind zu unterscheiden, solche der medizinischen Rehabilitation, die im Rahmen des Krankenhausplanes unterzubringen sind. Solche der schulischen Rehabilitation erfolgen u. a. im Rahmen des Sonderschulgesetzes. Hilfen der beruflichen Rehabilitation obliegen der Rentenversicherung, der Sozialhilfe und der Arbeitsverwaltung. Alle Maßnahmen durchdringen sich, müssen aufeinander abgestimmt und zu einem sinnvollen Ganzen zusammengefügt werden. Besondere Probleme ergeben sich bei Habilitation von Behinderten im Kleinkind- und Vorschulalter.

Die Integration der Prävention, kurativen Medizin und Rehabilitation zeichnet sich immer deutlicher ab; eine Entwicklung, die von allen Verantwortlichen im Gesundheitswesen gesehen und gefördert wird.

Nach diesen Bemerkungen zur kurativen Medizin und Rehabilitation, ohne die mir das Thema nicht abgerundet erscheint, möchte ich endlich den Begriff „Prävention“ näher bestimmen, um nicht Gefahr zu laufen, aneinander vorbeizureden. Treten Probleme auf, so sind zunächst die Begriffe zu klären. Nach den verschiedenen Verlautbarungen, die die Begriffe teilweise noch sehr wechselnd verwenden, lassen sich unter Prävention die Vorsorge, die Vorbeugung und die Gesundheitserziehung verstehen.

Die Vorsorge ist an den Gesunden und den noch oder vermeintlich Gesunden gerichtet. Sie legt das Gewicht auf die Erhaltung und Förderung der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit als Voraussetzung für die Lebens- und Schaffensfreude. Sie erfordert die Untersuchung und die Beratung von Mutter und Kind, beginnend bei der werdenden Mutter, der Schuljugend, wie der Jugend im Beruf. Sie umfaßt die Hygiene im Städtebau, bis in die einzelne Wohnung und den Arbeitsplatz. Sie schließt die Reinhaltung alles dessen ein, was der Mensch in gesunden wie kranken Tagen braucht, die Luft, das Wasser, die Lebensmittel und Bedarfsgegenstände, ebenso wie die Heil- und Arzneimittel.

Die Vorbeugung ist auf die Gefährdeten abgestellt. Sie dient der Früherkennung von Krankheiten, die entweder von den Betroffenen übersehen werden oder bis

dahin subjektiv symptomfrei verlaufen sind. Auf solche Krankheiten wird auch im Rahmen der Vorsorge geachtet. Die Früherkennung von Krankheiten ist nur sinnvoll, wenn sich die Frühbehandlung anschließt und die nachgehende Beratung und Behandlung gesichert ist. Welche Bedeutung einer solchen Früherkennung von Krankheiten zukommt, läßt sich an dem jüngsten Beispiel der Diabetesaktion in der Landeshauptstadt München ersehen, deren Ergebnisse dem Landesgesundheitsrat noch mitgeteilt werden. Ein Beispiel für die Notwendigkeit einer Früherkennung ist auch der hohe Prozentsatz von rd. 10% derjenigen Verkehrsteilnehmer, der sich nicht im Besitze der vollen Sehschärfe befindet.

Ein weiteres Problem, mit dem sich der Landesgesundheitsrat bereits 1956 befaßte und uns in immer stärkerem Maße beschäftigt, ist die Früherkennung von bösartigen Geschwülsten, unter denen der Krebs der weiblichen Genitalorgane eine Sonderstellung einnimmt. Darauf abzielende zytologische Untersuchungen sind zwar möglich, aber die Einführung systematischer Untersuchungen großer Bevölkerungsgruppen wird durch den Mangel an zytotechnischem Personal gehemmt. Nach langen und schwierigen Verhandlungen ist es mit der Landesärztekammer in München möglich geworden, einen ersten Lehrgang für zytotechnische Assistentinnen zu eröffnen. Auf einem anderen Gebiet läßt sich vielleicht schon in absehbarer Zeit mehr tun als bisher geschieht, das ist die Früherkennung von Herz- und Kreislaufkrankheiten, die unter den Todesursachen an erster Stelle stehen. Überhaupt wird die nächste Aufgabe die diagnostische Erfassung des breiten Spektrums der schleichend beginnenden, chronischen Krankheiten sein. Das Ziel der Bemühungen ist in einer umfassenden Untersuchung aller Gefährdeten zu sehen, die die wichtigsten Fragestellungen beantwortet. Maßnahmen für einzelne Krankheiten oder einzelne Organe können nur Schritte in dieser Richtung sein. Der Tragweite einer solchen Ausweitung der Früherkennung bin ich mir durchaus bewußt. Ich bin mir auch im klaren, daß sich dadurch die Krankheitshäufigkeit nicht verringern, sondern das Gegenteil eintreten wird. Je zuverlässiger die Verfahren zur Früherkennung von Krankheiten sind, um so größer dürfte die Zahl der okkulten Erkrankungsfälle werden, die dann zwangsläufig in die kurative Medizin einmünden müssen. Demgegenüber bitte ich, zu überlegen, daß eine früh erkannte Erkrankung zu ihrer Besserung oder Heilung weniger Geldmittel braucht als eine spät festgestellte. Die Kosten für die Behandlung einer früh entdeckten Tuberkulose werden im Durchschnitt mit DM 2000.—, die für eine spät gefundene mit rund DM 20 000.— angegeben. Der Aufwand, den die Tuberkulose in der Bundesrepublik Deutschland verursacht, wird auf jährlich DM 800 bis 900 Mio. geschätzt (davon Rentenversicherungsträger 500, Sozialhilfe 150, Berufsgenossenschaften, Bundesbahn und Bundeswehr mit etwa 150 Mio. DM und mehr). Zum anderen dürfte es mit dem Ausbau der Vorsorge und Früherkennung gelingen, die Frühinvalidität zu verringern. Daß das notwendig ist, betont die seit 1964 steigende Zahl der Frühinvaliden und die Tatsache, daß mehr als 65% aller Arbeitnehmer Rentner werden, bevor sie die Altersgrenze erreichen.

Alle Bemühungen um die Vorsorge und die Vorbeugung haben eine umfassende Gesundheitserziehung oder ge-

sundheitliche Belehrung der Bevölkerung oder Gesundheitsbildung zur Voraussetzung. Sie wird so zur wichtigsten Aufgabe und ein integrierender Bestandteil der Prävention. Gesundheitserzieherische Maßnahmen haben zum Ziel, beim Bürger durch Aufklärung, Belehrung und Beeinflussung Verhaltensweisen zu erreichen, die der Erhaltung seiner Gesundheit dienen. Daß die Bevölkerung Informationen auch wünscht, daß sie dafür durchaus ansprechbar ist, zeigen die demoskopischen Umfragen und nicht zuletzt die auflagesteigernde „Gesundheitsmasche“ einer bestimmten Presse. Auch die erfolgreichen Schluckimpfungsaktionen gegen Poliomyelitis beweisen das, denn ohne entsprechende Propaganda, in Bayern zum ersten Male unter Beteiligung einer Werbefirma durchgeführt, wäre die hohe Beteiligung der Bevölkerung nicht erreicht worden. Das Beispiel zeigt aber auch, wie schwer es ist, erfolgreiche gesundheitserzieherische Aktionen kontinuierlich durchzuführen, besonders wenn das persönliche Erlebnis der Krankheit allmählich schwindet.

Die gesamte Problematik der gesundheitserzieherischen Bemühungen spiegelt sich in dem Wort Goethes:

„Wir könnten erzogene Kinder gebären,
wenn die Eltern erzogen wären.“

Es zeigt aber auch, wo die Bemühungen um eine bessere Gesundheitsbildung anzusetzen sind. Entsprechende Arbeitsfelder sind die Familie, die vorschulischen Einrichtungen, die Schule und die Öffentlichkeit. Im Vorschul- und Schulalter sind, wie allgemein in der Erziehung, nur durch Vorbild und Beispiel gesundheitsfördernde Gewohnheiten zu erreichen. Zur Gesundheitserziehung der Jugend gehören zunächst thematische und methodische Unterweisung und Anleitung der mit der Erziehung der Jugend befaßten Personen, die Eingliederung der Gesundheitserziehung in die Bildungspläne der Kindergärtnerinnen, der Lehrer, auch der in der Berufsausbildung Tätigen, um nur die wichtigsten zu nennen, die systematische Fortbildung derselben und die Belieferung mit entsprechenden Unterlagen. Bei der gesundheitlichen Volksbildung der Erwachsenen spielen gesundheitliche Motive als Beweggründe, welche eine Aktivität hervorrufen zwar eine größere, wenn auch nicht ausschließliche Rolle. Die wirtschaftliche und soziale Sicherung, der Sozialstatus und das Selbstgefühl des einzelnen können für gesundheitsbewußtes Handeln mitbestimmend sein. Bei der heranwachsenden Jugend können es die Auseinandersetzungen mit der Umwelt, dem anderen Geschlecht, die Berufswahl u. ä. sein. Für alle Lebensabschnitte wird der entscheidende Meinungsbildner der Arzt sein.

Wenn wir nach unserer freiheitlichen Gesellschaftsordnung der Eigenverantwortung des Bürgers für seine Gesundheit und für die Gesundheit der Allgemeinheit das Wort sprechen, so müssen wir ihm das Wissen vermitteln, denn verantwortungsvoll handeln kann nur der Wissende. Es gilt also, die große Bedeutung der Gesundheitspolitik und vor allem der präventiven Medizin in das Bewußtsein der Bevölkerung zu bringen und sie auch darin aufzuklären, daß die Gesundheitspolitik als eine humanitäre Aufgabe eng mit der Wissenschaft und ebenso mit der Wirtschaft verbunden ist.

Nach dieser Darstellung von Leitgedanken, die m. E. geeignet sind, um zu einer Gesamtkonzeption für die Weiterentwicklung gesundheitspolitischer Handelns zu

kommen, möchte ich Ihnen über die vorliegenden Zusammenstellungen in der Form eines A bis Z im Gesundheitswesen hinaus, aufzeigen, welche Wege und Schritte bereits in dieser Richtung unternommen wurden. Dabei bitte ich auch zu berücksichtigen, daß die angespannte Haushaltslage mehr denn je zwingt, einzelne Aufgaben mit Vorrang zu behandeln.

Die Schutzimpfungen, wohl das Schulbeispiel für eine klassische und klare Vorsorge, werden weiterhin den Bedürfnissen des Seuchenschutzes angepaßt. Die Bayerische Landesimpfanstalt wird in nächster Zeit auf die routinemäßige Herstellung von Trockenimpfstoff gegen Pocken übergehen. Unter Hinweis auf eine Fernsehsendung möchte ich hier einschalten, daß von dieser Anstalt nur ein Impfstoff versandt wird, der auch den internationalen Anforderungen entspricht. Zur Schluckimpfung gegen Poliomyelitis werden die seit der ersten Großaktion nachgeborenen Kinder jährlich aufgefordert. Das geschieht durch gesonderte persönliche Schreiben des Herrn Staatsministers an die Eltern, durch Merkblätter, Plakate und durch das Werbefernsehen. Die Notwendigkeit einer Wiederholungsimpfung der gesamten Bevölkerung ist wissenschaftlich zwar noch nicht begründet, doch ist vorgesehen, um den Impfschutz aufrechtzuerhalten, ab nächstem Jahre die Wiederimpfung den 10jährigen Kindern anzubieten.

Bei den Infektionskrankheiten ergeben sich besondere Probleme bei der Bekämpfung der epidemischen Gelbsucht, weil der Erreger, ein Virus, noch nicht darstellbar ist. Die kostenlose Verabreichung von Gamma-Globulin, zum erstenmal in Bayern eingesetzt, hat sich bei Epidemien in Gemeinschaftseinrichtungen bewährt. Bei der Paratyphus-Epidemie im Sommer des Jahres in Schwaben wurden neue Wege in der Weise versucht, als ein oraler Impfstoff der gefährdeten Bevölkerung angeboten wurde, von dem sie reichlich Gebrauch gemacht hat. Mit welchem Erfolg das geschah, wird zur Zeit überprüft. Daß wir in jeder Beziehung auch gegen Pocken gerüstet sind, hat die Einschleppung in Regensburg bewiesen. Den zuständigen Behörden wurden unter Verwertung der dort gemachten Erfahrungen Richtlinien zur Bekämpfung der Pocken übermittelt. Der sogenannte Pockenalarmplan wird anläßlich der Einweihung einer Pockenstation am 21. 11. 1967 in Ansbach durchgespielt. Dort haben die Bezirke Mittel- und Oberfranken in anerkennenswerter Weise eine vorbildliche Einrichtung geschaffen.

Besondere Aufmerksamkeit gilt dem Verkehr mit Lebensmitteln und Bedarfsgegenständen. Um ihn zu intensivieren und den modernen wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechend durchführen zu können, wurden für bestimmte Gebiete der Analytik Schwerpunkte gebildet. Im einzelnen wurden übertragen

- a) die Untersuchung von Wein den Staatlich-Chemischen Untersuchungsanstalten München und Würzburg
- b) die Untersuchung von Bedarfsgegenständen aus Kunststoffen und Porzellan der Staatlich-Chemischen Untersuchungsanstalt Eriangen
- c) die Untersuchung von Arzneimitteln und von Lebensmitteln auf Radionuklide sowie von Tabak, tabakhaltigen und tabakähnlichen Erzeugnissen der Staatlich-Chemischen Untersuchungsanstalt München
- d) die Untersuchung von Lebensmitteln auf Rückstände von landwirtschaftlichen Hilfsstoffen der Staatlich-Chemischen Untersuchungsanstalt Augsburg.

Um Überschneidungen bei der Untersuchung von Lebensmitteln tierischer Herkunft durch die chemischen und veterinären Untersuchungsanstalten zu vermeiden, wird die Zusammenarbeit zwischen Lebensmittelchemikern und Veterinären noch enger gestaltet.

Es ist gelungen, den meisten Infektionskrankheiten durch Schutzimpfungen ihren Schrecken zu nehmen, die Mütter- und Säuglingssterblichkeit durch eingehende Aufklärung und ständige Beratung der Bevölkerung auf ein Minimum zu senken.

Mit den schon erwähnten regelmäßigen, ärztlichen Müttervorsorgeuntersuchungen wird es möglich sein, die mit erhöhten Risiken für das Leben oder die Gesundheit von Mutter und Kind belasteten Geburten rechtzeitig einer fachgemäßen Betreuung zuzuführen. Eine weitere Senkung der Säuglingssterblichkeit ist nur durch eine Senkung der Neugeborenensterblichkeit zu erreichen. Das verlangt einen Ausbau der klinischen, auch operativen Geburtshilfe, die heute risikoärmer ist als früher, im Rahmen des Krankenhausplanes; eine Betreuung der Neugeborenen durch Ärzte oder Fachärzte, also eine engere Zusammenarbeit zwischen Geburtshelfern und Kinderärzten, besonders bei den sogenannten Problemkindern, also den Neugeborenen nach komplizierten Entbindungen. Die Untersuchung der Neugeborenen auf vorgeburtliche oder angeborene Störungen und Schädigungen ist noch zu sehr der Initiative einzelner überlassen. Die gesetzliche Regelung der Müttervorsorge in der RVO wäre ein Vorbild hierfür.

Da im Neugeborenen- und Säuglingsalter durch die biologische Entwicklung oft natürliche Grenzen gesetzt sind, zieht sich die Früherfassung der Behinderten (z. B. Spastiker, Hör-, Sprach- und Sehbehinderte) bis in das Schulalter hin. In Modelluntersuchungen werden Mittel und Wege für ein breiteres Vorgehen gesucht. Die Gesundheitsämter werden mit Seh- und Hörtestgeräten ausgestattet, die Untersuchung der Schulanfänger wurde vorverlegt. Die frühen Schulreifeuntersuchungen kommen auch einem flexiblen Einschulungsalter entgegen, mit dem sich die letzte Kultusministerkonferenz befaßt hat. In einer Physikersarbeit wurden Vorarbeiten für eine einheitliche Schulgesundheitsstatistik geleistet. Einheitliche Richtlinien für Ärzte mit Tabellen für Fehler und Krankheitsgruppen sollen die Grundlagen liefern, damit fehlerhafte Entwicklungen des Gesundheitszustandes der Jugend vom frühen Kindesalter über die Schulzeit bis zum Eintritt in das Berufsleben, in die Hochschule oder in die Bundeswehr rechtzeitig erkannt werden.

Im Zusammenhang mit der Früherfassung von Behinderten wird oft die Frage einer Meldepflicht diskutiert. Zwang oder Einsicht ist jedoch eine Stilfrage der Demokratie. Einer Meldepflicht könnte nur dann das Wort gesprochen werden, wenn sie einen Behandlungszwang zur Folge hätte. Daran denkt jedoch niemand. Die Vertreter Bayerns haben sich auf einer Gesundheitsminister-Konferenz als einzige gegen die Einführung einer solchen Meldepflicht gewandt, weil sie der individuellen Gesundheitshilfe und nicht dem Schutze der Allgemeinheit dient. Wenn die Möglichkeiten der sozialen Hilfen, die als Gesundheitshilfen von der Bevölkerung vielleicht besser angenommen würden, allen bekannt sind, die sich mit der Betreuung der Jugend befassen, werden sie auch ausgeschöpft, und eine Meldepflicht erübrigt sich.

Anmeldung zum Medizinstudium

Es wird darauf aufmerksam gemacht, daß die Bewerbungsfrist für das Medizinstudium für das Sommersemester 1968 am 31. Januar 1968 abläuft. Studienanfänger können sich in Bayern bewerben für die Medizinischen Fakultäten der Universitäten Erlangen-Nürnberg, München und Würzburg (über Zentrale Registrierstelle Hamburg!).

An die Fakultät für Medizin der Technischen Hochschule München können Anmeldungen für das 1. und 2. klinische Semester direkt gerichtet werden.

Anschrift: Technische Hochschule München, Studenten- und Prüfungskanzlei, 8000 München 2, Arcisstraße 21

Anmeldeschluß: 1. März 1968

Von den gezielten Vorsorgeuntersuchungen sind die auf Phenylketonurie und Diabetes zu nennen, die nach den Erfahrungen in Modellen im Rahmen des Möglichen nun eine breitere Anwendung finden.

Wenn ich nun zum Schluß komme, so war ich mir von Anfang an bewußt, daß ich heute das komplexe Thema über das öffentliche Gesundheitswesen nicht einmal erfassen, geschweige durchleuchten oder aufbereiten kann. So habe ich es bewußt unterlassen, andere, nicht minder wichtige Aufgaben, wie z. B. das Krankenhauswesen, zu behandeln: daß wir uns mit den Bezirken um eine Neuorientierung im psychiatrischen Krankenhauswesen bemühen, sei in diesem Zusammenhang nur am Rande erwähnt. Andererseits habe ich versucht, Ihnen in etwa eine Gesamtschau zu vermitteln, wie sie die Volksgesundheit als unteilbare Aufgabe erfordert. Die angesprochenen Leitgedanken und Ansatzpunkte aus der Vielzahl der Tätigkeiten des Gesundheitswesens erscheinen mir als Grundlage für Ihr weiteres Vorgehen wichtig.

Wenn Sie meine Ausführungen, bei denen auch aus zeitlichen Gründen die Belange der Humanmedizin im Vordergrund standen, durch solche aus der Veterinärmedizin und solche aus den bei anderen Geschäftsbereichen ressortierenden Teilgebieten des Gesundheitswesens ergänzen lassen, wird Ihnen ein Ordnen und ein gegenseitiges Abstimmen möglich sein, um Vorschläge für eine Weiterentwicklung der Gesundheitspolitik zu unterbreiten. Sie werden mir aber schon jetzt beipflichten, daß Maßnahmen im Gesamtbereich des Gesundheitswesens in einem größeren Zusammenhang zu sehen sind. Das erscheint sowohl aus wissenschaftlichen als auch aus organisatorischen Gründen und nicht zuletzt aus Überlegungen notwendig, wie die Mittel aufzubringen sind und wer sie zu tragen hat. Die Zusammensetzung dieses gesundheitspolitischen Gremiums bietet die Gewähr, daß auch solche Fragen in Ihre Beratungen einbezogen werden. In diesem Sinne erlaube ich mir, Ihren Beratungen auch in dieser Legislaturperiode einen vollen Erfolg zu wünschen.

B)

Meine Aufgabe ist es, die Ausführungen von Herrn Ministerialdirigent Dr. HEIN durch einige das Gesundheitswesen betreffende juristische Aspekte zu ergänzen. Ihren Interessen und der Funktion des Landesgesundheitsrates als gesundheitspolitischem Gremium glaube ich dabei am besten gerecht zu werden, wenn ich mehr rechtspolitische als rechtliche Erwägungen in den Vordergrund meiner Betrachtungen stelle. Dazu muß ich allerdings um Ihre Erlaubnis bitten, das Thema, das auf der Einladung zu dieser Sitzung angegeben ist, etwas abzuwandeln und einzugrenzen. Es geht mir ganz allgemein darum, einige rechtspolitische Grundanschauungen und Grundentscheidungen darzulegen, von denen die Arbeit der Gesundheitsabteilung im Staatsministerium des Innern getragen ist. Diese Grundanschauungen lassen sich im wesentlichen auf drei Fragestellungen zurückführen:

1. Wie sind die Aufgaben der öffentlichen Gesundheitsverwaltung von der Tätigkeit der freien Heilberufe, insbesondere der Ärzte und Zahnärzte abzugrenzen?
2. Inwieweit müssen oder sollen zur Verwirklichung gesundheitspolitischer Ziele gesetzliche Vorschriften erlassen werden?
3. Auf welcher Ebene unserer bundesstaatlichen Ordnung soll künftig die Kompetenz für gesundheitspolitische Entscheidungen und ihre Verwirklichung liegen, mit anderen Worten: inwieweit soll der Bund und inwieweit sollen die Länder in Zukunft für die Gesetzgebung und den Gesetzesvollzug auf dem Gebiet des Gesundheitswesens zuständig sein?

Alle drei Komplexe stehen in enger Wechselbeziehung zueinander. Bei ihrer Erörterung läßt es sich nicht vermeiden, in erster Linie Bundesrecht anzusprechen. Landesrecht spielt nur in bestimmten Teilbereichen eine größere Rolle. Was nun die erste Fragestellung betrifft, so hat das Staatsministerium des Innern seine Auffassung bereits seit Jahren immer wieder deutlich ausgesprochen. Ich kann mich daher — um nicht längst selbstverständlich Gewordenes aufzuwärmen — im wesentlichen darauf beschränken, diesen Standpunkt noch einmal zusammenzufassen:

Die öffentliche Gesundheitsverwaltung muß überall da tätig werden, wo im Interesse und zum Schutz der Allgemeinheit befehlend und ordnend eingegriffen, also Hoheitsgewalt ausgeübt werden muß. Auf dem Gebiet der reinen Daseinsvorsorge soll sie sich dagegen auf die im Interesse der Volksgesundheit liegenden Aufgaben beschränken, deren Wahrnehmung die freien Heilberufe überfordert, oder deren sich diese Berufe nicht oder noch nicht in dem gebotenen Maße annehmen. Wo die Grenze zu ziehen ist, ist im Einzelfall oft nicht leicht zu entscheiden. Die Entscheidung wird maßgebend beeinflußt und bestimmt von der Grundeinstellung zum Verhältnis zwischen Staat und Staatsbürger, die man also ganz allgemein, um mit Wilhelm von Humboldt zu sprechen, über die „Grenzen der Wirksamkeit des Staates“ hat. Es nimmt so nicht Wunder, daß hierüber tiefgreifende Meinungsverschiedenheiten bestehen. Sie beziehen sich nicht nur auf das weite Feld der Prävention, also der vorbeugenden Gesundheitspflege und der Früherkennung von Krankheiten, sondern reichen bis zu dem nach der Sache und auch traditionell der Gesundheitsverwaltung zugeordneten Gebiet der Verhütung und Bekämpfung übertragbarer

Krankheiten — man denke etwa an das nicht nur aus verfassungsrechtlichen Gründen umstrittene Gesetz über Röntgenreihenuntersuchungen oder neuerdings an die ebenfalls umstrittene Ausdehnung der Meldepflicht für Geschlechtskrankheiten.

Die Gesundheitsverwaltung ist in ihrer Tätigkeit um so beweglicher, kann sich vor allem auch um so mehr auf ein Mindestmaß beschränken, je weniger sie durch Rechtsvorschriften gebunden und gehalten ist, selbst tätig zu werden. Wer dafür eintritt, daß mehr und mehr Aufgaben im Gesundheitswesen gesetzlich geregelt werden und dabei dem Staat die Last der Finanzierung auferlegt wird, muß wissen, daß er damit gleichzeitig die Tendenz unterstützt, die Tätigkeit der Gesundheitsverwaltung auf Bereiche auszudehnen, die herkömmlicherweise den freien Heilberufen vorbehalten sind. Das sollte sich jeder vor Augen halten, der für ein Jugendzahnpflegegesetz oder ähnliche Vorsorgegesetze ist, wie sie auf Bundesebene konzipiert wurden.

Es kann freilich auch einmal notwendig sein, geeignete gesetzliche Maßnahmen zu fordern, um für die freien Heilberufe überhaupt den Anreiz zu geben und die Möglichkeit zu schaffen, sich neuen, ihrem Beruf gemäßen Aufgaben zu widmen und sie dem öffentlichen Gesundheitsdienst abzunehmen. Vor dieser Situation und Entscheidung stehen wir heute, wie jeder von ihnen weiß, vor allem auf dem Gebiete der Gesundheitsvorsorge. Es geht hier nicht eigentlich und allein darum, wer die finanziellen Lasten für solche Vorsorgeuntersuchungen zu tragen hat — das wäre allzu vordergründig —, sondern letztlich um die Struktur des Gesundheitswesens überhaupt. Wenn wir fordern und erwarten, daß die Durchführung der nach medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnis notwendigen Vorsorgeuntersuchungen zu einer Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen erklärt wird, dann steht der Gedanke dahinter, daß die individuelle Gesundheitsvorsorge ebensowenig wie die Heilbehandlung Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes, sondern vielmehr der Ärzteschaft ist.

Inzwischen bin ich längst beim zweiten Thema angelangt, der Frage nämlich, inwieweit auf dem Gebiete des Gesundheitswesens Gesetze notwendig und erwünscht sind. Es mag Sie überraschen, daß sich ausgerechnet ein Vertreter der sogenannten Ministerialbürokratie zu dem Grundsatz bekennt: so wenig Gesetze wie möglich, nicht mehr Gesetze als nötig. Das ist sicherlich keine fundamentale Neuerkenntnis, sondern eine ganz simple Selbstverständlichkeit, die allerdings — wie manches andere Selbstverständliche — gelegentlich in Vergessenheit zu geraten droht. Die nie verstummenden Klagen über die unaufhaltsame, verwirrende Gesetzesflut haben jedenfalls auch für bestimmte Bereiche des Gesundheitswesens ihre Berechtigung. Immerhin läßt sich nicht leugnen, daß wenigstens auf Landesebene in den letzten Jahren eine bemerkenswerte Zurückhaltung in der Gesetzgebung auf gesundheitspolitischem Gebiete zu beobachten war. Der Schwerpunkt der Gesundheitsgesetzgebung und rechtspolitischen Aktivität im Gesundheitswesen liegt „jedenfalls statistisch gesehen“ schon jetzt ganz eindeutig beim Bund, nicht bei den Ländern. Man kann im wesentlichen für die Gesetzgebung im Gesundheitswesen drei Gruppen unterscheiden — selbstverständlich ließen sich auch andere Einteilungen finden:

Die erste, am wenigsten problematische Gruppe umfaßt die — vorwiegend landesgesetzlichen — Normen, die die Organisation der Gesundheitsverwaltung im weitesten Sinne festlegen und insbesondere die örtliche und sachliche Zuständigkeit der Behörden innerhalb dieser Verwaltung bestimmen. Nach der gegebenen Verfassungslage kann das — wenigstens soweit die Organisations- und Zuständigkeitsregelungen nach außen wirken — nur durch gesetzliche Vorschriften geschehen. Auf einigen Teilgebieten des Gesundheitswesens wird in absehbarer Zeit eine Neuordnung der Zuständigkeiten vorgenommen werden müssen. Das gilt insbesondere für den Vollzug der lebensmittelrechtlichen Vorschriften und den Vollzug des Fleischbeschaugesetzes. Nicht zuletzt werden sich auch aus der angekündigten Gebiets- und Verwaltungsreform weitreichende Folgerungen für die Organisation der Gesundheitsverwaltung ergeben.

Im Gegensatz zu der ersten enthalten die beiden anderen Gesetzesgruppen das eigentliche Gesundheitsrecht, also die materiellen Regelungen, in denen Rechte und Pflichten für den einzelnen oder für die öffentliche Hand festgelegt sind.

An erster Stelle sind jene Vorschriften zu nennen, die dem Schutz der Bevölkerung vor drohenden gesundheitlichen Gefahren dienen und daher Gebote oder Verbote entweder unmittelbar aussprechen oder aber die zuständigen Behörden hierzu ermächtigen. Es handelt sich um den großen Bereich der Gesundheitsgesetzgebung, die dem besonderen Sicherheitsrecht angehört, „der Gesundheitspolizei“ im früheren Sprachgebrauch. Sie erstreckt sich vom Human- und Viehseuchenrecht über das seit einigen Jahren im Mittelpunkt besonderer gesetzgeberischer Aktivität stehende Lebensmittelrecht bis zum Arzneimittelrecht. Dazu muß man aber auch noch die Vorschriften auf dem Gebiete der sogenannten Umwelthygiene und all jene Bestimmungen des Sicherheitsrechts zählen, die ebenfalls dazu bestimmt sind, abstrakte oder konkrete Gefahren für die menschliche Gesundheit abzuwehren, wie sie insbesondere im Bau- und Wasserrecht enthalten sind.

Auf diesen Gebieten sind Gesetze unumgänglich. In jedem Falle müssen sie der Verwaltung ein ausreichendes Instrumentarium zur Verfügung stellen, um die Aufgabe, die Allgemeinheit vor gesundheitlichen Gefahren zu schützen und eingetretene Störungen zu beseitigen, wirksam und zügig erfüllen zu können. Hierzu bedarf es eines lückenlosen Systems von Gebots- und Verbotsnormen und Eingriffsermächtigungen. Mißtrauen und Zurückhaltung des Gesetzgebers gegenüber der Verwaltung ist hier im Interesse des Schutzes der Allgemeinheit am wenigsten am Platz. Gerade in bezug auf die der Verwaltung zur Verfügung stehenden Handhaben und Befugnisse sind aber noch eine Reihe berechtigter Wünsche offen. Die Vielfältigkeit der Situationen, denen sich die Gesundheitsverwaltung gegenübergestellt sehen kann, ist für den Gesetzgeber häufig nicht voraussehbar. Mit eng begrenzten gesetzlichen Einzelermächtigungen ist daher ein ausreichender Schutz der Bevölkerung nicht immer gewährleistet. Wenn z. B. erst in jüngster Zeit — zu Recht oder zu Unrecht sei dahingestellt — darüber geklagt worden ist, daß zu wenig getan werde, um die Anwendung fragwürdiger Krebsheilmittel zu unterbinden, so kann man daraus keinesfalls der Gesundheitsverwal-

tung einen Vorwurf machen, weil offenbar das Arzneimittelrecht selbst unzureichende Vorsorge getroffen hat. Ähnlich liegen die Dinge im Seuchenrecht. Unsere rechtsstaatliche Verwaltung hat Recht und Gesetz strikte zu beachten, kann und darf Dritten also nicht mehr Verpflichtungen auferlegen, als das Gesetz zuläßt. Wenn man allen denkbaren Gegebenheiten und Bedürfnissen Rechnung tragen will, kann man also ohne Generalklauseln und ohne an den Vorbehalt der Erlaubnis geknüpfte allgemeine Verbote nicht auskommen.

Soweit es sich dagegen nicht um unmittelbare Gefahrenabwehr handelt, sollte man Gesetzesvorhaben im Gesundheitswesen, durch die Rechte oder Verpflichtungen des einzelnen oder der öffentlichen Hand neu geschaffen werden sollen, kritisch gegenüberstehen und ihre Notwendigkeit nach Gegenstand, Inhalt und Umfang einer genauen Überprüfung unterziehen. Zu dieser dritten Gruppe möchte ich vor allem die Gesetzgebung über die Heilberufe und Heilhilfsberufe, die Gesetzesvorhaben über Gesundheitsfür- und -vorsorge, die Bekämpfung anderer als übertragbarer Krankheiten, die Rehabilitation und nicht zuletzt auch die zur Zeit auf vielen Ebenen diskutierte gesetzliche Fixierung der Krankenhausfinanzierung außerhalb der sozialen Krankenversicherung in Form einer Gemeinschaftsaufgabe von Bund und Ländern zählen.

Niemand wird ernstlich das dringende Bedürfnis für eine gesetzliche Regelung der Ausbildung und Zulassung zu einem Heilberuf in Zweifel ziehen wollen. Die Angehörigen dieser Berufe tragen die Verantwortung für die Gesunderhaltung der Bevölkerung sowie ihre ausreichende und den modernen wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechende Versorgung im Krankheitsfall. Wenn man aber darangeht, die Ausbildung dieser Berufe gesetzlich neu zu ordnen, wie das z. B. zur Zeit für die ärztliche und pharmazeutische Ausbildung geschieht, dann muß man sich darüber im klaren sein, daß diese Neuordnung nur dann sinnvoll ist, wenn auch die tatsächlichen Voraussetzungen für die erfolgreiche Verwirklichung der zugrunde liegenden Zielsetzungen geschaffen werden können. Damit solche Rechtsvorschriften nicht leer laufen, muß der Boden für sie auch in den Bereichen vorbereitet sein, auf die unmittelbar einzuwirken ihnen von vorneherein versagt ist. Solien also die Erwartungen, die man an eine neue Bestallungsordnung für Ärzte oder die Bundes-Apothekerordnung knüpft, erfüllt werden, wird gleichzeitig eine grundlegende Reform des Hochschulbetriebes durchgeführt werden müssen. Das ist nicht Sache des Bundesgesetzgebers, sondern Sache der Länder, die diese Aufgabe mit aller Energie angehen und auch vor Experimenten nicht zurückschrecken sollten.

Die Problematik der Gesetzgebung über Heilhilfsberufe liegt auf anderem Gebiete. Das Grundgesetz gibt dem Bund, wie bei den Heilberufen, die Befugnis zur konkurrierenden Gesetzgebung für die Zulassung zu Heilhilfsberufen. Soweit der Bund von dieser Befugnis keinen Gebrauch macht, können die Länder gesetzgeberisch tätig werden. Das sollte aber nur geschehen, wenn und soweit eine solche Regelung im wohlverstandenen Interesse des Gemeinwohles unbedingt geboten ist. Ein öffentliches Interesse an einer qualifizierten Ausbildung läßt sich zwar auch hier nicht verkennen. Das bedeutet aber noch nicht, daß die Vor-

bildungsvoraussetzungen und der Ausbildungsgang bis in alle Einzelheiten gesetzlich festgelegt werden müssen, wie das z. B. für das Krankenpflegepersonal, die medizinisch-technischen Assistentinnen, die Masseure und Krankengymnasten bereits geschehen ist und künftig für sogenannte pharmazeutisch-technische Assistenten und andere Heilhilfsberufe, wie etwa Beschäftigungstherapeuten, Diätassistenten, Logopäden oder Orthoptistinnen, ja sogar für die medizinischen Fußpfleger vorgesehen oder vorgeschlagen ist. Wenn man von einem allgemeinen Hang zur perfektionistischen staatlichen Reglementierung sprechen kann, dann ist es sicher auf diesem Gebiet. Dabei stehen vielfach handgreifliche Interessen der betreffenden Berufsgruppen an einer gesellschaftlichen oder beruflichen, insbesondere tariflichen „Aufwertung“ im Vordergrund. Darauf deutet schon hin, daß im allgemeinen diese Berufsgruppen selbst — im Widerspruch zu ihrer sonstigen betont freiheitlichen Grundeinstellung —, nicht aber die öffentliche Hand eine gesetzliche Gleichschaltung fordern. Ich kann in diesem Zusammenhang nicht der berechtigten Frage nachgehen, ob die durch solche Gesetze und unter solchen Voraussetzungen vorgenommene Einschränkung der Berufsfreiheit überhaupt mit Art. 12 des Grundgesetzes zu vereinbaren ist. Wenn sich diese Tendenz fortsetzt, werden wir, jedenfalls in absehbarer Zeit, eine Fülle von im wesentlichen gleichlautenden Gesetzen und Ausbildungs- und Prüfungsvorschriften haben, die von Gleichförmigkeit sowie überholtem Zunftdenken geprägt sind. Das wäre sogar noch hinzunehmen, wenn nicht die Gefahr bestünde, daß die notwendigerweise unbeweglichen gesetzlichen Regelungen durch die Entwicklung der Berufsbilder überrollt würde. Eine gesetzliche Fixierung kann in diesen durch Fortschritte in Wissenschaft und Technik oder soziologische Verhältnisse verursachten Entwicklungsgang nur störend eingreifen, wie das geltende Gesetz über medizinisch-technische Assistentinnen mit aller Deutlichkeit gezeigt hat. Es ist ferner verfehlt, andere geeignete Ausbildungswege von vorneherein auszuschließen, zumal, wenn es sich um Mangelberufe handelt. Die Bedeutung der schulischen Ausbildung wird außerdem in diesen Berufen zum Teil überbewertet. In der Regel können den Angehörigen der Heilhilfsberufe verantwortungsvolle Arbeiten ohnehin erst anvertraut werden, wenn sie sich in der beruflichen Tätigkeit bewährt und entsprechende praktische Erfahrungen und Spezialkenntnisse gesammelt haben.

Unsere Meinung läßt sich wie folgt zusammenfassen: Weil den Heilhilfsberufen im allgemeinen eine selbständige Tätigkeit versagt bleiben muß, sie vielmehr grundsätzlich nur in Verantwortung und unter Aufsicht des Arztes, des Zahnarztes oder des Apothekers tätig werden können, sollte man es auch diesen Berufsgruppen überlassen, selbst für die Heranbildung von qualifizierten Hilfskräften zu sorgen. Daß das mit Erfolg in der Vergangenheit geschehen ist und noch geschieht, spricht für die vertretene Auffassung. Der staatliche Einfluß auf die Errichtung und den Betrieb entsprechender Ausbildungsstätten ist im übrigen nach Landesrecht überall ausreichend gewährleistet.

Was nun die Gesetzgebung auf dem Gebiete der individuellen Gesundheitsvorsorge, der Bekämpfung anderer als übertragbarer Krankheiten und der Rehabilitation betrifft, so kann man sich mit Recht fragen, was

durch eine gesetzliche Regelung überhaupt bezweckt und erreicht werden soll. Art und Umfang der vorzunehmenden Untersuchungen und sonstigen Verrichtungen richten sich allein nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Erkenntnisse. Sie entziehen sich daher von vorneherein aus der Natur der Sache heraus einer konstitutiven Festlegung im Gesetzeswege. Als denkbarer Inhalt käme allenfalls in Betracht, daß dem Bürger auferlegt wird, sich diesen Untersuchungen und Maßnahmen zu unterziehen, oder daß die öffentliche Hand verpflichtet wird, für die Durchführung zu sorgen und die dabei entstehenden Kosten zu tragen. Beidem muß man aus grundsätzlichen Erwägungen mit starken Vorbehalten gegenüberstehen. Auf den erwähnten Gebieten soll und darf der Staat nicht gegenüber dem einzelnen befehlend tätig werden. Auch eine von besten Absichten getragene staatliche Zwangsfür- und -vorsorge findet ihre Grenzen in der freiheitlichen Verfassungsordnung unseres Staatswesens. Die hier dem Gesetzgeber gezogenen Schranken hat das Bundesverfassungsgericht erst kürzlich in seiner Entscheidung zu § 73 des Bundessozialhilfegesetzes deutlich aufgezeigt. Die öffentliche Hand kann hier dem einzelnen — soweit es nicht gleichzeitig um den Schutz der Allgemeinheit geht — nicht die eigene Verantwortung abnehmen. Der einzelne muß in der Entscheidung über seine Gesundheit und seine Krankheit, seine Lebensweise also, frei sein und bleiben. Das einzige, was die öffentliche Hand tun kann und natürlich auch soll, ist, die Menschen über die Bedeutung ihres Tuns oder Unterlassens in geeigneter Weise und eindringlich aufzuklären und ihnen so ihre Verantwortung bewußt zu machen. Dazu bedarf es aber keines Gesetzes, sondern lediglich der Bereitstellung ausreichender Mittel im Haushalt zur Intensivierung der gesundheitlichen Volksbelehrung.

Man kann ferner nicht genug davor warnen, Verpflichtungen des Staates, vor allem solche finanzieller Natur, auf dem Gebiete der Daseinsvorsorge im allgemeinen und der Gesundheitspflege im besonderen zu begründen. Solange noch unsere Verfassungsgerichte und ein Teil der Rechtslehre davon ausgehen, daß für die sogenannte Leistungsverwaltung der verfassungsrechtliche materielle Gesetzesvorbehalt nicht gilt, sollte man sich die dadurch eingeräumte politische Entscheidungsfreiheit bewahren. Das liegt vornehmlich auch im Interesse des Parlaments, weil die mit dem Etatbewilligungsrecht verbundene Möglichkeit, politische Akzente zu setzen und den jeweiligen Erfordernissen entsprechend Prioritäten festzulegen, desto größer ist, je weniger die zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel durch Pflichtaufgaben blockiert sind. Aus der Verantwortung für die Gesamtsituation und die Gesamtaufgaben des Staates sollte man Tendenzen zu einer Vergesetzlichung öffentlicher Aufgaben und damit zur Schaffung immer neuer „fiskalischer Bleiklotze“, wie sie in bestimmten Teilbereichen der Verwaltung, insbesondere im Schulwesen, zu beobachten sind, für das Gesundheitswesen nicht das Wort reden.

Neben diese haushaltsrechtlichen und finanzpolitischen Argumente treten aber noch wichtige rechtssystematische und verwaltungstechnische Gesichtspunkte. Wenn wir die Gesetzesvorhaben auf dem Gebiete der Gesundheitsvorsorge und der Krankenhausfinanzierung, die im Gespräch waren oder noch sind, genau unter die Lupe nehmen, stellen wir nämlich fest, daß ihr eigent-

Magentherapie- problemfrei!

Die Darreichungsform als Granulat
sichert schnelle Verteilung und Lösung im Magen



- Stomigen ist ein nicht resorbierbares Antacidum
- Sofortwirkung durch schnelle Säurebindung mit anhaltender Schmerzausschaltung
- Schutz gegen Aggression der Säure und Fermente durch Bildung einer Gelschicht auf der Schleimhaut
- Geschmacksneutrale Einnahme

- Mazur-A hilft schwierigere therapeutische Probleme zu lösen
- Normalisierung der Säureverhältnisse
- Anhaltende Schmerzausschaltung
- Bildung einer viskosen Gelschicht auf der Schleimhaut
- Dämpfung gesteigerter Erregbarkeit
- Geschmacksneutrale Einnahme

Stomigen und Mazur-A,
allein oder in geeigneter Kombination,
sichern in der Hand des Arztes
eine individuelle Behandlung.

Literatur und Ärztemuster auf Wunsch

Deutsche
Arzneimittel
Gesellschaft
Steiner & Co.
Berlin West



liches Ziel nur darin bestand und besteht, die herkömmlichen Träger unseres sozialen Leistungssystems, die Sozialversicherungs- und Sozialhilfeträger, auf Kosten des Staates zu entlasten. Herr Dr. Hein hat vorhin bereits herausgestellt, daß die präventive Medizin nicht von der kurativen zu trennen ist, beide sich vielmehr voraussetzen und organisch ergänzen. Es läßt sich sachlich dann auch nicht rechtfertigen, für die Vorsorge einerseits und für die Heilbehandlung andererseits verschiedene Kostenträger einstecken zu lassen. In nicht seltenen Fällen wäre es außerdem nur mit erheblichen Schwierigkeiten und einem unverhältnismäßigen Verwaltungsaufwand verbunden, beide Bereiche voneinander fein säuberlich zu trennen. Die Folge einer solchen Trennung wäre letzten Endes, daß neben den bewährten und eingespielten Verwaltungen der sozialen Leistungsträger eine weitere kostspielige staatliche Leistungsverwaltung aufgebaut werden müßte.

Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse bei den Plänen für eine Neuordnung der Krankenhausfinanzierung. Die Anhänger des sogenannten gespaltenen Pflegesatzes treten dafür ein, daß die sogenannten Vorhaltekosten (das sind insbesondere die Kosten für den Bau und die Einrichtung der Krankenhäuser — im einzelnen ist allerdings bezeichnenderweise die Abgrenzung noch unklar und streitig —) von der öffentlichen Hand voll aufgebracht werden sollen, die übrigen Kosten sollen die Kranken und ihre Versicherungen zahlen. Auch hier geht es nur um eine Verlagerung der Kostentragung von den ursprünglich hierfür geschaffenen sozialen Leistungsträgern auf den Staat. Diese Unterscheidung nach Vorhaltekosten und sonstigen Betriebskosten ist willkürlich und betriebswirtschaftlich nicht gerechtfertigt. Warum z. B. eine Röntgenanlage in einem Krankenhaus anders behandelt werden soll als eine solche in der Praxis eines Röntgenfacharztes, ist schlechthin unerfindlich. Die Unterscheidung steht ferner im Widerspruch zu dem für Einrichtungen der Daselnsvorsorge allgemein geltenden und an sich selbstverständlichen Grundsatz, daß die Benützer alle für diese Einrichtungen anfallenden Aufwendungen zu tragen haben. Diesem Grundsatz entspricht allein der kostendeckende Pflegesatz, der allerdings in der geltenden Pflegesatzverordnung nur unvollkommen verwirklicht ist.

Eine andere Frage ist, ob die sozialen Leistungsträger in der Lage wären, diese zusätzlichen Aufwendungen aus den ihnen gegenwärtig zur Verfügung stehenden Einnahmequellen zu decken. Sind sie das nicht, sollten sie dazu, notfalls durch ausreichend bemessene Subventionen, instand gesetzt werden. Es bliebe aber wenigstens für rund 90 v. H. unserer Bevölkerung die klare und einfache Konzeption verwirklicht, wonach im Außenverhältnis für die bei der medizinischen Versorgung entstehenden Kosten allein der herkömmliche soziale Leistungsträger aufzukommen hat.

Mit diesen Ausführungen ist die dritte eingangs gestellte Frage, nämlich die nach der Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern, bereits weitgehend beantwortet. Bekanntlich strebt der Bund seit langem eine Grundgesetzänderung mit dem Ziel an, einen Teil der Gesetzgebungskompetenzen der Länder auf dem Gesundheitswesen auf den Bund zu übertragen. Schwerpunkte dieser Bemühungen sind die Umwelthygiene, die Gesundheitsvorsorge, die Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten und die Krankenhausfinanzierung, also — wenn man von der Umwelthygiene, die vielschichtige Probleme aufwirft, einmal absieht — gerade die Bereiche, in denen eine Gesetzgebung von vorneherein problematisch ist. Daß diese Bestrebungen mit konstanter Hartnäckigkeit weiterverfolgt werden, beweisen zahlreiche Äußerungen des Bundesministers für Gesundheitswesen und eine erst kürzlich im Bundesrat abgegebene Erklärung des Bundesinnenministers. Von der Möglichkeit, mit der von den Gesundheitsministern der Länder elgens zur Prüfung der Kompetenzabgrenzung gebildeten Kommission eine Verständigung zu versuchen, haben die zuständigen Stellen beim Bund allerdings leider bisher wenig Gebrauch gemacht.

Das Staatsministerium des Innern hat vor allem aus den eben dargelegten sachlichen Gründen gegen eine Kompetenzerweiterung des Bundes starke Vorbehalte. Im Grunde geht es ja nur um Finanzierungsfragen, die vom Bund auch ohne Grundgesetzänderung gelöst werden könnten, wenn er nur seine Zuständigkeit für das Sozialversicherungs-, Sozialhilfe- und Preisrecht entsprechend ausnützte. Nichts hindert den Bund z. B., die Pflegesatzverordnung zu ändern oder gar aufzuheben, um den Weg für die Erhebung kostendeckender Pflegesätze frei zu machen. Der Widerstand Bayerns und anderer Länder gegen eine neue Kompetenzabgrenzung kann ferner nicht als Alibi für das bisherige Versäumnis des Bundes dienen, nach den Vorsorgeuntersuchungen für werdende Mütter auch alle sonst noch notwendigen individuellen Vorsorgemaßnahmen als Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen festzulegen. Die für werdende Mütter gefundene Lösung könnte man geradezu als Modellfall für eine allgemeine Regelung bezeichnen.

Mit Recht haben sich die Länder außerdem bisher gegen den Vorschlag ausgesprochen, die Krankenhausfinanzierung zur Gemeinschaftsaufgabe zu erklären. Damit strebt der Bund nämlich nicht nur eine Ausweitung der Gesetzgebungsbefugnis, sondern einen folgeschweren Einbruch in die nach dem Grundgesetz bisher den Ländern vorbehaltene Verwaltungskompetenz an. Eine solche Lösung würde nur zur Schaffung einer überflüssigen neuen Verwaltungsebene, zur Verwischung der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten und letzten Endes zu einer unnötigen Verwaltungs-

RECORSAN[®]

-HERZSALBE

Die älteste Herzsalbe,
aber allen neuzeitlichen Forderungen entsprechend

30 g DM 3,00 m. U.

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

mehrarbeit führen, also abgesehen von der verfassungsrechtlichen Problematik eindeutige Nachteile gegenüber dem Vorschlag haben, alle Leistungen bei den herkömmlichen sozialen Kostenträgern zu konzentrieren und allenfalls deren finanziellen Bedürfnissen durch ein ausgewogenes Dotationssystem Rechnung zu tragen. Meine Damen und Herren, ich konnte Ihnen nur ein

dürftiges Gedankengerippe vortragen. Die zur Verfügung stehende Zeit ließ es nicht zu, dieses Gerippe mit Fleisch und Blut zu umhüllen, insbesondere das Für und Wider der angesprochenen Fragen näher zu erörtern. Ich hoffe gleichwohl, daß meine Ausführungen Ihnen Anregungen für die Erfüllung Ihrer Aufgabe geben, die Staatsregierung zu beraten.

AUS DEM STANDESLEBEN

Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

38. Fortbildungskurs — Leitung: Professor Dr. D. Jahn

(Schluß)

3. Hauptthema: Hormonelle Therapie

Professor Dr. E. F. PFEIFFER, Ulm:

„Alte Probleme und neue Perspektiven der Endokrinologie“

Die größte Bedeutung der Endokrinologie liegt in der Substitutionstherapie mit Ersatz der Hormone einer funktionell geschädigten oder ausgefallenen Drüse. Die meisten Hormone werden heute synthetisch hergestellt und stehen dem Arzt in gut verträglicher und voll wirksamer Form relativ billig zur segensreichen Anwendung zur Verfügung. Die moderne Endokrinologie hat Methoden entwickelt, um quantitativ die Sekretionskapazität einer Drüse messen zu können, was die Ermittlung der richtigen Substitutionsdosis möglich macht.

Der Angriffspunkt der Hormone und ihre Wirkungsweise an der Zelle sind letztlich noch nicht geklärt. Die Beurteilung wird erschwert durch die Tatsache der vielfältigen Wirkungen ein und desselben Hormons gegenüber den verschiedenen Geweben. Das hypophysäre Wachstumshormon z. B. fördert die Eiweißsynthese und die Lipolyse bei gleichzeitiger Hemmung der Glukoseaufnahme ins Gewebe und der Verbrennung. Die Schilddrüsenhormone bewirken primär Neubildung und Aktivierung bestimmter Enzyme, erst in zweiter Linie sind sie katabol aktiv. ACTH als zentrales Vermittlerhormon kontrolliert nicht nur die NNR-Funktion, sondern ist auch unmittelbar in der Lage, am Fettgewebe die freien Fettsäuren von Glycerin abzuspalten und zur Verbrennung zu bringen.

Beim Glukagon konnte gezeigt werden, daß noch vor Anstieg des Blutzuckers die Insulinsekretion eine deutliche Stimulierung erfährt. Glukose und Tolbutamid allein sind zur Auslösung einer derartigen Reaktion nicht in der Lage. Somit drängt sich die Frage auf, ob als Teilursache des Altersdiabetes nicht auch ein Glukagonmangel in Frage kommt. Als Hormon, das nicht nur in den A-Zellen der Langerhans'schen Inseln, sondern auch in der Schleimhaut des oberen Darmabschnittes gebildet wird, könnte es somit nach Sekretionsstimulierung durch den Nahrungsreiz die postprandiale Insulinausschüttung steuern. Ohne jeglichen Glukosezusatz ist auch ein anderes Hormon der Darmschleimhaut — das Sekretin — in der Lage, neben der exokrinen Pankreasfunktion auch die Insulinsekretion zu stimulieren. Während wir im Insulin ein Hormon

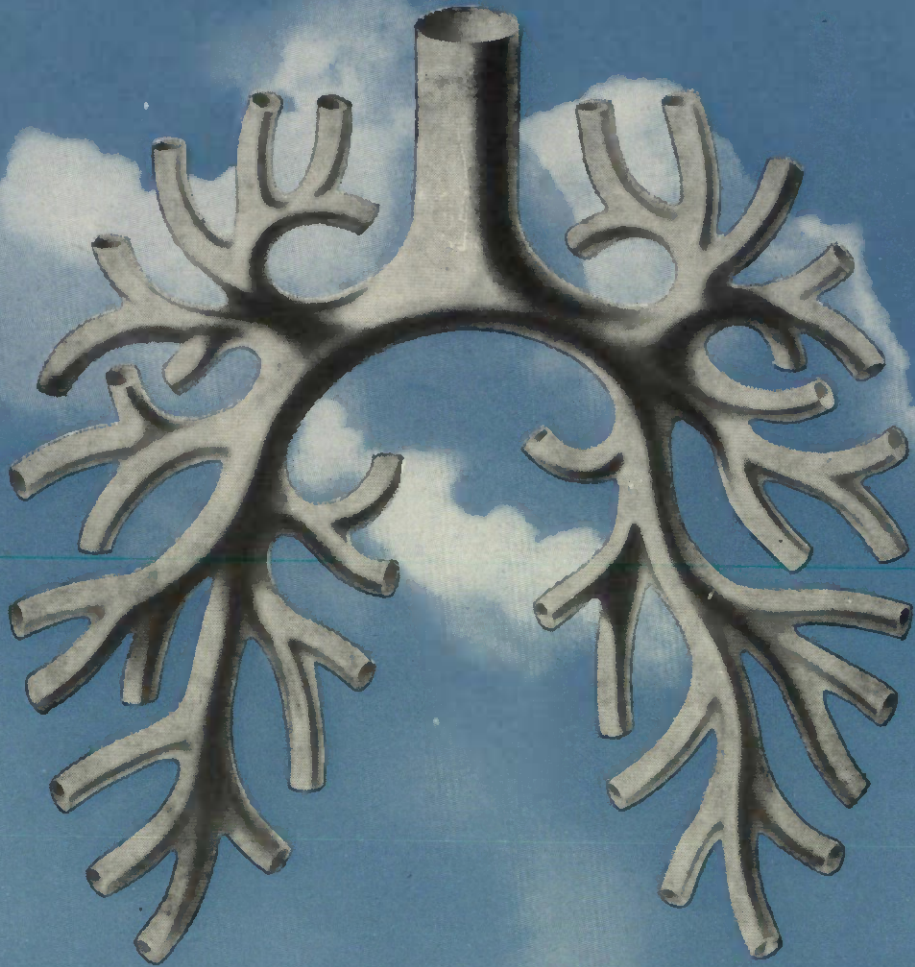
der Nahrungsaufnahme sehen, kann das Wachstumshormon als Hormon des Hungerns bezeichnet werden, stimuliert durch Hypoglykämie mit der Wirkung der Fettmobilisierung. Eine Erklärungsmöglichkeit der Adipositas wäre somit der Mangel an Wachstumshormon mit unzureichendem Fettabbau. Die Ansprechbarkeit des Fettgewebes nimmt allerdings mit zunehmendem Alter ab, was bereits eine Behandlung der Pubertätsfettsucht fordert. Es wurde nachgewiesen, daß Adipositas mit Inselhypertrophie, Hyperinsulinismus, relativer Insulinresistenz und gestörter Dynamik der Insulinsekretion verknüpft ist; dies alles aber sind die Kriterien der beginnenden Zuckerkrankheit und besonders des Altersdiabetes. Dieser vom Fettgewebe ausgehende und das Inselsystem beeinflussende Faktor ist noch unbekannt.

Die Struktur der Hormone ist weitgehend chemisch aufgeklärt und auch die Synthese ist vielfach geglückt. Die antigene Eigenschaft der Hormone als Eiweißkörper wurde genutzt, um nach Zusatz entsprechender Antikörper (AK) mit Hilfe von Mikromethoden den minimalen Hormonspiegel im Plasma zu messen. AK gegen EW-Hormone erlauben auch, speziesbedingte Strukturunterschiede eines scheinbar einheitlichen Hormons zu erkennen. So erklärte sich immunologisch die Unwirksamkeit gewisser tierischer Hormonextrakte (z. B. Wachstumshormon vom Rind) beim Menschen. Außerdem wurde der Unterschied zweier biologisch gleicher, aber immunologisch differenter Polypeptidhormone bei ein und demselben Patienten mit hormonbildenden Tumoren bzw. Metastasen klar. Die immunologische und biologische Aktivität hängt an verschiedenen Aminosäuregruppen im Hormonmolekül.

Hormone als vollkommen gereinigte Substanz können auch dazu dienen, Grundlagenprobleme der Immunbiologie zu lösen (z. B. Insulinallergie und Insulinresistenz nach Injektion tierischen Hormons). Zunächst kommt es bei der Insulinbehandlung zur Bindung des heterologen Insulins an die immunologisch kompetenten Lymphozyten im Blut. Dieses Stadium geht mit einer verzögerten Überempfindlichkeitsreaktion der Haut einher; erst nach Austritt des humoralen AK aus den Lymphozyten wird bei therapeutischer Insulinzufuhr die kutane Anaphylaxie sowie die Insulinresistenz infolge der AG-AK-Reaktion manifest, was den gesteigerten exogenen Insulinbedarf erklärt.

Ein weiteres immunoendokrinologisches Problem stellt die AK-Bildung nicht nur gegenüber heterologen, son-

Ditenate®



Bei Asthma
bronchiale
chronischer
Bronchitis
Lungenemphysem
Dreifache
Bronchodilatation
minimale
Nebenwirkungen

Ditenate® Depot-Tabletten

Anhaltender Schutz vor Bronchial-
spasmen – bei Tag und bei Nacht

Ditenate® Sirup

Prompte Kupierung leichterer Anfälle
bei Kindern und Erwachsenen

Dreifache Bronchodilatation
Zuverlässige Schleimhaut-
abschwellung
Milde Sedierung
Praktisch nebenwirkungslos
Kaum gastrische Störungen
Frei von Phenothiazinen und
Barbituraten



Prof. Dr. E. F. Pfeiffer
Ulm



Prof. Dr. C. Lauritzen
Kiel



Prof. Dr. K. Schöffling
Ulm



Prof. Dr. F. Krück
Homburg/Saar

dem auch gegenüber homologen Hormonen dar. Autoantikörperbildung gegenüber Schilddrüsen-, NNR- und Hodenhormonen sowie gegen Spermien wird verantwortlich gemacht für die Entstehung der Hashimoto-Thyreoiditis, des Morbus Addison und der Azoospermie. Noch nicht bei allen Eiweißhormonen verfügt man über einen empfindlichen radioimmunologischen Nachweis. Beim Studium der Wirkung von Parathormon sowie dem kürzlich entdeckten Thyreocalcitonin ist man noch auf die Bestimmung radioaktiven Phosphors (^{32}P) im Urin angewiesen. Immunologische Methoden werden auch hier in einigen Jahren ausgearbeitet sein. Bisher weiß man lediglich, daß Patienten mit Osteopetrose einen außerordentlich hohen Spiegel an Thyreocalcitonin aufweisen. Es wird aus Schilddrüsengewebe extrahiert, und die Grundlagenforschung ist im Gange.

Professor Dr. C. LAURITZEN, Kiel:

„Grundlagen und Praxis der Substitutionstherapie bei der Ovarialinsuffizienz“

Die Erscheinungsformen der Ovarialinsuffizienz im weitesten Sinne machen etwa 20% des Krankengutes einer gynäkologischen Sprechstunde aus. Ihre Symptome manifestieren sich als Sterilität, Blutungsanomalien, vegetative Ausfallserscheinungen und Stoffwechselabweichungen. Die Substitution dient der Wiederherstellung eines funktionellen Gleichgewichts. Kausales Denken ist die Grundlage sexualhormoneller Behandlung, ihre Wirkung ist vorhersehbar und zeichnet sich durch hohe therapeutische Sicherheit aus. Die Therapie ist überwiegend symptomatisch, dabei risikoarm und insgesamt äußerst dankbar.

Therapeutisch kommen Ester der Östrogene und des Progesteron zur Anwendung, die sich von den natürlicherweise vorkommenden Hormonen durch höhere Stabilität und protrahierte Wirkung unterscheiden und gleichzeitig gute Löslichkeit und Verträglichkeit aufweisen. Gonadotropine mit überwiegender FSH-Wirkung werden aus dem Harn von Frauen nach der Menopause gewonnen, als Präparat mit LH-Aktivität wird das gonadotrope Schwangerenhormon benutzt.

Die Behandlung ovarieell bedingter Blutungsstörungen geschieht durch Verabreichung einer Gestagen-Östrogenkombination. Verschiebung oder Unterdrückung der Ovulation sind die Folge sowie eine Entzugsblutung nach Absetzen der Medikation.

Die Polymenorrhoe wird entweder durch eine verkürzte Follikelphase oder eine verkürzte Gelbkörperphase ausgelöst. Die Messung der Basaltemperatur entscheidet den Zeitpunkt des Follikelsprunges. Im Fall verkürzter Follikelphase gibt man in den ersten Zyklustagen Aethinylöstradiol, bei Corpus-luteum-In-

suffizienz, wobei wegen unvollständigen Aufbaues des Endometriums immer eine Sterilität besteht, verabreicht man vom 18. Zyklustag an ein Gestagen-Östrogen-Kombinationspräparat.

Bei der Oligomenorrhoe besteht meist eine verlängerte Follikelphase, eine Behandlung mit Induktion einer Ovulation in Zyklusmitte ist nur erforderlich im Falle unerwünschter Sterilität. Auch ein Versuch mit mehrmals zyklischer Verabfolgung von Östrogen-Gestagen-Kombinationspräparaten (Ovulationshemmer) zum Zwecke rhythmischer Normalisierung über Beeinflussung des zentralen Reglers ist erfolgversprechend. Der Ovulationsblutung als Östrogenentzugsblutung begegnet man durch Östrogengaben um den 12. Zyklustag.

Das prämenstruelle Syndrom als Folge insuffizienter Progesteronbildung mit Wasserretention kann durch Kombination eines Gestagens mit einem Diuretikum gelindert werden.

Die dysfunktionelle Dauerblutung wird am häufigsten durch die Persistenz eines herangereiften Follikels mit ständiger Östrogenproliferation verursacht. Die Durchbruchblutungen bei Schleimhauthyperplasie sprechen für Substitution von Gestagenen in Verbindung mit Östrogenen (diese verstärken die blutstillende Wirkung der Gestagene) gut an.

Die Hypermenorrhoe beruht häufig auf organischen Ursachen, gelegentlich bewährt sich bei prämenstruellem Gestagenmangel entsprechende Substitution.

Folge eines Hormondefizits ist wahrscheinlich die Dysmenorrhoe. Durch Ovulationshemmer ist sie praktisch zu beseitigen. Will man jedoch den Follikelsprung erhalten, so werden kontinuierliche, kleine Östrioldosen zur Auflockerung und Öffnung des Muttermundes empfohlen.

Eine Uterushypoplasie mit allen Folgeerscheinungen ist heute durch kontinuierliche Substitution mit Östrogenen und Gestagenen über mehrere Monate in steigender Dosierung erfolgreich zu behandeln.

Bei der Amenorrhoe, die hypophysär, ovarieell und uterin bedingt sein kann, haben die ovarieellen und hypophysären Hormone sowohl differentialdiagnostische als auch therapeutische Bedeutung.

Sterilität durch ovarieelle Insuffizienz behandelt man mit Gonadotropinen. Ist Sterilität durch eine Corpus-luteum-Insuffizienz bedingt, gibt man zur Substitution Gestagene, liegt ein LH-Defizit vor, wird entsprechend substituiert.

Die Therapie der Symptomatik in Klimakterium, Menopause und Senium (vegetative Ausfallserscheinungen, Atrophie, Osteoporose) erfolgt durch Zufuhr von Östrogenen.

Professor Dr. K. SCHÖFFLING, Ulm:

„Aktuelle Probleme in der Therapie des Diabetes mellitus“

Seit 45 Jahren wird mit Insulin behandelt, seit 12 Jahren stehen orale Antidiabetika zur Verfügung und seit 1945 ist die kohlenhydratreiche und fettarme Diät bei der Behandlung des Diabetes mellitus anerkannt. Dennoch ist die Stoffwechselkompensation beim Diabetiker noch voller Probleme. Bei den mit Diät allein oder zusammen mit oralen Antidiabetika behandelten Kranken müssen wir eine Einstellung erreichen, die Blutzucker-Nüchternwerte bis zu 130 mg%, Tagesspitzen bis zu 170 mg% und Aglykosurie gewährleisten. Bei den insulinbehandelten Diabetikern sind Nüchternwerte bis zu 160 mg%, Gipfel bis 200 mg% und eine Restglykosurie bis 5 g vertretbar.

Das Pankreas sezerniert pro Tag 32 bis 40 E Insulin, mit dieser Menge kommt man jedoch bei der Mehrzahl insulinbedürftiger Patienten nicht aus. Diese Tatsache weist auf Faktoren hin, die die Wirkung von Fremdinsulin herabsetzen: Die Insulinresistenz ist durch neutralisierende Antikörper zu erklären. Voraus geht oft eine Insulinallergie, wobei zwei Typen unterschieden werden. Die seltenere allergische Reaktion vom Soforttyp führt innerhalb von 10 bis 15 Minuten zu urtikariellen und generalisierten Erscheinungen auf der Haut, bei der Insulinallergie vom verzögerten Typ kommt es erst 24 bis 72 Stunden nach der Injektion zu Rötung und Infiltration im Bereich der Injektionsstellen. Bei diesen immunologischen Reaktionen kann das Polypeptid-Insulin selbst als Antigen wirksam werden, und nicht nur Depot-Substanzen, Stabilisatoren und unvollständige Reinigung sind dafür anzuschuldigen. In Deutschland war bisher die Behandlung mit Mischinsulinen (vom Rind und Schwein) üblich. Heute stellt die Industrie reine Rinder- oder Schweine-Insuline zur Verfügung. Das Rinder-Insulin unterscheidet sich vom menschlichen Hormon durch drei verschiedene Aminosäuren, das Schweine-Insulin nur durch eine Aminosäure. So kann man heute meistens durch Verwendung des Monospezies-Insulins vom Schwein Unverträglichkeitserscheinungen und Therapieversagern begegnen, wenn es nicht zu einer spontanen Desensibilisierung gegenüber Rinder-Insulin gekommen ist, was jedoch bei einer großen Zahl von Patienten mit leichten Allergien bekannt ist. Einer generellen Verwendung

von Schweine-Insulin kann das Angebot nicht Schritt halten.

Das zweite Problem ist die „Insulinsekretionsstarre“, die dadurch gekennzeichnet ist, daß der Altersdiabetiker auf den physiologischen Reiz der Glukosezufuhr nicht mehr anspricht. Dieser Defekt ist mit Sulfonylharnstoffen zu beseitigen. Hingegen jugendliche Diabetiker vermögen aufgrund ihres echten Insulinmangels nicht darauf zu reagieren. Doppelbelastungsversuche mit Sulfonylharnstoffen beim Altersdiabetiker zeigen nur im 24-Stunden-Rhythmus eine Reaktion des Inselapparates mit Insulinausschüttung, was die einmalige Gabe oraler Antidiabetika in entsprechend hoher Dosierung von im allgemeinen 1 g/Tag rechtfertigt. Ein weiteres noch ungeklärtes Problem stellt die Behandlung des Prädiabetes dar. Übereinstimmende Vorstellungen darüber fehlen noch. Vorläufig kann gesagt werden, daß eine Sulfonyl-Harnstoff-Dauerbehandlung in den Vorstadien des Diabetes die Manifestation der Krankheit verzögert. Gleicherweise vermag eine unterkalorische Diät mit Gewichtsreduktion die Stoffwechselsituation ebenso zu verbessern.

Sämtliche therapeutische Maßnahmen beim Diabetes mellitus bleiben sinn- und wertlos, wenn die Grundlage der Behandlung, nämlich eine begrenzte und gezielte Kost, vom Patienten nicht entsprechend verstanden und berücksichtigt wird.

Professor Dr. F. KRÜCK, Homburg/Saar:

„Grenzen und Möglichkeiten der Substitutionstherapie bei der Nebenniereninsuffizienz“

Ursache der Nebennierenrinden-Insuffizienz war früher vorwiegend die Tuberkulose, heute rückt mehr die „Idiopathische Atrophie“ der Nebennierenrinde in den Vordergrund als Ausdruck einer Autoaggression (Bildung von Autoantikörpern gegen das NNR-Gewebe). Von den Steroidhormonen der NNR haben das Hydrokortison und das Aldosteron lebenswichtige Bedeutung. Hydrocortison (Glukokortikoid) steuert die Glukoneogenese, greift in den Protein- und Fetthaushalt ein und hilft Stress-Situationen beherrschen. Chronische Überproduktion führt zum Cushing-Syndrom.

Aldosteron (Mineralokortikoid) beeinflusst den Mineral- und Flüssigkeitsbestand des extrazellulären Raumes. Exzessive Produktion bewirkt Natriumretention mit Ödembildung und Kaliumverluste. Regulativ übergeordnet sind bei den Glukokortikoiden das ACTH

Bei nervösen Herzbeschwerden auf vegetativ-dystoner Basis

— auch bei wetterbedingten —

UZARIL-CAMPHER

DRAGÉES

25 und 60 Dragées

UZARA-WERK · MELSUNGEN

des Hypophysenvorderlappens (HVL), beim Aldosteron das Renin-Angiotensin-System sowie der Blutkaliumgehalt.

Das klinische Bild des Morbus Addison erklärt sich durch den Ausfall dieser beiden Hormone: Gewichtsverlust und Asthenie mit Austrocknung (Folge des Na- und somit Wasserverlustes als auch der Störungen im KH- und Proteinhaushalt), abnorme Pigmentation (Folge der Überproduktion von Melanozyten-stimulierendem Hormon, die zusammen mit der ACTH-Produktion ansteigt), Hypotonie, Hypoglykämie (fehlende Glukoneogenese), gastrointestinale Störungen wegen mangelhafter Magensäuresekretion (Mangel an Cl-Ionen infolge Kochsalzverlustes), Anstieg von Harnstoff- und Kaliumkonzentration, Rückgang von Temperatur und Blutdruck. Gezielte Substitutionstherapie mit NNR-Steroiden vermag die Symptomatik zu beseitigen und den Patienten zu heilen. Unbehandelt führt die NNR-Insuffizienz zum Tode.

Die mittlere Erhaltungsdosis liegt bei Hydrocortison um 15 bis 30 mg/Tag (10–15 mg am Morgen, je 5 mg am Mittag und Abend). Bei Infekten oder sonstigen Belastungen muß die Steroiddosis auf etwa das Doppelte erhöht werden.

An Nebenwirkungen kennen wir Wiederaufflackern tuberkulöser und unspezifischer Infekte, Entwicklung eines Ulcus pepticum (vermehrte Säureproduktion, Eiweiß-Katabolismus mit Gewebsschwund), psychische Reizbarkeit und Schlaflosigkeit. Auf vermehrte Mineralokortikoidzufuhr bei der Verwendung ungesättigter Analoge des Hydrocortisons (Prednison und Prednisolon in entsprechend niedrigerer Dosierung) ist zu achten.

An Aldosteron-Präparaten stehen zur Verfügung: parenteral Percorten M (25 mg/Tag), Cortiron-Depot 50 mg/Tag und Cortenil-Depot (50 mg/Tag), peroral 9-alpha-Fluorohydrocortison als Florinef 0,1–0,3 mg/Tag, oder neuerdings das synthetische d-Aldosteron als Aldocorten 2–3mal 0,1 mg. Die Verabreichung von Mineralokortikoiden muß sehr vorsichtig erfolgen wegen der Gefahr kardialer Insuffizienz infolge Flüssigkeitsüberlastung bei gleichzeitiger Herzmuskelstörung durch K-Mangel. Häufige Kontrollen des Gewichtes, des Blutdrucks und des Hämatokritwertes bestimmen die Dosis.

Die Addisonkrise, ausgelöst durch Infekte, Schwitzen, Durchfall und andere Stressmomente, bedarf eines raschen erfahrenen Handelns. Sie verläuft unter dem Bild eines oligämischen Schocks und endet unbehandelt im akuten Nierenversagen mit Anurie, Azotämie und Hyperkallämie. Zusätzlich zur Hormonbehandlung ist eine massive Substitution mit Glukose- und NaCl-Infusionen erforderlich (2000–3500 ml in 24 Stunden). Die nötigen Hydrokortisonmengen liegen bei 100 mg i. v. (Prednisolon 25 mg) alle 3–4 Stunden bis zur Blutdrucknormalisierung. Bei der Notwendigkeit einer Operation ist eine besonders sorgfältige Vorbereitung mit Einregulierung von Kreislauf- und Mineralverhältnissen und Blutzuckerwerten unumgänglich. Während der Operation steht der Patient unter 100 mg Hydrokortison bei gleichzeitiger NaCl-Glukoseinfusion.

Privatdozent Dr. D. REINWEIN, Düsseldorf:

„Beurteilung und Substitutionstherapie der euthyreoten und hypothyreoten Struma“

Pathogenetisch steht bei der Struma die vermehrte TSH-Produktion des HVL im Mittelpunkt, teils als

Folge einer primären Hypophysenstörung, meist jedoch als Reaktion auf eine verminderte Hormonsekretion der Schilddrüse. Als Regelgröße dienen Thyroxin und Trijodthyronin in der nicht-eiweißgebundenen Form. Über den Hypothalamus und den HVL wird die Schilddrüse zur Gewebshyperplasie und Mehrproduktion von Hormon angeregt. Entsprechend der Kompensationskapazität resultiert eine euthyreote bzw. eine hypothyreote Struma.

Zu den angeborenen Formen gehören der unvollständige Descensus der Schilddrüsenanlage sowie Defekte der Thyroxin-Synthese infolge Mangels spezifischer Enzyme (sporadischer Kretinismus mit Debilität und Skelettanomalien neben hypothyreoten Zeichen). Eine passagere Schilddrüsenhyperplasie resultiert häufig aus der gestörten Wechselbeziehung zwischen Keimdrüsen und Schilddrüse mit gesteigerter TSH-Produktion in der Pubertät und im Klimakterium.

Als Ursache der erworbenen Formen kommt als exogener Faktor in erster Linie der Jodmangel in Frage (endemische Struma). Medikamentös kann ein derartiger Kropf durch antithyreoidale Substanzen bedingt sein. Strumigene Stoffe in Nahrung und Trinkwasser spielen eine untergeordnete Rolle.

Die klinische Diagnostik umfaßt Größe, Lage und Konsistenz. Aus Gewichtsverhalten, Wärme-Kälte-Intoleranz, Verdauung und Hautveränderungen erhellt sich die Stoffwechsellage. Die Bestimmung des Grundumsatzes erlaubt mit den technischen Fehlermöglichkeiten lediglich die Unterscheidung zwischen Hypo- und Hypermetabolismus. Einen näheren Einblick gewährt der Radiojod-Zweiphasentest mit radiologischer Messung der Aufnahme des markierten Jodatoms (^{131}J) in die Schilddrüse (Jodidphase) sowie des Einbaus in organische Verbindungen als proteingebundenes Jod (PBI, Hormonphase). Im Zweifelsfall empfiehlt sich zusätzlich die chemische Analyse des Hormonjods im Serum als PBI oder BEI (butanolextrahierbares Jod).

Für die Lokalisationsdiagnostik ist die Szintigraphie des mit ^{131}J markierten Schilddrüsengewebes entscheidend. Aus der Aktivitätsverteilung kann auf „warme“, normal speichernde, „heiße“ oder „toxische“ und „kalte“ Knoten geschlossen werden.

Eine Sonderstellung beanspruchen die Rezidivstrumen. Bei Strumektomie einer blanden Struma (in erster Linie Pubertätsstruma) ist die Ursache nicht beseitigt und die TSH-Stimulierung provoziert meist ein Rezidiv.

Zur Therapie der blanden Struma stehen drei Verfahren zur Diskussion:

- Medikamentöse Behandlung mit Schilddrüsenhormon
- Subtotale Resektion und
- Radiojodtherapie

Grundsätzlich empfiehlt sich auch bei der Rezidivstruma der Versuch einer Hormonbehandlung. Die Operation hingegen ist angezeigt bei Knotenbildung, enormen Ausmaßen der Struma und stenosierenden retrosternalen Anteilen, in mittleren Lebensjahren kommt hier auch die Radiojodtherapie in Betracht.

Der Effekt der Schilddrüsenhormone ist die Hemmung der vermehrten TSH-Sekretion. Die Folgen sind eine Drosselung der Eigenproduktion an Schilddrüsenhormon mit Rückgang der Struma, falls diese TSH-abhängig war. Diffuse Strumen bei Jugendlichen reagieren am besten, Solitärknoten am schlechtesten.

Mit dem Erfolg der Behandlung ist bei 40% nach einem Jahr, bei 70% nach zwei Jahren zu rechnen. Nach Verschwinden der Struma sollte noch ein Jahr lang weiter und dann ausschleichend behandelt werden. Als Dosierung wird 0,1 bis 0,15 Thyreoidin täglich empfohlen. Die Rezidivprophylaxe geschieht ebenfalls mit Schilddrüsenhormon, eine Basedowifizierung ist kaum zu befürchten.

Bei der Therapie der hypothyreoten Struma ist auf langsam steigende Dosierung von Schilddrüsenhormonen zur allmählichen Normalisierung der Stoffwechsellage zu achten. Liegt eine Myxödembedingte NNR-Insuffizienz vor, wird gleichzeitig mit Prednison behandelt. Schilddrüsenextrakt wird einzelnen Schilddrüsenhormonen vorgezogen, da die Wirkung langsamer einsetzt (cave: relative kardiale Hypoxie mit Stenokardien und zerebralen Anfällen). Die Erhaltungsdosis liegt unter 0,2 Schilddrüsenextrakt bzw. um 0,075 Thyreoidin.

Erfolgskriterien sind Wohlbefinden des Patienten, sein Gesamtaspekt, geistige und psychische Verhaltensweise, Gewicht und Pulsfrequenz. Wertvolle Hinweise liefern auch Serumcholesterin-Spiegel und Achillessehnenreflex. Von entscheidender Bedeutung ist lebenslange Medikation. Bei Erwachsenen ist eine restitutio ad integrum immer zu erreichen, bei Kindern ist die Prognose bezüglich der geistigen Entwicklung zweifelhaft, vor allem wenn die Substitution mangels rechtzeitiger Erkennung nicht sofort erfolgte. Die körperliche Entwicklung ist korrigierbar. Die gezielte Hormontherapie der bianden und hypothyreoten Struma gehört — rechtzeitig begonnen — mit zu den erfreulichsten Erfolgen in der inneren Medizin.

Dozent Dr. H. HEIMPEL, Ulm, und Professor Dr. Dr. h. c. L. HEILMEYER, Ulm:

„Hormontherapie bei Erkrankungen des Blutes“

Bei der Behandlung von Blutkrankheiten interessieren weniger die substitutiven als die pharmakodynamischen Wirkungen bestimmter Hormone. Für den Hämatologen sind vor allem die NNR-Hormone und die androgenen Hormone von Bedeutung. Das Schilddrüsenhormon ist nur wirksam bei der Anämie als Begleitsymptom des Myxödems.

An androgenen Hormonen verwenden die Referenten ausschließlich Testosteron und Methyltestosteron wegen der anabolen Wirkung, d. h., bei gleichzeitiger entsprechender Eiweißzufuhr ist mit Zellvermehrung, positiver Stickstoffbilanz und Vermehrung des Körpereiwisses zu rechnen. Zahlreiche Beobachtungen lassen eine Wirkung der Androgene auf die Erythropoese erkennen. Man vermutet neben der allgemein zellstimulierenden Wirkung der Androgene eine Stimulierung der Erythropoetinbildung. Von therapeutischer Bedeutung sind Androgene in erster Linie bei der aplastischen Anämie (Darniederliegen der EP) und der Panmyelophthie im Kindesalter. Monatelange Behandlung erlaubt bei der kongenitalen Form kindlicher Panmyelophthie mit einer Dosis von 1 bis 2 mg Methyltestosteron sublingual in 50% der Fälle an Erfolg zu glauben. Bei der sonst schlechten Prognose nimmt man die Nebenwirkungen der Pseudopubertas praecox und psychischen Veränderung gern in Kauf. Bei der Knochenmarkinsuffizienz der Erwachsenen sieht man nur in Einzelfällen ein befriedigendes Ergebnis. Als

weitere Indikation für den Einsatz von Androgenen sind Tumoranämien zu erwähnen, sowie das Plasmozytom und die lymphoproliferativen Erkrankungen mit Infiltration und Insuffizienz des Knochenmarks. Beim Plasmozytom bewährt sich die Kombination von Alkeran und Androgengaben, was die toxische Wirkung auf die Hämatopoese und die Heilung von Spontanfrakturen betrifft. An Nebenwirkungen der Androgene kennen wir die cholestatische Hepatose, insbesondere bei den C-17-methylierten Steroiden sowie die virilisierenden Eigenschaften. Arm an derartigen Nebenwirkungen sind das Primobolan und Durabolin. Aus dieser Sicht erscheint eine Behandlung von sekundären Anämien bei Niereninsuffizienz, Tumor und chronischen Infekten mit synthetischen Anabolika angebracht.

Von mindestens gleicher Bedeutung wie die Androgene sind die Glukokortikoide der NNR (synthetisiert als Prednison und Methylprednisolon). Ihre immun-suppressive Wirkung macht man sich bei erworbenen hämolytischen Anämien (bedingt durch inkomplette Wärmeautoantikörper) zunutze. Bei den anderen Formen ist kein Erfolg zu erwarten. Daher ist bei vorgesehener Dauermedikation exakte Abklärung vorauszusetzen nach dem Leitsatz: So viel wie nötig und so wenig wie möglich. — Bei anfänglichen Tagesdosen von 100 bis maximal 300 mg kann man allmählich auf eine 10- bis 20-mg-Erhaltungsdosis zurückgehen, die mindestens ein halbes Jahr weiter zu geben ist, manchmal sogar jahrelang. Der direkte Coombs-Test kann auch nach Eintritt der Remission noch positiv bleiben, was den AK-Gehalt der Erythrozyten weiterhin bestätigt. Die Zellen sind jedoch länger lebensfähig. Daraus ist zu ersehen, daß die Kortikosteroide nicht nur die AK-Produktion zu hemmen, sondern auch die Gewebsreaktionen zu verändern imstande sind, die zur Zerstörung der AK-besetzten Zellen führen.

Auch bei Autoimmunerkrankungen der übrigen Blutzellsysteme kommen die Glukokortikoide mit mehr oder weniger gutem Erfolg zum Einsatz. Der M. Werlhof (Autoimmunthrombozytopenie) fordert gelegentlich unvertretbar hohe Dosen, so daß eine Splenektomie erwogen werden muß. Bekannt ist auch die hämostatische Wirkung bei thrombopenischen Blutungen vor Ansteigen der Blutplättchen. Eine abdichtende Wirkung auf die Kapillarwand sowie ein Anstieg verschiedener Gerinnungsfaktoren im Plasma werden diskutiert. Dennoch ist vor genereller Anwendung bei unklarer hämorrhagischer Diathese zu warnen, da bei differenzierter Diagnostik meist ein gezieltes Eingreifen möglich ist.

In der Behandlung maligner Hämoblastosen kann von einem zeitlich begrenzten „zytostatischen“ Effekt der Glukokortikoide nur bei bestimmten Zellen die Rede sein. Besonders gut sprechen die lymphozytären Zellformen an sowie die undifferenzierten Hämoblastosen und hier wiederum speziell bei Kindern und Jugendlichen. Allein unter 600 mg Prednison/Tag wurde bei einer akuten Leukämie innerhalb weniger Tage eine Totalremission mit scheinbarer Heilung gesehen. Üblicherweise kombiniert man jedoch 2 bis 3 mg Prednison/kg Körpergewicht mit 6-Merkaptopurin bzw. Amethopterin, das die Remission länger aufrechterhalten soll. Man kennt jahrelange Remissionen mit Normalisierung des Knochenmarkbefundes. Die Erfolge bei unreifzelligen Erwachsenen-Leukämien sind viel

neu

Eine Kompressionsbinde, die auch bei wochenlangem Gebrauch nicht müde wird

ELOFLEX[®] MIT LYCRA^{*}

Dauerstretch durch eingewebte Lycrafäden. Kurzer Zug, maximale, gut dosierbare Kompression. Volle Spannkraft auch nach häufigem Waschen oder Kochen. Sterilisierbar, beständig gegen Fett und Schweiß. Fester Sitz, dünn, unauffällig und angenehm im Tragen.



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

^{*} Du Pont Warenzeichen

Beiersdorf

Ex 108



Priv.-Doz. Dr. D. Reinwein
Düsseldorf



Prof. Dr. Dr. h. c. L. Heilmeyer
Ulm



Prof. Dr. O. Käser
Frankfurt

schlechter. Stärker differenzierte Formen können durch Kortikosteroide sogar eine Aktivierung erfahren.

Bei den chronischen Leukosen und malignen Lymphomen liegt das Schwergewicht der Behandlung auf seiten der Zytostatika und ionisierenden Strahlen. Prednison findet bei chronischen Lymphadenosen Verwendung, nicht zuletzt wegen der Verdrängungserscheinungen mit Granulo- und Thrombopenie. Ansonsten kommt es höchstens als Adjuvans in Frage. Dennoch gesehene Erfolge mit 1000 mg/Tag tragen Experimentcharakter.

Schließlich sei noch das Erythropoetin erwähnt, ein Mukoprotein, das die Erythropoese steuert, jedoch noch nicht in anwendbarer Form zur Verfügung steht.

Professor Dr. O. KÄSER, Frankfurt/Main:

„Probleme bei der Anwendung von Ovulationshemmern“

Das Problem der explosiven Bevölkerungsvermehrung ist trotz der bekannten Zuverlässigkeit der Ovulationshemmer nicht gelöst. Von den rd. 700 Millionen gebärfähigen Frauen nehmen etwa 11 Millionen regelmäßig die „Pille“, davon sind die Hälfte Nordamerikanerinnen. Durch die „Pille“ wurde eine neue Situation geschaffen, wo eine große Zahl gesunder, junger Frauen über lange Zeit unter einem hochwirksamen Medikament steht. Es handelt sich um Progesteronpräparate, sogenannte Progestagene, in Kombination mit einem Östrogen (dieser Zusatz ist nötig zur Erzielung einer zyklischen Blutung). Die Wirksamkeit ist sehr hoch, methodische Versager sind extrem selten, Patientenversager häufiger. Der Haupteffekt ist die Bremsung des hypothalamisch-hypophysär-ovariellen Systems. Beeinflussung der ovariellen Enzyme sowie der Tubenmotilität, mangelhafte sekretorische Umwandlung und eine gewisse Atrophie des Endometriums als auch Veränderungen des Zervikalschleims, der für Spermatozoen undurchdringbar wird, stehen in der Diskussion.

In etwa 15% geben die Frauen Nebenerscheinungen an in Form von frühschwangerschaftsähnlichen Symptomen, Gewichtszunahme (H_2O -Retention durch Östrogene, anaboler Effekt gewisser Steroide), Libidoänderungen, Zwischenblutungen oder Ausbleiben der Periode. Mit den nunmehr niedrigdosierten Pillen und nach dem ersten Zyklus nehmen die Erscheinungen an Häufigkeit ab.

Die Frage nach Dauerschädigungen ist nach jetzt 10jähriger Verwendung noch nicht endgültig zu beantworten. Die Möglichkeit genetischer Schäden stellt sich erst in den nächsten Generationen heraus. Bisher kann gesagt werden, daß nach Absetzen der

Pille die Fertilität normal ist und kindliche Mißbildungen nicht häufiger auftreten. Für eine Karzinomförderung in hormonsensiblen Organen (Cervix und Corpus uteri, Mammæ) bestehen bisher keine Hinweise, wie ausgedehnte Statistiken zeigen. Östrogen-Progestagen-Gemische wirken eher proliferations- und mitosehemmend. Antiovulatorische Steroide sind in der Lage, wie die 17-alkylierten Steroide einen „Drogen-Ikterus“ zu verursachen. Abgesehen davon, wurden ganz vereinzelt Leberfunktionsstörungen beobachtet mit leichtem Anstieg von Bilirubin, Transaminasen, alkalischer Phosphatase und einer pathologischen Bromsulfalein-Clearance. In solchen Fällen und bei bekannten Leberparenchymschaden wird man von der Ovulationshemmung Abstand nehmen. Thrombose und Embolie kommen unter antiovulatorischer Medikation nicht signifikant häufiger vor, wie der Vergleich von behandelten und unbehandelten Kollektiven zeigt. Der Verdacht stützte sich auf Einzelbeobachtungen, eindeutige Veränderungen des Gerinnungssystems werden jedoch durch antiovulatorische Steroide nicht hervorgerufen. An die Möglichkeit der Manifestation eines latenten Diabetes mit arterioskleroseförderndem Effekt wurde gedacht, jedoch die Ergebnisse der Untersuchung von Blutzucker, Glukosebelastung, Glukoseassimilation, unveresterten Fettsäuren, Cholesterin usw. unter Ovulationshemmern sind nicht eindeutig. Schilddrüse und NNR werden nicht mehr beeinflusst als während einer Schwangerschaft.

Zusammenfassend kann man behaupten, daß die hormonalen Ovulationshemmer zu den harmlosesten aller hochwirksamen Medikamente gehören. Bei den 1300 Puertoricanerinnen, die seit 11 Jahren einnehmen und regelmäßig ärztlich kontrolliert werden, sind keine gesundheitlichen Schäden beobachtet worden.

Es ist wahrscheinlich zweckmäßiger, die Ovulationshemmer drei bis vier Jahre lang kontinuierlich einzunehmen, als kurzfristig zu unterbrechen, was jedesmal eine Umstellung für den Organismus bedeutet. Die Wahl des Präparates ist bei der Gleichwertigkeit von untergeordneter Bedeutung, bei Intoleranzerscheinungen ist ein Wechsel angezeigt. Die Anwendung der Ovulationshemmer aus anderer Indikation als zum Zwecke der Kontrazeption kam an früherer Stelle ausführlich zur Sprache.

Ausblickend auf die Ziele der neuen Entwicklung, wobei das (z. B. Tier-) Versuchsstadium noch nicht abgeschlossen ist, sind zu erwähnen: die „Minipill“ (kleine Dosen Chlormadinon werden ohne Unterbrechung verabreicht), das Progesteron-Depot (Injektion von 150 mg alle 1 bis 3 Monate), die „morning-after-pill“ (im An-

schluß an die Kohabitation größere Östrogendosen in Form von 10 mg Stilboestrol) und die Implantation von Progesteron-Tabletten in einer silikonisierten Plastikhülle, wobei man sich durch kontinuierliche minimale Wirkstoffdiffusion eine antikonzeptive Wirkung über 1 bis 3 Jahre erhofft.

Die „Antibabypille für den Mann“ hat versagt, weil neben der Spermio-genese auch die Potentia coeundi unterdrückt wird und bei einem anderen Medikament eine hochgradige Alkoholintoleranz resultiert.

Privatdozent Dr. Dipl.-Chem. H.-F. von OLDERSHAUSEN, Tübingen:

„Die Therapie mit Kortikosteroiden bei Infektionskrankheiten“

Wir kennen entzündungshemmende, anti-allergische und antitoxische Einflüsse des Kortisons, welche durch Einwirkung auf die mesenchymalen Abwehrreaktionen sowohl nützlich als auch schädlich sein können, was im Einzelfall schwer vorauszusehen ist. Der antitoxische Effekt der Kortikosteroide liegt wahrscheinlich weniger in einer primär entgiftenden Funktion gegenüber bakteriellen Endo- und Ektotoxinen begründet, sondern in der Herabsetzung der Empfindlichkeit der Gewebe gegenüber Toxinen. Die günstigen Wirkungen des Kortisons bei schweren Infektionen bestehen in der Tonsierung und Abdichtung der Gefäße mit Hemmung der Exsudation sowie in der Fiebersenkung. Therapeutisch unerwünscht sind die Hemmung von Leukozytenaustritt und Phagozytose, was der Ausbreitung eines bakteriellen Infekts Vorschub leistet. Eine gewisse Gefahr besteht auch in der Reaktivierung latenter bakterieller Infektionen (wie Tbc, chronische Pyelonephritis, Osteomyelitis, Cholangio-Hepatitis) unter der Gabe von Kortikosteroiden wegen der Depression physiologischer mesenchymaler Reaktion. Eine weitere therapeutisch ungünstige Wirkung der Kortikosteroide ist in der Hemmung immunologisch kompetenter Zellen wie Lymphozyten und Plasmazellen zu sehen, wodurch die Bildung humoraler Antikörper eingeschränkt wird.

Empfohlen werden Kortikosteroid-Gaben (nach LETTERER) bei zyklischen Infektionskrankheiten (Tbc, Typhus) vorwiegend in der hyperergischen Phase kurz nach der Inkubation, da man vermutet, daß die NNR-Steroide die im RES oder in Parenchymzellen persistierenden Erreger für die Einwirkung tuberkulostatischer oder antibiotischer Medikamente empfindlicher machen. Pharmakodynamisch kann die entzündungshemmende Wirkung der Kortikosteroide sowohl zur Dämpfung überschießender Abwehrreaktionen als auch zur Verhütung von Narben und Verwachsungen (spezifische Pleuritis, Perikarditis, Meningitis) genutzt werden, selbstverständlich unter gleichzeitiger Applikation von Antibiotika. Weiterhin finden die Kortikosteroide Anwendung zur Desensibilisierung gegenüber Tuberkulostatika (PAS, INH, Streptomycin). Bewährt haben sich die Kortikosteroide insbesondere bei der Enzephalitis (bei Masern, Grippe, Echo-Enzephalitis), wobei Spätfolgen meist vermieden werden können. Parotitis mit Orchitis gilt als klassische Indikation zur Steroid-Behandlung. Ein besonderes Problem ist deren Anwendung bei Hepatitis und Leberzirrhose.

An Nebenwirkungen der Kortikosteroid-Behandlung wären zu erwähnen: das Cushing-Syndrom, das ulcus ventriculi, Manifestation eines latenten Diabetes und

psychische Veränderungen, die deren Einsatz bei richtiger Indikationsstellung im Hinblick auf die Grunderkrankung nicht verbieten.

Beim Waterhouse-Friderichsen-Syndrom im Rahmen einer Meningokokken- bzw. Staphylokokken-Sepsis wird eine hochdosierte Kortison-Therapie in Kombination mit gezielten Gaben entsprechender Antibiotika sowie Kardiogene Schocktherapie weiterhin empfohlen, auch wenn von verschiedenen Seiten ein Schwartzman-Sanarelli-Phänomen mit Verbrauchskoagulopathie als Ursache der NNR-Blutungen angenommen wird, wobei schädigende Einflüsse der Kortikosteroide diskutiert werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden: Kortikosteroide wirken bei Infektionskrankheiten vorwiegend auf die Empfänglichkeit und das Abwehrvermögen des Organismus, aber nicht direkt auf den Erreger ein. Sie sind nicht bei Lokalinfektionen, sondern nur bei zyklischen Allgemeininfektionen in Kombination mit entsprechender Chemotherapie indiziert. Beim akuten malignen Infektionssyndrom dienen sie zur Bekämpfung des Schocks. Kontraindikationen stellen wegen fehlender ausreichend wirkungsvoller Virostatika die Virusinfektionen dar, abgesehen von lebensbedrohlichen Zuständen, bei denen der rein antiphlogistische Effekt oft lebensrettend sein kann. Wegen der Gefahr der Nebenwirkungen ist hohe Dosierung nur kurzfristig zu verantworten und die Therapie ständig ärztlich zu überwachen.

Professor Dr. W. CREUTZFELDT, Göttingen:

„Zur Kritik einer Hormontherapie bei Lebererkrankungen“

Unter den vielen therapeutischen Vorschlägen zur Behandlung von Lebererkrankungen nehmen zwei Hormongruppen, die Glukokortikoide und die anabolen Hormone, eine Sonderstellung ein. 20 Jahre nach Einführung dieser differentiellen Therapie ist eine kritische Analyse der Indikationen und der Ergebnisse erlaubt. Die Beurteilung der therapeutischen Wirksamkeit ist schwierig, weil akute und chronische Lebererkrankungen einen so wechselhaften Spontanverlauf zeigen.

Bei der akuten Hepatitis sieht man im allgemeinen einen gutartigen Verlauf mit spontaner Ausheilung, und Komplikationen sind selten. Grundlage der Behandlung sind Diät und Bettruhe. In der ersten Phase wird eine leicht verdauliche, KH-reiche Kost zusammen mit 50–70 g Eiweiß geboten. Bei Besserung des Appetits steigt die Eiweißzufuhr bis auf 120 g an und Butter darf zugegeben werden. Auf die Verordnung von Leberhydrolysaten und lipotropen Substanzen wird verzichtet, Vitamine ut aliquid fiat. Von den Anhängern der Steroid-Behandlung wird Verkürzung der Krankheitsdauer und Besserung der Leberfunktion, gemessen am rascheren Abfall des Bilirubinspiegels und der Transaminasen, als Argument vorgebracht. De RIFIS in Neapel habe dies im Rahmen einer gezielten kontrollierten Studie während einer Hepatitis-Epidemie widerlegt. Bilirubinabfall ist nicht gleichzusetzen mit Besserung der Leberfunktion, da sich andere Leberfunktionsproben nicht gleichsinnig verhalten. Im übrigen ist der Mechanismus des Bilirubinabfalls unter Steroiden bisher ungeklärt. Choierese und Ausscheidung über Harn oder Stuhl gehen dabei eher zurück.



Finalgon-[®] Creme

gibt heilsame Wärme

bei rheumatischen Erkrankungen
der Muskeln und Gewebe, zur Linderung
von Gelenk- und Nervenschmerzen,
bei Ischias und Hexenschuß.

Finalgon[®]-Creme ist ein neues Finalgon-
Präparat. Gleicher Wirkstoffgehalt wie
Finalgon[®]-Liniment, jedoch durch ihre
Konsistenz für Berufstätige und Sportler
besonders geeignet.

Zur Finalgon-Serie gehört auch die
Finalgon[®]-Salbe mit doppeltem
Wirkstoffgehalt.

ANASCO, ARZNEI- UND GESUNDHEITSPFLEGEMITTEL GMBH,
WIESBADEN



Man vermutet daher eine Umwandlung des Bilirubins zu einem nicht pigmenthaltigen Abbauprodukt (white wash effect). Der Krankheitsprozeß wird verdeckt und schwellt weiter, die morphologischen Veränderungen bleiben unbeeinflusst. Untersuchungen von BLUM und Mitarbeitern in Zürich haben gezeigt, daß bei der akuten Virushepatitis kein ausreichender Beweis dafür besteht, daß Kortikosteroide die Krankheitsdauer verkürzen, Komplikationen oder den Übergang in eine Zirrhose verhindern und die Immunitätslage verbessern. Deshalb sollte die Steroid-Therapie auf folgende Sonderfälle beschränkt werden:

1. Schwerer Verlauf einer Hepatitis mit erheblicher Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, an objektiven Kriterien Verminderung der Lebergröße, scharfer Abfall der Transaminasen und die Entwicklung einer Cholestase (40—50 mg Prednisolon).
2. Akute gelbe Leberdystrophie mit Koma (300—500 mg Prednisolon).

Bei der chronischen Hepatitis werden nach SCHMID zwei Formen unterschieden:

1. Chronische persistierende Hepatitis, die aus einer akuten Virushepatitis hervorgeht, mit langem Verlauf ohne Übergang in Zirrhose.
2. Aktive progressive chronische Hepatitis mit schwerem Verlauf und möglichem Übergang in Zirrhose, hohen Transaminasen und Gammaglobulinwerten sowie antinukleären Antikörpern (LE-Test pos). Hierbei kommen Steroide zum Einsatz, insbesondere wegen des schlechten Allgemeinzustandes, der Appetitlosigkeit, der Gelenkschmerzen und des Ikterus mit Juckreiz, was alles eine deutliche Besserung erfährt. Histopathologische Veränderungen bleiben bestehen, auch dystrophische Schübe können unter Steroiden auftreten, und der Übergang in eine Leberzirrhose ist nicht sicher aufzuhalten. Die Prednisolondosen von 5—15 mg pro Tag sollen über lange Zeit, eventuell über Jahre, gegeben werden (cave: Ulkus-Blutungen, Kortison-Diabetes, Psychosen, Osteoporose und bakterielle Infekte).

Die Therapie der Leberzirrhose ist insofern unerfreulich, als sämtliche medikamentösen Versuche, die Lebenserwartungen der Patienten zu verbessern, scheiterten. Unter Anwendung der Kortikosteroide konnten lediglich die subjektiven Beschwerden und einige Leberfunktionsproben vorübergehend gebessert werden, die Spätergebnisse waren gleich mit denen der unbehandelten Kontrollgruppe. Trotz der enttäuschenden Bilanz erhalten diejenigen Patienten Steroide, bei denen durch Leberbiopsie gesichert eine starke mesenchymale Aktivität mit fortschreitendem Leberzellumbau besteht. 25 mg Prednisolon — über viele Wochen gegeben — vermögen bei gleichzeitiger EW- und kalorienreicher Ernährung das Allgemeinbefinden deutlich zu heben und eventuell die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen bzw. zu erhalten.

Zusätzlich werden hierbei anabole Hormone empfohlen zur Behebung der negativen Stickstoffbilanz, die bei der Grunderkrankung zu erwarten ist und durch die katabole Wirkung der Kortikosteroide verstärkt wird. Ein bessernder Einfluß auf klinische Befunde, Albuminsynthese oder histologische Leberveränderungen hat sich dabei jedoch nicht objektivieren lassen.

W-r.

1. Klinisches Wochenende in Weißenhorn



Von rechts nach links: Dr. Thäle, Prof. Dr. v. Uexküll, Dr. Sann

Das 1. „Weißenhorner Klinische Wochenende“ fand unter der Leitung seines Initiators, des Herrn Kollegen Dr. med. Eberhard THÄLE, Ärztlicher Direktor des Kreiskrankenhauses, am 7./8. Oktober 1967 statt. Etwa 100 Kollegen nahmen an dieser Fortbildungsveranstaltung teil, bei der, wie der Vorsitzende des Ärztlichen Kreisverbandes Mittelschwaben, Dr. SANN, sagte, die Wissenschaftler den Praktikern Ratschläge und die Praktiker den Wissenschaftlern Hinweise aus ihren Erfahrungen geben sollen. Als Vortragende hatte Herr Kollege Thäle sowohl Kollegen aus Universitätskliniken, Krankenhäusern und aus der Praxis gewonnen. Die anwesenden Kollegen nutzten die ihnen bei dieser Fortbildungstagung gebotene Möglichkeit, über die in den Referaten behandelten Fragen ausgiebig zu diskutieren.

Der Vorsitzende des Bayerischen Landesgesundheitsrates, Herr Kollege Dr. med. R. SOENNING, MdL, dankte in seiner Begrüßungsansprache Herrn Kollegen Thäle für die Durchführung dieser Fortbildungsveranstaltung. Neben den überregionalen Fortbildungskongressen käme diesen Fortbildungsveranstaltungen auf der Ebene der Ärztlichen Kreisverbände eine besondere Bedeutung zu.

Für die Fortbildungstagung, an der sich auch die pharmazeutische Industrie mit einer Ausstellung beteiligte, war dankenswerterweise die Aula des Kopernikus-Gymnasiums in Weißenhorn zur Verfügung gestellt worden. Die Stadtkapelle gab für die Teilnehmer ein Standkonzert, und der Knabenchor des Claretiner-Kollegs erfreute die Gäste durch ein Chorkonzert. Ein Ball in der Weißenhorner Stadthalle war der Höhepunkt des gesellschaftlichen Rahmenprogramms.

Das 2. Weißenhorner Klinische Wochenende ist für den 26./27. Oktober 1968 vorgesehen.

Dr. Josef Stockhausen 50 Jahre

Am 1. 2. 1968 vollendete Herr Dr. med. Josef STOCKHAUSEN, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, sein 50. Lebensjahr. Eine eingehende Würdigung von Herrn Kollegen Stockhausen, der sich in den 22 Jahren seiner berufspolitischen Tätigkeit — seit 1955 ist er Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer — große Verdienste um die deutsche Ärzteschaft erworben hat, ist in Heft 4/1968 des „Deutschen Ärzteblattes“ erschienen.

8. Internationaler Fortbildungskongreß in Heidelberg für Schwestern, Pfleger und Sozialarbeiter

Die starke Entwicklung von Wissenschaft und Technik, die sich auch auf dem Gebiete der Medizin niederschlägt, brachte die Notwendigkeit der Fortbildung auch für das Pflegepersonal mit sich. Aus dieser Erkenntnis schufen verantwortungsvolle Persönlichkeiten ein Internationales Kuratorium zur Fortbildung von Schwestern, Pflegern und Sozialarbeitern in der Nervenheilkunde. Dieses Kuratorium (ikf) spricht verschiedene Berufsgruppen (auch Beschäftigungstherapeutinnen, Musiktherapeutinnen, Heilgymnastinnen), die speziell auf dem Gebiete der Psychiatrie tätig sind, an. Hauptaufgabe des Kuratoriums ist die Gestaltung eines jährlich stattfindenden Fortbildungskongresses, außerdem die Herausgabe einer Zeitschrift „moderne Krankenpflege“, die sechsmal jährlich erscheint, weiter die Beschaffung von Lehrfilmen und Tonbändern u. a. m.

Am 3. 10. 1967 eröffnete Professor Dr. H. W. MÜLLER, Köln, der Präsident des Kuratoriums, den 8. Internationalen Fortbildungskongreß in der nun schon zur Tradition gewordenen Kongreßstadt Heidelberg. Etwa 1400 Teilnehmer aus 12 Nationen waren gekommen und bewiesen damit die Nachfrage und Notwendigkeit dieses Unternehmens.

Professor Dr. SCHEID zeigte in seinem Festvortrag „Psychiatrie und Öffentlichkeit“ die Gründe für die Ressentiments, die in der Öffentlichkeit gegen die Psychiatrie bestehen. Er umriß die Grenzen und die Aufgaben der Psychiatrie. Unter Bewahrung der Gren-

zen, nämlich der Erstrebung der Diagnose, um zu heilen, zu behandeln und gegebenenfalls Defekte zu überdecken, müßte es möglich sein, die Vorurteile allmählich abzubauen.

Staatssekretär Professor Dr. L. von MANGER-KOENIG gab in seinen Ausführungen über „Vorsorge und Fürsorge für psychisch Kranke als gesundheitspolitische Aufgabe“ eine ausgezeichnete Ergänzung dazu. Er schilderte die Aufgaben, die hierbei der Öffentlichkeit zufallen, und legte besonderen Wert auf die Rehabilitationshilfen.

Die weiteren Vorträge gliederten sich in vier Rahmenthemen auf:

Der alte Mensch
Sozialpsychiatrie
Diagnostische Methoden
Forschung und Fortschritt

Zu dem hochaktuellen Thema „Der alte Mensch“ hielt Professor Dr. Fr. PANSE, Düsseldorf, das Hauptreferat über Psychologie und Psychopathologie des Alters am Krankenbett. Er empfahl ein Stufensystem, das dem Alterungsprozeß des Menschen gerecht wird, indem der alternde Mensch sich mehr und mehr der Pflege und Obhut anderer Menschen anvertraut und auch die anfangs ärztliche Betreuung intensiver wird. Die erste Stufe sollte bei noch eigenem Hausstand eine gemeinschaftliche Betreuung durch Sozialarbeiterin oder Gemeindschwester und Arzt darstellen. Die zweite Stufe könne ein Altenwohnheim mit teilweise noch eigenem Hausstand (eigene Möbel, Teilverpflegung) sein, weiter sollte sich je nach Lage des Falles ein Altersheim, das für mehr oder minder pflegebedürftige Menschen eingerichtet ist, anschließen. Die Durchführung einer ambulanten Betreuung eines Altenpflegedienstes in einer Großstadt wurde von Schwester Hanna MÜLLER, München, anschaulich erklärt.

Sehr großes Interesse erweckten bei diesem Besucherkreis die Vorträge, die sozialpsychiatrische Themen schnitten. Sie nahmen breiten Raum der Vortragszeit wie auch der Diskussionen ein. Hier zeigt sich, daß die große Wandlung der Psychiatrie von der Bewahrung der Fälle zur Therapie auch große Umwälzungen für Nervenkrankenhäuser und ihr Personal gebracht hat. Die Therapie, die heute stufenweise in die Rehabilitation übergeht, muß gerade in der Psychiatrie von Arzt und Schwester, von Sozialarbeiterin und Beschäftigungstherapeutin gemeinsam bewältigt werden.

Professor Dr. C. KULENKAMPFF, Düsseldorf, erklärte den Begriff Sozialpsychiatrie und legte die einzelnen Aufgabenbereiche fest.

Dr. R. QUATEMBER erklärte die Sozialpsychiatrie von der rein psychologischen Seite und brachte den Hörern die Situation des Patienten nahe.

Fräulein J. AEBERHARD, Genf, schilderte, wie man einen psychiatrischen Vorsorge- und Nachsorgedienst in einer Großstadt durchführen kann, was besonders für die zahlreich anwesenden Sozialarbeiterinnen von großem Nutzen war.

Der Beitrag von Lehrbeauftragtem H. WINKLER, Frankfurt, befaßte sich, ebenfalls vorwiegend psychologisch, mit Hilfen zur Werk- und Arbeitstherapie. Die

NUCLEOTON®

kreislaufaktiver Organextrakt
mit 3 mg Adenosin/ml

Regulierung der Durchblutung
Tonisierung
und Stabilisierung
des Kreislaufs



HORMON · CHEMIE · MÜNCHEN

Diskussionen, die Themen der Durchführung sozial-psychiatrischer Maßnahmen behandelten, zeigten sehr interessante, sehr unterschiedliche Modellversuche.

Zum Themenkreis „Diagnostische Methoden in der Psychiatrie“ zeigte Professor BROUSOLLE, Lyon, ohne Aufzählung psychiatrischer Klassifikationen, die Bemühungen der Psychiatrie um Erfassung ganzer Krankheitsbilder, um die Erkennung der Syndrome. Der Faktor Zeit und die Gefahr der Chronizität erschweren auf diesem Sektor die diagnostischen Bemühungen.

Großen Beifall erhielt Professor Dr. W. BRÄUTIGAM, der in seinen „Verhaltensbeobachtungen am Patienten als diagnostisches Mittel“ eine völlige Umstrukturierung der Stationsarbeit brachte. Er stellte die Schwester nicht nur als Vermittler der Therapie, sondern auch als Vermittler wichtiger diagnostischer Hinweise in den Mittelpunkt des diagnostisch-therapeutischen Geschehens.

Frau Oberin A. GRAUHAN, Heidelberg, ergänzte die Ausführungen und belegte sie mit praktischen Beispielen.

Im Themenzyklus „Forschung und Fortschritt“ kam zum Ausdruck, daß die Psychiatrie heute — für früher nicht deutbare Erscheinungen — ihre Erklärungen durch biologische und therapeutische Möglichkeiten aufzuweisen hat.

So zeigte Dozent Dr. MATUSSEK, München, daß sich psychische Vorgänge auch im somatischen Bereich abspielen und mit physikalisch-chemischen Gesetzen erfassbar sind. Obwohl noch keine gesicherten neurobiologischen Ergebnisse vorliegen, erkennt man heute, welche Geisteskrankheiten mehr erb- als umweltbedingt sind. Man ist dem Gen-Defekt, also dem veränderten Eiweiß- bzw. Enzymmolekül auf der Spur, und kann in diesem Sinne z. B. die Schizophrenie zu den sogenannten Enzymopathien rechnen.

Von den vielen verfeinerten diagnostischen Möglichkeiten, die der Psychiatrie zur Verfügung stehen, schilderte Dr. E. SINDRUP, Kopenhagen, die Grenzen und Möglichkeiten des EEG. Von besonderem Wert sei das EEG für Bewußtseinsstörungen aller Art, für Epilepsie, vermutete Epilepsie, für progrediente Demenzzustände, Zustand nach Schädeltraumen, bei Verdacht auf intrakranelle Prozesse und medikamentöse Intoxikationen. Professor MARGUTH, München, zeigte in seinem Referat „Neurochirurgie heute“ die ganze Vielfalt der diagnostischen Möglichkeiten, ging neben dem EEG auch

auf das Echoenzephalogramm, die Szintigraphie und Myelographie ein. Er umriß das moderne neurochirurgische Operationsprogramm mit allen dazugehörigen Indikationen, zu denen er raumbeanspruchende Prozesse, Lähmungen, rezidivierende Bandscheibenleiden und andere Ausfälle, sowie unerträgliche Schmerzzustände zählte.

Dr. KOOMAN, Vught/Holland, konfrontierte die Anwesenden mit modernster Medizin, indem er über „Isotopen und ihre Anwendung in der ärztlichen Tätigkeit“ in verständlicher Form und reicher Illustration durch Dias das Zustandekommen und die Bedeutung dieser Isotopen erläuterte.

Das große Interesse der Zuhörerschaft ließ vom ersten bis zum letzten Vortrag nicht nach. In den Diskussionsgruppen zeigte sich sehr deutlich der Wunsch nach Aussprache, nach Meinungsaustausch und nach Gehörtwerden. Gerade hierin lag ein Beweis der Aufwertung der Pflegeberufe. Schwestern, Pfleger und Sozialarbeiter sind längst vom ausführenden Hilfspersonal zum mitdenkenden, verantwortungsbewußten Mitarbeiter in der Medizin aufgerückt.

Dr. med. Thea Müller-Kamerhuis

Bayerische Ärzteversorgung im Jahre 1966

Vorlage des Geschäftsberichtes

Die Bayerische Ärzteversorgung hat ihren Geschäftsbericht für das Jahr 1966 vorgelegt, den wir nachstehend gekürzt wiedergeben:

Die Bayerische Versicherungskammer hat dem Landesausschuß der Bayerischen Ärzteversorgung in der Sitzung am 13. 12. 1967 den Bericht über das Geschäftsjahr 1966 vorgelegt. Für Interessenten hält die Bayerische Versicherungskammer — Bayerische Ärzteversorgung —, 8000 München 22, Schalterfach, Exemplare des ausführlichen Geschäftsberichtes 1966 bereit, die auf Wunsch zugeschickt werden.

Schwerpunkte des Berichtes bilden die Mitgliederbewegung, die Beitrags- und Leistungsseite, die Vermögensanlage, die Vermögenserträge, der Vermögensstand und der Verwaltungsaufwand.

Die Bayerische Ärzteversorgung hatte am 31. 12. 1966 einen Bestand von 21 220 Mitgliedern. Der absolute Neuzugang betrug 954 Mitglieder, was einer Mehrung von 4,71 v. H. entspricht. Diese starke Zunahme ist auf den schon seit langem zu beobachtenden Wachstumstrend im

KREWEL-WERKE · Eilorf b. Köln





Aspecton[®]

Kontakt-Expectorans

Hustentropfen

mit reizkupierender Schleimhaut-Tiefenwirkung und
Sofort-Hustenstilleffekt

ärztlichen Berufsstand und auf den Fortfall der Voraussetzung des Hauptwohnsitzes im Anstaltsbereich zur Begründung der Pflichtmitgliedschaft ab 1. 1. 1965, der sich auch noch für das Jahr 1966 ausgewirkt hat, zurückzuführen.

Das Beitragsaufkommen im Geschäftsjahr 1966 belief sich auf DM 58 899 864,13. Es hat im Vergleich zum Aufkommen im Geschäftsjahr 1965 um DM 1 598 199,89 abgenommen (= 2,65 v. H.).

Der erstmalig eingetretene Beitragsrückgang hat seine Ursache in der Beitragsbegrenzung, die im Jahre 1965 eingeführt werden mußte, um der Anstalt Ausgaben für die Körperschaftssteuer zu ersparen.

Der Gesamtaufwand an Versorgungsleistungen betrug DM 20 862 327,83
Die Mehrausgaben gegenüber dem Vorjahr beliefen sich auf DM 2 763 784,33

Die Zahl der Ruhegeldempfänger betrug am 31. 12. 1966 1739
Die Zunahme gegenüber dem Geschäftsjahr 1965 betrug 83
Die Zahl der zu versorgenden Witwen (Witwer) belief sich am 31. 12. 1966 auf 3268
was einer Mehrung gegenüber dem Geschäftsjahr 1965 von 88 entspricht.

Die Zahl der zu versorgenden Waisen betrug am 31. 12. 1966 1008
somit um 14
weniger als im Geschäftsjahr 1965.

Die Zahl der Unterhaltsempfänger betrug am 31. 12. 1966 244
Die Zunahme gegenüber dem Geschäftsjahr 1965 betrug 20

Der Schwerpunkt bei den Vermögensanlagen lag auch im Geschäftsjahr 1968 bei den Darlehen.
Das Darlehensvolumen betrug DM 48 872 185,88
Im einzelnen zeigt sich folgende Aufteilung:

Mitgliederdarlehen

Bayern	DM 25 460 554,63
Pfalz	DM 2 108 100,—
Summe	DM 27 568 654,83

Wohnbauwerkdarlehen

Bayern	DM 12 941 781,25
Pfalz	DM 1 156 750,—
Summe:	DM 14 098 531,25

Körperschaftsdarlehen

Bayern	DM 6 005 000,—
Pfalz	DM 1 200 000,—
sonstige	DM —,—
Summe:	DM 7 205 000,—

Dringlich zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

Oberbayern

Langengeising, Lkr. Erding: 1 Allgemeinpraktiker
Penzberg, Lkr. Weilheim: 1 Allgemeinpraktiker
Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Oberbayern —, 8000 München 23, Königinstraße 85/II, zu richten.

Oberfranken

Kirchehrenbach, Lkr. Forchheim: 1 Allgemeinpraktiker
Kulmbach: 1 Allgemeinpraktiker

Lenpoldsgrün, Lkr. Hof: 1 Allgemeinpraktiker (Allein-
arzt)

Marktrechwitz: 1 Allgemeinpraktiker
Sparneck, Lkr. Münchberg: 1 Allgemeinpraktiker

Untersleman, Lkr. Coburg: 1 Allgemeinpraktiker
(2. Arztsitz)

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

Oberpfalz

Beratzbansen: 1 Allgemeinpraktiker
Eschenbach (Stadt): 1 Facharzt für Frauenkrankheiten
und Geburtshilfe

Falkenstein: 1 Allgemeinpraktiker
Hirschan-Schnaittenbach (Ortstell Schnaittenbach):
1 Allgemeinpraktiker

Neumarkt: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

Roding: 1 Allgemeinpraktiker

Roßbach/Wald: 1 Allgemeinpraktiker

Snizbach-Rosenberg: 1 Allgemeinpraktiker

Vobenstrauß: 1 Allgemeinpraktiker

Waldershof: 1 Allgemeinpraktiker

Waldbörn: 1 Allgemeinpraktiker

Weiden: 1 Facharzt für Kinderkrankheiten

Weiden: 1 Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten
Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Oberpfalz —, 8400 Regensburg, Landshuter Straße 49, zu richten.

Niederbayern

Haidmühle, Lkr. Wolfstein (Bayer. Wald): 1 Allgemein-
praktiker

Hauzenberg, Lkr. Wegscheid: 1 Allgemeinpraktiker
Hauzenberg, nahe bei Passau gelegen, hat ca. 3100 Einwohner und ein Einzugsgebiet mit ca. 8750 Einwohnern. Die zu besetzende Kassenarztstelle wurde durch Tod des Praxisinhabers frei. Zwei weitere Praktische Ärzte sind am Ort niedergelassen. Der verstorbene Kollege rechnete rund 1000 Krankenscheine ab. Eine Wohnung wird von der Gemeinde zur Verfügung gestellt. Die Praxisräume, eventuell mit Einrichtung, des verstorbenen Kollegen können übernommen werden. Hauzenberg besitzt eine neue Realschule.

Kötzting: 1 Allgemeinpraktiker

Kötzting ist eine Stadt mit ca. 3400 Einwohnern und einem sehr großen Einzugsgebiet. Ein vor kurzem verstorbener Allgemeinpraktiker hatte eine sehr umfang-

reiche Kassenpraxis. Ein weiterer Kollege beabsichtigt, seine ebenfalls sehr große Praxis aus Altersgründen aufzugeben und sie einem Nachfolger zu übergeben.

Niederpörling, Lkr. Vilshofen: 1 Allgemeinpraktiker
Es handelt sich um einen alten Kassenarztsitz, der durch den Wegzug des bisherigen Kassenarztes frei geworden ist. Dem Bewerber steht ein schönes Einfamilienhaus mit Praxisräumen zu einem monatlichen Mietpreis von 150,— bis 200,— DM zur Verfügung.

Obernzell, Lkr. Wegscheid: 1 Allgemeinpraktiker
Es handelt sich um eine durch Tod des Praxisinhabers frei gewordene Kassenarztstelle. Obernzell ist ein aufwärtsstrebender Fremdenverkehrsort an der Donau unterhalb Passaus (Entfernung 17 km), mit ca. 2100 Einwohnern und einem Einzugsgebiet mit ca. 3800 Einwohnern. Am Ort ist ein zweiter Praktiker niedergelassen. Obernzell hat ein Krankenhaus, das von einem Fachchirurgen geleitet wird. Praxisräume, eventuell mit Einrichtung, des verstorbenen Kollegen können übernommen werden. Eine Neubauwohnung steht zur Verfügung.

Wegscheid: 1 Allgemeinpraktiker
Wegscheid ist eine Marktgemeinde im unteren Bayerischen Wald mit einem ärztlichen Einzugsgebiet von rund 4000 Einwohnern. Am Ort ist ein Krankenhaus, das von einem Fachchirurgen geleitet wird. Der einzige Allgemeinpraktiker am Ort hat eine umfangreiche Kassenpraxis. Die Gemeinde Wegscheid besorgt Wohn- und Praxisräume.

Zwiesel, Lkr. Regen (Bayer. Wald): 1 Facharzt für Hals-, Nasen-, Obrenkrankheiten

Die Stelle wurde durch den Wegzug des bisherigen Praxisinhabers frei.

In der Stadt Regen (Entfernung 11 km) besteht Anfang 1968 am Städtischen Krankenhaus in Regen die Möglichkeit, Belegbetten zu erhalten.

Die Stadt ist außerdem in der Lage, eine größere Wohnung oder ein ganzes Haus zu angemessener Miete oder einen billigen Bauplatz zur Verfügung zu stellen.

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

Mittelfranken

Boxdorf, Lkr. Fürth: 1 Allgemeinpraktiker
Es handelt sich um einen neuen Kassenarztsitz, der durch starke Zunahme der Bevölkerung und Überlastung der einfahrenden Ärzte eine gesicherte Existenzmöglichkeit bietet.

Markt Eribach, Lkr. Neustadt/Aisch: 1 Allgemeinpraktiker

Scheinfeld: 1 Allgemeinpraktiker
Es handelt sich um eine durch Tod des Praxisinhabers frei gewordene Kassenarztstelle. Am Ort sind zwei Praktiker niedergelassen.

Schillingsfürst, Lkr. Rothenburg o. d. T.: 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um einen alten Kassenarztsitz, der durch den Wegzug des bisherigen Kassenarztes frei geworden ist.

Schopfloch, Lkr. Dinkelsbühl: 1 Allgemeinpraktiker
Es handelt sich um eine durch Tod des Praxisinhabers frei gewordene Kassenarztstelle. Schopfloch hat ca. 2400 Einwohner und ein großes Einzugsgebiet. Am Ort hat sich ein zweiter Praktiker niedergelassen.

Tauberzell, Lkr. Rothenburg o. d. T.: 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um einen alten Kassenarztsitz, der durch den Wegzug des bisherigen Kassenarztes frei geworden ist. Dem Bewerber steht ein großes Einfamilienhaus mit Praxisräumen zur Verfügung.

Weidenbach-Triesdorf, Lkr. Feuchtwangen: 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um einen Kassenarztsitz, der seit einigen Jahren nur noch mit einem Arzt mit sehr großer Praxis besetzt ist.

Wendelstein, Lkr. Schwabach: 1 Allgemeinpraktiker
Es handelt sich um einen Kassenarztsitz, der nur mit zwei Ärzten mit übergroßen Praxen besetzt ist.

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

Schwaben

Günzburg: 1 Facharzt für Augenkrankheiten
Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Schwaben —, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2, zu richten.

Unterfranken

Bastheim, Lkr. Mellrichstadt: 1 Allgemeinpraktiker
Bergheim, Lkr. Schweinfurt: 1 Allgemeinpraktiker
Hambach, Lkr. Schweinfurt: 1 Allgemeinpraktiker
Rottenberg, Lkr. Alzenau: 1 Allgemeinpraktiker
Urspringen, Lkr. Marktheidenfeld: 1 Allgemeinpraktiker

Wildflecken/Rbön: 1 Allgemeinpraktiker
Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Unterfranken —, 8700 Würzburg, Hofstr. 5, zu richten.



Dismenol

zur gezielten Therapie
der Dysmenorrhoe

durch Spasmolyse im Genitaltrakt
und zuverlässige Analgesie

(Parasulfamidobenzoesäure 0,05 g
Dimethylamino-phenyldimethylpyraz. 0,25 g)
AGpharm, Luzern
Hersteller in Deutschland:
Simons Chemische Fabrik, Gauting bei München

PERSONALIA

Dr. med. Karl Weiler 90 Jahre

Am 6. 2. 1968 vollendete Herr Kollege Dr. med. Karl WEILER, der frühere Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, sein 90. Lebensjahr.

Herr Kollege Weiler, der 1902 in München seine Approbation als Arzt erhielt und 1910 ebenfalls in München promovierte, erhielt im Jahre 1915 die Anerkennung als Facharzt für Nerven- und Gemütsleiden, nachdem er längere Zeit erster Assistent und Mitarbeiter KRAEPELINS war. Während des 1. und auch des 2. Weltkrieges war er auf seinem Fachgebiet tätig, im 2. Weltkrieg als Beratender Psychiater für diagnostisch-therapeutische Fragen beim Heeresanitätsinspekteur. Im bayerischen Staatsdienst war er Leiter der Versorgungsärztlichen Untersuchungsstelle in München, sodann Leitender Arzt des Hauptversorgungsamtes Bayern. Als Regierungsmedizinaldirektor im Bayerischen Staatsministerium des Innern trat er im November 1945 in den Ruhestand.

In der Landespolitik war Herr Kollege Weiler schon sehr frühzeitig tätig. 1919 gründete er den Landesverband Bayern der ehemaligen Militärärzte, weiter war er lange Zeit Vorsitzender der Münchener Neurologisch-Psychiatrischen Gesellschaft. Im Jahre 1946 wurde er als Delegierter in die Bayerische Landesärztekammer, im Jahre 1947 zum Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer gewählt; im Jahre 1950 erfolgte seine Wiederwahl für weitere vier Jahre. Während seiner Amtszeit wurde die Bayerische Landesärztekammer als erste im Bundesgebiet Körperschaft des öffentlichen Rechts. Dadurch war für den weiteren Aufbau der Landesvertretung in Bayern eine feste Grundlage geschaffen, auf der dann die Berufs- und Facharztordnung sowie die Berufsgerichtsordnung beraten und beschlossen werden konnten. Als Vertreter der freien Berufe gehörte Herr Kollege Weiler acht Jahre dem Bayerischen Senat an, in den er im September 1947 zum ersten Male gewählt wurde.

Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Herr Kollege Dr. Hans J. SEWERING, überbrachte dem Jubilar die herzlichsten Glückwünsche der bayerischen Ärzteschaft.

Professor Dr. med. Gerhord Weber 70 Jahre

Am 13. 1. 1968 vollendete Herr Professor Dr. med. Gerhard WEBER, em. o. ö. Professor für Kinderheilkunde und Direktor der Pädiatrischen Poliklinik der Universität München, sein 70. Lebensjahr.

Er wurde in Hamburg geboren, besuchte das Gymnasium in Eutin, nahm von 1914—1918 am 1. Weltkrieg teil und studierte dann in Göttingen, Heidelberg, Kiel und München Medizin. 1924 promovierte er in München und war als Medizinalpraktikant und Volontärarzt bei v. ROMBERG, GÖTT und v. PFAUNDLER. Von 1926 bis 1932 arbeitete er zunächst als Assistent, später als Oberarzt bei v. METTENHEIM an der Universitäts-Kinderklinik in Frankfurt am Main und baute dort die

Röntgenabteilung auf, nachdem er im Zentralröntgeninstitut in Wien bei HOLZKNECHT die Grundlagen der Röntgenologie erlernt hatte. 1932 kehrte er zu v. Pfaundler an die Münchener Kinderklinik zurück, habilitierte sich 1935, wurde 1938 zum Dozenten und 1942 zum außerplanmäßigen Professor ernannt.

Von 1939 bis 1947 war er als Landesimpfparzt Vorstand der Bayerischen Landesimpfanstalt und während des 2. Weltkrieges Leiter eines Infektions- und Seuchenzentralzettes in München.

Nach dem Zusammenbruch wurde ihm zeitweilig die kommissarische Leitung der Universitäts-Kinderklinik und des Gesundheitsamtes der Landeshauptstadt München übertragen, da er als konsequenter Gegner des Naziregimes zu den wenigen unbelasteten Professoren der Medizinischen Fakultät gehörte. Im Dezember 1947 wurde Professor Weber zum ordentlichen Professor und zum Direktor der Pädiatrischen Poliklinik ernannt. Damit wurde ein traditionsreicher Lehrstuhl wieder errichtet, der seit der Emeritierung von Professor Carl SEITZ im Jahre 1928 unbesetzt gewesen war. Er leitete die Klinik vom 1. 1. 1948 bis zu seiner Emeritierung am 31. 3. 1966.

Sein steter selbstloser Einsatz für alle akademischen Belange fand Ausdruck und Anerkennung in seiner zweimaligen Wahl zum Dekan der Medizinischen Fakultät in den Jahren 1948 und 1949 und zum Rektor der Ludwig-Maximilians-Universität München 1963 und 1964.

Das wissenschaftliche Werk von Professor Weber umfaßt vor allem die Kinder-Röntgenologie, die Tuberkulose im Kindesalter, Fragen der Schutzimpfungen und der Genetik. Gemeinsam mit F. SCHMID verfaßte er die „Röntgendiagnostik im Kindesalter“, die bald zu einem Standardwerk dieses Teilgebietes der Pädiatrie wurde. Im Ergänzungsband zum Handbuch der Kinderheilkunde von PFAUNDLER und SCHLOSSMANN schrieb er die Kapitel „Pocken und Pockenschutzimpfung“, im Lehrbuch der Kinderheilkunde von KELLER-WISKOTT die Kapitel „Vererbung und Krankheitsbereitschaft“, „Infektion und Erkrankungen durch Mykobakterien“ sowie „Erkrankungen des Skelettsystems“ und im Handbuch der Schutzimpfungen von A. HERRLICH das Kapitel „Die Pollomyelitis-Schutzimpfung“.

Von seinen zahlreichen Veröffentlichungen in Fachzeitschriften der Pädiatrie und Tuberkulose-Forschung haben besondere Bedeutung erlangt Arbeiten zur Röntgendiagnostik, zur Bedeutung der Allergie und der Superinfektion für den Verlauf der Tuberkulose sowie über die Grundlagen der erblichen Tuberkulose-disposition.

Als Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde leitete er im Herbst 1964 deren 62. Tagung in München.

Professor Weber gehörte zu den ersten deutschen Hochschullehrern, die nach dem 2. Weltkrieg wieder Kontakt zum Ausland aufnahmen. So konnte er bereits 1947 am V. Internationalen Pädiater-Kongreß in New York teilnehmen. Später war er noch mehrmals zu Vortragsreisen und zur Übernahme einer Gastprofessur in den Vereinigten Staaten. Weitere Kongreß- und Vortragsreisen führten ihn nach Skandinavien, der Schweiz,

Österreich, Tschechoslowakei, Jugoslawien und in die Sowjetunion. Auch seit seiner Emeritierung hält er enge Verbindung zur Klinik, Fakultät und Universität sowie zu den Fachkollegen im In- und Ausland.

Wir wünschen ihm auch für die kommende Zeit Gesundheit und Lebensfreude zur Erfüllung seiner selbstgestellten Aufgaben und Wünsche.

Professor Dr. Dietrich Vogt, München

Professor Dr. med. Ferdinand May 70 Jahre

Professor Dr. med. Ferdinand MAY, langjähriger Leiter des Urologischen Krankenhauses der Stadt München und bisheriger Inhaber des Lehrstuhles für Urologie an der Universität München, vollendete am 12. 1. 1968 sein 70. Lebensjahr. Er gehört noch zu den Pionieren der deutschen Urologie.

Als Sohn des Hofrates und Geheimen Sanitätsrates Dr. Ferdinand May studierte er in seiner Heimatstadt und war hier auch nach seiner Promotion am Krankenhaus Schwabing tätig.

Seine urologische Spezialausbildung erhielt er bei dem damals namhaftesten deutschen Urologen, Professor Dr. v. LICHTENBERG in Berlin. Nach München zurückgekehrt, ließ er sich als Facharzt für Urologie zunächst nieder. Auf seine Initiative hin entstand in München die erste selbständige urologische Abteilung Deutschlands an einem städtischen Krankenhaus, deren Leitung ihm 1938 übertragen wurde. Diese Musterklinik dient auch heute noch bei Krankenhausplanungen als Vorbild. Hier fanden nicht nur die Münchener Bevölkerung und darüber hinaus die Kranken des süddeutschen Raumes eine urologische Spezialbehandlung, sondern bald kamen Hilfesuchende aus allen Teilen Deutschlands und aus dem Ausland.

Herr Professor May hat entscheidend zur Verbesserung der Prostatachirurgie, insbesondere der transurethralen Technik sowie der Behandlung der Urogenital-Tuberkulose beigetragen. Großen Einfluß übte er auch auf die Entwicklung des urologischen Instrumentariums aus. Zahlreich sind seine Veröffentlichungen und Vorträge auf deutschen und internationalen Kongressen. 1961 wurde er zum Sekretär der Deutschen Sektion der Internationalen Gesellschaft für Urologie gewählt. 1967 organisierte und leitete er als Präsident den Internationalen Urologenkongreß in München.

Nach Erteilung der Venia legendi im Jahre 1950 übertrug ihm die Universität München im Jahre 1957 das Extraordinariat für Urologie.

Unvergessen sind die Verdienste um die Münchener Bevölkerung in den Katastrophenjahren des letzten Weltkrieges, in denen er an verantwortlicher Stelle im Deutschen Roten Kreuz unermüdlich die Rettungsaktionen leitete.

Ein besonderes Anliegen war ihm immer die Unterrichtung und Ausbildung seiner Assistenten und Schüler, von denen sich drei habilitierten. Aber darüber hinaus setzte er sich schon frühzeitig für die Fortbildung auch der niedergelassenen Ärzte ein und organisierte als einer der ersten in Deutschland urologische Fortbildungskurse für Praktische Ärzte.

RABRO

Magentabletten



weltweit
wirksam

Herausragende Wirkung-
ambulant und klinisch.

Niedrige Dosierung durch
hohen Wismutgehalt mit
Succus Liquiritiae

RABRO[®]

Magentabletten

H. TROMMSDORFF - Aachen



AUS DER GESCHICHTE DER MEDIZIN

Die Deutsche Universität in Prag

Von Dr. med. Walther Koerting

(Fortsetzung)

Innere Medizin

Oppholzer, Johann (o): Prag — Leipzig — Wien.
 Jaksch, Anton R. v. Wartenhorst (o): Prag.
 Bamberger, Heinrich von: Prag — Leipzig — Würzburg — Wien.
 Hamernik, Josef (o): Prag
 Halla, Josef (o): Prag
 Duchek, Adalbert: Prag — Lemberg — Heidelberg — Wien.
 Eiselt, Theophil (o): Prag.
 Przißram, Alfred (o): Prag.
 Llmbeck, Rudolf Ritter von: Prag — Wien.
 Kahler, Otto (o): Prag — Wien.
 Jaksch, Rudolf R. v. Wartenhorst (o): Prag — Wien — Graz — Prag.
 Kraus, Friedrich: Prag — Wien — Graz — Berlin.
 Schmidt, Rudolf (o): Wien — Innsbruck — Prag.
 Nonnenbruch, Wilhelm (o): Würzburg — Prag — Frankfurt/M. — Hörter.
 Jahn, Dietrich (o): München — Freiburg i. Br. — Prag — Erlangen.
 Rühl, Artur (o): Berlin — Prag.
 Gotsch, Karl: Prag — Graz.

(Anm.: Bezüglich der weiteren Professoren siehe die einzelnen biographischen Angaben.)

Die Geschichte des Unterrichts in der praktischen Medizin bis zur Errichtung einer, später einer zweiten bzw. einer dritten Medizinischen Klinik wurde von Prof. Prof. Dr. Alfred Przißram in der Festschrift „Die Deutsche Karl-Ferdinands-Universität in Prag, unter der Regierung Seiner Majestät Kaisers Franz Josef I.“ (Prag, 1899) bearbeitet. Hier finden sich auch eingehende Quellenangaben.

Als Nachfolger des überaus verdienstvollen Professors V. J. Edlen von Krombholz¹⁵⁾ folgte Johann Ritter von Oppolzer (geb. 4. 8. 1808 in Grätzen, Südböhmen, gest. 16. 4. 1871 in Wien). 1835 promovierte er in Prag. Bis 1839 war er Assistent von Prof. Krombholz, bis er 1840 als dessen Nachfolger Vorstand der Medizinischen Klinik wurde.

¹⁵⁾ Geb. 1782 in Politz im Leitmeritzer Kreis, gest. 1843 in Prag. Krombholz ist u. a. die Verfasser des „Topographischen Taschenbuches von Prag, zunächst für Naturforscher und Ärzte“, der Tagung der „Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte“ in Prag 1837 gewidmet, zu danken (siehe auch W. Koerting, „Die Tagung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte in Prag 1837“, in Stifter-Jahrbuch, Band VII, 1962). Krombholz schuf die unter seinem Namen über 100 Jahre, bis 1938, bestandene Studentenstiftung. Die „Dr. Julius Vincenz Edler von Krombholz'sche Stiftung zur Errichtung von Krankenbetten in Prag“ war bestimmt für arme erkrankte öffentlich Studierende an der Deutschen Karl-Ferdinands-Universität, der Deutschen Technischen Hochschule, des Kleinseitner, des Neustädter I. und II. und des Altstädter Staatsgymnasiums, der I. und II. Deutschen Staatsoberrealschule, der Deutschen Lehrerbildungsanstalt,

Adolf Kußmaul (1822—1902), der bekannte Internist, der 1855 in Heidelberg sich habilitiert hatte, 1859 Ordinarius in Erlangen, 1863 in Freiburg i. Br. und schließlich 1876 in Straßburg wurde, schrieb in seinen „Jugenderinnerungen eines alten Arztes“, in zahlreichen Auflagen, zuletzt 1966 in München in 20. Aufl. erschienen:

„Die Vorträge Oppolzers waren einfach in Form und Inhalt und hoben das Wesentliche wohl geordnet und klar hervor. So wie der ganze Mann schlicht und bescheiden, und doch sicher unbedingtes Vertrauen erweckend vor uns stand, prunkte auch sein Vortrag nicht mit schönen Reden und geistreichen Hypothesen; was er gab, war gutes, nahrhaftes Brot ... Oppolzers Begabung reichte nicht entfernt an das Genie Skodas, aber als praktischen Lehrer stellten wir Ärzte ihn über den großen Kritiker und Reformator. Im Besitze einer reichen Erfahrung, durchdrungen von der humanen Aufgabe der Heilkunde und fest im Glauben an die Heilkunst war er ein getreuer Ekkehard in den Nöthen und Gefahren der ärztlichen Praxis. Mit ruhiger Weisheit verzichtete er auf mathematische Gewißheit und erreichte das Mögliche und Beste durch einfache Mittel, ein Kennzeichen tüchtiger Ärzte.“

1848 erhielt Oppolzer einen Ruf an die Universität Leipzig. „Heilen ist das letzte Ziel aller ärztlichen Forschungen“ war seine Richtschnur. Schon 1850 wurde dieser Vertreter der physiologischen Heilkunde an die Wiener Universität berufen. Hier wurde er „an die Seite des schwerfälligen Skoda gesetzt und damit ein neuer Ton in das Wiener medizinische Ensemble gebracht“ (Lesky). Oppolzer hat nicht nur seine Klinik „zur höchsten Potenz der praktischen Medizin“ (Vir-

für Kandidaten der Doktorwürde aller Fakultäten durch ein Jahr nach absolvierten Studien. Krombholz stiftete auch die seinen Namen tragende Reisesstiftung für mittellose ältere inländische Ärzte und für diejenigen jüngeren Ärzte, die die Studien an der K. k. Universität absolviert und sich nach den Zeugnissen der Professoren in den Fächern, für welche nach § 1 des Stiftsbriefes Reisen unternommen werden sollten (prakt. Medizin, Chirurgie, Geburtshilfe, Augen- und Gehörheilkunde) ausgezeichnet haben und zugleich als mittellos sich ausweisen konnten. Krombholz hatte sich große Verdienste um die Vereinfachung der Rezeptur erworben. Lange vor Prießnitz war er ein Anhänger der hydratischen Behandlung von Scharlach und bei Lähmungen. Der bekannte Religionsphilosoph Prof. Bernard Bolzano setzte Krombholz in einer ausführlichen Biographie ein Denkmal seines ethischen und didaktischen Wirkens.

Passiorin

Rein pflanzliches Dauermedikament

(Passiflora, inc., Salix alba, Crataegus, asac.)

Ohne Gewöhnungsgefahr

Ohne Nebenwirkungen

Unschädliche Kur- und Dauermedikation
zur Stabilisierung des Nervensystems

SIMONS CHEMISCHE FABRIK GAUTING BEI MÜNCHEN



chow) erhoben, „er ist in einer Tätigkeit von 21 Jahren zu einem ihrer großen Bildner geworden“ (Lesky).

Anton Jaksch Ritter von Wartenhorst (geb. 11. 4. 1810 in Wartenberg, Böhmen, gest. 2. 9. 1887 in Schloß Lohowa bei Tuschkau, Böhmen) studierte an der Universität Prag bei Krombholz, an der Universität Wien bei Skoda, Kollerschka, Rokitsansky. 1835 Promotion zum Dr. med. in Prag. Von 1835—1838 Assistent an der 2. Medizinischen Klinik in Prag. Von 1842—1846 Vorstand und Dozent an der neu errichteten Abteilung für Brustkrankheiten. Von 1846 bis 1949 Vorstand der 2. und 1850 bis 1881 der 1. Medizinischen Klinik, hier als Nachfolger von Oppolzer. Als Therapeut war er gleichweit entfernt von dem zu seiner Zeit überwuchernden Nihilismus der Wiener Schule und von der bis dahin anderwärts blühenden Polypragmasie. Mit dem Gewichte seiner reichen Erfahrung kämpfte er gegen den bis in seine Zeit hineinragenden Mißbrauch des Aderlasses. Er war ein unermüdlicher Rufer im Streite gegen die später sich immer mehr breit machende Leugnung der Übertragbarkeit von Krankheiten, insbesondere des Puerperalfiebers, das um jene Zeit in den Gebärkliniken so viele Todesopfer forderte. Er legte großen Wert darauf, daß seine Assistenten sich mit den Errungenschaften der damals aufblühenden physiologischen Chemie vertraut machten.

Heinrich von Bamberger (geb. 27. 12. 1822 in Prag, gest. 9. 11. 1888 in Wien) wurde 1847 in Prag zum Dr. med. promoviert, nachdem er in Prag und Wien (hier bei Skoda und Rokitsansky) studiert hatte. Er war Assistent bei Oppolzer vorerst in Prag, dann bei ihm in Wien. 1854 wurde er nach Würzburg berufen, „wo er 18 Jahre lang neben Rinecker, Kölliker und Scanzoni ausharrte, während die anderen Professoren bald und rasch wechselten“ (G. Sticker in der „Entwicklungsgeschichte der Medizinischen Fakultät an der Alma Mater Julia“, 1932). Mit August Förster und Friedrich von Scanzoni gab er die „Würzburger medizinische Zeitschrift“ (1860—1866) heraus. Bamberger hat in Würzburg „die neue deutsche Medizin“ sich nicht nur entwickeln gesehen; er hat, wie dies nachmals Nothnagel feststellte, in vorderster Reihe an ihrem Aufbau mitgearbeitet (Lesky). 1872 wurde er als Nachfolger Oppolzers nach Wien berufen. Mit Bamberger war wie mit Frerichs und Traube der Kliniker selbst zum Chemiker geworden (Lesky). Sein Schüler, von Neusser, hob hervor, daß Bamberger und Billroth auf dem Gebiete der klinischen Medizin sich in das Verdienst teilten, das gelstige Band zwischen deutscher und österreichischer Medizin nach einer Phase der Entfremdung aufs neue geknüpft zu haben. Neusser betonte, daß Bamberger „die streng-kritisch-induktive, nüchterne Beobachtung Skodas mit der ungebundenen, mehr künstlerisch deduktiven Oppolzers vereinte“. Und Nothnagel sagte, „er dachte naturwissenschaftlich und handelte künstlerisch“. Seine Hauptwerke waren „Die Krankheiten

des chylopoetischen Systems“ (1855) und „Lehrbuch der Krankheiten des Herzens“ (1857), von Nothnagel als „unvergleichliche Muster klinischer Auffassung und Darstellung“ bezeichnet. Nicht vergessen sei Bambergers Schrift „Über Bacon von Verulam, besonders vom medizinischen Standpunkt aus“ (1865) und seine Würdigung von Johann Peter Frank (1886). Bamberger, der Mitbegründer der „Wiener klinischen Wochenschrift“ (1887) war, wurde 1886 zum Präsidenten der „Gesellschaft der Ärzte“ in Wien, jener bedeutsamen wissenschaftlichen Vereinigung, gewählt.

Joseph Hamernik (geb. 18. 8. 1810 in Patzau, Böhmen, gest. 22. 5. 1887 in Prag) studierte an den Universitäten in Prag und Wien. In Prag wurde er 1836 zum Dr. med. promoviert. Nach einer Tätigkeit als praktischer Arzt in Tabor, später in Budweis, wurde er 1841 im Prager Allgemeinen Krankenhaus unter Oppolzer Sekundärarzt. 1845 wurde er Dozent und Primararzt der Abteilung für Brustkrankheiten. 1848 folgte die Ernennung zum a. o. Professor und supplierenden Vorstand der 2. Medizinischen Klinik. 1949 wurde er ordentlicher Professor an der Prager Universität. Als 1848 die große Reformbewegung des Universitätslebens ihren Anfang nahm, traten Halla (s. u.) und Hamernik „in wirkungsvoller Weise für die Freiheit des Lehrens ein“ (Přibram). „Hamernik insbesondere erklärte in der von 115 Fakultätsmitgliedern besuchten Plenarversammlung am 31. März 1848 (es gehörte damals auch das Doktorencollegium dazu) als das nötigste und dringendste Bedürfnis, dass sich die Universität die freien Institutionen der deutschen Universitäten aneigne, das Konkurswesen bei der Besetzung der Lehrkanzeln vollständig geändert, die Berufung bekannter Notabilitäten aus allen Städten des Auslandes gestattet und neben den Professoren vollberechtigte, freie, durch eine Schrift zu habilitierende Dozenten eingeführt werden“ (Přibram). 1848 wurde Hamernik als Abgeordneter in den Reichstag gewählt, legte aber sein Mandat später nieder. 1853 erfolgte aus politischen Gründen vom Ministerium Thun die Enthebung von der Professur. Er widmete sich weiterhin ausschließlich seiner ärztlichen Praxis. Um die physikalische Therapie und die Pathologie der Herz- und Gefäßkrankheiten (mehrere Veröffentlichungen) erwarb er sich Verdienste. Er führte die Methoden der Wiener Schule in Prag ein. Er war Tscheche.

Joseph Halla (geb. 2. 6. 1814 in Prag, gest. 12. 1. 1887 in Prag) promovierte 1837 zum Dr. med. in Prag. Im selben Jahre habilitierte er sich für innere Medizin. Unter großen Schwierigkeiten und persönlichen Opfern schuf er eine medizinische Poliklinik, die erste in Österreich. 1850 bis 1854 wirkte er als Extraordinarius und Leiter der Medizinischen Poliklinik. 1854 wurde er Ordinarius und Primararzt im Allgemeinen Krankenhaus in Prag. 1854 übernahm er die Leitung der 2. Medizinischen Klinik. Er redigierte die „Prager Vier-

Sinupret®

schließt eine therapeutische Lücke

bei Sinusitiden

BIONORICA KG
NÜRNBERG

teljahrsschrift für praktische Heilkunde“, die später, 1880, in „Zeitschrift für Heilkunde“ umbenannt wurde. Sie erschien bis 1888. Erwähnt sei, daß Halla 1849 einen „Entwurf einer Universitätsreform“ veröffentlichte.

Adaibert Duchek (geb. 1. 12. 1824 in Prag, gest. 2. 3. 1882 in Wien) promovierte 1848 in Prag zum Dr. med. Er war Assistent bei Halla. 1855 wurde er als Professor an die Medizinisch-chirurgische Schule in Lemberg berufen, 1856 folgte er einem Rufe an die Universität Heidelberg. 1858 wurde er Professor an der medizinisch-chirurgischen Josef-Akademie in Wien. Nach deren Auflösung wurde er 1871 Nachfolger Skodas als Vorstand der Wiener Medizinischen Klinik. Sein Hauptwerk war „Die Krankheiten des Herzens, des Herzbeutels und der Arterien“.

Theophil Eiselt (geb. 28. 8. 1831 in Policzka, gest. 22. 8. 1908 in Graz) promovierte 1855 in Prag zum Dr. med. und 1856 zum Dr. chir. Er habilitierte sich 1861 für spezielle Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. Er lehrte als erster in tschechischer Sprache, zu einer Zeit als es noch keine tschechischen medizinischen Werke gab. 1860 regte er die Gründung eines tschechischen Ärztevereines an. 1861 begründete er die tschechische medizinische Zeitschrift „Casopis eeskych lekaru“. An der Gründung der Tschechischen Universität, der er später angehörte, war er führend beteiligt. Nach dem Abgang von Anton Jaksch R. v. W. bekam er die 1. Medizinische Klinik mit dem Lehrauftrag in tschechischer Sprache, und nach der Errichtung der tschechischen Universität deren 1. Tschechische Medizinische Klinik.

Alfred Prziham (geb. 11. 5. 1841 in Prag, gest. 14. 4. 1912 in Prag) promovierte 1861 an der Prager Universität. Nachdem er Assistent an der 2. Medizinischen Klinik geworden war, habilitierte er sich 1871 für innere Medizin. 1873 wurde er a. o. Professor. 1877 wurde er Vorstand der medizinischen Poliklinik. Er supplierte während mehrerer Semester die Lehrkanzel für Pharmakologie. 1881 wurde er als Nachfolger von Anton Jaksch R. v. W. Vorstand der 2. Medizinischen Klinik und Ordinarius. Er bildete eine große Schule bedeutender Internisten aus. Eine große Reihe von Arbeiten, z. T. als Beitrag in Nothnagels Handbuch für Spezielle Pathologie und Therapie und im Handbuch von Ebstein-Schwalbe erschienen, kennzeichnet seinen großen Wissensbereich.

Rudolf Ritter von Limbeck (geb. 24. 10. 1861 in Prag, gest. 3. 5. 1900 in Wien) promovierte 1884 an der Deutschen Universität in Prag. Er habilitierte sich, nachdem er am Institut für pathologische Anatomie und an der I. Medizinischen Klinik Assistent gewesen war, 1893 für innere Medizin. 1894 kam er als Primararzt des Rudolfspitals nach Wien. 1898 wurde er a. o. Professor. Er machte sich um die Hämatologie des Blutes verdient, über die er einen Grundriß 1892 veröffentlichte, der auch in die englische Sprache übersetzt wurde.

Otto Kahler (geb. 8. 1. 1849 in Prag, gest. 24. 1. 1893 in Wien) promovierte 1871 an der Prager Deutschen Universität. Er war ein Schüler Hallas. 1878 habilitierte er sich an der Deutschen Universität für innere Medizin. 1882 wurde er a. o. und 1886 o. Professor und Vorstand der 2. Medizinischen Klinik als Nachfolger von Prziham. 1889 erhielt er die Berufung als Nachfolger H. v. Bambergers nach Wien. Ein Zungenkarzinom war die Ursache seines frühen Todes mit 44 Jahren. Nach ihm sind das Kahlersche Gesetz (Kahler-Picksche Gesetz), das Kahlersche Reagens auf freie Salzsäure und die

Kahlersche Krankheit (multiple Myelome) benannt. Der „Unvollendete“ (Diepgen) war, wie der Berliner Internist Friedrich Kraus, der Schüler Otto Kahlers, in seiner Gedächtnisrede sagte, „nichts weniger als ein bloßer Nervenspezialist... er beherrschte lückenlos das große Gebiet der inneren Medizin“.

Rudolf Jaksch Ritter von Wartenhorst (geb. 16. 7. 1855 in Prag, gest. 8. 1. 1947 in Rakolus, Böhmen) studierte an den Universitäten in Straßburg und Prag. An der Prager Deutschen Universität promovierte er 1878. 1879 bis 1881 war er Assistent bei seinem Vater Anton Jaksch. 1882 war er als Assistent bei Nothnagel in Wien tätig. 1884 habilitierte er sich in Wien für innere Medizin. 1887 folgte er einem Rufe als a. o. Professor der Kinderheilkunde und Vorstand der Univ.-Klinik für Kinderheilkunde in Graz, und 1889 als o. Professor und Vorstand der II. Medizinischen Klinik an der Deutschen Universität in Prag. 1925 trat er in den Ruhestand. Unübersehbar sind seine wissenschaftlichen Arbeiten, von denen nur die Entdeckung der Acetessigsäure im Harn, die Melaninprobe, die Mangantoxikose und neue Krankheitsbilder, wie die Anaemia infantum pseudoleukaemica, die Chondrophia usw., erwähnt seien. Zahllose wissenschaftliche Gesellschaften ehrten ihn durch Verleihung der Ehrenmitgliedschaft. In H. Nothnagels Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie schrieb er das Kapitel „Die Vergiftungen“. Auf dem Gebiete der Röntgenbestrahlung veröffentlichte er richtungweisende Aufsätze. Auf das Gebiet des Gesundheitswesens nahm er als Mitglied des Obersten Sanitätsrates maßgeblichen Einfluß. Seine besondere Fürsorge galt den Lungenkranken, so im Landeshilfsverein für Lungenkranke. Im alten Österreich gehörte er dem Böhmisches Landtag als Abgeordneter an. Daß man diesen hervorragenden Wissenschaftler und Menschen mit 92 Jahren in der Kutscherstube seiner ehemaligen Besetzung sterben ließ, zeigt die Tendenz der Zeit auch nach 1945 klar auf.

Wilhelm Nonnenbruch (geb. 6. 11. 1887 in München, gest. 3. 11. 1955 in Höxter, Westf.) promovierte 1911 an der Münchner Universität. Er war hier Schüler von Friedrich von Müller. Er ging sodann zu Gerhard nach Würzburg, wo er sich 1917 für innere Medizin habilitierte. 1921 wurde er a. o. Professor. 1929 wurde er Ordinarius und Vorstand der II. Medizinischen Klinik an der Deutschen Universität in Prag. „Hier verbrachte er die glücklichste Zeit seines Lebens. Immer wieder kam er auf diese wissenschaftlich und klinisch erfolgreichen Jahre zurück. Dort in Prag war er der ungekrönte König in der Medizinischen Fakultät. Patienten und Gäste aus aller Herren Länder besuchten ihn.“ (H. Lampert im Nachruf, M. m. W., 1955, Heft 10.) 1939 folgte er einem Rufe an die Universität Frankfurt/Main. Sein eigenstes Arbeitsgebiet waren von jeher die Stoffwechselkrankheiten, die Beziehungen zwischen Leber und Niere, die Urämie, der Fettstoffwechsel, der Wasserhaushalt des Organismus, die Hochdruckkrankheiten, die er längst vor der Prägung der „Managerkrankheit“ als Zivilisationskrankheit erkannt hatte. Nach dem Kriege übernahm er 1950 die Weserberglandklinik in Höxter, die er zu einem Zentrum der Neuropathologie machte. Erwähnt sei seine Betätigung als Alpinist strenger Richtung.

Die biographischen Daten der Internisten werden in der nächsten Nummer fortgesetzt.

(Fortsetzung folgt)

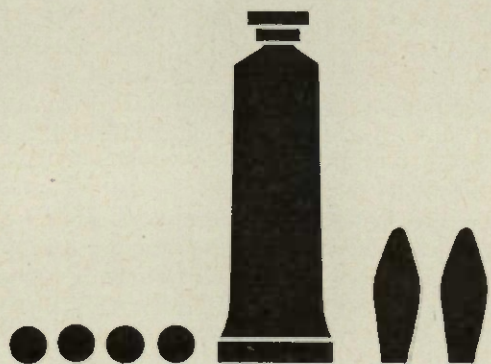
HOR
PHAG

Zur internen Behandlung
venöser Stauungserscheinungen

OKAVENA[®]

zur Behandlung
hämorrhoidaler Symptomenkomplexe
und des Status varicosus

Dragées, Salbe, Suppositorien



INTERESSANTES AUS ALLER WELT

Die unzureichende Arztdichte in den ländlichen Gebieten der Welt

Ein ernstes Problem, mit dem sich nicht nur die Entwicklungs-, sondern auch die Industrieländer auseinandersetzen haben, ist das überall bisher fast vergebliche Bemühen, die Arztdichte in den ländlichen Gebieten nachhaltig zu verbessern. In dem Bericht des Generaldirektors des Internationalen Arbeitsamtes, David A. MORSE, an die 51. Internationale Arbeitskonferenz über die Probleme und Zukunftsaussichten der geistigen Arbeiter ist dieses Thema ebenfalls berührt worden. Dabei wurde die Frage aufgeworfen, wie der Widerstand vieler Gelstesarbeiter, in diesem Fall der Ärzte, gegen einen, wenn auch nur zeitweiligen, Verzicht auf die Annehmlichkeiten des Lebens in den Städten mit ihrer hohen Kulturstufe gebrochen werden kann; und zwar namentlich dann, wenn es materiell unmöglich ist, die Entwicklung der sozialen Infrastruktur in den Agrargebieten anzukurbeln und die Gewährung von wirtschaftlichen Anreizen, etwa in Gestalt von Vorzugsgehältern oder Einrichtungs- und Wohnungshilfen finanziell untragbar ist. Ferner, bis zu welchem Grad sich die Einführung eines Pflichtdienstes als möglich und zweckmäßig erweisen könnte.

Wie aus dem Bericht hervorgeht, hat es dahin gehende Versuche bereits in einer Reihe von Ländern gegeben und gibt sie noch. Nur zu einem Teil haben diese Bemühungen zu einer Verbesserung der Situation bei der ärztlichen Versorgung ländlicher Gebiete geführt. In Mexiko wurde von der Medizinischen Fakultät der Universidad Nacional schon seit 1936 mit der Verwirklichung eines Programmes begonnen, das jungen Mediziner die Pflicht auferlegt, vor Abschluß ihres Studiums sechs Monate in einer ländlichen Gemeinde, in der es keinen Arzt gibt, zu verbringen. Damit will man nicht nur die ärztliche Betreuung in den Landgemeinden verbessern, sondern hat auch gehofft, die ärztlichen Praktikanten zu veranlassen, sich später auf dem Lande niederzulassen. Das Ziel ist aber selten erreicht worden. Im Jahre 1960 äußerten nur etwa 5,8 Prozent der Praktikanten dieser Fakultät die Absicht, Landarzt zu werden. In der UdSSR ist die Aufnahme in eine höhere allgemeinbildende oder berufsbildende Schule — diese werden alle vom Staat unterhalten — gleichbedeutend mit der Verpflichtung, nach Abschluß des Studiums drei Jahre lang eine vom Staat bestimmte Berufstätigkeit auszuüben. Das gilt auch für Mediziner. Trotzdem ist es auch angesichts dieser Möglichkeit des Staates, wenigstens zeitweise Arztposten in ländlichen Gebieten zu besetzen, nicht zu einer ausreichenden und nachhaltigen Verbesserung der ärztlichen Versorgung in den ländlichen Gebieten gekommen. Seit 1960 besteht auch in Griechenland ein Programm, aufgrund dessen bestimmte Kategorien von Ärzten nach Abschluß des

Studiums verpflichtet werden können, vor ihrer Approbation in ländlichen oder städtischen Gebieten, die weit von der Landeshauptstadt, in der die meisten Ärzte sich niedergelassen haben, zu praktizieren. Auch im mittleren Osten ist es üblich geworden, die Zulassung neuausgebildeter Ärzte zur Ausübung der Berufstätigkeit in den Städten von einer vorangehenden, auf eine bestimmte Dauer begrenzte Praxis auf dem Lande abhängig zu machen. In Ungarn müssen sich Mediziner zu Beginn ihres Studiums verpflichten, sich später dort niederzulassen, wo dies im öffentlichen Interesse erwünscht ist. Den künftigen Ort der Praxis bestimmt im Einvernehmen mit den Beteiligten eine mit der gerechten Verteilung des medizinischen Personals betraute Kommission des Gesundheitsministeriums. Wirklich angewandt wird dieser Grundsatz aber nur hinsichtlich der obligatorischen zweijährigen Probezeit der Kandidaten in einem Krankenhaus, einer Klinik oder einer Forschungsanstalt. Nach Ablauf der Probezeit erhalten ungarische Ärzte, die sich in der Provinz niederlassen wollen, eine Einrichtungsbeihilfe und erforderlichenfalls ein Darlehen für den Bau eines Eigenheimes. In Norwegen hatte die Knappheit an Zahnärzten in einigen Teilen des Landes, trotz ihres hohen Anteiles an der Gesamtbevölkerung, die Regierung gezwungen, einen Pflichtdienst einzuführen, der 1956 in Kraft getreten war. Gleichzeitig wurden verschiedene Reformen auf dem Gebiete der Ausbildung eingeführt und materielle Anreize geschaffen, durch die die Anwendung eines Zwanges nach Möglichkeit vermieden werden sollte. Tatsächlich trat dann in der Zeit zwischen 1958 und 1965 eine Verbesserung der Situation ein, die zur Folge hatte, daß die Zahl der obligatorischen Stellenbesetzungen von 80% auf 40% zurückging. Die Einführung dieser Dienstverpflichtung gab aber Anlaß zu heftigen öffentlichen Auseinandersetzungen und zu gerichtlichen Klagen. Schließlich kam es aber zu einer Einigung der Beteiligten über allgemeine Grundsätze.

Angesichts der geringen Neigung vieler jungen Ärzte, in den ländlichen Gebieten Afrikas zu praktizieren, ist die von der Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Afrika eingesetzte Arbeitsgruppe für Arbeitskraft- und Ausbildungsfragen zu dem Ergebnis gelangt, daß die afrikanischen Länder sich genötigt sehen könnten, einen obligatorischen Arbeitsdienst für Ärzte einzuführen, mit der Verpflichtung, ihre Tätigkeit während einer bestimmten Anzahl von Jahren in Landgemeinden auszuüben.

Nachdem auf der internationalen Ebene Beschränkungen für Zwangs- und bestimmte Formen der Pflichtarbeit bestehen, haben natürlich die im Zusammen-

Jacosulfon ist die heilende Hand des Arztes

hang mit der Besetzung von Arztstellen von einigen Ländern getroffenen Maßnahmen auch zu der Prüfung der Frage geführt, inwieweit diese überhaupt statthaft sind. In einer 1962 durchgeführten allgemeinen Erhebung über Zwangs- und Pflichtarbeit bemerkte der Sachverständigenausschuß der Internationalen Arbeitsorganisation für die Durchführung der Übereinkommen und Empfehlungen, daß die den Studierenden der Medizin auferlegte begrenzte Probezeit in der Berufstätigkeit, für die sie eine Approbation erwerben wollen oder eine feste Anstellung anstreben, nicht als Zwangsarbeit betrachtet werden könne. Hingegen war

der Sachverständigenausschuß der Ansicht, daß die Praxis, Studierende nach Beendigung ihres Studiums zur Annahme einer Beschäftigung zu nötigen, die der erhaltenen Fachausbildung nicht unbedingt entspricht, offensichtlich eine Form der Zwangs- und Pflichtarbeit darstellt, die nach internationalen Normen untersagt ist. Damit ist aber gesagt, daß Maßnahmen, die darauf hinzielen, in ländlichen Gemeinden die ärztliche Versorgung zu ermöglichen, auch dann, wenn sie mit einem gewissen staatlichen Zwang ausgestattet sind, nicht unter das Verbot der Zwangs- und Pflichtarbeit fallen können.

v. L.-n.

AMTLICHES

Im „Bayerischen Staatsanzeiger“, Nr. 51/52, vom 22. Dezember 1967, 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

Wahlbezirk München-Stadt und -Land

1. Ordentliche Mitglieder (sämtliche in München):

- a) Dr. Petz Hans, Prakt. Arzt, Höchstraße 3
 Dr. von Bary Siegfried, FA für Frauenkrankheiten, Sendlinger Straße 61
 Dr. Melder Walther, Prakt. Arzt, Wirtstraße 14
 Dr. Kleeberger Eduard, FA für Frauenkrankheiten, Prinzregentenstraße 72
 Dr. Dr. Grassl Erich, Prakt. Arzt, Hofmannstr. 28
 Dr. Lenk-Ostendorf Hartmut, FA für Kinderkrankheiten, Klagenfurter Straße 41
 Dr. Schnelder Kurt, FA für Urologie, Schönfeldstraße 19
 Dr. Sartori Carlheinz, FA für Augenkrankheiten, Max-Weber-Platz 11
 Dr. Balushek Othmar, Prakt. Arzt, Bauerstr. 34
 Dr. Heuke Hans-Joachim, FA für Innere Krankheiten, Viktoriastraße 9
 Dr. Zierhut Wolfgang, Prakt. Arzt, Waltherstr. 34
 Dr. Bäcker Karl Otto, FA für Laboratoriumsdiagnostik, Nikolaistraße 5
 Dr. Allwein Eugen, Prakt. Arzt, Büchmannstr. 1
 Dr. Dr. Hemmerich Kurt, FA für Mund- und Kieferkrankheiten, Maximilianstraße 10
 Dr. Kiefhaber Josef, Prakt. Arzt, St.-Martin-Straße 18a
 Dr. Liebl Herbert, FA für Orthopädie, Lindwurmstraße 75
- b) Dr. Hamburger Adolf*, FA für Nerven- und Gemütskrankheiten, Cuvilliesstraße 24

Die mit * versehenen Ersatzmänner sind nach den Vorstandswahlen als Vertreter nachgerückt.

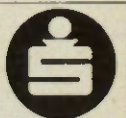
- Dr. Fischer Hans Erhard*, FA für Innere Krankheiten, Tegernseer Landstraße 150
 Dr. Praetorius Michael, FA für Urologie, Agnes-Bernauer-Straße 71
 Dr. Berling Hugo, Prakt. Arzt, Wörthstraße 14
 Dr. Bruckmayer Helmut, Prakt. Arzt, Habsburgerplatz 6
 Dr. Lettow Günther, FA für Augenkrankheiten, Neuhauser Straße 14
 Dr. Hess Ludwig, FA für Chirurgie, Siegfriedstr. 8
 Dr. Zehe Ägidius, Prakt. Arzt, Rosenhelmer Str. 100
 Dr. Hannemann Gerhard, FA für HNO-Krankheiten, Steinerstraße 4
 Dr. Krapf Günther, Prakt. Arzt, Hiltenspergerstraße 36
 Dr. Krauseneck Walter, Prakt. Arzt, Radolfzeller Straße 11
 Dr. Schmitt Georg, Prakt. Arzt, Kaiserplatz 11
 Dr. Welnzlerl Josef, Prakt. Arzt, Jugendstraße 8
 Dr. Kittler William, Prakt. Arzt, Possartstraße 9
 Dr. Diefenbach Elisabeth, Prakt. Ärztin, Birkerstraße 20
 Dr. Dotzel Johann, Prakt. Arzt, Wendl-Dietrich-Straße 70
 Dr. Lützenrath Franz Josef, Prakt. Arzt, Lerchenauer Straße 148
 Dr. Röhrl Josef, Prakt. Arzt, Limesstraße 119

2. Außerordentliche Mitglieder

- a) Dr. von Brentano-Hommeyer Karl, Prakt. Arzt, Landwehrstraße 20
 Prof. Dr. Hellbrügge Theodor, Hochschuldozent, Lucle-Grahn-Straße 39
 Prof. Dr. Vogt Dietrich, Oberarzt, Arnulfstraße 297
 Dr. Lins Germanus, Obermedizinalrat, Graubündener Straße 91

Bestseller für Teenager

Natürlich hat sie ihn, diesen »Bestseller«; sie weiß, daß er eine Auflage von über 40 Millionen hat; sie weiß überhaupt genau, worauf es ankommt. Geld muß da sein. Sie plant voraus, und wir helfen ihr dabei. Denn wir sagen ihr, wie sie mehr aus ihrem Geld machen kann. So ein volles Sparkassenbuch gibt ein beruhigendes Gefühl. Finden Sie nicht auch?



wenn's um
Geld geht-
SPARKASSE

Priv.-Doz. Dr. Stehr Klemens, Privaidozent,
Herterichstraße 29

- b) Dr. von Zwehl Thekla, FA für innere Krankheiten, Adalbertstraße 96
Dr. Steinkohl Hans, Oberarzt, Farchanter Str. 19
Dr. Zehetbauer Anton, Prakt. Arzt, Candidstr. 24
Dr. Loisch Zoltan, FA für innere Krankheiten, Amberger Straße 6
Dr. Heisig Peter-Josef, FA für Frauenkrankheiten, Residenzstraße 16
Dr. Schaetz Albrecht, Oberarzt, Ortnitstraße 20
Dr. Loeber Frank, Oberarzt, Pang über Rosenheim, Höhenbergweg 17
Dr. Keilner Ernst, Obermedizinalrat, Haar, Untere Parkstraße 25 a
Dr. Dylong Otto, Oberarzt, Untere Weldenstr. 26
Dr. Theisinger Werner, Oberarzt, Stuntzstr. 39

Wahlbezirk Oberbayern

1. Ordentliche Mitglieder

Stimmkreis I

- a) Dr. Goetz Hermann, Prakt. Arzt, Ingolstadt, Eselbräustraße 1
b) Dr. Gelih Alfons, Prakt. Arzt, Ingolstadt, Dollsstraße 1
Dr. Melxner Hans, Prakt. Arzt, Reichertshofen, Herzog-Heinrich-Platz 4

Stimmkreis II

- a) Dr. Sewering Hans-Joachim, FA für Lungenkrankheiten, Dachau, Oberangerstraße 14
b) Dr. Seldl Josef*, Prakt. Arzt, Scheyern, Hochstr. 2
Dr. Bogner Hans, Prakt. Arzt, Dachau, Münchner Straße 37

Stimmkreis III

- a) Dr. Völlinger Friedrich, Prakt. Arzt, Freising, Gen.-v.-Nagel-Straße 22
b) Dr. Krist Adolf*, Prakt. Arzt, Taufkirchen/Vlls, Attinger Straße 1 1/2
Dr. habil. Bauer Hans, FA für innere Krankheiten, Freising, Eckerstraße 13

Stimmkreis IV

- a) Dr. Seuss Friedrich, Prakt. Arzt, Gröbenzell, Dr.-Werner-Straße 4
b) Dr. Kurz Hermann, FA für Augenkrankheiten, Fürstenfeldbruck, Hauptstraße 27
Dr. Kern Josef, FA für innere Krankheiten, Alchach, Werlbergerstraße 21

Stimmkreis V

- a) Dr. Selfert Hans Peier, Prakt. Arzi, Utting/Ammersee, Elisabethenweg 1
b) Dr. von Hößlin Kuri, Prakt. Arzt, Peiting, Bahnhofstraße 2
Dr. Welland Ebba, Prakt. Ärztin, Dießen/Ammersee, Lachnerstraße 1

Stimmkreis VI

- a) Dr. Roekl Ernst, Prakt. Arzt, Tutzing, Traubingerstraße 14
b) Dr. Himmelstoß Franz, Prakt. Arzt, Starnberg, Kaiser-Wilhelm-Straße 7
Dr. Schnorrenberg Josef, FA für Lungenkrankheiten, Starnberg, Maximilianstraße 14

Stimmkreis VII

- a) Dr. Dietl Eugen, Prakt. Arzt, Isen Nr. 100
b) Dr. Jäger Helmut, Prakt. Arzt, Hohenlinden, Isener Straße 5
Dr. Gschwändler Josef, Prakt. Arzt, Bad Aibling, Kirchzeile 11

Stimmkreis VIII

- a) Dr. Schloßer Otto, FA für innere Krankheiten, Rosenheim, Salinstraße 10

- b) Dr. Peters Rudolf, Prakt. Arzi, Endorf, Bahnhofstraße 27
Dr. Wimmer Josef, Prakt. Arzt, Rosenheim, Innstraße 2/1

Stimmkreis IX

- a) Dr. Kelzl Melnhard, FA für innere Krankheiten, Tegernsee, Rathausplatz 7
b) Dr. Platiel Anton, Prakt. Arzt, Wolfratshausen, Untermarkt 1
Dr. Forchhelmer Heinz, Prakt. Arzt, Gmund/Tegernsee, Müllerstraße 2

Stimmkreis X

- a) Dr. Kau Wolfgang, FA für HNO-Krankheiten, Weilheim, Schmidstraße 11
b) Dr. Montag Wolf-Dieter, FA für Orthopädie, Weilheim, Alpenstraße 7
Dr. Hopfensperger Walter, FA für Frauenkrankheiten, Weilheim, Kaltenmoserstraße 19

Stimmkreis XI

- a) Dr. Geiger Friedrich, FA für Lungenkrankheiten, Garmisch-Partenkirchen, Partnachauen 7
b) Dr. Wolpert Kurt, FA für Dermatologie, Garmisch-Partenkirchen, Achenfeldstraße 20
Dr. Schöpp Werner, FA für innere Krankheiten, Garmisch-Partenkirchen, Zugspitzstraße 35

Stimmkreis XII

- a) Dr. Rechl Hermann, Prakt. Arzt, Trostberg, Bahnhofstraße 5
b) Dr. Gruber Christian, FA für Augenkrankheiten, Traunstein, Bahnhofstraße 24/1
Dr. Höcherl Hans, Prakt. Arzt, Altenmarkt/Alz, Steinerstraße 14

Stimmkreis XIII

- a) Dr. Umhau Guido, FA für HNO-Krankheiten, Burghausen, Marktlerstraße 29
b) Dr. Lobbler Hans, Prakt. Arzt, Altötting, Kreszentiaheimstraße 52
Dr. Sporer Alfred, Prakt. Arzt, Aschau bei Kraiburg/Inn

Stimmkreis XIV

- a) Dr. Braun Werner, FA für Augenkrankheiten, Bad Reichenhall, Ludwigstraße 15
b) Dr. Pallaske Hans, Prakt. Arzt, Saaldorf bei Freilassing
Dr. Kammerer Erich, Prakt. Arzt, Berchtesgaden, Locksteinstraße 7

2. Außerordentliche Mitglieder

- a) Dr. Hickl Siegfried, Oberarzt, Rosenheim, Städt. Krankenhaus
Dr. Schleicher Hans, Oberarzt, Peißenberg, Guggenberg 47
Dr. Kaufmann Stefan, Oberarzt, Ingolstadt, Neuburger Straße 60
b) Dr. Schleder Manfred, Oberarzt, Rosenheim, Von-der-Tann-Straße 24
Dr. Guter Valentin, Oberarzt, Dachau, Münchner Straße 68
Dr. Amann Lorenz, Chefarzt, Ruhpolding, Kinderheilstätte
Dr. Stuhiberger Johann, Oberarzt, Tegernsee, Kreiskrankenhaus
Dr. Albrecht Heinrich, Oberarzt, Schongau, Kreiskrankenhaus

Wahlbezirk Niederbayern

1. Ordentliche Mitglieder

Stimmkreis I

- a) Dr. Biechele Hermann, FA für Augenkrankheiten, Straubing, Obere Bachstraße 16

Cycloarthrin®

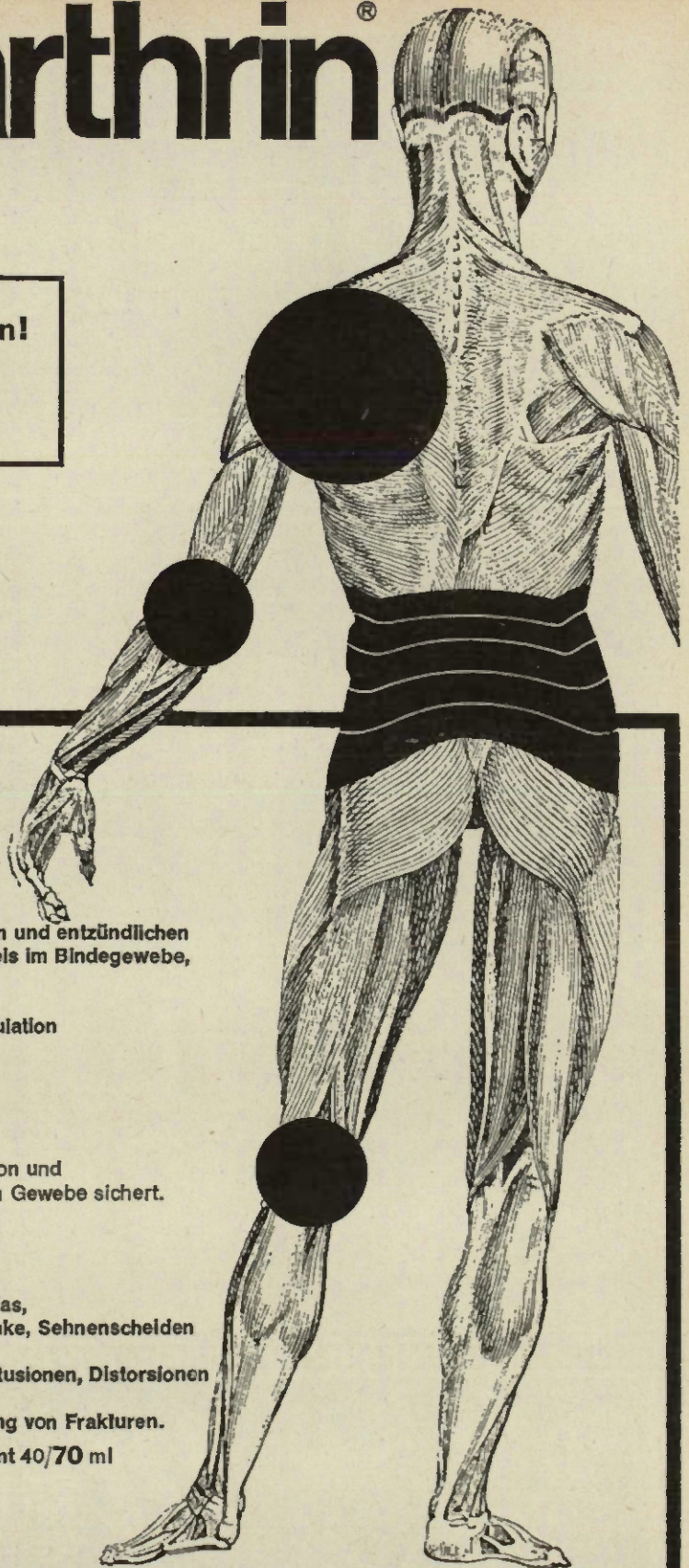
-Salbe
-Liniment

Neue Packungsgrößen!

Salbe 50 g

Liniment 70 ml

Perkutan-
Tiefen-Therapie
mit zwei
Wirkungsphasen



Phase I

1. Tiefgreifende Hyperämisierung
2. Schnell eintretende Analgesie durch Nikotinsäurebenzylester Salicylsäure-monoglykolester

Phase II

3. Beeinflussung des bei rheumatischen und entzündlichen Erkrankungen gestörten Stoffwechsels im Bindegewebe,
4. Entzündungshemmung,
5. Entödematisierung,
6. Steigerung der Blut- und Lymphzirkulation durch Cumarin Salicylsäure-monoglykolester
7. Aktivierung der Fibrinolyse,
8. Antithrombotischer Effekt durch Heparin welches gleichzeitig rasche Resorption und optimale Verteilung der Wirkstoffe im Gewebe sichert.

indiziert bei

Muskel- und Gelenkrheumatismus,
Myalgien, Myogelosen,
Neuralgien, Neuritiden, Lumbago, Ischias,
entzündlichen Erkrankungen der Gelenke, Sehnenscheiden
und Schleimbeutel,
Sport- und Unfallverletzungen wie Kontusionen, Distorsionen
und Hämatome.
Zur Neuraltherapie, zur Nachbehandlung von Frakturen.

Handelsformen: Salbe 30/50 g, Liniment 40/70 ml



Schaper & Brümmer
Salzgitter-Ringelheim

- b) Dr. Danner Fritz*, Prakt. Arzt, Viechtach
Dr. Hager Reinhold, FA für innere Krankheiten,
Kötzting

Stimmkreis II

- a) Dr. Rixner Adolf, Prakt. Arzt, Plattling
b) Dr. Schuster Raimund, Prakt. Arzt, Zwiesel
Dr. Enzmann Roiland, Prakt. Arzt, Spiegelau

Stimmkreis III

- a) Dr. Schwaabe Karl, Prakt. Arzt, Vilshofen
b) Dr. Neustifter Josef, Prakt. Arzt, Dingolfing
Dr. Semmler Josef, FA für innere Krankheiten,
Landau/Isar

Stimmkreis IV

- a) Dr. Bandtlow Oskar sen., FA für HNO-Krank-
heiten, Passau, Bahnhofstraße 2
b) Dr. Moritz Eugen, FA für Augenkrankheiten,
Passau, Jägerhofstraße 4
Dr. Steinebrey Adam, Prakt. Arzt, Passau,
Nibelungenstraße 2

Stimmkreis V

- a) Dr. Seibold Hans, Prakt. Arzt, Griesbach/Rottal
b) Dr. Eckert Hans-Georg, FA für Chirurgie,
Eggenfelden
Dr. Hengge Anton, FA für Frauenkrankheiten,
Simbach/Inn

Stimmkreis VI

- a) Dr. Michel Kurt, Prakt. Arzt, Landshut, Weller-
straße 22
b) Dr. Schmid Josef, Prakt. Arzt, Landshut, Bach-
straße 23
Dr. Müller-Platz Karl, Prakt. Arzt, Fronten-
hausen

Stimmkreis VII

- a) Dr. Senft Josef, Prakt. Arzt, Abensberg
b) Dr. Blömer Carl-Albrecht, Prakt. Arzt, Kelheim
Dr. Kistler Mathias, Prakt. Arzt, Mainburg

2. Außerordentliche Mitglieder

- a) Dr. Graf von La Rosée Rudolf, FA für innere
Krankheiten, Landshut, Annabergweg 11
b) Dr. Zenker Rudolf, FA für Chirurgie, Landshut,
Niedermayerstraße 27 b
Dr. Zangerle Hans, FA für Chirurgie, Passau,
Schärdingerstraße 1a

Wahlbezirk Oberpfalz

1. Ordentliche Mitglieder

Stimmkreis I

- a) Dr. Demmel Franz, FA für innere Krankheiten,
Regensburg, Taxisstraße 1

Dr. Eisert Heinrich, FA für Orthopädie, Regens-
burg, Adolf-Schmetzer-Straße 18

- b) Dr. Klier Max, Prakt. Arzt, Regensburg,
Watmarkt 9 — inzwischen verstorben
Dr. Wieioch Karl*, Prakt. Arzt, Sinzing Nr. 31 1/2
Dr. Burger Wilhelm, FA für Dermatologie,
Regensburg, Killermannstraße 40
Dr. Lagally Wolfgang, Prakt. Arzt, Cham,
Waldschmidtstraße 1

Stimmkreis II

- a) Dr. Stetter Erwin, Prakt. Arzt, Amberg,
Prechtlstraße 9
Dr. Ebert Hans, FA für HNO-Krankheiten,
Neumarkt, Bahnhofstraße 25
b) Dr. Renner Peter, Prakt. Arzt, Suizbach-Rosen-
berg, Rosenberger-Straße 21
Dr. Dletsch Hermann, FA für Frauenkrank-
heiten, Amberg, Herrnstraße 6
Dr. Schwägerl Hans, Prakt. Arzt, Riedenburg
Dr. Kaiser Rudolf, Prakt. Arzt, Parsberg,
Dr.-Schrettenbrunner-Straße 15

Stimmkreis III

- a) Dr. Seidl Odo, Prakt. Arzt, Waldsassen,
Kolpingstraße 3
Dr. Nagel Hans-Dieter, FA für Röntgenologie,
Weiden, Goethestraße 6
b) Dr. Rechl Christian, Prakt. Arzt, Weiden,
Kirchenstraße 3
Dr. Zeus Josef, Prakt. Arzt, Tirschenreuth,
Bahnhofstraße 20
Dr. Schmitt Leo, FA für innere Krankheiten,
Weiden, Wöhrdstraße 14
Dr. Dörnhöfer Alfred, FA für Augenkrankheiten,
Tirschenreuth, Elisabethstraße 1

2. Außerordentliche Mitglieder

- a) Dr. Auer Bruno, OMR Oberarzt, Amberg,
Drahthammerstraße 21
b) Dr. Mögele Manfred, OMR Versorgungsamt
Regensburg, Regensburg, Rennweg 4 d
Dr. Kampe Wolfhard, Oberarzt, Weiden,
Heinrich-Bischoff-Straße 4

Wahlbezirk Oberfranken

1. Ordentliche Mitglieder

Stimmkreis I

- a) Dr. Graepel Hartwig, FA für Augenkrankheiten,
Bamberg, Hainstraße 20
b) Dr. Martin Rudolf, Prakt. Arzt, Bischberg bei
Bamberg
Dr. Rister August, Prakt. Arzt, Bamberg,
Willy-Lessing-Straße 14

Stimmkreis II

- a) Dr. Farrenkopf Ludwig, Prakt. Arzt, Herzogen-
aurach, Hauptstraße 59



M

allebrin[®]

Gurgeln, Spülungen, Wundbehandlung

KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln

R-Mallebrin[®]etten

Adstringo-antiseptische Rachentabletten

- b) Dr. Otto Wolfram, Prakt. Arzt, Adelsdorf
Dr. Staudigel Rudolf, Prakt. Arzt, Forchheim,
Kantstraße 9

Stimmkreis III

- a) Dr. Herling Bruno, Prakt. Arzt, Bayreuth,
Maximilianstraße 48
- b) Dr. Rösch Karl, Prakt. Arzt, Helnersreuth Nr. 151
Dr. Brendler Fritz, FA für Frauenkrankheiten,
Münchberg, Robert-Koch-Straße 1

Stimmkreis IV

- a) Dr. Vatke Rolf, Prakt. Arzt, Coburg, Mühlhalden 7
- b) Dr. Kaebisch Hans-Erich, FA für Lungenkrankheiten,
Coburg, Blumenstraße 8
Dr. Dehler Adolf, Prakt. Arzt, Dörfles bei
Coburg, Berliner Ring 122

Stimmkreis V

- a) Dr. Glesen Heinrich, Prakt. Arzt, Kronach,
Adolf-Kolping-Straße 3
- b) Dr. Pusehmann Otto, FA für Dermatologie,
Lichtenfels, Am Stadtgraben 8
Dr. Stroebel Ludwig, Prakt. Arzt, Staffelstein,
Goethestraße 13

Stimmkreis VI

- a) Dr. Schmitt Ludwig, Prakt. Arzt, Hof/Saale,
Königstraße 24
- b) Dr. Sltzmann Reinhold, FA für innere Krankheiten,
Hof/Saale, Königstraße 19
Dr. Heßler Ottmar, Prakt. Arzt, Schwarzenbach/
Wald

Stimmkreis VII

- a) Dr. Schleußner Armin, Prakt. Arzt, Wunsiedel,
Gabelmannplatz 2
- b) Dr. Gelbendorfer Erwin*, FA für Augenkrankheiten,
Wunsiedel, Schönlindeweg 1
Dr. Reichel Emil, Prakt. Arzt, Selb, Poststraße 1

Stimmkreis VIII

- a) Dr. Eschenwecker Hanns, Prakt. Arzt, Kuimbach,
Hardenbergstraße 38
- b) Dr. Niederhellmann Hanskarl, Prakt. Arzt,
Kasendorf Nr. 125
Dr. Eichler Jürgen, Prakt. Arzt, Stadtsteinach,
Marktplatz 1

2. Außerordentliche Mitglieder

- a) OMR Dr. Tittlbach Ernst, FA für innere Krankheiten,
Bayreuth, Leonrodstraße 2a
Dr. Böhm Erich, FA für Lungenkrankheiten,
Coburg, Himmelsacker 38
- b) Dr. Heilmann Dietrich, FA für innere Krankheiten,
Bayreuth, Albrecht-Dürer-Straße 90

- Dr. Florschütz Peter, FA für innere Krankheiten,
Coburg, Im Grund 17
Dr. Diemer Leo, OMR, FA für Chirurgie,
Bayreuth, Friedenstraße 11
Dr. Matussek Werner, FA für Chirurgie, Coburg,
Neue Heimat 1a

Wahlbezirk Mittelfranken

1. Ordentliche Mitglieder

Stimmkreis I

- a) Dr. Dehler Klaus, FA für innere Krankheiten,
Nürnberg, Haliplatz 37
Dr. Kolb Friedrich, Prakt. Arzt, Nürnberg,
Bucherstraße 11
Dr. Bauer Ernst, FA für HNO-Krankheiten,
Nürnberg, Landgrabenstraße 34
Dr. Schmlidt Hugo, Prakt. Arzt, Nürnberg,
Haslerstraße 27
- b) Dr. Zaecher Karl*, FA für Chirurgie, Nürnberg,
Bayreuther Straße 10
Dr. von Forster Sigismund, FA für innere
Krankheiten, Nürnberg, Josephsplatz 12
Dr. Gassenmeyer Hermann, Prakt. Arzt, Nürnberg,
Tellstraße 6
Dr. Baekmund Karl Heinz, FA für innere
Krankheiten, Nürnberg, Schleiermacherstraße 2
Dr. Günther Hermann, FA für Nervenkrankheiten,
Nürnberg, Fürther Straße 9
Dr. Freigang Manfred, FA für Augenkrankheiten,
Nürnberg, Josephsplatz 20
Dr. Baier Herbert, FA für Röntgenologie, Nürnberg,
Königstraße 33-37
Dr. Kleemann Robert, Prakt. Arzt, Nürnberg,
Nibelungenstraße 19

Stimmkreis II

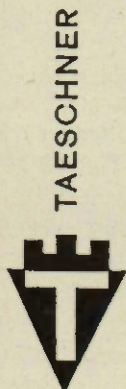
- a) Dr. Reichel Klaus, FA für innere Krankheiten,
Hersbruck, Gartenstraße 57
- b) Dr. Gaekel Johannes, Prakt. Arzt, Schnaittach,
Krankenhausweg 14
Dr. Grimshandl Hans, Prakt. Arzt, Altenfurt,
Bienenweg 4

Stimmkreis III

- a) Dr. Hauptmann Karl, FA für innere Krankheiten,
Fürth, Bahnhofstraße 11
- b) Dr. Lex Oskar, Prakt. Arzt, Fürth, Königswarterstraße
56
Dr. Flekentscher Hans, FA für HNO-Krankheiten,
Fürth, Königstraße 137

Stimmkreis IV

- a) Dr. Wenzel Ruppert, Prakt. Arzt, Erlangen,
Breslauer Straße 14
- b) Dr. von Rauffer Ludwig, Prakt. Arzt, Baidersdorf,
Seligmannstraße 4
Dr. Seiler Josef, Prakt. Arzt, Erlangen-Bruck,
Fürther Straße 71



Der altbewährte wohlschmeckende
Hustensirup

Pertussin®

AUF THYMIANBASIS
auch mit Codein

Pertussin — Freude der Kinder

Stimmkreis V

- a) Dr. Riehl Georg, Prakt. Arzt, Marktbergei,
Ansbacher Straße 34
- b) Dr. Siedler Martin, Prakt. Arzt, Ipsheim Nr. 170
Dr. Klein Hans, Prakt. Arzt, Uffenheim,
Ringstraße 44

Stimmkreis VI

- a) Dr. Dr. Wendestein Helmut, FA für HNO-Krankheiten, Ansbach, Promenade 6
- b) Dr. Daesehlein Friedrich, Prakt. Arzt, Petersaurach
Dr. Albrecht Ernst, Prakt. Arzt, Schwabach,
Badestraße 2b

Stimmkreis VII

- a) Dr. Wüstmann Georg, FA für HNO-Krankheiten, Rothenburg, Spitaigasse 15
- b) Dr. Schaudlg Hans-Günther, Prakt. Arzt, Dinkelsbühl, Altrathausplatz 8
Dr. Appelbaum Rudolf, Prakt. Arzt, Feuchtwangen, Peuntweg 4

Stimmkreis VIII

- a) Dr. Spiegel Hans, Prakt. Arzt, Eichstätt, Westenstraße 20
- b) Dr. Orth Erich, Prakt. Arzt, Pappenheim, Rukwidstraße 3
Dr. Strambach Siegfried, FA für Kinderkrankheiten, Roth, Sandgasse 5a
2. Außerordentliche Mitglieder
- a) Dr. Händel Fritz, FA für innere Krankheiten, Nürnberg, Lorenzer Platz 10a
Dr. Rothlauf Rudolf, Prakt. Arzt, Erlangen, Eichenweg 11
Dr. Lechner Georg, FA für Chirurgie, Oberarzt der II. Chirurgischen Klinik, Nürnberg, Äußere Sulzbacher Straße 31

Dr. Wolf Friedrich, FA für innere Krankheiten, Univ.-Doz., Erlangen-Buckenhof, Gräfenberger Straße 53

- b) Dr. Gulich Sebastian, FA für HNO-Krankheiten, Nürnberg, Königstorgraben 1
Dr. Beier Franz, FA für Otorhinopädie, Nürnberg, Königstraße 17a
Dr. Bruch Hans, FA für Frauenkrankheiten, Oberarzt der Frauenklinik, Nürnberg, Maxtorgraben 31
Dr. Pfannmüller Walter, FA für Innere Krankheiten, Oberarzt der I. Medizinischen Klinik, Nürnberg, Juvenellstraße 29
Dr. Hiltl Heinrich, Prakt. Arzt, Erlangen, Haagstraße 15
Dr. Leuxner Ernst, FA für Frauenkrankheiten, Oberarzt der Universitäts-Frauenklinik, Erlangen, Universitätsstraße 21
Dr. Scherbel Oskar, Oberregierungsmedizinrat, Erlangen, Löhestraße 14
Dr. Kubln Oskar, Oberregierungsmedizinrat, Staatliches Gesundheitsamt, Erlangen, Geisbergstraße 6

Wahlbezirk Unterfranken

1. Ordentliche Mitglieder

Stimmkreis I

- a) Dr. Keller Fritz, FA für Chirurgie, Aschaffenburg, Grünwaldstraße 7
Dr. Flach Karl Hans, Prakt. Arzt, Aschaffenburg, Dalbergstraße 41
- b) Dr. Schleicher Gustav Adoif, FA für Dermatologie, Aschaffenburg, Frohsinnstraße 13
Dr. Trott Christian, Prakt. Arzt, Sailauf, Hauptstraße 33
Dr. Goes Martin, FA für Röntgenologie, Aschaffenburg, Ludwigstraße 11

Auch nach Finanzänderungsgesetz 1967:

Ärzteversorgung statt Angestelltenversicherung

Befreiungsanträge umgehend stellen

Mit Wirkung vom 1. Januar 1968 an hat das Recht der Angestelltenversicherung einschneidende Änderungen erfahren. Die wesentlichste ist wohl die der Beseitigung jeglicher „Versicherungspflichtgrenze“. Durch zahlreiche Veröffentlichungen in der Tagespresse ist offenbar im Kollegenkreis der falsche Eindruck entstanden, nur durch den Abschluß „Befreiender Lebensversicherungen“ könne die Pflichtmitgliedschaft in der Angestelltenversicherung abgewandt werden. Die Vertreter der Privaten Lebensversicherer treten solch falschen Vorstellungen — verständlicherweise — nur in seltenen Ausnahmefällen entgegen.

Richtig und wichtig ist demgegenüber:

Jeder angestellte Kollege, der der Bayerischen Ärzteversorgung als Pflichtmitglied angehört, hat die Möglichkeit, sich gemäß § 7 Abs. II des Angestelltenversicherungsgesetzes (AVG) von der Angestelltenversicherung befreien zu lassen (Formulare für den Befreiungsantrag stellt die Bayerische Ärzteversorgung, 8000 München 22, Widenmayerstraße 10, zur Verfügung).

Besonders wichtig ist die Antragstellung nach § 7 Abs. II AVG für diejenigen Kollegen, die bisher wegen der Höhe ihrer Angestelltenbezüge eine Befreiung von der Angestelltenversicherungspflicht noch nie herbeiführen mußten. Versäumen sie die Antragstellung, bleiben sie also Pflichtversicherte der Angestelltenversicherung, so gehen sie der besonderen Leistungen der Ärzteversorgung im Falle frühzeitiger Berufsunfähigkeit verlustig.

Der Befreiungsantrag sollte unverzüglich gestellt werden. Es ist umstritten, ob er, wie bei einer Befreiung durch Abschluß eines Lebensversicherungsvertrages, mit Rückwirkung zum 1. 1. 1968 im ersten Halbjahr 1968 gestellt werden kann. Wird diese Möglichkeit rückwirkender Antragstellung verneint, so gehen die an die Angestelltenversicherung geleisteten Beiträge zur Hälfte verloren!

Dieses Heft enthält als Beilage eine „wichtige Mitteilung für alle angestellten Ärzte“, deren sorgfältige Lektüre wir empfehlen.

Dr. Voit Erich, FA für Urologie, Aschaffenburg,
Frohsinnstraße 20

Stimmkreis II

- a) Dr. Elchner Rudolf, Prakt. Arzt, Markttheiden-
feld, Marktplatz 1
b) Dr. Hofmann Anton, Prakt. Arzt, Gemünden,
Welnbergstraße 3
Dr. Schreiber Fritz, FA für Augenkrankheiten,
Lohr, Rechtenbacher Straße 44

Stimmkreis III

- a) Dr. Koch Bernhard, Prakt. Arzt, Mellrichstadt,
Jakobsplatz 149
b) Dr. Schmähling Franz, Prakt. Arzt, Brend-
lorenzen, Rhönstraße 35 1/4
Dr. Hügelschäffer Helmut, FA für innere
Krankheiten, Königshofen, Festungsstraße 445

Stimmkreis IV

- a) Dr. Staab Karl, Prakt. Arzt, Schweinfurt,
Finkenweg 23
b) Dr. Fischer Jürgen, Prakt. Arzt, Schweinfurt,
Josef-Säckler-Straße 2
Dr. Vierheilig Walter, Prakt. Arzt, Eltmann,
Bamberger Straße 215

Stimmkreis V

- a) Dr. Kraefft Fritz, Prakt. Arzt, Würzburg,
Egloffsteinstraße 8
Dr. Fluch Franz, FA für Kinderkrankheiten,
Würzburg, Kapuzinerstraße 171/II
Dr. Rötter Werner, FA für innere Krankheiten,
Würzburg, Juliuspromenade 58
b) Dr. Brückl Bernhard*, Prakt. Arzt, Würzburg,
Ludwigstraße 11
Dr. Kell August, FA für innere Krankheiten,
Würzburg, Martinstraße 3
Dr. Mehling Rudolf, Prakt. Arzt, Würzburg,
Brücknerstraße 20
Dr. Baudler Udo, Prakt. Arzt, Rüdenshausen
Dr. Sichelstiel Karlheinz, Prakt. Arzt, Ochsen-
furt, Floßhafenstraße 2
Dr. Drescher Günther, Prakt. Arzt, Sulzheim

2. Außerordentliche Mitglieder

- a) Dr. Vierheilig Hugo Karl, Regierungsmedizinai-
direktor, FA für Nervenkrankheiten, Würzburg,
Scheffelstraße 4
Dr. Gailer Hans Joachim, FA für Frauenkrank-
heiten, Würzburg, Hubertusschiucht 11
b) Dr. Oschmann Franz Josef, FA für Chirurgie,
Kitzingen, Paul-Rücklein-Straße 14
Dr. Hüner Helmut, Privatdozent, FA für
Chirurgie, Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2
Dr. Walz Ludwig, FA für innere Krankheiten,
Aschaffenburg, Bustellstraße 7
Dr. Rusche Horst, FA für innere Krankheiten,
Bad Neustadt/S., Sonnenstraße 10

Wahlbezirk Schwaben

1. Ordentliche Mitglieder

Stimmkreis I

- a) Dr. Gahbauer Alfred, Prakt. Arzt, Stadtbergen,
Osterfeldstraße 21
Prof. Dr. Schretzenmayer Albert, FA für innere
Krankheiten, Augsburg, Prinzregentenstraße 1
Dr. Weinmann Hermann, Prakt. Arzt, Augsburg,
Humboldtstraße 41
b) Dr. Hellmann Klaus*, FA für Lungenkrank-
heiten, Augsburg, Maximilianstraße 27
Dr. Weigel Dieter, FA für HNO-Krankheiten,
Augsburg, Schaezlerstraße 4
Dr. Kllng Max, Prakt. Arzt, Augsburg,
Ulmer Straße 204
Dr. Schwelgart Hermann, FA für Orthopädie,
Augsburg, Prinzregentenstraße 4
Dr. Fischbach Gunter, Prakt. Arzt, Augsburg,
Firnhaberstraße 25

Angst, Depressionen,
Schlafstörungen,
Leistungsknick,
funktionelle
Herzsensationen,
Dyspnoe, Schwindel,
Blutdrucklabilität,
Hyperhidrosis,
vegetatives
Magensyndrom

Cesra- dyston[®]

Dragees

3 x täglich

Für Ihre Vegetativen



JULIUS REDEL · CESRA-ARZNEIMITTELFABRIK
Haueneberstein bei Baden-Baden

Dr. Hartweger Edmund, Prakt. Arzt, Langeringen Nr. 73 $\frac{1}{2}$

Stimmkreis II

- a) Dr. Dixel Werner, Prakt. Arzt, Kempten, Brodkorbweg 35
 b) Dr. Schmidt Wilhelm, FA für Augenkrankheiten, Kempten, Bahnhofstraße 12
 Dr. Holweger Walter, Prakt. Arzt, Heising

Stimmkreis III

- a) Dr. Euler Stefan, Prakt. Arzt, Lindau, Langenweg 13
 b) Dr. Hilbing Rudolf, Prakt. Arzt, Lindau, Münchhofstraße 1
 Dr. Feurle Martin, FA für innere Krankheiten, Lindenberg, Hauptstraße 68

Stimmkreis IV

- a) Dr. Koeberle Erwin, Prakt. Arzt, Oberstauen, Rainwaldstraße 4
 b) Dr. Ach Robert, Prakt. Arzt, Immenstadt, Bahnhofstraße 23
 Dr. Wollmann Bruno, Prakt. Arzt, Fischen, Hauptstraße 10

Stimmkreis V

- a) Dr. Zäsche Richard, Prakt. Arzt, Kaufbeuren-Neugablonz, Hubertusstraße 4
 b) Dr. Kelm Hubert, FA für Röntgenologie, Kaufbeuren, Kaisergraben 15
 Dr. Hautmann Richard, Prakt. Arzt, Marktobendorf, Poststraße 10

Stimmkreis VI

- a) Dr. Maier Wolfgang, FA für Lungenkrankheiten, Mindelheim, Bad Wörishofer Straße 5
 b) Dr. Schrode Rupert, Prakt. Arzt, Vöhringen, Ulmer Straße 13
 Dr. Koch Werner, FA für Nervenkrankheiten, Memmingen, Hohenzollernstraße 13

Stimmkreis VII

- a) Dr. Sann Rudolf, FA für HNO-Krankheiten, Neu-Ulm, Marienstraße 2
 Dr. Gerstmaier Wolfgang, Prakt. Arzt, Nersingen, Schulweg 205
 b) Dr. Hatten Rudolf, FA für Dermatologie, Günzburg, Dillinger Straße 18
 Dr. Samson Josef, Prakt. Arzt, Krumbach, Babenhauser Straße 16
 Dr. Hörmann Karl, Prakt. Arzt, Lauingen, Albertusstraße 3
 Dr. Beyer Otto, Prakt. Arzt, Höchstädt, Bahnhofstraße 402

Stimmkreis VIII

- a) Dr. Schurrer Karl, Prakt. Arzt, Nördlingen, Schäfflesmarkt 8
 b) Dr. Adolph Dieter, FA für Röntgenologie, Donauwörth, Reichsstraße 37
 Dr. Rieß Rupprecht, Prakt. Arzt, Weichering, Nr. 82 $\frac{1}{2}$

2. Außerordentliche Mitglieder

- a) Dr. Dengg Hubert, Oberarzt, Haunstetten, Spielfeldstraße 15
 Dr. Putz Oskar, Oberarzt, Augsburg, Saarbürgstraße 1
 b) Dr. Fabian Walter, Beamteter Arzt, Augsburg, Reinöhlstraße 87a
 Dr. Flaachsenberg Ernst, Oberarzt, Augsburg, Wörishofer Straße 4
 Dr. Kern Josef, Oberarzt, Neusäß, Brahmstraße 1
 Dr. Jilly Gerhardt, Assistenzarzt, Augsburg, Mittleres Pfaffengäßchen 29

Neuwahl des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Die im Dezember 1967 neugewählte Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns trat am 20. 1. 1968 zu ihrer konstituierenden Sitzung zusammen. Als Vorsitzende der Vertreterversammlung wurden die Kollegen

Dr. Heinrich Giesen, Kronach, und
 Dr. Siegfried Hickl, Rosenheim,

gewählt.

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

Dr. Friedrich Völlinger, Freising, als Vorstandsvorsitzender
 Dr. Walther Melder, München, als stellvertretender Vorsitzender

für die 8 Bezirksstellen:

Dr. Hans Petz, München
 Dr. Hans-Joachim Sewering, Dachau
 Dr. Hermann Biechele, Straubing
 Dr. Heinrich Eisert, Regensburg
 Dr. Armin Schleußner, Wunsiedel
 Dr. Friedrich Kolb, Nürnberg
 Dr. Fritz Kraefft, Würzburg
 Dr. Alfred Gahbauer, Stadtbergen

für die außerordentlichen Mitglieder

Dr. Hermann Mühlisen, OMR, Amberg

Für
Ihre
Magen-Patienten

ULCOLIND®

$\frac{1}{2}$ Packung 30 Tabletten

$\frac{1}{1}$ Packung 60 Tabletten



Lindopharm KG Hiiden Rhid

schirmt übersteigerte vegetative Reize ab

Haloperidol

löst Spasmen im Verdauungstrakt und hemmt übermäßige Sekretion

Disoprominhydrochlorid

stellt an der Magenschleimhaut physiologische

Verhältnisse wieder her

Blamut, aluminium, Succus Liquiritiae

bedeutet gleichzeitige Leberschutztherapie

Cholin orotat

(Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 11. Dez. 1967 — Nr. P 4 — 5355/5 — 4/67)

Landesärzte nach dem Bundessozialhilfegesetz

Als Landesarzt für Sehbehinderte nach dem Bundessozialhilfegesetz wurde neu bestellt für die Regierungsbezirke Oberpfalz und Mittelfranken:

Privatdozent Dr. Josef Wollensak, Oberarzt der Augenklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, 8520 Erlangen, Universitätsstraße 27

Der bisherige Landesarzt, Professor Dr. Robert Sleck, ist ausgeschieden.

Die MB vom 2. 1. 1963 (StAnz. Nr. 2) i. d. F. vom 19. 8. 1963 (StAnz. Nr. 35) wird hiermit entsprechend geändert.

I. A. gez. Dr. Riedl, Ministerialdirektor

Zweite Verordnung zur Änderung der Verordnung über die Entschädigung der Leichenschauer

Vom 2. Januar 1968

Aufgrund des Art. 25 Abs. 1 Nr. 3 des Kostengesetzes vom 17. 12. 1956 (BayBS III S. 442) erläßt das Bayerische Staatsministerium des Innern im Einvernehmen mit dem Bayerischen Staatsministerium der Finanzen folgende Verordnung:

§ 1

Die Verordnung über die Entschädigung der Leichenschauer vom 16. 5. 1958 (GVBl. S. 76) in der Fassung vom 4. 2. 1964 (GVBl. S. 17) wird wie folgt geändert:

1. § 2 Abs. 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Die Entschädigung beträgt für die ärztliche Leichenschau 15,— DM für die Leichenschau in öffentlichen Kranken-, Wohltätigkeits- und ähnlichen Anstalten durch Anstaltsärzte 9,— DM für die nichtärztliche Leichenschau 7,50 DM“

2. § 3 Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Für Wegstrecken innerhalb des Leichenschaubezirkes können der ärztliche Leichenschauer —,75 DM der nichtärztliche Leichenschauer —,50 DM für jeden Kilometer des Hin- und Rückweges beanspruchen (Wegegebühr).“

§ 2

Diese Verordnung tritt am 1. 2. 1968 in Kraft. München, den 2. Januar 1968

Bayerisches Staatsministerium des Innern
I. V. F i n k, Staatssekretär

Warnung

Herr Dr. med. Gustav WIENANDS, geb. 15. 3. 1908 in Hutzfeld, bietet sich auf Angebote von Assistentenstellen und Praxisvertretungen in Standesblättern und medizinischen Zeitschriften an mit der Angabe, daß Zuschriften neuerdings postlagernd an die Hauptpost Mainz gesandt werden mögen.

Dr. Wienands ist aufgrund rechtsbeständiger Verfügung des Regierungspräsidenten von Düsseldorf vom 2. 8. 1958 die Befugnis zur Ausübung sowohl des ärztlichen als auch des zahnärztlichen Berufes (er ist auch als Zahnarzt approbiert) zum Ruhen gebracht worden.

Ein gegen den Arzt eingeleitetes Ermittlungsverfahren wegen Vergehens gegen die Bundesärzteordnung wurde vom Oberstaatsanwalt bei dem Landgericht Mainz eingestellt, da Dr. Wienands wegen seiner Erkrankung strafrechtlich nicht verantwortlich ist.

Inanspruchnahme staatlicher Untersuchungsanstalten

Aus gegebener Veranlassung weist die Kammer darauf hin, daß bei der Inanspruchnahme staatlicher Einrichtungen zur Durchführung von Untersuchungen, z. B. der Bayerischen Landesimpfanstalt, München, bei Verdacht auf Pocken, der Veranlasser (d. i. der die Untersuchung veranlassende Arzt) Schuldner der Gebühren und Auslagen für die Verrichtungen dieser Anstalten ist; Veranlasser in diesem Sinne ist der zu Untersuchende, der die Probe einschickt, nicht aber der, von dem die Probe stammt (§ 2 Nr. 1 GGebO).

Bei Privatpatienten besteht die Möglichkeit, daß sie durch eine einfache Erklärung auf dem Untersuchungsantrag, wie sie künftig auch auf den Anträgen aller Staatlichen-Bakteriologischen Untersuchungsanstalten vorgesehen sein wird, die Gebühren und Auslagen übernehmen. Liegen solche Übernahmeerklärungen vor, kann der Patient nach § 2 Nr. 3 GGebO als Schuldner herangezogen werden.

Es wird sich empfehlen, vor einer Inanspruchnahme öffentlicher Untersuchungseinrichtungen eindeutig zu klären, ob der Patient die in seinem Interesse liegende Untersuchung auch zu bezahlen bereit oder in der Lage ist.



beruhigt die Nerven

und bringt erquickenden Schlaf

NERVO-OPT®

OP zu 200 ccm
OP zu 50 Drogees

DR. BRAUN U. HERBERG BAD SCHWARTAU

Ärztliche Schweigepflicht gegenüber Versicherungs-Gesellschaften

Aus gegebener Veranlassung wird im Nachstehenden der bereits in Heft 9/1964 veröffentlichte Hinweis des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer nochmals zur Kenntnis gebracht.

Die weitere rechtliche Prüfung der Probleme um die ärztliche Schweigepflicht hat gegenüber den Lebensversicherungs-Gesellschaften zur Vereinbarung einer praktischen Handhabung unter grundsätzlicher Wahrung des ärztlichen Standpunktes geführt. Im Vertrag zwischen Hartmannbund und Lebensversicherern (vgl. die Veröffentlichungen in den „Ärztlichen Mitteilungen“, 1963, Heft 39, Seite 1949) ist dementsprechend vereinbart worden, welche Angaben die Lebensversicherungs-Gesellschaften dem Arzt, den sie um ein Gutachten usw. ersuchen, zu machen haben. Sie haben ihn davon zu unterrichten, daß bei ihnen eine Entbindungserklärung des Patienten vorliege. Dieser Hinweis mit Inhaltsangabe der Entbindungserklärung ist grundsätzlich für den Arzt ausreichend, um die gewünschten Angaben zu machen. Jeder Arzt, der im Einzelfall Zweifel an Umfang und Rechtsgültigkeit dieser Entbindungserklärung hegt, ist nach dem zitierten Verträge durch die Lebensversicherungs-Gesellschaft ausdrücklich darauf hinzuweisen, daß er unverzügliche Rückfrage halten möge. Auch eine zeitlich unbeschränkte Wirkung der Entbindungserklärung ist dadurch ausgeschlossen worden, daß die Lebensversicherungs-Gesellschaften von ihren Versicherungsnehmern nur Entbindungserklärungen verlangen und erhalten, deren Wirksamkeit auf drei Jahre nach Antragstellung auf Abschluß des Lebensversicherungsvertrages begrenzt ist (abgesehen von der Schweigepflichtentbindung der Ärzte gegenüber den Lebensversicherungs-Gesellschaften, die über die seinerzeitige Todesursache aussagen können). Das wird im Wortlaut dem Arzt ebenso wie der Inhalt der Entbindungserklärung mitgeteilt. Darüber hinaus ist festzustellen, daß in rund 90 Prozent der Fälle die Patienten selbst dem Arzt ihre Wünsche hinsichtlich eines ärztlichen Zeugnisses für die Lebensversicherung vortragen und damit

unmittelbar die Entbindung des Arztes von seiner Schweigepflicht erklären.

Gegenüber Haftpflichtversicherungs-Gesellschaften muß nach wie vor daran festgehalten werden, daß der Arzt von seinem Patienten jedesmal und ausdrücklich von der Schweigepflicht entbunden sein muß, wenn er Fragen für eine Haftpflichtversicherungs-Gesellschaft beantworten soll.

Stellenausschreibung für hauptamtliche Ärzte bei den bayerischen Justizvollzugsanstalten

Für die Strafanstalten Amberg, Bernau, Kailsheim bei Donauwörth und Straubing werden hauptamtliche Anstaltsärzte gesucht.

Beschäftigung zunächst im Angestelltenverhältnis mit Vergütung nach Vergütungsgruppe IIa oder Ib BAT. Nach Ableistung der üblichen Probezeit können diejenigen Bewerber, welche die beamtenrechtlichen Voraussetzungen erfüllen (die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst ist nicht erforderlich), als Regierungsmedizinalrat zur Anstellung (BesGr. A 13) in das Beamtenverhältnis auf Probe übernommen werden. Bewerber, die bereits Beamte sind, können als Regierungsmedizinalräte (BesGr. A 13) oder als Oberregierungsmedizinalräte (BesGr. A 14) übernommen werden. Der Aufstieg bis zum Regierungsmedizinaldirektor (BesGr. A 15) ist möglich. Die Ausübung einer Privatpraxis kann auf Antrag genehmigt werden. Dienstwohnungen können gegebenenfalls zur Verfügung gestellt werden.

Bewerbungen werden an das Bayerische Staatsministerium der Justiz — Abteilung F —, 8000 München 35, Justizpalast am Karlsplatz, erbeten. Den Gesuchen sind Ausbildungsnachweise und Bescheinigungen über bisherige Tätigkeiten in Urschrift oder beglaubigter Abschrift sowie ein handgeschriebener Lebenslauf und ein Lichtbild aus neuerer Zeit beizufügen. Bei Bewerbern, die bereits im öffentlichen Dienst tätig sind, genügt statt dessen die schriftliche Zustimmung zur Einsichtnahme in Ihre Personalakten.

Aus tropischen Pflanzen

Aus frischen Drüsen

Zur besseren Verdauung



Dr. Schwab G.m.b.H. München 80

Original-Packung = 60 Tabletten
Doppel-Packung = 120 Tabletten

ARBUZ



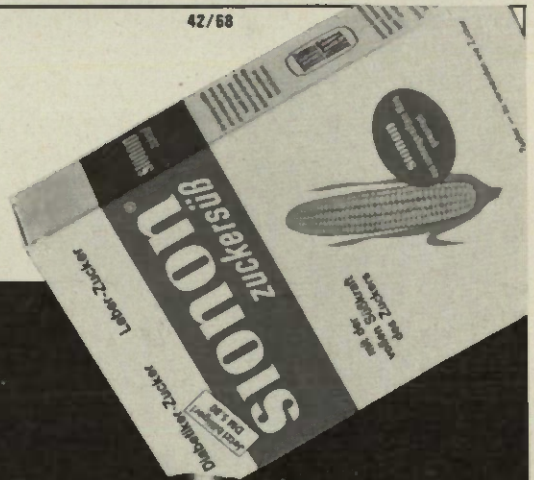
KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln

ASTHMO-KRANIT

Bronchial-Antispasmodicum

Die Diät ist die Grundlage jeder Diabetes-Therapie

42/68



Die Diabetes-Diät wird abwechslungsreich wie eine Normalkost durch den Diabetiker-Zucker

SIONON[®]
zuckersüß

- insulin-unabhängige Verwertung
- keine Anrechnung auf BE
- hervorragender Glycogenbildner
- aktiviert Leberstoffwechsel

Informationsmaterial und Muster von
DRUGOFA GMBH, 5 KÖLN-MÜLHEIM 1, Postfach 180

Seit über 35 Jahren als Diabetiker-Zucker bewährt.

Sanhelios

Pharmaz. Fabrik - 1 Berlin 62 - Ruf 711588

PREDNISON und PREDNISOLON 'Sanhelios' 5 mg

Zusammensetzung

Jede Tablette mit Doppelbruchrille enthält 5 mg Prednison bzw. Prednisolon USP XVI, BP 58.

Indikation

Rheumatische Erkrankungen und Affektionen an Knochen, Gelenken und Bändern; Asthma bronchiale und allergische Rhinitis; Heufieber; Blutkrankheiten; Leber-, Herz- und Nierenkrankheiten.

Preise gem. A. T. m. U.

20 Tabletten nur DM 5,10

50 Tabletten DM 11,70 • 100 Tabletten DM 22,35 • Klinikpackung zu 500 Tabletten

STEUERFRAGEN

Das Aktienangebot — bunt wie ein Weihnachtsteller

Daß man „in Aktien“ sparen soll oder kann, wird dem deutschen Wohndandsbürger nun schon seit längerem gesagt. Aber gibt es die Aktie als einheitlichen Begriff denn überhaupt, sind nicht interessante — oft wesentliche — Unterschiede zu beachten, wenn es um die Aktie als Sparform geht? In der Tat ist das deutsche Aktienangebot bunt wie ein deutscher Weihnachtsteller.

Da haben wir zunächst einige Unterscheidungsmerkmale nach der Bedeutung, die die Aktiengesellschaften in der Wirtschaft und ihre Aktien für das Publikum haben. Es gibt die sogenannten Standardaktien. Sie repräsentieren gesunde Unternehmungen mit einem großen, breit gestreuten und an allen deutschen sowie oft auch an einigen ausländischen Börsen amtlich notierten Aktienkapital. Die Kursentwicklung bei diesen Werten beeinflußt meistens das allgemeine Kursbild an der Börse; zumindest geben diese Aktien den Ton an für die Aktien anderer Gesellschaften der gleichen Branche. Die Börsenumsätze pflegen in diesen Papieren besonders groß zu sein. Es sind die typischen Anlagepapiere für den Aktiensparer.

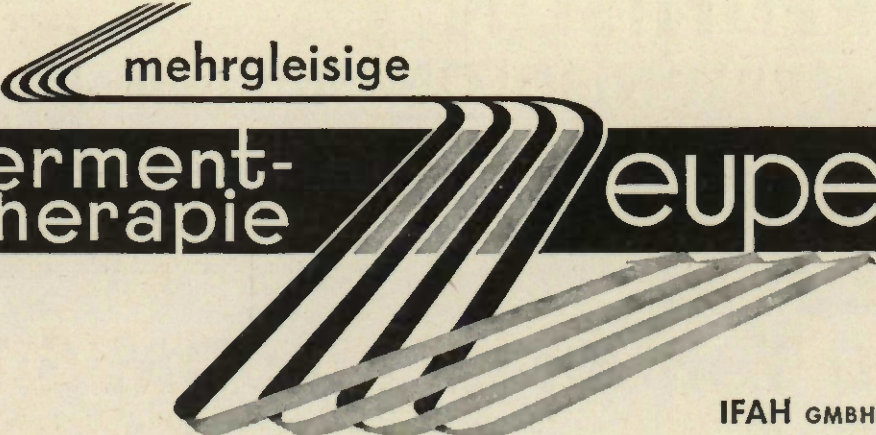
Dann finden Spezialwerte Interesse, wie Continental Gummi, Zellstoff Waldhof, Deutsche Tafelglas — Aktien von großen renommierten Unternehmungen also, aber von Gesellschaften, die nur verhältnismäßig engen Industriebereichen zugehören und auf die meist auch Großaktionäre einen beherrschenden Einfluß haben. Für die Spargeldanlage sind auch sie in der Regel gut geeignet, aber man muß sich darüber im klaren sein, daß der Markt in Spezialpapieren relativ eng ist und daher auch nicht immer so gepflegt werden kann wie der der Standardaktien. Absolute Spitzenpapiere — sogenannte blue chips — findet man nur im Kreis der Standardaktien; es sind die Werte, an die zum Beispiel eine ausländische Pensionskasse oder Versicherungsgesellschaft zuerst denkt, wenn sie die Geldanlage in deutschen Aktien erwägt. Auch bei den Investmentgesellschaften im In- und Ausland sind Standardaktien Favoriten, Spezialpapiere werden vor allem gern genommen (und verkauft), um Kursbewegungen auszunutzen.

Allerdings, das hat seine Grenzen: Bei engen Märkten, wie sie für Spezialpapiere oft typisch sind, reagiert der

Kurs auf größere Käufe und Verkäufe im allgemeinen sehr prompt und ziemlich heftig. Man disponiert also in kleineren Beträgen, und dann gibt es auch nicht so viel zu verdienen (also wird mancher, da es eine Gewinn-Garantie ohnehin nicht gibt, sich für Spezialpapiere gar nicht so sehr Interessieren). Für die Berufsspekulation, die ja mit geringeren Beträgen als etwa Investmentgesellschaften arbeitet, sind Spezialwerte oft ein gefundenes Fressen — eben weil sich hier das Kursbild schnell einmal und leichter als bei den Standardaktien, die Hunderttausende von Aktionären haben, verändern kann.

Wieder eine Gruppe für sich sind die Regional- und Lokalpapiere. Für den Aktiensparer als Geldanleger kommen sie nur ausnahmsweise in Frage. Sie sind, wenn überhaupt, an nur einer, höchstens zwei Börsen notiert. Die Bedeutung der Gesellschaften, deren Grundkapital sie bilden, geht über einen engen Raum nicht hinaus — zum Beispiel Holsten-Brauerei Hamburg, Bremer Wollkammerei, Heilmann und Littmann Bau, München, Hilgers AG, Rheinbrohl — aber es können sehr gute Gesellschaften sein, auf gute Gewinne fundiert und — oft — von bestimmten Familien fest beherrscht. Solche Herrschaftsverhältnisse führen gelegentlich zu harten Auseinandersetzungen mit freien Aktionären, bei denen die freien Aktionäre zwar im Recht sind, aber nicht Recht bekommen — oder erst nach langen Prozessen. Manchmal stehen auch sich bekämpfende Familienelans hinter solchen Auftritten. Selbstverständlich sind das alles Sonderfälle; aber wir erwähnen sie, weil die Situation des freien Aktionärs bei den Regional- und Lokalgesellschaften oft weniger Verständnis findet als bei den Gesellschaften, die „Spezialpapiere“, oder gar bei denen, die Standardaktien am Markt haben. Das hat seinen einfachen Grund: Regional- und Lokalgesellschaften sind meist um ihrer Finanzierung willen nicht, oder bedeutend weniger als die großen Unternehmungen auf den freien Publikumsaktionär angewiesen.

Die Kursbewegungen sind bei diesen kleinen Werten in der Regel besonders ruhig; es wird nicht viel gehandelt, weil weder viel aus den festen Händen an den Markt



mehrgleisige

ferment-
therapie

eupeptum

Oberbauchstörungen
Meteorismus
Dyskinesien

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

IFAH GMBH HAMBURG 22 

kommt, noch weil am Markt laufend größere Nachfrage ist. Größeres zufälliges Angebot ist immer noch so klein, daß die Hausbank des Unternehmens die Aktien leicht aufnehmen kann, um sie bei auflebender Nachfrage dann wieder abzugeben. Es ist also relativ leicht, den Kurs zu pflegen. Ungeachtet dessen gibt es gelegentlich sehr kräftige Kursbewegungen, und nicht nur, wenn (meist sehr spät) publik wird, daß es einer solchen Gesellschaft extrem schlecht geht. Auch die Spekulation nach oben ist manchmal im Spiel (bei dem engen Markt nicht so schwierig!). Investmentgesellschaften haben an Regional- und Lokaiwerten nur ein sehr begrenztes Interesse. Das Problem kurzstrebender Käufe bzw. kursdrückender Verkäufe, das bei den Spezialpapieren besteht, stellt sich hier verschärft: Es kann sein, daß Verkäufe zu dem für richtig gehaltenen Zeitpunkt unmöglich sind — einfach, weil sich kein Abnehmer findet! Die Hausbank kauft nämlich auch nur, wenn ihr von der betroffenen Gesellschaft die Mittel dazu gegeben werden (bzw. wenn die Gesellschaft einen Bereitstellungszins für die dazu eventuell notwendigen Mittel zahlt). Im übrigen ist diese Kategorie von Aktien nicht sehr beliebt, weil die Publizität der Gesellschaften sich in der Regel an der unteren Grenze des üblichen und manchmal sogar noch unterhalb des vom Gesetz Verlangten bewegt.

Wir haben drei Kategorien von Aktien, eingeteilt nach dem Rang, den die Papiere am Markt haben, genannt. Die Grenzen zwischen diesen drei Kategorien sind gleichwohl fließend. NSU z.B. ist ein bisher hochspekulatives Papier, ein wenig zu „klein“, um Standardaktie zu sein, aber als reines Spezialpapier möchte man es wegen seiner Zugehörigkeit zur großen und repräsentativen Automobilbranche auch nicht einstufen. Kann andererseits Löwenbräu, München, die größte Brauerei in Bayern, als Regionaipapier gelten? Eine kräftige Beteiligung liegt in Wuppertal, und die amtliche Notiz findet auch an der Frankfurter Börse statt. Dennoch haben wir es höchstens für den Kreis der Brauerei-Aktien mit einer Art Standardwert zu tun, und für ein Spezialpapier wird auch niemand Löwenbräu halten. Andererseits kann eine Aktie wie diese, schon vom Produkt der Gesellschaft her, als Anlagepapier gelten, wie auch seine Beliebtheit bei den Investmentgesellschaften zeigt.

Überhaupt: Wer sich einen allgemeinen Überblick über vielleicht zur Anlage seines Geldes geeignete Aktien verschaffen will, der studiere die Anlagelisten der großen, auf inländische Aktien ausgerichteten Investmentfonds. Dabei übersehe er nicht, daß manche Aktie, die nicht Standardpapier ist, nur deshalb gekauft sein mag, weil das „Gesetz über Kapitalanlagegesellschaften“ verbietet, daß Wertpapiere eines Unternehmens mehr als im Höchstfall 7,5% (normalerweise 5%) des Sondervermögens eines Investmentfonds ausmachen; außerdem darf kein Fonds mehr als 5% des Aktienkapitals einer Gesellschaft besitzen.

Wer sich für ausländische Aktien interessiert, kann sich einen Überblick über das hier mehr oder weniger in Frage kommende Angebot verschaffen, indem er die Anlagelisten der Fonds studiert, die ihre Anlagen international mischen.

Ansch. d. Verf.: Bernd Baehring, 8035 Gauting, Sultanshöhe 18

So sieht man ihn seit Tagen husten, anstatt den Doktor gleich zu rufen - der hätt das Übel fortgeschafft mit

TUSS INFANTUM® Hustensaft



Apotheker Kurt Merz - 6497 Steinau

**TOSSA
ARZNEI**

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Dezember 1967*)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Erkrankungen an Scharlach traten im Dezember etwa ebenso häufig wie im November auf, nämlich 122 Fälle je 100 000 der Bevölkerung (umgerechnet auf ein Jahr). Erneut leicht zurück ging die Häufigkeit von Erkrankungen an übertragbarer Hirnhautentzündung; allerdings war sie nach wie vor deutlich höher als zur gleichen Zeit des Vorjahres (ausgenommen Meningokokken-Meningitis).

Im Berichtsmonat wurden nur einige wenige Fälle von Typhus, Paratyphus und Ruhr gemeldet. Erkrankungen an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) traten gleich häufig wie im November auf. Die Erkrankungsziffer an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) sank von 44 Fällen je 100 000 der Bevölkerung im November auf 39 im Dezember.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 3. bis 30. Dezember 1967 (Vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11	
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare						Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa					
					Kinderlähmung		Hirnhautentzündung		Gehirnentzündung								Salmonellosis		Übrige Formen			
	E ¹⁾	ST ²⁾	E	ST	der. paral. Fälle	Meningokokken-Meningitis	Übrige Formen	E			ST	E	ST	E	ST	E					ST	E
Oberbayern	—	—	369	—	—	—	7	—	18	—	—	—	1	—	—	—	5	—	62	—	2	—
Niederbayern	—	—	49	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	5	—	—	—
Oberpfalz	—	—	51	—	—	—	1	—	7	—	—	—	—	—	1	—	—	—	15	—	—	—
Oberfranken	—	—	92	—	—	—	2	—	14	—	—	—	—	—	—	—	3	—	2	1	1	—
Mittelfranken	2	1	144	—	—	—	3	—	2	—	1	1	1	—	—	—	—	—	5	—	—	—
Unterfranken	1	—	146	—	—	—	3	—	17	—	—	—	1	—	1	—	—	—	17	—	2	—
Schwaben	1	—	110	—	—	—	1	—	15	—	—	—	—	—	3	—	5	—	9	—	—	—
Bayern	4	1	961	—	—	—	18	—	74	—	1	1	3	—	5	—	15	—	115	1	5	—
München	—	—	170	—	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	30	—	—	—
Nürnberg	—	—	47	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—
Augeburg	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—
Würzburg	—	—	15	—	—	—	1	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		
	Botulismus		Hepatitis infectiosa		Ornithose				Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾		Maltafieber		Leptospirose						Malaria-Erstkrankung		Taxoplasmosis		Trachom		Wundstarrkrampf		
					Psittakose		(Übrige Formen)						Weilsche Krankheit		Kanikalfieber		Übrige Formen										
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E
Oberbayern	—	—	106	—	—	—	2	—	31	—	—	—	1	—	1	—	1	—	1	—	3	—	1	—	2	—	—
Niederbayern	—	—	77	1	—	—	—	—	11	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	2	—	—
Oberpfalz	—	—	30	—	1	—	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberfranken	—	—	20	1	—	—	1	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Mittelfranken	—	—	28	1	—	—	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	3	—
Unterfranken	1	—	34	1	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—
Schwaben	—	—	11	—	—	—	—	—	39	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Bayern	1	—	306	4	1	—	3	—	114	—	1	—	2	—	1	—	1	—	1	—	6	—	1	—	11	4	—
München	—	—	49	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—
Nürnberg	—	—	7	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—
Augeburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	4	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.
 1) „E“ = Erkrankungen (einschl. der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle.
 2) „ST“ = Sterbefälle.
 3) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

A



A



Carduben®
ein neuer Trumpf
gegen
den Infarkt



Carduben, ein reiner Naturstoff
zur Langzeitbehandlung des
infarktgefährdeten und des
infarktgeschädigten Herzens,
dilatiert die Coronarien,
ökonomisiert die Herzarbeit,
dämpft die Sympathicusreize,
ist hervorragend verträglich,
blutdruck- und frequenzneutral,
uneingeschränkt kombinierbar.
O. P. 15 und 45 Tabletten.



A



A

MITTEILUNGEN

Bereits 1500 Ärzte haben den ADAC-Notfallkoffer Für schnelle und wirksame Hilfe am Unfallort

Innerhalb von sechs Monaten haben bereits 1500 Ärzte den ADAC-Notfallkoffer erworben. Dieser Notfallkoffer wird vom ADAC zum Selbstkostenpreis von 149,— DM an alle Ärzte abgegeben. Er enthält alle wichtigen Instrumente, die ein Arzt für eine sofortige Hilfeleistung am Unfallort braucht, wie beispielsweise Biutersatz mit Besteck, Tubus für Mund-zu-Mund-Beatmung, wichtige Spritzen und eine neuentwickelte Metallfolie zum Schutz gegen Unterkühlung.

Der Unfallschock (Zusammenbruch des Kreislaufes) zählt immer noch zu den häufigsten Todesursachen nach schweren Verkehrsunfällen. Mit der Notfallausrüstung des ADAC kann der Arzt bereits am Unfallort damit beginnen, den Unfallschock noch vor dem Krankenhaustransport zu beheben. Der ADAC-Notfallkoffer ist vom ADAC nach Empfehlungen des Deutschen Roten Kreuzes und der Bundesärztekammer geschaffen worden.

(ADAC-Nachrichtendienst)

Krankenversicherer fusionieren

Die Zahl der Unternehmungen in der privaten Krankenversicherung hat seit 1958 um 17 auf 64 abgenommen. Das ist ein Abgang von mehr als einem Fünftel binnen neun Jahren; in 15 Fällen waren Gegenseitigkeitsvereine betroffen. Da Pleiten nicht stattgefunden haben und infolge der staatlichen Überwachung des auf mathematischer Basis arbeitenden Versicherungszweiges auch praktisch nicht stattfinden können, kommt in dieser Entwicklung ein Konzentrationsvorgang zum Ausdruck. Das überrascht nicht, denn das Vordringen der staatlichen Zwangsversorgung läßt wenig Raum, und der Wettbewerb ist auch unter den privaten Krankenversicherern (PKV) härter geworden. Das läßt sich schon daran ablesen, daß seit 1963 die Beitragseinnahmen Jahr um Jahr weniger rasch angestiegen sind als die Versicherungszahlungen einschließlich Beitragsrückerstattung. Wenn auch der Abstand im letzten Jahr nur sehr knapp gewesen ist (Beitragswachstum 13,7 Prozent, Versicherungszahlungen plus 13,9 Prozent), so wird doch deutlich, daß immer mehr eine breite Bestandsmischung, wie sie kleine Versicherungsvereine kaum haben können, Voraussetzung für ein Mithalten im Wettlauf ist. Es ist sicher kein Zufall, daß seit jenem Jahr 1963 allein 9 Unternehmungen das Rennen aufgegeben haben — und in den anderthalb Jahren von Anfang 1968 bis Mitte 1967 fünf.

Indessen spricht der PKV-Verband davon, daß keine Rede von einer Zersplitterung oder gar Überbesetzung des Versicherungszweiges sein könne. Vielleicht will das sagen, mit den bisherigen Abgängen sei eine unvermeidliche Branchenbereinigung erfolgt — weitere Fusionen und Bestandsübertragungen seien „objektiv“ nicht mehr erforderlich. Man wird abwarten müssen, ob die Dinge so richtig gesehen werden. Im übrigen sei erwähnt, daß es einige hundert in dieser Betrachtung nicht berücksichtigte, sehr kleine Versicherungsvereine von lokaler Bedeutung gibt, denen es teilweise sogar ausgezeichnet gehen soll.

Was die anderen betrifft, so haben sich zwischen ihnen keine wesentlichen Gewichtsverlagerungen ergeben. Heute wie vor vier Jahren verwalten 28 Unternehmungen 94 bzw. 93 Prozent des Gesamtbestandes, der inzwischen von 14,6 auf 17,5 Millionen Verträge angewachsen ist. Bei den Beitragseinnahmen, die unverändert größtenteils aus der Krankheitskostenvollversicherung fließen, haben sich die Dinge wie folgt verändert: Im Jahre 1963 haben 28 von damals 73 Unternehmungen knapp 95 Prozent der Beiträge eingenommen; 1966 erzielten 21 von 69 Unternehmungen 90 Prozent der Gesamtbeitragseinnahme. Auch hier also keine umstürzende Entwicklung, obwohl das Beitragswachstum von 1,8 auf 2,6 Mrd. DM Raum für größere Verschiebungen geboten hätte. Der immerhin erkennbare leichte Trend zur Konzentration des Geschäfts auf größere Gesellschaften mag allein die Folge davon sein, daß diese Unternehmungen kleinere Versicherungsvereine in sich aufgenommen haben.

-Bg-

BUCHBESPRECHUNGEN

„Real-Lexikon der Medizin und ihrer Grenzgebiete“ — herausgegeben unter Mitarbeit zahlreicher Fachgelehrter.

Band 1: A — Carfimum

XIX, 799 Seiten (Buchstabe A: 339 S.; Buchstabe B: 364 S.; Buchstabe C: 36 S.). Lex. Oktav. 1967, Kunststoff (Lose-Blatt-Decke), DM 140,—. Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien.

Der Verlag Urban & Schwarzenberg hat vor einigen Monaten den 1. Band seines Real-Lexikons der Medizin und ihrer Grenzgebiete vorgelegt. Es sind 6 Bände im Lexikon-Großformat (18,5×27 cm) vorgesehen. Dabei ist zu bemerken und dem Verlag auch dafür ganz besonders zu danken, daß diese Bücher in Lose-Blatt-Form erscheinen und daher jeder Zeit ohne große Kosten ergänzungsfähig sind. Das Werk erscheint in Teillieferungen, von denen jeweils 5 zu einem Band mit etwa 800 Seiten zusammengefaßt werden. Der Preis einer Lieferung beträgt bei einem Umfang von etwa 160 Seiten DM 28,—. Es ist beabsichtigt, jährlich etwa einen Band abzuschließen. Dieses große Werk wird unter Mitarbeit zahlreicher Fachgelehrter herausgegeben. Es wird nach seinem Abschluß eine umfassende Dokumentation des medizinischen Wissens der Gegenwart darstellen, dessen Titel „Real-Lexikon“ auch die Erinnerung an die „Real-Enzyklopädie der gesamten Heilkunde“ Albert EULENBURGS wachhalten soll.

Priv.-Doz. Dr. H. PFLÜGER, Frankfurt: „Kurzlehrbuch der modernen Anästhesie“, 2., neubearbeitete und erweiterte Auflage 1966, XIV, 330 S., 219 Abb., 12 Tab., Balacuir, DM 42,—. F. K. Schattauer-Verlag, Stuttgart.

Auch in der vorliegenden, gegenüber der ersten Auflage aus dem Jahre 1962 annähernd um das Doppelte erweiterten Fassung wurde versucht, den Charakter eines Kurzlehrbuches beizubehalten.

Der narkosetechnische Teil, dem u. a. ein größeres Kapitel über den extrakorporalen Kreislauf eingegliedert wurde, gibt eine gute Übersicht über die vielseitigen apparativen Möglichkeiten, die der neuzeitlichen Anästhesiologie zur Verfügung stehen.

Zu begründen ist die neu hinzugekommene Abhandlung über Lokal- und Leitungsanästhesie.

Die Methoden der Wiederbelebung und das Vorgehen in Notfallsituationen werden ausführlich besprochen.

Die Probleme der Intensivbehandlung, also auch der Langzeitbeatmung, eingehend darzustellen, ginge über die Aufgabe eines Kurzlehrbuches hinaus.

Das Buch hat sich in der deutschsprachigen Anästhesie-Literatur einen festen Platz erobert. Es sollte jedem, der sich mit Narkosen beschäftigt, empfohlen werden.

Dr. Ch. Lehmann, München

KONGRESSE UND FORTBILDUNG**41. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin**

29. bis 31. März 1968 — Thema: „Magen, Darm, Leber, Galle, Pankreas, Schiiddrüse“

Leitung: Professor Dr. A. Schretzenmayr, Augsburg

Kongreßort: Neuer Großbau der National Registrier Kassen, Augsburg, Ulmer Straße 160 a, Eingang vom Parkplatz (Lippschützstraße), Straßenbahnlinie 2, Haltestelle National Registrier Kassen.

Freitag, 29. März 1968

16.00 Uhr:

Klinische Visiten und Demonstrationen auf den Stationen des Westkrankenhauses, Langemarkstraße, Straßenbahnlinie 2, Haltestelle Heimgarten

Filmprogramm

20.00 Uhr:

Filmabend im Vortragssaal der National Registrier-Kassen Augsburg, Ulmer Straße 160 a
„**Leberdiagnostik**“

(BOEHRINGER, Mannheim)

„**Die Struma**“ — **Differenzialdiagnose und Therapie**

(BOEHRINGER, Ingelheim)

„**Die Phenylketonurie**“

(LAPPE, Bensberg)

Hauptreferate**Samstag, 30. März 1968**

8.00—9.00 Uhr:

Besuch der Ausstellung

9.00—10.00 Uhr:

Dr. med. habil. G. Volkheimer, Facharzt für Gastroenterologie, Berlin

„**Moderne gastroenterologische Diagnostik in der Praxis**“ (Doppelreferat)

10.00—10.20 Uhr:

Prof. Dr. Dr. E. H. Graul, Leiter der Abteilung für Strahlenbiologie und Isotopenforschung der Philipps-Universität Marburg/Lahn

„**Nukleare Diagnostik in der Gastroenterologie**“

10.20—10.40 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. R. Hild, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg

„**Angiologische Diagnostik in der Gastroenterologie**“

11.10—11.40 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. H. Fahrländer, Bürgerspital Basel, Medizinische Universitätsklinik

„**Malabsorption**“

11.40—12.10 Uhr:

Dr. E. Hafter, Spezialarzt für innere Medizin, Zürich/Schweiz

„**Pathogenese und Therapie des Meteorismus**“

12.10—12.40 Uhr:

Prof. Dr. L. Zuckschwerdt, Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik und Poliklinik, Hamburg

„**Neue Wege der chirurgischen Ulkus-Therapie**“

14.00—15.15 Uhr:

Podiumsgespräch:„**Schiiddrüsen-Symposion**“

Einleitendes Kurzreferat:

Prof. Dr. H. W. Pabst, München, als Internist und Nuklearmediziner; Prof. Dr. L. Zuckschwerdt, Hamburg, als Chirurg

Gesprächspartner:

Prof. Graul, Dr. med. habil. Volkheimer, Priv.-Doz. Fahrländer, Dr. Hafter, Dr. Hild, Prof. Dr. Martin, Priv.-Doz. Dr. Seidl

Gesprächsleiter:

Prof. Dr. A. Schretzenmayr

15.30—18.00 Uhr:

Klinische Visiten und Demonstrationen in den Augsburger Krankenhäusern**Sonntag, 31. März 1968**

8.00—9.00 Uhr:

Besuch der Ausstellung

9.00—9.40 Uhr:

Prof. Dr. H. Hartweg, Direktor des Institutes für Röntgendiagnostik und Strahlentherapie der Universität Basel

„**Gastroenterologische Röntgendiagnostik**“

10.10—10.40 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. E. Böhle, Oberarzt der Medizinischen Universitätsklinik Frankfurt

„**Moderne Leberdiagnostik**“

11.10—11.40 Uhr:

Prof. Dr. W. Siede, Direktor der I. Medizinischen Universitätsklinik Frankfurt

„**Atypische Verlaufsformen und Therapie der Hepatitis**“

11.40—12.10 Uhr:

Prof. Dr. M. Dorner und Prof. Dr. R. Bockel, Medizinische Universitätsklinik Straßburg

„**Praxisdiagnostik und Therapie der Fettleber**“

12.10—12.40 Uhr:

Prof. Dr. E. Ungeheuer, Direktor der Chirurgischen Klinik des Krankenhauses Nordwest Frankfurt/Main

„**Therapie des portalen Hochdrucks**“

14.00—14.30 Uhr:

Prof. Dr. A. Neumayr, Vorstand der Medizinischen Abteilung des Kaiserin-Elisabeth-Spitals Wien

„**Die Pankreatitis**“

14.30—15.00 Uhr:

Dr. E. Gugler, Oberarzt der Universitätskinderklinik, Inselspital Bern

„**Die Mukoviszidose**“

15.00—16.00 Uhr:

Podiumsgespräch:„**Therapie der Leber-, Gallen- und Pankreaserkrankungen**“

Gesprächspartner:

Prof. Siede, Priv.-Doz. Böhle, Prof. Dorner, Prof. Bockel, Prof. Ungeheuer, Prof. Neumayr, Dr. Gugler

Gesprächsleiter:

Prof. Dr. A. Schretzenmayr

Parallelveranstaltung:

Immunologisches Symposion

Hörsaal, 5. Stock, des Kongreßgebäudes

Samstag, 30. März 1968

9.00—9.40 Uhr:

Dr. Gathof, Chefarzt des Blutspendedienstes des BRK, Würzburg

„**Pathogenese, Labordiagnostik des Morbus haemolyticus neonatorum (Erythroblastose), insbesondere der klassischen Rhesuserythroblastose, Sensibilisierungsprophylaxe mit Anti-D-Immunglobulinen**“

9.40—10.20 Uhr:

Dr. Gerhard, Würzburg

„**Methoden und Techniken zum Nachweis von Immunsierungen gegen A und B bei Schwangeren (ABO-Erythroblastose), Sonderformen des Morbus haemolyticus neonatorum**“

10.20—11.10 Uhr:

„**Demonstrationen der Blutgruppenserologie, Erythroblastosedagnostik, Immunhämatologie und Labordiagnostik der Gerinnungsstörungen durch die Spezialfirmen, dem Blutspendedienst des Bayerischen Roten Kreuzes, des Immunhämatologischen- und Gerinnungslabors des Westkrankenhauses Augsburg der**

II. Med. Univ.-Klinik und des BSD der Universitätsklinik Frankfurt

11.10—13.00 Uhr:

1. Priv.-Doz. Dr. Seidl, Oberarzt der immunhämologischen Abteilung der Universität Frankfurt
„Autoantikörper im erythrozytären System mit besonderer Berücksichtigung medikamentös induzierter Antikörper“

2. Prof. Dr. Martin, Oberarzt der II. Med. Univ.-Klinik Frankfurt
„Klinik und Therapie der autoimmunhämolytischen Anämie“

13.00—15.15 Uhr:

Demonstrationen wie am Vormittag

15.15—17.00 Uhr:

1. Priv.-Doz. Dr. Seidl, Frankfurt
„Serologie der Leukozyto- und Thrombozytopenie“

2. Prof. Dr. Martin, Frankfurt
„Klinik und Therapie der Leukozyto- und Thrombozytopenie“

17.00—18.00 Uhr:

Demonstrationen wie am Vormittag

Sonntag, 31. März 1968

9.00—10.30 Uhr:

OMR Dr. Furthmüller, Leitender Arzt der Blutbank und des Hämatologischen Institutes Augsburg
„Erkennung und Behandlung von Gerinnungsstörungen in Laboratorien und in der Praxis“

a) Thrombozytäre Erkrankungen
b) Erkrankungen im Plasmagerinnungssystem
Lebererkrankungen
Hämophilien
Verbrauchskoagulopathien

c) Störungen bei Antikoagulantienbehandlung
d) Hyperfibrinolytische Blutungen

10.30—11.30 Uhr und 13.00—15.00 Uhr:

Demonstrationen wie am Vortage

Anfragen und Anmeldungen: Sekretariat des „Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin“, 8900 Augsburg, Frohlinnstraße 2, Telefon 2 27 77

Einführungslehrgang

in die Blutgruppenserologie, Erythroblastosedagnostik, Diagnostik der Autoimmunkrankheiten des Blutes und Transfusionskunde

vom 25. bis 29. März 1968

im Institut des Blutspendedienstes des Bayerischen Roten Kreuzes, Augsburg, Auf dem Kreuz 23

Vorlesungen jeweils von 9.00—12.00 Uhr;

praktische Übungen jeweils von 14.00—17.00 Uhr

Lehrgangleiter: Dr. Gerhard, Würzburg, OMR Dr. Furthmüller, Augsburg

Montag mit Mittwoch:

„Blutgruppenserologie einschließlich Kreuzprobe, Antilobulinintest (Coombs-Test) und Enzymtechniken“

Donnerstag:

„Labordiagnostik des Morbus haemolyticus neonatorum (Erythroblastose)“

Freitag:

„Labordiagnostik der Autoimmunkrankheiten des Blutes“

Der Kurs ist kostenfrei; die Teilnehmer bzw. ihre Kostenträger müssen jedoch für Unterkunft usw. selbst aufkommen.

Anmeldungen zu diesem Kurs sind an Herrn Dr. med. Gathof, Chefarzt des Blutspendedienstes des Bayerischen Roten Kreuzes, 8714 Wiesentheid, Tel. 0 93 83 / 273, zu richten.

Frühjahrstagung der Bayerischen Röntgengesellschaft

Vom 4. bis 5. Mai 1968 in Kempten

Die Bayerische Röntgengesellschaft e.V. veranstaltet am 4./5. Mai 1968 im Kornhaus zu Kempten ihre diesjährige Frühjahrstagung.

Vorläufiges Programm:

Samstag, den 4. Mai 1968

I. „Die Röntgendiagnostik des kindlichen Thorax“

1. Formen und Formwandel der kindlichen Pneumonie
2. Einfluß der Aufnahmetechnik und des kindlichen Verhaltens während der Aufnahme auf die Bildgestaltung
3. Strahlenbelastung des kindlichen Organismus

II. „Röntgen- und Isotopendiagnostik des Pankreas“

1. Röntgendiagnostik mit konventionellen Mitteln
2. Röntgendiagnostik mittels der Angiographie
3. Diagnostische Möglichkeiten mit den Mitteln der Nuklearmedizin

Sonntag, den 5. Mai 1968:

III. Freie Vorträge

IV. „Angiographie der Aorta und der unteren Extremitäten“

1. Indikationsstellung zu gefäßchirurgischen Eingriffen oder konservativer Behandlung durch die Angiographie
2. Apparative Ausrüstung zur peripheren Angiographie
3. Die Angiographie der unteren Extremitäten in der Unfallchirurgie
4. Therapeutische Möglichkeiten und ihre angiographische Kontrolle

Die Anmeldung von Vorträgen zu den einzelnen Themen und von freien Vorträgen beliebigen, medizinisch-radiologischen Inhalts nimmt unter Beifügung eines Autorreferats der 1. Vorsitzende der Gesellschaft, Dr. med. F. Alt, bis zum 1. 3. 1968 entgegen.

Vorträge, deren wesentlicher Inhalt vor der Tagung bereits in der Fachpresse veröffentlicht wurde, können nicht angenommen werden.

Das Sekretariat der Gesellschaft befindet sich im Riederinstitut, 8000 München 15, Ziemssenstraße 1.

Pernionin®

Pernionin® -Teil-Bad

Pernionin® -Voll-Bad



KREWEL-WERKE - Eitorf b. Köln

Periphere und lokale Durchblutungsstörungen,

Perniones, Arthropathien,

Rheumatische u. neuralgische Beschwerden.

Rheuma, Neuralgien, Durchblutungsstörungen,

Erfrierungsschäden; vegetative Dystonien,

Erschöpfungszustände allgemeiner und nervöser Art.

Kurs für Röntgenhelferinnen

vom 25. März bis 5. April 1968 in Erlangen

Vom 25. März bis 5. April 1968 findet der nächste von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Kurs für Röntgenhelferinnen in Erlangen unter der Leitung von Dr. med. H. Fuchs, Leiter der Röntgenabteilung der Medizinischen Universitätsklinik Erlangen, statt.

Anmeldungen zu diesem Kurs umgehend bei der Bayerischen Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85, Telefon 36 11 21.

Fortbildungstagung für praktizierende Ärzte

am 2. März 1968 in Erlangen

Thema: „Chronischer Gelenkrheumatismus“

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. F. Scheiffarth, Erlangen

Ort:

Erlangen, Neuer Hörsaal der Medizinischen Universitätsklinik

Programm:

8.30 Uhr s. t.:

Beginn

9.00 Uhr:

Prof. Dr. J. Lindner, Hamburg

„Pathologische Anatomie der primär-chronischen Polyarthritiden“

9.30 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. F. Wagenhäuser, Zürich

„Klinik der primär-chronischen Polyarthritiden des Erwachsenen“

10.00 Uhr:

Prof. Dr. E. Stoeber, Garmisch-Partenkirchen

„Chronischer Gelenkrheumatismus des Kindesalters“

10.30 Uhr:

Pause

11.00 Uhr:

Prof. Dr. O. P. Hornstein, Erlangen

„Diagnostische Bedeutung der Hautveränderungen bei primär-chronischer Polyarthritiden“

11.30 Uhr:

Prof. Dr. F. Scheiffarth, Erlangen

„Immunologie bei primär-chronischer Polyarthritiden“

11.45 Uhr:

Reg.-Med.-Dir. Dr. F. Legler, Erlangen

„Diagnostik der primär-chronischen Polyarthritiden“

12.00 Uhr:

Oberarzt Dr. F. Schilling, Bad Kreuznach

„Spondylitis ankylopoetica“

12.30 Uhr:

Mittagspause

15.00 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. W. Mohring, Erlangen

„Operative Therapie der primär-chronischen Polyarthritiden“

15.30 Uhr:

Oberarzt Dr. G. Kölle, Garmisch-Partenkirchen

„Therapie des chronischen Gelenkrheumatismus im Kindesalter“

16.00 Uhr:

Pause

16.15 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. D. Gross, Zürich

„Konservative Therapie der primär-chronischen Polyarthritiden im Erwachsenenalter“

16.45 Uhr:

Round-table-Gespräch

17.30 Uhr:

Ende der Tagung



ArzneiMüller
Bielefeld

Monapax

bei Husten
Keuchhusten
Bronchialkatarrh

EKG-Lehrgang für Anfänger

Vom 5. April bis 31. Mai 1968
an der Medizinischen Universitätsklinik Erlangen

Unter der wissenschaftlichen Leitung von Privatdozent Dr. med. K. Bachmann veranstalten der Ärztliche Kreisverband Erlangen und der Kreisverein Erlangen des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) einen großen EKG-Lehrgang für Anfänger an der Medizinischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg. Der Lehrgang findet statt in der Zeit vom 5. 4. bis 31. 5. 1968 (40 Stunden), jeweils am Freitag von 20.00 bis 22.30 Uhr und Samstag von 9.00 bis 11.30 Uhr im alten Hörsaal der Klinik, Erlangen, Krankenhausstraße 12.

Die Teilnehmergebühr beträgt DM 180,— und ist bei Lehrgangsbeginn zu entrichten.

Anmeldungen nur schriftlich bis 20. März 1968 an die Geschäftsstelle des Ärztlichen Kreisverbandes Erlangen, 8520 Erlangen, Südliche Stadtmauerstraße 11.

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 1968:

1. 3.—30. 8. in Düsseldorf: 33. Amtsarztlehrgang. Auskunft: Sekretariat der Akademie für Staatsmedizin Düsseldorf, 4000 Düsseldorf, Auf'm Hennekamp 70.
- 1.—2. 3. in Freiburg: Symposion über Kreislaufmessungen. Auskunft: Medizinisch-Naturwissenschaftliche Hochschule, 7900 Uim, Parkstraße 10.
2. 3. in Wien: Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Angiologie. Auskunft: Doz. Dr. R. Santner, II. Universitätsklinik, A-1090 Wien, Alserstraße 4.
- 2.—3. 3. in München: Kurs für manuelle Behandlung der Extremitäten-Gelenke (Schulter). Auskunft: Sekretariat der Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie (FAC) e. V., 4700 Hamm, Ostentallee 83.
- 2.—18. 3. in San Martino di Castrozza: XXXIV. Fortbildungslehrgang zur Erlangung des Sportarzt-Diplomes des Deutschen Sportärztebundes. Auskunft: OMR Dr. Fr. Friedrich, 8000 München 23, Wilhelmstraße 16.
- 2.—23. 3. Flugkongreßreise nach Südwest- und Südafrika (Thema: „Typische Erkrankungen in Afrika“). Auskunft: Internationales Seminar für Ärztliche Fortbildung e. V., 2060 Bad Oldesloe, Hude 1.
- 4.—9. 3. in Erlangen: 2. Kurs zur Einführung in die gastroenterologische Endoskopie. Auskunft: Dr. R. Ottenjann, Medizinische Universitätsklinik, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12.
- 4.—9. 3. in Stuttgart: Einführungskurs in die Homöopathie. Auskunft: Kurssekretariat Dr. Jacobson, Robert-Bosch-Krankenhaus, 7000 Stuttgart 1, Hahnemannstraße 1.
- 4.—26. 3. 12. Kongreß-Kreuzfahrt „Frankfurt — New York — Miami — Nassau — San Juan — St. Thomas — St. Maarten — St. Darthelemy — Dominica — Martinique — Barbados — Funchal — Gibraltar — Tanger — Genua“ (Thema: „Gemeinsame Probleme der modernen Medizin Europas, Mittel- und Nordamerikas“). Auskunft: Reisedienst der Wiener Medizinischen Akademie, A-1010 Wien, Stadiongasse 6.
- 6.—8. 3. in Houston (Texas): 22. Symposium über fundamentale Krebsforschung. Auskunft: Dr. Robert B. Huribert, Anderson Hospital and Tumor Institute, Houston, Texas 77 025/USA.
- 7.—9. 3. in Heidelberg: 14. Symposium der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie. Auskunft: Prof. Dr. E. Klein, 4800 Bielefeld, Städtische Krankenanstalten, Oelmühlenstraße 26.

9. 3. in Düsseldorf: Frühjahrstagung der Rheinisch-Westfälischen Vereinigung für Tuberkulose- und Lungenheilkunde. Auskunft: Med.-Dir. Dr. Hoppe, 4000 Düsseldorf, Königsallee 71.
- ab 9. 3. Kongreßreise des Deutschen Kassenarztverbandes „Nairobi — Tsavo Nationalpark — Manyara Nationalpark — Serengeti — Johannesburg — Kapstadt — Pretoria — Krüger-Nationalpark“. Auskunft: Kongreßdienst des Deutschen Kassenarztverbandes, 2000 Hamburg 73, Postfach 420.
- 9.—23. 3. in Beirut: 4. Internationales Seminar für ärztliche Fortbildung (Thema: „Erkrankungen im Vorderen Orient“). Auskunft: Sekretariat für ärztliche Fortbildung, 2060 Bad Oldesloe, Hude 1.
- 10.—13. 3. in Mainz: Frühjahrstagung der Deutschen Pharmakologischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. med. G. Kroneberg, 5600 Wuppertal-Elberfeld, Friedrich-Ebert-Straße 217.
- 10.—23. 3. in Badgastein: XIII. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Thema: „Der klinische Blick im Zeitalter der technischen Diagnostik“). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 11.—15. 3. in Neuherberg: Einführungskurs in den Strahlenschutz. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 11.—23. 3. in Davos: XVI. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Thema: „Der klinische Blick im Zeitalter der technischen Diagnostik“). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 11.—29. 3. in Neuherberg: Strahlenschutzkurs (Einführungskurs, 1. und 2. Fortbildungskurs). Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
13. 3. in Bielefeld: Ärztlicher Fortbildungskurs „Rehabilitation, Frühoperation des Grauen Stars“. Auskunft: Doz. Dr. H. Wiimanns, c/o ASTA-Werke AG, 4812 Brackwede.
- 16.—23. 3. in Berchtesgaden: Internationale Frühjahrstagung des Bundesverbandes Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren gemeinsam mit der „Ärztlichen Fortbildung im Oberrhein“. Auskunft: Sekretariat für Naturheilverfahren und Homöopathie, 8000 München 2, Richard-Wagner-Straße 10.
- 18.—23. 3. in Freudenstadt: 34. Fortbildungskongreß des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren. Auskunft: Dr. H. Haferkamp, 6500 Mainz, Adam-Karrillon-Straße 13.
- 17.—21. 3. in San Francisco: 42nd Congress of the International Anaesthesia Research Society. Auskunft: Dr. B. B. Sankey, 3645 Warrensville Center Road, Cleveland/Ohio, 44 122/USA oder Prof. Dr. O. Mayrhofer, Wien, Spitalgasse 23.
- 18.—22. 3. in Freudenstadt: Einführungskurs in die manuelle Wirbelsäulenbehandlung (Chirotherapie). Auskunft: Sekretariat der Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie (FAC) e. V., 4700 Hamm, Ostentallee 83.
- 18.—22. 3. in Neuherberg: Strahlenschutzkurs (I. Fortbildungskurs). Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
20. 3. in Krefeld: Ärztlicher Fortbildungskurs „Psychopharmaka in der ambulanten Praxis“. Auskunft: Ärztekammer Nordrhein, Kreisstelle, 4150 Krefeld, Ostwall 144.
- 21.—23. 3. in Arosa: 12. Ärztefortbildungskurs „Langzeitprobleme innerer Krankheiten, Diagnostik und Therapie“. Auskunft: Züricher Höhenklinik Aitein, CH-7050 Arosa.
- 21.—23. 3. in Köln: Fortbildungskurs für Kinderheilkunde, Kinderchirurgie und Kinderradiologie. Auskunft: Oberarzt Dr. Helwig, 5000 Köln-Riehl, Amsterdamer Straße 59.

- 23.—30. 3. in **Bad Hofgastein**: Geriatrietagung. Auskunft: Kurverwaltung Bad Hofgastein.
- 25.—29. 3. in **Neuherberg**: Strahlenschutzkurs (2. Fortbildungskurs). Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg bei MÜNchen, Ingolstädter Landstraße 1.
25. 3.—5. 4. in **Erlangen**: Kurs für Röntgenhelferinnen. Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8000 MÜNchen 23, Königinstraße 85.
- 27.—30. 3. in **Mainz**: 34. Tagung der Deutschen Physiologischen Gesellschaft. Auskunft: Dr. H. R. Vogei, 6500 Mainz, Saarstraße 21.
- 28.—30. 3. in **Berlin**: Europäischer Kongreß für Perinatale Medizin. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. E. Saling, 1000 Berlin 44, Mariendorfer Weg 28—38.
- 28.—30. 3. in **Berlin**: 4. Internationales Krankenhaussymposium. Auskunft: Prof. Dr. P. Poelzig, 1000 Berlin 12, Jebenstraße 1, Techn. Universität Berlin.
- 29.—30. 3. in **München**: Fortbildungslehrgang in der Phonokardiographie. Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85.
- 29.—31. 3. in **Augsburg**: 41. Fortbildungskongreß für praktische Medizin (Thema: „Magen, Darm, Leber, Galle, Pankreas“). Auskunft: Sekretariat für ärztliche Fortbildung, 8900 Augsburg, Frobsinnstraße 2.
- 29.—31. 3. in **Bad Boll**: Arbeits- und Sozialmedizinische Tagung. Auskunft: Evangelische Akademie, 7325 Bad Boll.
- 30.—31. 3. in **Bad Neuenahr**: 7. Fortbildungskurs über allergische Erkrankungen. Auskunft: Dr. med. V. Ruppert, 5000 Köln, Schildergasse 111.
- 30.—31. 3. in **Locarno**: Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin. Auskunft: Generalsekretariat der Schweizer Ärzteorganisationen, CH-3000 Bern, Sonnenbergstraße 9.

April 1968:

- 1.—3. 4. in **Neuherberg**: Strahlenschutz-Ergänzungskurs für Ärzte, Apotheker, Biologen. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 1.—16. 4. **USA-Studienreise** für niedergelassene Ärzte. Auskunft: Ärztliche Pressestelle, 7000 Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32.
- 2.—6. 4. in **Würzburg**: 52. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Pathologie (Thema: „Die Alterns- und Aufbrauchskrankheiten des Gehirns“). Auskunft: Prof. Dr. G. Seifert, Direktor des Pathologischen Institutes der Universität, 2000 Hamburg.
- 17.—20. 4. in **München**: Chirurgenkongreß.
- 21.—24. 4. in **München**: Experimentelle Chirurgie.

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigelegt:
Nattermann, Köln
Eka-Werk, Horn/Lippe
Münchener Boulevardmöbel, München
Einer Teilaufgabe liegen noch Doppelpostkarten der Firma Münchener Boulevardmöbel, München, bei.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85/111, Telefon 36 11 21, Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 5% Mehrwertsteuer. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Postscheckkonto Nr. 52 52, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG., früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8000 München 15, Postfach, Sonnenstr. 29, Tel. 55 80 81, Fernschreiber: 05 23682. Telegrammadresse: atlas-press. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharshinger, München.



Druck: Richard Pfaum Verlag München. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrophotographie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rücksendung nichtverlangter 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.

Lymphatische
Erkrankungen,
Abwehrschwächen =
Infektanfälligkeit,
pastöse
Gewebschwächen =
gedunsen-blasses
Aussehen,
exsudative Diathese:
rezidivierende Katarrhe
des Rachens und der
Luftwege,
chronische
Tonsillopathien,
Ekzeme, Strophulus,
Milchschorf

Lymphozil[®]

3 x täglich

unspezifische Immunität,
Festigung des Gewebes



JULIUS REDEL · CESRA-ARZNEIMITTELFABRIK
Haueneberstein bei Baden-Baden

Beim Kreiskrankenhaus Viechtach/Niederbayern

(110 Betten, Unfallkrankenhaus mit Durchgangsverfahren) in landschaftlich schöner Gegend mit Bade- und Winter-sportmöglichkeit ist die Stelle des

Oberarztes ständiger Vertreter des Chefarztes

zu besetzen. Vergütung erfolgt nach Vergütungsgruppe I b. Bewerber, die die Anerkennung als Facharzt für Chirurgie besitzen, werden gebeten, ihre Bewerbung mit Lichtbild, handgeschriebenem Lebenslauf, Nachweis der Bestallung als Arzt, über Ableistung der Medizinassistentenzeit und Anerkennung als Facharzt sowie Zeugnisabschriften an das Landratsamt Viechtach zu richten.



Zum 1. April 1968 ist bei den

Krankenanstalten der Stadt Fürth

für die Gynäkologische Abteilung (45 Betten) und für die Geburtshilfe-Abteilung Nathanstift (40 Betten) die Stelle des

Oberarztes mit Stationsführung

neu zu besetzen.

Bewerber müssen die Facharztanerkennung besitzen und in der Lage sein, den Chefarzt in allen Angelegenheiten zu vertreten.

Vergütung erfolgt nach Vergütungsgruppe I b BAT, Ortsklasse S. Beihilfen und Kindergeld ab dem 1. Kind werden gewährt.

Bewerbungen mit handgeschriebenem Lebenslauf, Lichtbild und den üblichen Unterlagen werden umgehend an die

Verwaltung der Städt. Krankenanstalten Fürth/Bayern
Jakob-Henle-Straße 1,
erbeten.

Die Landkreisverwaltung Pfarrkirchen

hat in Simbach a. Inn ein neues, modernes Kreiskrankenhaus erstellt. Das Haus hat 250 Betten und wurde am 2. 5. 1966 bezogen. Die Landkreisverwaltung ist daran interessiert und würde es begrüßen, wenn sich alsbald

1 Kinderarzt und 1 Facharzt für HNO

in der Stadt Simbach a. Inn niederlassen würde, denen im Kreiskrankenhaus Simbach a. Inn je eine abgeschlossene Abteilung als Belegarzt zur Verfügung gestellt werden könnte.

Simbach a. Inn ist Grenzstadt mit ca. 7000 Einwohnern, landschaftlich schön gelegen, 1 Gymnasium, 1 Mädchen-Mittelschule. Der Landkreis hat rd. 50 000 Einwohner; Einzugsgebiet von ca. 70 000 Einwohnern.

Um interessierte Zuschriften bittet

Landratsamt Pfarrkirchen, Landkreisverwaltung

Für die modernst ausgestattete Röntgen- und Strahlenabteilung des neubauten Städtischen Krankenhauses Rosenheim werden zum 15. 2. 1968 bzw. 1. 4. 1968

2 Assistenzärzte

gesucht.

Die Bewerber sollen möglichst über eine radiologische Vorbildung verfügen und an einer mehrjährigen Tätigkeit in Rosenheim interessiert sein.

Am Krankenhaus sind alle Möglichkeiten der Facharztbildung gegeben. Sämtliche höheren Schulen sowie Realschulen befinden sich am Ort.

Bewerbungen werden an das Personalamt der Stadt Rosenheim erbeten.

Für den leitenden Arzt der chirurgischen Abteilung eines mittleren, aber sehr modern eingerichteten Kreiskrankenhauses im Altmühltal wird ein

Nachfolger

gesucht. Dieser soll noch etwa zwei Jahre als Oberarzt mit dem derzeitigen leitenden Arzt tätig sein und sich in ein spezielles Arbeitsgebiet des Krankenhauses (degenerative Wirbelsäulen- und Gelenksleiden u. a.) einarbeiten.

Bedingungen: Facharzt für Chirurgie mit bisheriger Tätigkeit an für berufsgenossenschaftliche Schwereunfälle zugelassenem Krankenhaus.

Die Besoldung erfolgt nach Tarif und zusätzlicher Vereinbarung. Für die Beschaffung einer entsprechenden Wohnung wird gesorgt.

Bewerbung mit den üblichen Unterlagen erbeten an
Landratsamt, 8833 Elchstätt

Beim Kreiskrankenhaus Naila, Neubau, in herrlicher Höhenlage des Frankenwaldes, mit 132 Kr.-Betten, sind die Planstellen der

Assistenzärzte (Stationsärzte)

für die chirurg. Abtlg. zum 1. 6. 1968 und für die med. Abtlg. (Rö., EKG, PKG, Farbiaparaskopie, Saugbiopsie u. a.) zum 1. 7. 1968 neu zu besetzen.

Geboten werden: Vergütung nach LKRAT/BAT II, Bereitschaftsdienstpauschale, zusätzliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung, geregelte Arbeitszeit.

Facharztanerkennung für zwei Jahre möglich.

Bei Wohnraumbeschaffung sind wir behilflich, ggf. kann Wohnung im Pers.-Wohnhaus zur Verfügung gestellt werden.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbitten wir an die

Landkreisverwaltung, 8674 Naila, Postfach 1180



In der Gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung (100 Betten) des Städt. Marienkrankenhauses Amberg (Direktor und Chefarzt Dr. Max Brandl, 5 Fachabteilungen, 600 Betten, modernes Haus), ist ab 1. 4. 1968 die Stelle eines

planmäßigen Assistenzarztes zu besetzen.

Am Hause volle Facharztbildung möglich. Geregelte Dienstzeit. Zusätzliche Vergütung des Nachtdienstes. Vergütungsgruppe BAT II. Hilfe zur Wohnraumbeschaffung. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an das Personalamt der Stadt 845 Amberg

ORIENT-TEPPICHE

seit 1925

Nichts ist so sehr Sache des Vertrauens als der Kauf eines Orient-Teppichs. Das seit Jahrzehnten bestehende Fachgeschäft mit seinen weltweiten günstigen Einkaufsverbindungen gewährleistet Ihnen bei Ankauf eines Orient-Teppichs mit Sicherheit den 100prozentigen Gegenwert Ihres Geldes.

Meine genau kalkulierten Verkaufspreise, welche auf allen Teppich-Etiketten angegeben werden, sind Einfuhrleistungen ersten Ranges.

ÜBER 2000 PERSERTEPPICHE ALLER PROVENIENZEN
ORIENT-LAUFER ALLER LANGEN UND BREITEN
BESONDERS GROSSE AUSWAHL IN ÜBERGROSSEN

MAX STEINHAUSEN

8 München 2, Briener Straße 10, Telefon-Sammelnummer 28 40 84
genau gegenüber Café Luitpold