

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 6

München, Juni 1968

23. Jahrgang

Aufgaben und Probleme des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und soziale Fürsorge auf dem Gebiete des Gesundheitswesens

Von K. Hillermeier/O. Günther/H. Ströer*)

Grußwort des Staatssekretärs Dr. Karl Hillermeier

Ich begrüße es dankbar, daß der Landesgesundheitsrat beschlossen hat, sich heute einmal systematisch mit den gesundheitspolitischen Aufgaben im Geschäftsbereich des Staatsministeriums für Arbeit und soziale Fürsorge zu befassen. Wie Sie alle wissen, handelt es sich hierbei um ein großes, gar nicht so leicht überschaubares Gebiet mit mehreren Zentren. Da sind die medizinischen Fragen der Berufsarbeit in allen ihren Spielarten. Da sind die nach wie vor aktuellen medizinischen Probleme der Kriegsopfersversorgung und vor allem die außerordentlich weittragenden gesundheitspolitischen Aufgaben im Rahmen unseres so verzweigten und differenzierten Systems der sozialen Sicherung. Es dürfte heute kaum mehr wesentliche gesundheitspolitische Belange geben, in die nicht wenigstens einer dieser drei Bereiche hineinspielt.

Aufgaben und Tragweite der gesamten Gesundheitspolitik haben gerade in den letzten ein bis zwei Jahrzehnten außerordentlich zugenommen. Sie alle wissen um die neuen und schwierigen medizinischen Probleme, die sich durch die vielen einschneidenden Veränderungen im Arbeitsleben, aber auch in den sonstigen Lebensbereichen, ergeben haben. Das Interesse der Öffentlichkeit an gesundheitlichen Fragen ist enorm gestiegen. Wenn wir den gesundheitspolitischen Forderungen unserer Zeit gerecht werden wollen, so kann dies einzig und allein durch eine aktive und vertrauensvolle Zusammenarbeit aller auf diesem Gebiete wirksamen Kräfte gelingen. Schon deshalb ist die Funktion der Koordination innerhalb des weiten Feldes der Gesundheitspolitik, die der Gesetzgeber dem Landesgesundheitsrat zugeordnet hat, so bedeutsam. Das bayerische Arbeits- und Sozialministerium ist selbstverständlich zu jeglichem Zusammenwirken mit dem Landesgesundheitsrat bereit. Anregungen von Ihrer Seite werden in unserem Hause stets ein gebührendes Echo finden. Übrigens bin ich der Überzeugung, daß fachliche Koordinierungsgremien auf Landesebene, noch dazu so qualifiziert besetzte wie der Landesgesundheitsrat, viel zur Stärkung der Funktionsfähigkeit unseres bedrohten Föderalismus beitragen können. Mit Freude habe ich die Ausführungen des Herrn Vorsitzenden vor dem Deutschen Ärztetag in Garmisch-Partenkirchen 1967 vernommen, mit denen er ungerechtfertigte zentra-

listische Tendenzen verwarf. Wie vielen von Ihnen bekannt ist, sah sich Staatsminister Dr. PIRKL in seiner diesjährigen Haushaltsrede vor dem Bayerischen Landtag veranlaßt, einer Reihe von Zentralisierungsbestrebungen auf dem Gebiete der Sozialversicherung, insbesondere auch der Rehabilitation, nachdrücklich entgegenzutreten.

In den folgenden Vortrag über die gesundheitspolitisch relevanten Aufgaben im Geschäftsbereich des bayerischen Arbeits- und Sozialministeriums werden sich zwei Herren aus meinem Hause teilen. Es sind dies Ministerialrat Dr. med. Dr. Ing. Otto GÜNTHER, der Leiter unseres „Ärztlichen Dienstes“, und Regierungsdirektor Heinz STRÖER, der Leiter der Unterabteilung „Sozialversicherung“.

Ich hoffe sehr, daß die Gedanken und Informationen beider Herren dazu beitragen werden, Sie mit den gesundheitspolitischen Belangen und Problemen unseres Hauses möglichst genau vertraut zu machen. Es wäre, so meine ich, für beide Seiten nützlich und erfreulich, wenn sich das gegenseitige Verhältnis auf diese Weise noch enger und fruchtbarer gestalten würde. Übrigens möchte ich in diesem Zusammenhange nicht versäumen, Ihnen, dem „bayerischen Gesundheitsparlament“ (das — wenn ich recht im Bilde bin — heuer das Jubiläum seines 15jährigen Bestehens feiern kann), die besten Grüße und Wünsche von Staatsminister Dr. PIRKL zu überbringen.

Referat von Ministerialrat Dr. med. Dr.-Ing. Otto Günther

Daß der Staat nicht nur ein Interesse, sondern auch eine Verpflichtung für die Gesundheit seiner Bürger hat, begründete Franklin D. ROOSEVELT bereits 1929 folgendermaßen:

„Vor 50 Jahren war die Gesundheit nur eine Sache des Individuums. Niemand außer der Familie hatte sich darum zu kümmern, ob jemand gesund war oder nicht. Allmählich haben wir eine neue Auffassung entwickelt: den Glauben, daß der Staat ein klares Recht, wenn nicht eine Verpflichtung hat, dafür zu sorgen, daß die Gesundheit seiner Bürger auf eine höhere Stufe gebracht wird.“

Nun, der Einfluß des Staates auf dem Gebiete des Gesundheitswesens kann sehr unterschiedlich sein. Denken Sie nur an das sozialisierte Gesundheitswesen in

*) Vorträge anlässlich der 59. Sitzung des Bayerischen Landesgesundheitsrates am 11. März 1968.

östlichen Ländern oder an den staatlichen Gesundheitsdienst in England. Dies ist das eine Extrem, das andere Extrem war bis vor kurzem das System der liberalen öffentlichen Gesundheitsfürsorge in den USA. Wir in der Bundesrepublik placieren die Aufgabe des Staates auf diesem Gebiete zwischen den genannten Extremen. Freilich wandelten sich die Ansichten im Laufe der Zeit und auch die Schwerpunkte verschieben sich.

Ministeriadirigent Dr. HEIN hat in der vorletzten Sitzung des Landesgesundheitsrates sehr richtig betont, daß das Gesundheitswesen einem ständigen Panoramawechsel unterworfen und ebenso in der Fortentwicklung begriffen ist wie die Wissenschaft. Auch wies Herr Dr. Hein damals darauf hin, daß das Gesundheitswesen die verschiedensten Lebensbereiche erfasse, und die historische Entwicklung wesentliche Teilgebiete des Gesundheitswesens anderen Ressortbereichen zugesprochen habe, so z. B. vor allem auch unserem Hause.

Nun soll aus der Sicht des Bayerischen Arbeits- und Sozialministeriums ein gedrängter Überblick über einige Gebiete gegeben werden, die gesundheits- und sozialpolitisch von immer zunehmender Bedeutung sind.

Neben Fragen der Arbeitsmedizin und der Versorgungsmedizin werden auch in diesem Zusammenhang interessierende Aspekte aus der Sozialversicherung behandelt werden, wobei die Reihenfolge nicht als Rangfolge gesehen werden darf. Auch die nur kurze Erwähnung des Jugendarbeitsschutzes, des Mutterschutzes, der beruflichen Rehabilitation und anderer Aufgaben besagt keinesfalls, daß diese Gebiete nicht ebenfalls in unserem Hause eine große Rolle spielen.

In der modernen Industriegesellschaft kommt ärztlichen und gesundheitlichen Belangen immer größeres Gewicht zu. Während es im vorigen Jahrhundert auf unserem Sektor besonders Fragen der Kinder- und Frauenarbeit, Probleme der überlangen Arbeitszeit, der finanziellen Sicherung bei Unfall, Krankheit oder Invalidität waren, um die sich der Staat kümmern mußte, sind es heute vor allem Fragen der Verhütung der Arbeitsunfälle und der Berufskrankheiten, des Mutterschutzes, der allgemeinen Vorbeugung, der Rehabilitation und mehr und mehr des Einflusses der Automation mit der körperlichen Unterforderung und psychischen Mehrforderung. In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts hat sich nun ein eigenständiger Zweig der Medizin entwickelt und sich dieser Fragen und Probleme angenommen — die Arbeitsmedizin.

Bayern hat auf dem Gebiete der Arbeitsmedizin, und zwar in Lehre und Praxis, eine gute und beachtliche Tradition. Nachdem in Württemberg und Baden eine gewisse Vorstufe erreicht worden war, war es das Königreich Bayern, das im Jahre 1909 als erstes deutsches Land die Stelle eines Landesgewerbearztes schuf, also eines eigenen Arztes, der sich ausschließlich den ärztlichen Problemen in Industrie und Gewerbe widmete. Es war Professor Dr. KOELSCH, der im Laufe seiner 40jährigen aktiven Dienstzeit die deutsche Arbeitsmedizin mitbegründete und auch heute noch in seinem 92. Lebensjahr als Nestor der Arbeitsmedizin international angesehen und tätig ist.

Aus dieser königlich-bayerischen Einmann-Arzt-Dienststelle des Jahres 1909 wurde im Laufe der Jahre das Bayerische Landesinstitut für Arbeitsmedizin mit der-

zeit insgesamt 55 Mitarbeitern, darunter 15 Ärzten und 2 Chemikern. Neben dem Institut in München war es im Laufe der Jahre notwendig geworden, eine Zweigstelle in Nürnberg und eine Zweigstelle in Bayreuth zu errichten, damit durch die örtliche Nähe zu zahlreichen Betrieben im fränkischen Raum, im ostoberfränkischen Raum besonders zur keramischen Industrie, eine bestmögliche gewerbeärztliche Betreuung der Arbeitnehmer geschehen konnte.

Was sind nun die Aufgaben des Bayerischen Landesinstitutes für Arbeitsmedizin? Eine der Hauptaufgaben ist die Beratung und Überprüfung von gewerblichen Betrieben in hygienischer und arbeitsmedizinischer Sicht sowie die Überwachung gesundheitsgefährdeter Arbeitnehmergruppen. Durch ständige Betriebsbegehungen versuchen die Gewerbeärzte, mögliche Gefährdungsquellen von vorneherein zu erkennen und ihre Beseitigung zu veranlassen. Nach der Gewerbeordnung ist der berufliche Umgang mit gewissen schädlichen Stoffen nur erlaubt, wenn regelmäßig und in kurzen Zeitabständen Überwachungsuntersuchungen durchgeführt werden. Soweit die Ärzte des Landesinstitutes diese Untersuchungen nicht selbst vornehmen, werden hierfür geeignete frei praktizierende Ärzte, z. T. auch Werkärzte, ermächtigt.

1925 wurde die gesetzliche Unfallversicherung auch auf Berufskrankheiten ausgedehnt; bis dahin konnten nur Arbeitsunfälle entschädigt werden, d. h. gesundheitliche Schädigungen, die akut, also längstens innerhalb einer Arbeitsschicht aufgetreten sind. Ab der 1. Berufskrankheiten-Verordnung von 1925 werden somit auch gesundheitliche Schäden bei Arbeitnehmern entschädigt, die nicht Unfälle darstellen, aber infolge einer Schädigung durch die berufliche Arbeit verursacht wurden. Die einzelnen Erkrankungen sind namentlich in einer Liste aufgeführt, und diese Liste wurde in der Zwischenzeit mehrfach erweitert. Derzeit ist die 6. Berufskrankheiten-Verordnung gültig, die 7. ist in Bearbeitung.

Jeder Arzt ist verpflichtet, eine von ihm festgestellte Berufserkrankung, ja sogar deren Verdacht, an den Staatlichen Gewerbearzt, d. h. an das Bayerische Landesinstitut für Arbeitsmedizin, zu melden, auch die zuständige Berufsgenossenschaft wird jeweils sofort benachrichtigt. Durch diese zentrale Meldung selbst der Verdachtsfälle auf Berufskrankheit ist dem Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin eine ideale Übersicht über die Berufsgefahren in den bayerischen Betrieben gegeben. Man kann sagen, daß die Berufskrankheitsanzeigen, die Tag für Tag auf den Tisch des Institutes gelegt werden, geradezu ein Krankenblatt oder eine Fieberkurve der Industrie sind. Sie zeigen dem Gewerbearzt, wo gegebenenfalls eine Häufung von gleichartigen Erkrankungen auftritt, wo also besondere arbeitsmedizinische Probleme zu lösen sind. Damit besteht die Möglichkeit, durch sofortige Untersuchungen die Ursache der gemeldeten Erkrankungen festzustellen und gegebenenfalls weitere Erkrankungen durch entsprechende Abhilfe zu vermeiden.

In diesem Zusammenhang darf ich auch die gute Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsschutz und mit den Gewerbeaufsichtsbeamten erwähnen, sowie mit den technischen Aufsichtsbeamten der Berufsgenossenschaften und mit den Werkärzten. Viele Probleme sind für den Arzt nur in Zusammen-

arbeit mit dem Techniker zu lösen, genauso wie der Techniker häufig den Gewerbearzt zu Rate ziehen muß.

Nun einige Zahlen: 1967 wurden von den bayerischen Gewerbeärzten rund 600 Betriebsbesichtigungen vorgenommen, die z. T. gemeinsam mit den Gewerbeaufsichtsbeamten durchgeführt wurden. Im gleichen Jahr wurden in Bayern rund 4000 Berufskrankheiten gemeldet und durch die Gewerbeärzte begutachtet, rund 1000 konnten als Berufskrankheit anerkannt werden. 1967 wurden rund 3400 Überwachungsuntersuchungen und rund 1100 sonstige Reihenuntersuchungen von den Ärzten des Instituts vorgenommen. Nach der 1. Strahlenschutzverordnung aus dem Jahre 1960 sind für das Personal in strahlengefährdeten Betrieben, Institutionen und Kliniken sowohl physikalische als auch medizinische Untersuchungen vorgeschrieben. In Bayern wird eine zentrale Überwachung durch eine eigene radiologische Abteilung des Bayerischen Landesinstitutes für Arbeitsmedizin durchgeführt. Derzeit werden 406 verschiedene Institutionen, 8 kerntechnische Anlagen und 7 bergbauliche Betriebe mit einer Personenzahl von ca. 4000 Bediensteten überwacht. Die Untersuchungsmethoden müssen selbstverständlich laufend dem neuesten Stande der Wissenschaft angepaßt werden. Deshalb besteht ein enger Kontakt mit dem Strahlenbiologischen Institut und dem Institut für Anorganische Chemie der Universität München, dem Institut für Radiochemie der Technischen Hochschule München und der Gesellschaft für Strahlenforschung in Neuherberg. Es darf in diesem Zusammenhang nur kurz an die Chromosomendiagnostik, den Plutoniumnachweis und an die Aktivierungsanalysen erinnert werden. Auch auf dem radiologischen Gebiet hat sich die zentrale Erfassung der Untersuchungsergebnisse bestens bewährt.

Seit 1965 wurden bisher 6 Weiterbildungskurse für Arbeitsmedizin von jeweils vierwöchiger Dauer durchgeführt. Diese Kurse werden gemeinsam mit der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltet und dienen der Übermittlung modernster arbeitsmedizinischer Erkenntnisse. Der Besuch der Kurse ist eine der Voraussetzungen für die Zuerkennung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“, die von den einzelnen Landesärztekammern entsprechend ihrer Berufsordnung verliehen wird. Diese Münchener Kurse sind die einzige Weiterbildungsstätte in Westdeutschland; sie werden von allen westdeutschen Landesärztekammern anerkannt. Daneben werden noch an der Akademie für Arbeitsmedizin in Berlin ähnliche Kurse abgehalten. Zwischen München und Berlin besteht gute Übereinstimmung.

Ende Januar 1968 wurde von der SPD-Fraktion im Bundestag ein Antrag auf Erlass eines Betriebsärztegesetzes eingebracht. In der Begründung des Antrages wird gefordert, Betriebe mit über 2500 Arbeitnehmern gesetzlich zu verpflichten, einen Betriebsarzt und eine betriebsärztliche Dienststelle einzurichten; außerdem sollen Betriebe ab 500 Arbeitnehmern ebenfalls betriebsärztlich betreut werden, gegebenenfalls in Form von betriebsärztlichen Gemeinschaften. Der Antrag liegt derzeit den drei Bundestagsausschüssen für Arbeit, für Sozialpolitik und für Gesundheitswesen vor. Sollte eine gesetzliche Regelung des betriebsärztlichen Dienstes getroffen werden, so wird zweifellos ein stei-

gender Bedarf an Arbeitsmedizinern entstehen, für deren Weiterbildung wir gerüstet sind.

In diesem Zusammenhang darf ich noch erwähnen, daß durch die „Münchener Kurse für Arbeits- und Sozialmedizin“ im November 1967 der 1. Teilkurs von vier Wochen Dauer für sozialmedizinisch tätige Ärzte mit großem Erfolg abgehalten wurde. In ihm und in den noch folgenden Teilkursen wurden und werden besonders die medizinischen Belange im System unserer sozialen Sicherung abgehandelt, und sie sind vorwiegend für die Ärzte gedacht, die dem Geschäftsbereich des Bayerischen Arbeits- und Sozialministeriums nahe stehen.

Nun zur Versorgungsmedizin, also der Medizin im Bereiche der Kriegsoferversorgung. Bei unseren Versorgungsämtern in Augsburg, Bayreuth, Landshut, München, Nürnberg, Regensburg und Würzburg wurden am Stichtag, 31. 12. 1967, insgesamt rund 650 000 Rentenakten geführt, das entspricht annähernd 6,5% der bayerischen Bevölkerung. Bei jedem Versorgungsamt befindet sich ein Ärztlicher Dienst, hinzukommen vier Versorgungsärztliche Untersuchungsstellen in München, Nürnberg, Regensburg und Würzburg, und in den gleichen vier Städten noch orthopädische Versorgungsstellen.

Man könnte vielleicht die Frage stellen, ob über 20 Jahre nach Kriegsende nicht ein deutlicher Rückgang der Kriegsbeschädigten und damit ein sinkender Arbeitsanfall in der Kriegsoferversorgung eingetreten ist. Zweifellos hat sich die Zahl der Rentenfälle reduziert, wobei z. B. nur an den fast völligen Fortfall der Waisenrenten erinnert wird, die im allgemeinen ja nur bis zum 18. Lebensjahr gezahlt werden.

Andererseits ist das Bundesversorgungsgesetz aus dem Jahre 1950 in der Zwischenzeit durch 3 Neuordnungsgesetze recht kompliziert geworden, wovon auch die ärztliche Gutachterfähigkeit betroffen ist. In den letzten Jahren standen ärztlicherseits die Spätschäden nach Eiweißmangelkrankung und die Folgen extremer Lebensbedingungen im Vordergrund. Hier ist eine weitgehende Klärung erreicht, und es ist z. B. nicht mehr strittig, ob eine Dystrophie isoliert oder in Verbindung mit anderen Noxen eine Leberschädigung nach sich ziehen kann. Sehr umstritten und sehr problematisch ist dagegen noch die Frage, ob extreme Lebensverhältnisse eine Arteriosklerose oder auch eine Voralterung zur Folge haben können, bejahendenfalls in welchem Ausmaß. Auch sind die Kriegsbeschädigten alle älter geworden, und es treten nunmehr die sogenannten Alterskrankheiten vermehrt auf. Ihre Abgrenzung von den Kriegsleiden, besonders internistischer Art, wird immer schwieriger.

Vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung wurden nach Bayern zwei Forschungsaufträge vergeben, und zwar an Professor Dr. VALENTIN, Erlangen, und Professor Dr. SCHRADER, München. Es soll hierbei durch subtile klinische und labormäßige Untersuchungen, wozu häufig Spezialapparaturen erforderlich sind, geklärt werden, welche und gegebenenfalls wie starke Einflüsse der früher durchgemachten extremen Lebensbedingungen heute noch vorhanden sind.

Schließlich darf auch nicht übersehen werden, daß die Versorgung der Bundeswehrangehörigen nach dem Soldatenversorgungsgesetz, die Betreuung der ehe-

maligen Häftlinge aus ostblockstaatlicher Haft nach dem Häftlingshilfegesetz in die Zuständigkeit der Versorgungsverwaltung fällt. Das Bayerische Landesentschädigungsamt, zuständig für die Betreuung der rassistisch, religiös und politisch Verfolgten, gehört zwar zum Geschäftsbereich des Bayerischen Staatsministeriums der Finanzen, jedoch besteht der dortige ärztliche Dienst zum größten Teil aus Versorgungsärzten, die von unserem Hause abgeordnet wurden. Die ärztlichen Probleme der Entschädigung nach Verfolgung und nach KZ-Haft decken sich weitgehendst mit den in der Kriegsopferversorgung anstehenden medizinischen Fragen.

Zum Bereiche des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und soziale Fürsorge gehören auch Versorgungskrankenhäuser und Versorgungskuranstalten. Es gibt 4 Versorgungskrankenhäuser, in Bad Tölz mit 429 Betten, in Bayreuth mit 460 Betten, in Berchtesgaden mit 308 Betten und in Wöllershof mit 320 Betten. Die beiden letztgenannten Häuser sind Tuberkulosekliniken mit Operationsabteilungen, wo auch die große Lungenchirurgie durchgeführt wird. Das Versorgungskrankenhaus Bayreuth ist mehr intern ausgerichtet mit besonderer Berücksichtigung der Leberschäden, etwa nach Dystrophie oder Hepatitis, während Bad Tölz mehr orthopädisch-chirurgisch orientiert ist.

Sowohl im Versorgungskrankenhaus Bayreuth als auch im Versorgungskrankenhaus Bad Tölz bestehen daneben noch Kureinrichtungen. Außerdem gibt es noch ausgesprochene Versorgungskuranstalten, in Bad Aibling mit 115 Betten, in Bad Kissingen mit 210 Betten, in Bad Reichenhall mit 121 Betten. In Bad Reichenhall stehen unspezifische Erkrankungen der Atmungsorgane, in Bad Kissingen Erkrankungen des Stoffwechsels und in Bad Aibling Erkrankungen des Bewegungsapparates im Vordergrund. Da der Andrang zu Kuren sehr stark ist, mußten darüber hinaus noch mit privaten Kuranstalten sogenannte Bettenverträge abgeschlossen werden.

Beim Versorgungskrankenhaus Bayreuth besteht seit vielen Jahren eine Querschnittgelähmten-Spezialstation mit 25—30 Betten. In den nächsten Jahren wird in Bayreuth ein Querschnittgelähmtenzentrum errichtet, so daß dort dann 100 Betten zur Verfügung stehen. Dort soll aber nicht nur medizinische Rehabilitation durchgeführt werden, sondern auch Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie und durch eine abschließende Berufsfündung der Patient bis zur Entlassung so weit gebracht werden, daß dann sofort die geeignete berufliche Rehabilitation in Angriff genommen werden kann. Der Bedarf an Betten für Querschnittgelähmte ist sehr groß, bisher müssen leider immer wieder, auch Frischverletzte, wegen Bettenmangels abgewiesen werden. Die sozialmedizinische und gesundheitspolitische Aufgabe eines Querschnittgelähmtenzentrums im nordbayerischen Raum wird von allen Seiten anerkannt. Die dort tätigen Ärzte und Schwestern sind zum Teil bei dem weltbekannten Begründer der modernen Querschnittgelähmten-Behandlung, Herrn Professor Dr. GUTTMANN, früher in Breslau, jetzt in England, ausgebildet worden. Professor Guttman wurde Ende 1966 für seine Verdienste um die Querschnittgelähmten von der englischen Königin geadelt. In diesem Zusammenhang darf darauf hingewiesen werden, daß erst durch die moderne GUTTMANNsche Behandlungsmethode eine echte Überlebenschance für Querschnittgelähmte geschaffen wurde.

Im vorliegenden wurde versucht, einige wesentliche medizinische Probleme aus der Sicht des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und soziale Fürsorge aufzuzeigen.

Referat von Regierungsdirektor Heinz Ströer

Herr Ministerialrat Dr. GÜNTHER hat seine Ausführungen mit dem Zitat eingeleitet, es sei Pflicht des Staates, sich für die Gesundheit seiner Bürger verantwortlich zu fühlen, um sie auf eine höhere Stufe zu bringen.

Herr Ministerialdirigent Dr. HEIN vom Innenministerium hat in Ihrer vorletzten Sitzung die mit diesem Gedanken korrespondierende Feststellung getroffen, die gesundheitlichen Risiken seien im Laufe der Entwicklung so groß und vielseitig geworden, daß sie der Bürger für sich allein nicht mehr bewältigen könne.

Aus diesen Feststellungen ergibt sich die Erkenntnis, daß die Gesundheitsgüter, insbesondere also die ärztlichen Leistungen, die medikamentösen und balneologischen Errungenschaften, die klinischen Einrichtungen, kurz alle Segnungen des komplexen Bereiches der Medizin, nur durch das große genossenschaftliche Solidarsystem der Sozialversicherung für alle nutzbar gemacht werden können. Erst die Existenz dieses größten Zweiges unserer sozialen Sicherung macht alle diese Leistungen für die Vielzahl unserer Bürger überhaupt erschwinglich; erst durch das Versicherungsprinzip ist die Medizin zu einer Einrichtung geworden, von der das ganze Volk Gebrauch machen kann.

Das bedeutet, daß die Gesundheitspolitik auf das engste mit der Sozialpolitik verknüpft ist, und daß die meisten gesundheitspolitischen Anliegen heute nur durch entsprechende sozialpolitische Maßnahmen ihre Verwirklichung finden können. Mit dieser Funktion kommt der Sozialversicherung, insbesondere der Kranken- und Unfallversicherung, aber auch der medizinischen Rehabilitation in der Rentenversicherung, ein besonderes Gewicht im öffentlichen Gesundheitswesen zu, wenn man diesen Begriff nicht im engen gesundheitspolizeilichen Rahmen, sondern in jenem umfassenden Sinne gebraucht, wie dies Herr Dr. Hein mit Recht getan hat; ein Gewicht, das sich in einem Gesamtaufwand von rund 20 Milliarden DM für gesundheitliche Maßnahmen und in der Tatsache, daß sich die Sozialversicherung auf 87% der Bevölkerung erstreckt, eindrucksvoll manifestiert.

Dies ist keineswegs die theoretische Vorstellung eines Sozialenthusiasten, sondern ein Faktum, das wir in der Praxis auf Schritt und Tritt bestätigt finden. So ist z. B. die einzelne ärztliche Praxis bis zu 90% auf die Leistungen der Sozialversicherung gegründet, bis zu drei Viertel des Umsatzes in den Apotheken beruhen auf Rezepten der Sozialleistungsträger, die Bettenkapazität unserer Krankenhäuser wird von diesen Trägern bis zu 80% in Anspruch genommen, um nur die drei wichtigsten Leistungsbereiche zu erwähnen.

Wir dürfen heute die Sozialversicherung also längst nicht mehr als eine Einrichtung sehen, die für einen kleinen Kreis gering verdienender Arbeiter Krankengelder und Renten zahlt, sondern müssen erkennen, daß sie inzwischen zu einem sozialpolitischen und damit auch gesundheitspolitischen Faktor erster Ordnung ge-

worden ist. Daß es bei der Verwirklichung der Dinge nicht so sehr um Bundesangelegenheiten, sondern in erster Linie um die Initiative des Landes und der Selbstverwaltung geht, hat Herr Minister Dr. PIRKL in seiner diesjährigen Haushaltsrede eindeutig herausgestellt.

Das sozial- und gesundheitspolitische Engagement, das sich in diesen Veranstaltungen und ihren Themen äußert, ist also sehr wohl ein legitimes Vorhaben des Bayerischen Landesgesundheitsrates, für dessen so aufgeschlossene Wahrnehmung ihm der Dank des ganzen Landes gebührt. Herr Ministerialdirigent Dr. Hein hat gesundheitspolitisches Wirken in zwei Richtungen gefordert: Einmal müsse die Selbstverantwortung des Bürgers für ein gesundheitsbewußtes Leben gestärkt, zum anderen das System kollektiver Sicherung weiterentwickelt und darin die Prävention stärker als bisher integriert werden.

Belde Tatbestände sind auch für die Sozialpolitik von höchster Aktualität.

Für die Verwirklichung der gesundheitspolitischen Ziele wird es in einem entscheidenden Ausmaß darauf ankommen, wieviel wir künftig unserem Sozialprodukt für die Aufgaben unserer Sozialversicherung entnehmen können. Die Bedeutung dieser Frage ist der Öffentlichkeit wohl noch nie so klar geworden, wie in der Diskussion um die Finanzplanung und um das Finanzänderungsgesetz, denn dabei spielten die Ausgaben der Sozialversicherung die Hauptrolle.

Es war ein recht problematisches Unterfangen, in einem Finanzgesetz, das in erster Linie auf finanztechnische und fiskalische Bedürfnisse angelegt war, sozial- und gesundheitspolitische Tatbestände zu regein. Daß wir bei diesem Experiment, das wir so schnell nicht wiederholen sollten, im sozialen Lebensbereich sozusagen mit einem blauen Auge davongekommen sind, verdanken wir in erster Linie den Sozialpolitikern, die sich manhaft vor das System und das Leistungsniveau unserer Sozialversicherung gestellt und sie mit Erfolg verteidigt haben. Sie haben zugleich eine Schlacht für die Gesundheitspolitik geschlagen, weil eine drastische Einschränkung unserer sozialpolitischen Konzeption auch unmittelbare negative Konsequenzen für die Gesundheitspolitik gehabt hätte.

Übrigens nicht nur für diese, sondern auch für unsere innerstaatliche Ordnung, wie wir anschaulich am Beispiel jener Länder erleben können, bei denen die Revolutionen einander ablösen. Es sind Länder ohne eine zeitgemäße soziale Ordnung; diese ist also offensichtlich ein stärkerer Garant für die innere Ruhe und Sicherheit als polizeiliche und militärische Ordnungsfaktoren.

Im Bereiche der kurativen Medizin, die von den Herren Referenten des Innenministeriums mit Recht das Kernstück der Gesundheitsbemühungen genannt wurde, konnten wir mit der bisherigen Entwicklung zufrieden sein.

In den letzten zehn Jahren vor der Rezession — also von 1957 bis 1966 — sind die Aufwendungen der Krankenkassen im Aufsichtsbereich unseres Hauses (unter Einschuß der fünf bundesunmittelbaren Betriebskrankenkassen in Bayern) für ärztliche Behandlung um 196,3%, für zahnärztliche Behandlung sogar um 329% gestiegen und betragen 1966 rund 600 Millionen DM.

Bei den Arzneien ergab sich eine Steigerung um rund 170% auf mehr als 300 Millionen DM. Die Pflegesätze in den Krankenhäusern haben sich in der gleichen Zeit zum Teil verdreifacht.

In dieser geradezu stürmischen Weise wird die Entwicklung in den nächsten Jahren wohl nicht weitergehen können. Die Belastung unseres Sozialproduktes mit Steuern und Sozialabgaben hat einen Umfang erreicht, der nicht mehr beliebig vergrößert werden kann. Wenn wir dennoch die Bemühungen auf dem Gebiete der Prävention und der Rehabilitation verstärken wollen und dies, auch nach der Meinung der Gesundheitspolitiker, nur auf dem Wege über die Sozialversicherung bewerkstelligen können, dann werden wir zu überlegen haben, ob und wo sich in unserer bisherigen Bilanz stille Reserven aufspüren lassen, die für dieses Vorhaben nutzbar gemacht werden könnten.

Dies führt zu der Frage, ob jeder, der die Aufwendungen für die Bemühungen um die Gesundheit in irgendeiner Weise zu beeinflussen vermag, seiner Verantwortung in dieser Hinsicht im notwendigen Umfang und mit der gebotenen Rücksicht auf die Gemeinschaft gerecht wird. Es kommt die weitere Frage hinzu, ob unsere Einrichtungen und Maßnahmen im kurativen Sektor sich — freilich unter Wahrung des menschlichen Aspekts — noch weiter differenzieren, rationalisieren und koordinieren lassen, um mit den vorhandenen Mitteln mehr leisten zu können als bisher.

Dazu einige Beispiele aus dem Alltag:

Jugendliche Übermutstäter schlagen einen 40jährigen Familienvater nieder und verletzen ihn dermaßen, daß er ein halbes Jahr stationär behandelt werden muß, ein weiteres halbes Jahr arbeitsunfähig ist und dann Rente wegen Arbeitsunfähigkeit bezieht. Die Tat wird mit einer geringen Jugendstrafe auf Bewährung gesühnt. Aufwand der Krankenversicherung = 14 000 DM, der Rentenversicherung = 100 000 DM; davon ist allerdings weder im Gerichtssaal noch in der Presse die Rede; diese Folge wird überhaupt niemandem bewußt.

Ein Skifahrer erleidet wegen Mißachtung aller Wetter- und Lawinenwarnungen einen schweren Unfall mit komplizierter Unterschenkelfraktur und Erfrierungen. Aufwendungen der Krankenversicherung 26 000 DM.

Man könnte die Beispiele beliebig fortsetzen und durch Fälle ergänzen, in denen Unerfahrenheit, unmäßige Lebensweise, schrankenloser Leichtsinns und ähnliche Tatbestände als leistungsauslösende Faktoren eine Rolle spielen. Denken wir an die schweren Verletzungen nach Unfällen wegen Trunkenheit am Steuer oder an den falschen Stolz in Industrie und Handwerk, mit dem so oft die Unfallverhütungsbestimmungen mißachtet werden: wie oft werden aus falschem Stolz oder Zeitdruck elektrotechnische Arbeiten unter Strom ausgeführt, bei spannender Tätigkeit Schutzbrillen nicht aufgesetzt, bei Arbeiten in größerer Höhe Sicherungen beiseitegelassen.

Diese Fälle zeigen, in welchem großen Ausmaß die Krankenversicherung nicht nur für schicksalsbedingte Versicherungsfälle und nicht nur für solche im sozialen Lebensbereich einzutreten hat, sondern auch für die Folgen unerfahrenen, leichtsinnigen, ja sogar sozialwidrigen Verhaltens, bei denen die Ursachen im eigenen Willensbereich des Verletzten begründet lagen. Die Krankenversicherung hat eben, wie es das Bundessozialgericht formuliert hat, für alle Krankheiten und

Unfälle einzustehen, aus welchem Anlaß auch immer sie entstanden sein mögen. Ein so umfassender Schutz, der auch die private Lebenssphäre einbezieht, setzt natürlich beim Versicherten und bei allen Beteiligten auch ein entsprechendes Maß an Verantwortungsbewußtsein und an sozialem Gewissen voraus. Hierher gehört auch der systemwidrige Egoismus, der sich in dem Satz ausdrückt: „Was ich hineinbezahle, muß ich auch wieder herausholen.“ Nach diesem merkantilen Motto ist die Sozialversicherung nicht aufgebaut und kann sie daher auch nicht funktionieren.

Dies wäre auch ein Arbeitsfeld einer umfassenden Gesundheitspädagogik, wie sie im Referat von Herrn Dr. Hein mit Recht als eines der wichtigsten Gebiete der Prävention angesprochen worden ist. Ihr müßte sich eine intensive sozialpädagogische Aufklärung hinzugesellen, um das genossenschaftliche Bewußtsein, das den wesentlichsten Charakterzug der Sozialversicherung bildet, wieder zu wecken und in ein gesünderes Verhältnis zu der übermächtig gewordenen materialistisch-egoistischen Einstellung der Gegenwart zu bringen.

Ein weiterer Faktor, der unser besonderes Interesse verdient, ist der Krankenstand; worunter wir in diesem Zusammenhang den Anteil der Arbeitsunfähigen an der Zahl der Versicherten verstehen wollen. Die Kräfte, die auf ihn einwirken, die Ursachen für sein Auf und Ab sind noch reichlich unerforscht. Immerhin läßt sich beobachten, daß der Krankenstand mit dem Aufschwung der Wirtschaft zu steigen und mit ihrem Niedergang zu sinken pflegt. In den Monaten des letzten Konjunkturabschwunges betrug der Rückgang des Krankenstandes in der Autoindustrie innerhalb weniger Monate bis zu 50%. Wieweit dieser Rückgang auf Fällen beruht, in denen eine gerechtfertigte Krankmeldung aus Sorge um die Erhaltung des Arbeitsplatzes unterblieb, und wieweit auf anderen Ursachen, ist noch ungeklärt.

Auch die Dauer der Arbeitsunfähigkeit gibt Anlaß zu Überlegungen, ob hier nicht noch einiges zu gewinnen wäre.

Im Jahre 1966 sind von den zu vertrauensärztlicher Untersuchung Vorgeladenen 40,6% überhaupt nicht erschienen. 70,3% davon haben nach Erhalt der Vorladung von sich aus die Arbeit wieder aufgenommen, dies waren immerhin in Bayern 584 734 Personen. Weitere 60 276 oder 7,3% sind ohne Entschuldigung ferngeblieben.

Diese Erscheinungen verdienen, so glaube ich, gerade in einer Zeit finanzieller Beschränkungen eine Untersuchung in sachlich nüchterner Atmosphäre, frei von emotionellen und standespolitischen Empfindlichkeiten. Falsche Großzügigkeit geht hier allzusehr auf Kosten sozial- und gesundheitspolitischer Erfordernisse.

Die „Sozialversicherungsmark“ — wenn ich einmal die Leistungskraft der Sozialversicherung so bezeichnen darf — mußte von den Sozialpolitikern zu hart erkämpft werden, als daß wir es uns erlauben könnten, sie leichtfertig oder in falscher Großzügigkeit auszugeben.

In dem Wandel, den die Rangfolge der Kostenfaktoren in der Krankenversicherung von dem ursprünglichen Übergewicht der Barleistungen (Kranken- und Hausgeld) zu dem heutigen Übergewicht der Sachleistungen durchgemacht hat, ist auch der Faktor Krankenhaus zu

einem sehr gewichtigen Posten geworden, an dem uns vor allem zwei Dinge interessieren müssen: der Betrieb samt der Planung und die Verweildauer. Der erste Punkt fällt in die Verantwortung des Krankenträgers, beim zweiten Punkt teilt er sich diese mit der ärztlichen Verantwortung und mit der Eigenverantwortung des Patienten. Mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 27 Tagen liegt die Bundesrepublik unter vielen Ländern an der Spitze. In England beträgt sie 19 Tage, in Frankreich 21, in den USA 9 (aber ohne vergleichbare Sozialordnung!), in unserem Nachbarland Österreich 23 Tage.

Schon eine geringfügige Verkürzung würde angesichts der immer sprunghafter steigenden Pflegekosten eine fühlbare Entlastung bringen. Auch die Frage, ob ein Patient mit einer Schenkelfraktur nach Versorgung mit einem Gipsverband wochenlang in einem Akutkrankenhaus liegen muß, zu einem teuren Pflegesatz, dem Leistungen zugrunde liegen, derer er schon nach wenigen Tagen gar nicht mehr bedarf, ist unserer Überlegung wert.

Der Ruf nach einem voll kostendeckenden Pflegesatz wird von den kommunalen Krankenträgern immer lauter erhoben und vom Innenministerium nachhaltig unterstützt, wie die Rede des Herrn Innenministers vor der Bayerischen Krankenhausgesellschaft gezeigt hat. Dies ist begreiflich, denn verständlicherweise liegt dem Innenressort die Entlastung der Kommunalfinanzen näher als die Sorge um die Belastung der Sozialpartner.

Der Patient Krankenhaus könne nur dann genesen, so führte Herr Minister Dr. MERK aus, wenn er endlich nicht nur von seinen Privatpatienten — die allerdings wohl nur einen kleinen Teil der Benutzer ausmachen —, sondern ebenso von den sozialen Leistungsträgern, namentlich den gesetzlichen Krankenkassen, kostendeckende Pflegesätze verlangen kann.

Hier wäre, so glaube ich, folgendes zu bedenken: Bei vollem Pflegesatz würden die Krankenkassen zur Vermögensbildung bei den Kommunen beitragen, was jedoch nicht ihre Aufgabe ist. Ferner müßte ihnen dann natürlich ein ihrem Anteil entsprechender Einfluß an der Gestaltung der Kosten eingeräumt werden, weil sie nur dann in der Lage wären, ihrer Pflicht zur Einhaltung der Grenzen des Notwendigen und Wirtschaftlichen bei der Leistungsgewährung nachzukommen. Herr Minister Dr. Pirkl hat daher schon in seiner vorjährigen Haushaltsrede mit Recht ausgeführt, daß der kostendeckende Pflegesatz für sich allein das Problem der Krankenhausfinanzierung nicht lösen könne. Man wird nicht nur die Krankenversicherungsreform, sondern auch eine Änderung der bisherigen Krankenhauskonzeption damit verbinden müssen.

Eine ernste Sorge hat Herr Minister Dr. Pirkl in seiner diesjährigen Haushaltsrede in bezug auf die unterschiedliche Dichte der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung in Bayern geäußert. Das Gefälle zwischen den Ballungszentren und den ländlichen Gebieten weist in einzelnen Landstellen Konturen auf, die kaum mehr vertretbar sind.

Hier ist nach Meinung des Herrn Ministers in erster Linie die ärztliche Selbstverwaltung aufgerufen, um die ausreichende kassenärztliche Versorgung gleichmäßig in allen Gegenden unseres Landes sicherzustellen.

len. Ein gemeinsamer Bericht unseres Hauses und des Innenministeriums ist in Arbeit, der den Ausschuß für Gesundheits- und Sozialpolitik über die Situation unterrichten und Anregungen zur Verbesserung der Verhältnisse enthalten soll.

Die medizinische Rehabilitation, neben der kurativen Medizin und der Prävention das dritte große Anliegen der Gesundheitspolitik, hat seit der Einführung der Priorität dieser Aufgabe in der Rentenversicherung einen erfreulichen Auftrieb erhalten. Die Aufwendungen sind seither fast auf das Vierfache angestiegen und betragen 1966 in Bayern 167,1 Millionen DM. Was noch zu wünschen bleibt, ist eine bessere Koordination zwischen allen an der Rehabilitation beteiligten Stellen. Sie im Rahmen des Landesrehabilitations-Ausschusses zu intensivieren ist ein dringendes Bestreben unseres Hauses.

Was den Wunsch nach stärkerer Integration der Vorsorge in die Sozialversicherung anbelangt, stimmt der Sozialpolitiker gewiß mit dem Gesundheitspolitiker überein. Ein wesentlicher Schritt ist im Bereich der Mutterschaftshilfe bereits getan*). Ihre freiwilligen

*) Die Richtlinien über ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft, die der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen vor wenigen Tagen erlassen hat, enthalten einen ansehnlichen Katalog von Vorsorgemaßnahmen in diesem Bereich.

Anstrengungen auf dem Gebiete der Prävention haben die bayerischen Krankenkassen innerhalb der letzten zehn Jahre um immerhin 250 % von 4 auf 14 Millionen DM gesteigert. Dennoch ist hier in erster Linie der Bundesgesetzgeber angesprochen.

Die übrigen aufgezeigten Probleme aber sind in erster Linie der Landesinitiative überlassen und daher mit Recht vor diesem fachkundigen Gremium ausgebreitet, aus dem die gesundheitspolitischen Impluse für unser Land kommen.

Die Tendenz des Bundes, die förderative Organisation der Sozialversicherung durch Schaffung gigantischer Bundeszentren zu zerstören, würde alles andere als einen Fortschritt bedeuten, wie wir am warnenden französischen Beispiel sehen können. In Frankreich hat der nach dem Kriege eingeführte Zentralismus auf diesem Gebiete Schiffbruch erlitten, weshalb man vor wenigen Monaten wieder zur fachlich und regional gegliederten Ordnung zurückgekehrt ist. Das sollte uns auch in Deutschland zu denken geben.

Anschr. d. Verf.:

Staatssekretär Dr. Karl Hillermeier, 8000 München 13, Winzererstraße 9
 Ministerialrat Dr. med. Dr. Otto Günther, 8000 München 13, Winzererstraße 9
 Regierungsdirektor Heinz Ströer, 8000 München 13, Winzererstraße 9

Ist der Impfstoff gegen Pocken zu schwach?

Stellungnahme zu einem Artikel von Friedrich DEICH („Die Welt“, 1. 2. 1968) — zugleich Gedanken über Zweck und Zielsetzung der Pockenschutzimpfung

Von H. Stickl, München

Friedrich Deich nimmt in der „Welt“ zur Frage der Pockenschutzimpfung Stellung. Dabei wird davon ausgegangen, daß der Impfschutz der deutschen Bevölkerung im allgemeinen mangelhaft sei. Als Begründung hierfür wird auf die Pockeneinbrüche der letzten Jahre hingewiesen. Als notwendige Maßnahmen seien daher stärkere Impfstoffe und eine intensivere Impftechnik zu fordern.

Diese Feststellung von Fr. Deich ist geeignet, das Vertrauen der Bevölkerung in die Pockenschutzimpfung zu erschüttern und daher Unruhe in die Bevölkerung zu bringen. Intensivere Impftechnik und stärkere Impfstoffe müßten außerdem zu stärkeren Impfreaktionen führen und damit letztlich mit einem erhöhten Impfrisiko verbunden sein.

Schon die Tatsache, daß Pocken in Deutschland seit der unruhigen Nachkriegszeit (Einmarsch großer Truppenkontingente aus Afrika und Asien, also aus Pockengebieten, gleichzeitig Zusammenbruch des öffentlichen Gesundheitsdienstes, u. a.) und dem heutigen anwachsenden Reiseverkehr zu außereuropäischen Pockendemiegebieten (Indien, Afrika, Südamerika) nur selten und vereinzelt vorgekommen sind, beweist, daß der Impfschutz so schlecht nicht sein kann. Hierauf hat besonders Professor Dr. A. HERRLICH, einer der besten Pockenkenner, hingewiesen.

Damit ist jedoch nicht ausgeschlossen, daß einzelne Menschen an Pocken erkranken können bzw. sie die Infektion innerhalb der Inkubationszeit und vor deren sichtbaren Folgen zu uns bringen.

Die Gründe sind die folgenden:

1. Jeder Arzt weiß, daß es in der Medizin und Biologie keine 100%igen Maßnahmen geben kann. Eine große Unbekannte ist bei allen Erwägungen um Schutz und Anfälligkeit des einzelnen Menschen gegenüber Infektionen sein individuelles Abwehr- und Reaktionsvermögen.
2. Jeder, auch noch so gute Impfschutz gegen Pocken kann durch eine entsprechend massive Aggression (hohe und wiederholte Infektionsdosis) durchbrochen werden. Als Beispiel ist die Pockenerkrankung in Kulmbach (1965) zu nennen. Der individuelle Immunschutz, die augenblickliche physische Kondition und die Masse des infizierenden Virus stehen miteinander in einer Gleichgewichtsbeziehung, die sich je nach Lage auch einmal zu Ungunsten des Infizierten verschieben kann.
3. Der Pockenschutz des einzelnen währt bekanntlich nicht lebenslänglich — was ja auch gar nicht erwartet werden darf. Dennoch erkrankt eine einmal geimpfte Person — und sei ihr Impfschutz auch schon sehr weit abgesunken — anders an Pocken als der Ungeimpfte: Tod und Siechtum bleiben diesen Patienten in der Regel erspart (Beispiel: die zwei erkrankten 56 und 82 Jahre alten Frauen in Regensburg).

Mit dem Vorkommen von Einzelerkrankungen in einer exponierten Massengesellschaft ist also aus diesen Gründen stets zu rechnen. Damit wird aber der prinzipiell ausreichende Schutz der Bevölkerung gegen die Seuche nicht widerlegt.

Das Ziel der gesetzlichen Pockenschutzimpfung, die gewöhnlich zwischen dem 1.—3. Lebensjahr und zum zweiten Mal etwa im 12. Lebensjahr durchgeführt wird, ist nicht der maximal wirksame Impfschutz des einzelnen, sondern die Allgemeinheit soll durch eine breitgestreute Grundimmunität gegen unberechenbare Seucheneinbrüche großen Stiles geschützt werden. Dieses Ziel läßt sich durch den bisher gehandhabten Modus der gesetzlichen Pockenschutzimpfung erreichen, ohne daß allzuvielen Impfschäden die Impfung belasten würden. Eine maximal durchgeführte Erstimpfung unserer Kinder würde zu einer unverträglich hohen Rate an Impfschäden führen. Aus diesem Grunde wurde ja auch von der ehemals geübten Erstimpfung mit 4—5 großen Impfschnitten abgegangen.

In diesem Sinne unterschied der ehemalige Leiter der Bayerischen Landesimpfanstalt, Professor Dr. Albert Herrlich, zwischen einem „kollektiven“ Impfschutz und einem „individuellen“ Impfschutz gegen die Pocken. Ziel der gesetzlichen Schutzimpfung ist der kollektive Impfschutz.

Die bei uns verwendeten Impfstoffe und die Impfschnitte von maximal 3—5 mm Länge genügen zur Erzielung dieses Impfschutzes vollauf. Ein öfteres Einschalten von Impfterminen (z. B. in der DDR zwischen 5.—6. Lebensjahr) ist unnötig. Unter diese Anforderungen darf allerdings nicht gegangen werden. Auch mit noch wesentlich intensiveren Impfmaßnahmen lassen sich Einzelerkrankungen und Einschleppungen nicht verhüten. Als Beispiel können die Pockenerkrankungen in Polen und in der Tschechoslowakei genannt werden, wo wesentlich intensivere Impfmaßnahmen mit viel mehr Nachdruck als bei uns üblich sind.

Anders verhält es sich jedoch mit den Personen, die sich verstärkt exponieren. Das sind in erster Linie Reisende in Epidemiegebiete, Ärzte, die Pockenranke pflegen, u. a. Diese Menschen müssen sich wirksam wiederimpfen lassen — d. h., eine sogenannte „Knötchenreaktion“ genügt nicht. In diesen Fällen handelt es sich um einen „individuellen“ Impfschutz.

Der Ablauf der Pockenanschleppungen nach Ansbach, Kulmbach und Regensburg hat wenigstens für Bayern bewiesen, daß die getroffenen Schutzmaßnahmen zur Verhütung von Seuchenausbrüchen wirksam waren. Das Vertrauen der Ärzte und der Bevölkerung in die Impfung und in die Impfstoffe sollte daher nicht — auch nicht in durchaus gut gemeintem Sinne, jedoch mit praktisch kaum durchzuführenden Empfehlungen — erschüttert werden.

Es kommt sicherlich in einzelnen Fällen vor, daß impfende Ärzte nicht über eine ausreichende Impftechnik verfügen. Unserer Erfahrung nach handelt es sich jedoch um Ausnahmen. Am fehlenden Impferfolg sind meist mehrere, oft nicht genau zu erfassende Umstände beteiligt. Aus diesem Grunde wird in der Bayerischen Landesimpfanstalt versucht, bei Impfersagern mit Hilfe der Impfpistole einen Impferfolg zu erzielen. Weitere Verbesserungen und Vereinfachungen der Impfungen sind aber zu erwarten.

Ansch. d. Verf.: Professor Dr. med. H. Stic kl, Leiter der Bayerischen Impfanstalt, 8000 München 90, Am Neudeck 1

AUS DEM STANDESLEBEN

Dr. Hans Sewering zum Honorarprofessor ernannt

Der Bayerische Staatsminister für Unterricht und Kultus hat am 17. 5. 1968 den Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Herrn Dr. Hans SEWERING, zum Honorarprofessor für Sozialmedizin und ärztliche Rechts- und Berufskunde in der Fakultät für Medizin an der Technischen Hochschule München ernannt.

Ernst-v.-Bergmann-Plakette für Dr. Franz Schmidl

Bei der feierlichen Eröffnung der 40. Fortbildungsveranstaltung des Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung erhielt Herr Kollege Dr. med. Franz SCHMIDL, Facharzt für Innere Krankheiten, die Ernst-v.-Bergmann-Plakette.

Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer und Vizepräsident der Bundesärztekammer, Herr Professor Dr. Hans SEWERING, überreichte Herrn Kollegen Schmidl diese Auszeichnung, die ihm vom Vorstand der Bundesärztekammer verliehen worden war. Die Bundesärztekammer würdigte damit die Verdienste des Herrn Kollegen Schmidl um die ärztliche Fortbildung, die der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer bei der Überreichung der Plakette noch einmal hervorhob. Er brachte dabei auch den Dank der Bayerischen Landesärztekammer für bisher geleistete Arbeit zum Ausdruck.

Herr Kollege Schmidl gehört dem Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung bereits seit Oktober 1948 an und leitet seit dieser Zeit das ständige Sekretariat und die gesamte Organisation dieses Kollegiums.

Außerdem ist er Redakteur der offiziellen Zeitschrift des Regensburger Kollegiums „Die Ärztliche Fortbildung“.

Ernst-v.-Bergmann-Plakette für OMR Dr. Heinz Lieser Aufführung seines Films „Acta Psychiatrica“

Am 24. 5. 1968 wurde in München der Film „Acta Psychiatrica“ von OMR Dr. med. Heinz LIESER, Haar, in einer vom Bayer-Pharma-Büro gestalteten Felerstunde uraufgeführt. Professor Dr. HOFF, Wien, hielt den Festvortrag über „Erkennen—Verkennen“. Nur die Synthese aller Arbeitsrichtungen der Psychiatrie führe zum rechten Erkennen. Diesem Ziel psychiatrischer Diagnostik widmete sich auch Liesers Film. An filmisch hervorragend erfaßten Kranken-Portraits wird diese Diagnostik erläutert, sie ist mehrdimensional, nutzt Lebensgeschichte, soziale Bezüge, aber auch das Labor, sie ist synoptisch.

Die Einmaligkeit einer Person und ihrer seelischen Krankheit macht einen so vollendeten Farbfilm zur erschütternden zwischenmenschlichen Begegnung. Obgleich eigentlich Amateur-Kameramann, hat Lieser für ähnliche Filme glänzende internationale Preise erhalten: „Das Gesicht der Psychose und sein Wandel durch die Therapie“ (unter 219 Filmen 1. Preis auf der Tagung des Weltärztebundes in Helsinki), „Illusionen, Halluzinationen, Visionen“ (Preis in Rio de Janeiro),

„Die Passion des Vincent van Gogh“ (bester deutscher wissenschaftlicher Film auf der Weltausstellung in Montreal, 3. Preis auf dem Fortbildungskongreß in Berlin).

Auch alle anderen Filme und die etwa 50 wissenschaftlichen Veröffentlichungen Liesers wenden sich nicht eigentlich an die Fachkollegen mit Forschungsergebnissen, sondern sie wollen die Pforten des psychiatrischen Krankenhauses weit öffnen, Psychiatrie in die Ärzteschaft hinaustragen, das Ghetto der alten Landes-Heil-und-Pflegeanstalt beenden.

Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Herr Professor Dr. Hans SEWERING, würdigte in einer kurzen Ansprache die Tätigkeit von Herrn Kollegen

Lieser und überreichte ihm die vom Vorstand der Bundesärztekammer als Zeichen der Anerkennung für seine Verdienste in der ärztlichen Fortbildung verliehene Ernst-von-Bergmann-Plakette.

H. K r a m m, München

Goldene Blutspendernadel für Dr. Bernhard Kläß

Medizinaldirektor Dr. med. Bernhard KLÄSS, Fürth, Mitglied des Bayerischen Senats und Vizepräsident des Bayerischen Roten Kreuzes, hat für 17maliges Blutspenden die „Goldene Blutspendernadel mit Silberkranz“ erhalten. Herr Dr. Kläß gehört dem Bayerischen Senat seit 1964 als Vertreter der Gruppe Wohltätigkeitsorganisationen an.

71. Deutscher Ärztetag

Vom 17. bis 22. Mai 1968 in Wiesbaden

Das zentrale Thema des diesjährigen Deutschen Ärztetages war die Beratung einer neuen Weiterbildungsordnung. Dieser Entwurf war nach Anhörung der wissenschaftlichen Gesellschaften und der fachärztlichen Berufsverbände von der Ständigen Konferenz der Facharztausschufsvorsitzenden der Landesärztekammern und von den Mitgliedern eines Unterausschusses dieser Fachärztkonferenz unter der Leitung von Herrn Kollegen Professor Dr. Hans J. SEWERING erarbeitet und vom Vorstand der Bundesärztekammer den Delegierten vorgelegt worden. In einem eingehenden Referat erläuterte Herr Kollege Sewering diesen Entwurf einer Weiterbildungsordnung. Seine Ausführungen werden in der nächsten Nummer des „Bayerischen Ärzteblattes“ veröffentlicht werden. Der angenommene Entwurf geht nun den Landesärztekammern zur Beschlußfassung für ihren eigenen Wirkungsbereich zu.

Vor Eröffnung des Ärztetages gedachten die Delegierten ihres verstorbenen langjährigen Präsidenten, Professor D. Dr. Hans NEUFFER, dessen Verdienste der derzeitige Präsident der Bundesärztekammer, Herr Professor Dr. med. Ernst FROMM, in einer Gedenkrede würdigte.

Die Öffentliche Kundgebung fand am 21. 5. 1968 in Anwesenheit des Herrn Bundespräsidenten statt, der auch eine kurze Ansprache hielt.

Der Bundesminister für das Gesundheitswesen, Frau Käthe STROBEL, überbrachte die Grüße der Bundesregierung und erläuterte deren Auffassung zu aktuellen gesundheitspolitischen Problemen.

Für den Deutschen Bundestag und dessen Präsidenten sprach Herr Kollege Dr. med. Gerhard JUNG MANN, der stellvertretende Vorsitzende des Gesundheitspolitischen Ausschusses.

Die hessische Landesregierung war durch ihren Ministerpräsidenten, Herrn Dr. Georg August ZINN, vertreten, der den Delegierten die Grüße des gastgebenden Landes überbrachte.

Für die anwesenden ausländischen Kollegen sprach Herr Dr. med. F. KÖNIG, der Präsident der Verbindung der Schweizer Ärzte.

Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft für Bundespräsident Dr. h. c. Heinrich Lübke

Während der Abschlußkundgebung wurde dem Herrn Bundespräsidenten das Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft verliehen. Die Verleihungsurkunde hat folgenden Wortlaut:

„Auf Beschluß ihres Vorstandes verleiht die Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern) Herrn Dr. h. c. Heinrich LÜBKE, Bundespräsident der Bundesrepublik Deutschland, das Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft. Mit der Verleihung ihres Ehrenzeichens würdigt die ärztliche Standsorganisation die Verdienste, die sich der Herr Bundespräsident auch um das Gesundheitswesen unseres Landes erworben hat. Durch das große Interesse und die persönliche Anteilnahme, die er den Maßnahmen der Gesundheitspflege, vor allem bei alten Menschen wie auch bei unserer Jugend, entgegenbrachte, hat er

Passiorin

Rein pflanzliches Dauersedativum
(Passifl. inc., Salix alb., Crataeg. oxyac.)
Ohne Gewöhnungsgefahr
Ohne Nebenwirkungen

Unschädliche Kur- und Dauermedikation
zur Stabilisierung des Nervensystems

SIMONS CHEMISCHE FABRIK GAUTING BEI MÜNCHEN



der Gesundheitspolitik wesentliche Impulse gegeben. Besonderer Dank gebührt Bundespräsident Lübke für seine unablässigen Bemühungen um einen erfüllten und schöneren Lebensabend der älteren Menschen unseres Landes. Anteilnahme und Aufmerksamkeit hat Bundespräsident Lübke stets der Erhaltung eines sittlich und wissenschaftlich hochstehenden Ärztestandes zugewandt. Er hat damit Medizin wie Ärzteschaft wesentlich gefördert.“

Paracelsus-Medaille für verdiente Ärzte

Während der Öffentlichen Kundgebung wurden mit der Paracelsus-Medaille ausgezeichnet:

Professor Dr. med. Wilhelm Tönnis, emeritierter Ordinarius für Neurochirurgie an der Universität Köln

Professor Dr. med. Max Gänssien, emeritierter Ordinarius für innere Medizin an der Universität Frankfurt am Main

Dr. med. Franz Mündel, Facharzt für Laboratoriumsdiagnostik in Frankfurt am Main

Neuwahlen zum Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat am 18. 5. 1968 in Wiesbaden Dr. Hans-Wolf Muschaliik, Köln, zum Zweiten Vorsitzenden der KBV gewählt. Er wurde damit Nachfolger von Dr. Gerhard König, der am 16. 4. 1968 verstorben war. Dr. Muschaliik, der bisher Beisitzer im Vorstand der KBV war, ist Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein.

Auf den durch die Wahl von Dr. Muschaliik freigewordenen Platz eines Beisitzers im Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wählte die Vertreterversammlung den Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsens, Dr. Rudolf Deilus, Braunschweig.

Wahl des Vorstandes der „Deutschen Akademie der Fachärzte“

Der 71. Deutsche Ärztetag wählte am 22. 5. 1968 in Wiesbaden den Vorstand der „Deutschen Akademie der Fachärzte“:

1. Dr. Christiani, Kiel
2. Dr. Wezel, Felibach
3. Dr. Schiösser, Rosenheim
4. Professor Dr. Loew, Homburg/Saar
5. Dr. Bechtold, Frankfurt

Neuer Vorstand des Wissenschaftlichen Beirats

Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer, dem 60 namhafte Vertreter aller medizinischen Fachgebiete angehören, trat anlässlich des 71. Deutschen Ärztetages in Wiesbaden zu seiner ersten diesjährigen Vollversammlung zusammen. Dabei wurde für die nächsten drei Jahre ein neuer Vorstand gewählt.

Ihm gehören, wie bisher, Professor Dr. Carl Erich Aiken, Homburg/Saar, als Vorsitzender sowie Professor Dr. Joachim Hein, Sierksdorf, Professor Dr. Siegfried Koiler, Mainz, und Professor Dr. Franz Schmid, Aschaffenburg, als Beisitzer an. Außerdem sind der Präsident der Bundesärztekammer, Professor Dr. Ernst Fromm, Hamburg, und ihr Hauptgeschäftsführer, Dr. Josef Stockhausen, Köln, Mitglieder des Vorstandes des Wissenschaftlichen Beirats.

Aufgrund einer in Wiesbaden beschlossenen Satzungsänderung wurde dieses Gremium um drei Mitglieder erweitert. Der Beirat wählte Professor Dr. Klaus Thomsen, Hamburg, zum neuen stellvertretenden Vorsitzenden. Als weitere Beisitzer wurden Professor Dr. Hanno Poppe, Göttingen, und Professor Dr. Hans-Peter Wolff, Mainz, berufen. Die Geschäftsführung liegt in den Händen von Dr. Wilhelm Ahrens, Hamburg.

Neuer Vorstand des Marburger Bundes

Die Hauptversammlung des Marburger Bundes wählte im Rahmen des 71. Deutschen Ärztetages einen neuen Vorstand. Mit 40 von 42 Stimmen wurde der bisherige Erste Vorsitzende, Dr. Erwin Odenbach, Wissenschaftlicher Assistent an der Universität Köln, in seinem Amt bestätigt.

Tarifexperte und bisheriges Vorstandsmitglied Dr. Heinz Salbach, Oberarzt in Berlin, wurde zum Zweiten Vorsitzenden gewählt.

Zu Beisitzern wurden gewählt: Dr. Wolfgang Bechtoldt, Chefarzt in Frankfurt/Main-Hochst; Dr. Hans Vetter, Medizinalassistent in Köln; Dr. Peter Kusche, Assistenzarzt in Hamburg; in Wiederwahl nach mehrjähriger Vorstandstätigkeit Dr. Hans Bauer, beamteter Arzt in Calw-Wimberg, sowie Dr. Hans Böhner, Wissenschaftlicher Assistent an der Universität Köln.

Im übrigen wird auf die eingehende Berichterstattung über den 71. Deutschen Ärztetag im „Deutschen Ärzteblatt“ verwiesen.

Eröffnung von Spezialkliniken zur Vor-, Weiter- und Nachbehandlung von Tumorkranken in Bayern

Im Juli 1968 wird in Bad Trißl, Gemeinde Oberaudorf, Landkreis Rosenheim, eine „Spezialklinik zur Vor-, Weiter- und Nachbehandlung von Tumorkranken“ für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, Sozialhilfeempfänger und Privatpatienten eröffnet werden.

Eine zweite Klinik für den gleichen Personenkreis ist für Januar 1969 — ebenfalls in Oberbayern — geplant.

Nach der großen Aktion zur Früherkennung der Zuckerkrankheit in München im Jahre 1967 — die Veröffentlichung der wissenschaftlichen Auswertung erfolgt demnächst — wird die Bayerische Landesärztekammer mit diesen Kliniken eine weitere wichtige gesundheitspolitische Maßnahme fördern. Damit will sie dazu beitragen, daß gerade diesen Kranken ohne Unterschied ihrer wirtschaftlichen Lage alle verantwortbaren Behandlungsmethoden der modernen Medizin zur Vor-, Weiter- und Nachbehandlung zur Verfügung stehen.

Die Anmeldung von Patienten kann nur durch die behandelnden Ärzte bei der „Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern“, 8000 München 23, Königinstraße 85, zu Händen des geschäftsführenden Arztes, erfolgen.

Das Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

39. Fortbildungskurs — Leitung: Professor Dr. Dietrich Jahn, Nürnberg

(Fortsetzung)

1. Hauptthema: Fortschritte bei Nierenkrankheiten

Privatdozent Dr. H. PICHLMAIER, München:

„Nierentransplantation, Indikation, Technik, Ergebnisse“

Eine zusammenfassende Statistik der Ergebnisse der Nierentransplantationen zeigt übereinstimmend bei allen Zentren ein Doppeltes: Bei verwandten Spendern liegt die Zweijahres-Überlebenschance zwischen 50 und 70% gegenüber 20 bis 50% bei Leichentransplantaten. Die Überlebensrate übersteigt somit schon jetzt die durchschnittlichen Ergebnisse der Magenkarzinomstatistik (24%) und der des Bronchialkarzinoms (20%).

Bei der Indikation zur Nierentransplantation unterscheidet man relative — chronische Urämie im Endstadium, therapierefraktäre Hochdruckkomplikationen — von absoluten — fortschreitende Neuropathie, Undurchführbarkeit der Dialysebehandlung — Begründungen. Unter den Kontraindikationen ist eine Altersbegrenzung ebenso problematisch wie die Frage der psychischen Eignung. Eindeutig sind schwere Erkrankungen der Leber, Magen-Duodenal-Ulzera, Mißbildungen der ableitenden Harnwege, maligne Systemerkrankungen und Tumoren sowie generalisierte Gefäßprozesse und Infektionen.

Bei der Erwägung eines Lebendspenders ergibt sich der Vorteil einer sorgfältig geplanten Operation unter günstigen Bedingungen, hingegen das ärztlich schwerwiegende Problem des Rates zu einer solchen Organspende. Selbstverständlich muß die immunologische Kompatibilität — Blutgruppenverträglichkeit und Histokompatibilität — getestet sein. Letztlich bleibt es ein völlig freiwilliger Entschluß bei psychisch geeigneten und gefestigten Menschen. Aus der Seltenheit einer so vielfältigen Eignung ergibt sich gleichzeitig die Notwendigkeit zur Transplantation von Leichennieren in der größeren Zahl der übrigen Patienten. Auf der Suche nach geeigneten, rasch durchführbaren Immunitätsreaktionen gewinnt klinisch heute die intrakutane Injektion von Lymphozyten und die sogenannte gemischte Lymphozytenkultur an Bedeutung. Für die Transplantations-technik im engeren Sinne ist es besonders bedeutsam, daß die Transplantatzellen während der Ischämiezeit konserviert werden. Man verwendet Kühlperfusionsen bzw. Immersionen in kalter Lösung, wobei Elektrolyt-Eiweißlösungen, heparinisiert, Verwendung finden. Auf eine hyperbare Oxygenation, wie manchmal empfohlen, wird verzichtet. Im chirurgischen Vorgehen ist lediglich die Methode der Ureterimplantation umstritten. Eine endgültige Klärung muß letzten Endes auch von den immunologischen Erfahrungen hergeleitet werden. Nach Abschluß der Operation beginnen leider erst die eigentlich schwerwiegenden Probleme. Die Annahme des homologen Gewebes durch den Körper kann theoretisch durch vielerlei Möglichkeiten ermöglicht werden:

1. Spenderauswahl
2. Verminderung der Antigenität des Transplantates

3. Erzeugung einer spezifischen Immuntoleranz für das Transplantat
4. generelle Immundepression des Empfängers

Letzteres ist sicher nicht die Ideallösung, aber der gegenwärtig klinisch mögliche Weg. Man riskiert allerdings eine allgemeine Abwehrschwäche und eine Beeinträchtigung der Hämoese. Zur Immundepression verwendet man Prednisolon, Imuran (ein Purinsäureantagonist) und Aktinomycin C, insbesondere bei Abstoßungskrisen. Von Herrn Dr. R. PICHLMAIER wurde zusätzlich ein Antilymphozytenserum entwickelt, welches sehr wirkungsvoll zu sein verspricht, jedoch weiterer klinischer Erfahrung bedarf. Schließlich kann man physikalisch eine extrakorporale Blutbestrahlung versuchen. Die lokale Transplantatbestrahlung geschieht in derselben Absicht der Zerstörung der zellständigen Immunreaktion.

In München wurden bisher 17 Transplantationen bei 15 Patienten seit Mai 1966 durchgeführt. 5 Patienten verstarben, von den lebenden 10 zeigen 7 eine ausreichende bzw. gute Nierenfunktion. Jeder Transplantierte bedarf einer konsequenten ärztlichen Überwachung, nicht zuletzt bezüglich der drohenden Infekte.

2. Hauptthema: Toxische Krisen

Professor Dr. D. MÜTING, Homburg/Saar:

„Toxische Krisen bei Erkrankungen der Leber in Diagnostik und Therapie“

Pathophysiologisch drängt sich die Einteilung des Leberkomas in endogene und exogene Ursachen auf. An der endogenen Intoxikation sind neben Ammoniak die Phenole und Indolderivate beteiligt, wobei im alkalischen Milieu die Hirnzelle besonders anfällig gegenüber den freien und damit toxisch wirkenden Ammoniakionen ist. Während Ammoniak jedoch zu einem gewissen Teil im Gehirn durch Bindung an Glutaminsäure gekoppelt und entgiftet werden kann, führen die Phenole bereits in geringer Konzentration zu irreversiblen Schädigungen der Hirnenzyme.

Klinisch ist die häufigste Ursache des endogenen Leberkomas die schwere Virushepatitis bzw. Serum- oder Inokulationshepatitis, an nächster Stelle folgen Vergiftungen mit Schwermetallen, Tetrachlorkohlenstoff, Chloroform und Knollenblätterpilzen. Nach initial extrem hohen Serumtransaminasewerten kommt es zum steilen Abfall, was prognostisch ungünstig zu werten ist. Ähnliches gilt für einen deutlich reduzierten spontanen Prothrombinwert. Befunde unter 30% deuten deshalb auf ein drohendes Lebererfallskoma, ein Abfall auf weniger als 10% zeigt einen bereits irreversiblen Leberschaden an. Beim Leberausfallskoma steht die Leberzirrhose, entweder posthepatitischen oder alkoholischen Ursprungs, an erster Stelle. Nach portokavalen Shuntoperationen sind exogene Einflüsse noch rascher und drastischer wirksam. Die akute Verschlechterung der Zirrhose wird am häufigsten durch eine Ösophagusvarizenblutung ausgelöst. Die Resorption von Ammoniak und Phenolen überschwemmen rasch die

vom Gehirn tolerierte Schwelle. Die Analyse des Blut-Ammoniakspiegels sollte in einer modifizierten Methode deshalb in weiterem Umfang Verbreitung finden (nach F. SCHMITT, SCHWARZ und MÜTING). Die diagnostischen Merkmale der fortgeschrittenen Leberzirrhose als Basis der Pathogenese sind hinlänglich bekannt. Schließlich muß die Möglichkeit eines sogenannten „Elektrolytkomas“ aufgezeigt werden. Wichtigste Kriterien sind die Hypokaliämie und die Alkaloze. Die Serumelektrolytbestimmungen und die EKG-Schreibung sichern die objektiven Merkmale. Mischformen aus den angedeuteten drei Grundtypen des Leberkomas sind selbstverständlich immer denkbar. Immer häufiger wird in letzter Zeit das primäre Leberkarzinom beobachtet, offenbar weil die Zirrhosekranken eine längere Überlebenschance haben. Auf die Begleitsymptomatik eines Alkoholdelirs ist gerade bei den präkomatösen Zuständen zu achten.

Die Therapie muß sich zunächst auf die Ausschaltung der auslösenden Noxen konzentrieren. Bei einer Ösophagusvarizenblutung bewährt sich nicht selten die Blutstillung durch Octapressin-Infusionen, Spülungen mit Eiswasser und nötigenfalls das Anlegen einer Kompressionssonde. Beim Blutersatz sollen möglichst frische Konserven Verwendung finden. Während hoher Ammoniakspiegel muß die Eiweißzufuhr, insbesondere die orale, drastisch reduziert werden. Das Elektrolytkoma wird nicht selten durch einseitige Diuresetherapie provoziert, ebenso wie früher durch unbedacht häufige Aszitespunktion. Die medikamentöse Therapie kann eine Senkung des Blutammoniakspiegels durch Infusion von 5–10%iger Lävulose, neuerdings vor allem aber auch durch die spezifischen Aminosäuren, wie Arginin, Glutaminsäure und Ornithin, angestrebt werden. Zusammen mit energieliefernden Substanzen, wie Apfelsäure, stehen sie handelsfertig zur Verfügung. Wichtig ist allerdings eine hohe Dosierung, wobei in einzelnen Fällen schwerer Leberkomata eine Medikation bis zu 60 g Arginenaspartat erforderlich war. In manchen Fällen muß zusätzlich eine hohe Dosierung von Prednisolon (maximal 500–1000 mg pro die) hinzugefügt werden. Prednisolon scheint die Ammoniakvergiftung im menschlichen Gehirn zu verbessern. Durch Neomycin oral erreicht man eine Darmsterilisierung und damit einen verminderten Anfall resorbierbarer Phenole und Ammoniaksubstanzen. Für das Alkoholdelir steht neuerdings ein Derivat des Vitamins B₁, das Distraneurin, als Mittel der Wahl zur Verfügung. Die Therapie mit Hämodialyse und Peritonealdialyse in verzweifelten Fällen brachten zwar eine passagere Senkung des Ammoniakspiegels, jedoch keine wesentliche Besserung der Prognose. In letzter Zeit wird auch der Einsatz von Schweinelebern zur Entgiftung diskutiert, doch sind die begleitenden Probleme dieser Therapie durchaus noch nicht voll gelöst.

Professor Dr. A. BERNSMEIER, Kiel:

„Intoxikationen durch Kohlensäure und Sauerstoff bei Herz- und Lungeninsuffizienz“

Bei der im Thema angesprochenen Problematik können sich grundsätzlich vier Komponenten gegenseitig beeinflussen: die Vergiftung mit Kohlensäure, die Intoxikation durch Sauerstoff, die Herzinsuffizienz und die Störung der Lungenfunktion. Auf Änderungen des Kohlensäuregehaltes im Blut reagiert das Atemzentrum sehr empfindlich. Bei erhaltener Funktion des Atem-

zentrums löst eine CO₂-Überladung, endogen oder exogen, eine Hyperventilation mit Dyspnoe und Kopfschmerzen bis zu rauschähnlichen Zustandsbildern bei Anhebung der Blutdruckwerte hervor. Bei Zunehmender Intoxikation über 10% durchschreitet das Bild relativ rasch die Symptome der Benommenheit, Ataxie, Krämpfe bis hin zum Koma mit Stammhirnlähmung. Exogene Sauerstoffüberladung — über 60% der Atemluft — führt zur Schleimhautreizung des Respirationstraktes mit entzündlichen Bronchitiden, Atelektasen und Bronchopneumonien sowie sekundären zentralnervösen Schädigungen. Gefahrlos scheint aus diesem Gesichtspunkt heraus die Zufuhr von 2 bis 6 l pro Minute über den Nasenkatheter bzw. eine hyperbare Sauerstofftherapie unter 3 Atmosphären Druck für kürzere, klinisch kontrollierte Zeiten. Neue Gesichtspunkte treten hinzu beim Bestehen einer Herz- und Lungeninsuffizienz. Bei der kardialen Insuffizienz kann wegen der verstärkten Ausschöpfung des Sauerstoffs in der Peripherie ein Sättigungsdefizit des arteriellen Blutes auftreten. Durch die Chemorezeptoren des Carotis sinus wird eine Hyperventilation ausgelöst, was parallel auch zu einer verstärkten Abbrauchung von Kohlensäure führt. Eine oben beschriebene Dosierung von O₂-Zufuhr bringt deswegen bei der alleinigen Herzinsuffizienz keine Gefahren. Ganz anders liegen die Verhältnisse bei der pulmonalen Insuffizienz. Hierbei kommt es pathophysiologisch zur Hypoxämie durch verstärkte periphere Ausschöpfung und verminderte pulmonale Sättigung, vor allem aber auch zur Hyperkapnie durch vermehrten peripheren Anfall und verminderte pulmonale Abgabe.

Bei chronischen Fällen resultiert reaktiv eine Polyglobulie und eine „Adaptation“ des Atemzentrums auf gesteigerte Kohlensäurespiegel, d. h., es entsteht keine Dyspnoe mehr, auch wenn der Kohlensäuredruck bis auf doppelte arterielle Werte ansteigt. Bei einer solchen Globalinsuffizienz genügt eine geringe weitere Atembehinderung durch Infekte und dergleichen, um die pulmonale Insuffizienz bedrohlich zu machen. Es werden dann alle Stadien der CO₂-Vergiftung möglich. Die zentrale Hypoxie verursacht zudem ein Hirnödem mit weiterer Verschlechterung der Eigenregulation. Hinzu kommt die Rechtsherzinsuffizienz mit Einflusstauung und zerebraler Durchblutungsminderung, was ebenfalls Krämpfe und Komata begünstigen kann. Therapeutisch außerordentlich wichtig ist, daß die Sauerstoffatmung in den Fällen von pulmonaler Insuffizienz trotz Verschwinden der Zyanose eine erhebliche klinische Verschlechterung bringen kann. Die Kranken geraten unter der Sauerstoffatmung in eine CO₂-Vergiftung. Offenbar ist die Regulation des Atemzentrums nicht mehr in der Lage, auf erhöhte CO₂-Drucke zu reagieren, und die Ansprechbarkeit der Chemorezeptoren des Carotis sinus auf O₂-Mangel wird durch die Sauerstoffatmung gedrosselt. Die beste Methode, um dieser Gefahr zu entgehen, ist die künstliche Respiratorbeatmung mit laufender Überwachung der Atemgrenzwerte. Bei Kohlensäuredrucken von mehr als 70 mm Hg verbietet sich die Sauerstofftherapie ohne apparative Hyperventilation. Selbstverständlich sind alle Medikamente, die eine weitere Atemdepression bewirken (Morphin-Derivate usw.) kontraindiziert. Hingegen bewährten sich Euphyllin, Micoren, Lobulin, eventuell Diamox, welches den CO₂-Gehalt im arteriellen Blut senken kann.

Privatdozent Dr. P. M. REISERT, Göttingen:

„Grundlage, Ursachen und Fortschritte in der Behandlung des diabetischen Komas“

Pathogenetisch ist das Coma diabeticum die Folge eines absoluten oder relativen Insulinmangels. Letzteres fördert die Permeation der Glukose in die Zellen. Es senkt also den Glukosespiegel des Blutes und fördert den Glykogen-Eiweiß- und -Fettanbau. Bei Kohlehydrat-hunger der Zelle kommt es reaktiv zur Ausschüttung der Glukose aus den Leberdepots, zur Mobilisierung des Fettgewebes mit der Anflutung von Ketonkörpern und zum erhöhten Anfall von Milchsäure infolge gestörter Glukoseoxydation. Die Hyperglykämie, die Ketonazidose und die Laktazidose sind also die pathogenetischen Folgekriterien des Insulinmangels.

Im Bewußtsein fließender Übergänge lassen sich theoretisch drei Komaformen herausarbeiten: das Coma hyperosmolare, begleitet von Exsikkose und rasch fortschreitenden zerebralen Schädigungen, weiches relativ insulinempfindlich ist; das azidotische Koma mit einer durch die Ketonkörper bedingten metabolischen Azidose zeigt eine unterschiedlich starke Insulinresistenz und erhebliche sekundäre Elektrolytverschiebungen; das Laktazidosekoma ist vergleichsweise selten, doch warnt diese Möglichkeit vor der Anwendung von Natrium-laktat zur Korrektur der Säurebasenwerte. Die Therapie kann folgende Richtlinien abstecken:

1. Die Alt-Insulingaben intravenös mit 1- bis 2stündigen Blutzuckerkontrollen, da die Halbwertszeit bei dieser Applikation relativ gering ist;
2. Ausgleich der Exsikkose mit hypo-osmolaren Lösungen (eventuell nach ROSSIER $\frac{1}{3}$ Wasser, $\frac{1}{3}$ isotonen Natriumbikarbonat und $\frac{1}{3}$ physiologische Kochsalzlösung) sowie Kaliumgaben nach sicher ablesbarer Insulinwirkung (100 bis 140 m-val pro die).

Bei schwerer Laktazidose empfiehlt sich Natrium bicarbonicum und Trisspuffer. Selbstverständlich gelten alle Kriterien der Intensivpflegestationen.

Professor Dr. V. FRIEDBERG, Mainz:

„Differentialdiagnose, Bewertung und Behandlung der Schwangerschaftstoxikosen“

Eigentlich ist die Gestose keine Toxikose. Anzeichen einer Gestose im Sinne der bekannten Trias — Hypertonie, Ödem, Proteinurie — sind bei 5—10% aller Schwangeren zu beobachten. Sowohl die kindliche als auch vor allem die mütterliche Mortalität sind nach wie vor durch diese Ursache erheblich belastet. Pathogenetisch war die Gestose bisher die „Erkrankung der Theorien“. Neuere Erkenntnisse zeigen jedoch, daß vorwiegend junge, erstgebärende Frauen betroffen sind, meist ein hypoplastischer oder infantiler Uterus vorliegt, oder andere wesentliche Durchblutungsstörungen des graviden Uterus mitspielen. Dementsprechend disponieren chronische Gefäßleiden, wie die essentielle Hypertonie, der Diabetes mellitus und chronische Nephropathien, die Störung bzw. Verminderung des uteroplazentaren Blutstromes. Experimentell konnte man im Tierversuch durch Drosselung der Uterusdurchblutung in Parallele zum Goldblattmechanismus der Niere eine signifikante Blutdrucksteigerung erzielen. Man postuliert deswegen pressorische Substanzen der Plazenta, die man hypothetisch als Hysterotonin bezeich-

RABRO

Magentabletten



weltweit
wirksam

Herausragende Wirkung-
ambulant und klinisch.

Niedrige Dosierung durch
hohen Wismutgehalt mit
Succus Liquiritiae

RABRO[®]

Magentabletten

H. TROMMSDORFF - Aachen

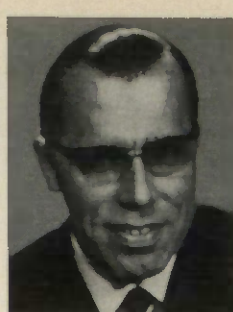




Prof. Dr. D. Mütting
Homburg/Saar



Prof. Dr. A. Bernsmeier,
Kiel



Prof. Dr. H. H. Wieck
Erlangen



Prof. Dr. U. Ritter
Lübeck



Dr. W. Ziegler
Zürich

nete. Von den klinischen Auswirkungen einer erheblichen Angiospastik werden dann auch andere Organbezirke betroffen; so sind morphologische Schäden an Leber, Gehirn und Niere gut bekannt. Der Grad der morphologischen Schäden und damit ihre Reversibilität hängen von der Intensität und Dauer der angiospastischen Veränderungen ab. In diesem Zusammenhang muß man auch die genuine Gestosen von den sogenannten Pforttoxikosen trennen. Therapeutisch ist zunächst die symptomatische Blutdruckzuegelung die hauptsächlichste Aufgabe. Dabei erwiesen sich viele Rauwolfia-Präparate, insbesondere bei den schweren eklamptischen Fällen, als wirkungslos, und man muß zu den modernen postgangliolären Blockern übergeben. In schwierigen Fällen hat sich auch Nepresol, welches Nebenwirkungen besitzt, in der Dauertropfinfusion als eine Notmaßnahme berechtigt erwiesen. Als zusätzliches Sedativum gibt man Magnesiumsulfat, ebenfalls im Dauertropfer, was den übrigen bisher angewandten lytischen Medikamenten überlegen ist. Nicht zuletzt sind Diuretika einzusetzen, welche die Blutdruckzuegelung der übrigen Medikamente steigern und gleichzeitig die Ödeme eliminieren. Auch als Prophylaktikum sind die Saluretika zu erwägen, insbesondere wenn man bei den viel zu selten durchgeführten Gewichtskontrollen eine zu hohe Steigerungsrate erkennen muß, was eines der besten Zeichen für die gefährliche Salz- und Wasserretention im Sinne der beginnenden Toxikose ist. Bei der geburthilflichen Leitung ist heute ein konservativer Standpunkt angebracht, wenn die Beherrschung der Eklampsie unter der medikamentösen Therapie exakt durchgeführt wird. Nach Beruhigung des Blutdrucks kann man dann durch Blasensprengung und Orastintropfer die Geburt in Gang bringen. Dies ist für die Mutter wie für das Kind das kleinere Risiko.

Professor Dr. H. H. WIECK, Erlangen:

„Erkennung und moderne Behandlung von toxischen Krisen in der Neurologie“

Die toxischen Krisen der Neuropsychiatrie basieren auf einem internen Grundprozeß, genauer gesagt, auf einer exogenen Intoxikation oder einer Stoffwechselerkrankung, selten auch auf einer Avitaminose. Indirekt können natürlich auch andere Ursachen — Erregerkrankheiten und Kreislaufstörungen — zur Pathogenese einer zerebralen Intoxikation bzw. Hypoxydase führen. Die Symptomatologie einer „toxischen Krise“ kann sich psychiatrisch oder neurologisch oder aber kombiniert ausdrücken. Da man grundsätzlich reversible Syndrome von irreversiblen unterscheiden sollte, muß man in diesem Zusammenhang von „Funktionspsychosen“ sprechen. Am Beispiel der Barbituratintoxikation kann man

den Weg einer Funktionspsychose verfolgen. Zunächst besteht ein leichtes Durchgangssyndrom mit geringer Verlangsamung aller seelisch-geistigen Abläufe, bei höherem Anstieg des Barbituratspiegels zeichnet sich ein mittelschweres Durchgangssyndrom mit stärkerer Minderung der seelisch-geistigen Funktionen ab, und schließlich kann sich ein schweres Durchgangssyndrom manifestieren, häufig als amnestischer Symptomenkomplex. Am Ende dieser Reihe steht der enge Bereich der Bewußtseinstörung, der rasch übergehen kann in die Bewußtlosigkeit bzw. das Koma, bei welchem eine Störung der Reflextätigkeit hinzutritt. Eine Krisensituation besteht natürlich vor allem in der letztgenannten Endstrecke der Syndromenskala. Die verschiedene Färbung der Durchgangssyndrome ließe sich an manchen Beispielen beschreiben, besonders eindrucksvoll auch an der Alkoholiintoxikation.

Das Rückenmark ist gegenüber toxischen und metabolischen Grundprozessen zunächst weniger anfällig. Auch das periphere Nervensystem wird relativ selten von akut verlaufenden Prozessen heimgesucht. Eine Ausnahme macht die akute toxische Form der Porphyrie-Polyneuritis sowie die paroxysmale Lähmung der Myasthenie. Unter den internistischen, metabolischen Grundprozessen sind Zuckerstoffwechselstörungen, Dysthyreosen, Elektrolytstörungen, Urämie und Leberstoffwechselentgleisungen hervorzuheben. Aus der Reihe exogener Intoxikationen muß man den Alkoholismus, die Psychopharmaka, die Narkotika und Hypnotika sowie verschiedene andere anorganische und organische Substanzen herausbetonen. Die toxische Krise erfordert auch in der Neuropsychiatrie eine sofortige Behandlung. Wichtigste Voraussetzung ist eine sichere Differentialdiagnose, wobei auch ganz andersartige zerebrale Prozesse, wie traumatische intrakranielle Hämatomate, intrakranielle Drucksteigerungen, eitrige oder tuberkulöse Meningitiden, um nur einige Beispiele zu nennen, beachtet werden sollten. Daraus ergibt sich eine Einteilung in prophylaktische Behandlung (Weglassen der Noxe), kausale Therapie (Myasthenie und paroxysmale Lähmung) sowie spezifische symptomatische Therapie (beispielsweise Hyperglykämie, Urämie, Vergiftungen, Morphinvergiftung usw.) und schließlich eine unspezifische Therapie im Sinne von Intensivpflege einer Wachstation.

Professor Dr. U. RITTER, Lübeck:

„Krisensituationen bei intestinalen Erkrankungen in Differentialdiagnose und Therapie“

Klinisch steht häufig die Symptomatik des „akuten Abdomens“ im Vordergrund. Die differentialdiagnostische Skala ist groß. Bei drastischen Schmerzen und

begleitendem Schocksyndrom denke man auch an das Aneurysma dissecans, selbstverständlich an die nekrotisierende Pankreatitis, wobei die paradoxe, rot-zyanotische Gesichtsfarbe einen Hinweis geben kann. Bei anhaltender Peritonitis und paralytischem Ileus wird das chirurgische Eingreifen schon zur Klärung von Darmnekrosen erforderlich. Auch die akute Pfortaderthrombose ist trotz allen Bemühens nur schwer zu überwinden und endet im irreparablen Schockzustand. Lebensbedrohliche Krisensituationen sind nach wie vor alle großen intestinalen Blutungen. Teerstuhl ist nicht unbedingt kennzeichnend für eine Blutungsquelle im Magen-Duodenalbereich. Andererseits können profuse Blutungen in diesem Gebiet infolge rascher Passage auch zu frisch rot blutendem Stuhlabgang führen. Dieser Hinweis soll jedoch die alte Faustregel nicht außer Kraft setzen. Die präoperative Lokalisation mittels Röntgenverfahren, Endoskopie oder Fadentest wird allgemein als wünschenswert erachtet. Für die Ermittlung der Blutungsintensität sind die Kriterien des Kreislaufs — Blutvolumenbestimmung und Blutdruck- bzw. Venendruckmessungen — wichtiger als die Hb- und Hämatokritzahlen. Der frühzeitige und ausreichende Volumenersatz ist gleichzeitig eine Schockprophylaxe, die vor allem bezüglich der Nieren sehr wünschenswert ist.

Die klinische Symptomatik der akuten Pankreatitis ist eindrucksvoll, die Differentialdiagnose gegenüber dem Herzinfarkt oder einer Perforationsperitonitis aber immer notwendig. Neben dem Amylaseanstieg hat die spezifischere Lipase eine große diagnostische Wertigkeit. Erhebliche Elektrolytverschiebungen sind bekannt; die Hyperkaliämie prognostisch ungünstig, die Hypokaliämie meist Folge einer anhaltenden Darmparalyse. Die therapeutischen Richtlinien kann man in folgenden Stichworten zusammenfassen: Schockbeseitigung, Organruhigstellung, Schmerzbekämpfung, Inhibitortherapie, Infektionsbekämpfung (Antibiotika), Elektrolyt- und Wasserhaushaltregulierung, Substitution der Fermente und Diät. Grundsätzlich muß heute bei allen akuten abdominalen Prozessen eine sorgfältige Überwachung und Korrektur der Elektrolyt- und Säurebasenverhältnisse angestrebt werden, da häufig ein perniciöser Circulus vitiosus in diese Richtung hin abgleiten kann.

Dr. W. ZIEGLER und Professor A. LABHARDT, Zürich:

„Fortschritte in Diagnose und Therapie endokriner Krisen, insbesondere des Phäochromozytoms“

Die bekannte Symptomatik einer hypotonen Dehydratation, einer Hypoglykämie und einer schweren Exsikkose mit Hypotonie lassen die ADDISON-Krise rasch diagnostizieren, wenn überhaupt an sie gedacht wird. Mehr und mehr scheinen nichttuberkulöse Nebenniereninsuffizienzen pathogenetisch eine Rolle zu spie-

len. Die Therapie mit hyperosmolaren Lösungen i. S. von Glukose- und Kochsalzanreicherung sowie der Gabe von wasserlöslichem Cortisol ist dankbar und schon in wenigen Stunden sehr eindrucksvoll. Die thyreotoxische Krise ist zwar selten, aber immer noch von fast 30% Mortalität belastet. Die kritische Situation kann unvermittelt hereinbrechen und gefährdet vorwiegend ältere Patienten sehr rasch. Delirante, halluzinatorische Bilder i. S. von exogenen Psychosen sollte man diesbezüglich beargwöhnen, ebenso wie die bekannten Kriterien der Tachykardie und der ansteigenden Temperaturen.

Noch seltener ist die parathyreotoxische Krise, weshalb die Anamnese gründlich nacherhoben werden muß. Frühere Nephrolithiasis, Polyurie und Polydypsie, Müdigkeit, Obstipation und Erbrechen können solche unspezifische Hinweise sein. Kalzium- und Phosphorspiegel in Serum und Harn engen das Bild in der typischen Konstellation meist ein. Wenn die schwierige Differentialdiagnose einer echten parathyreotoxischen Krise gelingt, sollte die Notoperation angestrebt werden, andernfalls kann man Phosphatinfusionen (3 g innerhalb von 6 Stunden) zur Senkung des Kalziumspiegels versuchen.

Die eindrucklichste und dramatischste Krise in der Endokrinologie bietet das Phäochromozytom. Der Anfall ist in der Tat einem „vegetativen Gewitter“ gleichzusetzen. Angstzustände, allgemeine Exzitation, Blässe, Hochdruck und kardiale Belastung bis zu Dyspnoe und stauungsbedingten abdominalen Beschwerden prägen das Bild. Als diagnostische Hilfsmittel stehen folgende Wege zur Verfügung: 48 Stunden vor jeder Untersuchung sollen alle Medikamente abgesetzt sein. Rauwolfia-Präparate sollten sogar schon 10 Tage vorher abgesetzt werden. Die Provokationsteste (Histamin und Kältereiz) sollten bei älteren und primär hypertonen Patienten nicht ausgeführt werden. Als positiv gilt ein Anstieg von 60/40 mm Hg über den Ausgangswert innerhalb von 1 bis 4 Minuten. Neueren Provokationstesten, wie dem Tyramintest und dem Glukagontest, fehlen noch größere Erfahrungen. Unter den sogenannten Blockierungstesten hat sich nur der Regetinversuch durchgesetzt. Ein Blutdruckabfall von 45/30 mm Hg innerhalb der ersten 5 Minuten nach Injektion wird gefordert. Besondere Bedeutung haben die biochemischen Harnuntersuchungen (Katecholamine und Vanillin-Mandelsäure) erlangt, doch sollte man sich bewußt bleiben, daß im anfallsfreien Intervall auch falsch negative Resultate möglich sein können. Bezüglich der möglichen Malignität ist die Bestimmung von Dopamin als Vorstufe von den Katecholaminen nützlich und schließlich die Tumorlokalisation mittels radiologischer Untersuchungen.

Zur Operationsvorbereitung bewährte sich ein Derivat des Regitins, die Dipencycline, welche eine stärkere Wirkungsdauer haben. Außerdem kündigt sich in der

Sinupret®

schließt eine therapeutische Lücke

bei Sinusitiden

BIONORICA KG
NÜRNBERG

Forschung ein neues Präparat — das Alpha-Methyl-P-Thyrosin — an, welches eine Langzeitmedikation noch erfolgversprechender macht. Jede Operation erfordert ein intensives Zusammenarbeiten von Internist, Anästhesist und Chirurg, um auch die intra- und postoperativen Krisen zu beherrschen.

Privatdozent Dr. H. TRUCKENBRODT, Erlangen:

„Toxische Krisen im Kindesalter“

Während der Labilität des Kindesalters sind toxische Krisen verhältnismäßig häufig. Als grobe Einteilung kann man endogene Stoffwechsellagestörungen von Vergiftungen im engeren Sinne als Aufnahme toxischer Substanzen abgrenzen. Bei jeder akuten Erkrankung, deren Ursache nicht sicher geklärt werden kann, ist an eine Vergiftung zu denken. Schließlich haben in der Pädiatrie die infektiös-toxischen Krisen besondere Bedeutung, wobei man die Meningokokkensepsis, die Enzephaloenteritis und die Virusmyokarditis herausgreifen kann. Die Enzephaloenteritis, erstmals 1953 be-

schrieben, gilt z. Z. als gefährlichste Infektionskrankheit des Kleinkindesalters. Durchfälle, hohes Fieber und zerebrales Koma, eventuell mit Krämpfen, sind Leitsymptome. Wahrscheinlich handelt es sich um einen noch nicht geklärten Virusinfekt. Außer der kausalen antibiotischen Therapie bei der Meningokokkensepsis muß man sich auf eine Intensivpflege und symptomatische Betreuung beschränken. In schweren Fällen gibt man Kortikosteroide. Letzten Endes können alle schweren Allgemeinerkrankungen, insbesondere auch die Hämoblastosen, in „toxische Krisen“ geraten, was stets eine intensive symptomatische Therapie erforderlich macht. In diesem Zusammenhang ist auch das mögliche akute Nierenversagen infolge rapiden Zellzerfalls bei Zytostatikatherapie erwähnenswert, wobei man durch alkalisierende Maßnahmen eine gewisse Prophylaxe treiben kann. Die Auswirkungen bzw. Nebenerscheinungen der medikamentösen Therapie sind auch immer zu überdenken, wenn eine Epidermolysis acuta toxica in ihrer klassischen dermatologischen Symptomatik auftaucht. (Schluß folgt)

Dringlich zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

Oberbayern

Erding: 1 Allgemeinpraktiker
Langengeisling, Lkr. Erding: 1 Allgemeinpraktiker
Tittmoning, Lkr. Lanfen: 1 Allgemeinpraktiker
 Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Oberbayern —, 8000 München 23, Königinstraße 35/II, zu richten.

Oberfranken

Enchenrenth, Lkr. Stadtsteinach: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)
Kulmbach: 1 Allgemeinpraktiker
Lenpoldsgrün, Lkr. Hof: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)
Markredwitz: 1 Allgemeinpraktiker
Memmelsdorf, Lkr. Bamberg: 1 Allgemeinpraktiker
Schönwald, Lkr. Rehan: 1 Allgemeinpraktiker
Sparneck, Lkr. Münchberg: 1 Allgemeinpraktiker
Unterslemau, Lkr. Cohnrg: 1 Allgemeinpraktiker (2. Arztsitz)
 Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Oberfranken —, 8580 Bayreuth, Bürgerreuther Straße 7a, zu richten.

Oberpfalz

Amberg: 1 Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten
Beratzhausen: 1 Allgemeinpraktiker
Erbendorf: 1 Allgemeinpraktiker
Eschenbach (Stadt): 1 Facharzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe
Eslarn: 1 Allgemeinpraktiker
Falkenstein: 1 Allgemeinpraktiker
Hirschan-Schnaittenbach (Ortstell Schnaittenbach): 1 Allgemeinpraktiker
Maxbütte-Haldbof-Leonberg-Tenblitz (Ortstelle Teublitz): 1 Allgemeinpraktiker
Mitterteich: 1 Allgemeinpraktiker
Neunmarkt: 1 Facharzt für Augenkrankheiten
Regensburg: 1 Facharzt für Kinderkrankheiten
Roding: 1 Allgemeinpraktiker
Roßbach/Wald: 1 Allgemeinpraktiker

Schwandorf: 1 Facharzt für Augenkrankheiten
Sulzbach-Rosenberg: 1 Allgemeinpraktiker
Vobenstrauß: 1 Allgemeinpraktiker
Waldersbof: 1 Allgemeinpraktiker
Waldtbörn: 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

Franenan, Lkr. Regen (Bayer. Wald): 1 Allgemeinpraktiker
 Es handelt sich um eine durch Tod des Praxisinhabers frei gewordene Kassenarztstelle. Frauenau hat ca. 3700 Einwohner und ein großes Einzugsgebiet. Am Ort ist ein zweiter Praktiker niedergelassen.
Hauzenberg, Lkr. Wegscheid (Bayer. Wald): 1 Allgemeinpraktiker
 Hauzenberg, nabe 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. Die Praxisräume, eventuell mit Einrichtung, des verstorbenen Kollegen können übernommen werden. Die Gemeinde ist bei der Beschaffung von Wohnräumen behilflich. Hauzenberg besitzt eine neue Realschule.
Kötzting (Bayer. Wald): 1 Allgemeinpraktiker
 Kötzting ist eine Stadt mit ca. 3400 Einwohnern und einem sehr großen Einzugsgebiet. Ein vor kurzem verstorbener Allgemeinpraktiker hatte eine große Kassenpraxis. Ein weiterer Kollege beabsichtigt, seine ebenfalls sehr umfangreiche Praxis aus Altersgründen aufzugeben und sie einem Nachfolger zu übergeben.
Mengkofen, Lkr. Dingolfing: 1 Allgemeinpraktiker
 Mengkofen hat ein Einzugsgebiet von ca. 4000 Einwohn-

nern. Nach dem Tode eines Praktischen Arztes ist z. Z. nur ein einziger Kassenarzt in Mengkofen niedergelassen. Die Gemeinde ist bereit, Wohn- und Praxisräume zu vermitteln.

Schönberg, Lkr. Grafenan (Bayer. Wald): 1 Allgemeinpraktiker

In Schönberg kann die sehr umfangreiche Allgemeinpraxis eines Kollegen, der in den Ruhestand tritt, mit voller Praxiseinrichtung übernommen werden. Außerdem kann das Praxisbaus mit ca. 300 qm Wohnraum (vor ca. 10 Jahren erbaut) käuflich erworben werden. In Schönberg, das über ein großes Einzugsgebiet verfügt, ist ein weiterer Allgemeinpraktiker tätig.

Wegscheid (Bayer. Wald): 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 ist bei der Beschaffung von Wohn- und Praxisräumen behilflich.

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

Die Stelle wurde durch den Wegzug des bisherigen Praxisinhabers frei.

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

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Niederbayern —, 8440 Straubing, Lilienstraße 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.

Hersbruck: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

Es handelt sich um einen alten Kassenarztsitz, der durch Verzicht des bisherigen Augenarztes frei geworden ist. Am Kreis Krankenhaus Hersbruck besteht die Möglichkeit, Belegbetten zu erhalten.

Markt Erlbach, Lkr. Neustadt/Aisch: 1 Allgemeinpraktiker

Obernzen, Lkr. Uffenheim: 1 Allgemeinpraktiker

Gesicherte Existenzmöglichkeit, da beide bisherigen Praxisinhaber durch Verzicht bzw. Tod ausgeschieden sind.

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.

NEO-GALLONORM®

Zur gezielten Daueranwendung bei Leber-Galle-Pankreas-Erkrankungen. Optimale Kombination von Pflanzengrundstoffen mit Wirkstoffen aus der Organtherapie unter Zusatz von Vitamin B, C und E.

Angenehme Drageeform.

Schützt die Leber, fördert die Gallebildung, löst Spasmen, behebt Schmerzen, normalisiert die Verhältnisse innerhalb der Funktionseinheit Leber-Galle-Pankreas und stellt dadurch das Wohlbefinden des Patienten wieder her.

Zusammensetzung: Extr. Agrim, Card. mar., Chelidon., Curcum., Frang., Menth., Toraxac., Bellodona D 4, Hep. sicc., Fel Tauri, Ponkr. conc., Vitamin B, C, E.

Handelsform und Preis:

OP 50 Drog. DM 4,65 lt. AT m. U.
Kurpackg. 150 Drog. DM 12,30 lt. AT m. U.



**MAUERMANN-ARZNEIMITTEL
POCKING · STARNBERGERSEE**

NUCLEOTON®

kreislaufaktiver Organextrakt
mit 3 mg Adenosin/ml

Regulierung der Durchblutung
Tonisierung
und Stabilisierung
des Kreislaufs



HORMON · CHEMIE · MÜNCHEN

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. Fenchtwangen: 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

Augsburg: 1 Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten

Der Praxisvorgänger ist am 26. 4. 1968 verstorben.

Günzburg: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

Wohn- und Praxisräume sind vorhanden.

Weichering, Lkr. Neuburg/Do.: 1 Allgemeinpraktiker

Der Kassenarztsitz ist infolge Wegzugs des Praxisvorgängers seit 1. 4. 1968 unbesetzt. Wohn- und Praxisräume stehen zur Verfügung.

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

Unterfranken

Bastheim, Lkr. Mellrichstadt: 1 Allgemeinpraktiker

Hambach, Lkr. Schweinfurt: 1 Allgemeinpraktiker

Rottenberg, Lkr. Aizenau: 1 Allgemeinpraktiker

Wildflecken/Rhön: 1 Allgemeinpraktiker

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

Stellenausschreibung

In der 2. Medizinischen Fakultät München

In der Medizinischen Fakultät der Technischen Hochschule München sind ordentliche Lehrstühle zu besetzen für:

1. Orthopädie

Nach Planung und Organisation des Klinikums ist die Stelle mit einem Vertreter der Klassischen Orthopädie zu besetzen, in dessen Wirkungsbereich auch die Rehabilitation auf diesem Fachgebiet fällt.

Erwünscht ist daher ein Kollege, dessen wissenschaftliche und praktische Arbeit auf die Störungen und Deformitäten des Haltungs- und Bewegungsapparates ausgerichtet ist, der als wichtigste Gebiete seiner Tätigkeit die Verhütung und Heilung von Körperschäden der heranwachsenden Jugend und die Korrektur von Fehlformen oder Fehlfunktionen nach statisch-dynamischen Grundsätzen ansieht.

Die Orthopädische Klinik — eben in Planung — wird dem Klinikum München rechts der Isar neu eingefügt.

2. Frauenheilkunde

Die Frauenklinik mit 130 Betten befindet sich in einem Neubau.

Bewerber werden gebeten, ihre Unterlagen (Lebenslauf, Schriftenverzeichnis) bis zum 15. Juli 1968 an das Dekanat, 8000 München 80, Ismaninger Straße 22 (Klinikum rechts der Isar) einzusenden.

Nähere Auskünfte werden auf Anfrage erteilt.

Preisausschreiben der E. W. Baader-Stiftung

Die E. W. Baader-Stiftung im Rahmen der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin hat, dem Willen des Stifters entsprechend, einen Preis in Höhe von DM 10 000.— für eine wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiete der Arbeitsmedizin in deutscher Sprache zu vergeben. Hierzu können Arbeiten, die einen Beitrag zur arbeitsmedizinischen Forschung oder zur Verbreitung arbeitsmedizinischen Wissens darstellen, in fünf Stücken bei der Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin, 8000 München-Allach, Krauss-Maffei-Straße 2, eingereicht werden. Es kommen nur Arbeiten in Frage, die noch nicht oder nach dem 1. 1. 1967 veröffentlicht und nicht schon von anderer Seite mit einem Preis bedacht worden sind. Voraussetzung ist ferner, daß die Arbeit auf eigenen ärztlichen Erkenntnissen beruht, die von dem Preisrichterkollegium als wesentlich und wissenschaftlich vertretbar angesehen werden. Die Zusammenfassung und Wiedergabe bereits bekannter arbeitsmedizinischer Tatsachen erfüllt diese Voraussetzung nicht. Die Stiftung behält sich vor, auch nichteingereichte Arbeiten auf ihre Preiswürdigkeit zu überprüfen. Der Einsender unterwirft sich unter Verzicht auf den Rechtsweg den Bedingungen der Stiftung und der Entscheidung des Preisrichterkollegiums. Eine Teilung des Preises ist möglich.

Einsendeschluß ist der 15. August 1968. Die Preisverteilung wird am 17. Oktober 1968 anlässlich der wissenschaftlichen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin in Essen erfolgen.

Es ist beabsichtigt, den E. W. Baader-Preis alljährlich auszuschreiben.

PERSONALIA

Arthur Israel 85 Jahre

Am 24. 4. 1968 wurde Arthur Israel 85 Jahre. In voller Frische des Geistes und bester Verfassung seiner somatischen Komponente verlebte der Jubilar in seiner Wahlheimat München diesen Tag. Herr Professor Rudolf Zenker beehrte ihn durch einen Gratulationsbesuch mit dem Angebinde eingefangenen Sonnenscheines, biochemisch in der Rebe bereitet.

Der Jubilar trägt den Namen seines bedeutenden Vaters James Israel (1848—1926), einem Schüler von Bernhard von Lagenbeck (1810—1887), der in der allgemeinen Chirurgie überaus erfolgreich und in der speziellen Nierenchirurgie eindeutig bahnbrechend gewirkt hat. Er war einer der Magneten des damaligen medizinischen Berlins. Sein älterer Bruder Oskar Israel (1854—1907) Schüler von Rudolf Virchow. Natürlich zog es den Jubilar nach vorzüglicher Allgemeinausbildung, darunter über 2 Jahre bei August Paul von Wassermann, wieder zur Chirurgie. Er erklomm die Leiter seiner akademischen Laufbahn unter dem unvergessen bleibenden August Bier (1861—1949), bei dem er Assistent, Oberarzt, Dozent und Extraordinarius war. Der wieder war ein Schüler von Johann Friedrich August Esmarch (1823—1908) in Kiel, dem Entdecker der Esmarch'schen Blutleere zur Verminderung des Blut-

verlustes mittels elastischer Binden. August Bier, der Entdecker der Blutstauung, der Hyperämie als Heilmittel und der Rückenmarkanästhesie, die er sich von seinem Koassistenten Hildebrand in Kiel zuerst machen ließ. Diese Lehre bei dem genialen Operateur, aber auch kritischen Lehrer und Forscher mit Intuition weckten natürlich in Arthur Israel das Erbgut zum akademischen Lehrer und Chirurgen. Nach der Emeritierung von Bier bekam Israel 1931 die Leitung der weltbekannten Berliner Klinik in der Ziegelstraße, bis die Nationalsozialisten auch ihm das vorzeitige Ende hier setzten. Dann arbeitete er in der Chirurgischen Abteilung des Hamburger Jüdischen Krankenhauses als Chef, das vom Onkel des Dichters Heinrich Heine begründet wurde. Er kam auch um die Emigration nicht herum und begründete in Nord- und Südamerika ein reiches Arbeitsfeld in der ihm lieb gewordenen und

von ihm souverän beherrschten Chirurgie. Nach der Zeitenwende kam der gute Deutsche wieder in die Heimat und verbringt seinen Lebensabend in München. Er lebt seinen Neigungen im Studium der Chirurgie und Medizin, aufgeschlossen allem Guten und Schönen in Kunst und Wissenschaft. Unserem nun zum bayrischen Landsmann gewordenen Jubilar, den ich schon vor 40 Jahren in der Chirurgie als begabten und begnadeten Lehrer der Chirurgie und all ihrer somatischen und geistigen Grenzgebiete schätzen lernte, bringen wir den Glückwunsch dar:

Praeclaro magistro et praeceptoris artis et litterarum chirurgiae nec non homini clarissimo tempestatibus vitae disperso, qui aequam mentem in iuventute cordis servavit, salutem diximus octogenario quinto vo, optimis votis status eiusdem ad plurimos annos!

Dr. Georg Heinrich Schneider, Bamberg

AUS DER GESCHICHTE DER MEDIZIN

Die Deutsche Universität in Prag

Von Dr. med. Walther Koerting, München

(Fortsetzung)

Hermann Schloffer (geb. 18. 5. 1888 in Graz/Steiermark, gest. 21. 1. 1937 in Prag) studierte in Graz und Freiburg i. Br. und promovierte 1892 in Graz zum Dr. med. Im Jahre 1893 widmete er sich Studien der Bakteriologie bei Anton Weichselbaum (1845—1920), dem Wiener pathologischen Anatomen. Nach Graz zurückgekehrt, wurde er Assistent bei Wölfler und ging mit ihm, als dieser 1895 an die Deutsche Universität in Prag berufen wurde. Hier habilitierte er sich 1900 für Chirurgie. 1902 wurde er ao. Professor. Vorübergehend leitete Schloffer von 1900 bis 1903 während der Erkrankung von Wölfler die Klinik. 1903 kam Schloffer als Ordinarius und Vorstand der chirurgischen Univ.-Klinik nach Innsbruck. Als Wölfler aus dem Lehramt schied, kam Schloffer als Vorstand der Deutschen Chirurgischen Univ.-Klinik wieder nach Prag. Schloffer führte 1906 erstmals die Entfernung einer Hypophysengeschwulst auf extrakraniellen Wege, erfolgreich durch. Auf dem Deutschen Chirurgenkongreß 1908 in Berlin hielt Schloffer sein großes Referat über die entzündlichen Tumoren der Bauchdecken, womit der Begriff des „Schloffer-Tumors“ ein Gemeingut im Gebiete der Chirurgie wurde (Breltner). Die dreizeitige Dickdarmresektion ist Schloffers Werk. Die nach ihm benannte Phimosen-Operation bedeutete einen Fortschritt. Zur Behebung der Sehstörungen beim Turmschädel gab er eine eigene Methode an. Schloffer erbrachte den Nachweis der Wirksamkeit des Perubalsams bei eiternden Wunden. Scharlachrot bei schlecht granulierenden Wunden wurde von ihm empfohlen. Zahlreiche, immer gründlich durchgearbeitete Veröffentlichungen sind ihm zu danken, so in der „Deutschen Chirurgie“ die „Chirurgischen Operationen am Darm“, die von ihm bearbeiteten Kapitel über „Allgemeine Chirurgie“ und über die Erkrankungen des Magens und Duodenums im „Lehrbuch von Wullstein-Wilms“.

Hans Rubritius (geb. 4. 3. 1876 in Klattau in Böhmen, gest. 23. 5. 1943 in Wien) studierte an der Deutschen Universität in Prag. Hier promovierte er im Jahre 1901. Er ging dann an die Chirurgische Univ.-Klinik (Prof. Wölfler), die er nach dessen Tode als erster Assistent supplierte. Er habilitierte sich 1910 für Chirurgie und blieb dann noch 2 Jahre als erster Assistent bei Prof. Schloffer. Von 1912 bis 1914 leitete er eine urologische Abteilung am Städtischen Krankenhaus in Marienbad. Bei Ausbruch des 1. Weltkrieges rückte er ein und geriet bereits im September 1914 in russische Kriegsgefangenschaft, in der er 4 Jahre blieb. Im Jahre 1919 wurde er zum Vorstand der Urologischen Abteilung der Wiener Allgemeinen Poliklinik berufen. 1920 wurde er ao. Professor. Mehr als 100 wissenschaftliche Arbeiten legen von seinem großen Fleiß Zeugnis ab. Er war einer der ersten, der auf dem Gebiete der Pyelographie Versuche mit Jodkali machte. Im „Handbuch der Urologie“ bearbeitete er die Erkrankungen der Prostata. Auf dem 7. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Urologie hielt er ein großes Referat. Die Lösung der Frage der Sphinktersklerosen, besonders auf neurogener Basis, ist ihm zu danken. Für die tabetischen Störungen der Harnentleerung gab er die Spaltung des inneren Sphinkter als Therapie gegen die Harnretention und die vielfach aufsteigende Pyelitis an.

lichungen sind ihm zu danken, so in der „Deutschen Chirurgie“ die „Chirurgischen Operationen am Darm“, die von ihm bearbeiteten Kapitel über „Allgemeine Chirurgie“ und über die Erkrankungen des Magens und Duodenums im „Lehrbuch von Wullstein-Wilms“.

RECORSAN[®]

HERZSALBE

Die älteste Herzsalbe,
aber allen neuzeitlichen Forderungen entsprechend

30 g DM 3,00 m. U.

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

Die Deutsche Universität in Prag

Die letzten 100 Jahre ihrer medizinischen Fakultät
von Dr. Walther Koerting

— erschienen im „Bayerischen Ärzteblatt“ —
wird gebunden in der von der Bayerischen
Landesärztekammer herausgegebenen Schriften-
reihe veröffentlicht werden.

Bestellungen können bereits jetzt an die Schrift-
leitung des „Bayerischen Ärzteblattes“, 8000 Mün-
chen 23, Königinstraße 85, gerichtet werden.

Eduard Pietrzikowski (geb. 22. 5. 1855 in Prag, gest. 6. 9. 1930 in Prag) studierte an der Deutschen Universität in Prag, wo er 1878 zum Dr. med. promoviert wurde. Er war vorerst Operationszögling, später Assistent an der Chirurgischen Univ.-Klinik unter Prof. Karl Gussenbauer. 1890 habilitierte sich Pietrzikowski für Chirurgie. Er widmete sich später ganz der Unfallheilkunde. 1904 erhielt er den Titel eines ao. Professors und wurde 1909 wirklicher ao. Professor mit dem Lehrauftrag über chirurgische Unfallheilkunde. Ein groß angelegtes Werk über dieses Gebiet, das auch die inneren Erkrankungen im Zusammenhang mit dem Unfall berücksichtigte, hatte ihn zum Verfasser. Er war auch Direktor des Turnlehr-
amtskurses der Deutschen Universität.

Viktor Lieblein (geb. 27. 11. 1869 in Prag, gest. 11. 5. 1939 in Prag) promovierte 1893 an der Deutschen Universität in Prag. Er arbeitete zwei Jahre am Medizinisch-chemischen Institut bei Prof. Huppert. Er kam dann an die Chirurgische Univ.-Klinik unter Prof. Wölfler, an der er 12 Jahre wirkte. 1902 habilitierte er sich für Chirurgie, 1907 erhielt er den Titel und 1925 den Charakter eines ao. Professors. In dieser Eigenschaft leitete er stellvertretend während einer Erkrankung von Prof. Schloffer die Klinik. Nach dessen Tode supplierte er 1937 und 1938 die Lehrkanzel für Chirurgie. Er war Vorstand der chirurgischen Abteilung der deutschen Univ.-Poliklinik. Über 60 Arbeiten, vorwiegend aus dem Gebiete der Magen-Darm-Chirurgie, zeugen von seinem großen Wissen. Zwei große Monographien über die Geschwüre des Magen-Darm-Kanals und die Fremdkörper des Verdauungstraktes erschienen in der „Deutschen Chirurgie“.

Heinrich Hilgenreiner (geb. 3. 11. 1870 in Haid, Westböhmen, gest. 24. 10. 1953 in Spillern bei Kornneuburg, Niederösterreich) promovierte im Jahre 1896 an der Deutschen Universität in Prag, er habilitierte sich hier 1907 für Chirurgie, erhielt 1922 den Titel eines ao. Professors und wurde 1930 ao. Professor. Zuletzt leitete er die chirurgische Abteilung des Poliklinischen Institutes der Deutschen Universität.

Wilhelm Jaroschy (geb. 16. 4. 1886 in Prag, vermutlich nach 1938 an der norwegischen Grenze gegen Schweden

von der Gestapo ergriffen und getötet) studierte an der Deutschen Universität in Prag. Hier promovierte er 1909 zum Dr. med. 1928 habilitierte er sich für orthopädische Chirurgie, 1937 wurde er ao. Professor.

Waiter Dick (geb. 1. 6. 1899 in Deutsch-Beneschau, Südböhmen). Nach dem Abitur (1917) in Budweis Militärdienst in der Tiroler Gebirgs-Artillerie. Anschließend Medizinstudium an der Deutschen Universität in Prag, wo Dick 1925 als einziger deutscher Arzt in der Tschechoslowakei sub summis auspiciis praesidentis promovierte^{1a)}. Nach Tätigkeit am Histologischen Institut (Prof. Kohn) und Patholog.-anatomischen Institut (Prof. Ghon), kam Dick 1925 an die Deutsche Chirurgische Univ.-Klinik (Prof. Schloffer). 1936 habilitierte er sich für Chirurgie. 1937 folgte ein mehrmonatiger Studienaufenthalt an der Hirnchirurgischen Klinik Prof. Olivekrona in Stockholm. Nach dem Tode von Prof. Schloffer und Prof. Lieblein war er stellvertretender Leiter der Chirurgischen Univ.-Klinik. Der Beschluß des Professorenkollegiums, Dick zum Nachfolger von Prof. Schloffer und Vorstand der Lehrkanzel für Chirurgie vorzuschlagen, fiel in die Zeit der Übernahme der Universität als Reichs-Universität. Es wurde ihm nicht entsprochen, sondern ein Parteifunktionär, Prof. Strauß, Berlin, zum Leiter der Klinik ernannt. Dick mußte die Klinik verlassen, gleichzeitig wurde er zu mehrmonatigem Militärdienst eingezogen. Von November 1940 an war Dick Vorstand der Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses der Landeshauptstadt Prag (Bulowka). Hier war er bis Mai 1945 ununterbrochen tätig. 1940 erfolgte die Ernennung zum apl. Professor der Chirurgie. Von November 1945 bis Januar 1946 war Dick stellvertretender Leiter der Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses in Baden bei Wien. Von 1946 bis 1950 war Dick als Primararzt der Chirurgischen Abteilung des Landeskrankenhauses Klagenfurt (Kärnten) tätig. Durch die Verleihung des Titels eines Hofrates wurde sein Wirken gewürdigt. 1950 folgte er einem Rufe als Ordinarius für Chirurgie an die Universität Köln als Nachfolger von v. Haberer. 1955 übernahm Dick das Ordinariat für Chirurgie an der Universität Tübingen, wo er bis zu seiner Emeritierung (1967) tätig war. — Von seinen zahlreichen Arbeiten seien nur erwähnt die „Allgemeine Diagnostik“ im „Handbuch der Thoraxchirurgie“ (1956), herausgegeben von Derra, die „Allgemeine Geschwulstlehre“ im „Lehrbuch der Chirurgie“ (1956), herausgegeben von Hellner, Nissen, Voßschulte. Kurt Strauß (geb. 7. 2. 1901 in Berlin, durch Suicid geendet 1943 in Wlascim bei Prag) habilitierte sich 1935 in Berlin für Chirurgie. Er wurde 1939 ao. Professor. Im selben Jahr wurde er auf Anordnung der

^{1a)} Am 29. April 1937 wurde der deutsche Arzt MUDr. F. Kraus feierlich zum Doktor der Naturwissenschaften promoviert. Er erlangte diese Würde jedoch als Physiker. Der Promovend hielt einen Vortrag: „Über einige Minimalprobleme der mathematischen Physik“.

Strophoperm

zur perlingualen Herztherapie

Salistoperm

zur percutanen Heilanaesthesie

NSDAP als Nachfolger Schioffers eingesetzt und mit der Leitung der Prager deutschen Chirurgischen Univ.-Klinik betraut. Als hier Mißstände festgestellt wurden, erfolgte die Einsetzung einer Kommission, der auch Prof. Sauerbruch angehörte. Auf Grund ihres Votums wurde Strauß seiner Stelle enthoben. Er kam als Chefarzt an ein Spital nach Wlaschim bei Prag. Einer gerichtlichen Klärung der gegen ihn erhobenen Anschuldigungen entzog er sich durch Suicid.

Josef Hohlbaum (geb. 8. 9. 1884 in Oberlindewiese, damals Österr.-Schlesien, gest. 30. 12. 1945 in Leipzig) studierte und promovierte (1909) in Graz. Er war hier als Assistent an der medizinischen Klinik (Lorenz), ferner am Pathologisch-anatomischen Institut in Freiburg i. Br. (Aschoff) und an der Chirurgischen Univ.-Klinik (Payr) tätig. In Leipzig erhielt er, Oberarzt der Chirurgischen Klinik, 1920 die Venia legendi für Chirurgie. 1923 wurde er ao. Professor. 1942 wurde er Ordinarius und Direktor der Deutschen Chirurgischen Univ.-Klinik in Nachfolge von Strauß. In den Maitagen des Jahres 1945 erlitt er schwere Verletzungen.

Die Arbeiten Hohibaums betreffen insbesondere das Gebiet der Bauch- und Extremitätenchirurgie. Mit E. Payr veröffentlichte er die Arbeit „Die Geschwülste des Magens als Gegenstand chirurgischer Behandlung“ (in „Spezielle Pathologie und Therapie“, 1921), „Über die chirurgische Behandlung des Duodenalgeschwürs“ (in „Mitteilungen der Grenzgebiete Medizin und Chirurgie, 1923) mit O. Kleinschmidt „Die Chirurgie des Darmes“ (in Kirschner-Nordmann, Chirurgie, 1927) und „Magen, Duodenum“ (in Diagnostische und therapeutische Irrtümer in der Chirurgie, 1928).

Herbert Lang (geb. 4. 8. 1911 in Karlsbad) studierte an der Deutschen Universität in Prag, wo er 1935 die Approbation erhielt (1936 Promotion). 1944 habilitierte er sich für Chirurgie an der Deutschen Universität Prag. Von 1936 bis 1938 war er an der Deutschen Chirurgischen Univ.-Klinik (Prof. Schloffer), 1939—1940 (Prof. Strauß), 1941—1945 (Prof. Hohlbaum) tätig. Von 1949 bis 1951 wirkte er an der Chirurgischen Univ.-Klinik Prof. Wachsmuth in Würzburg. Hier wurde er ao. Professor. 1951 Rückkehr nach München, wo er vor der Tätigkeit in Würzburg am Rot-Kreuz-Krankenhaus II als leitender Chirurg tätig war. Lang wurde Chefarzt am Rot-Kreuz-Krankenhaus I in München und Leiter der Schwesternschule vom Roten Kreuz. In vielen wissen-

schaftlichen Arbeiten nahm Lang zu chirurgischen Problemen Stellung.

Franz Mörl (geb. 6. 11. 1899 in Kostenblatt, Böhmen) studierte an der Deutschen Universität in Prag. Hier promovierte er 1925 zum Dr. med. Er arbeitete am Pathologisch-anatomischen Institut (Prof. Ghon) von 1925 bis 1926. An der Chirurgischen Univ.-Klinik (Prof. Schloffer) war er von 1926 bis 1935 tätig. Von 1935 bis 1945 war er Chirurgischer Chefarzt des Kreiskrankenhauses in Saaz und Brüx. Von 1945 bis 1949 folgte die Tätigkeit als Oberarzt der Chirurgischen Univ.-Klinik in Leipzig (Prof. Ernst Heiler). Von 1949 bis 1956 war Mörl Chefarzt der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses St. Georg in Leipzig. 1948 habilitierte er sich in Leipzig für Chirurgie. 1952 wurde er Professor mit Lehrauftrag. 1956 wurde er Ordinarius und Direktor der Chirurgischen Univ.-Klinik in Halle a. d. Saale. Im Werk „Die Chirurgie des Traumas“ behandelte er mehrere Hauptthemen. 1964 erschien das „Lehrbuch der Unfallchirurgie“.

Wilhelm Brosig (geb. 27. 11. 1913 in St. Nikolaus, Tschechoslowakei) promovierte 1937. Von 1937 bis 1938 am Deutschen Gerichtlich-medizinischen Univ.-Institut (Prof. Marx) tätig, von 1939 bis 1940 an der Medizinischen Univ.-Klinik in Breslau (Prof. Gutzeit), 1940 bis 1941 an der Deutschen Medizinischen Univ.-Klinik in Prag (Prof. Rühl). Nach Militärdienst von 1942 bis 1948 an der Chirurgischen Univ.-Klinik Frankfurt/Main (Prof. Gelbendorfer). 1953 habilitierte er sich hier für Chirurgie und Urologie. Nach seiner Tätigkeit als Oberarzt an dieser Klinik wurde Brosig Professor an der Freien Universität Berlin und Leiter der Urologischen Klinik der Universität (1959). Seine Arbeiten beschäftigten sich vorwiegend mit urologischen Themen.

Kinderchirurgie

Karl Bayer (geb. 7. 6. 1854 in Pölna/Böhmen, gest. 25. 7. 1930 in Chotebor/Böhmen) studierte an der Deutschen Universität in Prag, wo er 1879 zum Dr. med. promovierte. Nach seiner Tätigkeit am Deutschen Pathologisch-anatomischen Institut (Prof. Klebs), kam er an die Deutsche chirurgische Univ.-Klinik (Prof. Gussenbauer), bei dem er zuletzt 1. Assistent war. 1886 habilitierte er sich an der Deutschen Universität in Prag für Chirurgie. 1892 wurde er ao. Professor. Von 1887 bis 1918 wirkte er als Vorstand der Chirurgischen Abteilung

Für
Ihre
Magen-Patienten

ULCOLIND®

1/2 Packung 30 Tabletten

1/1 Packung 60 Tabletten



Lindopharm KG Hilden Rhld

schirmt übersteigerte vegetative Reize ab

Haloperidol

löst Spasmen im Verdauungs-
trakt und hemmt übermäßige
Sekretion

Oloisopraminhydrochlorid

stellt an der
Magenschleimhaut
physiologische

Verhältnisse wieder her

Bismut, aluminium, Succus Liquiritiae

bedeutet gleich-
zeitige Leberschutztherapie

Cholin orotat

des Deutschen Kinderspitais und von 1892 bis 1929 als Primarius und Leiter der Chirurgischen Abteilung des Spitals der Barmherzigen Brüder in Prag. Er veröffentlichte eine Reihe von Schriften, so „Chirurgie in der Landpraxis“ (1892), „Chirurgische Operationstechnik“ (1894), „Der angeborene Leistenbruch“ (1896), „Chirurgische Beurteilung von Verletzungsfolgen“ im „Handbuch der gerichtlichen Medizin“ (1906). Er gab eine Reihe von Gedichtbänden heraus.

Karl Springer (geb. 3. 8. 1872 in Wien, gest. 29. 11. 1956 in Frankfurt/Main) studierte an der Deutschen Universität in Prag. Hier promovierte er 1898 zum Dr. med. Er

arbeitete als Assistent am Pathologisch-anatomischen Institut (Prof. Chiari), war Operationszögling an der Deutschen chirurgischen Univ.-Klinik (Prof. Wölfler) und schließlich Assistent bei Prof. K. Bayer. 1908 habilitierte er sich für Chirurgie und 1918 für Orthopädie. 1921 wurde er tit. ao. und 1924 wirklicher ao. Professor. 1942 wurde er Direktor der orthopädischen Univ.-Klinik neben seiner Tätigkeit als Vorstand der chirurgischen Abteilung des Deutschen Kinderspitais, wo er seit 1919 tätig war. Seine Arbeiten betreffen vorwiegend die Kinderchirurgie und orthopädische Erkrankungen. (Fortsetzung folgt)

AUS DER LANDESPOLITIK

Landtag wünscht Lehrstuhl für Arbeits- und Sozialmedizin

Der Landtag hat über den Antrag der Abgeordneten GABERT, WEISHÄUPL und Fraktion (SPD) betreffend Errichtung eines Lehrstuhls und Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin an der II. Medizinischen Fakultät der TH München in seiner öffentlichen Sitzung am 3. 4. 1968 beraten und beschlossen:

„Die Staatsregierung wird ersucht, in Verhandlungen mit den Hochschulen über die Errichtung von Lehrstühlen für Arbeits- und Sozialmedizin einzutreten. Insbesondere ist zu prüfen, ob nicht als erster Schritt möglich ist, einen solchen Lehrstuhl mit Institut an der II. Medizinischen Fakultät der TH München zu errichten.“

Die Staatsregierung wird ersucht, ihre diesbezüglichen Verhandlungen weiterzuführen.“

Aufklärung über Früherkennung und Möglichkeiten der Behandlung von Krebskrankheiten

Schriftliche Anfrage des Herrn Kollegen Dr. R. SOENNING, MdL, vom 27. 2. 1968:

„Unter den Überschriften ‚Muß er sterben, weil er arm ist‘ — Krebskranker Familienvater setzt seine letzte Hoffnung auf Issels-Klinik — Doch es fehlen 6000 Mark — veröffentlichte der ‚Allgäuer‘ von heute das tragische Schicksal eines 35jährigen Kassenpatienten, der seit über 2 Jahren an einer Krebserkrankung leidet und nach 2jähriger Behandlung glaubt, daß allein ein Aufenthalt in der Issels-Klinik Behandlungserfolg bringen kann. Nach Ansicht des Patienten fehlen aber 6000 Mark, um diese Behandlung durchzuführen. Der ‚Allgäuer‘ appelliert im obigen Artikel an die Öffentlichkeit, auf ein bestimmtes Konto für den Patienten Geld zu spenden.“

Aufgrund meiner Informationen bieten die soziale Fürsorge und die soziale Krankenversicherung heute schon allen Krebskranken, ohne Unterschied ob arm oder reich, eine Heilbehandlung nach den heutigen bewährten wissenschaftlichen Methoden und Erkenntnissen. Je früher Krebskrankheiten erkannt werden, desto größer sind die Aussichten auf Heilung. Presse und Rundfunk würden sich große Verdienste erwerben, regelmäßig die Aufklärungsschriften der Arbeitsgemeinschaft zur Früherkennung von Krebskrankheiten der Öffentlichkeit bekanntzugeben. Öffentliche Spendenaufrufe dagegen, um die Behandlung von Krebskranken zu ermöglichen, scheinen mir deshalb überflüssig und gefährlich und könnten als ein Armutszeugnis für unseren sozialen Rechtsstaat gedeutet werden.

Deshalb frage ich die Herren Minister, ob sie bereit sind, regelmäßig eine großzügige öffentliche Aufklärung über Früherkennung und Möglichkeiten der Behandlung von Krebskrankheiten zu veranlassen und alle dazu notwendigen Maßnahmen zu unterstützen.“

Antwort des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und soziale Fürsorge vom 10. 4. 1968:

„Auf die schriftliche Anfrage des Herrn Abgeordneten Dr. Soenning wegen der möglichen Maßnahmen zur öffentlichen Aufklärung über Krebsfrüherkennung und Krebsbehandlung gebe ich folgende Antwort:

Mein Haus wird wie bisher auch in Zukunft regelmäßig alle Maßnahmen unterstützen und selbst entsprechende Möglichkeiten ergreifen, um die öffentliche Aufklärung über die Krebsfrüherkennung und dadurch auch der Krebsfrühbehandlung voranzutreiben.“

Die Behandlung von Krebserkrankungen aller Art bei Versicherten der Sozialversicherung und ihren in den Versicherungsschutz einbezogenen Angehörigen gehört zu den Regelleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, ohne daß es hierbei auf die finanzielle Lage des Patienten ankommt. Die Leistung umfaßt im notwendigen Umfang die gesamte ärztliche und arzneiliche Versorgung, die zur Heilung oder Linderung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend ist. Die großzügige Handhabung, mit der bei den Krankenkassen dabei verfahren wird, hat mehrfach die Anerkennung durch den Bayerischen Landesgesundheitsrat gefunden.

Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge und die bayerischen Sozialversicherungsträger haben darüber hinaus schon seit Jahren der öffentlichen Aufklärung über Früherkennung und Möglichkeiten der Behandlung von Krebskrankheiten das besondere Interesse zugewendet, das dieser Aufgabe zukommt. Mein Haus hat sich an der auf Initiative des Bayerischen Landesgesundheitsrates am 23. 5. 1956 erfolgten Gründung einer ‚Arbeitsgemeinschaft für Krebsfrüherkennung und Krebsbekämpfung in Bayern‘ maßgeblich beteiligt; die Arbeitsgemeinschaft Bayerischer Krankenkassenverbände und die Arbeitsgemeinschaft der Landesversicherungsanstalten in Bayern gehören dieser Einrichtung ebenfalls an.

In den letzten Jahren hat die Arbeitsgemeinschaft den Schwerpunkt ihrer Arbeit auf die Laienaufklärung gelegt. Im Jahre 1967 wurden die zur Verfügung stehenden Mittel fast ausschließlich hierzu verwendet. Um eine möglichst breite Wirkung der Aufklärungsarbeit zu erzielen, werden die Aufklärungsschriften der Arbeitsgemeinschaft für Krebsfrüherkennung und Krebsbekämpfung über die Krankenkassen kostenlos allen Versicherten und ihren Angehörigen zugänglich gemacht. Die Landesversicherungsanstalten haben auf ihre Kosten zusätzlich Hunderttausende von Aufklärungsbroschüren drucken lassen und verteilt. Sie haben ferner Aufklärungsbemühungen der Arbeitsgemeinschaft mit Genehmigung meines Hauses laufend durch namhafte Zuwendungen gefördert. Im Jahre 1967 haben diese DM 19 500.— betragen.

Auch die übrigen Krebsberatungsstellen werden laufend aus dem Haushalt der bayerischen Rentenversicherungsträger unterstützt. So wurden im Jahre 1967 der

Bei gestörter Verdauungs- leistung

Esberizym[®]

Zur Substitution
und Therapie

das neue
Mehrstufen-Fermentpräparat
mit
polypeptischem
Effekt

magenwirksam

1 Dragee Esberizym enthält:

= im Drageemantel
Bromelin 50 mg
5 Kunitz-Einheiten
Pankreatin-Hydrolysat 150 mg

darmwirksam

= im Drageekern
Pankreatin 5x NF XII 300 mg
Trypsin 100 I.E.
Chymotrypsin 150 I.E.
Lipase 250 I.E.
Amylase . . . 12000 I.E.
Fel Tauri 60 mg
Dimethylpolysiloxan 40 mg

Schaper & Brümmer
Salzgitter-Ringelheim



Das eigene Dach



Wer möchte das nicht—ein eigenes Dach über dem Kopf haben, im eigenen Haus oder in einer Eigentumswohnung leben. Wer möchte nicht im Alter mietfrei wohnen. Sorgen Sie jetzt vor! Scheffen Sie sich jetzt die Geborgenheit, die Sie brauchen. Kaufen Sie sich eine sichere „Wohn-Zukunft“!

Sie können es auch, wie Hunderttausende vor Ihnen: mit einem Bausparvertrag bei der Landesbausparkasse. Nur Bausparen sichert Ihnen billiges Baugeld als unkündbare 2. Hypothek zu nur 5% Zins. Für jede Mark, die Sie sparen, werden Sie als Bausparer auch noch belohnt: Nach wie vor gibt es jedes Jahr eine Wohnungsbauprämie bis zu DM 400,- oder bedeutende Steuervorteile.

Fragen Sie die Sparkasse oder unseren Bezirksleiter.

*Ihr guter Partner:
Die größte Bausparkasse in Bayern*



LANDESBAUSPARKASSE

Ausführliche Prospekte kostenlos. Unsere Anschrift: 8 München 2, Karolinenplatz 1, Telefon 21721

Pepsaldra®

Magen-Fermentpräparat

gegen Subacidität, Achylie und Dyspepsie

Original-Packungen mit 45 und 125 Oragees

Pepsaldra compositum

Multivalentes Verdauungsenzympräparat gegen Störungen im Magen-Pankreas-Galle-Dünndarmsystem

Original-Packungen mit 40 und 100 Oragees



Fabrik
pharm. Präparate
Karl Engelhard
Frankfurt a. M.
gegr. 1872

Vaso-Panit®

Tropfen



**Antivaricosum
Gefäßwandtherapeuticum**

KREWEL-WERKE · Eitorf b. Köln

Krebsberatungsstelle bei der Universität München DM 14 500.—, dem Zelldiagnostischen Institut der Universität Erlangen DM 12 000.— und der Geschwulstberatungsstelle der Universität Würzburg ebenfalls DM 12 000.— zur Verfügung gestellt.

Der Bayerische Staatsminister für Arbeit und soziale Fürsorge erachtet es angesichts der besonderen Bedeutung dieser Aufgabe für ein selbstverständliches Anliegen seines Hauses, in diesen Bemühungen um die Förderung der öffentlichen Aufklärung über die Früherkennung und die Möglichkeiten der Behandlung von Krebskrankheiten fortzufahren und sie nach Kräften weiter zu intensivieren.“

Antwort des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 10. 4. 1968:

„Die schriftliche Anfrage des Herrn Abgeordneten Dr. Soenning beantworte ich im Rahmen der Zuständigkeit meines Hauses wie folgt:

In Bayern nimmt sich der Aufklärung über die Früherkennung und Frühbehandlung von Krebskrankheiten die Arbeitsgemeinschaft zur Krebserkennung und Krebsbekämpfung an, deren Träger die Bayerische Landesärztekammer ist. Sie hat 1967 2,3 Millionen Aufklärungsschriften über Krankenkassen, Ärzte, Betriebe und verschiedene Vereinigungen an einen großen Personenkreis verteilt. Das Staatsministerium des Innern hat bei der Arbeitsgemeinschaft angeregt, in die Aufklärung der Bevölkerung auch die Presse und den Rundfunk einzuschalten.

Die Arbeitsgemeinschaft wird seit ihrem Bestehen mit erheblichen staatlichen Mitteln gefördert. Sie hat im Jahre 1967 DM 90 000.— erhalten. Für 1968 steht voraussichtlich dieselbe Summe zur Verfügung.

Schweigepflicht der Krankenkassen

Schriftliche Anfrage des Herrn Kollegen Dr. F. CREMER, MdL, vom 12. 3. 1968:

„Nach Pressemeldungen haben Dienststellen der Kriminalpolizei und des Verfassungsschutzes in den letzten Wochen Karteien bei Krankenkassen eingesehen. Soweit damit Möglichkeiten des Einblicks in Krankenkarteien oder Aufschluß über sonstige, in die persönliche Intimsphäre gehörende Angelegenheiten des einzelnen verbunden sind, verstößt eine solche Handlungsweise gegen den durch das Grundgesetz gewährleisteten Schutz des Persönlichkeitsrechtes. Auch würde die den Krankenkassen obliegende Schweigepflicht möglicherweise hierdurch verletzt, denn allein schon die Tatsache, daß der Name eines Menschen als Patient bei Ärzten bestimmter Fachrichtungen (z. B. Nervenärzte, Ärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten) aufgeführt wird, ist u. U. ein schutzwürdiges Geheimnis.

Ich frage den Herrn Staatsminister für Arbeit und soziale Fürsorge, ob er als Aufsichtsbehörde der Krankenkassen bereit ist, derartige Vorkommnisse künftig zu unterbinden?“

Antwort des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und soziale Fürsorge vom 29. 3. 1968:

„Zu der Anfrage nehme ich wie folgt Stellung:

Nach der ständigen Rechtsprechung des früheren Reichsversicherungsamtes sind die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung zur Amtshilfe verpflichtet. Soweit im Rahmen des allgemeinen Bundesfahndungstages von den Polizeidienststellen Auskünfte von den Krankenkassen erbeten wurden, beschränkten sich diese ausnahmslos auf die Ermittlung des Aufenthalts gesuchter Rechtsbrecher. Die Karteien der Krankenkassen wurden dabei nicht von Polizeiangehörigen, sondern von Bediensteten der Krankenkassen selbst durchgesehen. Damit war einwandfrei sichergestellt, daß schutzwürdige Vorgänge, die nach den Vorschriften der §§ 141 und 142 der Reichsversicherungsordnung der Schweigepflicht unterliegen, von den Krankenkassen — im Gegensatz zu verschiedenen Presseverlautbarungen in Bayern — nicht offenbart wurden.

Die Besorgnis, die Intimsphäre der Versicherten könnte bei der Aktion verletzt worden sein, ist deshalb nicht begründet.“

Förderungsmittel

für Krankenhaus-Neu- und -Erweiterungsbauten
Schriftliche Anfrage des Herrn Kollegen Dr. R. SOENNING, MdL, vom 24. 11. 1967:

„Bei der Tagung der Bayerischen Krankenhausgesellschaft wurde behauptet, daß aufgrund der zu geringen Förderungsmittel des bayerischen Staates kaum damit gerechnet werden könne, daß die nach der Denkschrift zur Krankenhausplanung in Bayern als notwendig erachteten Neu- und Erweiterungsbauten bis 1977 — dem Ende der vorgesehenen 10 Jahre — ausgeführt werden können.

Was sagt der Herr Innenminister zu dieser Behauptung?“

Antwort des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 8. 4. 1968:

„Aus der Erklärung, die der Herr Ministerpräsident am 28. 11. 1967 vor dem Bayerischen Landtag zur mittelfristigen Finanzplanung abgegeben hat, ergibt sich, daß das Ziel der Krankenhausplanung nicht wegen unzureichender Förderungsmittel in Frage gestellt sein wird. Er hat hierzu unter anderem folgendes ausgeführt: „Erfreulicherweise ergaben die Überlegungen zur Finanzplanung, daß es möglich sein wird, unseren Krankenhausplan zu verwirklichen, den die Staatsregierung für ein ganz besonders vordringliches Vorhaben hält und an dem unsere Bevölkerung unmittelbar besonders interessiert ist.“

Die Investitionskosten machen im übrigen nur einen Bruchteil der Gesamtaufwendungen für die Krankenhäuser aus; die noch größere Sorge muß den Kosten des laufenden Betriebs gelten; den Krankenhausträgern müssen Pflegesätze zugestanden werden, mit denen die Selbstkosten eines sparsam und wirtschaftlich verwalteten Krankenhauses gedeckt werden können. Für eine Änderung der Pflegesatzverordnung ist der Bund zuständig.

In welcher Höhe in den einzelnen Jahren Förderungsmittel benötigt werden, um alle Krankenhausbauten, die mit den Vorstellungen der Gesamtplanung in Einklang stehen, entsprechend den im Krankenhausplan festgelegten Grundsätzen zu fördern, ist im voraus nicht bekannt.“

Anfrage über vorgefertigte Speisen für Diabetiker

In der Fragestunde des Bayerischen Landtages vom 14. 5. 1968 hatte der Abgeordnete Karl WEISHÄUPL, Staatssekretär a. D., den Wirtschaftsminister und Innenminister gefragt, ob sie bereit seien, die Aktion der Ärzteschaft bei der Nahrungsmittelindustrie zu unterstützen, zur Hilfe und Information der Diabetiker auf den Packungen vorgefertigter Speisen die jeweiligen Broteinheiten anzugeben.

Bei der Beantwortung dieser Frage führte der Bayerische Staatsminister des Innern, Herr Dr. Bruno MERK, aus, daß das Innenministerium die Aktion der Ärzteschaft begrüße und bereit sei, sie zu unterstützen. Die Länder könnten keine Vorschriften erlassen, durch die die Angabe von Broteinheiten verbindlich vorgeschrieben wird. Zuständig hierfür seien nach dem Lebensmittelgesetz die Bundesminister für Gesundheitswesen und für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten. Das bayerische Innenministerium werde unter Hinweis auf die Aktion der Ärzteschaft beim Bundesminister für Gesundheitswesen anregen, bei der nächsten Änderung der Lebensmittelkennzeichnungsverordnung das Anliegen der Ärzteschaft „näher zu prüfen“.

In einem Brief vom 24. 5. 1968 hat der Abgeordnete Weishäupl den Bundesminister für Gesundheitswesen, Frau Käthe STROBEL, gebeten, die Aktion der Ärzteschaft tatkräftig zu unterstützen, damit die Diabetiker leichter die diätetischen Verordnungen, die ihnen die Ärzte im Interesse der Aufrechterhaltung einer bedingten Gesundheit auferlegen, einhalten können.

Die gegenwärtige Bettensituation der Krankenhäuser in München

Eine Anfrage des Kollegen Dr. SOENNING, MdL, hat der Städtische Krankenhausreferent, Herr Dr. HAMM, am 1. 4. 1968 wie folgt beantwortet:

„Am 31. 12. 1967 waren in München insgesamt 13 755 Krankenbetten vorhanden, die sich wie folgt verteilen:

a) Städtische Krankenhäuser	4 439
b) Staatliche Krankenhäuser	3 791
c) Kreiskrankenhäuser	694
d) freigemeinnützige Krankenhäuser	2 955
e) private Krankenhäuser	1 876
	<u>13 755</u>

Die Zahl der Krankenbetten ist damit seit Ihrer Anfrage im März 1961 um insgesamt rund 2000 angelegen.

Im gleichen Zeitraum hat sich jedoch die Einwohnerzahl von 1 072 000 Ende 1960 auf 1 244 000 Ende 1967 erhöht.

Hieraus ergibt sich, daß sowohl im Jahre 1961 als auch 1967 gleichviel, nämlich rund 11 Krankenbetten pro 1000 Einwohner, zur Verfügung standen. Das bedeutet, daß die neugewonnenen Krankenbetten zwar den Bevölkerungszuwachs auffangen konnten, nicht jedoch dazu ausreichten, den bestehenden enormen Nachholbedarf zu verringern. Die Folge davon ist heute wie vor 7 Jahren eine ständige Überbelegung, insbesondere der städtischen Krankenhäuser Münchens, die sich in Zahlen wie folgt ausdrückt:

Obwohl im städtischen Krankenhausbereich im Januar dieses Jahres durchschnittlich 112 Betten, im Februar 108 Betten und im März 95 Betten als Notbetten unter Inanspruchnahme jeder nur möglichen Stellfläche (Aufenthaltsräume, Krankenhausgänge) zusätzlich aufgestellt waren, mußten trotzdem im Durchschnitt täglich im Januar 59 Bürger, im Februar 62 Bürger und im März 42 Bürger, die um Krankenhausaufnahme nachsuchten, zunächst abgewiesen werden.

Die Stadt München hat in den vergangenen Jahren einen Krankenhausbau mit rund DM 100 000 000 und 1000 neuen Betten in Betrieb genommen, mit dem Bau eines weiteren Krankenhauses mit rund 700 Betten und einem Kostenaufwand von über DM 50 000 000

wird im nächsten Jahr begonnen. Darüber hinaus wurden und werden freigemeinnützige Krankenhausträger mit einem Betrag von rund DM 20 000 000 beim Bau und der Erweiterung ihrer Krankenhäuser unterstützt. Die Stadt München ist damit am Ende ihrer finanziellen Möglichkeiten angelangt. Die dringend notwendige zusätzliche Förderung des Krankenhausbauens in der Landeshauptstadt kann bei den gegebenen Verhältnissen rasch und wirksam nur durch eine verstärkte Hilfe des bayerischen Staats erfolgen.

Dies kann dadurch geschehen, daß die staatlichen Förderungssätze von derzeit 30% bis 35% der beihilfefähigen Kosten auf mindestens 50% erhöht werden.

Dabei wäre es auch erforderlich, daß diese staatlichen Mittel bereits vor Baubeginn verbindlich zugesagt werden.

Voraussetzung für eine sinnvolle staatliche Förderung ist selbstverständlich, daß sich die geförderten Maßnahmen im Einklang mit dem bayerischen Krankenhausplan aus dem Jahre 1963 befinden. Insofern ist für den bayerischen Staat jederzeit die Möglichkeit gegeben, den höchstmöglichen Wirkungsgrad der zur Verwendung kommenden Staatsmittel sicherzustellen.

Ein weiteres Problem, das dringend einer Änderung bedarf, ist die Verbesserung der staatlichen Förderung für den Bau und Betrieb von Ausbildungsinstituten für Krankenpflege. Die Schaffung und Unterhaltung von Einrichtungen für die Ausbildung des pflegerischen Nachwuchses wird immer mehr zu einer überregionalen Aufgabe, da bis zu 50% der Schülerinnen nach Ablegung ihrer Prüfung zu anderen Krankenhausträgern abwandern. Eine entscheidende Verbesserung der derzeit völlig unzureichenden Hilfe des bayerischen Staates für den Betrieb dieser Ausbildungsstätten ist daher zur weiteren Sicherstellung eines ausreichenden und qualifizierten Nachwuchses auf dem Pflegesektor zwingend erforderlich. Die Träger von Krankenpflegeschoolen sind auf die Dauer nicht mehr in der Lage, die hieraus entstehenden enormen Aufwendungen für Krankenhausträger ohne schulische Einrichtungen mitzutragen.

Ich wäre Ihnen, sehr geehrter Herr Dr. Soenning, außerordentlich dankbar, wenn durch Ihre Initiative in dieser Richtung eine verstärkte baldmögliche Förderung sowohl des Krankenhausbauens als auch des Baues und Betriebes von Ausbildungsinstituten für Krankenpflege erfolgen könnte.“

AMTLICHES

Früherfassung der Phenylketonurie

Schreiben des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 13. März bzw. 14. Mai 1968*)

Ab April 1968 führt die Staatliche Bakteriologische Untersuchungsanstalt Würzburg für ihren Wirkungsbereich, das ist der Regierungsbezirk Unterfranken und vom Regierungsbezirk Mittelfranken die Stadt- und Landkreise Ansbach, Neustadt/Aisch, Rothenburg o. d. T., Schelnfeld und Uffenheim, den Guthrie-Test zur Früherfassung der Phenylketonurie kostenlos durch. Die dafür notwendigen Testkarten werden von der Staatlichen Bakteriologischen Untersuchungsanstalt Würzburg auf Anforderung den Ärzten und Krankenhäusern kostenlos zugesandt.

In Bayern kamen 1966 87% aller Lebendgeborenen in Krankenhäusern oder Entbindungsheimen zur Welt. In

Großstädten betrug dieser Anteil nahezu 97%, und 81% sogar in Landgemeinden unter 2000 Einwohnern. Der Großteil der Neugeborenen kann am einfachsten dadurch erfaßt werden, daß dem Säugling ab dem fünften Lebenstag im Krankenhaus ein Tropfen Blut abgenommen und mittels der Testkarte der Untersuchungsanstalt eingeschickt wird.

Der Guthrie-Test sollte bei allen Neugeborenen durchgeführt werden. Nur durch die Mitarbeit der freien Ärzteschaft kann das erreicht werden.

Nach dem derzeitigen Stand gibt es in Bayern noch folgende weitere Untersuchungsmöglichkeiten:

Für die Regierungsbezirke Oberbayern, Schwaben:
Staatliche Bakteriologische Untersuchungsanstalt,
8000 München 3 BS, Lazarettstraße 62.

Für die Regierungsbezirke Niederbayern, Oberpfalz:
Staatliche Bakteriologische Untersuchungsanstalt,
8400 Regensburg, Landshuter Straße 22.

*) Siehe auch „Bayerisches Ärzteblatt“, Heft 1, 1967, S. 13, und Heft 10, 1967, S. 772.

Beschluß über eine Satzungsänderung der Bayerischen Ärzteversorgung

Der Landesausschuß der Bayerischen Ärzteversorgung hat in seiner außerordentlichen Sitzung am 4. 5. 1968 eine Reihe von Satzungsänderungen beschlossen, deren Genehmigung in den nächsten Tagen bei den Aufsichtsbehörden beantragt werden wird.

Die Mehrzahl dieser Satzungsänderungen wurde durch die Änderungen im Recht der Angestelltenversicherung veranlaßt.

Die für die Mitglieder der Bayerischen Ärzteversorgung wichtigste Satzungsänderung betrifft die Anspruchsvoraussetzung für das Ruhegeld bei vorzeitiger Berufsunfähigkeit. Der Anspruch auf dieses erhöhte Ruhegeld kann u. a. nach der Satzung nur von den Mitgliedern erworben werden, die sich während eines Angestelltenverhältnisses von einer bestehenden Versicherungspflicht in der Angestelltenversicherung haben befreien lassen. Der Befreiungsantrag muß innerhalb einer bestimmten Frist (§ 23 a Abs. III der Satzung der Bayerischen Ärzteversorgung) gestellt sein. Diese Frist soll durch die erwähnte Satzungsänderung übergangsweise erweitert werden; sie soll auch dann als eingehalten gelten, wenn der Befreiungsantrag bis zum **31. Dezember 1968** gestellt wurde.

Diese Satzungsänderung eröffnet für eine beträchtliche Anzahl von Mitgliedern die Möglichkeit, den Anspruch auf das erhöhte Ruhegeld bei vorzeitiger Berufsunfähigkeit noch zu erwerben. Im Interesse der betroffenen Mitglieder wird daher noch vor der Genehmigung der Satzungsänderung durch die Aufsichtsbehörden bereits jetzt zur Information folgendes mitgeteilt:

„Der Landesausschuß der Bayerischen Ärzteversorgung hat in seiner außerordentlichen Sitzung am 4. 5. 1968 eine Reihe von Satzungsänderungen beschlossen. Bis zur Genehmigung dieser Satzungsänderungen durch die Aufsichtsbehörden und bis zu ihrer Veröffentlichung im Bayerischen Gesetz- und Verordnungsblatt wird naturgemäß noch einige Zeit verstreichen. Es besteht jedoch kein Zweifel, daß die Satzungsänderungen in ihrer beschlossenen Form genehmigt werden.

Die Satzungsänderungen enthalten eine wichtige **Fristbestimmung** für die Stellung des Antrages aller angestellten Mitglieder, die sich von der Angestelltenversicherung jetzt befreien lassen wollen, um den Anspruch auf das erhöhte Ruhegeld bei vorzeitiger Berufsunfähigkeit zu erwerben. Zur Unterrichtung aller betroffenen Mitglieder der Bayerischen Ärzteversorgung wird daher der Wortlaut dieser bevorstehenden Bestimmung bekanntgegeben.

In § 23 a Abs. III der Satzung der Bayerischen Ärzteversorgung, der die Bestimmung über die Antragsfrist enthält, wird folgender Satz angefügt:

Die Anspruchsvoraussetzung gilt übergangsweise auch dann als erfüllt, wenn der Befreiungsantrag spätestens bis zum **31. Dezember 1968** gestellt wurde.

Dies bedeutet, daß alle angestellten Mitglieder der Bayerischen Ärzteversorgung, die

von der Angestelltenversicherung noch nicht befreit sind, sich aber als Pflichtmitglieder der Anstalt befreien lassen können und den Anspruch auf das erhöhte Ruhegeld bei vorzeitiger Berufsunfähigkeit erwerben wollen,

den Antrag auf Befreiung von der Angestelltenversicherungspflicht zugunsten der Bayerischen Ärzteversorgung

gemäß § 7 Abs. 2 AVG spätestens bis zum **31. Dezember 1968** gestellt haben müssen.

(Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 24. 5. 1968 — Nr. P 4 — 5135/1 — 5/68)

Stellenausschreibung im öffentlichen Gesundheitsdienst

Im amtsärztlichen Dienst und im landgerichtsärztlichen Dienst sind Stellen für beamtete Ärzte zu besetzen, und zwar

bei den Staatlichen Gesundheitsämtern

Altötting, Ansbach, Augsburg, Bayreuth, Burglengenfeld, Günzburg, Landshut, Mühldorf a. Inn, München, Neumarkt l. d. Opf., Neustadt a. d. Waldnaab, Nürnberg, Passau, Rosenheim, Tirschenreuth, Weilheim i. Obb., Würzburg,

bei den landgerichtsärztlichen Dienststellen (mit selbständiger Tätigkeit in Psychiatrie und Gerichtsmedizin)

Kempten/Allgäu, München, Nürnberg, Traunstein, Würzburg.

Bewerber, die schon Beamte sind und die Physikatsprüfung abgelegt haben, werden als Beamte (auch in A 14) übernommen. Die übrigen Bewerber werden zunächst als Angestellte (BAT IIa/Ib) eingestellt. Während des Physikatslehrgang erhalten sie Dienstbezüge und Trennungsgeld. Nach der Physikatsprüfung werden sie als Regierungsmedizinalräte (A 13) in das Beamtenverhältnis übernommen. Es bestehen sehr günstige Beförderungsmöglichkeiten in die BesGr. A 14 (ObRegMedRat) mit weiterer Aufstiegsmöglichkeit in die BesGr. A 14+Z (ObRegMedRat mit ruhegehaltfähiger Stellenzulage) und A 15 (RMed-Direktor). Trennungsgeld und Umzugskostenvergütung werden gewährt. Staatsbedienstetenwohnungen werden nach Möglichkeit vermittelt. Privatpraxis (ohne gesetzliche Krankenkassen) und vertrauensärztliche Nebentätigkeit werden genehmigt.

Bewerbungen und jederzeit mögliche Anträge auf unverbindliche Vormerkung für künftig frei werdende Stellen werden erbeten an das Bayerische Staatsministerium des Innern, 8000 München 22, Odeonsplatz 3.

(Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 21. Mai 1968 — III 2 — 5126/1 — 7/68)

Lehrgang für Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Das Bayerische Staatsministerium des Innern hält im Wintersemester 1968/69 wieder einen Lehrgang für Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Physikatskurs) ab.

Die Ausschreibung erfolgt rechtzeitig im Bayerischen Staatsanzeiger und in dieser Zeitschrift.

Interessenten können sich schon jetzt an das Bayerische Staatsministerium des Innern, 8000 München 22, Odeonsplatz 3, wenden.

Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

vom 26. 6. 1965 (BayÄBl. 1965, 546) in der Fassung des Beschlusses der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns vom 26. 3. 1966 (BayÄBl. 1966, 343)

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns hat am 27. 4. 1968 folgende Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes der Kassenärzt-

lichen Vereinigung Bayerns (vom 26. 6. 1965 in der Fassung des Beschlusses der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns vom 28. 3. 1966) beschlossen:

§ 1 Abs. 2 erhält folgenden letzten Satz:

„Die Abrechnung kassenärztlicher Leistungen ist in jedem Fall 9 Monate nach Abschluß des Quartals, in dem die Leistungen erbracht worden sind, abgeschlossen.“

München, den 3. 5. 1968

Dr. Völlinger, Vorstandsvorsitzender

MITTEILUNGEN

Streitverfahren zur Abgrenzung der unfallversicherungsrechtlichen Zuständigkeit für Hausgehilfinnen

In unserer letzten Mitteilung zu obiger Angelegenheit in Heft 5/1966 des „Bayerischen Ärzteblattes“ wurde den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten empfohlen, gegen Beitragsbescheide des Bayerischen Gemeindeunfallversicherungsverbandes für jene Personen, die neben ihrer Tätigkeit im Haushalt auch zu regelmäßigen Dienstleistungen für die Praxis herangezogen werden, Widerspruch einzulegen und im Falle der Ablehnung des Widerspruchs Klage zum zuständigen Sozialgericht zu erheben. Es wurde darauf hingewiesen, daß die Kammer für beide Rechtsmittel Musterschriftsätze beithält.

In der Zwischenzeit hat das Sozialgericht Nürnberg in einem geeigneten Streitfall die übereinstimmende Auffassung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege und der ärztlichen Standesorganisation bestätigt, wonach in den oben erwähnten Fällen nur ein Unfallversicherungsträger, nämlich die vorgenannte Berufsgenossenschaft, zuständig ist.

Um auf abgekürztem Wege eine höchstrichterliche Entscheidung zu erlangen, haben sich alle Beteiligten in diesem Streitfall darauf geeinigt, Sprungrevision zum Bundessozialgericht einzulegen, nachdem der Bayerische Gemeindeunfallversicherungsverband mit der Entscheidung des Sozialgerichtes Nürnberg nicht einverstanden war. Der 2. Senat des Bundessozialgerichtes hat diese Sprungrevision durch Beschluß vom 5. 2. 1968 aus formalrechtlichen Gründen jedoch als unzulässig verworfen und dabei festgestellt, daß die Entscheidung des Bayerischen Landessozialgerichtes nicht zu umgehen ist.

Band 6 unserer Schriftenreihe mit den Vorträgen der 17. Wissenschaftlichen Arztetagung Nürnberg

Therapie der Erkrankungen der Leber und der Gallenwege Therapie der peripheren arteriellen und venösen Durchblutungsstörungen Wohlstand und Krankheit

steht unseren Kollegen kostenlos zur Verfügung.

Die Kassenärzte Bayerns erhielten ihn bereits über die Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Die anderen Kollegen, die diesen Band ebenfalls zu erhalten wünschen, bitten wir um eine kurze Mitteilung; die Broschüre geht Ihnen dann durch die Post zu.

Durch diesen Beschluß wird die grundsätzliche Entscheidung in dieser seit Jahren schwebende Angelegenheit auf unbestimmte Zeit hinausgeschoben. Dies ist im Hinblick auf die Vielzahl gleichgelagerter Fälle sehr bedauerlich.

Es ist nun beabsichtigt, in zwei Musterfällen Berufung zum Bayerischen Landessozialgericht gegen die schriftlich noch nicht vorliegenden, jedoch zugunsten der Ärzte ausgefallenen Urteile des Sozialgerichtes Nürnberg einzulegen. Die Beteiligten werden anstreben, daß die beiden Verfahren als Musterprozesse gewertet werden, und daß bis zu ihrem Abschluß die übrigen gleichgelagerten Fälle ruhen.

Die vorläufige Zahlungspflicht des einzelnen Arztes bleibt durch das Ruhen oder Fortführen seines Verfahrens gemäß §§ 86 und 97 SGG bestehen.

Der Bayerische Gemeindeunfallversicherungsverband beabsichtigt, wie sich aus mündlichen Rücksprachen ergeben hat, nicht, von weiteren Beitragsforderungen Abstand zu nehmen, solange ein höchstrichterliches Urteil nicht dagegen steht. Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte werden deshalb weiterhin Aufforderungen dieses Unfallversicherungsträgers erhalten. Sofern sie Personen betrifft, die neben ihrer Beschäftigung im Haushalt des Arztes auch regelmäßig zu Dienstleistungen für die Praxis herangezogen werden, empfiehlt die Kammer allen diesen Kolleginnen und Kollegen, Widerspruch und im Falle seiner Ablehnung Klage zum zuständigen Sozialgericht zu erheben.



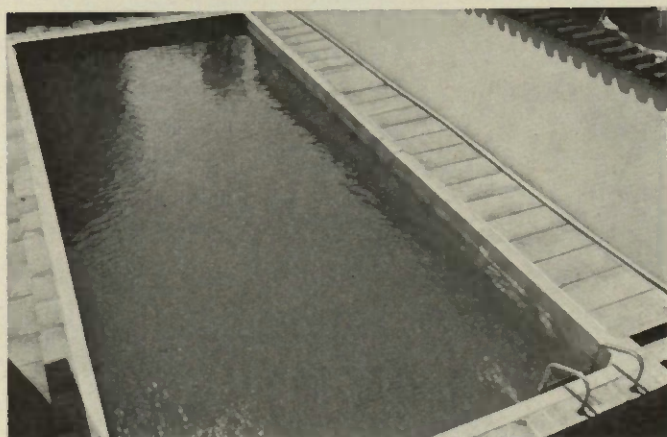
Eusedon® Sedativum und Nervinum
Eusedon-Drageés® Neurosedativum
Cor-Eusedon® cardiotropes Neurosedativum

KREWEL-WERKE · Eitorf b. Köln



**Zur Erfrischung
Zur Erholung
Zur Entspannung**

Ein gutes, solides Schwimmbad erhöht den Wert des Anwesens



Ein Polyesterbecken 8,0 x 4,0 x 1,5 m kostet ab Werk DM 8225.-

helios Schwimmbäder

- Freibad, Hallenbad
- Heizung, Temperaturregler
- Filteranlage, Unterwasserstaubsauger
- Montage, Einbau, Anschluß
- Weitverzweigtes Kundendienstnetz
- Schneller Service
- Garantie

Verlangen Sie unseren ausführlichen Prospekt

helios

HEIZUNGS- UND SANITÄRBAU

8500 Nürnberg, Hachwaldstraße 11

Telefon (0911) 48 24 40 · 48 70 04

Ich bitte um ausführliche Information

durch Prospekt

durch Fachberater

Name:

Anschrift:



Die meldepflichtigen Übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat April 1968^{*)}

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Im Berichtsmonat sank die Scharlach-Erkrankungshäufigkeit erneut, und zwar auf den Stand vom Februar ab, d. h., auf 60 je 100 000 Einwohner (auf ein Jahr umgerechnet), während diese Ziffer im März 66 betrug.

Auch Erkrankungen an übertragbarer Hirnhautentzündung wurden im April etwas seltener als im März gemeldet.

Typhus, Paratyphus und Ruhr traten im April wiederum in nur wenigen Fällen auf, durch Salmonella-Bakterien erregte Enteritis infectiosa (übertragbare Darmentzündung) etwas seltener als im Vormonat. Deutlich ging auch im Berichtsmonat die Erkrankungshäufigkeit an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) zurück, nämlich von 42 Fällen im März auf 28 im April, jeweils auf 100 000 Einwohner.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 31. März bis 27. April 1968 (Vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11	
	Diphtherie		Scharlach		Kinderrötung		Übertragbare				Typhus ob-dominalis		Para-typhus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa					
							Hirnhautentzündung		Schiir-entzündung								Salmo-nellosa		Übrige Formen			
					dar. parot. Fälle		Meningo-kokkon-Meningitis				Übrige Formen											
E ¹⁾ ST ²⁾		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	1	—	189	—	—	—	1	—	6	1	—	—	1	—	1	—	5	—	14	—	—	—
Niederbayern	—	—	23	—	—	—	1	—	2	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—
Oberpfalz	—	—	19	—	—	—	6	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	
Oberfranken	1	—	65	—	—	—	2	1	16	—	—	—	1	—	—	—	—	5	—	—	—	
Mittelfranken	—	—	44	—	—	—	4	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	
Unterfranken	—	—	44	—	—	—	—	—	7	1	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	
Schwaben	—	—	89	—	—	—	4	—	4	—	—	—	1	—	—	—	—	2	—	—	—	
Bayern	2	—	473	—	—	—	18	1	40	2	1	—	4	—	2	—	5	—	34	—	—	—
München	—	—	118	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	4	—	5	—	—	—
Nürnberg	—	—	15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20	
	Botu-lismus		Hepatitis Infectiosa		Ornithose				Vordachts-fälle von Tollwut ³⁾		Malaria-Erst-erkrankung		Q-Fieber		Toxo-plas-mosa		Wund-starr-kampf	
					Psitta-cose		Übrige Formen											
					E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	—	—	89	—	—	—	5	—	9	—	1	—	2	—	2	—	—	—
Niederbayern	—	—	42	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Oberpfalz	—	—	25	—	—	—	2	—	27	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Oberfranken	—	—	12	—	2	—	—	—	20	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Mittelfranken	—	—	14	—	—	—	2	—	5	—	—	—	—	—	1	—	1	—
Unterfranken	—	—	30	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Schwaben	—	—	9	—	—	—	1	—	5	—	1	—	—	—	2	—	—	—
Bayern	—	—	221	—	2	—	11	—	78	—	2	—	2	—	8	—	2	—
München	—	—	32	—	—	—	5	—	—	—	1	—	2	—	2	—	—	—
Nürnberg	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

^{*)} 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 tollwutverdächtigee Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

BUCHBESPRECHUNG

MELEMATA: „Was mir am Herzen liegt“. Festschrift für Werner Leibbrand zum siebzigsten Geburtstag. Herausgegeben von Joseph Schumacher unter Mitarbeit von Martin Schrenk und Jörn Henning Wolf. (Mannheim 1967.)

Die gute, alte Sitte, Gelehrte bei Erreichung höheren Alters durch eine Festschrift zu ehren, ist in den letzten Jahren und Jahrzehnten, wo bei so vielem ein Abstieg verzeichnet werden muß, seltener geworden. Um so eindringlicher und auffälliger wirkt diese Festschrift durch Inhalt, den Kreis in- und ausländischer Mitarbeiter und die hervorragende der Fa. Boehringer, Mannheim, zu dankende Ausstattung. Der Initiator dieses Werkes, der Medizinhistoriker der Universität Freiburg i. Br., Professor Dr. Dr. Joseph Schumacher, hat die Herausgabe nicht mehr erlebt. So gewinnt sein tiefsinniger, vor allem auf Paracelsus hinweisender „Gruß an Werner Leibbrand“ besondere Bedeutung. Er schließt mit den Worten: „Werner Leibbrand ist gewiß nicht nur ein Mann von exquisiter Intelligenz, sondern zugleich beseelt von leidenschaftlicher Liebe zu den Dingen des Geistes und der Künste und ihren Vollbringern. Er ist nicht nur ein genie cérébral, sondern ihm eignet das, was den Menschen zum Menschen macht: la raison du coeur.“

Die Festschrift beweist nicht nur die vielfach hervor gehobene Wertschätzung für die wissenschaftliche Leistung des Jubilars, sondern — und das ist das Besondere — sie ist auch ein deutlicher, wiederholt betonter Ausdruck wahrhaft freundschaftlicher Zuneigung zu Leibbrand oder achtungsvoller Verehrung für den Lehrer.

Prof. Dott. Barone Ervino G. P. Stuccoli, Direktor des Institutes für innere Medizin und Radiologie in Rom, widmet seinen Beitrag, humorvoll und voll von Erinnerungen an die damaligen Lehrer und Mitstudenten, vielfach zu hohen Ehren gekommen, dem mit Leibbrand erlebten ersten Semester.

Mit historischen Themen befassen sich: Prof. Dr. Luis S. Granjel, Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin der Universität von Salamanca („Retrato de un medico renacentista“); Prof. Dr. Dr. Hans Herter, Direktor des Philologischen Seminars der Universität Bonn a. Rh. („Medicus hic habitat“, Aushängeschilder); Prof. Dr. Pedro Lain-Entralgo, Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin, Madrid („La Etica Hipocratica“); Dr. Dr. Hans Rueß, Freiburg i. Br., Mitarbeiter des Medizingeschichtlichen Institutes („Rechtskunde und Heilkunde in Platons Staat“); Prof. Dr. Dr. Heinrich Schipperges, Direktor des Institutes für Geschichte der Medizin der Universität Heidelberg („Ein Arzt im Streit der Fakultäten“, die letzte größere Arbeit Kants); Dr. Rolf Schmidts, Prien/Chiemsee, Mitarbeiter am Institut für Geschichte der Medizin der Universität München

(„Die Aneignung naturwissenschaftlichen Denkens durch den Zeitgeist“); Prof. Dr. Hans-Joachim Schoeps, Direktor des Univ.-Institutes für Religions- und Geistesgeschichte, Erlangen („Die Arztfamilie de Castro“); Prof. Dr. Dr. Joseph Schumacher, Direktor des Medizingeschichtlichen Institutes der Universität Freiburg i. Br. („Der Menon-Bericht zu Hippokrates im Anonymus Londinensis“); Dr. Moses A. Spira, München, Mitarbeiter am Mediz.-geschichtlichen Institut („Meilensteine zur Geschichte der jüdischen Ärzte in Deutschland“); Professor Dr. Dr. Johannes Steudel, Direktor des Medizin-historischen Institutes der Universität Bonn a. Rh. („Der deutsche Einfluß auf die amerikanische Medizin“); Prof. Dr. Erich Valentin, München („Das Kind Mozart“). An psychiatrischen Arbeiten und Grenzgebieten sind enthalten: Dr. Gerd Hesse Goeman, Berkeley/Calif., Mitarbeiter des Münchner Institutes („Die Krankheit Friedrich Wilhelms IV. von Preußen“); Klaus Horn, Düsseldorf, Mitarbeiter des Münchner Institutes („Geschlechtsfeindlichkeit in der Gnosis“); Dr. Eberhard Kirsch, München, Mitarbeiter des Institutes („Avicennas Lehren von den Sexualeiden“); Priv.-Dozent Dr. Annemarie Leibbrand-Wettley, München („Zur Psychopathologie und Dämonologie bei Paracelsus und Johannes Weyer“); Dr. José Ma. López Plnero, Professor der Geschichte der Medizin an der Universität Valencia und Direktor des Institutes, und Dr. José Ma. Morales Meseguer, Assistent am Lehrstuhl für Psychiatrie der Universität von Valencia und Mitarbeiter am dortigen Institut für Geschichte der Medizin und Naturwissenschaften („Hipnotismo y Psicoterapia en la Medicina Alemana de finales del Signo XIX“); Dr. Martin Schrenk, Medizingeschichtliches Institut Freiburg i. Br. („Eine Krankheit zum Tode. Über Goethes ‚Leiden des jungen Werther‘“); Prof. Dr. Leopold Szondi, Präsident der Arbeitsgemeinschaft für experimentelle Triebdiagnostik und Schicksalspsychologie, Zürich („Wandlungen des Schicksalsbegriffes in der Tiefenpsychologie“); Dr. Helmut Waldmann, Univ.-Nervenlinik Bonn a. Rh. („Paradigmen zur Geschichte der psychotropen Drogen“); Jörn Henning Wolf, Mitarbeiter am Medizingeschichtlichen Institut in Freiburg i. Br. und München („Der Wille zum Ruhm. Meditationen über den letzten Satz des hippokratischen Eides“); Prof. Dr. Hans-Jörg Weitbrecht, Direktor der Univ.-Nervenlinik, Bonn a. Rh. („Das Gewissen in psychologischer und psychopathologischer Sicht“).

Die Festschrift wurde eingeleitet durch eine kurze Übersicht über den Lebenslauf und die wissenschaftliche Entwicklung des Jubilars, wobei auch seine musische Begabung, sein Sinn für die Musik, entsprechend gewürdigt wurde. Angeschlossen ist eine Übersicht „Aus der Bibliographie Werner Leibbrands“, zusammengestellt von Käthe Müller und Elisabeth Korczian, die die Vielseitigkeit und Gründlichkeit Leibbrands aufzeigt, wodurch das geistige Bild von Professor Dr. Werner Leibbrand, dem verdienstvollen Medizinhistoriker der Münchner Universität, anschaulich vor Augen geführt wird. W. Koerting



Bei Heuschnupfen
Prospen
 Biologisches Antiallergikum

O.-P. 25 Dragées
 O.-P. 100 Dragées
 O.-P. 10 ccm Tropfen



IFAH GMBH · HAMBURG

Vegetative Fehl- reaktionen!

funktionelle
Beschwerden
im Herz-, Kreislauf-
und Verdauungssystem,
Hyperhidrosis,
prämenstruelle-,
klimakterische- und
postoperative
neurozirkulatorische
Störungen

Cesra- dyston[®]



JULIUS REDEL
CESRA-Arzneimittelfabrik
Haueneberstein bei Baden-Baden
Pharma-Herstellung und Vertrieb der
IION Freiburg im Breisgau

„Herders Großer Weltatlas“. 142 Kartenseiten in großem Maßstab mit plastischer Geländedarstellung und 90 000 Namen. 400 Seiten im Format 27 × 39 cm, Leinen, mit vierfarbigem Schutzumschlag und Schubel. Ermäßigter Einführungspreis bis zum 15. 10. 1968 DM 74.—. Verlag Herder, Freiburg — Basel — Wien.

10 Jahre nach der Vollenbung des ersten Weltatlases, der in Deutschland nach dem Kriege neu erarbeitet wurde und im Verlag Herder erschien, bringt der gleiche Verlag ein modernes Kartenwerk heraus, das alle Vorzüge der Herder-Kartographie in sich vereint. Mit seinen 142 (überwiegend physikalischen) Kartenseiten in außergewöhnlich großem Maßstab und seinem ebenso repräsentativen wie handlichen Format ist er der ideale Atlas für den täglichen Gebrauch.

Ein modernes, patentiertes Verfahren, das bereits den früher erschienenen Herder-Atlanten die Zustimmung der Fachwelt einbrachte, ermöglicht eine besonders plastische Geländedarstellung in Verbindung mit reichem Karteninhalt.

Alle Karten sind auf dem neuesten Stand. Das ausführliche Kartenprogramm umfaßt:

142 Kartenseiten in außergewöhnlich großem Maßstab mit plastischer Geländedarstellung, hergestellt nach einem modernen, patentierten Verfahren, darunter Deutschland, Österreich, Schwelz im Maßstab 1 : 650 000 mit Detailkarten im Maßstab 1 : 200 000; politische Karten der Erdteile; Themakarten über Klimazonen, Vegetation usw.; anschauliche Darstellungen des Sternenhimmels und des Sonnensystems.

Außerdem bietet der Atlas geographische Tabellen nach dem neuesten Stande, ein übersichtliches Verzeichnis aller Länder mit den wichtigsten statistischen Angaben und 100 Seiten Register, das ein schnelles Auffinden der über 90 000 in den Karten enthaltenen Namen und Begriffe gewährleistet.

Allen Atlas-Interessenten, die hohe Ansprüche stellen und doch Geld sparen wollen, wird ein interessantes Einführungsangebot gemacht: „Herders Großer Weltatlas“ wird bei einem Umfang von 400 Seiten im Format 27 × 39 cm bis zum 15. 10. 1968 zu einem ermäßigten Einführungspreis von DM 74.— angeboten.

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Kurs für Röntgenhelferinnen

Vom 21. bis 31. Oktober 1968 in Erlangen

Vom 21. bis 31. Oktober 1968 findet der nächste von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Kurs für Röntgenhelferinnen in Erlangen statt.

Anmeldungen sind nur an die Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85, Telefon 36 11 21, zu richten.

Kurs für Laborhelferinnen

Vom 4. bis 15. November 1968 in Nürnberg

Der nächste von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Kurs für Laborhelferinnen wird vom 4.—15. 11. 1968 an den Städtischen Krankenanstalten in Nürnberg durchgeführt.

Anmeldungen sind nur an die Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85, Telefon 36 11 21, zu richten.

Klinische Fortbildung in Bayern 1968

Kurseinteilung:

1. INNERE KRANKHEITEN

7. bis 11. Oktober 1968

München, I. Med. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. Sch w i e g k

16. bis 21. September 1968

München, I. Med. Klinik und Poliklinik r. d. Isar
der Technischen Hochschule

Direktor: Prof. Dr. Bl ö m e r

23. bis 27. September 1968

München, II. Med. Klinik und Poliklinik r. d. Isar
der Technischen Hochschule

Direktor: Prof. Dr. L e y

21. bis 26. Oktober 1968

Würzburg, Med. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. W o l l h e i m

2. KINDERKRANKHEITEN

7. bis 11. Oktober 1968

München, Städt. Krankenhaus Mü.-Schwabing

1. und 2. Kinderabteilung in Verbindung mit der
kinderchirurgischen Abteilung

Chefärzte: Prof. Dr. H i l b e r, Dr. S c h w e i e r,
Dr. S i n g e r

3. CHIRURGIE

21. bis 26. Oktober 1968

München, Chir. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. Z e n k e r

7. bis 11. Oktober 1968

Würzburg, Chir. Univ.-Klinik und -Poliklinik

Direktor: Prof. Dr. W a c h s m u t h

23. bis 28. September 1968

Erlangen, Chir. Klinik mit Poliklinik der Uni-
versität

Direktor: Prof. Dr. H e g e m a n n

4. FRAUENKRANKHEITEN UND GEBURTSHILFE

21. bis 25. Oktober 1968

München, I. Frauenklinik und Hebammenschule
der Universität

Direktor: Prof. Dr. B i c k e n b a c h

7. bis 12. Oktober 1968

Würzburg, Univ.-Frauenklinik und Hebammen-
schule

Direktor: Prof. Dr. S c h w a l m

(Unterkunft u. Verpflegung in der Klinik möglich)

5. PHONOKARDIOGRAPHIE (Anfängerkurs*)

25. und 26. Oktober 1968

München, Stiftsklinik Augustinum

Chefarzt: Prof. Dr. M i c h e l

Anfragen und Anmeldungen n u r an die Bayeri-
sche Landesärztekammer, 8000 München 23, Köni-
ginstraße 85, Telefon 36 11 21 (Apparat 26)

*) Ein Kurs für Fortgeschrittene ist im Frühjahr 1969
geplant.



NERV *infant*®

Sedativum und Tonikum mit Vitamin B 1
und organischen Phosphorträgern, brom-
und barbitursäurefrei.

Sirup: Orig.-Flasche mit 100 ml

Kur-Flasche mit 500 ml

Suppositorien: 5 Stück

B 12-NERV *infant*®

Antianaemikum, Regulans bei Gedeih- und
Wachstumsstörungen, Tonikum bei Schul-
müdigkeit und nervösen Beschwerden.

Sirup: Orig.-Flasche mit 100 ml

Kur-Flasche mit 500 ml

(siehe Role Liste Seite 120)

**Ruhig ausgeglichen, gekräftigt
folgsam, mit gutem Schlaf**

Muster auf Anforderung

TOSSA
ARZNEI

KURT MERZ · 6497 STEINAU

7. Tagung der „Ärztlichen Fortbildung im Chiemgau“ gemeinsam mit der Salzburger Ärztegesellschaft e. V.

(50. Seminar der Ärztlichen Fortbildung im Chiemgau)
vom 19. bis 20. Oktober 1968 in Bad Reichenhall

Thema: „Wetterwinkel rechter Oberbauch“

In ausgewählten Kapiteln sprechen zu aktuellen diagnostischen und therapeutischen Problemen:

Prof. Dr. Dr. Dietrich, München
Priv.-Doz. Dr. Eisenburg, München
Prof. Dr. Forell, München
Priv.-Doz. Dr. Haschek, Wien
Prof. Dr. Leibetseder, Salzburg
Prof. Dr. Moeller, Hildesheim
Prof. Dr. Mütting, Homburg/Saar
Dr. Porpaczy, Wien
Prof. Dr. Schnetz, Salzburg
Prof. Dr. Schmengler, Bad Reichenhall
Priv.-Doz. Dr. Wildhirt, Kassel

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. W. Hirsch, Traunstein, Medizinische Abteilung des Stadtkrankenhauses

Tagungsort:

Kursaal Bad Reichenhall und Hörsaal des Klinischen Sanatoriums Trausnitz

Auskunft und Anmeldung erbeten an Dr. H. Matusczyk, 8210 Prien am Chiemsee, Kurhotel „Kronprinz“, Telefon (0 80 51) 482

45. Tagung der Bayerischen Chirurgen-Vereinigung vom 19. bis 20. Juli 1968 in München

Die 45. Tagung der Bayerischen Chirurgen-Vereinigung findet vom 19.—20. 7. 1968 in München im Hörsaal der Chirurgischen Universitätsklinik, München 15, Nußbaumstraße 20, statt.

Am Donnerstag, 18. Juli 1968, finden ab 16.00 Uhr klinische und Film-Demonstrationen im Hörsaal der Chirurgischen Poliklinik, München 15, Pettenkofersstraße 8a, statt. Eventuell Demonstration des neuen Notarzwagens.

Hauptthema I

„Physiologie und Pathophysiologie in der Chirurgie der Oberbauchorgane“

1. Magen:

Prof. Dr. L. Nyhus, Chicago
Prof. Dr. S. Hedenstedt, Stockholm

2. Pankreas:

Prof. Dr. M. Forell, München
Dr. H. Heymann, München

3. Leber:

Priv.-Doz. Dr. J. Eisenburg, München
Prof. Dr. H. Hamelmann, München

Hauptthema II

„Akuter Unfall“

1. Organisation:

Prof. Dr. A. Lob, Murnau

2. Wiederbelebung und Notarztdienst:

Prof. Dr. E. Rügheimer, Erlangen
Dr. R. Lick, München

3. Sportunfälle:

Dr. G. Neureuther, Garmisch-Partenkirchen
Prof. Dr. A. N. Witt, München

Um einen Überblick über die zu erwartenden Teilnehmer zu erhalten, wird um frühzeitige Voranmeldung gebeten.

Auskunft und Anmeldung: Professor Dr. F. K. Holle, 8000 München 15, Pettenkofersstraße 8a, Telefon 5 99 41

Fortbildungstagung der Würzburger Augenklinik am 19. Oktober 1968

Am 19. Oktober 1968 findet in der Würzburger Augenklinik eine Fortbildungstagung statt.

8.15 Uhr bis 12.00 Uhr:

Praktische Übungen über die Verordnung von Fernrohrbrillen — Haftschalen — Strichskiaskopie — Refraktometer

(Teilnahme an den Fortbildungskursen vormittags nur noch beschränkt möglich)

13.30 Uhr bis 17.30 Uhr:

Zu dem Thema „**Febler und Irrtümer bei der Brillenverordnung**“ sprechen Kliniker, niedergelassene Ärzte, Optiker und Vertreter optischer Firmen. Anschließend Diskussion. Unkostenbeitrag pro Kurs: DM 15.—; für die Nachmittagsveranstaltung: DM 10.—

Auskunft und Anmeldung: Professor Dr. W. Leydhecker, Direktor der Universitäts-Augenklinik, 8700 Würzburg, Röntgenring 12



Für viele Magen-, Darm- und Galle-Patienten Kaffee mit kofrosta Garantie

Senkung der Kaffee-Intoleranz durch weitgehende
Entfernung der Rästreizstoffe

Geringste Reizwirkung auf Säurebildung und
Aikali-Testzeit

Geringerer matilitätssteigernder Effekt
Mit oder ohne Caffein • Literatur auf Wunsch

Eilles-Kaffee München Augustin-Kaffee Augsburg Costei-Kaffee Nürnberg

Fortbildungsveranstaltungen der Medizinischen Poliklinik Erlangen

Die Medizinische Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg veranstaltet unter der Leitung von Professor Dr. med. C. Korth vom 24. bis 25. Oktober 1968 ein

Einführungsseminar in die Grundlagen der Elektrokardiographie

und anschließend

vom 25. bis 27. Oktober 1968 den

15. Ärztlichen Fortbildungskurs für praktische Kardiologie

Kursgebühr für das Einführungsseminar: DM 25.—

Kursgebühr für den Fortbildungskurs: DM 25.—

Kursgebühr für Teilnehmer beider Kurse: DM 40.—

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

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.

Juli 1968:

- 1.—3. 7. in London: XVII. Internationaler Kongress der Europäischen Gesellschaft für Herz- und Gefäßchirurgie. Auskunft: The Congress Organiser, XVIIth International Congress of the European Society of Cardiovascular Surgery, 11 Whitehall Court, London, S. W. 1.
- 1.—5. 7. in Lindau: 18. Tagung der Nobelpreisträger (6. Tagung der Physiker). Auskunft: Sekretariat, 8990 Lindau, Postfach 11.
- 1.—5. 7. in Neuherberg: Strahlenschutzkurs (2. Fortbildungskurs). Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
3. 7. in Berlin: Tagung der Berliner Medizinischen Gesellschaft. Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung, 1000 Berlin 65, Augustenburger Platz 1.
- 5.—6. 7. in Prag: I. Europäischer endoskopischer Kongress. Auskunft: Tschechoslowakische Medizinische Gesellschaft, J. E. Purkyne, Sokolská 31, Praha 2.
- 5.—7. 7. in Wangen: II. Allgäuer Tuberkulose-Fortbildungskurs. Auskunft: Professor Dr. H. Brügger, 7988 Wangen, Kinderhellstätte.
- 7.—13. 7. in Prag: 8. Internationaler Kongress für Gastroenterologie. Auskunft: Sekretariat des 8. Internationalen Kongresses für Gastroenterologie, Sokolská 31, Praha 2.

- 8.—10. 7. in Neuherberg: Strahlenschutz-Ergänzungskurs. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 14.—15. 7. in Karlsbad: Tagung der Internationalen Gesellschaft zum Studium der Leber. Auskunft: Tschechoslowakische Medizinische Gesellschaft, J. E. Purkyne, Sokolská 31, Praha 2.
- 16.—17. 7. in Erlangen: Internationales Symposium über nichtinsulinproduzierende Pankreastumoren (Zollinger-Ellison-Syndrom). Auskunft: Prof. Dr. L. Demling, Medizinische Universitätsklinik mit Poliklinik, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12.
- 19.—20. 7. in München: Tagung der Bayerischen Chirurgen-Vereinigung. Auskunft: Professor Dr. F. K. Holle, 8000 München 15, Pettenkoferstraße 8a.
20. 7. in Dortmund: Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Westfalen-Lippe („Arbeitsmedizinisches Seminar“). Auskunft: Ärztekammer Westfalen-Lippe, 4400 Münster, Kaiser-Wilhelm-Ring 4/6.
- 22.—25. 7. in Paris: 6e Congrès International de Reproduction Animale et d'Insémination Artificielle. Auskunft: Sekretariat 7, rue Auber, Paris 9e.
- 23.—28. 7. in Genf: X. Kongress des International College of Angiology (Hauptthemen „Fortschritte der Gefäßchirurgie inkl. Herzkranzarterien“). Auskunft: Priv.-Doz. Dr. D. Haan, I. Medizinische Universitätsklinik, 2000 Hamburg 20, Martinistraße 52.
- 26.—27. 7. in Erlangen: Fortbildungskurs in Ösophago- und Bronchoskopie. Auskunft: Sekretariat der Universitäts-HNO-Klinik, 8520 Erlangen, Bohienpl. 19/20.

August 1968:

- 5.—10. 8. in Sydney: 22. Generalversammlung des Weltärztebundes. Auskunft: Sekretariat of The World Medical Association, Inc., 10 Columbus Circle, New York, N. Y. 10019.
- 5.—16. 8. in Neutrauburg: Einflührungslehrgang in die manuelle Wirbelsäulentherapie. Auskunft: Dr. med. Karl Seil, 7972 Neutrauburg.
- 12.—17. 8. in London: VII. Internationaler Kongress für Geistige Gesundheit. Auskunft: National Association for Mental Health, 39 Queen Anne Street, London W. 1.
- 18.—24. 8. in Helsinki: 14. Internationaler Kongress für Sozialfürsorge. Auskunft: Mme. G. d'Autherville, International Council on Social Welfare, 5, rue Las Cases, F-75, Paris 7e.
- 19.—28. 8. in Tokio: XII. Internationaler Kongress für Genetik. Auskunft: Dr. Yataro Tazima, National Institute of Genetics, Yata 1111, Misima, Sizuokaken, Japan.
- 24.—31. 8. in Brüssel: 12. Internationaler Kongress für Zellbiologie. Auskunft: Prof. Dr. Dustin, Institut d'Anatomie, 97, rue aux Laines, Brüssel.



beruhigt die Nerven

und bringt erquickenden Schlaf

NERVO-OPT®

OP zu 200 ccm
OP zu 50 Drogees

DR. BRAUN U. HERBERG BAD SCHWARTAU

24. 8.—7. 9. in **Madonna di Campiglio**: VII. Bergsteigerlehrgang zur Erlangung des Sportärztdiploms des Deutschen Sportärztebundes. Auskunft: Dr. Fr. Friedrich, 8000 München 23, Wilhelmstraße 16.
- 25.—30. 8. in **Jerusalem — Tel Aviv**: 4th Asian Pacific Congress of Cardiology. Auskunft: Dr. L. Sherf, Tel Hashomer Government, Heart Institute, Tel Aviv/Israel.
- 25.—31. 8. in **Paris**: 12. Internationaler Kongreß „Geschichte der Wissenschaft“. Auskunft: M. S. Deiorne, 12, rue Colbert, F-75, Paris 12e.
- 25.—31. 8. in **Washington**: 24. Internationaler Kongreß der physiologischen Wissenschaften. Auskunft: Secretariat, 9650 Rockville Pike, Bethesda, Md. 20014, USA.
- 25.—31. 8. in **Montreal**: 5. Internationaler Kongreß für Physikalische Medizin. Auskunft: Sekretariat der Quebecer Ärztegilde, 6300 Darlington Ave., Montreal 26.
- 26.—30. 8. in **Kopenhagen**: Internationale Gesundheitskonferenz. Auskunft: Konferenzsekretär P. Arthur Wells, 90 Buckingham Palace Road, London S. W. 1.
26. 8.—7. 9. in **Meran**: XVI. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Thema: „Vegetative Dystonie — Symptom oder Krankheit?“) Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 27.—28. 8. in **Köln**: Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie. Auskunft: Prof. Dr. Hausser, 2000 Hamburg 20, Lenhartzstraße 9.
31. 8.—7. 9. in **Paris**: XIV. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie. Auskunft: XIV. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie, S. O. C. F. I., 7, rue Michel-Ange, Paris 16.

September 1968:

- 1.—6. 9. in **New York**: XII. Internationaler Kongreß für Hämatologie. Auskunft: Dr. P. Reznikoff, 449 East 68th St., New York, N. Y. 10021, USA.
- 1.—7. 9. in **Karlsruhe**: 20. Deutsche Therapiewoche und die 20. Deutsche Hellmittelausstellung. Auskunft: Dr. P. Hoffmann, 7500 Karlsruhe, Kaiserallee 30.
- 1.—15. 9. in **Velden/Wörther See**: Internationaler Herbstkongreß für Ganzheitsmedizin und Naturheilverfahren des Bundesverbandes Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren. Auskunft: Bundesverband Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren e. V., 8000 München 2, Richard-Wagner-Straße 10.
- 2.—14. 9. in **Grado**: II. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 3.—6. 9. in **Prag**: XV. Chirurgischer Kongreß mit internationaler Beteiligung. Auskunft: Tschechoslowakische Medizinische Gesellschaft, J. E. Purkyne, Sokolská 31, Praha 2.
- 3.—8. 9. in **Salzburg**: 5. Internationaler Kongreß für manuelle Medizin. Auskunft: Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für manuelle Medizin, 4700 Hamm, Ostentalallee 83.
- 8.—14. 9. in **Athen**: V. Europäischer Kardiologie-Kongreß. Auskunft: Sekretariat des V. Europäischen Kardiologie-Kongresses, 24 Raviné St., Athen 140.
- 8.—14. 9. in **Sils Maria**: 7. Silser Studienwoche. Auskunft: Sekretariat Dr. O. Meier, CH-4805 Brittnau/AG.
- 9.—13. 9. in **London**: IV. Weltkongreß der Anästhesisten. Auskunft: Dr. D. D. C. Howart, Secretary of the Organising Committee, Fourth World Congress of Anaesthesiologists, Royal Marsden Hospital, Fulham Road, London S. W. 3.
- 11.—14. 9. in **Kassel**: 55. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie. Auskunft: Prof. Dr. Breitenfelder, 3500 Kassel-Wilhelmshöhe, Frankenstraße 40.
- 12.—14. 9. in **Olmütz**: IV. Dermatologisches Symposium mit internationaler Beteiligung. Auskunft: Tschechoslowakische Medizinische Gesellschaft, J. E. Purkyne, Sokolská 31, Praha 2.
- 12.—15. 9. in **Salzburg**: X. Internationaler Kongreß für Allgemeinmedizin. Auskunft: Generalsekretariat der Internationalen Gesellschaft für Allgemeinmedizin, 4740 Oelde (Westf.), Lange Straße 21 a.
- 14.—19. 9. in **Heilbronn**: 51. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik. Auskunft: Dr. phil. G. Baader, 1000 Berlin 45, Augustastraße 37.
- 14.—23. 9. in **Freudenstadt**: 35. Kongreß des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren. Auskunft: Dr. H. Haverkamp, 6500 Mainz, Adam-Karrillon-Straße 13.
- 15.—19. 9. in **London**: IX. Internationaler Kongreß für Audiologie. Auskunft: Hon. Secretary-General, IX. International Congress of Audiology, Nuffield Hearing and Speech Centre, 330, Gray's Inn Road, London, W. C. 1.
- 16.—21. 9. in **Wien**: IV. Internationaler Kongreß für Gruppenspsychotherapie. Auskunft: Sekretariat der Wiener Medizinischen Akademie, Stadiongasse 6—8, A-1010 Wien.
- 23.—27. 9. in **Neapel**: V. Internationaler Kongreß für kybernetische Medizin. Auskunft: Prof. Dr. Aldo Masturzo, Via Roma 348. I-80100 Napoli.
- 23.—28. 9. in **Travemünde**: Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. Auskunft: Prof. Dr. H. Kirchhoff, 3400 Göttingen, Humboldtallee 5.
- 26.—28. 6. in **Prag**: I. Weltkongreß für Soziometrie. Auskunft: Tschechoslowakische Medizinische Gesellschaft, J. E. Purkyne, Sokolská 31, Praha 2.
- 27.—29. 9. in **Augsburg**: 42. Fortbildungskongreß für praktische Medizin (Thema: „Der Kopf als Leidensorgan“). Auskunft: Sekretariat der Augsburger Fortbildungskongresse, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2.
30. 9.—2. 10. in **Bocum**: 13. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Dokumentation und Statistik in der DGD. Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Medizinische Dokumentation, 8900 Heidelberg, Berliner Straße 27.
30. 9.—3. 10. in **Berlin**: 7. Europäischer Kongreß für Allergologie. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. E. Stresemann, 1000 Berlin 85, Augustenburger Platz 1.

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe ist eine Antwortkarte der Winterthur-Versicherung, Schweizerische Unfallversicherungs-Gesellschaft in Winterthur, Direktion für Deutschland, 8000 München 23, Leopoldstraße 34/38, beigelegt.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85/III, Telefon 38 II 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. Postcheckkonto 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, Sonnenstraße 29, Tel. 55 90 81, Fernschreiber: 05 23662, Telegrammadresse: atlas-press. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfing, München.



Druck: Richard Pflaum 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.