

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 7

München, Juli 1968

23. Jahrgang

Spezialklinik zur Vor-, Weiter- und Nachbehandlung von Tumorkranken in Bad Trißl eröffnet

Diese auf Initiative der Bayerischen Landesärztekammer entstandene Klinik nimmt ab Mitte Juli 1968 Kassen- und Privatpatienten auf. Sie ist bereits voll belegt. Sie soll der Vor-, Weiter- und Nachbehandlung von Tumorkranken dienen.

Unter Vorbehandlung soll dabei eine etwa erforderliche Kräftigung vor einer notwendigen Operation oder Bestrahlung verstanden werden; die Weiterbehandlung soll im Anschluß an eine Operation oder Bestrahlung die interne und physikalische Therapie fortsetzen; unter Nachbehandlung soll eine Intervallbehandlung in einem etwa jährlichen Abstand verstanden werden.

Die gesetzlichen Krankenkassen in Bayern haben den Gedanken der Errichtung einer solchen Klinik sofort positiv aufgegriffen und waren nach kurzen Verhandlungen zu einer Pflegesatzvereinbarung bereit.

Diese Klinik, der noch andere folgen sollen, wird dazu beitragen, daß Krebskranke durch eine Behandlung in den sogenannten Krebskliniken nicht auch noch wirtschaftlich völlig ruiniert werden.

Der Bayerische Rundfunk hat in einer Sendung am 3. 7. 1968 dazu u. a. folgendes berichtet:

„Die Bayerische Landesärztekammer hat ihren Ruf, eine der fortschrittlichsten Ständevertretungen zu sein, erneut untermauert. Galt bereits die Großaktion zur Früherkennung der Zuckerkrankheit im Jahre 1967 als beispielhafte Pioniertat, so wurde ihr Erfolgsregister jetzt um ein weiteres Kapitel bereichert, nämlich um die Eröffnung einer Spezialklinik zur Vor-, Weiter- und Nachbehandlung von Tumorkranken in Bad Trißl, im Kreis Rosenheim. Damit wurde der Auftrag des letztjährigen 20. Bayerischen Ärztetages, für Krebskranke spezielle Therapiezentren zu schaffen, überraschend schnell und — wie es scheint — zufriedenstellend erfüllt. Hervorstechendstes Novum an dieser Klinik, die Mitte Juli ihre Pforten öffnen wird, ist die Tatsache, daß sie nicht nur Privatpatienten offensteht, sondern vor allem auch den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung und den Sozialhilfeempfängern.“

Nähere Einzelheiten zu dieser Klinik sind den bayerischen Ärzten in einem Brief mitgeteilt worden, der nachstehend wiedergegeben wird:

„Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege!

Der Bayerischen Landesärztekammer ist es gelungen, die Eröffnung einer „Spezialklinik zur Vor-, Weiter-

und Nachbehandlung von Tumorkranken“ in Bad Trißl, Gemeinde Oberaudorf, Landkreis Rosenheim, zu erreichen.

Die Klinik wird ab 15. Juli 1968 Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, Sozialhilfeempfänger und Privatpatienten zur internen und physikalischen Behandlung aufnehmen. Im Hinblick auf die noch geringe Bettenzahl müssen wir uns dabei zunächst leider auf solche Kranke beschränken, bei welchen eine operative oder Strahlenbehandlung vorgesehen oder bereits durchgeführt ist und die einer intensiven, auf das Krankheitsbild ausgerichteten internen Vor- oder Nachbehandlung bedürfen. Erst im Zuge unserer künftigen Planungen, also nach Errichtung weiterer Kliniken, wird es auch möglich sein, Tumorkranke aufzunehmen, bei denen eine operative oder Strahlenbehandlung nicht möglich ist, eine Besserung des Gesamtzustandes oder Beeinflussung des Krankheitsablaufes aber durch Einsatz entsprechender Medikamente erwartet werden kann. Wir bitten Sie deshalb, Ihre Auswahl zunächst nach diesen angegebenen Kriterien zu treffen.

Die Einweisung der Patienten erfolgt ausschließlich über die Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern, zu Händen des Geschäftsführenden Arztes, 8000 München 23, Königinstraße 85/IV, Telefon 36 11 21.

Von diesem erhalten dann die einweisenden Kollegen und auch die Patienten eine entsprechende Mitteilung. Die Einweisungen für Mitglieder der Krankenkassen erfolgen mit den üblichen Krankenhauseinweisungsformularen, denen ein ärztlicher Befundbericht auf einem Formblatt beigelegt werden muß. Diese Formblätter sind bei den Formularausgaben der Kassenärztlichen Bezirksstellen zu erhalten oder werden nach schriftlicher oder telefonischer Anforderung bei der Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern den Ärzten zugeschickt. Ihre Patienten werden in dem landschaftlich sehr schön gelegenen Haus in 1- und 2-Bett-Zimmern untergebracht.

Ein wissenschaftlicher Beirat und eine größere Zahl von konsiliarisch tätigen Ärzten werden die Krankenhausärzte bei der Behandlung unterstützen.

Die Bayerische Landesärztekammer freut sich darüber, mit dieser Klinik, der hoffentlich bald weitere folgen werden, einen neuen Beitrag zur gesundheitlichen Betreuung unserer Bevölkerung geleistet zu haben.

Mit kollegialen Grüßen

Prof. Dr. Sewering
Präsident“

Die Weiterbildungsordnung

Referat vor dem Plenum des 71. Deutschen Ärztetages am 20. Mai 1968 in Wiesbaden

Professor Dr. med. Hans J. Sewering,
Vizepräsident der Bundesärztekammer und Vorsitzender ihrer Ständigen Facharztkonferenz

Die Beratungen zum Thema „Weiterbildungsordnung“ stehen in zweifacher Hinsicht unter einem neuen und besonderen Aspekt. Erstmals in der Geschichte unserer Selbstverwaltung beraten wir keine spezielle Facharztordnung, sondern eine Weiterbildungsordnung für die deutschen Ärzte. Nach jahrelangen Überlegungen und Beratungen — ich erinnere an den 65. Deutschen Ärztetag in Norderney — machen wir damit einen entscheidenden Schritt nach vorne. Während uns bisher im Rahmen der ärztlichen Berufsausübung nur die Vorbereitung des Arztes für eine bestimmte Tätigkeit beschäftigte, wollen wir nunmehr auch demjenigen jungen Arzt, der sich allgemeinärztlich betätigen will, die Möglichkeit geben, nach Absolvierung einer besonderen Weiterbildung eine Bezeichnung zu führen, die auf diese Weiterbildung hinweist — eine Möglichkeit, die bisher nur dem Facharzt offenstand. Das scheint mir ein so bedeutungsvolles Ereignis zu sein, daß ich es an den Anfang meiner Ausführungen stellen möchte.

Unsere Beratungen — und das ist der zweite neue Aspekt — finden in einer besonders ernsten Stunde in der Geschichte des ärztlichen Berufsstandes statt. Seit 1924 berieten Deutsche Ärztetage in laufender Folge über die Gestaltung und Fortentwicklung der Berufs- und Facharztordnung. In diesen Jahrzehnten wurde weder vor 1933 noch nach 1945 das Recht der Ärzteschaft auf Selbstgestaltung und Selbstverwaltung in diesem Gebiete jemals in Frage gestellt. Aufgrund der Klagen von Ärzten, welche wegen eines Verstoßes gegen Bestimmungen der Berufs- und Facharztordnung von Berufsgerichten belangt wurden, überprüft nunmehr das Bundesverfassungsgericht, ob die ärztliche Selbstverwaltung bei der Gestaltung der Bestimmungen über die Weiterbildung von Fachärzten mit dem Grundgesetz vereinbar ist. In einem Schreiben, das der Präsident des Bundesverfassungsgerichtes an das Bundesministerium für Gesundheitswesen gerichtet hat, sind eine Reihe von Fragen enthalten, die der Aufklärung des Sachverhaltes dienen sollen. Man muß daraus aber doch auch Ansätze einer Meinungsbildung erkennen, welche uns zumindest mit ernster Sorge erfüllen.

Das Bundesverfassungsgericht stellt an den Anfang seiner rechtlichen Überlegungen die Frage, ob Fachärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin einem einheitlichen ärztlichen Beruf angehören oder ob die Facharztordnungen die Zulassung zu selbständigen und eigenständigen ärztlichen Spezialberufen regeln. Die Stellungnahme der Ärzteschaft zu dieser grundlegenden Frage kann nach unserer Überzeugung nur lauten: Es gibt nur einen einheitlichen ärztlichen Beruf und nicht rund zwanzig ärztliche Einzelberufe, die zudem ohne die koordinierende Kraft eines einheitlichen Berufes im Zuge der weiteren Entwicklung der Medizin in immer neue Spezialberufe aufgesplittert würden. Von der Beantwortung dieser Frage hängt u. a. die Entscheidung ab, ob die Länder die Gesetzgebungs-

zuständigkeit für die Regelung des Facharztwesens besitzen und damit die Landesärztekammern zum Erlaß von Facharztordnungen ermächtigen konnten, weiter aber auch die Entscheidung darüber, ob ganz generell das Facharztwesen auch in Zukunft Sache der ärztlichen Autonomie und der ärztlichen Selbstverwaltung sein wird. Die Konsequenzen einer Entwicklung, die den einheitlichen ärztlichen Beruf in zahlreiche Einzelberufe aufsplintern würde, wären kaum absehbar.

Es ist nicht meine Aufgabe, die Verfassungsbeschwerden und ihre rechtliche Problematik im einzelnen zu erörtern. Ich darf aber in die Erinnerung zurückrufen, was ich vor zwei Jahren in Essen über die Geschichte des deutschen Facharztwesens und der Facharztordnung für die deutschen Ärzte dargelegt habe. Es handelt sich um ein Gebiet, das von Anfang an ausschließlich in ärztlicher Selbstverwaltung lag, um eine Aufgabe, der die deutsche Ärzteschaft in mehr als vier Jahrzehnten nicht nur stets gerecht geworden ist, sondern die sie in einer geradezu vorbildlichen Weise wahrgenommen hat.

Angesichts des schwebenden Verfahrens stellte sich die Frage, ob man die Arbeit an einer neuen Weiterbildungsordnung nicht unterbrechen und abwarten sollte, bis die Entscheidung des Gerichtes gefallen ist. Was dafür sprechen könnte, wäre die mögliche Gefahr, daß heute in Einzelfragen oder gegenüber einzelnen Gruppen der Ärzteschaft Zugeständnisse gemacht würden, die man normalerweise nicht gemacht hätte. Es war auch zu bedenken, daß die Diskussion des Themas dahin gehend ausgedeutet werden könnte, als ob wir uns bei der Behandlung dieser Materie mehr an Gruppen- oder Standesinteressen als an der Sache selbst orientieren würden.

Der Vorstand der Bundesärztekammer teilt diese Sorge nicht. Im Gegenteil! Wir sind der Überzeugung, daß gerade in dieser kritischen Zeit die heutigen Beratungen dokumentieren können, daß wir nur ein Ziel haben, nämlich die Ermöglichung der denkbar besten Vorbereitung des ärztlichen Nachwuchses auf die jeweils gewählte besondere Aufgabe innerhalb des ärztlichen Berufes, zum Nutzen und Wohle unserer Patienten. Wir haben uns dabei weder von Gruppen- noch von Standesinteressen leiten lassen. Auch bei unserer bisherigen Arbeit an dieser neuen Weiterbildungsordnung hat uns allein das aufgezeigte Ziel geleitet.

Ich stehe nicht an, an dieser Stelle zu erklären, daß die Unterwerfung unter das alleinige Erfordernis einer optimalen Weiterbildung dort seine Grenze haben könnte, wo die Bedingungen, unter denen dies geschehen muß, für unseren Nachwuchs und damit für die gesamte Ärzteschaft nicht mehr zumutbar wären. Das gilt für eine von uns selbst geschaffene Ordnung, und das müßten wir notfalls auch erzwingen, wenn uns diese Ordnung durch staatliche Organe aufgenötigt werden würde.

EWG-Richtlinien

Während die Fragen, welche durch das Verfahren vor dem Bundesverfassungsgericht aufgeworfen werden, neu auf uns zugekommen sind, ist uns ein anderer Fragenkomplex — nämlich die Vorschriften und Auswirkungen des Vertrages zur Gründung der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft — seit Jahren bekannt.

VERGLEICH VON WEITERBILDUNGSZEITEN

Fachgebiet	DAUER DER WEITERBILDUNG			
	derzeit in Deutschland	Unser Entwurf	Beschlüsse des Ständigen Ausschusses der Ärzte der EWG	Entwurf EWG-Richtlinie (Beschluß der Regierungsdeleg.)
Anästhesie	4 Jahre	4 Jahre	3 Jahre	3 Jahre
Augenheilkunde	3 Jahre	4 Jahre	4 Jahre	4 Jahre
Chirurgie	5 Jahre	6 Jahre	6 Jahre	5 Jahre
Dermatologie	3 Jahre	4 Jahre	3 Jahre	3 Jahre
Frauenheilkunde	4 Jahre	5 Jahre	4 Jahre	4 Jahre
HNO-Heilkunde	3 Jahre	4 Jahre	4 Jahre	3 Jahre
Innere Medizin	5 Jahre	6 Jahre	5 Jahre	5 Jahre
Kinderheilkunde	4 Jahre	4 Jahre	4 Jahre	4 Jahre
Kinder- u. Jugendpsychiatrie	—	4 Jahre	—	—
Laboratoriumsmedizin	4 Jahre	5 Jahre	—	5 Jahre
Lungen- u. Bronchialheilkunde	4 Jahre	4 Jahre	4 Jahre	4 Jahre
Mund- u. Kieferchirurgie	3 Jahre	4 Jahre	—	—
Nervenheilkunde	—	—	—	—
Neurologie u. Psychiatrie	4 Jahre	5 Jahre	4 Jahre	4 Jahre
Neurologie	—	4 Jahre	—	—
Psychiatrie	—	4 Jahre	—	—
Neurochirurgie	5 Jahre	6 Jahre	6 Jahre	5 Jahre
Orthopädie	4 Jahre	5 Jahre	5 Jahre	5 Jahre
Pathol. Anatomie	—	5 Jahre	—	—
Pharmakologie	—	5 Jahre	—	—
Radiologie	4 Jahre	5 Jahre	5 Jahre	4 Jahre
Urologie	4 Jahre	5 Jahre	5 Jahre	5 Jahre

Sie alle wissen, daß die freie Niederlassung der Ärzte in den Ländern der EWG nach vorheriger Koordinierung der Ausbildungs- und Berufsausübungsbedingungen in der Zeit zwischen 1969 und 1972 verwirklicht werden muß. Im Zusammenhang mit dem Thema „Weiterbildung“ interessiert uns vordringlich, wie weit das einzelne Mitgliedsland noch freie Hand in der Gestaltung seiner ärztlichen Ausbildung zum Arzt und in der Weiterbildung der Ärzte hat, sowohl in der Anerkennung von Fachgebieten als auch in der Festsetzung von Weiterbildungszeiten. Um diese Fragen wurde jahrelang gerungen. Die Grundsätze sind nunmehr klar erkennbar. In dem Richtlinienvorschlag, welchen die Kommission in Brüssel nach langen Beratungen zuletzt vorgelegt hat, wird dazu ausgeführt:

„Bei der Verwirklichung der gegenseitigen Anerkennung der ärztlichen Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise, welche die Richtlinie des Rates vorschreibt, macht die Ähnlichkeit der Ausbildungswege in den sechs Mitgliedsstaaten es möglich, diese Koordinierung auf das Vorschreiben von Mindestnormen zu beschränken, darüber hinaus jedoch den Mitgliedsstaaten bei der Gestaltung der ärztlichen Ausbildung freie Hand zu lassen.“

Erläuternd sei bemerkt, daß sich der Begriff „Ausbildung“ im Sinne der EWG-Richtlinie auch auf den-

jenigen Bereich erstreckt, den wir als „Weiterbildung“ bezeichnen. Die Freizügigkeit für jedes einzelne Fachgebiet gilt immer nur für diejenigen Mitgliedsländer, welche dieses Fachgebiet im eigenen Land anerkannt haben. Am Anfang steht also eine Bestandsaufnahme. Es bleibt jedem Land freigestellt, den Katalog der anerkannten Fachgebiete nach eigenem Ermessen zu gestalten. Die Mindestnormen, welche die Richtlinie vorschreibt, betreffen in erster Linie die Weiterbildungszeiten der einzelnen Fachgebiete. Die gegenseitige Anerkennung der Diplome wird davon abhängig gemacht, daß das Herkunftsland diese Mindestnormen nicht unterschreitet. Klarer kann wohl nicht zum Ausdruck gebracht werden, daß niemand eine Nivellierung auf dem durch die Richtlinie gesetzten untersten Niveau erwartet.

Wir haben bei unserer Arbeit die EWG-Entwicklung stets beachtet, uns aber von Anfang an niemals starr an die als Kompromisse ausgehandelten Mindestzeiten gehalten, wenn es aus der Sache heraus notwendig erschien, längere Weiterbildungszeiten vorzusehen. Ich werde das bei der Besprechung der Weiterbildungsordnung noch näher darlegen und darf mich nun dieser Vorlage im einzelnen zuwenden.

Entwurf einer Weiterbildungsordnung

Nach mehrjähriger Arbeit in der Ständigen Fachärztkonferenz und ihrem Unterausschuß und zweimaliger Beratung auf dem 69. und 70. Deutschen Ärztetag legt der Vorstand der Bundesärztekammer den Entwurf einer Weiterbildungsordnung für die deutschen Ärzte vor. Um diesen Entwurf in seiner Zielsetzung verständlich zu machen, dient der Entwurf von Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung. Es obliegt mir, die Entwürfe sowohl als nötig zu erläutern und unsere Überlegungen darzustellen.

Wie ich einleitend schon ausführte, wurde eine umfassende Weiterbildungsordnung geschaffen. Sie enthält die Bestimmungen über die Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin und zum Facharzt für neunzehn Fachgebiete und einige Teilgebiete. Verständlicherweise wird man hier die Frage stellen, warum man überhaupt noch zwischen weitergebildeten Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten unterscheidet, wenn sie für ihre Weiterbildung den gleichen grundlegenden Bestimmungen unterliegen. Als Arzt würde ich sagen, daß die Unterscheidung überflüssig ist. Aus Rechtsgründen mußte sie in der vorliegenden Form beibehalten werden, weil es sich bei der einen Gruppe um weitergebildete Allgemeinärzte ohne Beschränkung auf ein bestimmtes Gebiet handelt, bei der anderen Gruppe um Fachärzte, denen die Verpflichtung auferlegt wird, grundsätzlich nur in dem Fachgebiet tätig zu sein, dessen Bezeichnung sie führen.

Noch eine weitere Anmerkung zum Arzt für Allgemeinmedizin erscheint notwendig. Der dafür vorgesehene Weiterbildungsgang ist selbstverständlich ebenso freiwillig wie der zum Facharzt für ein bestimmtes Fachgebiet. Es muß für den Arzt auch in der Zukunft die Möglichkeit bestehen bleiben, sich nach Erhalt der Approbation ohne spezielle Weiterbildung niederzulassen und allgemeinärztlich tätig zu sein. Dieses durch die Bundesärzteordnung verliehene Recht, auf dem gesamten Gebiet der Heilkunde, also umfassend ärztlich tätig zu werden, wird durch die geschützte Bezeichnung

„Arzt für Allgemeinmedizin“ und den neu einzuführenden Weiterbildungsgang nicht angetastet. Die Bezeichnung „Arzt für Allgemeinmedizin“ bringt zum Ausdruck, daß sich dieser Arzt aus freiem Entschluß für mehrere Jahre einer besonderen Weiterbildung und Vorbereitung für eine allgemeinärztliche Tätigkeit unterzogen hat.

Der Katalog der Fachgebiete hat sich gegenüber dem Vorjahr etwas erweitert. Hinzugekommen sind die Fachgebiete der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Pharmakologie. Beide waren allerdings schon länger im Gespräch. In der Bezeichnung der Fachgebiete wurde das Wort „Krankheiten“ eliminiert, um damit auch schon in der Nomenklatur zum Ausdruck zu bringen, daß sich das Wirken des Arztes nicht allein auf den kranken Menschen erstreckt.

Im übrigen ist für die Bezeichnung, die der Facharzt führen kann, die Wahlmöglichkeit entsprechend den Beschlüssen des 70. Deutschen Ärztetages vorgesehen. Wenn dabei die Kurzbezeichnungen an den Anfang gestellt wurden, so nicht aus Zufall, sondern deshalb, weil es unser Wunsch wäre, daß gerade sie in erster Linie von den Fachärzten geführt werden. Ich darf in Erinnerung rufen, daß ich in den Vorjahren die Anregung gegeben habe, generell auf die Führung der Bezeichnung „Facharzt“ zu verzichten. Es sollte damit einzig und allein erreicht werden, das Bild des Arztes gegenüber der Bevölkerung möglichst einheitlich erscheinen zu lassen. Wir wollen dieses Ziel erreichen, indem wir die fachärztlich tätigen Kollegen davon überzeugen, daß die Kurzbezeichnung in ihrer Aussagekraft und Einfachheit den Vorzug vor allen anderen Möglichkeiten verdient.

Teilgebiete

Die Einführung von Teilgebietsbezeichnungen innerhalb der Fachgebiete Chirurgie und Innere Medizin habe ich in den vergangenen Jahren eingehend begründet. Die Diskussion über ihre Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit wurde auch — wie könnte es bei neuen Planungen anders sein — im vergangenen Jahr fortgesetzt. Ich bin mir bewußt, daß es nicht gelungen ist, jeden Kollegen zu überzeugen. Ich darf aber immerhin feststellen, daß die positive Einstellung zu diesem Gedanken sehr an Boden gewonnen hat.

Die autorisierten Vertreter der Fachgebiete Innere Medizin und Chirurgie haben sich eindeutig dazu bekannt. Aber auch die Vertreter der übrigen operativen Fachgebiete haben sich in einer am 21. April in München stattgefundenen eingehenden Beratung mit der Einführung von Teilgebieten und entsprechenden Bezeichnungen in die Weiterbildungsordnung einverstanden erklärt und festgestellt, „daß die im Entwurf der Weiterbildungsordnung vorgesehene Einführung von Teilgebieten innerhalb der Fachgebiete Innere Medizin und Chirurgie nur ein erster Schritt sein kann. Wenn es die Entwicklung der Medizin erforderlich macht, können Teilgebiete auch in anderen Fachgebieten eingeführt werden. Diese Möglichkeit muß auch für die Behandlung von Kindern und Unfallverletzten durch andere operative Fächer offen sein.“ Soweit das wörtliche Zitat aus der gemeinsamen Erklärung der operativen Fächer.

Es wurde außerdem darauf hingewiesen, daß durch die Einführung von Teilgebietsbezeichnungen keine

Ausschließlichkeitsansprüche begründet werden, durch welche andere Fachgebiete behindert werden könnten. Diese Erklärung wurde von den Vertretern der Fachgebiete Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädie und Urologie beschlossen.

Die in der Erklärung zum Ausdruck gebrachte Meinung entspricht grundsätzlich auch unserer Überzeugung. Wenn wir für die Zukunft verhindern wollen, daß Innere Medizin und Chirurgie, aber zunehmend auch andere Fachgebiete, auseinanderfallen, dann müssen wir mit der Weiterbildung beginnen, indem wir sie immer auf das ganze Fachgebiet ausrichten. Dem Facharzt soll aber die Möglichkeit erschlossen werden, sich auf einem Teilgebiet seines Faches nicht nur zu betätigen, sondern das auch anzuzeigen. Eine solche Möglichkeit kann sich nicht auf die beiden Fachgebiete beschränken, für die sie jetzt vorgesehen ist. So liegt uns schon heute der dringende Wunsch vor, so bald wie möglich das Teilgebiet „Kinderkardiologie“ innerhalb der Pädiatrie einzuführen.

Zu den Teilgebietsbezeichnungen in der Inneren Medizin haben sich sowohl die Vertreter des Berufsverbandes der Gastroenterologen als auch Fachvertreter der Kardiologie, für welche ein Berufsverband nicht besteht, positiv ausgesprochen.

Mit dem Vorstand des Berufsverbandes der Lungenfachärzte konnte eine Übereinkunft nicht erzielt werden. Ich darf dazu in Erinnerung rufen, daß ursprünglich vorgeschlagen worden war, das Fachgebiet Lungenkrankheiten als selbständiges Fachgebiet aufzuheben und in ein Teilgebiet innerhalb der Inneren Medizin umzuwandeln. Nach einer Aussprache mit dem Berufsverband wurde vereinbart, das Fachgebiet bestehen zu lassen, daneben das Teilgebiet Lungen- und Bronchialheilkunde bei der Inneren Medizin einzuführen. Nunmehr wendet sich der Berufsverband auch gegen diesen Kompromiß und möchte, daß allein das selbständige Fachgebiet in der Weiterbildungsordnung enthalten sein soll.

Der Berufsverband der Lungenfachärzte spricht von der Gefahr eines fachärztlichen Zweiklassensystems, durch welches der Lungenfacharzt alter Ordnung in eine zweitrangige Position gedrängt würde. Andererseits wird aber der Ausbildungsweg über den Internisten in das Teilgebiet als unreal bezeichnet. Im übrigen seien drei Jahre Weiterbildung auf dem Gebiet der Pulmologie — wie es für den Lungenfacharzt alter Ordnung vorgesehen ist — das Minimum für einen qualifizierten Nachwuchs. Darin liegen erhebliche Widersprüche. Wenn der Berufsverband der Lungenfachärzte die Meinung vertritt, die Weiterbildung zum Lungenfacharzt alter Art sei besser, der Weg in das Teilgebiet über den Weiterbildungsgang des Internisten unreal, dann ist nicht verständlich, wieso man von der Gefahr eines fachärztlichen Zweiklassensystems und einer Zweitrangigkeit des Lungenfacharztes alter Art spricht.

Gegen den Wunsch des Verbandes, dem Nachwuchs allein das selbständige Fachgebiet der Lungenkrankheiten anzubieten, spricht auch die Tatsache, daß im Jahre 1967 in der Bundesrepublik insgesamt nur 24 Facharztanerkennungen für Lungenfachärzte ausgesprochen wurden. Vierzehn der anerkannten Fachärzte

— das sind 54 Prozent — waren bereits älter als 45 Jahre, können also im Grunde genommen als echter Nachwuchs nicht mehr gerechnet werden. Im Vergleich dazu waren von 323 neu anerkannten Fachärzten im Bereich der Bayerischen Landesärztekammer im gleichen Jahr — einschließlich der Lungenfachärzte — nur zwölf Prozent älter als 45 Jahre. Unter 35 Jahren war bei den Lungenfachärzten nur ein Kollege; bei den gesamten Fachgebieten waren es jedoch mehr als 50 Prozent.

Die Sorge, daß in der Zukunft für diesen Bereich der Medizin nicht mehr genügend Nachwuchs zur Verfügung steht, ist demnach voll berechtigt. Um so mehr erscheint es erforderlich, einen zweiten Weiterbildungsweg zu eröffnen, um dadurch die Nachwuchszahl zu vergrößern. Die Ständige Facharztkonferenz ist der Überzeugung, daß der schon vor längerer Zeit vereinbarte Kompromiß, das Fachgebiet bestehen zu lassen und daneben das Teilgebiet einzuführen, der beste Weg ist, um den Nachwuchs selbst darüber entscheiden zu lassen, welchen Weiterbildungsweg er wählen möchte.

Aus all den dargelegten Gründen möchte ich trotz der Gegenstimmen, die man noch hört, dringend empfehlen, dem in die Zukunft weisenden Gedanken der Einführung von Teilgebietsbezeichnungen zuzustimmen, um dadurch einerseits der Entwicklung der Medizin Rechnung zu tragen, andererseits aber eine übermäßige Zersplitterung, vor allem schon in der Weiterbildung, zu verhindern.

Einzelbestimmungen der Weiterbildungsordnung

Alle diese wesentlichen Fragen stecken im § 24 der Vorlage. Die folgenden Paragraphen bedürfen wohl keiner so detaillierten Besprechung. Sie enthalten die für das Verfahren notwendigen Vorschriften, wie Ermächtigung zur Weiterbildung (§ 26), Verfahren bei der Anerkennung (§ 27) oder Aberkennung (§ 28).

Die Pflichten der Fachärzte sind in § 30 geregelt. Nach eingehender Überlegung und Beratung sind wir zu dem Ergebnis gekommen, an der grundsätzlichen Verpflichtung zur Beschränkung auf das Fachgebiet, wie sie seit Jahrzehnten Geltung hat, festzuhalten. Diese grundsätzliche Verpflichtung zur Beschränkung auf das Fachgebiet ist ein so wesentliches Element unserer Ordnung und unseres Zusammenwirkens, daß es bedenklich wäre, daran etwas zu ändern. Es würde ja letzten Endes auch nur denen geholfen werden, die in ihrer fachärztlichen Tätigkeit nicht ausgefüllt sind. Das Wort „grundsätzlich“ bedeutet unzweifelhaft, daß Ausnahmen zulässig sind. Es verbietet lediglich eine systematische Tätigkeit außerhalb des Fachgebietes. Eine solche kann aber nicht im Sinne einer qualifizierten fachärztlichen Tätigkeit liegen. Gerade vor wenigen Wochen („Deutsches Ärzteblatt“, Heft 15 vom 13. April 1968, Seite 867 bis 869) hat sich der hervorragende Kenner des ärztlichen Berufsrechtes, Ministerialrat Walther WEISSAUER, aus juristischer Sicht zum Thema Fachgebietsbeschränkung und Fachgebietsgrenzen geäußert. Er weist auf eine Entscheidung des Bayerischen Verfassungsgerichtshofes zur gleichen Frage hin und führt u. a. folgendes aus:

„Die Beschränkung des Facharztes auf sein Fachgebiet verfolgt — wie bereits erwähnt — den Zweck, die

berufliche Leistungsfähigkeit des Facharztes durch seine fortdauernde Spezialisierung sicherzustellen. Weiter ist diese Beschränkung aber auch die unentbehrliche Basis für die kollegiale Zusammenarbeit zwischen Allgemeinärzten und Fachärzten sowie der Fachärzte untereinander. Es wäre einem Allgemeinarzt kaum zuzumuten, seinen Patienten einem Facharzt zu überweisen, wenn er damit rechnen müßte, daß dieser nun auch die Behandlung außerhalb seines Fachgebietes übernimmt. Andererseits bejaht aber die Rechtsprechung die Pflicht des Arztes zur Überweisung des Patienten an den Facharzt, wenn er erkennen muß, daß seine Kenntnisse und Erfahrungen für die spezielle Behandlung nicht ausreichen. Für die Zusammenarbeit der Fachärzte verschiedener Fachgebiete gelten die gleichen Erwägungen. Die Fachgebietsbeschränkung schützt auch den Facharzt gegen das Eindringen der Vertreter anderer Fachgebiete, denen er einen Patienten überweist, in sein eigenes Fachgebiet. Sie ist eine der wesentlichen Grundlagen der Arbeitsteilung und der Zusammenarbeit in der Medizin.“

Diesen Ausführungen ist nichts hinzuzufügen. Es kann deshalb dem Deutschen Ärztetag nur dringend empfohlen werden, an dieser grundsätzlichen Beschränkung auf das Fachgebiet festzuhalten. Davon werden selbstverständlich nicht berührt die vielfältigen Überschneidungen und Überlagerungen verschiedener Fachgebiete und die Tatsache, daß es Leistungen gibt, die fast in jedem Fachgebiet vorkommen und demnach ausgeführt werden dürfen. Ich werde darauf bei der Besprechung der Definitionen noch einmal zurückkommen.

Für den Facharzt, welcher zusätzlich eine Teilgebietsbezeichnung führt, sieht unser Entwurf vor, daß er „im wesentlichen nur auf diesem Teilgebiet“ tätig sein darf. Es wird hier also bewußt abgestuft. Für diesen Facharzt mit zusätzlicher Teilgebietsbezeichnung gilt selbstverständlich als übergeordnetes Prinzip die Vorschrift der grundsätzlichen Beschränkung auf das Fachgebiet. Damit ist verdeutlicht, daß ein Teilgebiet keinesfalls über die Grenze des Fachgebietes, dem es angehört, hinausreichen kann. Wir erwarten von diesen Ärzten, daß sie in ihrer Tätigkeit einen eindeutig erkennbaren Schwerpunkt in ihrem Teilgebiet bilden, verbieten ihnen aber nicht, in einem angemessenen Umfang auch in den übrigen Bereichen ihres Faches tätig zu werden. Der Sinn dieser Vorschrift ist, daß solche Ärzte besondere Erfahrungen in ihrem Teilgebiet erwerben, jedoch den Blick für das Gesamtfach nicht verlieren. Ein völliger Wegfall jeder Beschränkung wäre der Sache sicher nicht dienlich, denn einerseits entfällt dadurch der Anreiz zur Intensivierung und systematischen Sammlung von Erfahrungen, und andererseits würde dann eine Teilgebietsbezeichnung nur noch einen werberischen Charakter haben.

Unser Entwurf enthält in § 31 sehr umfangreiche Übergangsvorschriften. Das ist angesichts der zahlreichen Neuerungen nicht verwunderlich, denn wir müssen ja für jede Neueinführung eine Übergangsvorschrift bringen, um den Übergang zu gewährleisten. Nachdem Übergangsvorschriften stets die Aufgabe haben, die Vergangenheit zu bereinigen und in die Zukunft zu führen, muß man sie im vertretbaren Rahmen großzügig gestalten und darf sich nicht von kleinlichen Bedenken leiten lassen.

Definitionen

Ich darf nun überleiten zur „Anlage zur Berufsordnung“. Sie enthält für jedes Fachgebiet als Neueinführung eine Definition und die Weiterbildungszeit. Die Definition soll eine Aussage über Inhalt und Grenzen eines Fachgebietes sein, die zusammen das Bild des Faches bestimmen. Die Frage, was zu einem Fachgebiet gehört oder was ihm fremd ist, wurde bisher im allgemeinen immer nur an konkreten Einzelfällen entschieden und eine Art Gewohnheitsrecht entwickelt. Es zeigte sich bei unseren Beratungen, daß der Zeitpunkt gekommen ist, darüber nun generelle Aussagen zu machen und auf diese Weise Grundlagen zu schaffen, die für jeden Arzt und für die ärztliche Berufsvertretung ein sicherer Rechtsboden sein sollen. Bei der Erarbeitung der verschiedenen Definitionen sind wir von der traditionellen Entwicklung unseres Facharztwesens ausgegangen und haben uns bemüht, den modernen Anforderungen der Medizin Rechnung zu tragen.

Kennzeichnend für die gesamte Entwicklung ist es, daß bei Entstehung neuer Fachgebiete, von denen sich ja die meisten aus der Inneren Medizin und der Chirurgie entwickelt haben, zwar stets eine Grenze gesetzt und beachtet wurde für das neu entstandene Fachgebiet, dem Mutterfach aber keineswegs versagt wurde, weiterhin auf dem selbständig gewordenen Gebiet tätig zu sein. Es wurde also der Entwicklung überlassen, ob oder in welchem Umfang die auf dem Gebiete des Mutterfaches tätigen Ärzte sich im Laufe der Jahre aus dem Bereich des selbständig gewordenen Faches zurückzogen.

So betreiben nahezu alle Fächer Laboratoriumsdiagnostik und Röntgendiagnostik, obwohl es Fachgebiete gibt, die sich ausschließlich damit beschäftigen. Mutter- und Tochterfächer konkurrieren also grundsätzlich miteinander, und das Entstehen etwaiger Abgrenzungen beim Mutterfach bleibt der Entwicklung überlassen. Dieser Grundsatz hat sich bewährt, denn er war sicherlich die Voraussetzung dafür, daß überhaupt neue Fachgebiete unbehindert entstehen konnten.

Daß die Verselbständigung von Bereichen der Medizin innerhalb eines Faches dort eine Grenze haben muß, wo der Zusammenhang des Faches ernsthaft gefährdet wird, wurde schon bei der Begründung für die Einführung von Teilgebieten ausgeführt.

Die vorliegenden Definitionen der Chirurgie und Inneren Medizin tragen der geschilderten Entwicklung Rechnung und werden aus dieser heraus erst verständlich. Im übrigen bedarf wohl nicht jede der im Entwurf aufgenommenen Definitionen einer gesonderten Besprechung. Sie sind das Ergebnis eingehender Beratungen der wissenschaftlichen Gesellschaften, der Berufsverbände und der Ständigen Facharztkonferenz. An einigen Beispielen darf ich aber zeigen, was gemeint ist und bezweckt werden soll.

Die Besonderheit der Definitionen der Chirurgie und Inneren Medizin habe ich schon angesprochen. Es ist sicher aufgefallen, daß die Definitionen der Fachgebiete Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Mund- und Kieferchirurgie sehr umfangreich sind. Das möchte ich begründen. Zwischen den beiden Fachgebieten bestanden seit langem — worauf ich schon im vergangenen Jahr hinwies — Meinungsverschiedenheiten über die gegenseitige Abgrenzung oder Überschneidung. Es konnte

zunehmend eine völlige Übereinkunft erzielt werden, durch weiche klare Verhältnisse und eine solide Basis für die notwendige Zusammenarbeit geschaffen worden sind. Es bot sich geradezu an, das Ergebnis der gemeinsamen Beratungen als Definitionen der beiden Fachgebiete zu verwenden.

Als weiteres Beispiel darf ich die Definition der Laboratoriumsmedizin herausgreifen. Dieses Fach steht nicht nur in natürlicher Konkurrenz mit nahezu allen Fachgebieten — worauf ich schon vorher hingewiesen habe. Die Laboratoriumsmedizin ist auch ein Feld, auf dem der Arzt dem Chemiker und dem nichtärztlichen Mikrobiologen begegnet. Mit Aufmerksamkeit muß auch verfolgt werden, daß sogar Tendenzen bestehen, dem medizinisch-technischen Personal im Rahmen der Änderung des MTA-Gesetzes erhebliche Zuständigkeiten für selbständiges Arbeiten einzuräumen. Die sich daraus ergebende besondere Situation des Laborarztes hat uns eingehend beschäftigt.

Die vorliegende Definition geht vom Material, das im Laboratorium untersucht werden soll, und von den Methoden aus, die dafür Anwendung finden. Das Material ist umschrieben mit den Begriffen „Körpersäfte und ihre morphologischen Bestandteile sowie abgechiedenes und ausgeschiedenes Untersuchungsmaterial“. Damit erfassen wir sowohl das Blut mit seinen morphologischen Bestandteilen, vom blutbildenden Gewebe angefangen bis zur entnommenen Blutprobe, den Bereich der inneren Sekretion und die Krankheitserreger ebenso wie den chemisch zu untersuchenden Nierenstein oder das zytologische Präparat. Die Untersuchungsmethoden, welche angewandt werden, umfassen alle Möglichkeiten der modernen Medizin, einschließlich der Nuklearmedizin, wenn sie der Untersuchung des beschriebenen Materials dienlich gemacht werden können. Dabei bleibt es der Methodik überlassen, ob z. B. die Untersuchung von Körpersäften außerhalb oder innerhalb des Organismus erfolgt.

Wir wollen also, daß der Laborarzt in seinem Bereich umfassend arbeiten kann. Wenn wir uns gerade um diese Definition zusammen mit den Vertretern der Laborärzte besonders lange bemühten, so deshalb, weil wir zum Ausdruck bringen wollten, daß wir auch dieses Gebiet der Medizin als ein typisch ärztliches Arbeitsgebiet ansehen. Wir bestreiten dabei keineswegs, daß die Untersuchungen, um die es hier geht, zum Teil auch von einem Nichtarzt — also einem Chemiker oder Mikrobiologen — gemacht werden können. Das für uns Entscheidende liegt aber darin, daß nur der Arzt den Befund medizinisch beurteilen kann. Es schien uns deshalb auch nicht sinnvoll, der Konkurrenz des Nichtarztes auf diesem Gebiet dadurch zu begegnen, daß man die Definition und damit den Bereich dieses Fachgebietes über den geschilderten Rahmen hinaus ausdehnt.

Meinungsverschiedenheiten über die Definition und damit die Abgrenzung des Fachgebietes bestehen im Augenblick noch mit dem Berufsverband der Lungenfachärzte. Die Ständige Facharztkonferenz ist der Auffassung, daß das Fachgebiet der Lungenheilkunde die internistische Behandlung der Erkrankungen der Lunge und der Bronchien umfaßt. Der genannte Verband möchte nur von der Behandlung schlechthin gesprochen wissen, also offenkundig — was auch aus anderen Äußerungen hervorgeht — auch die chirurgische Be-

handlung einbeziehen. Das erscheint uns nicht vertretbar. Wenn man eine Planung für die Zukunft macht, muß man davon ausgehen, daß ein lungenkranker Patient entweder von einem internistisch ausgebildeten Arzt behandelt wird oder — wenn eine operative Behandlung erforderlich ist — von einem voll ausgebildeten Chirurgen. Es ist völlig undenkbar, für die Zukunft beides in einer Hand zu vereinen.

Weiterbildungszeiten

Neben den Definitionen enthält die Anlage zur Berufsordnung auch die Weiterbildungszeiten. Hier haben sich aus der Sache heraus im letzten Jahr keine neuen Gesichtspunkte ergeben. Die Zeiten entsprechen den Beratungsergebnissen mit den wissenschaftlichen Gesellschaften und Berufsverbänden und sind schon bisher bekannt gewesen. Sie sind auch abgestimmt mit den Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung, die noch zu besprechen sein werden. Der Entwurf sieht für zehn Weiterbildungsgänge eine Zeit von vier Jahren, für acht eine solche von fünf Jahren und für drei sechs Jahre vor. Diese im allgemeinen um ein Jahr verlängerten Weiterbildungszeiten müssen natürlich im Zusammenhang mit der auf sechs Jahre verkürzten Ausbildungszeit entsprechend der zukünftigen Bestallungsordnung gesehen werden. Ärzte, welche die Bestallung nach derzeit geltendem Recht erhalten haben — also nach der Bestallungsordnung von 1953 —, sollen im Hinblick auf die zweijährige Medizinalassistentenzeit von den Verlängerungen der Weiterbildungszeiten nicht betroffen sein.

Seit dem Bekanntwerden des letzten Entwurfes einer Richtlinie der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft über die Koordinierung der Voraussetzungen für die ärztliche Niederlassungsfreiheit wird nun plötzlich an diesen Weiterbildungszeiten erhebliche Kritik geübt und gefordert, daß keine Weiterbildungszeit länger sein darf als die Mindestnormen der EWG-Richtlinie.

Ich habe schon einleitend darauf hingewiesen, daß wir die EWG-Entwicklung in den vergangenen Jahren stets beachtet, uns aber nie starr an die zunächst im Ständigen Ausschuß der Ärzte der EWG vereinbarten Mindestzeiten geklammert haben. Wo es aus der Sache heraus notwendig erschien, wurden längere Weiterbildungszeiten vorgesehen. Dies trifft zu für die Fächer Anästhesie, Dermatologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Innere Medizin und Neurologie-Psychiatrie. In fünf weiteren Fächern sieht unser Entwurf eine Weiterbildungszeit vor, die mit den Beschlüssen des Ständigen Ausschusses der Ärzte der EWG übereinstimmt. In diesen Fächern haben nun die Regierungsdelegationen zusammen mit der Kommission auf Drängen der italienischen und vor allem der französischen Vertreter die vorgeschlagenen Zeiten von sich aus — also entgegen den Vorschlägen der Ärzte — um ein Jahr verkürzt. Es handelt sich um die Augenheilkunde, Chirurgie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Neurochirurgie und Radiologie. In zwei weiteren Fächern, nämlich der Orthopädie und der Urologie, ist es merkwürdigerweise bei dem Vorschlag der Ärzte mit der auf fünf Jahre verlängerten Weiterbildungszeit geblieben. Würden wir nun die Mindestnormen der EWG-Richtlinie übernehmen, so müßten wir die Weiterbildungszeiten in Anästhesie um ein Jahr verkürzen, in Orthopädie, Urologie und Laboratoriumsmedizin um ein Jahr verlängern, die übrigen Zeiten aber unverändert lassen,

also z. B. für Augenheilkunde oder Hals-Nasen-Ohrenheilkunde bei drei Jahren. Es entstünde auf diese Weise ein Zeitgefüge, das aus der Sache heraus nicht mehr verständlich ist. Und das alles, obwohl wir wissen, daß die in der EWG-Richtlinie vorgesehenen Zeiten ausdrücklich Mindestnormen und darüber hinaus politische Kompromisse sind, die es Ländern mit bisher extrem kurzen Zeiten ermöglichen sollen, sich schrittweise anzupassen.

Die in unserem Entwurf vorgesehenen Zeiten entsprechen denjenigen der niederländischen Facharztbestimmungen. Die holländischen Kollegen denken nicht im entferntesten daran, ihre Zeiten im Hinblick auf die EWG-Richtlinie zu verkürzen. Sie stehen auf dem Standpunkt, daß ihre Zeiten aus der Sache heraus notwendig sind und daß sie im übrigen eine holländische Facharzturkunde vergeben und nicht eine französische oder italienische. Sie überlassen es aber den anderen neidlos, ihre Urkunden — zumindest vorübergehend — billiger abzugeben. Die gleichen Gesichtspunkte sollten auch uns leiten. Vielleicht darf ich — ohne auf nähere Einzelheiten einzugehen — doch auch daran erinnern, daß unsere Übereinstimmung mit der holländischen Ärzteschaft keine zufällige ist. In unseren beiden Ländern wird der junge Arzt während seiner Weiterbildung als vollwertiger, verantwortlicher ärztlicher Mitarbeiter betrachtet und dementsprechend auch bezahlt.

Bei dieser Sachlage empfiehlt der Vorstand der Bundesärztekammer dem Deutschen Ärztetag, die im Entwurf vorgesehenen Weiterbildungszeiten zu beschließen. Sie sind — das darf ich noch einmal unterstreichen — aus der Sache heraus gerechtfertigt, untereinander vernünftig abgestimmt und darüber hinaus vom Willen und der Zustimmung aller wissenschaftlichen Fachgesellschaften und fachärztlichen Berufsverbände getragen. Wir sollten bedenken, daß es schlecht zusammenpaßt, wenn man auf der einen Seite kritiklos die Kompromißbeschlüsse der Regierungsdelegationen, welche noch dazu ausdrücklich als Mindestnormen gekennzeichnet sind, übernimmt und zur Norm machte, gleichzeitig aber das Recht beansprucht, die Grundsätze für die Weiterbildung in Selbstverwaltung zu gestalten, was gleichbedeutend ist mit Selbstverantwortung, mit Entscheidung von der Sache her, ohne Rücksicht auf politische Zugeständnisse, die anderen gegenüber gemacht wurden.

Es dürfte nicht nötig sein, die Weiterbildungszeiten für jedes einzelne Fach noch getrennt anzusprechen. Wer die Definitionen liest und einen Blick in den Entwurf der Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung wirft, wird überzeugt sein, daß sie angemessen sind.

Ich darf zum rein Formellen noch unterstreichen, daß die Anlage zur Berufsordnung ein Teil der Berufsordnung ist, also verbindliches Recht. Die Zusammenfassung der Definitionen und der Weiterbildungszeiten erscheint lediglich der besseren Übersicht wegen nicht unter einem Paragraphen, sondern als Anlage zur Berufsordnung.

Ich darf meine Ausführungen zum Entwurf einer Weiterbildungsordnung einschließlich der Anlage abschließen. Namens des Vorstandes der Bundesärztekammer stelle ich folgenden Antrag:

Der 71. Deutsche Ärztetag möge beschließen:

„Der 71. Deutsche Ärztetag billigt den als Ärztetagsumdruck Nr. 1 vorliegenden Entwurf einer Weiterbil-

dungsordnung. Er beauftragte den Vorstand der Bundesärztekammer, den Entwurf einer abschließenden Überarbeitung zu unterziehen und noch in diesem Jahr den Landesärztekammern zur Beschlußfassung für deren Wirkungsbereich zu übermitteln.“

Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung

Ich darf mich nun dem „Entwurf von Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung“ zuwenden. In diesen Richtlinien wollten wir eine sehr eingehende Darstellung dessen geben, was der junge Arzt erlernen, sein Lehrer ihm vermitteln muß. Diese Richtlinien umschreiben damit zugleich das erwartete Wissen und Können des weitergebildeten Arztes. Mit der Ausarbeitung der einzelnen Kataloge haben sich alle Beteiligten — die wissenschaftlichen Fachgesellschaften, die Berufsverbände und die Ständige Facharztkonferenz bzw. ihr Unterausschuß — sehr viele Mühe gemacht. Neben ihrer Funktion als Leitfaden für die Weiterbildung und als Hilfe bei der Beurteilung von Anträgen auf Facharztanerkennung können diese Richtlinien zugleich eine Dokumentation über den Inhalt unserer Weiterbildung nach außen sein.

Für die vorgelegte Weiterbildungsordnung sind sie eine notwendige Verdeutlichung — vor allem hinsichtlich der Zeiten — und erst mit ihnen zusammen ist die Weiterbildungsordnung ein abgerundetes Ganzes. Bei der Ausarbeitung waren wir eigentlich der Meinung, sie sollten Teil der Berufsordnung werden. Der Vorstand der Bundesärztekammer kam nach eingehender Beratung aber zu der Auffassung, daß die Einführung und Handhabung solcher Richtlinien erleichtert wird, wenn man sie nicht zum Bestandteil der Berufsordnung macht, sondern ihnen den Charakter einer Verwaltungsrichtlinie gibt, welche dann von den Kammern im Rahmen ihres pflichtgemäßen Ermessens bei der Beurteilung von Anträgen auf Facharztanerkennung herangezogen werden kann. Es bleibt zu hoffen, daß sie auch in dieser Form für den jungen Arzt und seinen Lehrer Anhaltspunkte und Leitlinie für die Weiterbildung werden. Sie würden ihren Zweck dann erfüllen, wenn diese Richtlinien in allen Kammern Anerkennung finden und damit auch gleichzeitig die Gewähr dafür gegeben ist, daß die Weiterbildung der Fachärzte in allen Bundesländern in gleicher Weise erfolgt.

Es hätte wenig Sinn, hier auf Einzelheiten einzugehen. Die einzelnen Darstellungen des Inhaltes der Weiterbildung entsprechen den Auffassungen und dem fachlichen Überblick der wissenschaftlichen Gesellschaften, der Berufsverbände und der Ständigen Facharztkonferenz. Ich bin trotzdem sicher, daß es in jedem Kammerbereich mindestens einen Facharzt geben wird, der an mindestens einem Punkt eines Kataloges Kritik zu üben weiß. Das wird aber auch bei der weiteren Bearbeitung dieser Richtlinien nicht zu vermeiden sein. Die Facharztkonferenz konnte sicherlich nichts Besseres tun, als sich hier an die kompetenten und gewählten Vertreter der verschiedenen Fachgebiete zu halten und deren Vorschläge zur Grundlage ihrer Arbeit zu machen, um so mehr, als uns bekannt ist, wie intensiv die Vorarbeiten in den genannten Organisationen waren. Dabei darf ich versichern, daß über viele Fragen, die uns von besonders wesentlicher Bedeutung schienen, sehr eingehende Gespräche mit den Fachvertretern geführt wurden. Es ist schon in der Vorlage zum Ausdruck gebracht,

daß sie noch nicht völlig fertiggestellt sind. So wurde z. B. für das Fachgebiet Dermatologie eine knappere Fassung vorgeschlagen, den Entwurf für Laboratoriumsmedizin haben wir gerade erhalten, konnten ihn aber nicht mehr beraten. Bei den übrigen Katalogen können sich noch Änderungen durch Vorschläge der Ärztekammern ergeben, denen die Entwürfe als nächster Schritt vor der Fertigstellung mit der Bitte um Stellungnahme vorgelegt werden.

Nachdem die Richtlinien — wie schon gesagt — nicht Teil der Weiterbildungsordnung werden sollen, dürfte eine Verabschiedung durch den Ärztetag nicht erforderlich sein. Der Vorstand bittet aber, ihn mit der Fertigstellung dieser Richtlinien zu beauftragen. Sie sollen dann den Kammern zusammen mit der fertiggestellten Weiterbildungsordnung noch in diesem Jahr zur Verfügung gestellt werden, damit sie mit Inkraftsetzung der neuen Weiterbildungsordnung als Verwaltungsrichtlinie eingeführt und angewendet werden können. Die Richtlinien sind soweit wie möglich nach dem gleichen System aufgebaut und in der Nomenklatur vereinheitlicht. Im allgemeinen gliedern sie sich in einen Abschnitt unter der Überschrift „Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen“ und in einen zweiten „Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen“. Damit soll zum Ausdruck gebracht werden, daß der Arzt das im ersten Abschnitt Gesagte wissen und können — also beherrschen — muß, während er von dem, was im zweiten Abschnitt steht, angemessene Kenntnisse besitzen muß — also eine deutliche Abstufung.

Bei den operativen Fächern wurde Wert gelegt auf Operationsverzeichnisse; der Antragsteller muß die darin genannten operativen Eingriffe selbständig durchgeführt haben. Die dabei eingesetzten Zahlen sind keine Phantasieprodukte, sie entsprechen vielmehr dem, was auch heute schon als angemessen anerkannt wird.

Hervorheben möchte ich, daß für jedes Fach auch die Ausbildung in der fachgebundenen Röntgendiagnostik in diesen Richtlinien enthalten ist. Es muß aber noch einmal geprüft werden, wieweit nun nach Trennung der Richtlinien von der eigentlichen Weiterbildungsordnung doch wieder eine generelle Vorschrift auch im Hinblick auf den Strahlenschutz in die Weiterbildungsordnung aufgenommen werden muß. Das ist — abgesehen von den rein redaktionellen Erfordernissen — ein Grund, warum der Vorstand bittet, ihn mit der abschließenden Überarbeitung der Weiterbildungsordnung nach ihrer Billigung durch den Deutschen Ärztetag zu beauftragen. Dagegen dürften — nachdem nichts Neues mehr geschaffen wird — wohl keine Bedenken bestehen.

In der letzten Zeit ist Streit darüber entstanden, wo das neue Gebiet der nuklearmedizinischen Diagnostik eingeordnet werden soll und in welcher Weise dies zu geschehen hätte. Ich möchte hier nicht auf die Diskussionen im einzelnen eingehen, sondern berichten, daß wir bei der Erarbeitung unserer Richtlinien entsprechend der Meinungsbildung im Vorstand davon ausgegangen sind, daß die nuklearmedizinische Diagnostik nicht als Bestandteil eines einzelnen Fachgebietes angesehen werden kann und darf. Sie muß überall dort Anwendung finden, wo es sich aus der Natur der Sache heraus als wünschenswert erweist. Das hat die Konsequenz, daß wir auch bei keinem Fachgebiet eine Pflichtweiterbildungszeit in nuklearmedizinischer Dia-

gnostik vorsehen, sondern lediglich in den Richtlinien Kenntnisse in diesem Gebiet verlangen. Wir würden es begrüßen, wenn auch die Vertreter des Fachgebietes Radiologie für diese Einstellung Verständnis zeigten.

Wenn ich den Versuch machen wollte, den Umfang der in diesen Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung steckenden Arbeit in der Länge meiner Ausführungen zum Ausdruck zu bringen, so müßte ich diesen ganzen Tag dazu verwenden. Ich möchte davor verschonen, womit ich gleichzeitig zum Ausdruck bringe, daß diese Richtlinien nach der Überzeugung ihrer Verfasser sich selbst genügend erläutern.

Namens des Vorstandes der Bundesärztekammer stelle ich folgenden Antrag:

Der 71. Deutsche Ärztetag möge beschließen:

„Der 71. Deutsche Ärztetag nimmt Kenntnis von dem zusammen mit dem Entwurf einer Weiterbildungsordnung vom Vorstand der Bundesärztekammer vorgelegten, von der Ständigen Konferenz der Facharztausschüßvorsitzenden in Zusammenarbeit mit den ärztlichen Berufsverbänden und den wissenschaftlichen Fachgesellschaften erstellten Entwurf von Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung in den einzelnen Fachgebieten der Medizin. Er beauftragte den Vorstand der Bundesärztekammer, nach Beratung dieser Richtlinien in den Landesärztekammern solche Richtlinien zu erstellen und den Ärztekammern zuzuleiten.“

Damit darf ich meinen dritten Sachbericht über die Arbeit an einer neuen Weiterbildungsordnung, ihre Grundgedanken und Leitlinien sowie ihre Formulierung beenden. Ich hatte leider in den vergangenen Jahren nicht genügend Zeit, um auch Statistik darüber zu

führen, wie viele Stunden, Tage und Wochenenden von allen Beteiligten auf die Erarbeitung dieser beiden Vorlagen verwendet wurden. Es war mit Sicherheit mehr als man normalerweise verlangen könnte. Deshalb ist es mir ein besonderes Anliegen, Dank zu sagen. Dieser Dank gilt den Vertretern der wissenschaftlichen Gesellschaften und fachärztlichen Berufsverbände, welche in den vergangenen Jahren mit soviel Sachkenntnis und Geduld an den Entwürfen gearbeitet haben und die unseren Anregungen und unserer Kritik so aufgeschlossen gegenüberstanden. Ich danke den Mitgliedern der Ständigen Facharztkonferenz, die in zahlreichen Sitzungen die Entwürfe berieten und durch ihre intensive Teilnahme an der Arbeit zu deren Gelingen beigetragen haben. Sie haben aber sicher Verständnis, wenn ich ein besonders herzliches Wort des Dankes an diejenigen Kollegen richte, welche im Unterausschuß der Facharztkonferenz mit mir zusammen gar manches Wochenende bis in die späte Nacht hinein überlegt und beraten haben. Die Zusammenarbeit mit diesen Kollegen — es sind die Herren BRAUER, Professor KANZOW, RHEINDORF und RÖKEN — gehört für mich zu den positivsten Eindrücken meiner Arbeit in der ärztlichen Berufsvertretung.

Wir haben uns bemüht, eine Weiterbildungsordnung zu schaffen, die ihr Fundament hat in der Einheit des ärztlichen Berufes. Wir haben dabei die Belange aller Arztgruppen eingehend gewürdigt und ihnen Rechnung getragen, soweit das Gesamtinteresse es zuließ. Der Leitgedanke unserer Arbeit war allein die Heranbildung eines hochqualifizierten Nachwuchses zum Wohl unserer kranken Mitmenschen, denen zu helfen seit Jahrtausenden die unveränderliche Aufgabe des Arztes ist.

Zur Diskussion um das günstigste Impfalter

Stellungnahme zu Artikeln in der Tagespresse: „Die Welt“ vom 8. und 14. Mai 1968; „Nordbayerischer Kurier“ vom 11. Mai 1968 u. a.

Von H. Stiekl, München

Vor kurzem erschienen in der Presse mehrere Berichte und Stellungnahmen, in denen die Frage des günstigsten Alters unserer Kinder für die Pocken-erstimpfung diskutiert wurde. Für die vertretenen extremen Ansichten zu diesem Problem wurden kompetente Autoritäten zitiert. Hierdurch wurden nicht nur die Eltern zur Impfung aufgerufener Kinder, sondern auch die Ärzte verwirrt. Zahlreiche Anfragen richteten sich daher an die Bayerische Landesimpfanstalt. Aus diesem Grunde soll im folgenden kurz das Für und Wider der Ansichten dargelegt werden, damit der impfende Haus- oder Kinderarzt Nutzen (Indikation), Risiko und Aufwand der Impfung in ein vernünftiges Verhältnis zueinander setzen kann.

Grundsätzlich gibt es für ein gesundes Kind kein „günstigstes Impfalter“: schon das Neugeborene könnte gegen Pocken geimpft werden, wenn es die Umstände erfordern.

Zum Glück zwingt uns die epidemiologische Lage der Pocken in Deutschland nicht, Frühimpfungen durchzuführen. Dies ist z. B. in Pockenendemiegebieten wie Indien heute noch der Fall. Als das Impfgesetz 1874 in Kraft trat, standen Eltern und Ärzte noch

unter dem Eindruck der letzten großen Pockenepidemie in Deutschland: über 400 000 Menschen erkrankten damals, und ea. 80 000 starben an Pocken! Die Pocken waren damals noch eine nahe Gefahr. Das Impfgesetz bestimmt, daß alle Kinder vor dem Ablauf des auf ihr Geburtsjahr folgenden Kalenderjahres zu impfen sind. Die gesetzlichen Erstimpfungen begannen damals im Mai, heute dagegen beginnen sie Ende Januar / Anfang Februar. Somit könnte heute ein im Dezember geborenes Kind schon im Februar zur Impfung anstehen — praktisch werden solche Extreme jedoch vermieden.

Im Impfgesetz, wie vor allem in den später erlassenen Durchführungsbestimmungen, wird ausdrücklich festgelegt, daß es Sache des impfenden Arztes und seines ärztlichen Urteils ist, über die Impffähigkeit eines Kindes, und damit letztlich für jedes einzelne Kind über den jeweils günstigsten Zeitpunkt der vorzunehmenden Impfung, zu entscheiden. Die Pockenimpfung ist bei allem staatlichen Interesse an ihr und bei aller staatlicher Hilfe ausschließlich eine ärztliche Handlung. Der Hausarzt kann damit innerhalb des Rahmens des Impfgesetzes auf jedes Kind eingehen und ein individuelles

Beratungen über Krebsvorsorge zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und der AOK Lindau

Die Allgemeine Ortskrankenkasse Lindau und die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns haben unter Mitwirkung der Bayerischen Landesärztekammer und des Landesverbandes der Ortskrankenkassen in Bayern Beratungen über die gemeinsame Durchführung regelmäßiger Vorsorgeuntersuchungen gegen Gebärmutter- und Brustkrebs aufgenommen.

Im Hinblick darauf wurde die beim Sozialgericht München anhängige Klage zurückgenommen.

Impfprogramm auf seine individuelle gesundheitliche Situation abstimmen. Da immer mehr Kinder vom Haus- und Familienarzt geimpft werden, bietet sich von ganz allein die Möglichkeit an, die Pockenimpfung außerhalb derjenigen Altersphase zu legen, in der wir die Kinder sonst sorgfältig vor Erkrankungen und Infektionen zu schützen trachten (1. und 2. Trimenon, eventuell noch 3. Trimenon).

Zwei extreme Ansichten, für die jeweils Gründe angeführt wurden, stehen sich heute in Deutschland gegenüber: Die Frühimpfung im 4.—6. Lebensmonat und die Spätimpfung vor Schuleintritt, also im 5.—6. Lebensjahr. Die Spätimpfung nach dem dritten Lebensjahr sollte derzeit noch (altersbedingte Zunahme der postvakzinalen Enzephalitis!) nach prophylaktischer Vorimpfung mit Vaccinia-Antigen (kombinierte Pockenschutzimpfung nach HERRLICH) durchgeführt werden. Hierdurch würde aber die Durchimpfung größerer Kollektive — letztlich des ganzen Volkes! — erheblich erschwert werden. Eine generelle Pockenerstimpfung mit prophylaktischer Vorimpfung (dreimaligem Erscheinen von Kindern und Eltern beim Impfarzt, strikte Verhaltensmaßregeln mit Betruhe der Kinder, geringere Angehrte der Impfung nach Vorimpfung, Impfxantheme bei 3% der Impflinge, u. a.) ist augenblicklich nicht praktikabel. Zugunsten der Frühimpfung zwischen dem 4.—6. Lebensmonat wird angeführt, daß Fieberkrämpfe vor dem 6. Lebensmonat fast nicht vorkämen, und daß die Impfreaktionen blander verlaufen würden. Bei Verwendung moderner, gereinigter und wenig reaktogener Impfstoffe sind Fieberkrämpfe auch nach dem 6. Lebensmonat selten. Ebenso verlaufen die Impfreaktionen bei Verwendung dieser Impfstoffe auch bei älteren Kindern „blande“. Daß schließlich das Argument der Epidemiologie für Deutschland keine Rolle mehr spielt, wurde bereits erwähnt. Es kommt hinzu, daß innerhalb der ersten zwölf Lebensmonate die Letalität von Impfkomplicationen viel höher ist als danach. Vor allem BERGER, Wien, wies seit einigen Jahren auf diese Tatsache hin. Sie trifft auch für Bayern zu (vgl. Dtsch. Med. Wschr. 93. 511 [1968]). Weitere eindrucksvolle Daten hinsichtlich des Vorkommens von Krampfleiden mit zerebralen Dauerstörungen wurden von DOOSE und Mitarb., Kiel, ge-

wonnen. In Verkennung des impfbedingten Charakters der postvakzinalen Enzephalopathie der Säuglinge und Kleinkinder war man noch vor etwa einem Jahrzehnt bereit, sie in Kauf zu nehmen und früh zu impfen, weil man glaubte, damit die „typische“ postvakzinale Enzephalitis der Kinder jenseits des 2. Lebensjahres vermeiden zu können. Die postvakzinale Enzephalopathie ist zwar histologisch und manchmal auch klinisch weniger eindrucksvoll, aber in ihrer Prognose in der Regel ungünstiger als die postvakzinale Enzephalitis. Eine Empfehlung zur Frühimpfung aus diesem Grunde würde also auf einem gefährlichen Irrtum beruhen. Der impfende Arzt muß somit die Risiken zwischen höherer Letalität (Frühimpfung) und eventuell häufigerem Vorkommen von Fieberkrämpfen abwägen.

Es ist eine gesicherte Tatsache, daß nur gesunde Kinder geimpft werden dürfen, daß vor allem Kinder mit anlagebedingten oder perinatal erworbenen Zerebralschäden von der Impfung auszuschließen sind. Besonders der Impfarzt, der das Kind zum ersten Male ad hoc sieht, wird statische und geistige Entwicklungsstörungen bei einem 12 bis 18 Monate alten Kind nicht so leicht übersehen können, wie bei einem Kind z. B. unter 6 Monaten. Bestimmte Zerebralschäden (z. B. „BNS“-Krämpfe) manifestieren sich zumeist erst nach dem 9. Lebensmonat. Die Impfung solcher latent geschädigter Kinder führt zu weiteren Schädigungen des Zentralnervensystems: sie ließen sich bei einem späteren Impftermin vermeiden. Latente Zerebralschäden lassen sich besonders bei den sogenannten „Problem“- oder „Risikokindern“ oft erst nach dem 12. Lebensmonat erkennen — d. h., erst wenn ein bestimmtes Differenzierungsstadium des Zentralnervensystems erreicht ist. Diese Kinder sollten daher auf keinen Fall zu früh der Erstimpfung gegen Pocken unterzogen werden, und vielfach empfiehlt es sich hier, eine zusätzliche Impfprophylaxe mit Vaccinia-Antigen oder γ -Globulinen (Kinder mit Asphyxie post partum, Zwillingfrühgeborene, Kinder nach Austauschtransfusion, u. a.) zu verabreichen. Eine Frühimpfung sollte daher nur dann durchgeführt werden, wenn durch sorgfältige Erhebung der Anamnese und durch vorherige fachgerechte Untersuchung des Kindes eine Vorschädigung ausgeschlossen werden kann.

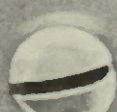
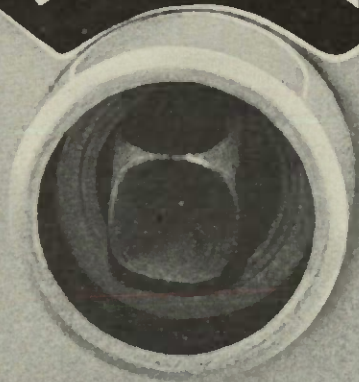
Zusammenfassung

Es ergibt sich somit, daß

1. einzelne Kinder, die dem Haus- oder Kinderarzt gut bekannt sind, und bei denen eine entsprechende Indikation (Auswandern der Eltern usw.) vorliegt, im Säuglingsalter geimpft werden können.
2. Generell sollte eine gewisse Reaktions- und Abwehrreife der Kinder und ein den Gesundheits- und Entwicklungsstand zu beurteilendes Alter abgewartet werden, ehe die Pockenerstimpfung durchgeführt wird.
3. Dies gilt besonders für alle sogenannten Risiko- und Problemkinder, deren Impftermin unter entsprechender Prophylaxe eventuell auch noch auf ein späteres Alter (5.—6. Lebensjahr) zu verlegen ist.

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. med. Helmut Stieckl, Direktor der Bayer. Landesimpfanstalt, 8000 München 90, Am Neudeck 1

Dulcolax®



THOMAE

Auseinandersetzung um die Verträglichkeit von Zyklammat-Süßstoffen und von Zucker

In den letzten Wochen und Monaten ging Unruhe durch die Bevölkerung, vor allem in den Kreisen der Diabetiker, weil in der Presse gehäuft Nachrichten auftauchten, die auf gewisse Untersuchungen in Österreich hinwiesen, die von einer Schädigung bei Einnahme von Zyklammat sprachen. Sogar der Deutsche Bundestag befaßte sich mit der Angelegenheit. Eine Kleine Anfrage (Drucksache V/3044) der Abgeordneten Dr. Besold, der ehemaligen Gesundheitsministerin Frau Dr. Schwarzhaupt und Genossen befragte die Bundesregierung:

1. Besteht aufgrund einer in Gang gesetzten Pressekampagne gegen die Zyklammat-Süßstoffe eine begründete Veranlassung, die geltenden lebensmittelrechtlichen Vorschriften, die von der Unschädlichkeit dieser seit 20 Jahren im Handel befindlichen Süßstoffe ausgehen, zu überprüfen, obwohl Vorschriften in über 60 Staaten der Erde, u. a. den USA, Großbritannien, Schweden und der Schweiz, die gleiche Unbedenklichkeit ausgesprochen haben und auf zahlreichen wissenschaftlichen und klinischen Untersuchungen anerkannter Universitätsinstitute basieren?
2. Hält es das Bundesgesundheitsministerium für angebracht, die in der „Wiener Klinischen Wochenschrift“ aufgestellten Behauptungen der Wissenschaftler des Paracelsus-Instituts, Bad Hall (Tirol), über schädliche Wirkungen von Zyklammaten durch kompetente deutsche Pharmakologen und Toxikologen überprüfen zu lassen, obschon die Bad Haller Forscher zugegeben haben, ihre Untersuchungen im Auftrag und mit Hilfe der westdeutschen Zuckerwirtschaft vorgenommen zu haben?
3. Kann in einem solchen bestellten Untersuchungsergebnis, gewonnen an sieben Meerschweinchen und sechs Kaninchen, ein geeignetes Mittel gesehen werden, um mit Hilfe einer darauf aufgebauten PR-Kampagne den bestehenden Zuckerberg abzubauen und die über eine Million Diabetiker in der Bundesrepublik, die einer zuckerarmen Ernährungsweise unterworfen und auf Süßstoffe angewiesen sind, durch eine solche Aktion, gipfelnd in Contergan-Vergleichen, in unverantwortlicher Weise zu beunruhigen?
4. Liegen dem Bundesgesundheitsministerium die an 200 Nieren- und Lebergeschädigten Patienten vorgenommenen Untersuchungen von Professor N. Zöllner und K. Schnelle vor — veröffentlicht in der Arzneimittel-Forschung —, die den Zyklammaten eine ge-

sundheitliche Unschädlichkeit für den menschlichen Körper ausdrücklich bestätigen, und wäre das Ministerium bereit, Professor N. Zöllner zu beauftragen, kurzfristig die Untersuchungsergebnisse von Bad Hall zu überprüfen und dazu im Interesse der Konsumenten eine öffentliche Stellungnahme abzugeben?

Das Deutsche Grüne Kreuz (Sitz: Marburg/Lahn) hatte aus diesem Anlaß zu einer Pressekonferenz nach München, als dem Sitz so vieler wissenschaftlicher Kongresse, geladen und als Referenten die Herren Prof. Dr. N. Zöllner, leitenden Oberarzt der Medizinischen Universitäts-Poliklinik München, Vorsitzenden der Kommission für Ernährungsforschung der Deutschen Forschungsgemeinschaft und Leiter der Abteilung Wissenschaft der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, sowie Priv.-Doz. Dr. H. Mehnert, München, Vorsitzenden des Ausschusses „Ernährung“ der Deutschen Diabetes-Gesellschaft und Vertreter der Bundesrepublik Deutschland im Diabetes-Experten-Komitee der Weltgesundheitsorganisation sowie Chefarzt der 3. Medizinischen Abteilung des Krankenhauses München-Schwabing, geladen. Eine Einladung erging auch an Herrn Prof. Dr. H. Hellauer vom Physiologischen Institut des Paracelsus-Instituts von Bad Hall in Tirol. Dessen Veröffentlichung in der „Wiener Klinischen Wochenschrift“ hatte, wie auch in der eingangs zitierten Kleinen Anfrage erwähnt ist, den Anlaß zu der dann massiv gesteuerten Aktion gegen den Süßstoff Zyklammat gegeben. Prof. Dr. Hellauer hatte es vorgezogen, seine Teilnahme an der Pressekonferenz abzusagen und so eine klärende Aussprache mit ihm verhindert. (Erwähnt sei auch, daß in der Arbeit von Prof. Dr. Hellauer, der eine reiche Literaturübersicht beigegeben ist, gerade die bereits 1967 erschienene Arbeit von Prof. Zöllner nicht erwähnt wurde und so eine Auseinandersetzung mit dieser dadurch vermieden wurde.)

Prof. Dr. Zöllner verwies darauf, daß in Interviews und Berichten in den letzten Wochen überraschend bekanntgegeben wurde, daß bestimmte Süßstoffe, nämlich die Zyklamate, welche von einem großen Teil der mitteleuropäischen Bevölkerung — und nicht nur von Dia-

Die Vertreterzentrale der Bayerischen Landesärztkammer

sucht für Vertretungen in den Sommermonaten

Praktische Ärzte und Fachärzte aller Fachrichtungen

Meldungen erbeten an die Bayerische Landesärztkammer, 8000 München 23, Königstraße 85, Telefon 36 11 21

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



betikern — täglich mit der Nahrung aufgenommen werden, gesundheitsschädliche Wirkungen ausüben können. Aus der Formulierung der Berichte mußte der normale Leser den Eindruck gewinnen, daß eine Gefährlichkeit dieser Süßstoffe bereits bewiesen sei. Tatsächlich hat auch ein Teil, und zwar ein nicht geringer Teil der Tagespresse bei der Übernahme der ursprünglichen Meldungen nicht mehr von möglichen Schäden, sondern von Schäden schlechthin gesprochen. So wurde verständlicherweise eine beträchtliche Beunruhigung erzeugt, eine Beunruhigung, die sich teilweise bis zur Panik steigerte. Bei den Sachkennern nahmen die Anfragen besorgter Verbraucher, besonders auch der am meisten betroffene Diabetiker, lawnenartig zu. Es liegt jedoch kein Grund zur Beunruhigung vor und die Zyklamate wurden als Süßmittel im Rahmen der Gesetzgebung mit Recht freigegeben.

Vor einigen Jahren (1964) hat der japanische Autor Tanaka die Behauptung aufgestellt, daß Zyklamate eine keim-schädigende Wirkung ausüben. Die Untersuchungen, welche dieser Behauptung zugrunde liegen, sind aus mehreren Gründen anfechtbar und wurden seit dem Erscheinen der ersten Berichte im Jahre 1964 weder von Tanaka selbst noch von irgendeiner Seite bestätigt. Bei dem großen Interesse, welches gerade in den letzten Jahren den Fragen der Keim-schädigung allgemein gewidmet wird, ist es unwahrscheinlich, daß bei der weiten Verbreitung der Zyklamatanwendung in vielen Kulturnationen eine Keim-schädigung übersehen worden wäre. Schädigungen durch Zyklamate sollen nicht nur von dieser Substanz selbst ausgehen, sondern auch von einem Abbauprodukt, dem Cyclohexylamin. In Deutschland hat Hötzel diese Möglichkeit kürzlich in der „Ernährungs-Umschau“ erwogen, ohne allerdings über eigene Erfahrungen zu verfügen (!). Zyklamate wird im allgemeinen zu 98—99% unverändert wieder ausgeschieden, wie erst wieder von amerikanischen Autoren gezeigt wurde. Bei der Bildung von Cyclohexylamin kann es sich also lediglich um kleine Mengen handeln. Tatsächlich findet man aber nur bei einem kleinen Teil der Versuchspersonen, denen man Zyklamate zuführt, eine Ausscheidung von Cyclohexylamin. Warum gerade bei diesen Personen das Abbauprodukt vorkommt, ist unbekannt. Nach Zöllner sind die bisher beim Menschen nachgewiesenen Mengen von Cyclohexylamin (wenn sie überhaupt im Körper und nicht erst während der Ausscheidung entstehen) in der menschlichen Diätetik als unbedenklich zu betrachten.

Neuerdings haben österreichische Autoren behauptet, daß durch Zyklamate Leberschäden hervorgerufen werden können, und gerade diese Behauptung liegt den meisten alarmierenden Pressenachrichten der letzten Wochen zugrunde. Zur Stützung dieser Behauptung haben die Autoren (Göttinger, Hagmüller, Hellauer und Vinazzer) bisher eine Mitteilung von einschlägigen Experimenten in der „Wiener Klinischen Wochenschrift“ vorgelegt. Liest man diese Veröffentlichungen, so findet man, daß mit zwei verschiedenen Mengen Zyklamate nur jeweils sieben (!) Meerschweinchen gefüttert wurden, außerdem eine ebenso kleine Kontrollgruppe mit einer verdünnten Salzlösung. Tatsächlich beruht die Auswertung sogar auf noch weniger Tieren, denn die einschlägigen Untersuchungen wurden nur an je vier, bzw. drei Tieren durchgeführt. Es ist jedermann, auch dem Laien, geläufig, daß aus einer so kleinen Zahl von

Versuchstieren keine Schlußfolgerungen gezogen werden können. Auch die mikroskopische Untersuchung ergab, soweit die veröffentlichten Bilder eine solche Beurteilung erlauben, bei den wenigen untersuchten Tieren keine eindeutigen Befunde. Darüber hinaus haben die Untersucher es versäumt, ihre mikroskopischen Feststellungen an den Kontrolltieren mitzuteilen, so daß nicht einmal beurteilt werden kann, ob das, was sie gesehen zu haben glauben, nicht der Erfolg einer Stallinfektion ist, wofür gewisse Anhaltspunkte bestehen. Im übrigen stehen die Ergebnisse im Widerspruch zu früheren wesentlich ausgedehnteren Arbeiten anderer Autoren, die nach zweijähriger Verabreichung großer Mengen von Zyklamate bei Ratten keine geweblichen Veränderungen feststellen konnten. Letzten Endes wären die vorgelegten Ergebnisse selbst dann ohne sichere Bedeutung für den Menschen, wenn sie richtig wären, denn auf den Menschen umgerechnet, müßte zum Beispiel eine 60 kg schwere Person zwanzig bis siebzig Gramm Zyklamate täglich zu sich nehmen, das ist eine Süßstoffmenge, die 300 bis 2000 Gramm Zucker an Süßkraft entspricht.

Obwohl aufgrund der seinerzeit bekannten ebenso wie aufgrund der inzwischen bekanntgewordenen wissenschaftlichen Literatur eine Giftigkeit der Zyklamate so gut wie ausgeschlossen schien, haben Zöllner und Schnelle diese Frage noch einmal beim Menschen genau studiert. Zu diesem Zweck haben sie bis zu 5 g Natriumzyklamate über lange Zeit verabreicht. Es ist ihnen nicht gelungen, dabei schädigende Einflüsse auf die Funktion von Leber und Niere oder gar auf den Ablauf von Leber- und Nierenkrankheiten festzustellen. Damit besteht kein Anlaß mehr zu der Annahme, daß die Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung durch die Verwendung von Zyklamate gefährdet sei; auch wenn — was unwahrscheinlich ist — der gesamte Rohrzucker in unserer Ernährung durch Zyklamate ersetzt werden sollte, sind nach Ansicht Zöllners keine Gefahren zu erwarten. Das gleiche dürfte auch für Kinder gelten, deren Zuckerkonsum meist überschätzt wird, wenngleich Zöllner hier nicht über eigene Erfahrungen verfügt.

Dem Fehlen von ungünstigen Nebenwirkungen der Zyklamate stehen zweifellos wertvolle ernährungsphysiologische Eigenschaften gegenüber. Substanzen, die unter Erhaltung des Geschmackswertes helfen, Kalorien bzw. im Falle der Diabetiker Zucker einzusparen, sind in unserer Ernährung unentbehrlich geworden. Wir halten es geradezu für unverantwortlich, Diabetiker durch unbegründete Warnungen und die publizistische Erzeugung einer Furcht vor unbewiesenen Nebenwirkungen von der Verwendung eines Süßmittels abzuhalten. Da kein Anhalt für eine Gefährdung der Gesundheit durch Zyklamate feststellbar ist, sehen wir keinen Grund für eine Beschränkung des Einsatzes dieser wertvollen Bereicherung der Diätetik. Wir sind im Gegenteil der Ansicht, daß die Zyklamate aufgrund ihrer guten geschmacklichen Eigenschaften und ihrer Kochfestigkeit als „Zuckerersatz nach wie vor besonders gut geeignet sind.“

Priv.-Doz. Dr. Mehnert machte eingangs auf die Zunahme von Krankheiten aufmerksam, die mit dem Wohlstand und der damit verbundenen übermäßigen Nahrungszufuhr der Bevölkerung zusammenhängen. Dazu zählen die Zuckerkrankheit, hoher Blutdruck, Fettleber u. a. In vielen Fällen ist die Grundlage dieser

Erkrankungen die Fettsucht. Jede Gelegenheit, dem betroffenen Patienten, ja jedem Fettleibigen überhaupt die Möglichkeit zu verringerter Kalorienzufuhr zu geben, wird deswegen ärztlicherseits begrüßt. Dies gilt auch für die Entwicklung von Süßstoffen, die — im Gegensatz zum Zucker — ohne Nährwert sind, im wahren Sinne des Wortes also „nicht ins Gewicht“ fallen und dem Bedürfnis der Patienten nach Süßungsmitteln entgegenkommen. Ein besonders wichtiger Vertreter der Süßstoffe sind die Zyklamate, die — wie in aller Welt; so auch in Deutschland — viel verwendet werden. Entgegen den seit fast 20 Jahren bestehenden Erfahrungen, die Ärzte und Patienten mit Zyklamaten gemacht haben, häufen sich in jüngster Zeit Pressemeldungen, die von möglichen schädlichen Auswirkungen der Zyklamatsüßstoffe, z. B. auf die Funktion der Leber oder auch auf Wachstum und Entwicklung, sprechen.

Grundlagen dieser Meldungen sind einzelne tierexperimentelle Untersuchungen, bei denen mit sehr hohen Zyklamatosen Befunde erhoben worden sind, die von anderen Untersuchern nicht bestätigt wurden. Selbstverständlich muß jede Mitteilung über mögliche Schäden nach Einnahme eines Fremdstoffes sehr ernst genommen werden. Andererseits ist das Gewicht der gegenteiligen Berichte von führenden Wissenschaftlern in aller Welt über die gute Verträglichkeit von Zyklamaten sicherlich höher zu veranschlagen. So sind Zyklamatsüßstoffe nach langjährigen, sorgfältigen Prüfungen in ca. 60 Ländern, darunter den USA, England, der Schweiz, Schweden und der Bundesrepublik Deutschland, zugelassen. Vor kurzem an leber- und nierenkranken Menschen durchgeführte Untersuchungen, die durchwegs auf die Unschädlichkeit der Zyklamate hinweisen, sind in ihrer Aussagekraft besonders hoch zu werten und fanden bei den in der Presse zitierten Arbeiten von österreichischen Forschern, die eine Leberschädigung nach Zyklamatsverabreichung im Tierversuch gesehen haben wollten, keine Berücksichtigung. Seitens eines Expertenkomitees der Weltgesundheitsorganisation wurde erst im vorigen Jahre die Unschädlichkeit der Zyklamate überprüft und bestätigt. In ähnlicher Weise äußerten sich die Zulassungsbehörden in den obengenannten Ländern, die für ihre besonders strengen Bestimmungen bekannt sind. Angesichts dieser Situation wäre es unverantwortlich, vom Gebrauch von Süßstoffen abzuraten und damit den mit Sicherheit zu erwartenden verstärkten Zuckerverzehr der Bevölkerung zu fördern. Daß dieser die Entwicklung der Fettsucht und ihre Folgekrankheiten begünstigt, ist gewiß. Daß hingegen die Verwendung von Zyklamatsüßstoffen schädlich ist, muß beim derzeitigen Stand der wissenschaftlichen Forschung und aufgrund der vieijährigen, bei Millionen Menschen in aller Welt gewonnenen günstigen Erfahrungen als völlig unwahrscheinlich angesehen werden.

In einer Verlautbarung haben die zu der Pressekonferenz nicht geladenen Süßstoff-Hersteller, die Firmen BAYER, CIBA und SANDOZ sowie die Firma Deutsche Abbott, deren Muttergesellschaft in den USA größter Zyklamatsüßstoff-Hersteller ist und diesen Süßstoff 1950 eingeführt hat, eine Stellungnahme an sämtliche Publikationsorgane versandt, in dem es u. a. heißt:

„Das Material, auf das sich die (Anm. gegensätzlichen) Veröffentlichungen stützen, hält einer wissenschaftlichen Nachprüfung nicht stand.“

RABRO[®]

Magentabletten



weltweit
wirksam

Herausragende Wirkung-
ambulant und klinisch.

Niedrige Dosierung durch
hohen Wismutgehalt mit
Succus Liquiritiae

RABRO[®]

Magentabletten

H. TROMMSDORFF · Aachen



Die Behauptungen über angebliche Schädlichkeit der Zyklamatsüßstoffe basieren auf nur wenigen und unzureichenden Tierversuchen. Diesen stehen zahlreiche und einwandfreie Prüfungen an Tieren und darüber hinaus langandauernde klinische und labor-technische Untersuchungen mit Zyklamatsüßstoffen beim Menschen gegenüber.

Alle führten zu dem Ergebnis, daß keinerlei gesundheitsschädigende Wirkungen bei bestimmungsgemäßem Gebrauch auftreten.

Insbesondere wurden keine Störungen der Leber- und Nierenfunktion festgestellt, nicht einmal bei Leber- und Nierenkranken. Diese Untersuchungen werden seit langer Zeit kontinuierlich durchgeführt, und zwar mit Tagesdosen, die über dem Normalverbrauch liegen. Es treten auch keine Beeinträchtigungen von Herz und Kreislauf ein. Ferner haben neue Tierversuche mehrerer weltbekannter Institute für Toxikologie im In- und Ausland keine Mißbildungen, selbst bei hohen Zyklamatsdosen, ergeben.“

Die Angriffe basieren u. a. auf einer Arbeit von Göttinger, Hagmüller, Hellauer und Vlnazzer, Bad Hall, Österreich, in der u. a. behauptet wird, ein Liter Limonade enthalte 10 g Zyklamats, und so eine Zyklamataufnahme von 0,15 g oder mehr je Kilogramm Körpergewicht konstruiert wird.

Jede Apotheke, jede Drogerie oder jedes Reformhaus kann leicht feststellen, daß 10 g Zyklamats auf 1 Liter ein ungenießbares Getränk ergeben, und sich so selbst ein Bild von der Unsachlichkeit dieser „wissenschaftlichen Forschungen“ machen. Tatsächlich enthalten Diät-Getränke zu einer ausreichenden Süßung nur 1, höchstens 2 g Zyklamats pro Liter.

Die Tierversuche in Bad Hall wurden mit Mengen bis 1,2 g Zyklamats je kg Körpergewicht durchgeführt, was z. B. bei einem Menschen von 75 kg Gewicht einer täglichen Aufnahme von 90 g Zyklamats (je nach Fabrikat

und Zusammensetzung etwa 1000—2000 zyklamathaltige Süßstoff-Tabletten) entspricht. Die Unsinnigkeit dieser Versuche in Bad Hall und insbesondere der daraus gezogenen Schlußfolgerungen wird allein schon aus diesen Zahlen erkennbar und im Vergleich zu anderen täglich verwendeten Lebensmitteln deutlich. Der durchschnittliche Tagesverbrauch des Menschen an Kochsalz beträgt etwa 10 g, während die Einnahme der 20fachen Menge, also 200 g, bereits tödlich ist.

Nach einer Veröffentlichung der Schweizer Zeitung „Blick“ vom 12. 6. 1968 ist die österreichische Untersuchung, auf der alle jüngeren Angriffe beruhen, von der Zuckerindustrie finanziert worden.

Demgegenüber stehen die Untersuchungsergebnisse der Weltunternehmen und die Tatsache, daß Zyklamatsüßstoffe nach vieljährigen und sorgfältigen Prüfungen der amtlichen Zulassungsbehörden in ca. 60 Ländern, darunter den USA, England, Schweden, der Schweiz und der Bundesrepublik, freigegeben sind. In bald 20jährigem Gebrauch sind keinerlei Anzeichen gesundheitsschädigender Wirkungen beim Menschen aufgetreten. Der Vorteil einer zuckerarmen Ernährung, die durch Verwendung von Zyklamaten ermöglicht wird, ist besonders bei Übergewicht, Diabetes und Kreislauf-erkrankungen nach wie vor unbestritten.

Auch die Aussprache in der Pressekonferenz kam zu keinem anderen Ergebnis als die Ausführungen der Referenten und die vorliegenden Veröffentlichungen aus ernstesten Wissenschaftskreisen. K—g.

Anmerkung

Nach einer der Presse übermittelten Nachricht teilt die Wirtschaftliche Vereinigung Zucker e.V. mit, daß die Süßstoffversuche des Instituts in Bad Hall weder finanziell noch in irgendeiner anderen Form von der deutschen Zuckerwirtschaft unterstützt worden seien.

(Aus dem Institut für experimentelle Geschwulsterzeugung und Geschwulstbehandlung [Direktor: Professor Dr. med. D. S c h m ä h l] am Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg)

Unwirksamkeit von CH 23 beim Yoshida-Sarkom der Ratte und dem Mäusesarkom 180

Von D. Schmähel, H. Ballweg, F. Berndt und H. Osswald*)

Das Krebsmittel CH 23 wurde in der Bundesrepublik Deutschland durch Schlagzeilen einiger illustrierter Zeitschriften in jüngster Zeit bekannt. Es ist schon vor Jahren von dem bulgarischen Biochemiker P. Christoff entwickelt worden und soll extrahierte Inhaltsstoffe aus Königskerze (*Verbascum Thapsus* L.) und Pfingstrose (*Paeonia off.* L.) enthalten, die mit einem Spezialpuffer stabilisiert und für die Venen verträglich gemacht wurden. Im folgenden wollen wir über tierexperimentelle Untersuchungen an zwei chemosensiblen Impftumoren berichten, die das Ziel hatten, eine kanzerotoxische Wirksamkeit des CH 23 nachzuweisen. Wir verzichten bewußt auf eine Stellungnahme zu der in jüngster Zeit entstandenen Diskussion über die Problematik der klinischen Behandlung mit diesem Präparat.

CH 23 wurde uns von Herrn P. Christoff übergeben. Es stellte eine nach seinen Angaben 2%ige (be-

zogen auf Wirkstoffgehalt) wässrige Lösung dar. Bei allen Injektionen war Christoff anwesend. In der Dosierung richteten wir uns nach seinen Vorschlägen. Sie war so gehalten, daß sie nach den Angaben von Christoff die größte Wirksamkeit versprach. Als Testtumoren verwendeten wir das Yoshida-Sarkom der Ratte und das Sarkom 180 der Maus. Von beiden Tumorarten ist ihr gutes Ansprechen auf Chemotherapeutika, z. B. vom Typ der Alkylantien, hinreichend bekannt [1]. Wir wählten diese chemosensiblen Tumortypen, um dem Präparat die größte Chance zu geben, seine tumorhemmende Wirksamkeit unter Beweis zu stellen, was bei chemoresistenten Geschwülsten von vornherein viel schwieriger gewesen wäre. Bei den Versuchen behandelten wir jeweils als Vergleich für die Ansprechbarkeit der Tumoren eine Gruppe mit Cyclophosphamid*). Nach einer Vereinbarung mit Herrn Christoff wurde auf eine chemische Analyse des

*) Für techn. Assistenz danken wir Frä. I. Fuhrer und K. Schumann.

*) N,N-bis-(2-chloräthyl)-N', O-propylenphosphorsäureester-diamid.

CH 23 verzichtet. Wir haben aber versucht, das getestete Präparat durch spektrale Analyse, Aufnahme des R_f -Wertes usw. zu charakterisieren.

Methodik

A) Charakterisierung des CH 23

7 ml einer schwach rot gefärbten Lösung von CH 23 wurden untersucht. Die Lösung enthielt 20 mg Trockensubstanz pro ml, das pH der Lösung betrug 3,5. Das Maximum der Originallösung lag im UV-Bereich bei 300 m μ , mit einer stark ausgeprägten Schulter bei 280 m μ ; das Minimum der Kurve lag bei 248,5 m μ . Die Aufnahmen wurden mit dem UV-Spektrophotometer DK-2A der Firma Beckman gemacht.

Die chromatographischen Untersuchungen der Lösung führten zu folgenden Ergebnissen:

R_f -Wert im Laufmittel Propanol/Wasser = 72/25 = 0,2

R_f -Wert im Laufmittel n-Butanol (wassergesättigt) = 0,05.

Die Chromatogramme wurden aufsteigend entwickelt (verwendetes Papier: Schleicher u. Schüll Nr. 2043 b mg). Die Verbindung läßt sich auf dem Papierchromatogramm mit UV-Licht neben Verunreinigungen gut erkennen, sie ergibt mit Ninhydrin eine intensive Blaufärbung.

B) Durchführung der Tierexperimente

Als Versuchstiere dienten 54 männliche Sprague-Dawley-Ratten (Koloniezucht Schwenke, Nauheim) im Gewicht zwischen 150 und 200 g. Ihre Ernährung bestand aus Altromin-R[®]-Kekschen. Das verwendete Yoshida-Sarkom führt nach intraperitonealer Verimpfung von 0,2 ml des genuinen Aszites (Zellzahl 10^8 bis 3×10^8 /mm³) in 5–7 Tagen zum Tode der Tiere, nach subkutaner Transplantation nach 12 bis 24 Tagen. Bei der letzten Übertragungsart wächst der Tumor solid am Transplantationsort. Metastasen in den regionalen Lymphdrüsen oder in den Nebennieren, Mesen-

terium und Pankreas sind häufig. Die Angangsrate ist > 85%. Die Gewichtszunahme der Tumoren während des Versuches wurde nach einer früher beschriebenen Methode verfolgt [2]. Stichprobenweise wurden histologische Untersuchungen*) der behandelten im Vergleich zu unbehandelten Tumoren durchgeführt.

Versuch 1: Beginn der Behandlung bei einem Gewicht der sc. wachsenden Yoshida-Geschwülste von ~2,9 g. CH 23 wurde zweimal täglich über 10 Tage lang an 10 Ratten in einer Dosis von jeweils 2,0 ml im. gespritzt. Die Tagesdosis, bezogen auf Wirksubstanz, ist demnach 80 mg pro Ratte (~400 mg/kg), die Gesamtdosis 800 mg/Ratte (~4 g/kg). 5 Tiere blieben unbehandelt, sie dienten als Kontrolle. 4 Ratten erhielten bei dem gleichen Tumorgewicht von ~2,9 g einmalig 30 mg/kg Cyclophosphamid iv. Am 11. Tage nach Behandlungsbeginn wurden alle Ratten getötet, die Tumoren präpariert und die Tumorgewichte in den einzelnen Versuchsgruppen durch Wägung bestimmt.

Versuch 2: Beginn der Behandlung mit CH 23

a) als gepufferte Lösung

b) als ungepufferte Lösung

bereits 12 h nach der sc. Impfung

Dosierung bei a) zweimal täglich 2,0 ml im. über 5 Tage (Tagesdosis: 80 mg/Ratte = 400 mg/kg; Gesamtdosis 400 mg/Ratte = 2,0 g/kg);

bei b) während 3 Tagen $2 \times 1,0$ ml und während 2 Tagen $2 \times 0,5$ ml (Gesamtdosis 160 mg/Ratte = 0,8 g/kg).

Die Dosierung mußte bei b) geringer gehalten werden als bei a) und die Injektionsorte (iv., im. und sc.) häufig gewechselt werden, da die Tiere an den Injektionsstellen tiefgreifende, geschwürige Nekrosen bekamen. Je 10 Tiere waren in jeder Versuchsgruppe. 10 ebenfalls in der Kon-

*) Für die Durchführung der histologischen Untersuchungen danken wir Herrn Prof. Dr. G. Ooertler, Direktor des Institutes für experimentelle Pathologie, Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg.

Tabelle

Übersicht über Anordnung und Durchführung der Tierversuche zur Wachstumsbeeinflussung von Impftumoren mit CH 23

Tierart	Tumorart	Tierzahl	Behandlungsbeginn	Dosierung mg/Ratte/Maus Tages-, Gesamtdosis	Tumorgewicht am Tötungstage in g
Ratte	Yoshida-Sarkom	5	—	—	22 ± 10
"	"	10	Tumorgewicht 2,9 g	80 800 CH 23	31 ± 7
"	"	4	Tumorgewicht 2,9 g	6 6 Cyclophosphamid	0,3 ± 0,2
Ratte	Yoshida-Sarkom	10	—	—	5,0 ± 1,4 17,0 ± 1,0
"	"	10	12 h nach Impfung	80 400 CH 23 mit Puffer	5,3 ± 1,5 21,7 ± 2,9
"	"	10	12 h nach Impfung	20—40 160 CH 23 ohne Puffer	3,5 ± 0,5 17,5 ± 3,5
Maus	Sarkom 180	20	—	—	1,8 ± 1,4
"	"	20	Tumorgewicht 0,3 g	10—40 230 CH 23	2,3 ± 1,0
"	"	5	Tumorgewicht 0,3 g	2 8 Cyclophosphamid	0,5 ± 0,3
Maus	Sarkom 180	20	—	—	2,4 ± 1,2
"	"	10	6 h nach Impfung	10—20 90 CH 23 mit Puffer	2,3 ± 1,5
"	"	10	6 h nach Impfung	4—10 53 CH 23 ohne Puffer	2,4 ± 0,9
"	"	5	6 h nach Impfung	2 8 Cyclophosphamid	0,04*)

*) Durchschnittsgewicht von 2 Tieren, bei den übrigen 3 Tieren war bei der Tötung kein Tumor nachweisbar

trollgruppe. Tötung der Tiere zur Hälfte am 6. bzw. am 9. Tag nach Behandlungsbeginn.

Bei den Mäusen verwendeten wir weibliche Tiere des Stammes NMRI (Koloniezucht Schwenke, Nauheim) im Gewicht von 25 ± 2 g, die mit Aitromin-M[®] gefüttert wurden. Das Sarkom 180 wurde im Versuch 1 durch Aszites, im Versuch 2 durch Emulsion aus solidem Tumorgewebe jeweils im. in einen Oberschenkel übertragen.

Versuch 1: 7 Tage nach Transplantation bei Tumorgewichten von $0,3 \pm 0,08$ g Therapiebeginn mit CH 23 über 12 Tage bei 20 Tieren in Tagesdosen von $2 \times 1,0$ ml (40 mg/Maus = 1,6 g/kg) bis $1 \times 0,5$ ml (10 mg/Maus = 0,4 g/kg).

Die anfänglich sehr hohen Tagesdosen mußten im Laufe des Versuches reduziert werden, da die örtliche Resorption ungenügend war und sich Infiltrationen der Subkutis ausbildeten. Die applizierte Gesamtdosis belief sich dennoch auf 230 mg/Maus = 9,2 g/kg. Im Vergleichsansatz wurde Cyclophosphamid in der in der Tabelle angegebenen Dosierung bei 5 Mäusen verabreicht. 20 Tiere dienten als unbehandelte Kontrolle. Tötung der Tiere am 13. Tag nach Behandlungsbeginn und Wägung der Tumoren.

Versuch 2: Wie bei den Versuchen an Ratten wurde hier sowohl mit gepuffertem (sc. Injektionen) als auch mit ungepuffertem (iv. Injektionen) CH 23 gearbeitet. Die Behandlung begann bereits 6 h nach der Impfung, sie dauerte insgesamt 6 Tage. Tötung der Tiere 17 Tage nach Behandlungsbeginn mit Bestimmung der Tumorgewichte. Über die Dosierung gibt die Tabelle Aufschluß. Die applizierten Gesamtdosen belaufen sich in diesem Versuch auf 90 mg pro Maus = 3,6 g/kg bei dem gepufferten CH 23, bzw. auf 53 mg/Maus = 2,12 g/kg bei den ungepufferten.

Ergebnisse

Während der Injektionen zeigten die Tiere keine Leukozyten-Depression. Über die Ergebnisse unserer therapeutischen Untersuchungen gibt die Tabelle Aufschluß. Bei keiner Versuchsanordnung und bei keiner Tumortart konnten Beeinflussungen des Tumorwachstums durch CH 23 beobachtet werden, und zwar auch dann nicht, wenn praktisch simultan mit der Transplantation die Therapie einsetzte. Auch die Metastasenfrequenz und -lokalisation unterschied sich in den CH-23-Serien nicht von den Kontrollen. Die Wachstumskurven der behandelten Geschwülste waren mit denen der Kontroll-Tumoren identisch. Sowohl das gepufferte CH 23 als auch das ungepufferte, bei dem die Wirksubstanzen

„frei“ vorliegen sollen, waren in gleicher Weise unwirksam. Auch histologisch ergaben sich keine Unterschiede zwischen den behandelten und den unbehandelten Sarkomen. Daß die verwendeten Tumoren indessen chemosensibel waren, zeigen die Behandlungsergebnisse mit Cyclophosphamid: Hier kam es zu deutlichen Rückbildungen und sogar zu Heilungen.

Besonders bemerkenswert erscheint uns die absolute Wirkungslosigkeit des CH 23 trotz der angewendeten sehr hohen Dosierung. Die von uns applizierten Gesamtdosen belaufen sich bis auf 9,2 g/kg der Wirksubstanz. Das sind — auf menschliche Verhältnisse umgerechnet — etwa 650 g pro Mensch (!). Dagegen sollen in der Klinik nach Angaben von Christoff bei den ungleich schwerer zu beeinflussenden menschlichen autochthonen Tumoren schon nach Tagesgaben von 5 bis 20 mg über einen begrenzten Zeitraum (Gesamtdosis ~ 1 g) „Erfolge“ zu verzeichnen gewesen sein.

Zusammenfassung

Das Präparat CH 23 beeinflusste trotz Gabe extrem hoher Dosen das Wachstum des Yoshida-Sarkoms der Ratte und des Sarkoms I80 der Maus nicht. Auch die Applikation simultan mit der Impfung führte zu keiner Wachstumsbeeinflussung der Geschwülste. Die bekannte Chemosensibilität der verwendeten Tumoren bestätigte sich nach den Gaben von Cyclophosphamid.

Literatur:

- [1] Schmähel, D., „Entstehung, Wachstum und Chemotherapie maligner Tumoren“, Editio Cantor, Aulendorf 1963.
- [2] Druckrey, H., Schmähel, D., Danneberg, P., Kaiser, K., Nieper, H. A., Lo, H. W. u. Mecke, R., *Arzneim.-Forsch. (Drug Res.)* 6, 539 (1956).

Für die Verff.: Professor Dr. D. Schmähel, Direktor des Instituts für experimentelle Geschwulsterzeugung und -behandlung am Deutschen Krebsforschungszentrum, 6900 Heidelberg, Berliner Straße 27

(Aus „Arzneimittelforschung“, Editio Cantor KG, Aulendorf/Wttbg., Heft 5/1968)

Eine Gendarstellung von Herrn Dr. Issels

Herr Dr. Issels hält die auf ihn bezogenen Sätze unserer Veröffentlichung „Sogenannte Krebsklinik in Bad Reichenhall geschlossen“ im April-Heft des „Bayerischen Ärzteblattes“ für unrichtig. Darin heißt es: „Der Verkauf des Mittels ‚CH 23‘ an den sogenannten Krebsarzt Dr. Issels, der Herrn Prodan Christoff dafür offenbar einen nicht unerheblichen Preis bezahlte, und die Anwendung des ungeprüften Mittels in der sogenannten Krebsklinik am Tegernsee stellt keinen Ersatz für die fehlende klinische Erprobung des Mittels ‚CH 23‘ dar (inzwischen hat Herr Dr. Issels im übrigen erklären lassen, das Mittel ‚CH 23‘ habe in seiner Klinik keine besondere Rolle gespielt; die Leser von illustrierten Zeitungen und wohl auch manche seiner Patienten, die für dieses Mittel erhebliche Summen bezahlen mußten, dürften über diese Feststellung wohl etwas verwundert sein).“

Herr Dr. Issels verlangt von uns eine Gendarstellung,

die wir zwar nicht abdrucken müßten, weil sie zweifellos den Bestimmungen des § 10 des Bayerischen Pressegesetzes nicht entspricht. So hat z. B. die Angabe der „Einstellung der Überprüfung des Mittels ‚CH 23‘ und der Beendigung der vertraglichen Vereinbarungen mit Prodan Christoff“ mit der Veröffentlichung in Heft 4/1968 des „Bayerischen Ärzteblattes“ nichts zu tun; sie liegt auch zeitlich nach dieser Veröffentlichung. Wir drucken die Gendarstellung nachstehend dennoch ab, weil sie uns sehr interessant erscheint und uns außerdem Gelegenheit zu einigen Feststellungen gibt.

Diese Gendarstellung lautet:

„In dem Artikel ‚Sogenannte Krebsklinik in Bad Reichenhall geschlossen‘ im ‚Bayerischen Ärzteblatt‘, Heft 4, April 1968, Seite 256, stellten Sie die Behauptung auf, ich hätte erklären lassen, das Mittel ‚CH 23‘, entwickelt von Herrn Prodan Christoff, habe in mei-

ner Klinik keine besondere Rolle gespielt, wobei Sie offensichtlich auf eine Veröffentlichung in der „Abendzeitung“ vom 22. 3. 1968 anspielten.

Bereits am 27. 3. 1968 hat die „Abendzeitung“ auf mein Ersuchen hin richtiggestellt, daß ich eine solche Erklärung, wie sie auch von Ihnen zitiert wird, nicht abgegeben hatte. In dieser Richtigstellung habe ich mich vielmehr dahin geäußert, daß ich es sehr bedauern würde, wenn die von mir im Rahmen meiner eigenen Therapie mit „CH 23“ behandelten Patienten nicht mehr mit diesem Mittel weiterbehandelt werden können, und daß das Mittel in eineinhalbjähriger Anwendung an über tausend Patienten eine günstige Wirkung gezeigt hat.

Hinzuzufügen ist allerdings, daß ich inzwischen die Überprüfung des Mittels „CH 23“ eingestellt und die entsprechenden vertraglichen Vereinbarungen mit Herrn Prodan Christoff für beendet erklärt habe, weil er seit Schließung der Klinik in Bad Reichenhall das Mittel nicht mehr herstellt.

Rottach-Egern, den 10. Juni 1968

gez. Dr. Josef Issels“

Das Interessanteste an dieser Gegendarstellung ist das, was sie nicht enthält.

Herr Dr. Issels bestreitet also nicht, daß er dem sogenannten Biochemiker Prodan Christoff dessen Mittel „CH 23“ für einen nicht unerheblichen Preis laufend abgekauft hat. Herr Dr. Issels hat das getan, obwohl er wußte, daß Prodan Christoff die Erlaubnis zur Herstellung von Arzneimitteln nicht bekommen könnte, da er keine einzige Voraussetzung hinsichtlich der erforderlichen Sachkenntnis besitzt. Die Abgabe dieses Mittels gegen Entgelt ist zweifellos eine gewerbliche Herstellung, die Prodan Christoff gegenüber der Staatsanwaltschaft stets in Abrede gestellt hat.

Herr Dr. Issels bestreitet ferner in seiner Gegendarstellung nicht, daß er mit „CH 23“ ein ungeprüftes Mittel fortlaufend angewendet hat, und daß die Anwendung eines Mittels in seiner Klinik kein Ersatz für die klinische Erprobung eines Arzneimittels ist. In früheren Veröffentlichungen bezog sich Herr Dr. Issels zur Recht-

fertigung der Verwendung dieses ungeprüften und in seiner Zusammensetzung geheimgehaltenen Mittels u. a. auf Verlautbarungen aus Österreich. Er glaubte dann, die Auffassung vertreten zu können, das Mittel habe sich im Tierversuch und auch am Menschen als nicht toxisch erwiesen, und die Wirksamkeit von „CH 23“ stehe aufgrund der vorgelegten Gutachten außer Zweifel. Dazu ist festzustellen:

In der „Wiener Klinischen Wochenschrift“, Heft 45/1967, heißt es in einer Veröffentlichung von Professor RATZENHOFER, Vorstand des Pathologischen Instituts der Universität Graz, wörtlich: „Die Therapieversuche mit „CH 23“ mußten abgebrochen werden, da das Präparat, dessen Zusammensetzung und Herstellung unbekannt ist, späterhin in nicht verwertbarer Qualität und nicht reproduzierbarer Wirkung zur Verfügung gestellt wurde.“

Aus der von Herrn Dr. Issels gern zitierten Chirurgischen Klinik der Universität Graz wurde auch der Staatsanwaltschaft in München eine Stellungnahme vom 5. bzw. 7. 9. 1967 übergeben, in der u. a. festgestellt wird, daß die zur Verfügung gestellten Chargen von „CH 23“ Konzentrationsunterschiede bis zu 1:100 (!!) aufgewiesen haben. An der Grazer Klinik wurden folgende Gesundheitsschäden durch die Verabfolgung von „CH 23“ beobachtet: „Venenschädigung bis zur Todesfolge, Nierenschäden, schwere Elektrolytstörungen, schwerste lebensbedrohende Hämolyse, exzessiv beschleunigtes Tumorwachstum bei der unwirksamen Charge. Die Verabfolgung von „CH 23“ ohne laufende strengste klinische Kontrolle, Intensivtherapie und chirurgische Maßnahmen kann zum raschen Tode führen.“ Bei drei Krebspatienten, die nach Behandlung mit „CH 23“ aus Bad Reichenhall in die Chirurgische Klinik der Universität Graz eingeliefert worden waren und dort gestorben sind, konnte keinerlei positive Wirkung auf das Tumorwachstum beobachtet werden. Bei zwei dieser Patienten bestanden darüber hinaus beträchtliche Störungen der Nierenfunktion und des Elektrolythaushaltes.

Wenn Herr Dr. Issels von den Brüdern Christoff das gleiche Mittel „CH 23“ erhalten hat, auf das sich das Urteil der Grazer Klinik bezieht, dann ist das Bedauern von Herrn Dr. Issels, Patienten nicht mehr mit diesem Mittel weiterbehandeln zu können, einfach unfaßbar und mit der Pflicht zur gewissenhaften Berufsausübung nicht zu vereinbaren.

NEUROVEGETALIN®

**betont sedativ
entspannt
beruhigt**

Vers. Nr.: 6505-12-202-0052

Indikationen

Alle Erscheinungsformen der vegetativen Dystonie:
Obererregbarkeit, Erregungszustände
nervöse Schlafstörungen, Gleichgewichtsstörungen
Unruhe, Reizbarkeit, Erröten, Schweißausbrüche
Wetterfühligkeit, Föhn, Migräne
Schwindel, allergische Erkrankungen
klimakterische Beschwerden
gastrointestinale Störungen
Reizblase

VERLA-PHARM, Arzneimittelfabrik, TUTZING/OBB.

25, 50, 100 Dragées

AUS DEM STANDESLEBEN

Das Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

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

(Fortsetzung)

3. Hauptthema: Aktuelle Hämatologie

Professor Dr. Dr. h. c. L. HEILMEYER, Ulm:
„Stand und Ausblick moderner Hämatologie“

Bis vor etwa dreißig Jahren war die Hämatologie eine rein morphologisch orientierte Wissenschaft. Seit 1935 gewinnt man routinemäßig durch Untersuchungen des Knochenmarks Einblick in die Werkstätten der Blutbildung. Eine wesentliche Bereicherung hat die Hämatologie in den letzten 20 Jahren morphologisch durch Einführung der Phasenkontrast- und Elektronenmikroskopie erfahren, wodurch die Beobachtung lebender Zellen wesentlich deutlicher möglich wird und neue submikroskopische Bereiche bis zu makromolekularer Größenordnung erschlossen werden. Zytochemische Methoden lieferten ein neues Betrachtungsfeld, und die radioaktive Markierung von Nukleotiden gewährt völlig neue Einblicke in Zellstoffwechsel- und Teilungsvorgänge. Die ebenfalls durch radioaktive Isotope gegebene Möglichkeit der Lebenszeitbestimmung der einzelnen Blutzellen läßt schärfere Klassifizierungen hämolytischer Krankheitsformen zu, und mit Hilfe von Radioeisen und Radiochrom sind die Hauptorte der Erythrozytenzerstörung auffindbar geworden, was bei der Erfolgsbeurteilung einer Milzexstirpation bei hämolytischen Anämien eine gewichtige Rolle spielt.

Die Bedeutung der Biochemie erkennt man u. a. in der Aufklärung des Hämoglobinemoleküls sowie dessen Fehlbildungen, wodurch Sichelzellenanämie und Thalassämie eine Aufklärung finden. Ein Defekt in der Häm-synthese wird für die chronische Porphyrie (GÜNTHERsche Krankheit) verantwortlich gemacht. Ein weiteres großes Gebiet der biochemischen Blutforschung betrifft den Betriebsstoffwechsel der Erythrozyten mit den dazu notwendigen Fermenten. Der Favismus sowie verschiedene Formen atypischer kongenitaler hämolytischer Anämien sind Folge bestimmter Fermentstörungen. Die sideroachrestische Anämie wurde als Störung des Eiseneinbaus in das Porphyrinskelett erkannt. Auf dem Forschungsgebiet der Blutgerinnung und der Fibrinolyse hat man therapeutisch äußerst bedeutsame Fortschritte erzielt. Die Isolierung der Plasmaeiweiße wurde durch Elektrophorese, Immunelektrophorese und Ultrazentrifugierung möglich. Durch Fehlen oder Überproduktion gewisser Eiweißfraktionen werden heute viele Krankheitsbilder erklärt.

Durch das ausgedehnte Feld der Immunkörperforschung rückten genetisch bisher unklare Krankheitsbilder, die durch Autoantikörper gegen körpereigene Zellen (Erythrozyten, Leukozyten, Megakaryozyten) unterhalten werden, in den Mittelpunkt hämatologischen Interesses.

Durch die wissenschaftliche Forschung der letzten Jahrzehnte sind mit Klärung der Pathogenese zahlreiche Erkrankungen des Blutes teils zur Heilung, teils zu wesentlicher Besserung gebracht worden. Leider ist das Gebiet der malignen Blutkrankheiten trotz vieler er-

folgversprechender Einblicke noch unbefriedigend gelöst.

Professor Dr. H. BEGEMANN, München:

„Neue Kenntnisse über Funktionen und Kinetik des lymphatischen Systems als Grundlage therapeutischer Maßnahmen“

Das lymphatische System (Lymphknoten, weiße Milzpulpa, Tonsillen, Lymphgewebe der Schleimhäute, Thymus und Lymphozyten) ist das für die immunologischen Reaktionen verantwortliche Zell- und Organgefüge. Seine Gesamtmasse wird auf 1% des Körpergewichts geschätzt. Durch die freien Lymphozyten ist es überall gegenwärtig, nur etwa 1% der Lymphozyten kreisen im peripheren Blut, 99% sind in den Geweben tätig. Die Funktion der Lymphozyten ist mannigfaltig. Der ausgereifte Lymphozyt ist auf adäquate Antigenreize hin in der Lage, sich in eine große blastenähnliche Zelle mit Teilungsfähigkeit zu verwandeln. Diese Transformationszellen gewinnen Bedeutung sowohl im Rahmen des immunologischen Systems der humoralen Antikörper (AK) gegen ein Antigen (AG) als auch bei dem zellulären Abwehrsystem (Immunreaktion vom verzögerten Typ), das an immunkompetente Lymphozyten gebunden ist.

Bei der humoralen AK-Bildung werden antigene Substanzen von Makrophagen phagozytiert und zu einem art- und antigenspezifischen Reaktionsprodukt umgeformt, das von Lymphozyten mit Hilfe besonderer Nahrungsfortsätze übernommen wird. Unter diesem Einfluß wandeln sich die Lymphozyten im Lymphknoten zu Immunoblasten (Transformationszellen) um, deren Teilungsprodukt Plasmazellen darstellen, die ihrerseits die Produktion von Immunglobulinen aufnehmen.

Bei der Induktion der zellulären Hypersensitivität werden antigene Substanzen unmittelbar von den Lymphozyten aufgenommen. Der Wandel zu Transformationszellen erfolgt ebenfalls im Lymphknoten, das Teilungsprodukt sind kompetente Zellen mit der Fähigkeit, irgendwo im Organismus das korrespondierende Antigen mit Hilfe von Monozyten über eine Entzündung zu beseitigen. Als AG kann fast jede beliebige Substanz fungieren. Erstaunlich ist die Fähigkeit des Organismus, körperfremdes Material als AG zu registrieren und gegen körpereigene Substanzen keine AK zu entwickeln (Immuntoleranz). Offenbar spielt bei der Ausbildung der Immuntoleranz der Thymus eine gewichtige Rolle, so daß alle Substanzen, mit denen der Körper während der fetalen Entwicklung in Berührung kommt, als „Selbst“ registriert werden und eine AK-Bildung unterbleibt. Ist der feine Mechanismus der Immuntoleranz gestört, resultieren die schweren Krankheitsbilder der Autoimmunkrankheiten oder Immunopathien, die gelegentlich als Folge pathologischer Thymusveränderungen beobachtet werden, meist jedoch ätiologisch unklar bleiben. In solchen Fällen sowie bei homologen Organtransplantationen ist

es das therapeutische Ziel, die an sich sinnvollen und sonst lebenserhaltenden, hier jedoch unerwünschten Abwehrreaktionen zu hemmen. Für die immunsuppressive Therapie, die nunmehr gegen Lymphozyten gerichtet ist, stehen zunächst die Zytostatika zur Verfügung (Puri-Nethol, Imuran, Endoxan, Sanamycin).

Neuerdings wird auch heterologes Antilymphozytenserum erfolgreich angewandt. Eine weitere Möglichkeit ist die extrakorporale Dauerbestrahlung des peripheren Blutes, wobei die strahlenempfindlichen Lymphozyten selektiv geschädigt werden (eingehende Erfahrungen stehen noch aus).

Neue Perspektiven ergeben sich bei der Beurteilung und Behandlung bösartiger Geschwülste. Die immunologische Abwehr richtet sich nicht nur gegen exogene Aggressoren, sondern gleichermaßen gegen Körperzellen, die durch Mutation körperfremd geworden sind. Daß dennoch eine Tumorentstehung möglich ist, kann zwei Ursachen haben. Entweder ist die Antigenität des Tumors zu gering, als daß sie vom immunologischen System wahrgenommen werden könnte, oder das lymphatische System des Tumorträgers ist minderwertig und zu einer immunologischen Abwehrreaktion nicht in der Lage. Für beide Möglichkeiten existieren klinische Beweise. Die Konsequenzen für eine wirkungsvolle Tumorthherapie liegen theoretisch auf der Hand. Ist es in jedem Fall sinnvoll, das körpereigene immunologische Abwehrsystem bei Tumorpatienten durch Einsatz von Zytostatika zu zerstören? Unter der Annahme mangelnder Antigendifferenz zwischen Tumor und Organismus wäre eine immunologische Reaktion zu erreichen durch Reapplikation einer aus dem operativ entfernten Tumor gewonnenen Autovakzine. Geht man andererseits von der Vorstellung aus, daß das lymphatische System funktionell minderwertig sei, müßten Paare von Tumorträgern (die Gefahr der Tumorübertragung ist bei gesunden Personen zu groß) wechselseitig mit ihren Tumorstoffen sensibilisiert und ihnen anschließend ihre immunkompetenten Lymphozyten übertragen werden. Vorangehende vollständige Tumorexstirpation wäre in jedem Falle angezeigt, da große Tumormassen offenbar viele immunkompetente Zellen bzw. Antikörper zu binden imstande sind. Verschiedene Autoren berichten bisher über gewisse subjektive und objektive Besserungen. Weitere Versuche in dieser Richtung erscheinen erfolgversprechend.

Professor Dr. W. PRIBILLA, Berlin:

„Neue Erkenntnisse für die Differentialdiagnose der Anämien“

Neue Methoden der Biochemie und Isotopentechnik ermöglichen heute die sichere Differentialdiagnostik von Anämien, wobei zwei große Gruppen unterschieden werden; nämlich die aplastischen und die hämolytischen Anämieformen, je nachdem, ob eine Verminderung der Erythrozytenproduktion oder ein gesteigerter Erythrozytenabbau vorliegt. Am Beispiel der hämolytischen Anämien soll das diagnostische Vorgehen erörtert werden: Die Erythrozytenlebenszeit ist verkürzt, selbst eine Steigerung der Erythrozytenproduktion (erhöhte Retikulozytenzahl peripher und Vermehrung der Erythroblasten im Knochenmark) kann den vermehrten Abbau (Erhöhung des indirekten Bilirubins im Serum und des Urobilinogens im Harn) nicht voll kompensieren. Abstammung und Konstitution des Patienten, familiäres Vorkommen und frühzeitiges Auftreten sind wichtige Hinweise. Form der Erythrozyten sowie osmotische Resistenz spielen eine Rolle bei der Zuordnung der hämolytischen Anämie.

Die hereditäre Sphärozytose ist ein dominant vererbliches Leiden. Wegen eines Membrandefekts der Erythrozyten diffundiert vermehrt Natrium und somit auch Wasser hinein. Veränderungen der Form und Oberflächenstruktur sowie eine verminderte osmotische Resistenz sind die Folge und die Erythrozyten werden in der Milz aus dem Blut eliminiert. Bis in die Jugend reichender Ikterus, mäßiger Milztumor, Turmschädel, Unterschenkelgeschwüre und Cholelithiasis sind charakteristische Zeichen.

Bei der ebenfalls dominant vererblichen Thalassämie (minor und maior) handelt es sich um hypochrom-hämolytische Anämien, wobei man basophil punktierte Erythrozyten und Target-Zellen mit gesteigerter osmotischer Resistenz findet. Ursache dieses Leidens, das bei südländischen Gastarbeitern wesentlich häufiger gesehen wird als beim Mitteleuropäer, ist eine genetisch bedingte, quantitative Bildungsstörung des Eiweißanteils des Hämoglobinemoleküls, was elektrophoretisch nachgewiesen werden kann. Ein qualitativer Defekt des Hämoglobins ist Ursache der Hämoglobinopathien. Im Globinmolekül ist an irgendeiner Stelle eine Aminosäure ausgetauscht oder kann sogar fehlen. Auch hier liegen Erbkrank-



NERVO-OPT®

beruhigt die Nerven und bringt erquickenden Schlaf

OP zu 200 ccm
OP zu 50 Drogees

DR. BRAUN U. HERBERG BAD SCHWARTAU



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



Prof. Dr. H. Begemann
München



Prof. Dr. W. Pribilla
Berlin



Dr. J. Rastetter
München

heiten vor, deren Krankheitswert jedoch recht unterschiedlich ist, je nachdem, ob das Gen homozygot oder heterozygot vorkommt und ob ein Aminosäureaustausch in der Lage ist, die Stabilität der Hämoglobinstruktur zu stören. Die Sichelzellenanämie gehört hierher sowie hämolytische Anämien, bedingt durch das instabile Hämoglobin Köln, Zürich oder Seattle u. a.

Wird im Erwachsenenalter erstmals eine hämolytische Anämie festgestellt, so muß an erworbene Formen gedacht werden. Aus noch unerklärlichen Gründen kann der Organismus gegen seine eigenen Erythrozyten Antikörper bilden, die mit serologischen Verfahren relativ leicht nachzuweisen sind. Symptomatische Formen der Autoantikörperbildung kennt man bei Krankheiten des lymphatischen Systems (chronische lymphatische Leukämie, Lymphogranulomatose) sowie bei den Kollagenkrankheiten und anderen durch immunologische Reaktionen unterhaltenen Krankheitsbildern (chronische Glomerulonephritis, chronische Hepatitis, LE). Fehlt ein derartiges Grundleiden, dann kann man bei positivem AK-Nachweis von einer idiopathischen Form einer erworbenen hämolytischen Anämie sprechen.

Therapeutisch denkt man bei hämolytischen Anämien immer an Milzentfernung. Sicher indiziert und erfolgversprechend ist die Splenektomie bei der hereditären Sphärozytose. Bei allen anderen Formen ist zunächst mit Hilfe der Isotopenmethoden zu prüfen, ob die Milz die mit Chrom 51 markierten Erythrozyten retiniert und zerstört. Sonst ist bei den erblichen hämolytischen Anämien keine entscheidende Therapie möglich. Bluttransfusionen sind im allgemeinen nicht nötig, der Patient ist an sein niedriges Hb-Niveau gewöhnt. Bei den erworbenen immunologisch bedingten hämolytischen Anämien ist bei den symptomatischen Formen das Grundleiden zu behandeln, bei den idiopathischen Formen kann oft eine eindrucksvolle Besserung durch die Gabe von Steroidhormonen erzielt werden. Die immunologischen Vorgänge werden dabei unterdrückt. Die Milzexstirpation ist meist, auf die Dauer gesehen, enttäuschend. Über Behandlungsergebnisse mit Immunsuppressiven Substanzen kann noch nichts Endgültiges ausgesagt werden.

Dr. J. RASTETTER, München:

„Neue Gesichtspunkte in Diagnostik und Therapie der Lymphogranulomatose“

Während der letzten Jahrzehnte ist ein kontinuierlicher Anstieg der Erkrankungsziffern an Lymphogra-

nuomatose zu verzeichnen. Das mittlere Lebensalter und das männliche Geschlecht sind bevorzugt. Die Diagnose ist leicht aus dem Lymphknoten-Punktat zu stellen. Erschwert wird die Diagnose, wenn bei klinischem Verdacht periphere Lymphknoten und röntgenologisch eine Mediastinalverbreiterung fehlen. Zwei sich gegenseitig ergänzende Untersuchungsmethoden haben sich hier bewährt: Lymphknotenszintigraphie und Lymphangioadenogramm.

Bei der Lymphknotenszintigraphie wird radioaktives Gold in kolloidaler Form zusammen mit Hyaluronidase und Novocain subkutan in den Fußrücken injiziert. Nach frühestens 2, spätestens 24 Stunden erfolgt die szintigraphische Aufzeichnung als Photo-, Strich- oder Farbszintigramm. Der Befall des abdominalen Lymphsystems läßt sich graduell in zunehmender Vergrößerung der Speicherungsbezirke mit immer stärker aufgelockerter Speicherungsaktivität erkennen. Schließlich sieht man bei weiterem Fortschreiten einen nahezu völligen Aktivitätsverlust als Zeichen dafür, daß die Lymphknoten total von pathologischem Gewebe durchsetzt sind.

Zur Durchführung des Lymphangioadenogrammes muß an beiden Fußrücken in ein freigelegtes Lymphgefäß Kontrastmittel injiziert werden. Hierbei erzielt man eine differenziertere Aussage über die Struktur der Lymphknoten. Bei fortschreitender Erkrankung sieht man die Vergrößerung der Lymphknoten und die zunehmende lakunenartige Auflockerung der Struktur. Auf diese Weise wurde bewiesen, daß zu Beginn der Erkrankung meist pelvine und para-aortale Lymphknotenschwellungen vorliegen, entgegen den bisherigen Behauptungen, die Lymphogranulomatose beginne in der oberen Körperregion.

Von großer Bedeutung für Diagnose, Verlauf und pathogenetische Überlegungen ist der für die Lymphogranulomatose typische immunologische Defekt. Daraus resultieren die häufigen komplizierenden Infekte. Die Abschwächung bis Aufhebung der immunologischen Reaktion vom verzögerten Typ, z. B. Tuberkulinreaktion, ist bei der Lymphogranulomatose ein charakteristischer Befund. Um von vorhergehenden Sensibilisierungen unabhängig zu sein, wird die Allergie vom verzögerten Typ mit einer Fremdschubstanz (Dinitrochlorobenzol) geprüft. Gesunde Personen lassen eine positive Hautreaktion erwarten, Patienten mit Lymphogranulomatose hingegen zeigen, je nach Aktivität ihrer Erkrankung, eine mehr oder weniger ausgeprägte bis

zur Anergie reichende Abschwächung der Hautreaktion. Die Bedeutung dieser Hautteste bei der Verlaufsbewertung ist unumstritten. Die Ursache des Immundefektes ist unbekannt. Die bei der Lymphogranulomatose bekannte Lymphopenie ist sicher nicht dafür verantwortlich zu machen. Wesentlicher ist die Tatsache, daß Lymphozyten von Lymphogranulomatose-Kranken in der Kultur nach AG-Stimulation eine Transformation zu „Blastenzellen“ vermissen lassen. Die Funktion der Lymphozyten ist gestört, transferierte Lymphogranulomatose-Lymphozyten reagieren nicht in der bekannten Weise, ein Defekt an den lymphatischen Zellen ist zu diskutieren.

Von allen malignen Erkrankungen spricht die Lymphogranulomatose am besten auf die therapeutischen Versuche an. Die Behandlung mit ionisierenden Strahlen steht immer noch an erster Stelle. Die Einführung der Megavolttherapie mit großer Tiefenwirkung bei geringer Hautbelastung macht sämtliche isolierten Drüsengruppen zugänglich. Bei ausreichender Strahlendosis am Herd (4000 R) ist ein lokales Rezidiv ausgeschlossen.

In den letzten Jahren wurde die prophylaktische Bestrahlung der noch nicht sichtbar befallenen Lymphknoten propagiert. Nach Möglichkeit sollten sämtliche Lymphknoten mit der Herdvernichtungsdosis bestrahlt werden. Wegen der Knochenmarkschädigung muß dieses Vorgehen fraktioniert erfolgen. Abgesehen von der Fragwürdigkeit des Weiterlebens mit einem vernichteten lymphatischen System, sind die vorläufigen Ergebnisse bezüglich der Progredienz der Erkrankung günstig. Bei Generalisierung des Prozesses ist die zytostatische Therapie unumgänglich. In den letzten Jahren haben sich Natulan und Velbe bewährt, wenn andere Zytostatika keine Wirkung mehr zeigten. Neue Behandlungsprinzipien, wie hochdosierte Stoßtherapie mit Endoxan oder die Kombination mehrerer zytostatisch wirksamer Substanzen, scheinen gewisse Vorteile mit sich zu bringen. Vorgeschlagen wird die Kombination Velbe (wöchentlich ca. 8,4 mg iv.) mit Leuceran (täglich 5 mg oral) oder Stickstofflost mit Vincristine, Methylhydrazin und Prednison. Während Lost und Natulan vorwiegend die DNS-Synthese blockieren, beeinflusst das Actinomycin den RNS-Stoffwechsel, Velbe und Colchicin führen zur Mitosehemmung. Auf diese Weise gezielte und zum geeigneten Zeitpunkt eingesetzte Zytostatika lassen noch bessere Behandlungsergebnisse erwarten.

Professor Dr. H. BRAUNSTEINER, Innsbruck:

„Fortschritte in der Zytochemie der Blutdiagnostik“
Zytochemische Untersuchungen an Blutzellen erbrachten nicht nur neue Erkenntnisse über deren Funktion, sondern lieferten auch wichtige diagnostisch verwertbare Hinweise. Die alkalische Leukozytenphosphatase (ALP) ist im peripheren Blut nur in segment- und stabkernigen Neutrophilen nachweisbar. Ihre Fermentaktivität, die durch verschiedene braune Farbtintensität innerhalb der Zellen von Stärke 0—5 klassifiziert wird, weist bei bestimmten Erkrankungen charakteristische Veränderungen auf: Die chronische Myelose zeigt eine stark erniedrigte ALP-Aktivität. Die große Masse der Neutrophilen ist fermentnegativ, daneben finden sich vereinzelt sehr stark positive Zellen, die wahrscheinlich normalen Zellen mit reaktiv gesteigerter Aktivität entsprechen dürften. Hohe ALP-Werte werden im akuten Schub einer chronischen Myelose und bei akuten Leukosen nachgewiesen. Die Bestimmung der ALP erleichtert in Zweifelsfällen doch recht erheblich die Differentialdiagnose zwischen chronischer Myelose und Osteomyelosklerose, die wohl die höchste ALP-Aktivität aufweist. Ein niedriger ALP-Index findet sich weiterhin bei der paroxysmalen nächtlichen Hämoglobinurie um so ausgeprägter, je deutlicher das Hämolyse-syndrom in Erscheinung tritt. Eine Senkung der ALP-Werte ist auch beim PFEIFFER-schen Drüsenfieber bekannt, was die Differentialdiagnose zur akuten Leukämie erlaubt. Außerdem ist die ALP-Rate erniedrigt bei der Hepatitis und bietet eine differentialdiagnostische Möglichkeit zum Verschlussikterus mit erhöhter ALP-Aktivität. Erhöhte ALP-Werte finden sich neben der Osteomyelosklerose und -fibrose auch bei generalisierten Retikulosen, Morbus Hodgkin, Agranulozytose und Panmyelophthase. Bakterielle Infekte gehen in der Regel mit einem erhöhten Index einher, Virusinfekte verhalten sich unterschiedlich. Die Polycythämia vera ist meist durch einen sehr hohen ALP-Index gekennzeichnet, was sie von den sekundären Polyglobulien abgrenzen läßt. Kortison, ACTH, Östrogene, Pyrifin steigern die ALP-Aktivität, desgleichen ist ein Ansteigen in der Schwangerschaft bekannt.

Die Esterasen sind nach entsprechender chemischer Reaktion als blaue Granula reichlich in Retikulumzellen und Monozyten nachweisbar, was zur Vermutung genetischen Zusammenhangs beider Zellformen führte. Dem steht entgegen, daß die Esterase-Aktivität in den Monozyten leicht hemmbar ist, was bei den Retiku-



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

Dismenol

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

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



Prof. Dr. H. Braunsteiner, Innsbruck



Dr. G. Martz
Zürich

lumzellen nicht in gleicher Weise gelingt. Zur Unterscheidung der monozytären von den neutrophilen Vorstufen im Knochenmark ist weiterhin der Nachweis der Naphthol-ASD-Chlorazetat-Esterase von Nutzen, die sich nur in den Zellen der neutrophilen Reihe und in den sehr seltenen Knochenmark-Mastzellen findet. Aufgrund dieser Zellmerkmale hat man durch Hautfensterversuche bestätigen können, daß Monozyten nach einer akuten neutrophilen Exsudationsphase in das Gebiet des Entzündungsablaufes einwandern und sich unter Aktivierung des aeroben oxydativen Stoffwechsels und Hypertrophie des lysosmalen Apparates in Makrophagen umwandeln.

Bei der Differenzierung von Stammzellenleukämien leistet die PAS-Reaktion einen wertvollen Beitrag: Zellen der chronischen Lymphadenose sowie der akuten lymphatischen Leukämie sind durch PAS-positive, also polysaccharidhaltige Granula im Zytoplasma gekennzeichnet, die kreisförmig um den Kern lokalisiert sind. Die Zellen der akuten myeloischen Leukämie lassen eine positive PAS-Reaktion kaum erkennen. Hier kommt es bei schon geringer Differenzierung zum Auftreten sudanschwarz-positiver Phospholipide. Außerdem spricht die Naphthol-ASD-Chlorazetat-Esterase für die Ausdifferenzierung in Richtung myeloischer Reihe.

Dr. G. MARTZ, Zürich:

„Grundsätze für Behandlung und Verlaufsbeobachtung von Leukosen“

Die Wirkung von Purinantagonisten, Kortikosteroiden, alkylierenden Substanzen, Alkaloiden, Antibiotika usw. bei den verschiedenen Leukämiearten ist erwiesen. Für den Verlauf einer Leukämie ist aber auch die Beherrschung der Komplikationen — Infektion, Hämorrhagie, Harnsäureüberschwemmung — entscheidend. Wegen der Nebenwirkungen der leukämieaktiven Medikamente ist in jedem Einzelfall die Indikation zur Behandlung streng zu stellen. Für den Einsatz von Zytostatika spricht die Möglichkeit einer Vollremission bzw. Heilung (akute kindliche Leukämie). Anders ist die Situation bei der unreifzelligen Erwachsenenleukämie und bei der chronischen Lymphadenose, wo man sehr oft die Prognose nicht verbessern kann und eher zu toxischen Komplikationen Anlaß gibt. Um große Behandlungsergebnisse nutzbringend auswerten zu können, wird die Forderung nach einheitlicher und eindeutiger Nomenklatur erhoben, die graphische Darstellung des Krankheitsverlaufs in Abhängigkeit zur Therapie erleichtert die Beurteilung. Psychologische

Aspekte sind bei der Leukämiebehandlung zu berücksichtigen. Jeder Leukämiepatient sollte prinzipiell seine Krankheit kennen — nicht unbedingt unter der Bezeichnung „Leukämie“ — und bezüglich der therapeutischen Möglichkeiten und Chancen informiert sein. Dies sind die Voraussetzungen für die wichtige Kooperation des Patienten, der auch ein gutes Vertrauensverhältnis zu seinem Arzt haben muß. Ideal wären Behandlungszentren, da dort durch die hohe Fallzahl die größte Erfahrung bezüglich der zytostatischen Wirksamkeit gesammelt werden kann und die nötigen Einrichtungen zur Überwachung des Krankheitsverlaufs bzw. Therapieerfolges vorhanden sind.

Behandlungsprinzipien bei den wichtigsten Leukämieformen:

Bei der *chronisch-lymphatischen Leukämie* gilt der Grundsatz, erst dann zu behandeln, wenn vergrößerte Lymphknoten und Organe zu mechanischen Störungen geführt haben (lokale Bestrahlung) oder eine beträchtliche Anämie oder Thrombopenie aufgetreten ist (Kortikoidtherapie mit 50—100 mg Prednisolon). Der zu Therapiebeginn häufig zu beobachtende Anstieg der Lymphozyten im peripheren Blut ist Folge einer massiven Ausschwemmung. Die Infektanfälligkeit als Ausdruck eines Antikörpermangelsyndroms spricht gut auf γ Globuline an.

Die *chronisch-myeloische Leukämie* macht im allgemeinen schon sehr frühzeitig Beschwerden und erfordert alsbaldige Behandlung. Die Chemotherapie mit Myleran (4—6 mg/Tag) wird der Strahlentherapie mit radioaktivem Phosphor vorgezogen. Die Vermeidung der gefährlichen Harnsäurebildung geschieht durch den Xanthin-Oxydasehemmer Allopurinol. Bei auftretender Thrombopenie empfiehlt es sich, Myleran durch Endoxan zu ersetzen. Nach eingetretener Remission ist der Versuch der Behandlungsunterbrechung erlaubt, die Remission hält oft jahrelang an, bis schließlich die Patienten häufig einem akuten Myeloblastenschub erliegen.

Die Therapieresultate der *akuten myeloischen Leukämie* beim Erwachsenen sind erfahrungsgemäß sehr schlecht. Trotz zytologischer Unreife, Anämie, Thrombopenie und Leukopenie werden solche Leukosen nicht selten erstaunlich gut und lange ertragen. Erst bei Progredienz ist ein therapeutisches Eingreifen nötig. Üblich, aber wenig effektiv, war bisher die Gabe von 6-Mercaptopurin (Purinethol) und/oder Prednison. Neuerdings bewährt sich die Kombination von Vincristin/Amethopterin/6-Mercaptopurin/Prednison (30% Remissionen). Ein Pyrimidinantagonist (Cytosin-Arabinosid) hat sich in Einzelfällen als wirksam erwiesen (14% Remissionen). Mit einem aus Streptomyceskulturen extrahierten Antibiotikum — Daunomycin oder Rubidomycin — hat man ein äußerst wirkungsvolles (50% Remissionen), aber hoch toxisches (Übelkeit, Erbrechen, Markaplasie, irreversible Herzinsuffizienz) Zytostatikum entdeckt. Kortikosteroide allein sind kontraindiziert.

In der Behandlung der *akuten lymphatischen Leukämie*, hauptsächlich bei Kindern, sind in den letzten Jahren die größten Fortschritte zu verzeichnen. Die mittlere Überlebensdauer ist von einem auf zwei Jahre angestiegen. Es werden Medikamente unterschied-



Die
**Sulfonamid-Harnstoff
Kombinationstherapie
mit
Jacosulfon**

Allgemein:
Fistel und
Gengeiterungen

Indikationen

Alle eitrigen Wunden und Verletzungen Alle Pyodermien Impetigo contagiosa Ekzeme Furunkel Karbunkel Infektionsprophylaxe bei Verletzungen Brandwunden Fissuren u. Rhagaden Röntgenstrahlenschäden Pemphigus	Intertrigo Wundsein der Säuglinge Schweißdrüsen- abszesse Mastoiditis Mamillienrhagaden Operationswunden Mundausschlag Ulcus cruris Strophulus infantum Phlegmonen Exantheme Abszesse	Balanitis erosiva Herpes Folliculitiden Akne vulgaris Akne necrotica Seborrhoisches Ekzem Neurodermitis Sykosis non parasitaria Congelationen Schelden-Damrrisse Partioerosionen Unspez. Fluor (Vaginaltamponade)
---	--	--

Pilzkrankungen der Haut
(Unguentum u. Pulvis im Wechsel)





Augen:
Bakteriell bedingte
Lid-, Bindehaut-
und Hornhaut-
entzündungen
Dekryocytitis
Hordeolum,
Chelation
Ulcus corneae
serpens

Indikationen

Unspez. Fluor
Partioerosionen
diff. Kolpitis
Vaginitle
Trichomonadenkolpitis
sowie alle anderen
entzündlichen und
infektiösen Erkrankungen
der Vaginelschleimhaut



Hals - Nasen - Ohren:
Akute und chronische Rhinitis
Entzündung im Vestibulum
des Septum
Schrunden des Introitus nasi
Septumbezoese, Polypen
Heuschnupfen
Entzündung d. Nebenhöhlen pp.
Otitis media, Otitis externe
Ekzem des Gehörganges
Herpes, Ekzeme, Otonomycoele
Ohrschmelzpropt
Anginen
Chronische Eiterungen der
Rechenmendei
(Tornweltsche Krankheit)
Aphthee, Erysepel.



Jacopharm
Arzneimittelfabrik
gegr. 1929
Hamburg-Schenefeid

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! Schaffen 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*



LANDESPAUSPARKASSE

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

den, die eine Remission induzieren (Prednison, Vincristin), und solche, die eine erreichte Remission unterhalten (Amethopterin, 6-Mercaptopurin). 84% Remissionen werden bei der kombinierten Anwendung von Vincristin und Prednison erzielt. Zur Erhaltung der Remission ist es offenbar bedeutungsvoll, zweimal wöchentlich hochdosiert Methotrexat zu injizieren, im Gegensatz zur bisher üblichen niedrig-dosierten peroralen Medikation. Auch symptomlose Patienten sind in der Remissionsphase weiterzubehandeln.

Ausgehend von der Arbeitshypothese, daß auch die menschliche Leukämie durch ein Virus hervorgerufen wird, bemüht man sich um die Entwicklung einer Leukämievakzine. Sicher werden zur Eliminierung des leukämogenen Faktors (Virus?) immunologische Methoden eingesetzt werden müssen. Deshalb wird heute intensiv nach immunologischen Abwehrmechanismen bzw. deren Stimulierungsmöglichkeiten gesucht (z. B. BCG-Impfung, Lymphozytenübertragungen). Ein neues Wirkungsprinzip zeigt die L-Asparaginase. Leider stehen die notwendigen Mengen nicht zur Verfügung. Gewisse Tumorzellen können im Gegensatz zu normalen Zellen Asparagin nicht selbst herstellen und müssen es aufnehmen, was die Asparaginase vereitelt. Mit der Einführung von Leukozytentransfusionen ist wohl in nächster Zeit zu rechnen, was einen wichtigen Fortschritt in der Bekämpfung von leukämie- oder therapiebedingter Markaplasie darstellt. (Schluß folgt)

Bayerische Landesimpfanstalt 1903—1968

Bei dem letzten Kolloquium in der Bayerischen Landesimpfanstalt „Neue Forschungsergebnisse der Immunbiologie“ (Professor Dr. Bonin, Frankfurt/M.), kam ein wohl einmaliges Zusammentreffen der Leiter der Impfanstalt seit 1903 zustande:



Von links nach rechts:

- Professor Dr. Gerhard Weber (1938—1948)
- Professor Dr. Alfred Groth (1903—1938)
- Professor Dr. Aibert Herrlich (1948—1967)
- Professor Dr. Helmut Stickl (seit 1. 4. 1967)

Des 90. Geburtstages von Herrn Professor Groth wurde 1966 im „Bayerischen Ärzteblatt“ gedacht.

Die Teilnahme der früheren Impfanstaltsleiter an dem heutigen Kolloquium des Institutes bezeugt ihre traditionelle Verbundenheit und das wissenschaftliche Interesse am heutigen Leben des Institutes.

Der Prozeß gegen den französischen „Wunderheiler“ Mességué

Wie bekannt, hat Mességué, der sich „Wunderheiler aus Paris“ nennen läßt, in einem Zivilprozeß von Herrn Dr. Reichstein die Zurücknahme folgender in einer Sendung des Zweiten Deutschen Fernsehens aufgestellten Behauptungen verlangt:

- „1. Der Kläger habe behauptet, sogar schwerste Erkrankungen mit seiner Methode heilen zu können;
2. in einem Fall eines Bronchialkrebses habe der Kläger behauptet, mit Fußbädern, Handbädern mit seinen Pflanzenextrakten und mit einer Diätanweisung Heilung bringen zu können;

und folgende Behauptungen nicht aufrechtzuerhalten:

3. Wir warnen vor diesen Wunderheilern, wir warnen vor Herrn Mességué, der sich auch Wunderheiler nennen läßt;
4. auch er macht Geschäfte mit der Angst der Menschen, mit der Angst vor Krankheiten, mit der Angst vor dem Tod;
5. er verkauft für teures Geld wertlose, wäßrige Pflanzenextrakte, die gegen alle möglichen Erkrankungen Hilfe, ja sogar Heilung bringen sollen;
6. richtig ist aber auch, daß er und andere trügerische Hoffnungen erwecken und makabre Geschäfte mit der Angst und der Hoffnung kranker Menschen machen.“

Im Laufe des Prozesses hat Herr Mességué dann alle Klagepunkte bis auf den zweiten zurückgenommen. Im Urteil des Landgerichts München I wurde dann Herrn Dr. Reichstein aufgegeben, die Behauptung, „in einem Fall eines Bronchialkrebses habe der Kläger (Mességué) behauptet, mit Fußbädern, Handbädern mit seinen Pflanzenextrakten und mit einer Diätanweisung Heilung bringen zu können“, zurückzunehmen, da Herrn Mességué eine positive Kenntnis von der Krebserkrankung des inzwischen an Bronchialkrebs Verstorbenen bei der Abgabe seines Heilungsversprechens nicht bewiesen werden könne.

Gegen dieses Urteil hat Herr Dr. Reichstein Berufung zum Oberlandesgericht München eingelegt.

42. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

Thema:

Der Kopf als Leidensorgan

vom 27. bis 29. September 1968

Benzoderm

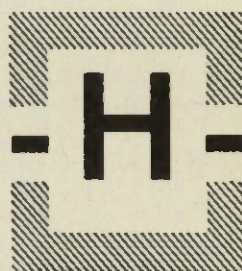
die
Mykosetherapie
die Hand
und Fuß



hat

Benzoderm[®] -H-

mit Hydrocortisonacetat



bei akut entzündl.

Dermatomykosen,

superinfizierten


Dermatitiden,

ekzem. Mykosen,

näss. Ekzemen

Benzoderm-H-Salbe

Tube mit 20 ml

 Arzneimittelwerk Hüls Dr. Albin Hense 4153 Hüls

Dringlich zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

Oberbayern

Erding: 1 Allgemeinpraktiker

Langengeisling, Lkr. Erding: 1 Allgemeinpraktiker

Tittmoning, Lkr. Laufen: 1 Allgemeinpraktiker

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

Oberfranken

Enchenreuth, Lkr. Stadtsteinach: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Kulmbach: 1 Allgemeinpraktiker

Leupoldsgrün, Lkr. Hof: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Marktrechwitz: 1 Allgemeinpraktiker

Memmelsdorf, Lkr. Bamberg: 1 Allgemeinpraktiker

Schönwald, Lkr. Rehau: 1 Allgemeinpraktiker

Sparneck, Lkr. Münchberg: 1 Allgemeinpraktiker

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

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

Oberpfalz

Amberg: 1 Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten

Beratzhausen: 1 Allgemeinpraktiker

Erbendorf: 1 Allgemeinpraktiker

Mittertelch: 1 Allgemeinpraktiker

Neumarkt: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

Pressath: 2 Allgemeinpraktiker

Regensburg: 1 Facharzt für Kinderkrankheiten

Roding: 1 Allgemeinpraktiker

Schwandorf: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

Sulzbach-Rosenberg: 1 Allgemeinpraktiker

Vobenstrauß: 1 Allgemeinpraktiker

Waldershof: 1 Allgemeinpraktiker

Waldthurn: 1 Allgemeinpraktiker

Weiden: 1 Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten

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

Niederbayern

Frauenau, 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, nahe bei Passau gelegen, hat ca. 3100 Einwohner und ein Einzugsgebiet mit ca. 8750 Einwohnern. Die zu besetzende Kassenarztstelle wurde durch Tod des Praxisinhabers frei. Zwei weitere Praktische Ärzte sind am Ort niedergelassen. Der verstorbene Kollege rechnete rund 1000 Krankenscheine ab. 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.

Kötzing (Bayer. Wald): 1 Allgemeinpraktiker

Kötzing 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 Einwohnern. 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. Grafenau (Bayer. Wald): 1 Allgemeinpraktiker

In Schönberg kann die sehr umfangreiche Allgemeinpraxis eines Kollegen, der in den Ruhestand tritt, mit voller Praxisrichtung übernommen werden. Außerdem kann das Praxishaus 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

Dürrwangen: 1 Allgemeinpraktiker

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

Scheinfeld: 1 Allgemeinpraktiker

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

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

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

Weidenbach-Triesdorf, Lkr. Feuchtwangen: 1 Allgemeinpraktiker

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

Wendelstein, Lkr. Schwabach: 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um einen Kassenarztsitz, der nur mit zwei Ärzten mit übergroßen Praxen besetzt ist.

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

Schwaben

Asbach-Bäumenheim, Lkr. Donauwörth: 1 Allgemeinpraktiker

Praxisaufgabe steht bevor.

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.

Markt Wald, Lkr. Mindelheim: 1 Allgemeinpraktiker
Praxisaufgabe steht bevor.

Mering, Lkr. Friedberg: 1 Allgemeinpraktiker
Praxisvorgänger ist verstorben.

Weicherling, 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. Alzenau: 1 Allgemeinpraktiker

Wildbecken/Rhön: 1 Allgemeinpraktiker

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

Thiersch-Preis 1968 verliehen

Dem Privatdozenten Dr. med. Fritz LAMPERT, Wissenschaftlicher Assistent an der Erlanger Universitäts-Kinderklinik, wurde am 20. 6. 1968 der vom Universitätsbund Erlangen-Nürnberg e. V. gestiftete und mit DM 1000,— dotierte Thiersch-Preis 1968 von der Medizinischen Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg für seine Habilitationsschrift „Quantitative Cytologie der akuten Leukämie im Kindesalter: Interferenzmikroskopische, cytophotometrische und cytogenetische Untersuchungen“ verliehen.

Der Preis war für diejenige Habilitationsschrift des Jahres 1967 bestimmt, die sich außer ihrem wissenschaftlichen Rang durch besondere Prägnanz der Darstellung ausgezeichnet.

Beschlüsse des Kammervorstandes

Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer hat in seiner letzten Sitzung am 6. 7. 1968 u. a. folgende Beschlüsse gefaßt:

21. Bayerischer Ärztetag 1968

Der 21. Bayerische Ärztetag findet vom 11. mit 13. Oktober 1968 in Bad Kissingen statt.

Tagesordnung

1. Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer
2. Rechnungsabschluß 1967 und Voranschlag 1969
3. Entwurf einer Weiterbildungsordnung
4. Entwurf einer Berufsordnung für die deutschen Ärzte
5. Benennung eines Nachfolgers für den verstorbenen Stellvertreter des nichtrichterlichen Beisitzers des Landesberufsgerichts für die Heilberufe beim Bayerischen Obersten Landesgericht, Herrn Dr. Hermann Biekel, Augsburg
6. Wahl des Tagungsortes des 22. Bayerischen Ärztetages 1969

Ausschuß „Sanitätswesen der Bundeswehr“

Der Vorstand hat für Fragen des Sanitätswesens der Bundeswehr einen Ausschuß gebildet, dem folgende Herren angehören:

Vizepräsident Dr. Gustav S o n d e r m a n n, Emskirchen
Dr. Friedhelm Otto, Schrobenhausen
Dr. Dr. Helmut Wendelstein, Ansbach

Erziehungsbeihilfen für Arzthelferin-Lehrlinge

Der Vorstand hat mit Wirkung vom 1. 9. 1968 folgende neue Erziehungsbeihilfen für Arzthelferin-Lehrlinge als Empfehlung beschlossen:

1. Halbjahr	DM 85.—	4. Halbjahr	DM 130.—
2. Halbjahr	DM 100.—	5. Halbjahr	DM 145.—
3. Halbjahr	DM 115.—	6. Halbjahr	DM 160.—

Feststellungsbeschuß

betr. Ankündigungen des Arztes

Der Vorstand hat folgendes beschlossen:

„Bei allen Ankündigungen von Ärzten (Schilder, Briefbogen, Anzeigen der Niederlassung und Abwesenheit) gelten die Vorschriften des § 22 Abs. 1 der Berufsordnung ausnahmslos.“

Der Vorstand hat mit diesem Beschluß noch einmal betonen wollen, daß bei der Ankündigung einer Praxiseröffnung Hinweise auf die bisherige berufliche Tätigkeit unstatthaft sind.

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

Therapie der Erkrankungen der Leber und der Gallenwege Therapie der peripheren arteriellen und venösen Durchblutungsstörungen Wohlbstand 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.

PERSONALIA

Emil Karl Frey zum 80. Geburtstag



Wenn Professor Dr. med. Dr. rer. nat. h. c. Emil Karl FREY am 27. 7. 1968 seinen 80. Geburtstag begeht, so gedenken seiner verehrungsvoll und dankbar nicht nur seine unmittelbaren Schüler und seine Freunde, die deutschen Chirurgen und zahlreichen Fachkollegen in aller Welt, sondern auch die gesamte deutsche Ärzteschaft und unter ihnen im besonderen die bayerischen Ärzte. Was sind die Kräfte und wägbaren und unwägbaren Faktoren, die die einmalige, jeden in ihren Bann ziehende Persönlichkeit von E. K. FREY geprägt haben?

In dem bayerisch-schwäbischen Städtchen Kaufbeuren zur Welt gekommen, war ihm dort und später in München zunächst das Elternhaus kulturelles Vermächtnis und förderte die Entwicklung seiner eigenen geistigen und musischen Neigungen. Aber auch das humanistische Gymnasium, eine Bildungsanstalt, die heute schwerer Kritik unterzogen wird, formte E. K. FREY in der Jugend und legte die Grundlagen für sein medizinisches Studium und sein späteres Wirken als mitempfindender Arzt, ideenreicher Forscher und Chirurg und als weitblickender, verständnisvoller akademischer Lehrer.

Seine Studienjahre verbrachte FREY in München, wo ihn bedeutende Lehrer der vorklinischen und klinischen Fächer in der Glanzzeit der medizinischen Fakultät fesselten und das ihn zugleich als Kunst- und Musikstadt anzog — auch sie damals in einer Zeit kultureller Blüte.

Nach seiner Approbation 1913 und seiner Promotion mit einer Arbeit über ein praktisch sehr wichtiges chirurgisches Thema, das ihm der bekannte Münchener Chirurg KRECKE gestellt hatte, arbeitete FREY zunächst in Bremen am Pathologischen Institut und auf der inneren Abteilung der dortigen Krankenanstalten, um dann an die Privatklinik Krecke zurückzukehren, deren ärztlich-chirurgische Art ihm adäquat erschien.

Der erste Weltkrieg unterbrach zwar seine reguläre Ausbildung in der Friedenschirurgie, aber er konnte im Feld unter gänzlich veränderten Umständen seine chirurgische Tätigkeit fortführen. Aus dem Krieg mit vielseitigen Erfahrungen in der Verletzungschirurgie zurückgekehrt, wurde FREY Assistent bei SAUERBRUCH, der kurz vorher den Lehrstuhl für Chirurgie in München übernommen hatte. Schon während des Krieges (1916) veröffentlichte FREY eine vielbeachtete Arbeit, in der er im Gegensatz zur damaligen Auffassung den primären Wundverschluß bei Schußverletzungen des Gehirns zur Verhütung des Gehirnprolapses empfahl. Sie zeugt bereits von FREYs selbständigem und kritischem wissenschaftlichem Denken. Der Drang zum Forschen, zum Aufklären bisher unbeachteter Probleme beherrschte den jungen Sauerbruch-Assistenten an der damals fortschrittlichsten chirurgischen Klinik in besonderem Maße. Es entstanden eine Reihe von Veröffentlichungen und schon 1924 seine Habilitationsschrift „Versuche über die Art des Herzschlages und die Herznervenwirkung“, die sogar die Anerkennung des Herz-Papstes in der Physiologie, Otto FRANK, fand. In jener Zeit (nach 1925) begannen auch seine Untersuchungen gemeinsam mit dem WILLSTÄTTER-Schüler KRAUT über eine von FREY zunächst aufgrund einfacher Versuche im Harn vermutete unbekannte Substanz — sie wurde von KRAUT als F-Stoff (Frey-Stoff) bezeichnet —, die als ein Herz- oder Kreislaufhormon angesehen wurde. Wenn auch heute dem daraus entwickelten Kallikrein (Padutin) in der Behandlung von Durchblutungsstörungen nicht mehr die frühere Bedeutung zukommt, so wurde doch mit diesen Arbeiten der Forschung ein Neuland eröffnet, auf dem es später unter der Mitwirkung von WERLE, der seit 1928 der Arbeitsgruppe FREY-KRAUT angehörte, zu der Entdeckung der Proteasen-Inhibitoren kam; vor allem der polyvalente Kallikrein-Trypsin-Inhibitor (Trasylol) hat sich in der Behandlung der Pankreatitis, des Schocks und der mit Fibrinshawund einhergehenden Blutungsneigungen bewährt.

Mit seinem Lehrer siedelte FREY, schon zum profilierten Chirurgen herangereift, 1927 als dessen rechte Hand nach Berlin an die Charité über, wo ihn bei den unendlich vielen Verpflichtungen seines Chefs als Kliniker und Lehrstuhlinhaber in dieser Weltstadt die Neuorientierung und Lenkung der Geschicke der Klinik oblag. Trotz reichlicher Alltagsarbeit im Operationsaal, am Krankenbett und Hörsaal fand FREY aber doch die Zeit zu weiterer Forschung. So war es selbstverständlich, daß ihm bald (1930) die erste frei gewordene große Lehrkanzel, das Ordinariat an der Medizinischen Akademie in Düsseldorf, übertragen wurde.

Hier konnte sich FREY entfalten. Er bildete seinen eigenen Operationsstil, der durch ruhiges, überlegenes, klar anatomisches und gewebeschonendes Vorgehen gekennzeichnet war, und gründete eine Schule, aus der Chirurgenpersönlichkeiten wie BRONNER, HADLNER, VOSSSCHULTE, LOEWENECK, LÜDEKE, EHLERT, TAUBER, HARTENBACH u. a. hervorgehen

sollten. Bei aller Pflege der allgemeinen Chirurgie in Praxis und Forschung lag ein Schwerpunkt der Düsseldorfer Klinik auf der Fortentwicklung der Thoraxchirurgie. Als Frucht dieser Schaffensperiode und als Synthese zahlreicher Einzelarbeiten von ihm und seinen Schülern entstand die Monographie „Die Eingriffe des Herzens“, in der an der Schwelle einer noch nicht zu ahnenden neuen Epoche der Herzchirurgie der damalige Stand des Wissens souverän dargestellt war.

Diese äußerst fruchtbare wissenschaftliche und operative Tätigkeit FREYs in Düsseldorf wurde durch den zweiten Weltkrieg unterbrochen, in dem ihm als beratendem Chirurgen in der Heimat, aber auch an verschiedenen Kriegsschauplätzen zusätzlich große Arbeit und Verantwortung aufgebürdet wurde — galt FREY doch mit Recht neben SAUERBRUCH als die Autorität in der Behandlung von Brustschußverletzungen.

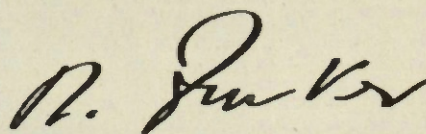
In einer besonders schweren Zeit (1943) übernahm FREY den chirurgischen Lehrstuhl in München. Damit kehrte er zurück an die Stätte seines ersten chirurgischen Wirkens und konnte anknüpfen an die Tradition seines Lehrers SAUERBRUCH. Zunächst waren FREY aber wichtige organisatorische Aufgaben gestellt. In der weisen Voraussicht, daß die Schrecken des Krieges, vor allem die Bombenangriffe noch nicht vorüber seien, verlegte FREY die Schwerekranken-Abteilungen seiner Klinik und den Hauptoperationsbetrieb in das abseits gelegene Tegernseer Schloß. In der Klinik in der Nußbaumstraße bot ein Operationsbunker Schutz und die Möglichkeit für Noteingriffe. So hat FREY unzähligen Kranken die Ängste überraschender Fliegerangriffe erspart und sie vor zusätzlicher Gefährdung bewahrt, wurde doch die Klinik in der Nußbaumstraße am 17. 12. 1944 größtenteils zerstört. Sie unmittelbar nach dem Krieg Schritt für Schritt wieder aufzubauen und in der unversehrt gebliebenen Dermatologischen Universitätsklinik zusätzlich Unterbringungs- und Behandlungsmöglichkeiten für Kranke und Verletzte zu gewinnen, war das vorrangige Bemühen von FREY, in dem er von seinen Mitarbeitern VOSSSCHULTE, EHLERT, LÜDEKE und TAUBER tatkräftig unterstützt wurde. Die Schwierigkeiten, die es dabei zu überwinden galt, muß man sich in das Gedächtnis zurückrufen, um die damalige Leistung FREYs zu ermessen. Wenn auch sein Plan des vollständigen Wiederaufbaues der Chirurgischen Klinik in der Nußbaumstraße, der auf FREYs Initiative schon

1946 vom Universitäts-Bauamt ausgearbeitet worden war, nicht verwirklicht wurde, so hatte doch FREY die Genugtuung, daß seine, wenn auch geteilte, Klinik von Jahr zu Jahr mehr wieder ein Zentrum moderner Chirurgie, eine besondere Stätte für hilfeschuchende Kranke und ein Sammelpunkt für die Fortbildung von Chirurgen und Ärzten wurde. Mit welcher Spannung haben wir doch die klinischen Vorstellungen FREYs auf der jährlichen Tagung der Bayerischen Chirurgen erwartet und verfolgt! —

1958, nach Vollendung seines 70. Lebensjahres, geehrt durch den Staat und nicht zuletzt auch durch die Studenten, die ihm einen Fackelzug darbrachten, übergab FREY seine Klinik und sein Lehramt in andere Hände. Sein Wirken in schwerster Zeit bleibt mit der Geschichte der Chirurgischen Klinik in München fest verbunden.

Physisch und seelisch wäre FREY trotz seiner gesunden Natur den an ihn gestellten außergewöhnlichen Anforderungen und so manchen Schwierigkeiten, die auch ihm nicht erspart blieben, in einer turbulanten Epoche unsere Geschichte nicht in diesem Maße gewachsen gewesen, hätte er nicht in seiner Familie und im Freundeskreis, aber auch im Genießen der Kunst, vor allem der Musik und der Literatur, und der Natur, sei es bei Wanderungen und Bergsteigen oder auf der Jagd und auf seinem Landgut, stets ausgleichende Entspannung und Erholung gefunden. Sie erhielten dieser einzigartigen überragenden Persönlichkeit die Harmonie ihres Wesens und die Güte ihres Herzens und ihres Sinnes, die für jeden Kranken so wohlwollend war, die aber auch jedem Arzt, der zu ihm kam, entgegenströmte.

Am heutigen Tag danken wir Ärzte, zu deren Sprecher ich mich machen darf, Emil Karl FREY für alles, was er uns war und ist, und wünschen, er möge noch viele Jahre der ausstrahlende Mittelpunkt seiner Familie, seiner Schüler und der deutschen Ärzte und Chirurgen bleiben.



R. Zenker - München

Für
Ihre
Magen-Patienten

ULCOLIND®

1/2 Packung 30 Tabletten
1/1 Packung 60 Tabletten



Lindopharm KG Hilden Rhld

schirmt überstielgerte vegetative Reize ab
Haloperidol

löst Spasmen im Verdauungs-
trakt und hemmt übermäßige
Sekretion

Diosoprominhydrochlorid

stellt an der
Magenschleimhaut
physiologische

Verhältnisse wieder her

Bismut. aluminum, Succus Liquiritiae

bedeutet gleich-
zeitige Leberschutztherapie

Cholin orotat

Bayerischer Verdienstorden für Ärzte

Der Bayerische Ministerpräsident, Herr Dr. h. c. Alfons GOPPEL, hat am 5. 6. 1968 u. a. mit dem Bayerischen Verdienstorden ausgezeichnet:

Professor Dr. Alfons LOB, Chefarzt des Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhauses, Murnau;

Professor Dr. Alfred WISKOTT, em. Ordinarius für Kinderheilkunde, München;

Dr. Otto ROSCHMANN, Präsident der Bayerischen Landeszahnärztekammer, Augsburg.

Steckkreuz des Bayerischen Roten Kreuzes für Ärzte

Der Bayerische Staatsminister des Innern, Herr Dr. Bruno MERK, hat das Steckkreuz für besondere Verdienste um das Bayerische Rote Kreuz u. a. verliehen an:

Dr. Herbert BREUER, Praktischer Arzt, Mainstockheim;
Dr. Ernst BRINGMANN, Facharzt für Chirurgie, Aichach;

Dr. August HACKER, Praktischer Arzt, Bad Kissingen.

Die Steckkreuze werden den Ausgezeichneten durch die Herren Regierungspräsidenten überreicht werden.

AUS DER GESCHICHTE DER MEDIZIN

Die Deutsche Universität in Prag

Von Dr. med. Walther Koerting, München

(Fortsetzung)

Geburtshilfe und Gynäkologie

Jungmann, Anton Ritter von (o): Prag.

Kiwisch, Franz von Rotterau (o): Prag — Würzburg — Prag.

Lange, Wilhelm (o): Prag — Innsbruck — Prag — Heidelberg.

Scanzoni, Friedrich Wilhelm (o): Prag — Würzburg.

Chiari, Johannes (o): Wien — Prag — Wien.

Seyfert, Bernhard (o): Prag.

Streng, Johann (o): Prag.

Weber, Ferdinand Ritter von Ebenhof: Prag — Lemberg — Prag.

Breisky, August (o): Prag — Salzburg — Bern — Prag — Wien.

Bandl, Ludwig (o): Wien — Prag.

Schauta, Friedrich (o): Wien — Innsbruck — Prag — Wien.

Rosthorn, Alfred Edler von (o): Wien — Prag — Graz — Heidelberg — Wien.

Quadrat, Josef: Prag.

Helly, Karl Edler von: Prag — Triest — Graz.

Saexinger, Johann von: Prag — Tübingen.

Kleinwächter, Ludwig: Prag — Innsbruck — Czernowitz.

Wertheim, Ernst: Prag — Wien.

Saenger, Max sen. (o): Leipzig — Prag.

Franque, Otto von (o): Würzburg — Prag — Gießen — Bonn.

Knapp, Ludwig: Prag.

Kleinhaus, Friedrich (o): Prag.

Schenk, Ferdinand: Prag.

Wagner, Georg August (o): Wien — Prag — Berlin.

Schmid, Hans Hermann: Prag — Reichenberg — Rostock.

Weibel, Wilhelm (o): Wien — Prag — Wien.

Knaus, Hermann Hubert (o): Graz — Prag — Wien.

Podleschka, Kurt: Prag — Mähr. Ostrau — Erlangen — Nürnberg.

IN MEMORIAM

Dr. med. Ludwig Sievers †

Die deutsche Ärzteschaft betrauert den Tod eines Arztes und Berufspolitikers, der sich in nahezu 50jähriger Tätigkeit um die Erhaltung eines freien deutschen Ärztestandes in höchstem Maße verdient gemacht hat.

Dr. med. Ludwig Sievers verstarb nach kurzer, schwerer Krankheit im Alter von 81 Jahren am 1. 7. 1968 in Hannover. Herr Dr. Ludwig Sievers war Ehrenvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und Träger der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft.

An der Gestaltung des Arztrechtes, besonders aber des Kassenarztrechtes, war Dr. Sievers bereits nach dem ersten Weltkrieg als damaliger geschäftsführender Arzt der ärztlichen Verbände in Niedersachsen maßgeblich beteiligt.

Auch nach seinem Ausscheiden aus der hauptamtlichen Tätigkeit stand er als Ehrenpräsident der Ärztekammer Niedersachsen und Ehrenvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung allen, die seinen Rat suchten, mit dem reichen Schatz des Wissens aus einem langen, erfolgreichen Wirken zur Verfügung.

„Die Lehrkanzel für Geburtshilfe und Frauenheilkunde in Prag bildete um die Mitte des 19. Jahrhunderts, ja noch bis in die 70er Jahre, eine der hervorragendsten Lehrstätten Europas. Ärzte aller Nationen sammelten sich hier in großer Zahl. Angelockt vor allem durch das reiche geburtshilfliche Material, welches in Österreich nur jenem an der Wiener Universität nachstand — und auch jetzt (Anm. 1898) nur jenem nachsteht — und durch eine Reihe von bedeutenden Lehrkräften, welche dieses große Material nicht nur für den Unterricht in eminenten Weise zu verwerten verstanden, sondern auch strebsamen in- und ausländischen Ärzten in liberalster Weise zur Verfügung stellten. Der Zudrang war zeitweilig, besonders in den 60er Jahren, ein solcher, daß . . . der akademische Senat genötigt war, eine Regelung zu treffen, um die ordentlichen Hörer der Medizin vor Benachteiligung zu bewahren. Die Prager Schule genoß einen derartigen Ruf, daß es für jeden, der die Absicht hatte, sich in Geburtshilfe eingehender spezialistisch auszubilden, eine notwendige Vorbedingung war, dieselbe besucht zu haben . . . Männer allerersten Ranges gingen aus dieser Schule hervor und wurden für das Fach geradezu tonangebend.“ (Prof. Dr. Alfons von Rosthorn in der Festschrift „Die Deutsche Karl-Ferdinands-Universität in Prag“ 1899.)

Mit seinem letzten Werk „Die deutschen Geburtshelferschulen, Bausteine zur Geschichte der Geburtshilfe“ (München, 1956) hat Prof. Dr. C. J. Gauß, em. Professor der Universität Würzburg, eine Fundgrube für jeden an der Geschichte der Medizin, insbesondere der Geburtshilfe und Frauenheilkunde Interessierten geschaffen¹⁷). Gauß stellte neun Geburtshelferschulen mit ihren Ahnherren und Schülern auf. Der Ahnherr der einen ist Anton Ritter von Jungmann (1775 — 1854). Gauß betont, es erscheine sehr interessant, wie sich einerseits die Prager Schule befruchtend auf Berlin ausgewirkt und andererseits ihren Einfluß bis in die Schweiz geltend gemacht hat.

Anton Ritter von Jungmann (geb. 19. 5. 1775 in Hudlitz bei Beraun in Böhmen, gest. 10. 4. 1854 in Prag) begann 1800 das Studium der Medizin an der Universität in

Prag. 1803 wurde er Magister der Geburtshilfe, 1805 Dr. med. 1808 supplierte er die Lehrkanzel für theoretische und praktische Geburtshilfe. 1811 wurde er Professor der Geburtshilfe. Er hielt Vorlesungen in deutscher und tschechischer Sprache. Die Zahl der Geburten stieg unter seiner Leitung (von 46 im Jahre 1789) auf 2367 im Jahre 1845. 1849 verfügte er bereits über ein Beobachtungsmaterial von 50 000 Geburtsfällen. Im Jahre 1850 erfolgte über sein eigenes Ersuchen die Versetzung in den Ruhestand. Schon als Student hatte er eine Entbindungskunde für Hebammen in tschechischer Sprache verfaßt. 1812 folgte ein zweibändiges „Lehrbuch der Geburtshilfe“ in deutscher Sprache und wenig später ein „Lehrbuch der Geburtshilfe für Hebammen“. 1824 erschien ein Werk „Das Technische der Geburtshilfe zum Gebrauche bei Vorlesungen über Operationen für Mediziner und Wundärzte“. Als Historiograph der medizinischen Fakultät verfaßte er eine in den „Medizinischen Jahrbüchern des österreichischen Kaiserstaates“ (Band 22) erschienene „Skizzierte Geschichte der medizinischen Anstalten an der Universität zu Prag“. In die letzten Jahre der Tätigkeit Jungmanns fällt die Errichtung einer gynäkologischen Poliklinik und Abteilung im k. k. Allgemeinen Krankenhaus in Prag. „Wenn auch im Anfange klein und von bescheidenem Umfang, so war doch diese Institution für die Entwicklung der Frauenheilkunde von großer Tragweite“ (Rosthorn, a. a. O.). Diese gynäkologische Klinik soll nach Rosthorn, eine der ersten Institutionen dieser Art gewesen sein. (In Wien entstand, nach Erna Lesky, 1843 eine eigene gynäkologische Station.)

Franz Kiwisch von Rotterau (geb. 30. 4. 1814 in Klattau in Böhmen, gest. 29. 10. 1851 in Prag) absolvierte die philosophischen und medizinischen Studien an der Prager Universität. 1837 wurde er zum Dr. med. und Dr. chirurg. und 1838 zum Magister der Geburtshilfe promoviert. Von 1838 bis 1840 war er Assistent der geburtshilflichen Klinik. Anschließend machte er mit F. v. Pitha eine Studienreise durch Frankreich, Deutschland, Dänemark und London. Er war dann im Sanitätsdienst u. a. als Kreiswundarzt eingesetzt. 1842 habilitierte er sich für Frauenkrankheiten an der Prager Universität und wurde Leiter der neu errichteten Abteilung für Frauenkrankheiten. 1845 wurde er als Nachfolger von J. S. d'Outrepoint als Professor der Geburtshilfe und Direktor der Gebäranstalt nach Würzburg berufen. „Die wenigen Jahre, welche ihm an der Julius-Maximilians-Universität zu wirken vergönnt waren, brachten ihm ein ungeheueres Ansehen, und er wurde bald der Lieb-

ling seiner Hörer, Kollegen und Kranken!“ (Rosthorn.) Als die Großfürstin Helena von Rußland ihn dazu bestimmen wollte, die Leitung der unter ihrem Schutze stehenden Gebäranstalten zu übernehmen, lehnte Kiwisch das Ansuchen beharrlich und wiederholt ab. Als Anerkennung für seine Standhaftigkeit wurde er zum kgl. bayerischen Hofrat ernannt. (Sticker in der „Entwicklungsgeschichte der Medizinischen Fakultät an der Alma Mater Julia“, 1932). 1850 folgte er einem Rufe als Nachfolger von Jungmann an die Universität in Prag. Seine geburtshilflichen Schriften erregten allgemeine Aufmerksamkeit. Seine (unvollendet gebliebene) „Geburtskunde“ wurde als erfreulicher Wendepunkt betrachtet. Seine „Vorträge über spezielle Pathologie und Therapie der Krankheiten des weiblichen Geschlechtes“ gelten als das erste deutsche wissenschaftliche Werk in der modernen Gynäkologie. Der Medizinhistoriker Paul Diepgen bezeichnete in seinem Werk „Unvollendete“ (1960) Kiwisch als einen „trotz seiner Ablehnung der Semmelweisschen Lehre bedeutenden Geburtshelfer und Gynaekologen, der nach einem von Schicksalsschlägen heimgesuchten Leben (Julius Pagel) an einer Lungen- und Wirbelsäulentuberkulose starb.“

Wilhelm Lange (geb. 8. 2. 1813 in Wilhelmshöhe in Böhmen, gest. 25. 2. 1881 in Heidelberg) promovierte 1839 an der Prager Universität. Er habilitierte sich 1845 für Frauenheilkunde und wurde Vorstand der gynäkologischen Klinik in Prag. 1847 kam er als ao. Professor der Geburtshilfe nach Innsbruck. Im Jahre 1850 wurde er als Hebammenlehrer nach Prag zurückberufen. Als Nachfolger des berühmten Geburtshelfers Franz Carl von Naegele kam er als Ordinarius nach Heidelberg. 1880 trat er in den Ruhestand. Langes Tätigkeit in Prag zerfällt in die eines Assistenten unter Jungmann (1842 bis 1845), eines Dozenten der Frauenkrankheiten und Vorstands der gynäkologischen Klinik (1845—1847) und in jene des Hebammenlehrers (1850—1851). Von seinen wichtigsten Schriften seien genannt: „Lehrbuch der Geburtshilfe mit Berücksichtigung der gerichtsarztlichen Seite des Faches“ (Erlangen 1868) und „Lehrbuch der Geburtshilfe für Hebammen“ (Heidelberg 1865).

Friedrich Wilhelm Scanzoni (geb. 21. 12. 1821 in Prag, gest. 12. 6. 1891 auf seinem Schloß Zinneberg in Oberbayern) kam mit 16 Jahren an die Prager Universität. 1844 wurde er zum Dr. med. et chirurgiae und zum Magister der Geburtshilfe promoviert. Er habilitierte sich 1848 für Geburtshilfe. 1850 wurde er als Nachfolger von Kiwisch nach Würzburg berufen. Hier übernahm er die Frauenklinik, die Entbindungsschule und Hebammenlehranstalt, in der Absicht, den Unterricht in der geburtshilflichen Klinik in eine Linie mit dem Unterricht in der Medizinischen und Chirurgischen Klinik zu bringen (Sticker). Im Jahre 1850 konnte er die nach seinen Plänen neu erbaute Entbindungsanstalt eröffnen. „Der Ruf der Klinik blieb bei der dreiunddreißigjährigen Tätigkeit Scanzonis unvermindert.“ (Sticker.) Rosthorn schreibt von ihm, daß er zu Beginn der 60er Jahre als einer der ersten Fachmänner der Welt angesehen werden muß. Dazu hatte vor allem auch seine bedeutsame literarische Tätigkeit beigetragen. 1887 erfolgte sein Rücktritt vom Lehramt. Auch Scanzoni hatte getreu seinem Lehrer Kiwisch gegen die bahnbrechende Lehre von Ignaz Philipp Semmelweis Stellung genommen. Dieser hatte seine

¹⁷⁾ Leider weist das Buch von Gauß-Wilde sehr viele Fehler und Flüchtigkeiten auf. So wird u. a. (S. 38) angeführt, daß die 1348 in Prag gegründete Universität ab 1919 tschechisch, ab 1938 deutsch und tschechisch ab 1945 war. Seite 39 werden die Professoren Dr. G. A. Wagner, W. Weibel, F. Schenk, H. Knaus angeführt, die nach der wiedergegebenen irigen Behauptung somit an der tschechischen Universität gewirkt hätten. Auch die Bemerkung, daß die (1789) 1841 gegründete Frauenklinik seit 1940 auch Hebammenschule war, entspricht nicht den Tatsachen. H. Knaus war nicht seit 1945 Direktor der Frauenklinik, da die Klinik im Mai 1945 — letzter Direktor Prof. Dr. H. Knaus — von den Tschechen enteignet worden war. Band fehlt unter den Vorständen der Klinik usw. — Auf Seite 45 ist eine Übersicht der Gründungsdaten der deutschen Hebammenlehranstalten abgedruckt. Prag fehlt hier, obwohl die ersten Lehrer an der Prager Hebammenlehranstalt Wilhelm Lange, später Streng, und Ferdinand Weber Ritter von Ebenhof waren. Erst nach dem Abgang von Weber wurde der tschechische Professor Dr. W. Rubeska Leiter der Hebammenlehranstalt. — Vielleicht hätte in einem derartigen auf die Geschichte der Geburtshilfe, Gynäkologie und das Hebammenwesens ausgerichteten Werk auch die wichtige Tatsache angeführt werden sollen, daß die erste geburtshilfliche Unterrichtsstätte die Münchner Gebäranstalt (1589) war.

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.

Kampfansage an Seanzoni in scharfen Briefen ver-
teidigt.¹⁹⁾

Johannes Bapt. Chiari (geb. 5. 8. 1817 in Salzburg, gest. 11. 12. 1854 in Wien) studierte an der Universität Wien, wo er 1841 zum Dr. med. promovierte. 1842 wurde er Assistent an der Wiener geburtshilflichen Klinik unter Prof. Klein. 1852 wurde er zum ao. Professor der Geburtshilfe in Prag ernannt. Im selben Jahre erhielt er die Genehmigung, gynäkologische Vorträge und Demonstrationen zu halten. Ein Antrag von Chiari, daß „die Hörer der Medizin die geburtshilfliche Klinik im Verlaufe ihrer sonstigen Studien und gleich nach deren Beendigung besuchen dürften“, wurde vom Ministerium bewilligt (Rosthorn). Auch für die Erweiterung des Anschauungsunterrichtes war Chiari emsig tätig. So schaffte er eine Beckensammlung aus Papiermaché an, einen elektrischen Apparat zur Belebung der Neugeborenen und gegen Wehenschwäche. Im Jahre 1854 kam er als Professor der Geburtshilfe an die Medizinisch-chirurgische Josefsakademie in Wien. Im selben Jahre erlag er der Cholera. Erst nach seinem Tode (1855) erschien sein mit den Professoren Braun und Späth bearbeitetes Hauptwerk „Klinik der Geburtshilfe und Gynäkologie“. Trotz der Gegnerschaft seines Lehrers Klein war er einer der ersten, der sich an die Seite von Semmelweis stellte. Er hat sogar aus dieser Lehre weitere Konsequenzen sowohl in Prag wie in Wien dadurch gezogen, daß er die Schwämme bei der Reinigung der Wöchnerinnen abschaffte.

Bernhard Seyfert (geb. 1817 in Drum in Böhmen, gest. am 7. 5. 1870 in Prag) studierte am Gymnasium in Leitmeritz. Nach dem Studium der Medizin promovierte er 1844 an der Prager Universität. Er war Assistent unter Jungmann und Kiwisch. Nach der Abberufung Chiaris supplierte er zum zweitenmal, nachdem er schon nach dem Tode von Kiwisch die Klinik geleitet hatte, die Lehrkanzel. Im Jahre 1855 wurde er definitiv zum Nachfolger von Chiari in Prag ernannt. Er war ein scharfer Gegner der Anschauungen von Semmelweis, wie er überhaupt ein sarkastischer Kritiker an seinen Kollegen war. Unter ihm erreichte die Frequenz der Klinik durch ausländische Ärzte einen solchen Höhepunkt, daß der Akademische Senat sich mit dieser Tatsache befaßte. Die meisten seiner Arbeiten erschienen in der großen Ansehen genießenden „Prager Vierteljahresschrift für praktische Heilkunde“, deren 31. bis 39. Band er leitete. Er war ein Anhänger

¹⁹⁾ Bei W. Koerting, „Der Kampf von Semmelweis um die Anerkennung seiner Lehre“ in „Bayerisches Ärzteblatt“, 1965, Heft 10/11, abgedruckt, und im Festvortrag „Ignaz Philipp Semmelweis. Der siegreiche Kämpfer um das Leben der Mütter“ (Gedenkfeyer für Semmelweis im „Südostdeutschen Kulturwerk“, 28. 10. 1965).

einer möglichst konservativen Behandlung in der Geburtshilfe, entsprechend den von Boer in Wien vertretenen Leitsätzen.

Johann Streng (geb. 10. 5. 1817 in Prag, gest. 31. 3. 1887 in Prag) promovierte in Prag im Jahre 1842 zum Dr. med. Er war Assistent der geburtshilflichen Klinik wurde er zum Ordinarius ernannt. Nach dem Tode des Professor der Geburtshilfe und Hebammenlehrer, 1855 wurde er zum Ordinarius ernannt. Nach dem Tode Seyferts übernahm er die Leitung von Lehrkanzel und Klinik. Zum Professor der Geburtshilfe für Ärzte wurde er 1870 ernannt. In diesem Jahre leitete er noch den Hebammenunterricht. Er hielt auch Vorlesungen für Mediziner in tschechischer Sprache. Gleich nach seiner Ernennung zum Professor der Geburtshilfe für Ärzte suchte er um die Genehmigung an, Vorträge über Gynäkologie halten und die Frauenabteilung des Krankenhauses übernehmen zu dürfen, da ihm eine Vereinigung der beiden Fächer im Interesse des ge-
deihlichen Unterrichtes als wünschenswert erschien. Als Hebammenlehrer schrieb er ein gutes, praktisches und leicht verständliches Lehrbuch der Geburtshilfe für Hebammen in deutscher und tschechischer Sprache, das mehrere Auflagen erlebte (v. Rosthorn). Nach der Teilung der Universität im Jahre 1883 trat er dem Lehrkörper der Tschechischen Universität bei.

Ferdinand Weber Ritter von Ebenhof (geb. 30. 4. 1819 in Zerhenitz in Böhmen, gest. 27. 7. 1893 in Prag) promovierte an der Prager Universität im Jahre 1843. Er war Assistent bei Kiwisch. 1854 wurde er zum Professor der Geburtshilfe an der Lemberger wundärztlichen Schule ernannt. Er übernahm den Unterricht, den er in deutscher und polnischer Sprache leitete. 1854—1855 war er gleichzeitig Chefarzt eines Militär- und Choleraspitals in Lemberg. 1870 kam er als Professor der Geburtshilfe und als Hebammenlehrer nach Prag zurück, wo er in deutscher und tschechischer Sprache vorzutragen hatte. 1874 wurde er Direktor der Landesgebär- und Findelanstalt Böhmens in Prag. Sein Hebammen-Lehrbuch war in den beiden Landessprachen verfaßt (1879). „Das antiseptische Verfahren in der Geburtshilfe“, ein Leitfaden für Geburtshelferinnen usw., erschien 1879 als Broschüre.

August Breisky (geb. 28. 3. 1830 in Klattau in Böhmen, gest. 25. 5. 1889 in Wien) studierte an der Prager Universität, wo er 1855 zum Dr. med. promoviert wurde. Von 1855 bis 1859 war er Assistent bei Wenzel Treitz, dem Professor der pathologischen Anatomie in Prag. Diese Vorbildung befähigte ihn, besondere Fragen anatomischer Art auf dem Gebiete der Geburtshilfe einer gründlichen Betrachtung zu unterziehen und neue Wege zu gehen. Eine seiner ersten Arbeiten „Über den Einfluß der Kyphose auf die Beckengestalt“ (1865) ist eine in der Beckenlehre grundlegende geworden und verschaffte ihm rasch allgemeine Anerkennung im Kreise seiner Fachgenossen (Rosthorn). Auf Grund seiner zeichnerischen Begabung führte er eine neue Methode in die Beckenlehre ein: Er stellte zum erstenmal graphisch die verschiedenen Beckendimensionen dar. Seine Habilitationsarbeit „Über die Entwicklung rationeller Anzeigen zur Extraktion bei Beckenendlagen“ (1866) machte ihn ebenso bekannt wie die Veröffentlichung „Zur Diagnose des spondyloisthetischen Beckens an der lebenden Frau“ (1876), um nur dies aus seinen zahlreichen, immer originellen Arbeiten

hervorzuheben. Im Jahre 1861 habilitierte er sich an der Prager Universität für Geburtshilfe. 1866 wurde er als Professor an die Medizinisch-chirurgische Lehranstalt in Salzburg berufen, doch bereits ein Jahr später folgte er einem Rufe an die Universität Bern. Als bedingungsloser Anhänger der Semmelweissschen Lehre gelang ihm hier die Senkung der Mortalitätsziffer von 10,81% im Jahre 1866 auf 4,40% im Jahre 1867. Da das bisherige Spital den Anforderungen räumlich nicht mehr entsprach und die Absicht bestand, die Frauenklinik mit der Gebärdabteilung zusammenzulegen, wurde von Breisky das Programm für den Neubau entworfen, der 1876 eröffnet wurde. Breisky bezog das neue Haus nicht mehr, da er 1874 einem Rufe an die Prager Universität Folge leistete. „Obschon man im Großen Rat seine (Anm. Breiskys) Vorarbeiten warm bedankte und den innigen Wunsch aussprach, er möge Bern erhalten bleiben, nahm er im Herbst 1874 einen Ruf nach seiner Heimatstadt Prag an“ (Richard Feller, Die Universität Bern 1834—1934. Bern. 1935). Einen im Jahre 1881 ergangenen Ruf an die Universität Breslau lehnte er ab. Im Jahre 1886 folgte er einem Rufe an die Universität Wien. Breisky war „einer der ersten Geburtshelfer, der die Lehren der Antisepsis, später der Asepsis, mit der peinlichsten Sorgfalt auf seiner Klinik zur Anwendung kommen ließ und die dabei erzielten Resultate waren mustergiltige.“ „Er führte die Messung des Beckenausganges ein.“ „Breisky war geradezu ein Meister in der Aufnahme gynäkologischer Tastbefunde; immer bestrebt, auch die kleinsten Details durch wiederholte Untersuchung einer und derselben Patientin herauszufinden und seine sinnlichen Wahrnehmungen durch künstlerisch vortreffliche Illustrationen zur Anschauung zu bringen, mußte er auf seine Schüler ungemein anregend und fördernd wirken... In chirurgischer Hinsicht war Breisky äußerst vorsichtig in der Stellung der Anzeigen zu operativen Eingriffen, unternahm aber, wenn es dringend geboten war, ohne Zagen die allerschwersten Operationen“ (Rosthorn). Er hatte als nicht mehr junger Mann den Aufschwung der operativen Gynäkologie mitgemacht und eigentlich erst als Ordinarius in Prag sich an die Ausführung großer Operationen unter Hilfe seines Freundes Gussenbauer herangewagt. Er war einer der ersten deutschen Gynäkologen, der für die Bedeutung der Emmetschen Publikation über das Ektropium eingetreten ist. Er machte auf die nach ihm benannte Kraurosis vulvae aufmerksam. Im Billroth-Lückeschen Handbuch bearbeitete er (1886) die Erkrankungen der Scheide. Er wurde zu einem Pionier in der operativen Behandlung der ektopischen Schwangerschaft. Breisky hat in tatkräftiger Weise, wie in Bern, auch in Prag an der Durchführung des Neubaus und der Einrichtung der neuen Gebärdanstalt mitgeholfen. Auch in Wien erhob er 1888 die Forderung nach einem Neubau

der Entbindungsanstalt, dessen Fertigstellung er aber nicht mehr erlebte. Im Jahre 1888 erreichte er die Gründung der Wiener geburtshilflich-gynäkologischen Gesellschaft¹⁹⁾.

Ludwig Bandl (geb. 1. 11. 1842 in Himberg in Niederösterreich, gest. 26. 8. 1892 in Döbling bei Wien) studierte an der Wiener Universität. Hier promovierte er 1867 zum Dr. med. Er war ein Schüler des Wiener Gynäkologen Carl Braun Ritter von Fernwald (1822 bis 1891). 1875 habilitierte er sich in Wien für die Geburtshilfe. 1880 wurde er ao. Professor. Seit 1878 war er Vorstand der Frauenabteilung der Allgemeinen Poliklinik in Wien. 1886 wurde er als Ordinarius und Nachfolger von Breisky an die Deutsche Universität in Prag berufen. Doch schon kurz vor Übernahme der Klinik zeigte sich der Ausbruch einer Geisteskrankheit, der er später in der Privatirrenanstalt in Döbling auch erlag. Seine Studien bei Hyrtl wirkten sich auf seine wissenschaftlichen Arbeiten aus. Seine Werke: „Ruptur der Gebärdmutter und ihre Mechanik“ (1875), „Über das Verhalten des Collum uteri in der Schwangerschaft und während der Geburt“ (1878) haben eine wichtige Frage gelöst. Bandl hat das klinische Bild der drohenden Uterusruptur so klar dargestellt, daß man auch heute noch den Kontraktionsring zwischen dem oberen, sich kontrahierenden Gebärdmutterteil und dem Durchschnittsschlauch als Bandsche Furche bezeichnet.

Friedrich Schauta (geb. 15. 7. 1849 in Wien, gest. 10. 1. 1919 in Wien) studierte in Wien, Innsbruck und Würzburg und promovierte 1874 in Wien zum Dr. med. Er war ein Schüler des Chirurgen v. Dumreicher und Assistent an der Wiener geburtshilflich-gynäkologischen Univ.-Klinik Josef Späth. Er habilitierte sich 1881 in Wien für Geburtshilfe und Gynäkologie. Im selben Jahr wurde er vorerst als supplierender Vorstand der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik nach Innsbruck berufen, wo er 1883 ao. und 1884 o. Professor wurde. Im Jahre 1887 erreichte ihn der Ruf an die Deutsche Universität in Prag als Nachfolger Breiskys. 1891 kam er als Nachfolger von Carl v. Braun als Ordinarius nach Wien. 1885 erschien sein „Grundriß der operativen Geburtshilfe“. In Müllers „Handbuch der Geburtshilfe“ bearbeitete er „Die Beckenanomalien“ (1888). Sein „Lehrbuch der gesamten Gynäkologie“ erschien 1895. Wie seine anderen Bücher, hat auch dieses mehrere Auflagen erlebt. In späteren Jahren widmete er sich mit Erfolg dem Ausbau der operativen Behandlung des Gebärdmutterkrebses. „Die erweiterte vaginale Totalexstirpation des Uterus bei Kolumkarzinom“ (1908) war richtungweisend für die Zukunft.

¹⁹⁾ Wie lückenhaft das in Anm. 17 zitierte Werk von Gauß-Wilde ist, ist auch aus der Tatsache ersichtlich, daß bei Breisky nur seine Tätigkeit in Prag und Wien angeführt ist. Dort heißt es: „Nähere Daten fehlen.“

RECORSAN[®]

- LIQUID. c. Rutin

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

30 ml DM 3,10 m. U.

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

Aifons Edier von Rosthorn (geb. 19. 9. 1857 in Oed in Niederösterreich, gest. 9. 8. 1909 auf der Jagd in der Steiermark) studierte zuerst Technik, dann Zoologie und schließlich Medizin an der Wiener Universität. Er promovierte 1885 zum Dr. med. Seine Ausbildung erfolgte bei Billroth in Wien, bei Wöfler in Graz und bei Breisky und Chrobak in Wien. 1890 habilitierte er sich in Wien für Geburtshilfe und Gynäkologie. Im selben Jahr erhielt er eine Berufung nach Groningen und dann nach Utrecht, die er beide ablehnte und sich für Prag entschied. Hier war er vorerst als supplie-render Vorstand der Geburtshilflich-gynäkologischen Klinik als Nachfolger von Schauta tätig, wurde jedoch 1892 definitiver Vorstand und Professor. 1884 wurde er zum o. Professor ernannt. Durch tägliche Demonstration gynäkologisch Kranker verbesserte er den gynäkologischen Unterricht. Unter ihm wurde durch seine Anregung ein Operationszöglingsinstitut für 6 promovierte Ärzte geschaffen. Die Frauenklinik im neu errichteten Kaiser-Franz-Josefs-Pavillon des Prager k. k. Allgemeinen Krankenhauses erfolgte unter seiner Vorstandschaft. 1899 folgte er einem Rufe an die Grazer Universität, 1902 ging er an die Universität Heidelberg und 1908 kam er als Nachfolger von Chrobak nach Wien. Seine Hauptarbeiten betreffen die entzündlichen Erkrankungen der Adnexe, die Entstehung der Tubo-Ovarialzysten, die Anatomie des Beckenbindegewebes, die Extrauteringravidität, ferner die Beziehungen der Schwangerschaft und gynäkologischer Erkrankungen zu den Veränderungen und Erkrankungen anderer Organe und des gesamten Organismus: ein früher Verfechter der Ganzheitsmedizin. Mit Chrobak gab er das zweibändige Werk „Die Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane“ heraus. Sein Anteil blieb durch den plötzlichen Tod unvollendet. Im Veit-schen Handbuch bearbeitete er die Erkrankungen des Beckenbindegewebes (1899) und im Winckelschen Handbuch die anatomischen Veränderungen des Organismus in der Schwangerschaft (1901—1903).

Josef Quadrat (Personaldaten unbekannt) hatte sich 1840 für Kinderheilkunde habilitiert, aber, wie dies früher zumeist kombiniert üblich war, auch für theoretische Geburtshilfe. Er hielt ein Kolleg: „Geburtshilfliche Propädeutik als Einleitung zu klinischen Studien und zur gerichtlichen Medizin“. 1849 erhielt er den Titel eines ao. Professors.

Cari Edier von Helly (geb. 1826 in Prag, gest. 1891 in Graz) studierte an der Prager Universität. Hier habilitierte er sich 1860 als Schüler Seyfferts für Geburtshilfe. Mehrere Jahre war er Primarius an der Hebammen-lehranstalt Alle Coste bei Triest. Er wurde Ordinarius und Vorstand der geburtshilflichen Klinik an der Universität Graz.

Johann von Saexinger (geb. 18. 5. 1833 in Aussig, gest. 30. 3. 1897 in Tübingen) promovierte 1859 an der Prager Universität zum Dr. med. Er war ein Schüler Seyfferts. 1868 wurde er als Ordinarius und Direktor der gynäkologisch-geburtshilflichen Univ.-Klinik nach Tübingen berufen. „Er erwarb sich große Verdienste durch die tüchtige Leitung des Unterrichtes und die Schaffung einer ganz modernen Frauenklinik. (Rosthorn.) In Maschkas „Handbuch der gerichtlichen Medizin“ bearbeitete er die Abschnitte über Schwangerschaft und Geburt, Kunstfehler der Ärzte, Frucht-abtreibung und Abortus.

Ludwig Kleinwächter (geb. 15. 11. 1839 in Prag, gest. 11. 4. 1906 in Czernowitz) promovierte an der Prager Universität im Jahre 1863 zum Dr. med. Als Schüler von Seyffert habilitierte er sich hier im Jahre 1871. 1875 wurde er ao. Professor. 1878 folgte er einem Rufe als Ordinarius an die Universität Innsbruck. Durch politische Einflüsse in seiner Tätigkeit behindert, gab er seine Stellung auf und wurde im Jahre 1881 an die Universität in Czernowitz versetzt. Von seinen Schriften seien genannt: Die Habilitationsschrift „Die Lehre von den Zwillingen“ (1871), der „Grundriß der Geburtshilfe“ (1877 und 1881), „Zur Frage des Studiums der Medizin des Weibes“ (1896). Sein „Lehrbuch der Hebammenkunst“ erschien deutsch (Innsbruck) 1879, italienisch 1881.

Ernst Wertheim (geb. 21. 2. 1864 in Graz, gest. 15. 2. 1920 in Wien) studierte an der Wiener Universität, wo er 1888 promovierte. Er arbeitete bei dem pathologischen Physiologen Klemensiewicz in Graz, dann bei dem Internisten Kahler in Prag, bei Billroth und bei Chrobak in Wien. Er kam mit Schauta nach Prag. Hier schuf er die Grundlagen zu seinem (wegen der Verwendung von menschlichen Versuchspersonen nicht unangefochtenen) „Beitrag zur Kenntnis der Gonorrhoe des Weibes“. „Bakteriologische, histologische und experimentelle Arbeitsweisen haben sich in ihm auf das glücklichste vereint, um die Lehre von der ascendierten Gonorrhoe des Weibes neu zu formen“ (Lesky). 1891 ging er mit Schauta nach Wien. 1892 habilitierte er sich für Geburtshilfe und Gynäkologie an der Wiener Universität. 1899 erhielt er den Titel eines Professors. Nachdem er 1897 Primararzt der Bettina-Stiftungs-Pavillons im Elisabethspital geworden war, wurde er 1910 Ordinarius und Leiter der II. Frauenklinik in Wien als Nachfolger von v. Rosthorn. Seine großartigen Erfolge auf dem Gebiete der abdominalen Radikaloperation (Wertheimsche Operation) (1910) und der vaginalen Operationstechnik seien kurz erwähnt. Auch „Die operative Behandlung des Prolapses mittels Interposition und Suspension des Uterus“ (1919) schuf neue Wege.

Max Saenger sen. (geb. 14. 3. 1853 in Bayreuth, gest. 12. 1. 1903 in Prag) studierte in Würzburg und Leipzig. Hier promovierte er 1876. Er war nach dreijähriger Tätigkeit am pathologisch-anatomischen Univ.-Institut (Ernst Wagner) an der Geburtshilflich-gynäkologischen Klinik bei Credé, tätig, der ihn 1884 als seinen Vertreter zum „Operateur der gynäkologischen Klinik“ bestellte. Er habilitierte sich 1881 in Leipzig. 1890 wurde er ao. Professor. 1899 folgte er einem Ruf als Ordinarius an die Deutsche Universität in Prag, doch war ihm hier nur eine kurze Tätigkeit beschieden. Die Geburtshilfe und Gynäkologie wurde durch seine zahlreichen Arbeiten gefördert. Er gab eine Reihe neuer Operationsmethoden an (Saengersche Plastik, Peivifixura ovarii). Auf die Maculae gonorrhoeae machte er aufmerksam. Der „klassische“ konservative Kaiserschnitt wurde durch die von ihm (1882) angegebene Doppelnaht der Uteruswunde und die Verhinderung des Eindringens von Lochiaisekretes in die Bauchhöhle ausgestattet.

Otto von Franqué (geb. 11. 9. 1867 in Würzburg, gest. 11. 4. 1937 auf Schloß Kalkum bei Düsseldorf) studierte in Würzburg, München, Berlin und promovierte 1890 in

Würzburg. Hier war er von 1890 bis 1899 als Assistent bei Hofmeier tätig. Im Jahre 1894 habilitierte er sich für Geburtshilfe und Gynäkologie und wurde 1901 ao. Professor. 1903 wurde er als Ordinarius nach Prag berufen, in weiterer Folge kam er 1907 nach Gießen und 1912 nach Bonn. 1935 trat er in den Ruhestand. Ihm gelang die erste Heilung eines Eierstockkrebses durch Röntgenstrahlen (1912). In Winckels „Handbuch der Geburtshilfe“ bearbeitete er die „Fehlerhafte Haltung, Stellung und Lage des Kindes“ (1905), weitere Kapitel waren „Die manuelle Umwandlung der Gesichts- und Stirniage in Hinterhauptslage“, „Die Reposition vorgefallener kleinerer Kindesteile“, „Reposition der vorgefallenen Nabelschnur“ (1906) und im Veit-Stöckelschen „Handbuch der Gynaekologie“ die „Anatomie, Histogenese und anatomische Diagnostik der Uteruskarzinome“. — Auf dem Frankfurter Gynäkologenkongreß 1931 nahm er gegenüber der Empfängnisverhütung Stellung, da dadurch den Wünschen des einzelnen Menschen die Zukunft eines ganzen Volkes, unseres Volkes, geopfert werde.

Ludwig Knapp (geb. 30. 7. 1868 in Komotau, Böhmen, gest. 25. 8. 1925 in Prag) studierte und promovierte in Graz (1891). Er kam als Operationszögling und später als Assistent an die Frauenklinik der Deutschen Universität. (v. Rosthorn.) 1899 habilitierte er sich hier für Geburtshilfe und Gynäkologie. Von 1900 bis 1903 war er mit der Supplierung der geburtshilflichen Klinik während der Erkrankung von Prof. Max Saenger betraut. 1903 wurde er ao. Professor. In seinen 99 Abhandlungen, davon einige in Buchform, beschäftigte er sich vorwiegend mit Fragen des Hebammenwesens und -unterrichtes. In Winckels „Handbuch der Geburtshilfe“ bearbeitete Knapp „Die Physiologie des Wochenbettes“ (1904) und in der Enzyklopädie von Saenger-Herff den „Kindesmord“ (1900).

Friedrich Kleinhaus (geb. 7. 6. 1864 in Meran, gest. 17. 10. 1918 in Prag) promovierte 1889 an der Universität Graz zum Dr. med. Nach zweijähriger Tätigkeit an der Grazer chirurgischen Klinik unter Wölfler wirkte er in der Obersteiermark (Kriegiach) als praktischer und Gemeinde- und Werkarzt. Unter Aufgabe seiner bisherigen Stellung suchte er in Berlin bei C. Runge seine geburtshilflichen Kenntnisse zu vertiefen. 1892 kam er an die Prager Klinik unter Rosthorn. Hier habilitierte er sich für Geburtshilfe und Gynäkologie. Als Saenger schwer erkrankte, supplierte er die gynäkologische Univ.-Klinik. 1902 erfolgte seine Ernennung zum ao. Professor. Nach dem Abgang von v. Franqué nach Gießen wurde Kleinhaus wiederum mit der Supplierung betraut und 1908 zum Ordinarius und Vorstand der Frauenklinik ernannt. Kleinhaus war ein ausgezeichneter Operateur. Wenn es sich um das Wohl seiner Klinik handelte, scheute Kleinhaus auch vor materiel-

len Opfern nicht zurück. Als es ihm nicht gelang, von den maßgebenden Stellen eine wenn auch nur bescheidene Menge von Radium zu erhalten, schaffte er um einen namhaften Betrag Radium selbst an, um es ausschließlich bei den karzinomkranken Patientinnen der Klinik und im Interesse der Wissenschaft zu verwenden. In Veits „Handbuch der Gynaekologie“ und in Winckels „Handbuch der Geburtshilfe“ bearbeitete er mehrere Kapitel. Mit hohem Fieber operierte er unter Einsatz seines Lebens, er starb anschließend an einer Pneumonie.

Ferdinand Schenk (geb. 30. 7. 1869 in Slabetz in Böhmen, Sterbedaten nicht bekannt) promovierte 1894 an der Deutschen Universität in Prag. Seine weitere Ausbildung fand er an der Chirurgischen Klinik (Wölfler) sowie an der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik (Rosthorn, Saenger, v. Franqué.) 1904 habilitierte er sich an der Deutschen Universität in Prag, 1912 erhielt er den Titel eines ao. Professors und 1916 wurde er ao. Professor. Seit 1910 wirkte er als Vorstand der Gynäkologischen Abteilung der Deutschen Univ.-Poliklinik. Mehrmals supplierte er bei einem Vakuum in der Klinikleitung die Univ.-Klinik. Seine wissenschaftlichen, serologischen und physiologischen Arbeiten beweisen seine Gründlichkeit. In Winckels „Handbuch der Gynaekologie“ ist das Kapitel „Der Kaiserschnitt nach Porro und seine Modifikationen“ von ihm bearbeitet (1906). „Die Pathologie und Therapie der weiblichen Unfruchtbarkeit“ erschien 1903.

Georg August Wagner²⁹⁾ (geb. 23. 9. 1873 in Prag, gest. 15. 8. 1947 in Garmisch, Oberbayern) studierte in Graz und Wien. In Graz promovierte er 1900 zum Dr. med. 1901 ging er nach Wien zu Paltauf (Pathologische Anatomie), zu Bamberger (Innere Medizin) und zu v. Eiselsberg (Chirurgie), um sich in den einzelnen Disziplinen zu vervollkommen. Er kam dann zum Gynäkologen Chrobak; und, als dieser starb, zu v. Rosthorn in Heidelberg. Er kehrte nach Wien zurück, wo er später bei Wertheim Assistent wurde. 1913 habilitierte sich Wagner für Gynäkologie und Geburtshilfe. Als Dozent, ein seitener Fall, wurde er als Ordinarius 1917 an die Deutsche Universität in Prag berufen. Hier wirkte er bis zu seiner Berufung als Direktor der Univ.-Frauenklinik an der Charitee in Berlin (1928). 1945 wurde er emeritiert. Eine kaum übersehbare Zahl wertvoller wissenschaftlicher Arbeiten bewiesen die Vielfalt seines tiefen Wissens. „Erkrankungen des weiblichen Genitales in Beziehung zur Inneren Medizin“, „Digestionstrakt und Peritoneum“ in Nothnagels „Handbuch der inneren Medizin“ (1912), „Tuberkulose und Gestation“, „Die Tuberkulose des weiblichen Genitales“ in

²⁹⁾ Nicht (wie bei Schönbauer und Breilner angegeben) Gustav Wagner.

Bronchovalun[®]
broncholytisches Antitussikum

Thyreovalun[®]
antithyreoidal, beruhigend
psychisch ausgleichend
keine strumigene Nebenwirkung

Muster u. Literatur auf Anforderung

Bei spastisch-asthmoider Bronchitis, Emphysebronchitis, Bronchiektasie, Krampf-, Reiz-, Grippehusten, Reucherkratsrrh

Tropfflasche
10 ml

Gut verträglicher Pflanzenextrakt bei Schilddrüsenüberfunktion und vegetativen Störungen, Angst- und Spannungszuständen, Schlaflosigkeit, Herz- und Kreislaufbeschwerden, Hyperhidrosis

Tropfflasche
15 ml u. 30 ml

Dr. Auf dem Kampe · Hamburg 52 - Großflottbek

Ghon-v. Jaksch, „Die Tuberkulose und ihre Bekämpfung“ (1921), „Die Gonorrhoe des weiblichen Geschlechtsapparates“ (in Halban-Seitz, „Biologie und Pathologie des Weibes“, 1925). Seine Habilitationsschrift „Beitrag zur Frage der Herkunft des Fruchtwassers mit pathologisch-anatomischen, experimentellen und klinischen Untersuchungen über die Funktion der „fötalen Niere“, hat heute wieder an Bedeutung gewonnen. Wagner war ein ausgezeichnete Organisator und vor allem ein hervorragender Lehrer, dessen Ausführungen in den Vorlesungen aufmerksame und begeisterte Zuhörer fanden. Wer Gelegenheit hatte, ihn beim Operieren zu beobachten, wurde sich dessen bewußt, daß hier ein wahrer Künstler am Werke war. Er entwickelte die Operationstechnik seines Lehrers

Wertheim weiter. An besonders schwierigen Operationen, wie der Herstellung einer künstlichen Scheide u. a., zeigte er seine nicht nur technische Begabung. Wagner war ein begeisterter Sportler und Bergsteiger. Zahlreiche Erstbesteigungen in den Alpen bewiesen seinen Wagemut und ernstes Streben. Mit seinem Freund, dem Chirurgen Hans Lorenz, bewältigte er als Führer der schwierigsten Besteigungen. Mit Lorenz war er einer der ersten, der die Alpen im Luftballon überquerte. Er war Gründer des Vereins für Luftfahrt in Tirol. Sein ganzes Wesen, auch musisch bedeutsam — er war begeisterter Musiker —, kann in allen seinen hohen Werten nicht erfaßt werden. Die 25. Tagung der „Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie“ leitete er in Berlin als Präsident. (Fortsetzung folgt)

INTERESSANTES AUS ALLER WELT

Die medizinischen Themen auf dem Kongreß für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin in Düsseldorf

Auf dem alle zwei Jahre, zuletzt im vergangenen November, in Düsseldorf von der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsschutz e. V. in Zusammenarbeit mit einer Reihe technischer und medizinischer Fachverbände veranstalteten Kongreß sind auch einige Themen abgehandelt worden, die für den Kreis unserer Leser von besonderem Interesse sind. Im Rahmen des für diesen Bericht zur Verfügung stehenden Raumes müssen wir uns, abgesehen von einigen Bemerkungen zur Frage der Werkärzte, darauf beschränken, die Themen und ihre Referenten aufzuzählen. Darüber hinaus muß auf den Druckbericht verwiesen werden, der demnächst von der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsschutz e. V. in Frankfurt a. M. veröffentlicht wird.

In der Vortragsreihe: „Der Mensch im mechanisierten und automatisierten Betrieb“ sprach Professor Dr. phil. H. SCHOLZ, Dortmund, über Entlastung und Belastung in einer sich ändernden Arbeitswelt; Prof. Dr. rer. nat. H. SCHMIDTKE, München, über Reaktionen des Menschen auf Beobachtungs- und Wachsamkeitsaufgaben, und Professor Dr. med. habil. H.-G. SCHMIDT, Berlin, über Arbeitshygiene und Arbeitsorganisation (unter Arbeitsorganisation ist hier die Organisation des Arbeitsablaufes zu verstehen). Ferner referierten Dr. med. E. WENDE, Hannover, Dr. med. O. NACKE, Bielefeld, und Dr. med. H. BECKMANN, Saarbrücken, über Dokumentation in der Praxis der Arbeitsmedizin. Aktuelle toxikologische Beobachtungen wurden in den Vorträgen behandelt von Dr. rer. nat. F. BISTER, Hannover, über die Beurteilung der toxikologischen Gefährdung durch flüchtige Lösungsmittel, von Dr. med. W. FRANKE,

Hannover, über Gewerbehygiene und Toxikologie der chemischen Reinigungsbetriebe, von Dr. med. E. TRENSE, Wiesbaden, über Einatmen von Lösemitteldämpfen als Mitursache von Wegeunfällen, und von Dr. med. G. HALL, München, über Störung der Hämoglobin-Synthese bei Vergiftungen und ihre Bewertung. Abschließend referierte Dr. med. TRENSE, Wiesbaden, noch über die Frage: „Gibt es einen Lungentee Krebs?“

Von den Referaten mit allgemeinerer Thematik waren von Interesse das von Dr. med. BUCKUP, Essen, über Forderungen der Arbeitsmedizin an die allgemeine Ärzteschaft; von Professor Dr. med. H. MELLEROWICZ und Dr. H. DÜRRWÄCHTER, Berlin, über Sport für den arbeitenden Menschen; von Dr. med. Th. PETER, Düsseldorf, über arbeitsmedizinische Gesichtspunkte für die Gestaltung von Büroplätzen; und von Dr.-Ing. C. COERMANN, Dortmund, über die Schwingungsbelastung des Fahrzeugführers. Am letzten Tage des Kongresses hat im Rahmen des medizinischen Teiles unter der Leitung von Dr. med. G. CAROW, Rüsselsheim/M., ein Podiumsgespräch über Funktionsprüfungen von Herz, Kreislauf und Atmung für die Praxis der Arbeitsmedizin stattgefunden.

Bei den Diskussionen auf dem Kongreß flammten die zwischen den Sozialpartnern schon seit längerem schwebende Meinungsverschiedenheiten über die werkärztlichen Dienste wieder auf. Der Deutsche Gewerkschaftsbund forderte, wie bisher, daß alle Betriebe von einer bestimmten Beschäftigtenzahl ab durch ein Gesetz verpflichtet werden müßten, Werkärzte einzustellen. Demgegenüber traten die Arbeitgeber nach wie

Sinupret®

schließt eine therapeutische Lücke

bei Sinusitiden

BIONORICA KG
NÜRNBERG

Der Gruppenversicherungsvertrag Ihrer Ärztekammer mit der Vereinigten und ihrer Tochtergesellschaft Salus – ein Vertrag zu Ihrem Nutzen: Beitrag bis zu 25 % niedriger als in der Einzelversicherung • Wartezeiten entfallen • Vorerkrankungen sind mitversichert • Versicherungsleistungen auch bei Kur-aufenthalt, Erkrankungen im Ausland, Berufs- und Sportunfällen. Für jedes Kalenderjahr, in dem kein Tagegeld beansprucht wird, erfolgt eine beachtliche Beitragsrückerstattung. Der Vertrag umfaßt: Krankentagegeld, abgestimmt auf den individuellen Bedarf des niedergelassenen und des angestellten Arztes • Krankenhausstagegeld • Krankenhauskostenersatz für die Familienangehörigen des Arztes.

Vereinigte Krankenversicherung A.G.
8000 München 23 · Leopoldstraße 24

DIE VEREINIGTE KRANKEN-
 VERSICHERUNG IST
 VERTRAGSGESELLSCHAFT DER

Bayerischen Landesärztekammer

Ärztekammer Bremen

Ärztekammer Hamburg

Landesärztekammer Hessen

Ärztekammer Niedersachsen

Ärztekammer des Seerlandes

Landesärztekammer Rheinland-Pfalz:

Bezirksvereinigungen

Koblenz-Montabaur, Pfalz, Trier

Bezirksärztekammer Nordbaden

Bezirksärztekammer

Nordwürttemberg

Bezirksärztekammer Südbaden

Bezirksärztekammer

Südwürttemberg-Hohenzollern

Ärztekammer und

Kassenärztlichen Vereinigung

Schleswig-Holstein



vor für eine Regelung auf dem Boden freier Vereinbarung ein. Sie meinten, der gesetzliche Zwang würde einer vertrauensvollen betrieblichen Zusammenarbeit zwischen den Unternehmensleitungen und den Werkärzten im Wege stehen. Von der gewerkschaftlichen Seite ist die Einsicht vieler Unternehmer für die Notwendigkeit werkärztlicher Dienste in Zweifel gezogen worden. Gewisse Erscheinungen in der jüngsten Zeit deuten darauf hin, daß sie damit nicht ganz Unrecht haben könnten. Aber auf beiden Seiten war man sich darüber einig, daß für die Einrichtung werkärztlicher Dienste noch keine genügende Anzahl geeigneter Ärzte zur Verfügung steht. Mit einer gewissen Berechtigung wird von den Gewerkschaften dabei darauf hingewiesen, daß das Angebot an Werkärzten zweifellos größer sein könnte, wenn aus den Kreisen der Industrie eine entsprechende, auch finanziell befriedigende Nachfrage vorgelegen hätte. Sicherlich besteht auch auf diesem Gebiete eine wechselseitige Beziehung zwischen Angebot und Nachfrage. Und die letztere hat infolge der

rückläufig gewordenen Wirtschaft nachgelassen. Viele Unternehmer haben unter dem Eindruck dieser Entwicklung geglaubt, hier zuerst den Rechenstift anzusetzen zu können. Ein deutlicher Hinweis darauf ist die Tatsache, daß das von dem Arbeitgeberverband der Metallindustrie in Köln-Ehrenfeld geförderte Werkarztzentrum für mittlere und kleinere Betriebe in der letzten Zeit Mitglieder verloren hat. Infolgedessen hat sich die werkärztliche Betreuung in diesem Gebiete nach einem ermutigenden Anlauf in den letzten 1½ Jahren nicht mehr verbessert, sondern verschlechtert. Sachverständige haben in diesem Zusammenhang darauf verwiesen, daß es ein Irrtum sei, zu glauben, ein Betrieb könne durch Einschränkung der Ausgaben für einen werkärztlichen Dienst Kosten einsparen. Eine Untersuchung der Ford-Werke in Köln hat den Nachweis erbracht, daß ein werkärztlicher Dienst für ein Unternehmen sehr wohl eine rentable Investition darstellt (vgl. „Bayerisches Ärzteblatt“, Seite 303, Heft 4/1968).
v. L.-n.

AMTLICHES

Verordnung über die Einrichtung einer Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin

Vom 27. Mai 1968

Aufgrund des § 1 Abs. 1 der Verordnung über die Einrichtung der staatlichen Behörden vom 31. März 1954 (BayBS I S. 37) und des Art. 3 der Verordnung über die Einrichtung eines „Bayerischen Landesinstituts für Arbeitsmedizin“ vom 18. Juni 1953 (BayBS IV S. 610) erläßt das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge folgende Verordnung:

§ 1

Im Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin wird in München eine Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin (Akademie) eingerichtet.

§ 2

(1) Die Akademie hat als Begegnungsstätte von Wissenschaft und Praxis im Zusammenwirken mit den Einrichtungen der Lehre und der Forschung, insbesondere mit den Medizinischen Fakultäten der bayerischen Landesuniversitäten und der Technischen Hochschule München auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin

- den Austausch von Erkenntnissen und Erfahrungen zu betreiben,
- zur Weiter- und Fortbildung der Ärzteschaft unbeschadet der Aufgaben der Berufsvertretung der Ärzte beizutragen,
- die praktische Anwendung der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der Arbeitswelt zu fördern sowie
- die Durchführung von Forschungsaufgaben bei dazu geeigneten wissenschaftlichen Einrichtungen anzuregen und zu unterstützen.

(2) Die Akademie hat sich ferner mit den besonderen Aufgaben der Medizin im System der sozialen Sicherung zu beschäftigen.

(3) Zusammen mit der Bayerischen Landesärztekammer wird die Akademie Lehrgänge veranstalten, deren Besuch Voraussetzung zur Führung einschlägiger Zusatzbezeichnungen (wie „Arbeitsmedizin“) ist.

§ 3

(1) Die Akademie wird von einem Präsidium geleitet. Entscheidungen von geldlicher Tragweite können vom Präsidium nur im Rahmen der bereitgestellten Haushaltsmittel getroffen werden.

(2) Das Präsidium hat fünf Mitglieder. Vier Mitglieder werden vom Staatsminister für Arbeit und soziale Fürsorge nach Anhörung des Kuratoriums (§ 4) auf die Dauer von vier Jahren bestellt. Je ein Mitglied schlagen vor

- die Bayerische Landesärztekammer,
- die Landesuniversitäten und die Technische Hochschule München
- der Deutsche Gewerkschaftsbund — Landesbezirk Bayern — und die Deutsche Angestelltengewerkschaft — Landesverband Bayern,
- die Vereinigung der Arbeitgeberverbände in Bayern.

Zum fünften Mitglied wird ein im Geschäftsbereich des Staatsministeriums für Arbeit und soziale Fürsorge tätiger Arzt bestellt.

(3) Das Präsidium wählt einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. Es ist beschlußfähig, wenn der Vorsitzende oder sein Stellvertreter und zwei weitere Mitglieder anwesend sind. Das Präsidium entscheidet mit Stimmenmehrheit, bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden, in dessen Abwesenheit die seines Stellvertreters.

§ 4

(1) Bei der Erledigung der Angelegenheiten der Akademie (§ 2) wird das Präsidium von einem Kuratorium beraten. Das Kuratorium soll nicht mehr als 25 Mitglieder haben.

(2) Die Mitglieder des Kuratoriums beruft der Staatsminister für Arbeit und soziale Fürsorge auf die Dauer von vier Jahren. Je ein Mitglied wird auf Vorschlag

des Staatsministeriums des Innern, des Staatsministeriums für Unterricht und Kultus, der Bayerischen Landesärztekammer, der Bayerischen Landes Zahnärztekammer, jeder Landesuniversität, der Technischen Hochschule München, der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich der Ersatzkassen, der gewerblichen Berufsgenossenschaften, der Landesversicherungsanstalten,

des Deutschen Gewerkschaftsbundes — Landesbezirk Bayern—,
der Deutschen Angestelltengewerkschaft — Landesverband Bayern —,
der Arbeitsgemeinschaft der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege in Bayern,
der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin,
der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und des Verbandes Deutscher Werkärzte

berufen. Die Berufung von zwei Mitgliedern erfolgt auf Vorschlag der Vereinigung der Arbeitgeberverbände in Bayern. Der Staatsminister für Arbeit und soziale Fürsorge kann weitere Persönlichkeiten berufen, die im Aufgabengebiet der Akademie besondere Erfahrungen haben.

(3) Das Kuratorium wählt seinen Vorsitzenden und zwei Stellvertreter. Es gibt sich eine Geschäftsordnung.

(4) Das Kuratorium tritt auf Einladung des Präsidiums in München mindestens zweimal im Jahr zusammen. Der Vorsitzende des Kuratoriums oder ein Drittel seiner Mitglieder können dessen Einberufung beantragen.

§ 5

(1) Die Geschäfte der Akademie erledigt ein Geschäftsführer im Rahmen der vom Präsidium aufgestellten Richtlinien. Er bewirtschaftet die zugewiesenen Haushaltsmittel und trägt für die Einhaltung der haushaltsrechtlichen Vorschriften die Verantwortung; für die zugewiesenen Haushaltsmittel hat er Anordnungsbefugnis nach § 27 RWB.

(2) Der Geschäftsführer unterbreitet dem Präsidium Programmanschläge für die Vortragsveranstaltungen und Lehrgänge der Akademie, zu deren Vorbereitung er sich des Rates von drei vom Kuratorium aus dessen Mitte gewählten Ärzten bedient.

(3) An den Sitzungen des Kuratoriums nimmt der Geschäftsführer beratend teil.

(4) Der Geschäftsführer und sein Stellvertreter werden im Einvernehmen mit dem Präsidium vom Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge aus dem Kreis der im Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin tätigen beamteten Ärzten bestimmt.

§ 6

Die Tätigkeit im Präsidium und im Kuratorium ist ehrenamtlich. Die Mitglieder des Präsidiums und des Kuratoriums, die aufgrund ihres Hauptamtes keinen Anspruch auf Reisevergütung haben, erhalten Reisekosten in entsprechender Anwendung der Vorschriften über Reisekostenvergütung der Beamten in der Reisekostenstufe C.

§ 7

(1) Diese Verordnung tritt am 1. Juli 1968 in Kraft.

(2) Das Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge beruft das Kuratorium zu seiner ersten Sitzung ein.

München, den 27. 5. 1968

Bayerisches Staatsministerium
für Arbeit und soziale Fürsorge
Dr. Fritz P i r k l, Staatsminister

Besetzung des Berufsgerichtes für die Heilberufe bei dem Oberlandesgericht Nürnberg

Landgerichtsrat Johann MÜRSCHBERGER wird mit Wirkung vom 1. 8. 1968 auf die Dauer von weiteren fünf Jahren zum Untersuchungsführer des Berufsgerichtes für die Heilberufe bei dem Oberlandesgericht Nürnberg ernannt.

(Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 5. 6. 1968 — I C 4 — 2505/4a—2)

Rettung Verkehrsunfallverletzter durch Hubschrauber

I. Der Allgemeine Deutsche Automobii-Club e. V. wird zusammen mit den Sanitätsorganisationen von Mitte Juni bis Ende August 1968 im Raum München versuchsweise einen Hubschrauber speziell zur Rettung Verkehrsunfallverletzter einsetzen. Der Hubschrauber ist zur Versorgung oder zum Abtransport Verkehrsunfallverletzter anzufordern, wenn die im folgenden genannten Voraussetzungen vorliegen.

1. Der Hubschrauber kann zunächst an folgenden Tagen angefordert werden:

13. 6. — 17. 6. 1968
22. 6. — 23. 6. 1968
29. 6. — 30. 6. 1968
6. 7. — 7. 7. 1968
13. 7. — 14. 7. 1968
20. 7. — 21. 7. 1968
27. 7. — 28. 7. 1968
3. 8. — 4. 8. 1968
10. 8. — 11. 8. 1968
15. 8. — 18. 8. 1968
24. 8. — 25. 8. 1968
31. 8. — 1. 9. 1968

Er steht von 8.00 Uhr bis zum Einbruch der Dunkelheit (Sonnenuntergangszeit) zur Verfügung.

2. Der Hubschrauber kann nur an einen Unfallort gerufen werden, der nicht mehr als 100 km Luftlinie von München-Riem entfernt liegt.

3. Der Hubschrauber ist nur anzufordern, wenn keine Anfahrtsmöglichkeit für die herkömmlichen Krankentransportmittel besteht, oder wenn der Verletzte in Lebensgefahr ist und der Lufttransport wesentlich schneller oder sicherer durchgeführt werden kann als ein Transport mit den üblichen Krankenfahrzeugen. Die Entscheidung, ob der Hubschrauber anzufordern ist, trifft ein am Unfallort befindlicher Arzt, Sanitätshelfer oder Polizeibeamter. Befindet sich ein Arzt oder ein Helfer einer Sanitätsorganisation am Unfallort, so soll er die Anforderung des Hubschraubers bestätigen.



Der Mann, den wir begleiten

reist sorglos. Geschäftsleute im In- und Ausland kennen uns als zuverlässigen Partner. Wir beraten bei Außenhandelsgeschäften und stellen Kredite bereit. Wir verwalten Wertpapier-Depots, wissen um die besten Möglichkeiten langfristiger Geldanlage und kennen uns ebenso im Devisengeschäft aus. Alle Geldgeschäfte erledigen wir für unseren Mann. Sollen wir das nicht auch für Sie tun?



wenn's um
Geld geht-
SPARKASSE

II. Der Hubschrauber ist auf dem Flughafen München-Riem stationiert. Er kann auf folgendem Wege angefordert werden:

1. Die Polizei oder Sanitätsorganisation wendet sich unter der Telefonnummer 22 63 98 an die ADAC-Zentrale, München 22, Königinstraße 9—11a. Von dort werden die Rufe über Telefon an den Kontrollturm in Riem weitergegeben oder, sofern sich der Hubschrauber in der Luft befindet, über Funk direkt an den Piloten weitergeleitet. In der Regel wird sich der Polizeibeamte vom Funkwagen an seine Funkvermittlung wenden. Diese verständigt telefonisch die ADAC-Leitstelle.
2. Die ADAC-Funkleitstelle teilt der Stelle, von der die Anforderung kommt, mit, in welcher Zeit der Hubschrauber am Unfallort eintreffen wird. Bei einer durchschnittlichen Geschwindigkeit von 200 km/h kann die äußere Peripherie des Aktionsraums in rd. 30 Minuten erreicht werden. Dem angeflogenen Krankenhaus kündigt die ADAC-Funkleitstelle die Landung des Hubschraubers an und gibt ggf. die Diagnose des mitfliegenden Unfallarztes weiter. Nach der Einlieferung des Verletzten in das Krankenhaus teilt der Pilot über Funk der ADAC-Leitstelle seine erneute Einsatzbereitschaft mit.

III. Die Anforderung des Hubschraubers hat zu enthalten:

- a) Genaue Ortsangabe, ggf. mit besonderen Orientierungspunkten (Kirchturm, Gebäude usw.) sowie Himmelsrichtung und Entfernung von der nächstgelegenen Ortschaft
- b) Angaben über Beschaffenheit und Lage der Landefläche sowie Hindernisse (Leitungen)
- c) Angabe über Zahl der Verletzten (es können gleichzeitig zwei transportiert werden)
- d) Art und Zeit der Verletzungen
- e) Ärztliche Versorgung
- f) Eventuell Materialanforderung
- g) Wetter am Unfallort (insbesondere Nebel) und geschätzte Sicht in Metern

IV. Aus Sicherheitsgründen ist gleichzeitig mit dem Hubschrauber stets ein Rettungswagen anzufordern.

V. Der Hubschrauber steht auch für Verkehrsbeobachtung zur Verfügung. Er kann bei weitreichenden Verkehrsbehinderungen eingesetzt und zur Sammlung wichtiger Informationen über die Verkehrsbelastung des Straßennetzes herangezogen werden. Der ADAC stellt an den Einsatztagen auch einen Mechaniker der ADAC-Straßenwacht für diese Aktion ab. Damit ist die Möglichkeit gegeben, im Zusammenhang mit Unfällen auch Pannenhilfe zu leisten. Der Mechaniker wird zugleich mit dem Arzt zum Einsatzort geflogen.

VI. Die Entschließung des Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 13. 11. 1963 (MABl. S. 559) wird durch diese Entschließung nicht berührt. Wie bisher, können auch während der ADAC-Aktion Hubschrauber der Bundeswehr und des Bundesgrenzschutzes zur Rettung Unfallverletzter angefordert werden.

I. A. gez. Schmidt Konz, Ministerialrat

MITTEILUNGEN

Baumaßnahmen im Hochschulbereich

Das Bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kultus hat Auftrag für die Vorlage von Detailprojekten für folgende Baumaßnahmen erteilt:

für den 1. Teilbauabschnitt zur Errichtung von Neubauten der Technischen Hochschule München auf dem Gelände des Klinikums an der Einsteinstraße; es handelt sich um den Hörsaaltrakt, die Mensa und weitere Räume für studentische Bedürfnisse. Die Kosten der Baumaßnahme wurden auf 8 Millionen DM festgesetzt;

für die Errichtung eines Gebäudes für an Tbc erkrankte Kinder bei der Kinderklinik der Universität Würzburg (Gesamtbaukosten: 958 000 DM);

für den Neubau eines Zentrallaborgebäudes des Universitätskrankenhauses der Universität Erlangen-Nürnberg (Gesamtbaukosten: 4 960 000 DM).

Vereinigte Kranken: Aufwärtsentwicklung hält an

Hoher Bestandzuwachs: Über 100 000 Versicherte mehr

Die Bayerische Landesärztekammer unterhält bekanntlich seit drei Jahren einen Gruppenversicherungsvertrag mit der Vereinigten Krankenversicherung AG. Es dürfte deshalb die Leser sicherlich interessieren, wie sich die Gesellschaft im Vorjahr entwickelt hat. Im folgenden veröffentlichen wir die wichtigsten Zahlen aus dem Geschäftsbericht 1967.

Die Vereinigte Krankenversicherung AG, München/Berlin, verzeichnete auch im Geschäftsjahr 1967 trotz der allgemeinen konjunkturellen Abschwächung eine zufriedenstellende Beitrags- und Bestandsentwicklung. Die Beitragseinnahmen stiegen um 11,1% auf 335,7 Millionen DM bzw. um 11,8% auf 350,0 Millionen DM einschließlich der eingegliederten Tochtergesellschaft Salus Krankenhauskosten-Versicherungs-AG. Zum 31. 12. 1967 erreichte der Versichertenbestand 1 473 668 (einschließlich Salus 1 618 425) Personen. Der Zuwachs der Vereinigten von 102 778 lag damit wesentlich höher als im Jahre 1966 (88 764) — er betrug in der Heilkostenversicherung 2245, in der selbständigen Teilversicherung 83 929 und in der Krankentagegeldversicherung 16 604 Personen.

Dem Wachstum des Beitragsvolumens stand erneut eine überproportionale Zunahme der Versicherungsleistungen gegenüber. So erhöhten sich die Schadenausgaben einschließlich der Zuführung zur Schadenrückstellung um 14,3% auf 241,6 Millionen DM; die Schadenquote stieg von 69,9% im Jahre 1966 auf 72,0% an. Die nach den Richtlinien des Verbandes der privaten Krankenversicherung ermittelte Leistungsquote (Versicherungsleistungen + Beitragsrückerstattungen + Zuführung

(Fortsetzung Seite 513)

Passiorin

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

Unschädliche Kur- und Dauermedikation
 zur Stabilisierung des Nervensystems

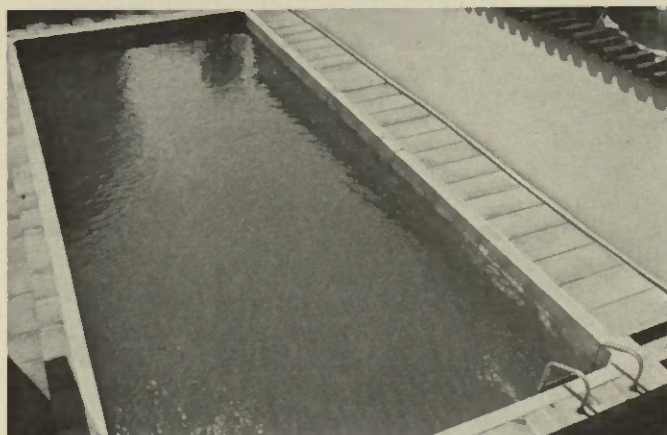
SIMONS CHEMISCHE FABRIK GAUTING BEI MÜNCHEN



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, Hochwaldstraße 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 Mai 1968*

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Häufigkeit, mit der im Berichtsmonat Scharlach-erkrankungen auftraten, war etwas niedriger als im April, nämlich 57 Fälle je 100 000 Einwohner gegen-über 60 im April (jeweils auf ein Jahr umgerechnet). Ebenso ging im Mai die Erkrankungshäufigkeit an übertragbarer Hirnhautentzündung — sowohl an übertragbarer Genickstarre wie auch an übrigen Formen der infektiösen Meningitis — weiter zurück.

Meldepflichtige Infektionskrankheiten des Verdauungs-trakts traten im Mai geringfügig häufiger als im April auf; so stieg die Erkrankungsziffer für bakterielle Ruhr von 1 auf 3, für Salmonellose (durch Salmonella-Bakte-rien erregte Darmentzündung) von 6 auf 8 Fälle je 100 000 Einwohner. An Hepatitis infectiosa (übertrag-bare Leberentzündung) erkrankten im Mai 29, im April noch 28 Personen je 100 000 Einwohner.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 28. April bis 1. Juni 1968 (Vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11	
	Diphtheris		Scharlach		Übertragbare						Typhus ab-dominellis		Pare-typhus A und B		Baktari-elle Ruhr (ohne Amö-be Ruhr)		Enteritis infectiosa					
					Kinderrötung		Hirnhautentzündung		Gehirn-entzündung								Salmo-nellose		Übrige Formen			
					dar. parol. Fälle		Menige-kekken-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	—	—	226	—	—	—	—	4	—	12	—	1	—	5	—	3	—	19	—	29	—	—
Niederbayern	—	—	23	—	—	—	—	1	—	7	1	—	—	—	—	2	—	1	—	10	—	3
Oberpfalz	—	—	36	—	—	—	—	2	1	7	—	—	—	—	—	—	—	3	—	2	—	—
Oberfranken	—	—	57	—	—	—	—	1	—	6	1	—	—	—	—	1	—	—	—	18	—	1
Mittelfranken	—	—	83	—	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	2	—	1	—	9	—	—
Unterfranken	—	—	73	—	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	1
Schwaben	—	—	66	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	1	—	2	—	3	—	9	—	—
Bayern	—	—	564	—	—	—	—	11	1	45	2	1	—	6	—	10	—	27	—	81	—	5
München	—	—	186	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	4	—	2	—	9	—	9	—	—
Nürnberg	—	—	30	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—
Augsburg	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—
Regensburg	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	13	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22	
	Betu-lismus		Hepatitis infectiosa		Ornithose				Amöben ruhr		Verdechts-fälle von Tollwut ³⁾		Bang'sche Krankheit		Malaria-Erst-erkrankung		Q-Fieber		Toxo-plas-mose		Wund-starr-krampf	
					Psitte-case		Übrige Formen															
					E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	—	—	114	1	1	—	3	—	1	—	34	—	—	—	—	—	1	—	3	—	1	1
Niederbayern	—	—	28	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Oberpfalz	—	—	25	—	—	—	—	—	—	—	30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Oberfranken	—	—	21	—	—	—	—	2	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—
Mittelfranken	—	—	1	—	26	—	—	4	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	i	1	1
Unterfranken	—	—	46	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Schwaben	—	—	29	1	—	—	—	—	—	—	29	—	1	—	—	—	1	—	2	—	2	—
Bayern	—	—	1	—	280	2	1	—	9	—	110	—	2	—	1	—	2	—	8	1	7	3
München	—	—	60	1	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	1	1
Nürnberg	—	—	8	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	i	—	—
Augsburg	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

2) „ST“ = Sterbefälle.

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

zu den technischen Rückstellungen in Prozent der Beitragseinnahmen) betrug 84,9%. Sie blieb wiederum deutlich über dem Branchendurchschnitt.

Für die 1967 schadenfrei gebliebenen Versicherungen nach Heilkosten- und Tagegeldtarifen kommt eine Beitragsrückerstattung im Gesamtbetrag von rund 23 Millionen DM zur Ausschüttung. Seit der Währungsreform sind damit auf diese Weise nahezu 180 Millionen DM an die Mitglieder zurückgeflossen.

Die Kapitalanlagen wurden um 39,2 (1966: 23,9) Millionen DM aufgestockt; die Vermögenserträge stiegen — bei einer Durchschnittsverzinsung von 6,64% — auf 16,6 (14,1) Millionen DM. Der Deckungsrückstellung wurden erneut 19 Millionen DM zugeführt. Sie weist jetzt 145,6 Millionen DM aus. Der Verwaltungskostensatz betrug im Berichtsjahr 5,81%.

Gegen Ende des Geschäftsjahres hat die Gesellschaft ein neues Tarifwerk herausgebracht, das durch seine Leistungsdynamik einen wertbeständigen Krankenschutz gewährleistet. Die neuen Tarife fanden bei den Versicherten ein positives Echo. Wie die ersten Zahlen für das laufende Geschäftsjahr zeigen, kann auch 1968 ein befriedigendes Ergebnis erwartet werden. Das Beitragsaufkommen (einschließlich Salus) dürfte sich auf etwa 400 Millionen DM erhöhen.

Hospitalschiff „Helgoland“

Ärzteablösung am 1. November 1968

Zur Teilnahme am Vietnam-Einsatz des Hospitalschiffes „Helgoland“ sucht das Deutsche Rote Kreuz zum 1. 11. 1968 einen vielseitig und möglichst auch tropenmedizinisch ausgebildeten Arzt mit mehrjähriger Berufserfahrung.

Bedingung ist Verpflichtung für 6 Monate. Französische und englische Sprachkenntnisse erwünscht, aber nicht Bedingung.

Vergütung entsprechend BAT, Auslandszulage und freie Station an Bord, erweiterte gesetzliche Unfallversicherung.

Bewerbungen sind an das Deutsche Rote Kreuz, Generalsekretariat, 5300 Bonn, Friedrich-Ebert-Allee 71, zu richten.

Zuwendungen der Münchener Universitäts-Gesellschaft im ersten Halbjahr 1968

Die Münchener Universitäts-Gesellschaft e. V. hat der von ihr betreuten Hochschule im I. Halbjahr 1968 über DM 220 000.— zur Verfügung stellen können.

Neben der Auffüllung von Seminarbibliotheken mit neuen Büchern konnten einige sehr wichtige wissenschaftliche Geräte erworben werden, darunter ein Beatmungs- und ein Herzgerät für die Universitäts-Kinderklinik, deren Beschaffung von der Kinderklinik als besonders dringlich bezeichnet wurde. Daneben wurde der Tierklinik ein Tiertransportwagen bewilligt und verschiedene Forschungsvorhaben in der Universitäts-Augenklinik, der Chirurgischen Klinik sowie in der Sektion Physik finanziert. Der Forschungsstelle für soziale Pädiatrie und Jugendmedizin wurde eine elektronische Programm-Rechenmaschine gestiftet.

Angesichts der unzulänglichen Ausstattung der verschiedenen Einrichtungen der Universität bemüht sich die Gesellschaft in verstärktem Maße darum, finanzielle Mittel für die von ihr betreute Hochschule zu beschaffen.

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. bis 15. November 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.

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

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. Müting, Homburg/Saar

Dr. Porpaczy, Wien

Prof. Dr. Schnetz, Salzburg

Prof. Dr. Schmengler, Bad Reichenhall

Priv.-Doz. Dr. Wildhirt, Kassei

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

19. Wissenschaftliche Ärztetagung

Vom 6. bis 8. Dezember 1968 in Nürnberg

Die 19. Wissenschaftliche Ärztetagung Nürnberg der Bayerischen Landesärztekammer findet vom 6. bis 8. Dezember 1968 unter der wissenschaftlichen Leitung von Professor Dr. R. Schubert statt.

Themen:

„Heutiger Stand der Therapie endokriner Erkrankungen“

„Fehldiagnosen und ihre therapeutischen Konsequenzen“

„Querulanten und Simulanten“

Anmeldung: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85, Telefon 36 11 21

Klinische Fortbildung in Bayern 1968

Kurseinteilung:

1. INNERE KRANKHEITEN

16. bis 21. September 1968

München, I. Med. Klinik und Poliklinik r. d. Isar der Technischen Hochschule
Direktor: Prof. Dr. Blömer

23. bis 27. September 1968

München, II. Med. Klinik und Poliklinik r. d. Isar der Technischen Hochschule
Direktor: Prof. Dr. Ley

7. bis 11. Oktober 1968

München, I. Med. Univ.-Klinik
Direktor: Prof. Dr. Schwlegk

21. bis 26. Oktober 1968

Würzburg, Med. Univ.-Klinik
Direktor: Prof. Dr. Wollheim

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. Hilber, Dr. Schweler, Dr. Singer

3. CHIRURGIE

23. bis 28. September 1968

Erlangen, Chir. Klinik mit Poliklinik der Universität
Direktor: Prof. Dr. Hegemann

7. bis 11. Oktober 1968

Würzburg, Chir. Univ.-Klinik und -Poliklinik
Direktor: Prof. Dr. Wachsmuth

21. bis 26. Oktober 1968

München, Chir. Univ.-Klinik
Direktor: Prof. Dr. Zenker

4. FRAUENKRANKHEITEN UND GEBURTSHILFE

7. bis 12. Oktober 1968

Würzburg, Univ.-Frauenklinik und Hebammenschule

Direktor: Prof. Dr. Schwaim
(Unterkunft u. Verpflegung in der Klinik möglich)

21. bis 25. Oktober 1968

München, I. Frauenklinik und Hebammenschule der Universität
Direktor: Prof. Dr. Bickenbach

5. PHONOKARDIOGRAPHIE (Anfängerkurs*)

25. und 26. Oktober 1968

München, Stiftsklinik Augustinum
Chefarzt: Prof. Dr. Michel

Anfragen und Anmeldungen nur an die Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85, Telefon 36 11 21 (Apparat 26)

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

Fortbildungskurs der Würzburger Augenklinik

am 19. Oktober 1968

Der nächste Fortbildungskurs der Universitäts-Augenklinik in Würzburg findet am 19. Oktober 1968 statt (Leitung: Prof. Dr. W. Leydhecker).

Das von vielen Teilnehmern gewünschte Thema „Ophthalmoneurologie“ möchten wir erst bei der nächsten Tagung bringen.

Am 19. 10. 1968 beziehen sich alle Vorträge auf das für den Augenarzt so wichtige Thema der Brillenverordnung. Wenn Sie bei der letzten Tagung bereits Wünsche über die praktischen Übungen geäußert haben, so finden Sie auf dem untenstehenden Programm die Zeit angegeben.

Teilnehmergebühr für jeden Kurs DM 10.— (z. B. 4 Kurse = DM 40.—); Mittagessen für Kursteilnehmer frei; für den Nachmittag DM 10.—.

Um die Zusendung von Anfragen aus der augenärztlichen Praxis, die zu Beginn der Tagung beantwortet werden sollen (ohne den Namen des anfragenden Kollegen zu nennen), wird gebeten.

Programm:

8.15—12.00 Uhr:

Praktische Übungen:

Fernrohrbrillen (Aulhorn)

Haftschalen (Schlegel)

Refraktometer (Rodenstock)

Strichskioskopie (Möller, Wedel)

(Fast ausgebucht, nur noch wenige Anmeldungen möglich)

12.00—13.15 Uhr:

Imbiß in der Klinik (Einladung der Fa. Rodenstock)

13.30—13.45 Uhr:

Begrüßung, Kassenbericht (Dr. Seissiger, Dr. Schreiber)

Abstimmung über die Zeit und das Thema des nächsten Kurses (Vorschlag: 26. 4. 1969; Thema: Ophthalmoneurologie)

Beantwortung von Anfragen aus der augenärztlichen Praxis

Meldung zur Teilnahme an Operationen oder in der Sehschule

13.45—14.05 Uhr:

„Probleme bei der subjektiven Bestimmung der Fernbrille“ (Prof. Dr. Schober)

14.05—14.25 Uhr:

„Probleme bei der Nahbrillenverordnung“ (Fa. Rodenstock)

14.25—14.45 Uhr:

„Probleme bei der Bestimmung des Bifokalglases“ (Opt. Schraut, Fa. Abele)

14.45—14.55 Uhr:

„Fehlerquellen bei der Versorgung mit der Starbrille“ (Opt. Schraut, Fa. Abele)

14.55—15.05 Uhr:

„Verhütung von Irrtümern bei der Brillenbestimmung“ (Dr. Krüger, Bamberg)

15.05—15.20 Uhr:

„Indikation und Grenzen der Fernrohrbrillen“ (Prof. Aulhorn)

15.20—15.40 Uhr:

Diskussion der Vorträge

15.40—18.00 Uhr:

Pause

18.00—18.20 Uhr:

„Probleme bei der Haftschalenanpassung“ (Doz. Dr. Schlegel)

16.20—16.40 Uhr:

„Kritische Bemerkungen zur Messung des Scheitelbrechwertes an Brillengläsern und Kontaktschalen“ (Fa. Rodenstock)

16.40—16.50 Uhr:

a) „Zur Praxis der Skiaskopie“

b) „Lichtschutzbrillen“ (Möller, Wedel)

16.50—17.15 Uhr:

Diskussion

Anmeldungen erbeten an Professor Dr. W. Leydhecker, 8700 Würzburg, Röntgenring 12

Fortbildungskurs

„Ernährung und Atherosklerose“

Vom 24. bis 26. Oktober 1968 in Bad Ragaz/Schweiz

Das Institut für Ernährungsforschung veranstaltet unter dem Patronat der „Schweizerischen Gesellschaft für Ernährungsforschung“ vom 24. bis 26. 10. 1968 in Bad Ragaz einen Fortbildungskurs für Ärzte über „Ernährung und Atherosklerose“. Das Problem des Zusammenhanges zwischen Ernährung und Atherosklerose ist heute auch für den Praktischen Arzt von großer Bedeutung. Das Organisationskomitee lädt darum die Kolleginnen und Kollegen zu dieser Veranstaltung herzlich ein.

Programm:

Prof. Dr. J. C. Somogyi, Direktor des Institutes für Ernährungsforschung, Rüslikon-Zürich:

„Ernährung und Atherosklerose“

(Einleitendes Referat)

Prof. Dr. H. Aebi, Direktor des Med.-Chem. Institutes der Universität Bern:

„Biochemische Aspekte der Atherosklerose“

Priv.-Doz. Dr. F. Gey, Basel:

„Neuere Erkenntnisse auf dem Gebiete des Cholesterinstoffwechsels“

Prof. Dr. E. Uehlinger, Direktor des Pathol. Institutes der Universität Zürich, und Dr. W. Wegmann, Zürich:

„Pathologie der Atherosklerose“

Prof. Dr. M. Schär, Direktor des Institutes für Präventiv- und Sozialmedizin der Universität Zürich:

„Epidemiologische Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Ernährung und Atherosklerose“

Prof. Dr. K. Braunsteiner, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Innsbruck:

„Heutiger Stand der Atherosklerose aus der Sicht des Kliniklers“

Dr. G. Hartmann, Medizinische Klinik der Universität Basel:

„Möglichkeiten der Laboratoriumsdiagnose bei Atherosklerose“

Dr. G. Schlierf, Medizinische Universitätsklinik, Heidelberg:

„Diätetische Beeinflussung atherogener Faktoren“

Prof. Dr. N. Zöllner, Medizinische Poliklinik der Universität München:

„Diätbehandlung atherosklerosefördernder Krankheiten“

Prof. Dr. E. Lüscher, Theodor-Kocher-Institut, Bern:

„Ernährung, Blutgerinnung und Atherosklerose“

Prof. Dr. J. Kühnau, Direktor des Physiol.-Chem. Institutes der Universität Hamburg:

„Zusammenfassung der Ergebnisse“

„Gespräch am runden Tisch“ mit den Referenten, weiteren Experten und den Teilnehmern des Kurses. Die Teilnehmergebühr beträgt SFr. 25.—

Falls Sie an diesem Fortbildungskurs interessiert sind, verlangen Sie bitte vom Institut für Ernährungsforschung, CH-8803 Rüslikon-Zürich, Schweiz, Seestraße 72, das definitive Programm, die Anmeldekarte und weitere Unterlagen.

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

ILON Freiburg im Breisgau

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.

August 1968:

- 5.—10. 8. in Sydney: 22. Generalversammlung des Weltärztebundes. Auskunft: Secretariat of The World Medical Association, Inc., 10 Columbus Circle, New York, N. Y. 10019.
- 5.—16. 8. in Neutrauchburg: Elnährungslehrgang in die manuelle Wirbelsäulenthherapie. Auskunft: Dr. med. Karl Sell, 7972 Neutrauchburg.
- 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'Autheville, International Council on Social Welfare, 5, rue Las Cases, F-75, Paris 7e.
- 18.—28. 8. in Tokio: XII. Internationaler Kongreß für Genetik. Auskunft: Dr. Yataro Tazima, National Institute of Genetics, Yata 1111, Misima, Sizuo-kaken, Japan.
- 24.—31. 8. in Brüssel: 12. Internationaler Kongreß für Zellbiologie. Auskunft: Prof. Dr. Dustin, Institut d'Anatomie, 87, rue aux Laines, Brüssel.
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 18.
- 25.—31. 8. in Paris: 12. Internationaler Kongreß „Geschichte der Wissenschaft“. Auskunft: M. S. Deforme, 12, rue Colbert, F-75, Paris 12e.
- 25.—31. 8. in Montreal: 5. Internationaler Kongreß für Physikalische Medizin. Auskunft: Sekretariat der Quebecer Ärztegilde, 6300 Darlington Ave., Montreal 28.
- 25.—31. 8. in Washington: 24. Internationaler Kongreß der physiologischen Wissenschaften. Auskunft: Secretariat, 9650 Rockville Pike, Bethesda, Md. 20014, USA.
25. 8.—9. 9. Kongreßreise der Deutschen Hämophilie-Gesellschaft zur Bekämpfung von Blutungskrankheiten e. V. zum 5. Kongreß der Weltvereinigung für Hämophilie in Montreal und zum 12. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Hämatologie in New York. Auskunft: Amtliches Bayerisches Reisebüro, Abt. Studienreisen, 8000 München 2, Promenadeplatz 12/I.
- 25.—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.

26. 8.—11. 9. Studienreise zum 1. Südafrikanischen Internationalen Ophthalmologie-Symposion in Johannesburg. Auskunft: Amtliches Bayerisches Reisebüro, Abt. Studienreisen, 8000 München 2, Promenadeplatz 12/I.

31. 8.—7. 9. in Paris: XIV. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Logopädie und Phoniatry. Auskunft: XIV. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Logopädie und Phoniatry, S. O. C. F. I., 7, rue Michel-Ange, F-75, Paris 18.

September 1968:

- 1.—7. 9. in Karlsruhe: 20. Deutsche Therapiewoche und 20. Deutsche Heilmittelausstellung. Auskunft: Dr. P. Hoffmann, 7500 Karlsruhe, Kaiserallee 30.
- 1.—7. 9. Studienreise zum IV. Kongreß der Asiatisch-Pazifischen Gesellschaft für Kardiologie in Jerusalem und Tel Aviv. Auskunft: Amtliches Bayerisches Reisebüro, Abt. Studienreisen, 8000 München 2, Promenadeplatz 12/I.
- 1.—15. 9. in Veiden/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 Semlnarkongreß für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 3.—8. 9. in Salzburg: 5. Internationaler Kongreß für manuelle Medizin. Auskunft: Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für manuelle Medizin, 4700 Hamm, Ostentallee 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. D. Meler, CH-4805 Brittnau/AG.
- 9.—13. 8. 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.
- 11.—14. 9. in Konstanz: Gemeinsame Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährungsforschung und der Österreichischen Gesellschaft für Ernährung (Thema: „Enzyme und Ernährung“). Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 6000 Frankfurt, Feldbergstraße 28.
- 12.—14. 8. in Dimsitz: IV. Dermatologisches Symposion mit internationaler Beteiligung. Auskunft: Tschechoslowakische Medizinische Gesellschaft, J. E. Purkyne, Sokolská 31, Praha 2.

Salistoperm

Das percutane Heilanaestheticum

Vegegestigman

Das percutane Herz- und Gefäßregulans

- 12.—15. 9. in Salzburg: X. Internationaler Kongreß für Allgemeinmedizin. Auskunft: Generalsekretariat der Internationalen Gesellschaft für Allgemeinmedizin, 4740 Oelde (Westf.), Lange Straße 21a.
- 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.—21. 9. in Freudenstadt: 25. Kongreß des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren e. V. Auskunft: Dr. med. H. Haferkamp, 6500 Mainz, Adam-Karrillon-Straße 13.
- 14.—23. 9. in Freudenstadt: 35. Kongreß des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren. Auskunft: Dr. H. Haferkamp, 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.
- 15.—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. Kirchoff, 3400 Göttingen, Humboldtallee 5.
- 26.—28. 9. in Prag: I. Weltkongreß für Soziometrie. Auskunft: Tschechoslowakische Medizinische Gesellschaft, J. E. Purkyně, Sokolská 31, Praha 2.
- 26.—29. 9. auf Helgoland: 1. Herbst-Symposium des Internationalen Seminars für ärztliche Fortbildung e. V. (Thema: „Allergie“). Auskunft: Sekretariat der Gesellschaft, 2060 Bad Oldesloe, Hude 1.
- 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 Dochem: 13. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Dokumentation und Statistik in der DGD. Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Medizinische Dokumentation, 6900 Heidelberg, Berliner Straße 27.
30. 9.—3. 10. in Berlin: 7. Europäischer Kongreß für Allergologie. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. E. Stresemann, 1000 Berlin 65, Augustenburger Platz 1.

Deilagenhlnweis

Einer Teilaufgabe ist ein Prospekt der Firma Autohaus München GmbH, 8000 München 5, Geyerstraße 34, beigelegt.

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

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 5,5% = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Postscheckkonto Nr. 5252, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8000 München 15, Postfach, Sonnenstraße 29, Tel. 55 80 81, Fernschreiber: 05 23662, Telegrammadresse: atlas-press. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfingher, München.

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

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

NEPHRONORM®

Pflanzliches Kombinations-Präparat mit stark diuretischer, harnantiseptischer, antibakterieller und steinlösender Wirkung.

Angenehme Drogéform:
NEPHRONORM-DRAGEES

Unterstützungstherapie:
NEPHRONORM-TEE

Quecksilber- und digitalis freies Urologicum. Antisepticum bei entzündlichen Erkrankungen der Nieren und ableitenden Harnwege. Nierenbeckenentzündung, Blasenkatarrh, Nierenentzündung, Bakteriurie, Wassersucht-Ödem, **Spezificum gegen Nieren- und Blasensteine, Nieren- und Blasengrieß.**

Zusammensetzung:

Rubia tinct. L., Orthosiphon stam. Benth., Arctostaphylos uva ursi Spr., Canvallaria moi. L., Theobromino-notr. solic., Ol. aeth. Nach Spezialverfahren hergestellt.

Handelsformen und Preis:

NEPHRONORM-Dragees	OP	70 Drogées DM 3,30 lt. AT. m. U.
Größpackung		250 Drogées DM 9,55 lt. AT. m. U.
NEPHRONORM-Tee	OP	co. 110 g DM 2,70 lt. AT. m. U.



MAUERMANN-ARZNEIMITTEL
PÖCKING-STARNBERGER SEE

Dr. Hermann Melzer's

Katheterpurin

das äußerst schlüprige, reizlose und aseptische
GLEIT- UND SCHUTZMITTEL

Von leitenden Urologen und Chirurgen empfohlen, auf dem Therapiekongreß in Karlsruhe in einem richtungsweisenden Vortrag zur „Therapie der akuten Harnverhaltung“ in seiner vorzüglichen Verwendbarkeit besonders hervorgehoben.

DR. HERMANN MELZER · Chem.-med. Laboratorium
Frankfurt/Main · Nußzeil 43

ORIENT-TEPPICHE

seit 1925

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

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

ÜBER 2000 PERSERTEPPICHE ALLER PROVENIENZEN
ORIENT-LÄUFER ALLER LÄNGEN UND BREITEN
BESONDERS GROSSE AUSWAHL IN UBERGROSSEN

MAX STEINHAUSEN

8 München 2, Briener Straße 10, Telefon-Sommelnnummer 28 40 94
genau gegenüber Café Luitpold

STELLENANGEBOTE

Beim Städt. Krankenhaus Bad Tölz

sind zum 1. September 1968 die Stelle des

Oberarztes

der Chirurgischen Abteilung mit 70 Betten, bei der die gesamte Chirurgie einschließlich Unfallchirurgie ausgeübt wird, und zum 1. Oktober 1968 die Stelle der leitenden

med.-techn. Assistentin

neu zu besetzen.

Die Bewerber für die Stelle des Oberarztes müssen gute operative Kenntnisse haben und in der Lage sein, den Chefarzt in allen Angelegenheiten zu vertreten. Die Facharztanerkennung ist erwünscht.

Die Vergütung des Oberarztes erfolgt nach Vergütungsgruppe I b BAT, Ortsklasse S, außerdem Überstundenvergütung, Zuwendung des leitenden Arztes und Einnahmen aus der Gutachterstätigkeit.

Die Vergütung der med.-techn. Assistentin nach Vergütungsgruppe VI b BAT, Vorrückungsmöglichkeit nach V b BAT ist gegeben.

Bei der Wohnungsbeschaffung sind wir behilflich, Gymnasium am Ort, Umzugskosten werden erstattet. Dauerstellung bei Eignung möglich.

Bewerbungen mit handgeschriebenem Lebenslauf und vollständigen Unterlagen werden erbeten an den Chefarzt der Chirurgischen Abteilung des

Städtischen Krankenhauses Bad Tölz, Dr. med. Dr. phil. JOSEF STADLER

Beim Kreiskrankenhaus Feuchtwangen (Mittelfranken) wird einem

Augenarzt

Gelegenheit geboten, als Belegarzt tätig zu sein.

In der aufstrebenden Kreisstadt Feuchtwangen (6000 Einwohner) besteht bisher noch keine Augenarztpraxis.

Feuchtwangen liegt verkehrsgünstig am Schnittpunkt der Bundesstraßen Stuttgart-Nürnberg und Würzburg-Augsburg. Realschule und Unterstufe des Gymnasiums am Ort.

Um interessierte Zuschriften bittet das

Landratsamt 8805 Feuchtwangen, Telefon 0 98 52 / 441/443

Für die innere Abteilung des Kreiskrankenhauses Landshut/Ndb. (ca. 130 Betten), wird ab 1. 8. 1968, evtl. auch später, wegen Ausscheidens und Ernennung des bisherigen Stelleninhabers zum Chefarzt,

ein Oberarzt (Chefarztvertreter)

gesucht. Der Bewerber muß die Facharztanerkennung besitzen. Der Internen Abteilung stehen neben dem Oberarzt 6 Planstellen zu. Sie ist für vier Jahre zur Facharztbildung zugelassen. Das Krankenhaus unterhält neben der internen, eine chirurgisch-gynäkologisch-geburtshilfliche und eine eigene Röntgen-Abteilung außerdem Belegabteilung für HNO, Urologie und Pädiatrie.

Der Oberarzt erhält eine Vergütung nach Verg.-Gruppe I b BAT, weiter Rufbereitschaftspauschale, Nebeneinnahme durch Gutachterstätigkeit und wissenschaftliche Betätigung. Der Chefarzt gibt zudem eine eigene Vertretungszulage. Bei Wohnraumbeschaffung ist der Krankenhausträger behilflich. Alle höheren Schulen am Ort.

Ausführliche Bewerbungen sind zu richten an die Verwaltung des Kreiskrankenhauses 83 Landshut, Vaidnerstraße 15.

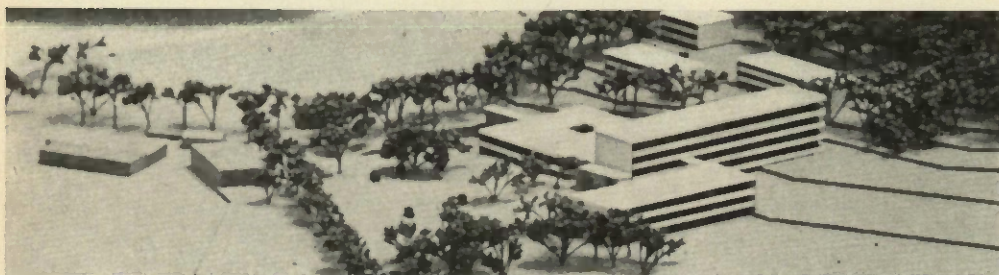
Beim Kreiskrankenhaus Viechtach/Niederbayern

(110 Betten) in landschaftlich schöner Gegend mit Bader- und Wintersportmöglichkeit ist zum raschest möglichen Eintritt die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen. Vergütungszahlung erfolgt nach Vergütungsgruppe II a. Daneben werden bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen folgende zusätzliche Leistungen gewährt: Familienzuschläge, Bereitschaftsdienstzulage, zusätzliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung, Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen, Zuschüsse zu den Beiträgen der Bayer. Ärzteversorgung.

Interessenten werden gebeten, ihre Bewerbung mit Lichtbild (Paßfoto) neueren Datums, handgeschriebenem Lebenslauf, Nachweis der Bestattung als Arzt und Zeugnisabschriften beim Landratsamt Viechtach einzureichen.



An der chirurgischen Abteilung des neuerbauten Kreiskrankenhauses Aichach (Obb.) ist die Stelle des

Oberarztes

baldmöglichst zu besetzen.

Der Bewerber muß Facharzt für Chirurgie sein und Erfahrung in der großen Bauch- und Unfallchirurgie besitzen.

Das modern eingerichtete Kreiskrankenhaus hat 3 Fachabteilungen mit insgesamt 126 Betten; die chir. Abteilung 50 Betten.

Ein monatliches Bruttoeinkommen von 3000 DM wird zugesichert.

Die Kreisstadt Aichach (Ortsklasse A, 6500 Einwohner) liegt sehr verkehrsgünstig (20 Minuten Fahrzeit nach Augsburg, 30 Minuten Fahrzeit nach München). Außerdem sind eine Realschule, ein modernes Freibad und Hallenschwimmbad am Ort.

Der Landkreis ist bei der Wohnungsbeschaffung für verheiratete Bewerber behilflich; für ledige Bewerber steht ein Appartement zur Verfügung.

Schriftliche Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an das

PERSONALREFERAT DES LANDRATSAMTES

8890 Aichach, Schloßplatz 7

Weicher katholische, internistisch und chirurgisch ausgebildete Arzt hätte Interesse an Arbeit in sehr schöner, kultivierter

Mission in Natal (Südafrika)?

Anfragen an: Frau Dr. med. Cläre Fichtner, 8 München 22, Widenmayerstraße 12/I

Zum 1. 8. oder später

erfahrene Arzthelferin

für Praxis und Klinikambutanzen gesucht. Praxis- und Abrechnungskennnisse erforderlich. Kein Labor. Vietseitige, selbst. Tätigkeit bei guten Bedingungen, Wohnung u. Verpflegung im Hause (Gebirgstage, Nähe München). Zuschriften mit den üblichen Unterlagen erbeten unter Nr. 331/144 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8 München 15, Sonnenstraße 29

Am Kreiskrankenhaus Vohenstrauß/Oberpfälzer Wald ist ab sofort die Stelle einer

med.-technischen Assistentin oder Laborantin

zu besetzen. Geboten wird für die MTA BAT VII b, für die Laborantin BAT VIII bzw. VII. Verpflegung kann im Hause eingenommen werden.

Bewerbungen werden an das Landratsamt, 8483 Vohenstrauß/Opf. erbeten.