



Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

März 1971

Fortschritte in der Inneren Medizin *

von R. Schindlbeck

Zehn Jahre sind in unserem Leben eine lange Zeit und die letzten zehn Jahre waren beherrscht von einer stürmischen Entwicklung der Technik. Es ist deshalb verständlich, daß sich der von dem Physiker Victor WEISSKOPF auf einer Tagung dieses Jahres als lebensbedrohlich empfundene technische Fortschritt während dieser zehn Jahre auch auf die Entwicklung der Inneren Medizin ausgewirkt hat. Die von ihm erhobene Mahnung, die Forscher sollten ein kritischeres Verhältnis zur eigenen Forschung entwickeln, und sich nicht in einseitigem Spezialistentum der Verantwortung entziehen, sollten wir ebenfalls nicht überhören. Damit stehen wir mitten in einer Problematik, die uns Internisten in den vergangenen zehn Jahren sehr zu schaffen machte, obwohl das Problem des Spezialistentums gar nichts Neues ist.

Schon beim ersten Internistenkongreß, der von FRERICH im Jahre 1882 in Deutschland abgehalten wurde, nahm FRERICH dazu grundlegend Stellung und führte aus: „Die Innere Heilkunde ist berufen, die Einheitsidee festzuhalten und auszubauen durch eigene Arbeit und selbständiges Schaffen, jedoch auch durch richtige Verwertung der Bausteine, welche die einzelnen Fächer und Hilfswissenschaften bringen.“

Ich glaube, diese Definition kann auch heute noch für uns als Richtlinie gelten, die Problematik ist die gleiche geblieben, wenn auch in einer anderen Dimension. Die Spezialgebiete der Inneren Medizin erarbeiten heute so viele neue wissenschaftliche Erkenntnisse, daß es schwierig wird, diese in der praktizierenden Medizin zu verwerten. Ich glaube aber, gerade in dieser Phase der Entwicklung, in der sich die Medizin derzeit befindet, wäre es sehr gefährlich, den drohenden Aufspaltungs- und Auflösungsprozeß zu fördern. Wir würden uns damit immer mehr von der Behandlung des kranken Menschen weg zur Erforschung spezialisierter Krankheitserscheinungen hinbewegen. Wir müssen dabei berücksichtigen, daß viele dieser auf Spezialgebieten erarbeiteten Erkenntnisse schon nach kurzer Zeit apparativ und in ihrer Durchführbarkeit so vereinfacht werden, daß sie ohne Schwierig-

keit in den Routinebetrieb aufgenommen werden können. Sie verlieren so, oft schon nach kurzer Zeit, ihre anfängliche Schwierigkeit und Wertigkeit.

Wir haben dies auf allen Gebieten der Inneren Medizin erlebt, so bei anfänglich schwierigen Labormethoden, in der Röntgen- und Isotopendiagnostik, bei der Peritoneal- und Hämodialyse, bei der Endoskopie u. a. An dieser Stelle möchte ich ein Wort von VOLLHARD anführen, das er 1948 als Vorwort gebracht hatte: „Was in der Darstellung veraltet und inzwischen überholt ist, mag als Beitrag zur Geschichte der Lehre von den Nierenkrankheiten dienen und lehren, daß es in der Wissenschaft keine Dogmen gibt, daß ‚alles fließt‘ und daß unsere immer nur ephemeren Anschauungen einem ständigen Wandel unterliegen müssen, nach dem von mir schon öfter zitierten Satz: Die Wahrheit von heute ist der Irrtum von morgen.“

In der neuen Weiterbildungsordnung, die inzwischen schon fast in allen Ländern des Bundesgebietes Geltung hat, wurde der Tendenz zum Spezialistentum insofern entsprochen, als der Facharzt für Kardiologie, Gastroenterologie sowie Lungen- und Bronchialerkrankungen anerkannt wurde. Dies allerdings unter der Voraussetzung, daß diese Spezialweiterbildung als Schwerpunkt im Rahmen einer vollinternistischen Weiterbildung erfolgt. Interessant ist allerdings, daß sich in der freien Praxis auch diese Spezialisten meist lieber als Vollinternisten niederlassen, denn sie haben auch so jede Möglichkeit zu ihrer spezialisierten Berufsausübung auf dem sicheren Boden der Inneren Medizin. Die Aufgabe der Inneren Medizin im heutigen Zeitpunkt ist klar. Sie muß zusammenfassen und verbinden, was sich an neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bewährt hat. Kritik und Erfahrung sind dazu nötig. Die apparative und spezialisierte Weiterentwicklung, deren Ende nicht abzusehen ist, darf die Grundlagen der Inneren Medizin nicht zerstören, sondern muß diese untermauern. Denn viele erarbeitete Einzelbefunde allein ergeben noch keine Diagnose, erst die richtige Bewertung durch Synopsis und Empirie ist dafür entscheidend. Wenn wir nur gute Spezialisten ausbilden und in Klinik und Praxis zur Verfügung haben, geht es uns wie einem Orchester, das zwar hervorragende Violinspieler, Baßgeiger und

*) Begrüßungsansprache des 1. Vorsitzenden der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin e. V. anläßlich der 10. Bayerischen Internisten-tagung am 21. November 1970 in München.

Trompeter hat, aber keinen Dirigenten, der verantwortlich dafür sorgt, daß ein Stück euch gut gespielt wird. Das sollte man heute auch bei der Planung und Organisation von Krankenhäusern berücksichtigen.

JORES drückte diese Gefahr 1961 folgendermaßen aus: „Die Fülle des angehäuften Wissens führte zu einer Aufspaltung der Ärzte in verschiedene Spezialgebiete, ein Prozeß, der bis zum heutigen Tage anhält und in einem solchen Maße fortzuschreiten droht, daß berechnete Besorgnisse bestehen, daß immer mehr und mehr Ärzte sehr viel über sehr wenig wissen und dabei das Ganze, den kranken Menschen, völlig aus den Augen verlieren. Dies wird besonders deutlich in einer Folge des Spezialisierens, die man die Zerstückelung der Verantwortung gegenüber dem Patienten nennen könnte.“

Aus dieser verantwortlichen Stellung dem Patienten gegenüber können und dürfen wir aber die Innere Medizin nicht entlassen. Hier liegt seit ihrem Bestehen und für alle Zukunft ihre entscheidende Bedeutung und Aufgabe. Daß zur Erfüllung dieser Aufgabe Wissen und Technik allein nicht ausreichen, sondern daß sich dazu das am Krankenbett erworbene Können und die Erfahrung gesellen müssen, darauf hat ROMBERG in seiner Abhandlung über „Lehren und Lernen“ 1929 überzeugend hingewiesen.

Sehr beeindruckt hat mich in den letzten Jahren die zunehmende Diskrepanz, die zwischen der Symptomatik der Krankheitsbilder in Großstadtkliniken und in der Sprechstunde des Arztes besteht, was von verschiedener Seite als Hiatus bezeichnet wird. Besonders beginnende Krankheitsbilder, die für die Frühdiagnose und Früherfassung von größter Bedeutung sind, werden in erster Linie nur in der Sprechstunde des Praktischen Arztes und des Internisten angetroffen, dem sie täglich zur Klärung überwiesen werden. In den zentralen Großkrankenhäusern kommen demgegenüber vorwiegend fortgeschrittene und seltene Krankheitsbilder zur Beobachtung. Dies sollte bei allen Maßnahmen zur Vorsorgemedizin und Gesundheitsvorsorge beachtet werden. In den vergangenen Jahren habe ich oft darauf hingewiesen, daß eine klare Abtrennung zwischen Prophylaxe und Frühdiagnose von Erkrankungen nur theoretisch möglich ist.

STOCKHAUSEN hat dies kürzlich bestätigt, wenn er nicht von Gesundheitsvorsorge, sondern bewußt von Krankheitsvorsorge spricht und damit gezielt die so wichtige Krankheitsfrüherkennung meint. Ein Programm zur Früherfassung des Diabetes, des Prostatakarzinoms, des Genitalkarzinoms der Frau und der Schwangerenbetreuung wird dankenswerterweise auf Initiative der Bundesärztekammer und mit Unterstützung der Pflichtkrankenkassen schon durchgeführt.

Auf dem Sektor der Inneren Medizin jedoch gibt es einige Erkrankungen, bei denen eine verbesserte Früherkennung und Frühbehandlung von entscheidender Bedeutung wäre. Dies trifft besonders zu für die Koronarerkrankungen, die Endo- und Myokarditis, Leberschäden, besonders nach anikterischem Verlauf einer

Hepatitis, das Magenkarzinom und in zunehmendem Maße für das Lungenkarzinom. Die Möglichkeit der Frühdiagnose für diese Erkrankungen besteht fast ausschließlich anlässlich der Sprechstundenuntersuchung beim Internisten. Es ist deshalb zu fordern, daß schon bei dieser Gelegenheit alle notwendigen und zur Verfügung stehenden diagnostischen Möglichkeiten zum Einsatz kommen. Nur so ist zu verhindern, daß diese Erkrankungen später in einem fortgeschrittenen Stadium und mit schlechter Prognose die Krankenhäuser bevölkern. Die dazu notwendigen diagnostischen Untersuchungsmöglichkeiten müßten in einem größeren Umfang rechtzeitiger und gezielter in der Sprechstunde des Arztes Anwendung finden. Zur so vordringlichen Frühdiagnose des Lungenkarzinoms, das in steiler Kurve ansteigt, wäre zu fordern, daß bei jeder Erstuntersuchung durch den Internisten routinemäßig eine Thorax-Röntgenaufnahme angefertigt wird. Die Hoffnungen, die man hier auf die Röntgen-Reihenuntersuchungen gesetzt hat, haben sich leider nicht bestätigt. Die Frühdiagnose der Lungentuberkulose ergäbe sich dabei gleichzeitig.

Bei der vielfältigen Lokalisationsmöglichkeit der Krebserkrankung wird es auch notwendig sein, daß sich der Internist in Zukunft mehr als bisher mit den Untersuchungsmöglichkeiten mittels radioaktiver Stoffe eingehend befaßt. Gerade auf dem Sektor der Inneren Medizin bieten sich also reale Möglichkeiten zur Früherfassung und Frühbehandlung von Krankheiten, die heute noch bedrohlich und in erschreckenden statistischen Zahlen in Erscheinung treten.

Neue Institutionen sind dazu nicht notwendig, ebenso wenig eine unnötige Reglementierung, die erfahrungsgemäß nur zu einer Abneigung gegen präventive Maßnahmen und zur Schwächung des Gefühls für Selbstverantwortung führt, wozu schon vor zwei Jahren der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Professor SEWERING, hingewiesen hat.

Das Thema des heutigen Vormittags ist ein Beispiel dafür, daß scheinbar von der Inneren Medizin schon lange Zeit abgespaltene Spezialgebiete, wie die Neurologie, bei der täglichen Differentialdiagnose in der Inneren Medizin noch eine wichtige Rolle spielen. Auffallend ist auch, daß die meisten Referenten, die über dieses neurologische Thema sprechen, von der Ausbildung her Internisten sind, und zwar aus der internistischen Schule von Herrn Professor BODECHTEL, der dankenswerterweise den Vorsitz für den heutigen Vormittag übernommen hat. Wie eng die Innere Medizin sogar mit psychiatrischen Krankheitsbildern kausal in Verbindung steht, das, glaube ich, ist aus dem Vortrag „Interne Erkrankungen als Ursache von Psychosen“ zu ersehen.

Ein eigener Nachmittag ist der Abhandlung unerwünschter Nebenwirkungen bei der Therapie mit Medikamenten gewidmet, ein Thema, das derzeit besonders aktuell und wichtig ist.

Anschr. d. Verf.: Chefarzt Dr. med. R. Schindlbeck, 8036 Herrsching/Ammersee, Summerstraße 3

Über Beziehungen der schweizerischen zur deutschen Ophthalmologie *

von F. Rintelen

Zu einem festlichen Vortrag aufgefordert, wird der Sprechende sich nach Indikationen fragen, die ihm in dieser Stunde die Ehre verschaffen, hier das Wort zu ergreifen. Vielleicht ist es so, daß unser Gastgeber, der ohne staatliche Subsidien aus eigener Initiative und mit eigenem Risiko einen ungewöhnlichen Weg zu gehen sich anschickt, sich dem Angehörigen eines Landes, in dem freiheitlich-demokratisches Denken und Tun für viele noch existenzielles Bedürfnis sein mag, in einer gewissen ideologischen Weise verbunden führt. Wir stehen vor einem mutigen Beginnen ärztlicher Tätigkeit eines durch ungewöhnliche Leistungen auf manchen Gebieten der Augenheilkunde ausgezeichneten Kollegen.

Wenn ich als Bürger eines Landes, dessen Bewohner man gern als etwas vorlaute, spießbürgerliche, zur selbstzufriedenen Schulmeisterei neigende Schicksalsgünstlinge zu werten pflegt, das Thema gewählt habe, Ihnen etwas von Beziehungen schweizerischer zur deutschen Ophthalmologie zu sagen, so werde ich mich hüten, chauvinistische Nationalismen in Erscheinung treten zu lassen; die sollten überwunden sein. Wenngleich v. Salis beizupflichten ist, daß kulturelle Ausstrahlung Teil der Außenpolitik eines Landes sein könne.

Ich sehe zweifachen Grund für die mögliche Adäquanz des Themas. — Auf seinem ophthalmologischen Werdegang, der ihn gerade durch manche Unbill, die den akademischen Weg so häufig erschwert, in besonderer Weise reifen ließ, hat es sich Herr Kollege Remky oftmals zum Anliegen gemacht, fruchtbringende Beziehungen zu unserem Lande zu pflegen. Während mehrerer Monate hat er, das eigentliche Perpetuum mobile der Rohrschnelderschen Münchener Klinik, bei Marc Amsler in Zürich gearbeitet. Dort hat er Anregung bekommen und mitgebracht, zumal im Dickicht der Uveitis-Ätiologie vorwärts zu tasten. In gleicher Eigenschaft hat er mitgeholfen, einen für beide Kliniken nützlichen Assistenten-Austausch zwischen München und Basel zu realisieren; wohl nicht zuletzt aus dem Erkennen, daß solche Horizontweitung nicht nur im Bereich der Ophthalmologie nützlich sei, sondern daß derartige Beziehungen Gemeinsamkeiten, die zwar keine Homogenisierung kultureller nationaler Existenz sich zum Ziele setzen, wohl aber im Sinne einer *Discordia concors* Andersartigkeit gelten lassend, gegenseitiges Verständnis anstreben. Dabei wird man die Wünschbarkeit schützender wie trennender Grenzpfähle gelten lassen; sie sind Zeugen besonderer historischer Entwicklung und Mitgaranten für die Eigenständigkeit eines Landes, und gerade

dadurch spezifischer Wirksamkeiten einer nationalen Volksgemeinschaft, die rassistisch nie einheitlich sein kann und sprachlich nicht unison zu sein braucht. Auch für politische Gefühle sind solche Landesgrenzen manchmal heilsame Demarkationslinien.

Dem Schweizer ist die heutige Feststunde willkommenere Gelegenheit, um in allerdings sehr partiellem historischen Rückblick auf die Bedeutung der deutschen Ophthalmologie für die Entwicklung der Augenheilkunde in unserem Lande dankbar hinzuweisen.

Gibt es überhaupt eine schweizerische, eine deutsche Ophthalmologie? Ist Ophthalmologie eine Wissenschaft nicht a priori als ein nur international denkbarer Betätigungsbereich medizinisch-naturwissenschaftlicher Observanz zu charakterisieren? Zweifellos, an sich ist keine nationale Ophthalmologie vorstellbar. Aber die sie realisierenden Ophthalmologen sind Menschen, die nicht nur dem herrschenden Zeitgeist unterworfen sind, sondern als Provenienzen eines speziellen Kulturbereiches in einen besonderen, geographisch-klimatisch charakterisierten Raum hineingewachsen oder gestellt, durch gemeinsames historisches Schicksal, durch die politische Konstellation, auch mit dem *Genius loci* aufs engste verbunden sind. Durch ihn sind auch die Ophthalmologen eines Landes in mancher Hinsicht bei aller Individualität geprägt. Im föderalistisch vielgestaltigen Land mögen für den Schweizer mehr noch als nationale, kantonale und Städtetypische Faktoren für das Werden der Persönlichkeit, für ihr Denken, Fühlen und Wollen maßgeblich sein. Neben dem Gewicht des Genotypus sind jedenfalls auch Wirkungen einer modifizierenden, durch Ort und Zeit gegebenen Peristase als einer Determinanten des menschlichen Seins nicht zu übersehen. Dort, wo nach Abraham Lincoln ein Staat „durch das Volk, für das Volk regiert wird,“ wo im Geiste der Mitmenschlichkeit Mißbrauch von Macht erschwert wird, dort darf man von Demokratie sprechen. Wo ist das heute noch oder schon möglich? In der Schweiz ist solche Demokratie in der Vielfalt der politischen Meinungen, mit dem Referendumsrecht des Volkes, eine *k o n t r o v e r s e*, wie sie v. Salis, der mutige Informator des nichtnazistischen Europas, im zweiten Weltkrieg genannt hat — und erst durch solche kontrastische Kontroversionsmöglichkeiten ist sie verhältnismäßig echt, bei allem Sinn für Friedrich Dürrenmatts ironische Skepsis, die hinsichtlich der Glaubhaftigkeit solcher Demokratie kürzlich in einem akademischen Vortrag in Mainz über Gerechtigkeit und Recht zum Ausdruck gekommen ist.

Effiziente Demokratie kann vielleicht nur im Kleinstaat möglich sein, der wie die Schweiz durch die Gunst des Schicksals von den verheerenden Wo-

*) Festvortrag anlässlich der Eröffnung der Augenklinik von Professor Dr. H. Remky, München, Arebellapark.

gen zweier Weltkriege verschont geblieben ist. Von solchem Kleinstaat hat Jakob Burckhardt gesagt, er „sei vorhanden, damit ein Fleck auf der Welt sei, wo die größtmögliche Quote der Staatsangehörigen Bürger in vollem Sinne seien, die in einem Maximum von Freiheit existieren können.“ Solche Bürger sind in Deutschland von Bismarck bis auf Hitlers Tage auch unter den *cives academici* unglücklicherweise spärlich gewesen. Könnte es nicht Trost und Auftrag zugleich sein für ein Staatswesen, das — wie die Deutsche Bundesrepublik — nahezu ein Kleinstaat geworden, auf expansives politisches Machtstreben verzichten muß, ist es nicht ganz allgemein für uns in Europa hoffnungsvoll, wenn es bei Burckhardt weiter heißt: „Auch der auf Fluch errichtete Staat wird gezwungen, mit der Zeit eine Art von Recht und Gesittung zu entwickeln, weil sich die Gerechten und Gesitteten seiner allmählich zu bemächtigen wissen.“ Die Bürger des Kleinstaates, sie brauchen keineswegs „eingeschränkt durch Schicksalslosigkeit abseits der Geschichte zu stehen.“ Die Ideologie der Schweiz besteht nicht nur — wie Dürrenmatt meint — darin, daß sie sich passiv stellt. Was aus freiheitlicher Geborgenheit heraus für eine gestörte Umwelt zu leisten möglich ist, das haben in dem kleinen ophthalmologischen Gebiet Männer wie etwa Amsler, Franceschetti oder Goldmann in aufbauender Anregung für Deutschlands Augenheilkunde in den Jahren nach der großen Katastrophe wohl zu zeigen vermocht und damit von all dem, was die schweizerische Ophthalmologie durch Jahrzehnte hindurch als weitgehend nehmende der deutschen zu verdanken hatte, etwas zurückgeben dürfen. Damit kommen wir zum Thema:

Wenn der Kulturhistoriker Egon Friedel in seiner Kulturgeschichte der Neuzeit sagt: „damit ein Abschnitt der menschlichen Geistesgeschichte in einem haltbaren Bilde fortlebe, dazu scheint immer ein einziger Mensch notwendig zu sein, aber dieser Eine ist unerläßlich“, dann darf man behaupten, für die stupende Aufwärtsentwicklung der Ophthalmologie um die Mitte des vorigen Jahrhunderts, nicht nur in Deutschland, für ihre Lösung von den Fesseln der Chirurgie, sei Albrecht v. Graefe in Berlin von solch epochaler Bedeutung gewesen. In einer Gedächtnisrede auf Graefe hat Arthur v. Hippel gesagt: „Er begann sein reformatorisches Werk ohne jede staatliche Unterstützung, mit der unwiderstehlichen Kraft des Genies, die den Sieg über alle Hindernisse verbürgt. In kaum 1½ Dezennien wurde die Augenheilkunde so von Grund auf neu geschaffen, daß sie allen übrigen klinischen Fächern durch die Genauigkeit des Untersuchungsverfahrens, die Sicherheit der Diagnose und die Erfolge der Therapie weit überlegen war. Das Verdienst, solches erreicht zu haben, gebührt Graefe und seiner Schule.“

Zu dieser Schule Graefes gehören Friedrich Horner in Zürich, Marc Dufour in Lausanne, Henri Dor und Wilhelm v. Zehender in Bern, sowie Heinrich Schiess in

Basel, durch Graefe dazu legitimiert, Begründer einer selbständigen Augenheilkunde in der Schweiz. In diesen Männern manifestiert sich die grundlegende Beziehung der schweizerischen zur deutschen Ophthalmologie. Bei ihr wollen wir verweilen, schon angesichts der Tatsache, daß sich im Juli 1970 Graefes Todestag zum hundertsten Male jährte. Albrecht v. Graefes kurzer Lebensweg ist nicht zuletzt durch die Rapidität seiner zielbewußten Fortentwicklung einzigartig.

Mit 16 Jahren besteht der besonders mathematisch Begabte die Reifeprüfung am anspruchsvollen französischen Gymnasium in Berlin. Dem 19jährigen überreicht der Dekan Johannes Müller das Doktordiplom. Eine der Thesen, die es bei dieser Gelegenheit zu verteidigen galt, lautete: *Amaurosis non est morbus, sed symptoma*; gerade das hat Graefe später mit Hilfe des Helmholtzschen Augenspiegels zu zeigen vermocht. Während zweier Jahre ist dann der wohlhabende Chirurgensohn auf Reisen. In Prag bei Ferdinand Art begeistert er sich erstmals für die Augenheilkunde. In Paris, dessen spirituelle Atmosphäre ihn immer wieder anzieht, heißt es bald: „obenan steht das Augenfach.“ Bei Desmarres manifestiert sich sein ungewöhnliches operatives Geschick, und er sieht, wie man eine private Augenklinik führen kann. Das Wintersemester 1849/50 verbringt er in Wien. Friedrich Jäger ist dort sein verehrter Lehrer der Augenheilkunde. Den Abschluß der wissenschaftlichen Reisezeit bildet ein Aufenthalt bei Bowman in London. Die Fairness englischer Akademiker beeindruckt ihn. An der dortigen Weltausstellung lernt er den späteren treuen Freund Donders, den Utrechter Physiologen kennen. Noch im gleichen Herbst besteigt der großgewachsene, keineswegs asthenische, auch heiterem Lebensgenuß erschlossene junge Mann von Zermatt aus den Monte Rosa. Anstrengende Bergfahrten sind ihm kräfteschenkendes Bedürfnis.

Mit 22 Jahren läßt sich Graefe als Augenarzt in Berlin nieder und eröffnet eine zunächst bescheidene Privatklinik, die nach kurzer Zeit verlegt und vergrößert werden muß, denn schon bald strömen ihm Hilfesuchende von nah und fern zu. 1851 hält der mit klaren pathophysiologischen Vorstellungen arbeitende Diagnostiker den Augenspiegel in Händen. „Helmholtz hat uns eine Welt erschlossen, was wird da zu entdecken sein“, ruft er begeistert aus. Schon 1852 habilitiert sich Graefe mit einer Arbeit über die Wirkung der Augenmuskeln. Die Studenten freilich hörten beim Chirurgen Jüngken eine völlig rückständige Ophthalmologie, weil sie dort geprüft wurden. Was Graefe in den 18 Lebensjahren, die ihm noch verblieben, geleistet hat, ist kaum zu fassen. Eine ungewöhnliche Begabung zu sehen, zu folgern, zu sprechen, bei erstaunlichem intellektuellen wie affektiv-menschlichem Einsatz, der Wille, als Arzt zu helfen, die Fähigkeit, seine Erkenntnisse in größtmöglicher Präzision weiterzugeben, seine aufgeschlossene vornehme

**88. Tagung der
Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
vom 14. bis 17. April 1971 in München**

Liebenswürdigkeit neben einem ausgesprochenen Organisationstalent, machen ihn in kurzer Zeit zur führenden Figur der damaligen Augenheilkunde. Einem begeisterten, sich stetig weiternden Kreis von Schülern hat Graefe zeigen können, daß tatsächlich — wie er einmal seiner Mutter geschrieben hat — „das Auge mit seiner Durchsichtigkeit und Klarheit auf manche pathologische und therapeutische Frage die beste Antwort gibt.“ Graefe beherrscht die Physiologie der Augenmuskeln, verbessert die Schieloperation, erkennt mit dem Augenspiegel den Verschuß der Zentralarterie, deutet das Wesen der Stauungspapille, erfaßt die Wichtigkeit genauer Gesichtsfelduntersuchung und ist bahnbrechend auf dem Gebiete des Glaukoms; seine Iridektomie beim Glaucoma acutum ist vielleicht seine größte Gabe an die Ophthalmologie. So sind wir nicht erstaunt, daß junge Ärzte, die Sinn für Fortschritt in der Medizin mit dem Wunsch nach klarer Diagnostik und wirksamer Therapie verbanden, sich von Graefe und seiner Augenheilkunde angezogen fühlen mußten. Wer es sich leisten konnte, sah sich damals nach der Abschlußprüfung auf Reisen in der medizinischen Welt um. Zu diesen Reisenden gehört auch der junge Zürcher Arzt Friedrich Horner. Horner kann der Vater der schweizerischen Ophthalmologie genannt werden. Man verdankt ihm, wie sein Schüler Marc Dufour gesagt hat, „l'introduite en Suisse des doctrines de l'école de Graefe.“ 1831 in Zürich geboren, schließt der früh Verwaiste 1854 sein Studium an der noch jungen Zürcher Hochschule ab. Dank großzügiger Unterstützung des Großvaters kann er sich, wie Graefe, eine zweijährige Auslandsreise leisten. Keineswegs in der Absicht, Ophthalmologie zu werden, kommt er nach Wien. Bei Friedrich Jäger erlernt er die Technik des Augenspiegels ohne daß dabei allerdings die Fundusveränderungen pathogenetisch gedeutet wurden. Entscheidend für sein weiteres Leben ist die Bekanntschaft mit Wilhelm Zehender, der väterlicherseits einer alten Berner Familie entstammt. Zehender hatte sich nach Studienabschluß als praktischer Arzt in der oldenburgischen Heimat seiner Mutter niedergelassen und sich in den Schleswig-Holsteinschen Wirren als Militärarzt betätigt. Zur Rundung seiner Ausbildung war er 1851 nach Berlin gekommen. Primär mochten dort Langenbeck, Schönlein und Virchow attraktiv sein. Aber bald begeistert ihn vor allem der neun Jahre jüngere Graefe, und er wendet sich ganz der Ophthalmologie zu. Zur beabsichtigten Habilitation kommt es nicht, weil eine sympathische Ophthalmie des Großherzogs von Mecklenburg ihn an den dortigen Hof ruft. Als Hofmedizinalrat hat er auch in Wien Weitung seines Wissens gesucht. In der unvollendeten, später von seinem Schüler Landolt ergänzten Autobiographie schreibt Horner: „Seit mir Zehender Graefes Bedeutung geschildert hatte, seit ich Friedrich Jägers selbstlose Bewunderung des Schülers mitangehört hatte, zog es mich zu den Füßen des jungen, kaum genannten Mannes.“ So kommt Horner im Herbst 1854 nach

Berlin und zum Kontakt mit Graefe, der zu bleibender Freundschaft der beiden Männer führen sollte. „Da war es um das Herz des jungen Zürchers geschehen“, schreibt Theodor Baenziger in einem Nekrolog. Bald wird der ausgezeichnet Beobachtende als erster Ausländer Graefes Assistent in der Privatklinik.

Rückblickend meint Horner von seiner Berliner Zeit: „Nicht nur die Erlernung der Ophthalmologie aus der besten, ersten Quelle, in weitestem Umfang, auf breiter Basis, war der unverlierbare Gewinn, sondern auch der tägliche Umgang mit einem genialen und ebenso liebenswürdigen Manne. Auch die Art, wie Graefe die Humanität kultivierte und den Erwerb geradezu vernachlässigte, mußte, wenn es nötig gewesen wäre, günstig wirken.“

Ein Jahr bleibt Horner in Berlin. Ein Aufenthalt in Paris bei Desmarres schließt sich an, und dann kommt im Januar 1856 die Niederlassung in Zürich, nicht als Augenarzt, sondern als „Mädchen für alles“, wie Horner bemerkt. Dem vorsichtigen Schweizer schien die Stadt mit ihren damals 22000 Einwohnern zu klein für eine Spezialpraxis. Aber bald ist Horner vorwiegend augenärztlich tätig. Doch Lehren ist sein Anliegen und seine größte Begabung. Er habilitiert sich noch im selben Jahr mit einer Arbeit über die Resultate der Untersuchung mit dem Augenspiegel für Anatomie und Physiologie des Auges.

In Zürich wirkt seit 1860, vor seiner Wiener Zeit, Theodor Billroth als Ordinarius für Chirurgie; er kennt Horner von Berlin her und findet: „Ich halte die Trennung der Ophthalmologie von der Chirurgie für ganz zweckmäßig und würde nie einen tüchtigen Kollegen in der Ausübung seiner Spezialität stören.“ 1862 kommt es dank Billroths Verständnis und der Einsicht der Behörden unverhältnismäßig früh zur notwendigen Trennung der beiden Disziplinen, für die Graefe bis zu seinem frühen Tode in Preußen vergeblich kämpft. Horner, zum Professor ernannt, erhält im Kantonspital eine eigene Augenklinik: 2 Krankensäle mit 19 Betten. Stadtschreiber Gottfried Keller — der nicht mehr „grüne Heinrich“ — fertigt den Beschluß der Zürcher Regierung aus. Horner erweist sich seinen Anlagen und dem, was er in Berlin erlernt hat, entsprechend als ein pathophysiologisch deduzierender Diagnostiker, als gewissenhafter und geschickter Operateur, vor allem als begnadeter Lehrer. Die ophthalmologische Klinik ist bald das Glanzstück der Fakultät. Freilich hat Horner nie eine klinische Vorlesung ohne sorgfältige Vorbereitung gehalten. Bei rastloser Tätigkeit als hilfreicher Arzt und Lehrer der Ophthalmologie ist sein literarisches Œuvre eher knapp, sein Bestes findet sich neben manchen gescheiterten kasuistischen Beiträgen in den Dissertationen seiner Schü-

ler; etwa in jener von William Nicati: la paralysie du nerf sympathique cervical: die Bekanntgabe der Hornerschen Trias.

1857 hatte Graefe die ihm nahestehenden Ophthalmologen erstmals nach Heidelberg zusammengerufen; 15 – darunter Horner – erschienen, um sich hier über wissenschaftliche Fragen zu unterhalten und ihre Freundschaft zu pflegen. Seither ist Heidelberg ein Treffpunkt der Ophthalmologen aus vielen Teilen der Welt geworden, nicht zuletzt zu einer Stätte intensiven Kontaktes schweizerischer und deutscher Ophthalmologie, als deren Früchte man auch die Verleihung der Graefe-Medaille an die beiden Schweizer Gonin und Goldmann und den Heidelberger Ehrendoktor Franceschettis werten darf.

Seinem Lehrer und Vorbild entsprechend, hat sich Horner auch berufsständischer Fragen angenommen. Kinderspital und Irrenanstalt finden im Mitglied des kantonalen Sanitätsrates einen auch politisch engagierten Förderer. Dadurch unterscheidet er sich von vielen seiner deutschen Kollegen. Auf dem internationalen Kongreß in London spricht der erfahrene Kliniker über Antisepsis in der Augenheilkunde. – Auf deutsch notabene!

Allzu früh ist der gelegentlich heftige Mann mit 55 Jahren einem apoplektischen Insult erlegen.

Wie die Fachkongresse, so sind auch die wissenschaftlichen Zeitschriften für Relationen deutsch/schweizerischer Ophthalmologie von Bedeutung. 1854 gründet Graefe sein Archiv und schreibt im ersten Band die klassischen Arbeiten über die Wirkung der schiefen Augenmuskeln und über die Diphtherie der Konjunktiva. Als Mitarbeiter, auch als Mit-herausgeber, sind Schweizer Ophthalmologen an diesem Archiv, an den Klinischen Monatsblättern und an der später gegründeten Zeitschrift für Augenheilkunde, der heutigen Ophthalmologica, immer wieder beteiligt. Bis nach dem zweiten Weltkrieg ist diese Literatur, z. Z. durch das angelsächsische Schrifttum etwas verdrängt, die eigentliche Fachlektüre der Schweizer Ophthalmologen. Heute noch gehört das Zentralblatt zur unentbehrlichen Informationsquelle. Lehrbücher der Augenheilkunde deutscher und schweizerischer Provenienz mit ihren unverkennbaren Spezifitäten finden diesseits und jenseits der Grenze ihre Leser.

An der Medizinischen Fakultät Berns junger Universität entwickelten sich die Dinge für die Augenheilkunde zunächst ungünstig. 1862 hatte man Wilhelm Zehender berufen; wir hörten schon von ihm. Da Zehender aber weder eine eigene Wirkungsstätte bekam noch die Ophthalmologie selbständig wurde, nahm er schon nach vier Jahren einen Ruf nach dem kleinen Rostock an. 1916 ist er 97jährig als Nestor deutscher Ophthalmologie gestorben. War die väterlicherseits schweizerische Herkunft für sein kosmopolitisches Denken und Fühlen mitbestimmend? Bei seinem Tode schrieb Axenfeld, typisch für manche damalige Geheimratsmentalität, wengleich zutref-

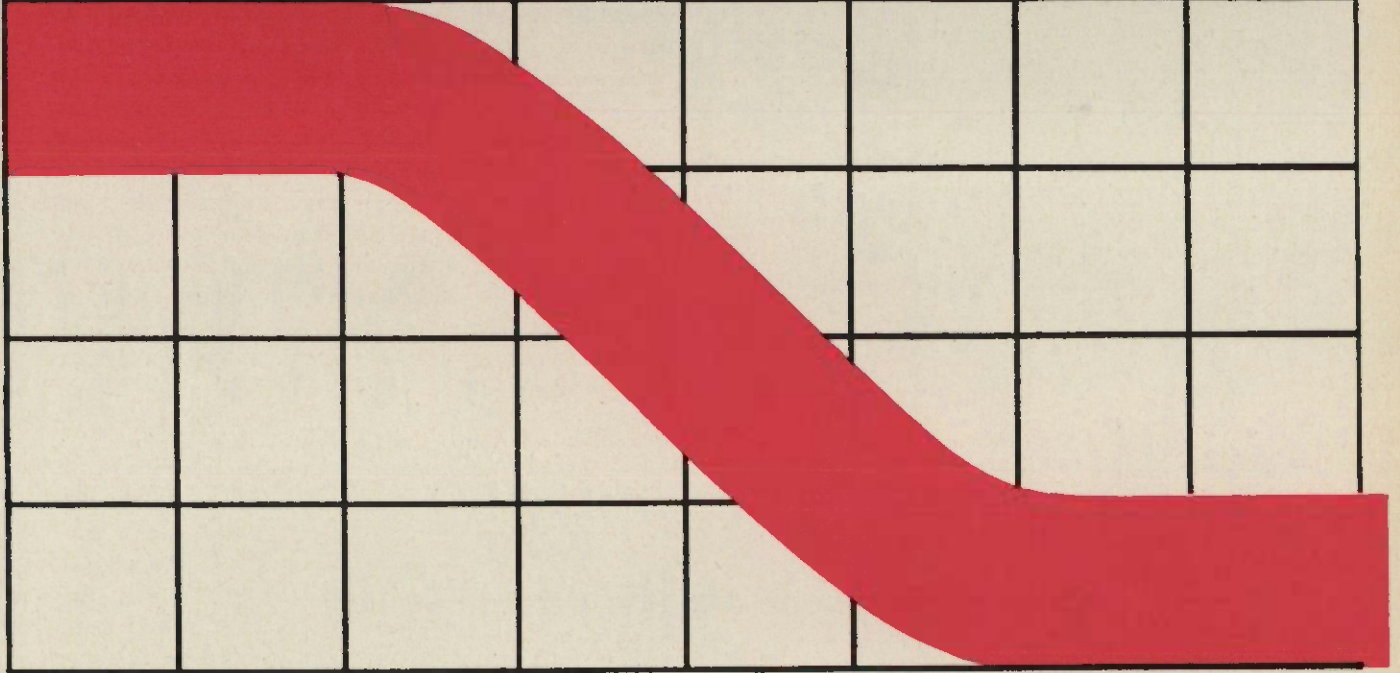
fend auf Zehenders Wesen: „Sein jeder Gewalt und Machtentfaltung abgeneigtes Wesen sah in den großen historischen Auseinandersetzungen der Völker zumeist Unzulänglichkeit, Willkür und Zerstörung, nicht die gewaltige erzieherische und aufbauende Kraft.“ – In jenen Monaten gingen Hunderttausende vor Verdun zugrunde!

Henri Dor aus Vevey – ebenfalls ein Graefe-Schüler – ist es in Bern nicht besser ergangen. In der gleichen Staatsapothekerie wie die kleine Augenabteilung war das Pathologische Institut untergebracht. So siedelte Dor bald nach Lyon über. Auch der ausgezeichnete Ernst Pflüger, der bei Horner Assistent gewesen war, kam nur langsam weiter. Erst unter August Siegrist wurde 1908 eine selbständige Augenklinik geschaffen. Nicht nur im deutsch-, auch im französisch sprechenden Teil der Schweiz ist Graefesche Ophthalmologie wirksam geworden. In Lausanne wird 1881 der Schüler Graefes und Horners, Marc Dufour, Chef der Augenklinik. 1890, im Gründungsjahr der Universität, ist das „Asyle des aveugles“ zur „clinique ophtalmologique universitaire“ geworden. 1904 hat der kluge Dufour in Luzern den 10. Internationalen Ophthalmologenkongreß präsiert.

Auch in Genf war der erste Universitäts-Ophthalmologe, Haltenhoff, ein Schüler Graefes und Horners.

Wie stand es in Basel? An seiner alten, 1460 gegründeten Hohen Schule hatten schon im 16./17. und 18. Jahrhundert in erster Linie Felix Platter, Johann Jakob Harder und Daniel Bernoulli wesentliches auch auf ophthalmologischem Gebiete geleistet. Der Einfluß Graefes auf Heinrich Schiess, der sich ausschließlich für Augenheilkunde in Basel habilitierte und 1864 dort die Heilanstalt für arme Augenranke, Basels erstes poliklinisches Institut überhaupt, gründen sollte, war sehr unmittelbar. Schiess hatte sich nach Studien in Basel und Würzburg in Reute nahe bei Heiden im Appenzellerland niedergelassen. Im Freihof in Heiden aber pflegte Graefe jedes Jahr einige Ferienwochen zu verbringen. Der Vielgesuchte ist auch dort von seinen Patienten nicht in Ruhe gelassen worden, so daß sich das Hotel jeweilen in eine Graefesche Privatklinik verwandelte, wo auch operiert wurde. Dazu war Assistenz nötig. Nichts lag näher, als den nächsten Landdokter zu bitten, und das war Schiess! So ist Basels erster Fachophthalmologe durch Graefe zur Augenheilkunde gekommen. Die Heirat mit einer reichen Baslerin hat den armen Pfarrerssohn finanziell unabhängig gemacht und war Voraussetzung für eine Studienreise nach Berlin zu Graefe und Virchow und 1861 für die Etablierung als Augenarzt in Basel. Dort ist auf Veranlassung von Schiess 1877, weitgehend aus privaten Mitteln, die erste selbständige, mit der Universität verbundene Augenklinik in der Schweiz entstanden; sie bildet den Grundstock der heutigen. Während bisher nie ein Schweizer Ophthalmologe auf einen deutschen Lehrstuhl berufen worden ist oder doch eingeleitete Berufungsverhandlungen fehlschl-

Nortensin[®]



normalisiert den Hochdruck

L61072/58a

Über periphere und zentrale Wirkungsmechanismen führt Nortensin zu einer sicheren und schonenden Senkung des erhöhten Blutdrucks.

Dank einer besonderen galenischen Zubereitung gewährleistet Nortensin eine protrahierte Freigabe seiner Wirkstoffe. Nortensin stabilisiert den Blutdruck im Bereich der Altersnorm.

Indikationen: alle Formen der Hypertonie.

Dosierung:

zu Beginn: 1 Dragee täglich,
nach Erreichen der Altersnorm:
1 Dragee täglich oder jeden 2. Tag.

Zusammensetzung:

in besonderer galenischer Zubereitung
60 mg Furosemid
0,4 mg Reserpin
pro Dragee.

Packungen und Preise:

15 Dragees DM 6,75, 30 Dragees DM 12,90.

Zur Beachtung: vereinzelt Müdigkeit!
Gastrointestinale Beschwerden selten.
Da Reserpin in die Muttermilch übergeht, kann beim Säugling Reserpin-Schnupfen auftreten. Die bradykarde Wirkung von Digitalis kann durch Reserpin verstärkt werden.

Strenge Indikationsstellung in der Frühschwangerschaft und den letzten 2-3 Schwangerschaftswochen. Vorsicht bei Patienten mit Ulcus-Anamnese. Patienten, die zu depressiven Verstimmungen neigen, sollen Nortensin nicht bekommen.

Bei Coma hepaticum, schwerer Hypokaliämie sowie bei schwerer Nierensuffizienz als Folge von Vergiftungen mit nephrotoxischen und hepatotoxischen Stoffen ist Nortensin kontraindiziert.

Spezielle Informationen durch unsere Arzneimittelkontore.



Farbwerke Hoechst AG · Frankfurt (M) 80

neu
von
Hoechst

gen, sind mehrere Deutsche als Ordinarien der Ophthalmologie an Schweizer Hochschulen geholt worden: Haltenhoff nach Genf, Mellinger und Brückner nach Basel und neuestens Niesel nach Bern. Zeigt sich da, daß es in der Schweiz an eigenem Nachwuchs gefehlt hat, oder galten Propheten im eigenen Lande zu wenig? Die deutsche Immigration war jedenfalls nützlich. An den berufenen Deutschen hat sich die starke induktive Assimilationskraft helvetischen Bodens erwiesen. Die Schweizer Lehrstühle wurden nicht etwa zum Sprungbrett zu scheinbar wertigeren Aufgaben. Die Berufenen haben sich bald schweizerischer Denkart, vor allem auch in politischer Hinsicht, zugehörig gefühlt, fast alle sind Schweizer Bürger geworden, freilich auch, weil die politische Entwicklung in Deutschland seine Attraktivität auch in Zeiten scheinbarer Prosperität für die im Ausland kritischer Gewordenen reduziert hat. Neben Beziehungen auf scheinbar „höherer“ Ebene hat aber ein häufiges Hin-überwechseln junger Ophthalmologen in reziproker Weise stattgefunden. Deutsche haben einen oft erheblichen Teil ihrer Ausbildung in der Schweiz bekommen. Ich denke etwa an den bestimmenden Aufenthalt H. K. Müllers in Basel oder jenen Bücklers bei Vogt, Remkys und Kuchles bei Amsler. Mancher

Schweizer hat seine Lehrjahre an deutschen Kliniken ergänzt. Nach dem zweiten großen Krieg haben wir in Basel einen ersten Assistentenaustausch mit Heidelberg ermöglicht. An unserer Klinik sind ständig mehrere deutsche Assistenten tätig und mit der schönen ausgezeichneten Freiburger Nachbarklinik stehen wir in freundschaftlichem Geiste fachlich wie menschlich in konstanter Beziehung.

Es ist höchste Zeit zum Schlusse zu kommen.

Daß Herr Kollege Remky sein heutiges festliches Beginnen zum Anlaß genommen hat, einem Schweizer das einleitende Wort zu geben, scheint mir für die Lebendigkeit freundschaftlich-fachlicher Beziehungen Deutscher und Schweizer Ophthalmologen zu sprechen. Daß wir hüben und drüben, bei allem Wahren unserer Eigenständigkeit, diese Relationen als *hominis bonae voluntatis* – deren größtes Anliegen Frieden und Freiheit auf Erden sein muß – auch in Zukunft pflegen, ist unsere Hoffnung. Unser herzlichster Wunsch aber gilt einem segensreichen Gedeihen dieser heute hier eröffneten Augenklinik im Dienste des Mitmenschen.

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. F. R i n t e l e n, Direktor der Universitäts-Augenklinik, CH – 4000 Basel, Mittlere Straße 91

Sozialmedizinische Aspekte der Automation *

von E. Hoffmann

Im Zusammenhang mit dem technisch bedingten Strukturwandel in Industrie und Verwaltung ergaben sich zahlreiche Fragen bezüglich der veränderten Anforderungen, die an den arbeitenden Menschen gestellt werden und der Belastungen, denen er ausgesetzt ist. Während sich die Arbeitsphysiologie in den vergangenen Jahrzehnten vorwiegend mit dem Problem der physischen, also körperlichen Belastungen des Menschen am Arbeitsplatz auseinandergesetzt hat, gewinnt in neuerer Zeit die geistig-psychische Belastung am Arbeitsplatz zunehmend an Interesse. Körperliche Schwerarbeit und die damit verbundene Gefahr der Überlastung tritt mehr und mehr in den Hintergrund, andererseits führen Zeitdruck und psychische Belastungen nicht selten zu einer Stressreaktion des arbeitenden Menschen. Fachleute schätzen, daß im Jahre 1980 wahrscheinlich zwei in der Verwaltung tätige Menschen auf nur ein in der Produktion arbeitenden treffen werden. Das Verhältnis von Büroangestellten zu in der Produktion tätigen war 1960 noch 1:4. Die umfangreichen Erfahrungen aus Anforderungs- und Belastungsanalysen an konventionellen Arbeitsplätzen lassen sich deshalb nicht

ohne weiteres auf moderne Arbeitsplatztypen übertragen. Es gibt heutzutage Arbeitsplätze, die sich durch eine auf den ersten Blick besonders geringe Belastung des arbeitenden Menschen auszeichnen. Bei manchen vollautomatisierten Produktionsprozessen, um den Extremfall aufzuzeichnen, übernimmt der Mensch lediglich Kontrollfunktionen, muß also nur dann eingreifen, wenn der Produktionsprozeß aus irgendeinem Grund gestört ist. Solche Arbeitsplätze verlangen vor allem ständige Aufmerksamkeit trotz geringer aktiver Tätigkeit.

Automation

Da man bei dem Problem „Automation“ unterscheiden muß zwischen der technischen Automation und der automatisierten Tätigkeit, wobei das eine die Maschine, das andere den Menschen betrifft, wäre dieser Extremfall zunächst als ideale Zusammenarbeit zwischen einem Automaten und einem Menschen mit automatisierter Tätigkeit anzusehen. Dieser Arbeitsplatz ist gegenwärtig noch relativ selten, er wird aber der Arbeitsplatz der Zukunft sein. Bei einem Leitstand an automatisierten Produktionsstraßen hat der Mensch eine Arbeit, die nur ab und zu eine Tätigkeit oder Aufmerksamkeit erfordert, mit großen Intervallen, praktisch ohne jegliche körperliche Anforderung.

*) Vortrag anlässlich des I. Sozialmedizinischen Kurses am 12. November 1970 vor der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin.

Diese Tätigkeit stellt eine ausgesprochen zu Monotonie führende Situation dar. Monotonie führt nun zu einer besonderen Erscheinungsform der Ermüdung. Man versteht darunter die Reaktion des Menschen auf eine eintönige Umgebung oder auf eine reizlose oder zumindest reizarme Situation. Die Monotoniereaktion ist gekennzeichnet durch Gefühle der Lustlosigkeit, der Langweile und der Müdigkeit, die sich rasch in Schläfrigkeit steigern kann. Eine Folge der Monotonie ist eine Abnahme der Wachsamkeit, die ihrerseits zu Fehlleistungen und auch Unfällen Anlaß gibt. Es ist unrealistisch anzunehmen, daß der Mensch bei eiförmigem Arbeitsinhalt über mehrere Stunden hinweg gleichbleibende Aufmerksamkeit haben kann. Es handelt sich also bei einem Leistungsabfall im Sinne von Fehlleistungen in dieser Situation keinesfalls um eine sinkende Arbeitsmoral, sondern um einen Monotonieeffekt im angeführten Sinne. Arbeiten, von deren Inhalt her keine wesentlichen Anregungen zur Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit und Konzentration ausgehen, führen zwangsläufig zur Unterforderung. Andererseits kann ein automatisierter Arbeitsplatz zur echten Überforderung führen, beispielsweise der Arbeitsplatz am Radarschirm bei der Flugsicherung. So paradox es klingen mag, auch Unterforderung kann zu Überforderung werden.

Strittig ist nun die immer wieder aufgestellte Behauptung, daß die Automation, die sogenannte zweite industrielle Revolution, derzeit nicht faßbare und damit unberücksichtigte schädigende Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit haben muß. Um die Komplexität dieser berechtigten Fragen aufzuzeichnen, ist es notwendig, zumindest streiflichtartig auf die medizinischen Begriffe „Gesundheit“, „Krankheit“, „Stress“ kurz einzugehen, bevor der Versuch gemacht werden kann, eine Antwort auf diese Fragen zu geben.

Es gibt wohl eine durch die Weltgesundheitsorganisation erarbeitete Definition des Begriffes Gesundheit. Gesundheit wird hier als ein Zustand optimalen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens definiert. Eine allgemeingültige medizinische Definition des Begriffes „Krankheit“ und wiederum „Gesundheit“ gibt es leider noch nicht. Es ist bekannt, daß die angenommenen Ursachen für Gesundheit und Krankheit im Laufe der Zeit einem erheblichen Wandel unterworfen waren. Die verschiedenen Betrachtungsweisen, beginnend mit HIPPOKRATES, führten über die Organ-, Zellular- und Molekularpathologie zunächst zwangsweise zu einer analytischen Denkform mit der Gefahr der Vernachlässigung des Gesamtorganismus. Die Psychoanalyse, begründet durch FREUD, führte im Laufe der Jahrzehnte, in Verbindung mit den anderen Krankheitslehren, zu einer Entwicklung des medizinischen Denkens, die in zunehmendem Maße zur Ganzheitsbetrachtung des Organismus zurückführte. Trotz aller Kritik kann man nicht mehr bestreiten, daß bei vielen Krankheiten psychosomatische Zusammenhänge bestehen, d. h., daß sich seelische Einwirkungen über funktionelle Störungen

in organische Schädigungen umsetzen können. In der Konzeption des „Vegetativen Nervensystems“ hat Friedrich KRAUS zuerst die regulativen Einrichtungen in Verbindung mit den Hormonen und den physikalisch-chemischen Erkenntnissen zusammengefaßt, die in diesem Zusammenhang von besonderer Bedeutung sind. Die Entwicklung zur Ganzheitsbetrachtung des Organismus ist untrennbar verknüpft mit der Lehre von den Steuerungseinrichtungen, wobei bei diesem Regulationssystem das vegetative Nervensystem, in Verbindung mit den Drüsen der inneren Sekretion, eine wichtige Rolle spielt. Die *Formatio reticularis* ist das Aktivierungszentrum für Gehirn, Bewegungssystem und vegetative Funktionskreise. Sie wird durch von außen kommende Reize unspezifisch erregt und bewirkt dann ihrerseits eine Anhebung des Erregungsniveaus im Großhirn, im limbischen System und anderen Gehirnregionen, sowie in motorisch und vegetativ gesteuerten Körpersystemen. Das limbische System ist als integrale Impulsstruktur für die affektive Färbung des Gesamtverhaltens aufzufassen. Es ist nach KLOSTERKÖTTER unter Einbeziehung vegetativ-hormonaler Regelkreise beispielsweise beim Zustandekommen von Angst, Wut und Aggressivität beteiligt; Emotionen und vegetativ-hormonale Effekte treten komplementär auf. Der Erwähnung bedarf in diesem Zusammenhang noch der Begriff „Stress“. SELYE beobachtete, daß der Organismus auf Reize unspezifisch reagiert. Er konnte zeigen, daß diese unspezifische Allgemeinreaktion die Resistenz des Organismus gegenüber den verschiedenartigsten traumatischen, toxischen, infektiösen oder auch emotionalen Umweltreizen erhöht. Damit ist Stress nichts anderes als der Zustand einer Anpassung des Organismus, der seine Abwehrkräfte mobilisieren muß, um einer bedrohlichen Situation begegnen zu können. Aus tierexperimentellen Untersuchungen weiß man, daß chronisch emotionelle Reize in gleicherweise wie infektiöse, traumatische oder toxische Reize zu Funktionsstörungen und schließlich zu Organläsionen führen können. So haben russische Forscher unter Berücksichtigung der Erkenntnisse von PAWLOW gezeigt, daß beim Tier durch chronische Frustrationen „Neurosen“ erzeugt werden können, die zu Organschädigungen führen.

Der Mensch in der modernen, technisierten Welt ist einer Unzahl von Reizen im Sinne von Stressoren ausgesetzt. Mit der Herauslösung aus der alten vertrauten Umwelt, mit der völligen Umstrukturierung der Gesellschaftsordnung und der familiären Bindung sind Probleme aufgetreten, denen der Mensch noch nicht gewachsen ist. Die ständige Reizüberflutung durch die technisierte Welt, die Wandlung der Einstellung zur Umwelt und zum Mitmenschen, das Unbefriedigtsein im Berufsleben – gerade auch bei automatisierter Tätigkeit – hat den Menschen biologisch als unvorbereiteten Organismus getroffen. Er reagiert mit funktionellen Störungen seines vegetativen Nervensystems, was bis hin zur Organschädigung führen

thomae



Mit Digipersantin[®] schafft es das Herz

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

kann. Die Flucht in eine irrealer Welt durch Anwendung von Genußgiften und Drogen könnte als Auswirkung dieser Situation bis zu einem gewissen Grad erklärbar sein.

Untersuchungsmethoden

Es interessiert nun die Frage der Einwirkungen der Automation im weitesten Sinne auf das vegetative Nervensystem. Gibt es schädliche Einwirkungen und kann man sie abgrenzen gegen Einwirkungen der hochtechnisierten Zivilisation? Hier stellt sich zunächst einmal die Frage nach brauchbaren Untersuchungsmethoden. Eine durch das Bayerische Landesinstitut für Arbeitsmedizin über einen Beobachtungszeitraum von sechs Jahren (1962 bis 1968) durchgeführte ärztliche und psychologische Untersuchung von Menschen, die an einem automatisierten Arbeitsplatz arbeiten, zeigte, daß objektiv faßbare Schädigungen durch die automatisierte Tätigkeit mit den bisherigen Untersuchungsmethoden nicht festzustellen sind. Es lassen sich mit den bisher bekannten Methoden Früh-symptome einer vegetativen Störung auch kaum erfassen, so daß die bisherigen Reihenuntersuchungen und Überwachungsuntersuchungen sicherlich nicht zur Klärung beitragen. Dies besagt letzten Endes aber nur, daß neue und verfeinerte Untersuchungsmethoden entwickelt werden müssen, und zwar vorwiegend von der Arbeitsphysiologie und der Arbeitspsychologie, bevor die Frage „Schädigung der Arbeitnehmer durch die Automation“ schließlich und endgültig beantwortet werden kann.

Bisher konnte man durch Untersuchung der Herzfrequenz Beurteilungen hinsichtlich der Arbeitsschwere gewinnen, d. h., man konnte aus der Herzfrequenz mit recht guter Sicherheit auf die physische Belastung, d. h. auf den Energieumsatz, des arbeitenden Menschen schließen. Deshalb wurden Pulsfrequenzmessungen zur Beurteilung der Arbeitsschwere und zur Festlegung der Leistungsgrenze in weitem Umfang eingesetzt. In den letzten Jahren konnte diese Methodik soweit entwickelt werden, daß über telemetrische Registrierung des EKGs am Arbeitsplatz Pulsfrequenzmessungen bis in den maximalen Leistungsbereich hinein störungsfrei aufgezeichnet werden konnten. Dieses Kriterium ist für die Beurteilung der mentalen Belastung nicht mehr geeignet. An diese Stelle kann die Registrierung kurzfristiger Pulsfrequenzschwankungen, die eine Folge des schwankenden vegetativen Tonus sind, treten. Kurzfristige Pulsfrequenzschwankungen sind schon lange in Form der respiratorischen Arrhythmie bekannt. BARTENWERFER war meines Wissen der erste, der untersucht hat, wie sich diese kurzzeitigen Herzrhythmuschwankungen unter psychischer Anspannung verhalten. Er stellte unter Laboratoriumsbedingungen fest, daß die Arrhythmie im entspannten wachen Zustand deutlich größer ist als beim Lesen wissenschaftlicher Texte oder beim Kopfrechnen. Diese Befunde wurden in der Zwischenzeit von zwei holländischen Autoren bestätigt.

Als zweite Maßgröße zur Beurteilung einer automatisierten Tätigkeit wurde die psychogalvanische Latenz für geeignet befunden. Zur Messung dient ein 1968 in England entwickeltes Gerät, das ursprünglich für die Anwendung in der Psychiatrie entwickelt wurde, da hier aus der psychogalvanischen Latenzzeit Aufschlüsse über die Therapie mit Psychopharmaka bei Patienten mit neurovegetativen und psychischen Erkrankungen gezogen werden konnten. Schon normalerweise konnten bei gesunden Versuchspersonen erhebliche Schwankungen, und zwar von Tag zu Tag oder von Stunde zu Stunde gefunden werden. Diese Schwankungen als Ausdruck der vegetativen Tonuslage sind nicht unerwartet. Sie entsprechen der 24-Stunden-Rhythmik des unwillkürlichen Nervensystems (Spannungs- und Entspannungsphasen).

Untersuchungen durch das Institut für Arbeitsphysiologie der Technischen Universität München bestätigten die Anwendbarkeit dieser beiden Untersuchungsarten. Sowohl die Messung der Pulsarrhythmie als auch die Bestimmung der psychogalvanischen Latenzzeit haben sich als geeignete Methoden erwiesen, um Aussagen über die vegetative Tonuslage während des Arbeitsprozesses zu machen. Weitere Untersuchungen in dieser Richtung sind im Gange.

Eigene Untersuchungen gemeinsam mit dem Institut für Ergonomie der Technischen Universität München im Jahre 1968/69 an ausgewählten Arbeitsplätzen einer elektronischen Datenverarbeitungsanlage führten u. a. zu der Überlegung, ob es nicht sinnvoll ist, auch eine psychologische Eignungsuntersuchung einzuführen, die sich insbesondere auf die intellektuellen Voraussetzungen des einzelnen sowie seine Monotonieanfälligkeit erstreckt.

Die Frage der Abgrenzung möglicher schädlicher Einwirkungen der Automation auf das vegetative Nervensystem gegen Einwirkungen der hochtechnisierten Zivilisation läßt sich gegenwärtig noch nicht beantworten. Auch außerhalb des Arbeitsplatzes im Alltagsleben steht die automatisierte Tätigkeit des Menschen zunehmend im Vordergrund. Als Beispiel möchte ich hier das Autofahren wählen. Daß hier, ausgenommen von Anfängern, eine weitgehend automatisierte Tätigkeit beim Steuern eines Fahrzeugs vorliegt, dürfte zweifelsfrei sein. Auch diese Tätigkeit führt zu ganz erheblichen vegetativen Belastungen. So konnten bei Autofahrern während eines Überholvorganges Pulsbeschleunigungen festgestellt werden, die die Dauerbelastungsgrenze nicht nur erreichen, sondern überschreiten. Es kommt hinzu, daß sich die momentane seelische Grundstimmung auch bei dieser automatisierten Tätigkeit günstig oder ungünstig auswirken kann. Jeder Verkehrsteilnehmer weiß, wie unfallträchtig sich der Straßenverkehr nach einer arbeitsreichen Woche am Freitagnachmittag zeigt, insbesondere dann, wenn noch zusätzlich eine ungünstige Wetterlage das vegetative Nervensystem belastet. Wir haben es also mit einem Komplex von arbeitsplatzbedingten

und im Alltag gelegenen Stressoren zu tun, deren Summation sich ungünstig auf das vegetative Nervensystem auswirkt, deren Entwirrung oder Abgrenzung aber naturgemäß äußerst schwierig sein dürfte.

Vorsorge

Bei dieser Situation muß ganz zwangsläufig der Vorsorge ein ganz erhebliches Gewicht zukommen. Abgesehen davon, daß eine sehr dringende Aufgabe für die Wissenschaft darin besteht, neue berufs- oder arbeitsplatzspezifische Anforderungsnormen zu entwickeln, und daß in Zukunft die Untersuchungen vor Aufnahme der Berufsausbildung sich mehr den psychischen, psychosensorischen und vegetativen Merkmalen zuwenden und diese Untersuchungen konsequent auch nach dem ersten Lehrjahr durchgeführt werden sollten, sind hinsichtlich der Arbeitsgestaltung folgende Kriterien zu beachten. Der Arbeitsplatz muß den physiologischen Gegebenheiten des arbeitenden Menschen entsprechend gestaltet sein, so daß dieser nicht von vornherein schon mit der Hypothek einer beispielsweise statischen Fehlhaltung belastet ist. Die Umweltfaktoren im Arbeitsraum wie Raumklima, Beleuchtung und Vermeidung störenden Lärms sind hierbei ein wesentlicher Bestandteil der Arbeitsgestaltung. Wenn von der automatisierten Tätigkeit her keine wesentlichen Anregungen zur Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit und Konzentration ausgehen, sollten die erwähnten Umgebungsfaktoren nicht zusätzlich zur Monotonie beitragen, sondern durch eine gewisse Variabilität Reize setzen, die das Wach- und Aufmerksamkeitsniveau positiv beeinflussen. So ist beispielsweise absolute Lärmfreiheit bei einer Tätigkeit auf einem Leitstand von automatisierten Produktionsstraßen ungünstig. Man könnte hier durch zeitweilige Erzeugung eines gewissen Geräuschpegels, der allerdings einen Pegelwert von 65 dB(A) nicht überschreiten sollte, entscheidend zur Vermeidung von monotoniebedingten Ermüdungserscheinungen beitragen. Aus arbeitsmedizinischer Sicht erscheint es, um bei diesem Arbeitsplatzbeispiel zu bleiben, auch nicht wünschenswert, wenn am Eingang zu einer Schaltwarte das Schild steht „Eintritt verboten“. Es wäre besser, wenn hier der Text lauten würde „Eintritt erwünscht“. Weiterhin, und dies gilt für alle modernen Arbeitsplätze, ist auch die Farbgebung des Arbeitsraumes und der dort befindlichen Geräte bzw. Maschinen von wesentlicher Bedeutung für die psychische Stimmungslage der Beschäftigten. Bei der schon erwähnten Untersuchung in einer EDV wurde z. B. über eine ungünstige psychische Wirkung der in einer Teakholzfarbe gehaltenen Wandanstriche in den Arbeitsräumen geklagt.

Auch auf dem Gebiet der Arbeitszeitregelung läßt sich wesentliches zur Verhütung des Monotonieeffektes bzw. der Überforderung durch Unterforderung tun. So empfiehlt es sich, entweder ein Rotationssystem oder Kurzpausen nach einer bestimmten Arbeitszeit, die als Bestandteil der Arbeitszeit gelten,

einzuführen. Dies wird durchaus nicht überall praktiziert.

Bezüglich der Mitarbeiterauswahl wurden bereits bei den Untersuchungsmethoden wichtige Neuerungen besprochen. Es wäre hier noch zu ergänzen, daß automatisierte Tätigkeiten in der Regel eine ständig starre Akkommodations- und Blickeinstellung, meist in einem Abstand Objekt – Auge von 40 cm, bedingen. Daraus resultieren nicht selten Augenschmerzen, deren Ursachen nach dem gegenwärtigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in einer Asthenopie liegen. Zu dieser Erscheinung neigen vorzugsweise Menschen mit nicht oder unzureichend korrigierten Augenfehlern (Refraktions- oder Stellungsfehler, geringfügige Übersichtigkeit). In diesem Zusammenhang kann auf eine Untersuchung von SCHMIDTKE und SCHÖBER (Sehanforderungen bei der Arbeit, Gentner-Verlag, Stuttgart, 1967) verwiesen werden, nach der von 9468 Industriearbeitern und Angestellten 41,73% einen Nahvisus schlechter als 1,0 aufweisen. Vor dem Hintergrund dieser Daten wird die Empfehlung nach Visuskontrolle vor und in regelmäßigen Abständen während der Beschäftigung verständlich.

Gerade bei der menschlich isolierenden Arbeit in der Automation ist die Mitarbeiterbetreuung wichtig, wichtig für ein gutes Betriebsklima, das aber nur durch entsprechende Ausbildung der Vorgesetzten über die Grundlagen moderner Menschenführung und Menschenbehandlung in neuzeitlichen Industrie- oder Verwaltungsbetrieben gewährleistet sein kann. Es hat sich gezeigt, daß das Betriebsklima im ungünstigsten Falle sich auch ungünstig auf die sogenannten Fehlzeiten auswirkt. Bei der bereits mehrfach zitierten Untersuchung konnten z. B. über 50% mehr Fehltage festgestellt werden, als dies bei der Untersuchungsgruppe, die ihr Betriebsklima als im wesentlichen günstig bezeichnete, der Fall war.

Die automatisierte Tätigkeit ist, wie schon erwähnt, dadurch charakterisiert, daß körperliche Aktivität weitgehend in den Hintergrund tritt. Damit ergeben sich von der physischen Seite her im wesentlichen nur Anforderungen an die statische Muskelarbeit, die zur Erzielung der geforderten Arbeitshaltung geleistet werden muß. Es ist nun bekannt, daß statische Muskelarbeit infolge der ungünstigen Durchblutungsverhältnisse des Muskels wesentlich früher zu Ermüdungserscheinungen, damit u. a. zu Verspannungs- und Verkrampfungszuständen, verbunden mit Schmerzreaktionen führt, als dies bei einer dynamischen Arbeit mit guten Durchblutungsverhältnissen der Fall ist. Zur Vermeidung gesundheitsschädigender Auswirkungen dieser vorwiegend statischen Muskelarbeit ist deshalb ein Ausgleich erforderlich. Da Bewegungsarmut nur durch Bewegung, Verspannung nur durch Entspannung auszugleichen ist, empfiehlt es sich, bereits am Arbeitsplatz in Form einer kurzen Ausgleichsgymnastik, die eine Zeit von 5 Minuten nicht zu

Das Inhaltsverzeichnis für 1970 des „Bayerischen Ärzteblattes“ kann über die Schriftleitung, 8000 München 23, Königinstraße 85, angefordert werden.

überschreiten braucht, eine ausreichende Erholung der Muskulatur zu erreichen. Derartige Programme sind bereits ausgearbeitet und die Durchführung einer solchen Ausgleichsgymnastik während der Arbeitszeit erscheint aufgrund von bereits durchgeführten Versuchen realisierbar.

Freizeitgestaltung

Unter, wenn ich so sagen darf, konventionellen Bedingungen waren bisher die beruflichen Noxen weitgehend nur auf den Arbeitsplatz und auf die Arbeitszeit beschränkt. Dies gilt bei der automatisierten Tätigkeit oder allgemein bei der Automation nicht mehr. Die Einwirkung der beruflichen Stressoren auf Psyche und Vegetativum in Kombination mit den außerberuflichen Stressoren der hochtechnisierten Zivilisation lassen das Problem der Freizeitgestaltung immer aktueller werden. Früher konnten beispielsweise das Wochenende und auch der Urlaub eine wirkliche Erholung von den beruflich bedingten schädigenden Einwirkungen sein. Heute werden die vegetativen und psychischen Auswirkungen der beruflichen Stress-Situation durch die Freizeit kaum mehr gemildert oder aufgehoben, da die Stress-Wirkung nicht selten auch in der Freizeit weitergeht. Die Industrie-Gesellschaft wird aber zunehmend zur Freizeit-Gesellschaft. SCHELSKY meint, daß in den kommenden Jahrzehnten das Freizeitverhalten des modernen Menschen zu einem der wichtigsten Themen der Sozialwissenschaft wird. Die Kürzung der Arbeitszeit für breite Schichten der in Industrie und Verwaltung tätigen Menschen liege in der Gesetzmäßigkeit der technischen Entwicklung unserer Produktionsformen. Damit wird wohl der Sinn und Rhythmus des alltäglichen Daseins für den einzelnen immer mehr aus den Bereichen bestimmt werden, die außerhalb seiner Arbeit liegen. FOURASTIER glaubt, vorhersagen zu können, daß der Mensch noch vor Anbruch des 21. Jahrhunderts von den etwa 700 000 Stunden seines Lebens nur etwa 40 000 Stunden mit echter Berufstätigkeit ausfüllen wird. Im Vordergrund der Überlegungen muß zunächst einmal die Förderung des Verständnisses für eine gesunderhaltende Freizeitgestaltung stehen. Was kann es nützen, wenn die Freizeit immer länger wird und immer mehr Menschen Urlaub machen können, andererseits damit aber nichts positives angefangen werden kann. SVOBODA glaubt, eine allgemeine Tendenz zur Verneinung des Sinnes des Lebens erkennen zu können, mit der Maxime: man tue sich leichter, seine Zeit regelrecht totzuschlagen oder aus ihr zu flüchten, entweder durch die Betäubung oder durch die Utopie. Dies mag etwas sehr schwarz gemalt sein, andererseits aber scheint doch die einzig sinnvolle Erfüllung in einer neuen Freizeit-Lebensform, nämlich der Frei-

zeit in Gesundheit, die nicht verwechselt werden sollte mit einer reinen Euphorie, zu liegen. Ich möchte in diesem Zusammenhang nur zwei Beispiele herausgreifen, nämlich das verlängerte Wochenende und den Jahresurlaub. Das verlängerte Wochenende sollte nicht im Zeichen der motorisierten Mobilität (SVOBODA) stehen. Diese Forderung ist berechtigt, denn nach einer Erhebung von RUPPERT und MAIER vom Wirtschaftsgeographischen Institut der Universität München wird selbst für die Naherholung (freier Nachmittag bis Wochenende) weitgehend das Auto benötigt. 33 % der Befragten gaben (einfache) Entfernungen von 100 bis 250 km an, während fast 7 % über 250 km zu ihrer Kurzerholung fahren. Daß dabei außerberufliche Stressoren das vegetative Nervensystem nicht zur Ruhe kommen lassen, leuchtet ein. Dadurch wird aber auch verständlich, daß die Betriebsunfälle und auch die Ausschußquote nicht nur am Ende der Arbeitswoche ansteigen, sondern besonders auch an Montagen. Der Jahresurlaub muß unter den heutigen Gegebenheiten wirklich der Erholung dienen, wobei hier Grundvoraussetzung ein Gesundheits- und Erholungswille ist. Er sollte, wie das überhaupt für die Freizeit gilt, die Bewegungsarmut durch Berufstätigkeit und Errungenschaften der modernen Zivilisation nicht weiter fortsetzen, sondern den notwendigen Ausgleich in Form von körperlicher Tätigkeit und Bewegung, am besten Sport, zum wesentlichen Inhalt haben. Darüber hinaus erscheint es notwendig in Anbetracht der Tatsache, daß eine Reihe von automatisierten Tätigkeiten wenig geistige Anregungen bringen, in der Freizeit zum notwendigen Ausgleich geistige Anregung zu suchen, um die mentale Leistungsfähigkeit zu erhalten. Wenn WEIZSÄCKER eine jährliche Veraltungsrate von 5 % bezüglich unseres Spezialwissens annimmt, dann ergibt sich daraus die Konsequenz, daß in der modernen Industriegesellschaft in Zukunft neben einem sehr breiten Grundwissen eine fortlaufende Weiterbildung auf dem Gebiet spezialisierten Wissens unerlässlich ist.

Zusammenfassung

Die angezogene Problematik konnte naturgemäß nur skizzenhaft angedeutet werden. Eines dürfte aber klar sein, daß hier auf die Medizin ganz wichtige gesundheitserzieherische Aufgaben der Aufklärung und des Gesundheitsbewußtseins zukommen und daß, zur Vermeidung möglicher gesundheitlicher Schädigungen des erarbeitenden Menschen, Ärzte, Psychologen und Techniker im Team-work eng zusammenarbeiten müssen, und daß es schließlich insbesondere der Mithilfe der Massenpublikationsmittel bedarf, um die aufgeworfenen Gedanken der Öffentlichkeit in möglichst breiter Form zugänglich und damit zum Allgemeingut zu machen.

Literatur kann beim Verfasser angefordert werden.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Erich Hoffmann, Oberregierungsmedizinischer Rat im Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3

Alkoholikerfibel für den Arzt*

von OMR i. R. Dr. med. Felix Stemplinger

(Fortsetzung)

Frage 2: Ist Haschisch ein „Suchtmittel“

Medikamente mit psychotrop-euphorisierender-stimulierender Wirkung, in deren körperlich-seelische Abhängigkeit Suchtgefährdete geraten, gelten gemeinhin als Suchtmittel.

a) Welche Gründe sprechen dafür?

Tatsache ist, daß Lehrlinge in zunehmendem Maße in ihren Leistungen nachlassen. Oberschüler in Stadt und Land brechen ohne vernünftigen Anlaß plötzlich ihr Studium ab oder versagen interessanterweise in Naturwissenschaften und Mathematik, den für die Leistungsgesellschaft bedeutsamen Fächern, und bestehen trotz ausreichender Begabung das Abitur nicht mehr. Geisteswissenschaftliche und künstlerische Berufe im Alter von 14 bis 30 Jahren sind besonders gefährdet. Die Erwartung einer Bewußtseinerweiterung oder künstlerischen Intuition ist wohl mehr ein frommer Wunsch. Kronzeuge BAUDELAIRE bekundete deutlich genug, daß Haschisch usw. nichts weiter produziere als das, was schon in der Anlage vorhanden, höchstens in einer größeren Projektion.

Wieviele rauschdrogensüchtige Jugendliche in der BRD leben, ist unbekannt. Die Schätzungen schwanken zwischen 20–80 v. H. Bei einer Zahl von 600 000–700 000 14- bis 20jährigen Lehrlingen und Oberschülern sowie 340 000 Hochschülern und einer Mißbraucherrate von 20–50 v. H. würde sich eine Schätzziffer von 200 000–500 000 Haschern ergeben. Experten beziffern den materiellen Verbrauch auf das 10fache der beschlagnahmten Ware, aus der man an die 50 Millionen Zigaretten drehen könnte.

Sicherlich werden nicht alle, die mit Haschisch in Berührung kommen, süchtig. Bei manchen ist Neugierde, Angeberei, Prestige der Anlaß, weniger die „Sinnlosigkeit des Lebens“. Sie schwenken später wieder ab, weil sie keinen dauernden Geschmack daran haben, insofern dank der fortschreitenden Persönlichkeitsreife die gesunde Entscheidungsfreiheit obsiegt und die seelische Desintegration abgestoppt werden konnte. Nicht ohne Grund befürchten die Urlaubsländer das Einschleppen der Seuche durch den Tourismus.

Der Personenkreis der Hascher stellt nach den bisherigen Feststellungen eher eine negative Auslese dar; denn er rekrutiert sich hierzulande zumeist aus Familien von unharmonischem Charakter und überdurchschnittlicher Belastung mit Neurotikern, Psychopathen usw. Die Jugend aus diesem Milieu ist besonders gefährdet und schon primär, also längst

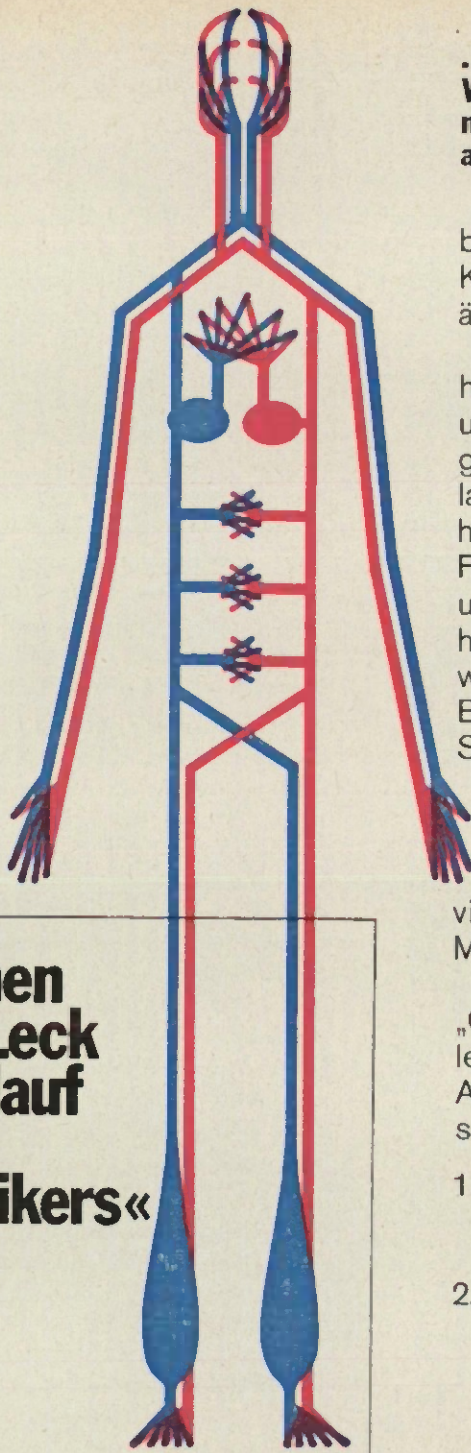
vor Beginn des Mißbrauchs anfällig: infantil, labil, kontaktschwach mit Neigung zu Ausweichreaktionen (Selbstmord usw.). Auffallend ist, daß schon der Jugendliche mit einem geradezu missionarischen Eifer für die Weiterverbreitung der Seuche sorgt. Diese Proselytenmacherei (moralisches Alibi) ist ja für den Süchtigen typisch. Haschisch erzeugt keineswegs Gammler, sondern wird von ihnen in der Gruppe Gleichgesinnter aus seelischen Motiven begehrt. Man könnte hier von „Milieuabhängigkeit“ wie beim Kontakttrinker sprechen.

b) Wie konnte der „süße Duft“ zur schleichenden Pest unserer Jugend werden, was ist in dieser Situation zu tun?

Feststeht, daß die Rauschdrogenwelle alle Verantwortlichen überraschte, so daß z. Z. die notwendigen Erfahrungen fehlen. Man wird daher zunächst auf das Wissen um den Alkoholismus zurückgreifen müssen und den Schwerpunkt der Bemühungen ins soziale Vorfeld verlegen. Eine Übertragung der Erfahrungen anderer Völker und Kulturen auf den Westen ist kaum möglich, weil schon die Motivierungen ganz verschiedenen sind. Doch zunächst ein Wort zur Medikamentenabhängigkeit oder Sucht. Sie ist eine Möglichkeit menschlichen Verhaltens und „jegliches menschliches Interesse kann süchtig entarten“ (V. v. GEBSATTEL). Im Grunde ist jeder Mensch von vielen Dingen des täglichen Bedarfs abhängig. Die seelische Abhängigkeit kann sich unter Umständen so steigern, daß sie krankhaften Charakter im Sinne einer lustbetonten Sucht oder eines lästigen Zwanges annimmt, wobei die freie Willensentscheidung ausgeschaltet ist. Für die Entstehung der genannten seelischen Gewöhnungen ist die Droge durchaus entbehrlich, wie wir bei den psychologischen oder Tätigkeitssuchten gesehen haben. Sucht ist demnach eine anlage- und umweltbedingte psychische Verhaltensanomalie, eine Störung der Erlebnisverarbeitung, also ein seelischer Vorgang, der durch die zusätzliche Intoxikation bei den Drogensuchten, d. h. pharmakologisch, nicht zu klären ist. Sucht kann demnach kein Produkt der Droge sein, sie ist nur Mittel zum Zweck. Jedermann sollte wissen, daß der tägliche Genuß von 1 bis 2 Maß Bier nicht zur Sucht, sondern höchstens zur chronischen Intoxikation (körperliche Abhängigkeit) führen kann, falls die seelischen Voraussetzungen fehlen.

Ebenso unrichtig ist die Annahme: der Mensch wird nicht süchtig, er ist es, d. h., er kommt schon mit der Sucht zur Welt. Die Wahrheit liegt – wie immer – in der Mitte; denn jeder Gefährdete ist a priori latent krank, potentiell süchtig, d. h., er kann unter bestimmten Voraussetzungen, die erörtert wurden, in eine Suchtsituation hineinschlittern, muß es aber nicht, wenn der Gefährdete das Glück hat, in günstigen Ver-

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



**Beinvenen
sind das Leck
im Kreislauf
des
»Orthostatikers«**

... oder:

Wie sich die Elastizität der Venen nachteilig auf die Hämodynamik auswirken kann.

Die Venen sind dank der Dehnbarkeit ihrer Wände befähigt, ihre Kapazität in weiten Grenzen zu ändern.

Diese Eigenschaft ist zweifellos hämodynamisch nützlich, wenn es um die Regulation der Blutverteilung geht. Unter der natürlichen Belastung durch die aufrechte Körperhaltung kann sie aber unangenehme Folgen haben. Dann nämlich, wenn ungenügender Wandtonus dem hydrostatischen Druck nicht gewachsen ist und mehr Blut in den Beinvenen versackt als die arterielle Seite entbehren kann.

Und gerade der „Orthostatiker“ ist ein solcher „Venenschwächling“. Bei ihm versackt fast doppelt so viel Blut in den Beinvenen wie bei Menschen mit normalem Wandtonus.

AMPHODYN® retard hilft dem „Orthostatiker“, dem Kreislauflabilen, indem es den physiologischen Anpassungsvorgang des Kreislaufstabilen nachahmt:

1. Kräftige Venentonisierung verhindert, daß zu viel Blut in den Beinen versackt.
2. Zusätzliche maßvolle und gleichmäßige Tonisierung der Arterien stabilisiert den Blutdruck endgültig.

AMPHODYN® retard
stabilisiert Kreislauf und Blutdruck



Indikationen:

Hypotonie, orthostatische Fehlregulation, periphere Kreislaufschwäche (nach Infektionen, Operationen, Geburten, während der Schwangerschaft, vegetative Vasolabilität (vasomotorischer Kopfschmerz, Föhnbeschwerden).

Zusammensetzung:

1 Retardkapsel enthält: Etilerfrin-hydrochlorid 20 mg, Roßkastanienextrakt 150 mg (Trockensubstanz, mit 25 mg Aescin in wasserlöslicher, resorbierbarer Form).

Dosierung:

Morgens 1 Retardkapsel vor dem Frühstück. Bei Bedarf mittags eine weitere.

Packungen/Preise:

20 Retardkapseln DM 7,90
50 Retardkapseln DM 18,-
Klinikpackung mit 500 Retardkapseln.

hältnissen zu leben. Es muß demnach heißen: die Droge kann keine Sucht erzeugen, sie aktiviert höchstens im Falle einer Überbelastung einer seelischen Fehlhaltung, so daß es zur Suchtmanifestation kommt.

Niemand kann leugnen, daß auch bei den meisten Normalverbrauchern von Alkohol und Nikotin ein Quentchen seelischer Abhängigkeit, ein Verlangen nach Lustgewinn im Spiele ist. Immerhin würde sich die Mehrzahl der Konsumenten gegen eine Prohibition sträuben (hedonistisch-psychotrope Wirkung). Dieser Gedanke mag auch bei der Überlegung, in Indien Haschisch zu verbieten, maßgebend gewesen sein und nicht etwa die Überzeugung, Haschisch sei völlig harmlos; denn von Marokko bis Hinterindien haschen immerhin an die 200 Millionen. In den USA nimmt jeder 200. Haschisch im Werte von jährlich 400 Millionen Dollar. In Vietnam sollen ca. 50 v. H. der US-Armee bis zum Leutnant haschen.

Es wäre durchaus möglich, daß diese Überlegungen auch auf Haschisch zutreffen. In Indien und in Lateinamerika trinken viele in angenehmer Gesellschaft Haschisch, ohne praktisch einen Schaden zu nehmen, etwa wie bei uns der Alkoholnormalverbraucher. Wichtig ist wohl auch das Motiv. Angesehene Persönlichkeiten wie Priester oder Asketen nehmen es, um sich körperlich und geistig von „der Bürde der Sexualität“ zu befreien. Eine Progression in den Mißbrauch ist in diesem Fall keineswegs zu befürchten.

COPER, Berlin, hält die Haschischwirkung für 10mal gefährlicher als die des Alkohols und außerdem für einen Schrittmacher für gefährlichere Gifte. Erfahrungsgemäß weicht fast jeder Hascher über kurz oder lang auf LSD, Heroin, Rohopium usw. aus und wird dadurch im Gegensatz zum Alkoholkranken zum Polytoxikomanen (nach KIELHOLZ 50 v. H.); denn Haschisch verspricht, was Heroin hält.

Ob Haschisch wirklich zum Wegbereiter für andere Drogen wird, ist noch umstritten. Angeblich erschöpft sich die Wirkung vorzeitig. R. STECKEL bejaht diese Frage für den potentiell Süchtigen. Möglicherweise ist diese Tatsache identisch mit der Gepflogenheit der Drogensüchtigen, von einer auf die andere Droge umzusatteln, um den Effekt zu erhöhen. Der Alkoholiker bleibt dagegen seiner Medizin treu, muß nur aus dem gleichen Grund die Trinkmengen steigern (Gewöhnung). Bei Epileptikern kann Haschisch einen Anfall, bei asozial-kriminellen Elementen eine Gefängnispsychose auslösen.

Sicherlich gibt es auch gewohnheitsmäßige Mißbraucher nach dem Muster des Gewohnheitstrinkers oder Kettenrauchers. Doch fehlen für diese Behauptung noch die Beweise. Jedenfalls ist ein großer Personenkreis mit einer Gefährdungsstruktur (R. STECKEL spricht von einer „Ichschwäche“) bekannt, der infolge langjährigen Mißbrauchs körperliche und seelische Dauerschäden aufweist und auf den die Suchtkriterien, angefangen vom seelischen Motiv bis zur Destruktionstendenz, zutreffen. In Marokko betrachtet man

chronische Hascher als unverantwortliches Gesindel ähnlich unseren „elten Saufbrüdern“.

Auch dagegen wird ins Feld geführt, Haschisch „erzeuge keine Sucht“; denn Haschisch lasse, wie die Weckamine, die Erscheinungen der Gewöhnung und Abstinenz vermissen. Beides trifft übrigens auch für den Alkoholiker und andere Drogensüchtige wenigstens für die erste Zeit des Mißbrauchs zu. Ihr Eintritt ist ebhängig von der Person, von Zeitdauer und Menge des Mißbrauchs. Während die seelische Abhängigkeit auch bei Haschisch meist schlagartig (KIELHOLZ) einsetzt, sobald die psychotrope Wirkung und der Drang nach Wiederholung des Reizes verspürt wird, bedarf es zum Eintritt der Gewöhnung (körperliche Abhängigkeit) einer l ä n g e r e n A n l a u f z e i t von einigen Wochen und Monaten. Wer also innerhalb dieses Zeitabschnittes untersucht wird oder pausiert, kann die Abstinenz mit gutem Grund verneinen. Bei Haschern ist sogar ein freiwilliges Pausieren bekannt, um Abstinenzerscheinungen zu vermeiden. Bier und Whisky dienen vielfach als Antidot.

Psychische Erscheinungen wie Steigerung der Redseligkeit und Energie, die Beseitigung der Unsicherheit würde bei einem gewohnheitsmäßigen Mißbrauch für eine Abwandlung der ursprünglichen pharmakologischen Wirkung (Apathie) im Sinne der Gewöhnung sprechen. In der Tat haben die Frankfurter (BOCHNIK), die Baseler (KIELHOLZ) und eine Hamburger (SCHIMMELPENNING) Nervenklinik echte Entziehungerscheinungen beobachtet, ein Beweis für die Wichtigkeit einer längeren Beobachtung. Auch H. W. JANZ sah sie in seltenen Fällen. Nach Ansicht der WHO sind alle Anzeichen einer Gewöhnung gegeben, also auch Entziehungerscheinungen zu erwarten, wenn auch in leichterer Form als beim Alkohol.

Hascher behaupten außerdem, sie litten nur unter geringfügiger seelischer Abhängigkeit, d. h., sie könnten mit Rücksicht auf den sonst unwiderstehlichen Drang nach Wiederholung des Reizes Tage und Wochen pausieren. Diese freie Entscheidungsmöglichkeit ist auch in den ersten Zeiten des Alkoholmißbrauchs vorhanden, bis der Kontrollverlust in der dritten Phase sie endgültig blockiert.

Die seelische Abhängigkeit bleibt freilich auch noch nach dem Entzug (körperliche Entwöhnung) weiterhin bestehen und kann zu Rückfällen Anlaß geben. Das Fehlen oder die Geringfügigkeit von Abstinenzerscheinungen spricht also keineswegs gegen das Vorhandensein einer seelischen Abhängigkeit; denn die Sucht hat mit der Gewöhnung nichts zu tun.

Die psychische Abhängigkeit von einer Droge kann unter Umständen so stark sein, daß selbst die Aussicht, die Heroinspritze könne der „letzte Schuß in die Vene“ sein, kaum davor zurückschreckt (Hirnödem). In den USA übersteigen die Herointodesfälle die Verkehrsunfälle mit Todesfolge. Die Gefahr des Rückfalls ist bei den „stärkeren Drogen“ besonders groß. Wer den Rausch will, muß mit dem Gift leben

(H. WAGNER), d. h., treibt sträflichen Raubbau mit seiner Gesundheit.

Haschisch ist daher für unsere Begriffe weder ein lebensnotwendiges Nahrungsmittel, was man ja auch vom Alkohol behauptet, noch ein unentbehrliches Heilmittel, wenn es auch in Indien gegen Depressionen, Appetitmangel (oder Hunger) und Entziehungserscheinungen verwendet wird. Voraussichtlich würde es in unseren Breiten von einem großen Personenkreis aus seelischen Motiven mißbraucht, der mit psychotherapeutischen Maßnahmen und ungefährlicheren Beruhigungsmitteln besser und rascher für ein erträgliches und werteschaffendes Dasein wiedergewonnen werden kann.

Eine Liberalisierung wäre daher ebenso ein Irrtum wie der vorübergehende Ersatz der Opiate durch Polamidon vor 20 Jahren. Sie würde außerdem zu einer Schädigung der Volksgesundheit und zu einer größeren wirtschaftlichen Belastung der Allgemeinheit durch ein Mehr an Arbeitsunwilligen und Kranken führen; denn bei längerem Mißbrauch stellt sich zumeist ein völliger Leistungsabfall ein. Man beobachtet vielfach eine Art „Hindämmern“, das scheinbar „die stoische Ruhe und Weisheit des Ostens“ vorgaukelt (G. VIERTH). Leistungs- und Konkurrenzfähigkeit unserer Industrie, die Schlagkraft einer militärischen Truppe würden in Frage gestellt. Die dynamische westliche Welt würde in östliche Lethargie versinken, die ohnehin schon zur Kontemplation neigt. Der bisherige Lebensstandard und die Leistung der Sozialversicherung könnten nicht mehr aufrecht erhalten werden, da beide mit der Produktion zusammenhängen. Die „Haschischphilosophie“ müßte zum wirtschaftlichen Ruin und sozialen Konkurs führen (G. BAUER). Bei aller Hochachtung vor den kulturellen Leistungen der östlichen Welt (Dichtkunst, Architektur) scheinen Drogen und religiöse Vorstellungen den zivilisatorischen Fortschritt gehemmt zu haben.

Die Rauschdrogenwelle droht demnach auch bei uns ein sozialmedizinisches Problem zu werden. Flucht in die Irrealität infolge einer seelischen Fehlhaltung wird man mit Strafen nicht beheben können. Nur ein reifer Mensch wird in der Lage sein, ein nützliches Mitglied der Gesellschaft zu werden. Man wird den Jugendlichen mit den Realitäten des Tages konfrontieren und zur Mitverantwortung, Selbstbeherrschung und zum freiwilligen Verzicht auch in erlaubten Dingen sowie zur Mitmenschlichkeit erziehen müssen. Dazu bedarf es:

aa) Einer umfassenden Aufklärung durch Ärzte, Erzieher, Seelsorger, Psychologen, Lehrer und Sozialarbeiter über die Gefahren einer süchtigen Fehlhaltung im allgemeinen und von Haschisch im besonderen. Je früher der Mißbrauch einsetzt, desto schlechter ist die Prognose. Es ist daher unverantwortlich, die Gefahren zu bagatellisieren (KIELHOLZ); denn Alkoholismus und Drogensucht führen zum langsamen Selbstmord des einzelnen und eines ganzen Volkes.

bb) Zur Vermeidung oder Beseitigung von seelischen Fehlhaltungen ist es notwendig, die Familien zu sanieren; denn mit der Verdrängung schafft man nur neue Probleme, weil das verdrängte „energetische Potential“ erhalten bleibt und eines Tages zur „Bombe mit Zeitzünder“ werden kann (W. SCHULTE).

Es soll daher wieder ein echtes, von gegenseitigem Vertrauen getragenes Klima entstehen, das Kontakt und Dialog über alle anstehenden Probleme zwischen den Alten und Jungen und deren Rückkehr in die Gesellschaft ermöglicht. Also Erziehungsproblem Nr. 1! Weder Verbrecher noch Süchtige werden geboren, sondern erzogen, d. h., sie entwickeln sich im ungünstigen Milieu. Es besteht daher für jeden Erzieher eine reelle Chance, Entwicklungsstörungen zu verhindern oder abzufangen, wodurch ein Stehenbleiben auf infantiler Stufe vermieden wird. Moralische Akzente und autoritäre Verhaltensweisen sollten unterbleiben. Die Jugend muß allerdings überzeugt werden, daß eine einseitige Ablehnung materieller Werte und Leistungen im Zeitalter der Atome und des Weltraumes Anachronismus wäre. Notwendig erscheint eine glückliche Synthese von einigem Charakter, in der der ganze Mensch zur harmonischen Entwicklung gelangen kann (U THANT).

Es liegen bereits Forschungsergebnisse älteren (englisch-amerikanische Reports, Beringer-Kreis um 1922) und neueren Datums vor. Sie sprechen eher dafür, daß Haschisch kein harmloses Genußmittel oder nützliches Heilmittel ist. Vielmehr ist es in mehreren Ländern bereits zum Suchtmittel geworden. So haschen in Marokko 50 v. H. der Bevölkerung (G. VIERTH). Die strittige Frage, ob es schädlicher ist als Alkohol oder umgekehrt, kann auf keinen Fall zur Liberalisierung beitragen.

Praktisch reden alle Pro- und Kontrastimmen aneinander vorbei; denn nicht die Droge ist die Hauptgefahr, sondern die Gefährdungsstruktur der labilen Menschen. Der gesunde Konsument hat kaum ein Interesse an der Drogenwirkung, weil sie ihm auf die Dauer nicht „schmeckt“. Der Gefährdete erstrebt sie, darf sich ihr aber wegen der drohenden Abhängigkeit nicht aussetzen. Uns genügen jedenfalls die Folgen des „sozialen Genußmittels“ Alkohol vollauf.

Haschisch und Alkohol würden demnach eine doppelte Schädigung des Organismus bedeuten. Die Entscheidung des Bayerischen Obersten Landesgerichtes vom 27. 8. 1969 und des Bundesverfassungsgerichtes vom 17. 12. 1969 bestätigt, daß die Aufrechterhaltung des Haschischverbots und der laufenden Kontrolle nicht gegen das Grundgesetz verstößt.

Es wird daher notwendig sein, Forschung und praktische Abwehrarbeit durch größere personelle und materielle Hilfe zu fördern. Dann erst wird es möglich sein, eine endgültige Entscheidung zu treffen, ob die



HUSTENWETTER...

CODYL®

CODYL®-Sirup
bei trockener Bronchitis

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

CODYL® cum
expectorans
bei katarrhalischer Bronchitis

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



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

bisherigen gesetzlichen Regelungen zu Recht bestehen.

Der Vorschlag, die potentiell Suchtgefährdeten „herauszutesten“, damit die Nichtgefährdeten in aller Gemütsruhe weiterhaschen könnten, ist weder technisch

durchführbar noch erfolgversprechend; denn der Gefährdete ist im Stadium der Latenz kaum erkennbar, außerdem hat der Nichtgefährdete gar kein Interesse an der Droge.

(Fortsetzung folgt)

Standesleben

Landesversammlung des Hartmannbundes

Die bayerische Landesversammlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) tagte am 27./28. Februar 1971 in Regensburg.

Vor Eintritt in die Tagesordnung gedachte der geschäftsführende Vorsitzende Dr. MEIDER der verstorbenen Mitglieder. Besonders würdigte er die überragende Persönlichkeit des am 2. November 1970 verstorbenen Landesvorsitzenden Senator Dr. Dr. Wolfram von GUGEL.

Nach dem von Dr. MEIDER vorgetragenen Geschäftsbericht, der einen Einblick in die umfassende Arbeit des Landesverbandes bot, wurde der Finanzbericht und der Haushalt genehmigt.

Im Anschluß daran mußte für den Rest der Legislaturperiode ein neuer Landesvorsitzender gewählt werden. Gewählt wurde Herr Dr. Hermann BRAUN, Nittendorf, der schon seit 1951 als Vorsitzender des Bezirksvereins Oberpfalz dem Landesvorstand angehört und seit 1969 Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer ist.

Es folgten aufschlußreiche Referate von Dr. BRAUN und den beiden stellvertretenden Landesvorsitzenden Dr. MEIDER und Dr. KOLB über ihren Tätigkeitsbereich.

Dr. BRAUN berichtete über die Entwicklung des Arztrechts und kam dabei auf die Approbationsordnung, die Berufs- und die Weiterbildungsordnung zu sprechen. Er erwähnte die neue Wahlordnung der Bayerischen Landesärztekammer, die Konstituierung der Kammerversammlung und die Wahl des Kammervorstandes. Ebenso wurden von ihm die neuen Leichenschaubestimmungen und die Satzungsänderung der Bayerischen Ärzteversorgung angesprochen.

Dr. MEIDER referierte über KV-Fragen und behandelte dabei besonders die Vertragssituationen und die Auswirkungen der neuen Empfehlungsvereinbarungen auf Bundesebene. Dabei bewies er die Unrichtigkeit der Presseverlautbarungen, wonach das Honorar der Kassenärzte um 15 % ansteigen solle. Nach der Anhebung der Gebühren für den Besuch von DM 6,- auf DM 9,- und für die gründliche Untersuchung von DM 5,- auf DM 6,70 wird es zu einer linearen Erhöhung der Honorare auf nur 5 bis 7,5 % kommen.

Dr. KOLB sprach über das Thema „Die Aufgaben des Hartmannbundes in unserer Zeit“. Seine Ausführungen zeigten deutlich, wie umfassend die Aufgaben des Verbandes sind und wie notwendig der Zusammenschluß möglichst aller Ärzte in einem großen freien Verband – besonders bei der heutigen politischen Entwicklung – ist.

Nach einer Sitzung der Arbeitskreise am Nachmittag konnte der neu gewählte Vorsitzende Dr. BRAUN zu einer öffentlichen Veranstaltung um 17 Uhr eine Reihe prominenter Gäste aus Politik und Wirtschaft begrüßen. Besonders dankte er den beiden Referenten der Veranstaltung, dem Bayerischen Staatsminister für Arbeit und Sozialordnung, Herrn Dr. Fritz PIRKL, und dem Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Herrn Professor Dr. SEWERING. Die bayerische Ärzteschaft sei sich bewußt, daß Dr. Pirkel ein energischer Verfechter der ärztlichen Freiheit ist und sich jederzeit für ihre Belange einsetzt. Aus diesem Grunde wurde er auf dem letzten Bayerischen Ärztetag durch die Verleihung des Ehrenzeichens der deutschen Ärzteschaft ausgezeichnet.

Professor Dr. SEWERING sprach über das Thema „Der Arzt in den siebziger Jahren“. Er ging aus von der Kritik der heutigen jungen Generation, die immer berechtigt sei, wenn sie positiv ist. Sie hätte es immer gegeben und diene dem echten Fortschritt. Sie sei positiv, wenn sie der Verbesserung der bestehenden freiheitlichen, demokratisch-politischen Ordnung diene. Nachdem diese Ordnung auch Fundament und Voraussetzung für freiheitliches ärztliches Wirken sei, muß der Arzt, der diese Ordnung bejaht, zwangsläufig zum politisch denkenden Staatsbürger werden. Die Zeit des unpolitischen Arztes sei vorüber.

Echte Reformen im kassenärztlichen Bereich und in der Versorgung im Krankenhaus werden bejaht. Die Ärzteschaft erwarte von der Gesellschaft die Anerkennung ihrer positiven Haltung und Unterstützung bei der Lösung schwieriger Aufgaben, weil die freiheitliche Struktur des Arztberufes von zentraler gesellschaftspolitischer Bedeutung sei. Die neue Approbations-, die Berufs- und die Weiterbildungsordnung mit der Einführung der Weiterbildung zum Allgemeinarzt dienen dem Fortschritt der Medizin und der Verbesserung der



Aus der öffentlichen Vortragsveranstaltung.

Außen rechts: Herr Professor Dr. H. Sewering, daneben Herr Staatsminister Dr. F. Pirkl; links am Rednerpult Herr Dr. H. Braun

ärztlichen Versorgung.

Die Rufe nach dem klassenlosen Krankenhaus erwecken den Eindruck, als ob der Kassenpatient ärztlich schlechter behandelt würde. Dafür gäbe es keinerlei Beweise. Der medizinische Aufwand für ihn sei eher größer. Dabei werde aber die Notwendigkeit eines Strukturwandels an den Krankenhäusern durchaus bejaht.

Zum Schluß ging Professor SEWERING auf die wissenschaftliche und technische Entwicklung der Medizin ein und betonte dabei, daß trotz Computer der Arzt nie ersetzt werden könne. Der Mensch als psychosomatische Einheit bedürfe des Einfühlungsvermögens des Arztes auch in alle Zukunft.

Als zweiter Referent sprach Herr Staatsminister Dr. PIRKL über das Thema „Vorsorgeuntersuchung und freie Arztwahl“.

Er betonte einleitend, daß nur auf dem Boden einer gut und vor allem freiheitlich bewältigten Gegenwart sich die richtigen Weichenstellungen für die Zukunft vollziehen ließen. Es sei von großer Tragweite für die ärztliche Versorgung, wie die Verteidigung der Freiheit gegen eine geschickt kaschierte gegenläufige Politik und gegen eine diskrete Sozialisierung der kleine Schritt gelinge. Wörtlich sagte er: „Bei unserem Bekenntnis zur Erhaltung des freien ärztlichen Praktizierens geht es nicht um Standes- oder Verbandsinteressen. Dazu könnte sich ein verantwortlicher Politiker, der sich dem Wohle der Allgemeinheit verpflichtet weiß, gar nicht verstehen. Es wird vielmehr meiner Meinung nach viel zu selten ausgesprochen, daß die Freiheit der Arztwahl nicht nur die Freiheit des Arztes, sondern in gleichem Maße der Freiheit des Patienten dient.“ Er warnte gerade im Hinblick auf die Präventivmedizin vor einem Einschleusen der Staatsmedizin durch die Hintertüre. Von diesem Aspekt aus müßte es gesehen werden, wenn der Bayerische Landtag am 8. Dezember 1970 beschlossen habe, das Gesundheitswesen, soweit es nicht den Bereich der öffentlichen

Sicherung und Ordnung betrifft, dem Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung zu übertragen.

Gerade im Bereich der Vorsorgemedizin sei das Gelingen der Aufgabe vom echten Vertrauensverhältnis und damit also von der freien Arztwahl abhängig. Er sei schon seit Jahren für einen Ausbau der Prävention als Aufgabe der Träger der Sozialversicherung eingetreten. Auch hier sei man in Bayern der Entwicklung vorausgeeilt, indem die Krebsvorsorgeuntersuchungen 1969 als freiwillige Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt wurde.

Nachdem ab 1. Juli 1971 durch Gesetz weitere Vorsorgeprogramme für den Mann und für die Neugeborenen und Kinder anlaufen, forderte er die Ärzte auf, sich mit Intensität dieser Aufgaben anzunehmen, um allen staatsmedizinischen Tendenzen zuvorzukommen. Wegen der zum Teil aufgetretenen Schwierigkeiten der ärztlichen Versorgung auf dem Lande, machte er aufmerksam auf die gemeinsamen Bemühungen seines Ministeriums und der Landesärztekammer um ein attraktives Kreditprogramm zur Förderung der Niederlassung auf dem Lande.

Als Ergebnis einer eingehenden und fruchtbaren Diskussion am Sonntagvormittag wurden eine Anzahl von Beschlüssen gefaßt, in denen u. a. die Bayerische Staatsregierung aufgefordert wurde, das Gesundheitswesen nicht auf mehrere Ministerien zu zersplittern, sondern bei einem einzigen Ministerium zusammenzufassen. Außerdem wurde das Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung gebeten, das Förderungsprogramm „Landarztpraxen“ möglichst bald zu realisieren. In einem weiteren Beschluß wandte sich die Versammlung gegen die in letzter Zeit sich häufenden Angriffe auf das Ansehen der Ärzteschaft. Außerdem wurde die Abschaffung der Prämienrückgewähr in der sozialen Krankenversicherung gefordert, da der von ihr erhoffte sozialpolitische Effekt nicht eingetreten sei und sie eine Belastung des Kranken zugunsten des Gesunden darstelle.

Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

44. Fortbildungskurs — Leitung: Professor Dr. R. GroB

(Schluß)

Tagesthema: „Stoffwechselstörungen“

Professor Dr. J. KÜHNAU, Hamburg:

„Stoffwechselstörungen — Aktuelle Probleme“

Bisher verstand man unter dem Begriff „Stoffwechsel“ lediglich das Schicksal irgendeines Nahrungsbestandteiles von seinem Eintreten bis zum Verlassen des Körpers und sprach demgemäß z. B. von Fett- bzw. KH-Stoffwechsel, der entweder normal oder gestört ablaufen konnte. Neuerdings weiß man jedoch aufgrund biochemischer Forschungen, daß hierbei eine lange Kette enzymatisch gesteuerter Vorgänge abläuft, die genetisch vorgeschrieben sind. Die Human-genetik konnte nun nachweisen, daß die Stoffwechselkette an jedem einzelnen Glied wegen eines Enzym-blocks unterbrochen werden kann, wofür ein Gen-defekt anzuschuldigen ist. Vereinfachend kann gesagt werden: für jedes Enzym ist ein Gen verantwortlich.

Schwere angeborene Stoffwechselstörungen beruhen also auf der genetisch bedingten Syntheseinsuffizienz eines oder mehrerer Enzyme.

Das Problem für den Arzt ist die rechtzeitige Erkennung genetisch ausgelöster Stoffwechselstörungen, die oft klinisch zunächst gar nicht in Erscheinung treten, somit unerkant bleiben und unbehandelt zu schweren Defektzuständen führen können. Interessant ist die Feststellung, daß nur der Mensch und das Meerschweinchen auf Vitamin C von außen angewiesen sind, alle anderen Tiere synthetisieren es selbst. Die Erklärung liefert ein genetisch verursachter Enzymdefekt. Von großem medizinischen Interesse ist das Beispiel der genetisch bedingten Enzymsynthesestörung der Cholinesterase bei der Narkose im Zusammenhang mit Muskelrelaxantien wie Succinylcholin, deren stark verlangsamter Abbau zu Narkosezwischenfällen führt.

Genetisch verankerte Enzymsynthesestörungen mit Stoffwechseldefekt sind nicht in jedem Fall mit unabwendbarem Schicksal verknüpft. Man hat therapeutische Möglichkeiten meist diätetischer Art herausgefunden, die zwar nicht eine Heilung, so doch eine Besserung des Zustandes und das Weiterleben ermöglichen.

Professor Dr. K. F. SCHREIER, Nürnberg:

„Neue Erkenntnisse bei angeborenen Stoffwechselerkrankungen“

Inzwischen sind Ätiologie, Genese und Biochemie von weit über 1000 angeborenen Stoffwechselanomalien bekannt:

1. Erkrankungen, die auf einer Nichtsynthese eines Proteins beruhen (z. B. Analbuminämie);

2. Erkrankungen, die auf einer Fehlsynthese eines Proteins fußen (z. B. Hämoglobinopathien);
3. Störungen der molekularen Funktion, sogenannte Enzymopathien (z. B. Phenylketonurie).

Interessant ist die Häufigkeitsverteilung einiger angeborener Stoffwechselanomalien:

Sichelzellenanämie (in Ghana)	1 : 3 Neugeborene
Zystinurie	1 : 250
Gicht (in USA)	1 : 500
Pankreasfibrose	1 : 1000
adrenogenitales Syndrom	1 : 5000
Phenylketonurie	1 : 11 500
Galaktoseintoleranz	1 : 20 000

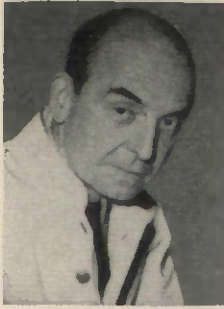
Zur Gruppe 1 zählt u. a. das Antikörpermangelsyndrom. Klinisch imponiert eine Neigung zu häufigen entzündlichen Affektionen (Tonsillen, Mittelohr, Respirationstrakt). Zugrunde liegt eine Fehlfunktion der Plasmazellen bzw. aller für die Abwehr erforderlichen Systeme (Therapie: Gamma-Globuline).

Die WILSONsche Krankheit ist gekennzeichnet durch Leberdystrophie und lentikuläre Degeneration mit Aminoazidurie und einer abnormen Cu-Einlagerung in die Organe (Therapie: Penicillamin).

Repräsentant der Gruppe 2 im Rahmen der Hämoglobinopathien ist die Sichelzellenanämie, an die man bei Kindern von Bewohnern südlicher Mittelmeerländer denken muß, die einen Icterus prolongatus, Hepatosplenomegalie, Minderwuchs, schwere Anämie und hohe Infektanfälligkeit bieten.

Die auf einem Enzymdefekt (Gruppe 3) beruhenden angeborenen Anomalien des Aminosäurestoffwechsels gehen zumeist mit einer geistigen und körperlichen Retardierung einher. Als Musterbeispiel gilt die Phenylketonurie: Diagnose durch Eisenchloridprobe bzw. Guthrie-Test. Der einmalige positive Ausfall ist noch nicht beweisend, häufig normalisiert sich der Test bei Reduktion der Eiweiß-Zufuhr mit Vitamin-C-Zugabe. Bei neuentdeckten Phenylketonurikern ist bezüglich der geistigen Entwicklung ein diätetischer Therapiebeginn nach dem vierten Lebensjahr nicht mehr sinnvoll. Hingegen bei Kindern mit frühzeitig eingesetzter phenylalanin armer Diät kann man mit einer ausreichenden geistigen Entwicklung rechnen, selbst wenn man bei Schuleintritt die Diät lockert.

Die Ahornsirupkrankheit muß in den ersten Lebenstagen diagnostiziert werden, sonst sterben die Anomalieträger trotz Reduktion von Leucin, Isoleucin und Valin in der Nahrung. Hervorzuheben ist außerdem die Homozystinurie wegen ihrer relativen Häufigkeit und der Ähnlichkeit mit dem Marfan-Syndrom. Die Diagnose geschieht mittels der BRANDschen Probe, die Therapie durch methioninarme Diät



Prof. Dr. J. Kühnau
Hamburg



Prof. Dr. K. F. Schreier
Nürnberg

und hohe Dosen an Vitamin B₆. Schließlich die Zystin-Speicherkrankheit, deren Gefahr in der Ablagerung von Zystinkristallen in sämtlichen Organen besteht. Klinische Zeichen sind Minderwuchs, Gedeihstörung, Hepatomegalie, rachitoiden Knochenveränderungen und Azidose. Die Kinder sterben an Urämie in der Niereninsuffizienz. Diätetisch kann nur eine Besserung, jedoch keine Heilung erzielt werden, was leider derzeit noch für einen Großteil der angeborenen Störungen des Aminosäure-Stoffwechsels zutrifft.

Dr. U. LANGENBECK und
Professor Dr. H. W. GOEDDE, Hamburg:

„Die Ahornsirupkrankheit: Genetik, biochemische Grundlagen und klinische Formen“

Hierbei handelt es sich um eine seltene autosomalrezessiv vererbte Stoffwechselerkrankung, die sich in der ersten Lebenswoche manifestieren kann und die unbehandelt schnell durch Koma und Azidose zum Tod führt. Die Diagnose wird gestellt durch den charakteristischen Geruch des Urins nach Maggi oder Curry oder Ahornsirup und durch den Nachweis erhöhter Plasmaspiegel und vermehrter Ausscheidung der Aminosäuren Valin, Leucin, Isoleucin und der entsprechenden Ketosäuren. Ein Enzymdefekt verhindert ihren oxydativen Abbau. Die Testung der Aktivität der Oxydasen wird an Leukozyten, neuerdings an Fibroblasten vorgenommen anhand der Bildung von radioaktivem CO₂. Bei der klassischen Form der Ahornsirupkrankheit konnte niemals eine Enzymaktivität nachgewiesen werden, hingegen bei der intermittierenden Form ist eine geringe Restaktivität vorhanden. Klinisch ist hierbei der leichtere Verlauf kennzeichnend. Die Kinder entwickeln sich zunächst geistig normal, nur während Infekten, nach Operationen und nach hochdosierter Eiweißaufnahme können sich Koma und Azidose entwickeln, was als differentialdiagnostischer Hinweis gelten soll. Die Intervallbehandlung erfolgt mit eiweißarmer Diät. In Deutschland wurde die Krankheit bisher in zehn Familien diagnostiziert.

Professor Dr. G. BERG, Erlangen-Nürnberg:

„Hyperlipidämien: Klassifizierung, Diagnostik, Therapie“

Bei der Hyperlipidämie können mit chemischen Methoden Triglyzeride (Neutralfette), Cholesterin und

gegebenenfalls Phosphatide unterschieden werden. Lipoelektrophoretisch erreicht man hingegen eine Auftrennung in α_1 -Lipoproteide, α_2 (Prä- β)-Lipoproteide, β -Lipoproteide und Chylomikronen. Eine dritte Einteilungsmöglichkeit für Lipoproteide ist ihre unterschiedliche Molekülgröße mit Hilfe der Ultrazentrifuge.

Hyperlipoproteidämien können primär oder sekundär (weitaus häufiger) entstehen. Sekundär sind sie Begleiterscheinungen verschiedener Erkrankungen wie Diabetes mellitus, chronischer Alkoholismus, Pankreatitis, Hypothyreose, nephrotisches Syndrom, Myelom und Makroglobulinämie usw.

Die primären Hyperlipidämien werden in folgende Typen unterteilt:

1. Hyperchylomikronämie ist exogen fettinduzierbar, Mangel an Lipaseaktivität, klinisch Oberbauchkoliken, Hepatosplenomegalie, eruptive Xanthome, kein Diabetes, kein Übergewicht oder Arteriosklerose. Rahmiges Plasma, Triglyzeride extrem hoch.
2. Essentielle Hypercholesterinämie – Xanthome und Xanthelasmen, Frühmanifestation arteriosklerotischer Veränderungen und entsprechender Gefäßkomplikationen, hohe β -Lipoproteidbande, Cholesterinspiegel erhöht, Triglyzeride normal.
3. Hyperlipidämie mit breiter β -Bande (α_2 einbezogen) – plantäre Xanthome, frühzeitige Arteriosklerose, Plasma uncharakteristisch, Cholesterin und Triglyzeride mäßig erhöht. Durch Kohlehydrat- und Fettzufuhr induzierbar.
4. Endogene Hypertriglyzeridämie nicht vor dem 20. Lebensjahr, Übergewicht, Glukosetoleranzstörungen, Arteriosklerose, eruptive Xanthome, Oberbauchkoliken, gelegentlich Hepatosplenomegalie, durch Kohlehydrate, Alkohol, Fett induzierbar.
5. Mischform von 1. und 4., was Symptomatologie und Laborbefunde betrifft. Gestörte Glukosetoleranz, Hyperurikämie.

Die Diagnose einer Hyperlipidämie wird erhärtet über Anamnese und Befund, durch Betrachtung und Untersuchung des Plasmas. 95% aller Hyperlipidämien können durch die chemische Bestimmung der Triglyzeride und des Gesamtcholesterins erfaßt werden.

Ziel der Therapie ist die Ausschaltung von Risikofaktoren im Hinblick auf arteriosklerotische Komplika-



Dr. U. Langenbeck
Hamburg



Prof. Dr. G. Berg
Erlangen-Nürnberg

Packungen
5m x 1 1/4 cm
5m x 2 1/2 cm
5m x 5 cm

ausgezeichnet hautverträglich
zugfest, leicht reissbar
auch im Wasser fest haftend

LEUKOSILK®

Verbandpflaster aus weisser Kunstseide

röntgenstrahlendurchlässig
schmerzlos ohne Rückstände zu entfernen
gut lagerfähig in Wärme und Kälte

Beiersdorf



tionen. An der Spitze der Behandlungsmaßnahmen steht die Gewichtsreduktion, falls Übergewicht besteht, sowie eine entsprechende Diät, die nach dem Typ der Hyperlipidämie variiert. Fettarm bei Typ I unter gleichzeitiger Verabreichung mittelkettiger Triglyzeride, bei Typ II Fettrestriktion auf etwa 30 Kal^o/_o unter Bevorzugung polyensäurereicher Fette (Sonnenblumenöl, Maiskeimöl). Bei den übrigen Formen Fett-, Kohlehydrat- und Alkoholeinschränkung.

Eine medikamentöse Behandlung bei Typ I erübrigt sich. Bei Typ II hat sich Colestyramin (Quantalan) bewährt, anfangs 32 g, später 16 g pro Tag. Es bindet im Dünndarm Gallensäuren und verhindert die Resorption von Cholesterin. Nikotinsäurepräparate werden ebenfalls empfohlen. Gute Resultate kennt man bei Typ III–V unter Clofibrat (Regelan) 1–2 g täglich. Mögliche Nebenwirkungen sind bei Colestyramin Durchfälle, bei Nikotinsäurepräparaten Glukosetoleranzstörungen, Magenbeschwerden, Flush und Nausea, bei Clofibrat Nausea, Intestinalbeschwerden, schmerzhaftes Muskelsyndrom mit erhöhter CPK sowie Leberfunktionsstörungen.

Professor Dr. N. ZÖLLNER, München:

„Die Gicht als Stoffwechselproblem in der Praxis“

Soziale Umschichtungen ließen die Gicht von einer Krankheit der Privilegierten zu einer Krankheit des allgemeinen Wohlstands werden. Die erbliche Stoffwechselkrankheit wird durch entsprechende Lebensführung manifestiert und imponiert zunächst als Gichtanfall oder als Nierenkolik, später in Form der Gichtniere mit allen Symptomen zunehmender Niereninsuffizienz. Bezüglich des Harnsäurespiegels gelten als obere Normgrenze 6,8 mg^o/_o für den Mann und 6,35 mg^o/_o für die Frau. Vererbt wird die Hyperurikämie. Die Menge der Nahrungspurine entscheidet jedoch über die Gichtmanifestation. Pathogenetisch liegt immer eine Störung der Harnsäureelimination vor, in vielen Fällen ist auch die Harnsäuresynthese vermehrt. Die Mehrzahl der Gichtkranken scheidet normale Harnsäuremengen aus, wahrscheinlich durch eine dem erhöhten Harnsäurespiegel im Blut angepaßte Steigerung der Harnsäuresekretion im Nierentubulus. Demnach hat die familiäre Hyperurikämie ihre Ursache in der verminderten Fähigkeit, die Harnsäuresekretion ausreichend zu erhöhen.

Der Gichtanfall ist durch die Ausfällung von Uratkristallen im Gelenk zu erklären. Tophi entstehen auf die gleiche Art. Die Gichtniere ist Folge interstitieller und intratubulärer Harnsäureauskristallisation mit Harnabflußbehinderung und sekundärer Infektion. Von sekundärer Gicht spricht man bei Krankheiten, die über längere Zeit eine Hyperurikämie hervorrufen, z. B. bei chronischen Blutkrankheiten wie Polycythaemia vera, Myelosen, Leukosen oder im Gefolge einer zytostatischen Therapie.

Der akute Gichtanfall tritt meist erst nach dem 30. Lebensjahr auf. Betroffen ist meist das Großzehengrund-



Prof. Dr. N. Zöllner
München



Prof. Dr. R. Beckmann
Freiburg/Br.

gelenk mit Rötung, Schwellung, Temperaturerhöhung, Leukozytose, beschleunigte BKS. Unbehandelt dauert der Gichtanfall zwei Tage bis zwei Wochen, anschließend ist das befallene Gelenk meist wieder voll funktionstüchtig. Der Verlauf der Gicht ist durch die Tophi bestimmt, die die Gelenke zerstören können. Die Gichtniere tritt früher oder später bei nahezu allen Gichtpatienten auf. Anfangssymptome sind Mikrohämaturie, Leukozyturie, Proteinurie als Folge der Glomerulumläsion. Im weiteren Verlauf folgen Nierenfunktionseinschränkungen und Retention harnpflichtiger Substanzen bei zunehmender interstitieller Nephritis.

Bei jeder akuten Monarthritis des erwachsenen Mannes muß an einen Gichtanfall gedacht werden. Das prompte Ansprechen auf Colchizoltherapie stützt ex juvantibus die Diagnose. Anfallsauslösend wirken Alkoholgenuß, Saluretika, purin- und fettreiche Ernährung. Differentialdiagnostisch kann eine rheumatische Arthritis durch Rheumaserologie ausgeschlossen werden.

Zur Therapie des Gichtanfalls verwendet man am besten Colchizin (bis zu 8 mg pro Tag). In hartnäckigen Fällen werden zusätzlich Prednisolon (30 mg/Tag) oder ACTH (80 E als Depot) nötig. Auch Phenylbutazon und Indomethacin kommen in hohen Dosen zur Anwendung. Die kausale Behandlung im Anfallsintervall besteht in der dauerhaften Senkung des erhöhten Harnsäurespiegels. Auf eine streng purinarmer Diät kann im allgemeinen verzichtet werden. Wichtig ist lediglich Beschränkung der Gesamtkalorienzufuhr und die Vermeidung besonders purinreicher Nahrungsmittel. Die Alkoholfuhr ist einzuschränken, da die Hyperlaktazidämie nach Alkoholgenuß die renale Harnsäureausscheidung hemmt. Medikamentös kommen Urikosurika (Benemid und Anturano) in Frage, deren Wirkung auf einer Hemmung der Harnsäurerückresorption beruht. Gleichzeitig ist auf ausreichende Flüssigkeitszufuhr (2 l/Tag) zu achten. Eine Hemmung der Harnsäurebildung hingegen ist durch Allopurinol (Zyloric) möglich. Die Vorstufen der Harnsäure Hypoxanthin und Xanthin werden dann im Urin vermehrt ausgeschieden. Bei der Gichtniere verbieten sich Urikosurika, Allopurinol ist das Mittel der Wahl. Die Neutralisation des Urins zur besseren Löslichkeit

der Harnsäure erfolgt mit EISENBERG'scher Lösung oder Uralyt U.

Die Prognose des Gichtkranken wird durch die Nierenfunktion bestimmt. Die Chancen bei konsequenter Therapie sind sehr günstig.

Professor Dr. R. BECKMANN, Freiburg/Br.

„Differentialdiagnose der angeborenen Myopathien“

Manche Erkrankungen der quergestreiften Muskulatur beginnen bereits lange Zeit vor der Geburt und vor dem Auftreten klinischer Symptome. Die Skelettmuskelentwicklung kann bis zur Ontogenese zurückverfolgt werden. Aus Muskelstammzellen – den Prämyoblasten – entstehen Myotuben und diese zeigen bereits eine Querstreifung. Werden diese innerviert (8. Schwangerschaftswoche), so spricht man von Myozyten. In diesem Stadium werden schon muskelspezifische Enzymaktivitäten (LDH, CPK und deren Isoenzyme) nachgewiesen und Reflexbewegungen treten auf. Histochemisch lassen sich nun zwei Fasertypen unterscheiden:

1. tonische „rote“ Muskeln mit stärkerer oxydativer und
2. phasische „weiße“ Muskeln mit stärkerer glykolytischer Aktivität.

Strukturanomalien der Skelettmuskulatur wie die myotubuläre Myopathie entstehen an den Myotuben. Bei dieser generalisierten Muskelhypoplasie ist die Zahl der angelegten Muskelfibrillen vermindert, Struktur und Funktion der vorhandenen Muskelfasern sind völlig normal. Klinisch imponieren die stark verminderte Muskelmasse, die langsame statische Entwicklung, Haltungsschwäche und Adynamie. Die Prognose ist nicht ungünstig, es besteht keine Progression.

Bei der ebenfalls angeborenen Stäbchen-Myopathie enthält etwa die Hälfte aller Muskelfasern (und nur die roten Muskelfasern) histologisch myosinähnliche Stäbchen. Die weißen Muskelfasern sind vermindert als Folge einer fehlenden Entwicklungsdifferenzierung. Die klinischen Symptome sind denen der myotubulären Myopathie ähnlich.

Besondere histologische und histochemische Veränderungen kennzeichnen die kongenitale, nicht progressive Zentralfibrillen-Myopathie (Muskelschwäche, Bewegungsarmut, vorwiegend proximale Beinmuskulatur betroffen). Der ultrastrukturelle Befund läßt verdickte Muskelfasern erkennen bei abnormer Anordnung der zentralen Fibrillenbündel. Histochemisch zeigt sich ein Phosphorylasemangel. Als Krankheitsursache wird eine Störung der embryonalen Muskelfaserdifferenzierung sowie der Innervation diskutiert. Bei anderen Myopathien wurden Anomalien der Mitochondrien verantwortlich gemacht mit Störungen des Energiehaushalts.

Zahlenmäßig weitaus größer ist die Gruppe mit degenerativen Muskeldystrophien, entzündlichen Muskel-

erkrankungen und den neurogenen wie spinal bedingten Muskelatrophien (denke auch an endokrin und biochemisch bedingte Myopathien).

Eine wesentliche Besonderheit der degenerativen Muskelerkrankungen ist der feinstrukturelle Zerfall der Skelettmuskulatur. Der Typ DUCHENNE manifestiert sich bis zum 3. Lebensjahr und nimmt einen rasch progredienten Verlauf. Herzmuskel und Knöchensystem sind mitbetroffen, die befallenen Knaben erreichen nicht das 25. Lebensjahr. Bei den progressiven Muskeldystrophien ist der symmetrische Muskelschwund mit Pseudohypertrophien charakteristisch ohne Beteiligung des zentralen oder peripheren Nervensystems. Die Befunde werden auf Störungen im Ablauf der biochemischen Prozesse in den Muskelzellen und -membranen zurückgeführt (Enzymdefekte?). Verminderung oder Fehlen des LDH-Isoenzym 5 ist unspezifisch, jedoch eine deutliche Steigerung der CPK im Serum ist bei der DUCHENNE-Muskeldystrophie zu erwarten (Frühdiagnose selbst aus Nabelschnurblut). Differentialdiagnostisch wichtig ist auch das Aktivitätsmuster eines Elektromyogramms, beweisend das Ergebnis einer Muskelbiopsie.

Professor Dr. R. GRÜTTNER, Hamburg:

„Differentialdiagnose und Therapie der Gliadinintoleranz“

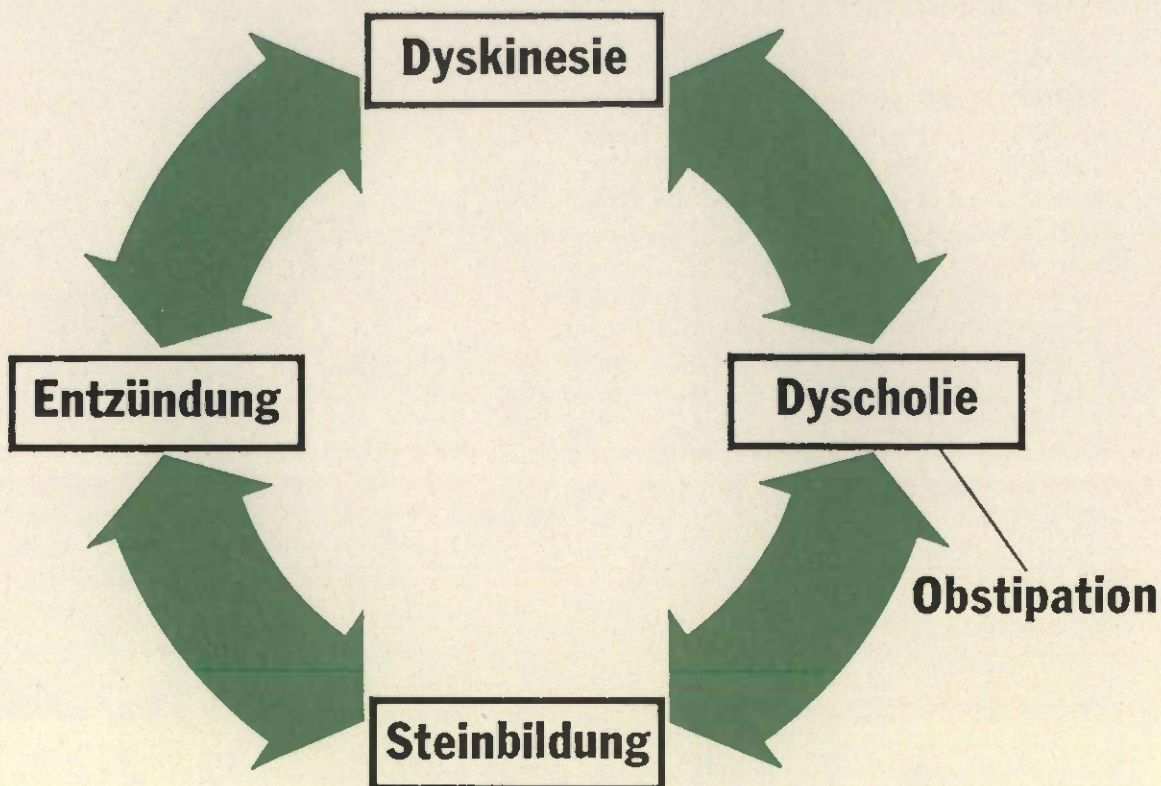
Bei dieser familiär auftretenden Krankheit (auch Zöliakie oder einheimische Sprue) kommt es durch den Gliadinbestandteil des Glutens im Getreidekorn zu einer charakteristischen Schädigung der Dünndarmschleimhaut mit chronischer Verdauungsinsuffizienz im Kindesalter. Durch lupenmikroskopische und histologische Untersuchungen an einem mittels Saugbiopsie gewonnenen Stück Dünndarmschleimhaut wird die Diagnose gesichert (subtotale oder partielle Zottenatrophie). Klinisch tritt einige Monate nach der ersten Aufnahme gliadinhaltiger Nahrung eine verzögerte körperliche Entwicklung infolge mangelhafter Resorption von Nahrungsmitteln und Vitaminen bei massigen, weichen, häufig fettglänzenden Stühlen auf.

Differentialdiagnostisch sind die Störungen der Verdauung abzugrenzen, wie die Mukoviszidose, die Disaccharidintoleranz und die Pankreasinsuffizienz.

Die Mukoviszidose (zystische Pankreasfibrose) tritt in einer Frequenz von ca. 1:3000 Geburten auf und kann schon in den ersten Lebenstagen durch einen Mekoniumileus manifest werden. Neben der Verdauungsinsuffizienz ist auch eine chronisch-progrediente Pneumopathie charakteristisch. Der Beweis wird durch die Bestimmung der Elektrolytkonzentration im Schweiß erbracht (Chloridkonzentration mehr als 60 mval/l) sowie durch eine herabgesetzte Aktivität der Pankreasenzyme im Duodenalsaft.

Die Disaccharidintoleranz beruht auf einem primären Enzymdefekt der Dünndarmschleimhaut, wobei ungespaltene Disaccharide wie Saccharose, Maltose oder

Sicherheit vor Experiment



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

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

Indikation:

Bei allen Cholezystopathien.

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

Kontraindikationen:

Verschluß-Ikterus, akute Hepatitis,
Glaukom, Prostatahypertrophie.

Verschreibungsform:

Packung zu 50 Dragées.

**spasmo
gallo** **sanol**[®]



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

gallo **sanol**[®]

Laktose in den Dickdarm geraten, dort osmotisch wirksam werden und bakteriell abgebaut werden können (saure Durchfälle).

Weiterhin kommen differentialdiagnostisch in Frage die Störungen der Resorption, von denen die Zöliakie die häufigste ist. Eine gleichzeitige Milcheiweißintoleranz heilt mit Ende der Säuglingszeit vollständig aus. Von besonderer Bedeutung sind Resorptionsstörungen bei schweren bakteriellen Darminfektionen, z. B. durch verschiedene Coli-Mutanten, Lamblien- oder Salmonellenbefall. Auch Antibiotika können Schleimhautveränderungen des Dünndarms verursachen (z. B. Neomycin).

Auf einer Störung des aktiven Transports von Monosacchariden durch die Dünndarmschleimhaut beruht

die Glukose-Galaktose-Malabsorption im Säuglings- und Kindesalter. Die Beschwerden sind die gleichen wie bei der Disaccharidintoleranz (Komplikationen durch Wasser- und Salzverlust).

Therapeutisch muß im akuten Stadium der schweren Zöliakie neben Gliadin eine Unverträglichkeit auch für andere Nahrungsbestandteile wie Milch, fetthaltiges Gemüse und Fleisch berücksichtigt werden, daher zunächst parenterale Kalorienzufuhr. Je nach Schwere des Falles wird nach 1 bis 2 Monaten langsam auf perorale Ernährung umgestellt und die Kost allmählich aufgebaut unter strikter Weglassung von Gliadinbestandteilen, was lebenslang zur Erhaltung der Beschwerdefreiheit einzuhalten ist.

Dr. G. R I e B, Nürnberg

Die Maske als psychiatrisches Phänomen

Uraufführung eines Films von Heinz Lieser

Am 29. Januar 1971 fand in den Räumen der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin in München die Uraufführung des von Herrn Oberregierungsmedizinalrat Dr. med. Heinz LIESER, München, hergestellten Films „Die Maske als psychiatrisches Phänomen“ statt. Herr Lieser unternimmt in diesem Film den Versuch, die diagnostischen Methoden des Nervenarztes, die er zur Aufdeckung und Analyse des Maskenphänomens benötigt, zu zeigen. Es wurden zwei Krankengeschichten ausgewählt, die mit den Mitteln des Films nachgezeichnet werden. Einmal eine Wahnkranke, die in ihrer schizophrenen Psychose in einem Anankasmus zur Maskendarstellung gerät. Dieser pathologische Schöpfungssturm versiegt erst mit dem Erlöschen des Wahns. Zum andern erfolgt die Demonstration einer zwangsneurotischen, fehlgeleiteten, milieugeschädigten Patientin. Über die Aufdeckung der Wurzel des Maskenphänomens und der Dynamik des clownhaften Versteckspiels gelingt es, eine Therapie einzuleiten. Eine neuroleptische Kur führt schließlich zur Befreiung und zur Zerstörung der Symptomatik, um den Weg vom Maskenzwang zur Darstellung des Selbstbildnisses gehen zu können. Es wäre falsch, diesem Film einen Zweck zu unterstellen. Er kann nur einen Sinn haben, und zwar menschlich-psychiatrischer Art. Fragt man aber nach seinem Anliegen, so ist zu sagen, daß er als Beitrag zur Verhaltensforschung dem psychisch Kranken zu einem angepaßten Stellenwert in Forschung und Lehre, in Praxis und Gesellschaft verhelfen soll.

Die zahlreich erschienenen Gäste wurden von Herrn Professor Dr. phil. nat. Dr. med. habil. H. EYER, Vorsitzender des Kuratoriums der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin, und Herrn Dr. jur. H. SCHMATZ, Ministerialdirektor im Bayerischen

Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge, begrüßt.

Der Abend wurde von einem interessanten und vorzüglich verfaßten Festvortrag von dem bekannten Medizinhistoriker Professor Dr. med. Werner LEIBBRAND, München, eingeleitet. Nach einem Überblick über die kulturgeschichtlichen Entwicklungsformen der Maske führte Herr Professor Leibbrand zur sozialen Seite des Arzt-Kranken-Verhältnisses u. a. aus: „Zwischen der so schwierigen Kommunikation steht die Maske des Arztmantels und dem Kunstverhalten des Patienten. Das Gespräch, die Beobachtung der Maske, soll dem Arzt die Möglichkeit geben, hinter die Maske zu schauen. Die Durchdringung der Patientenmaske seitens des Psychiaters ist die aller schwerste Sozialleistung. Sie setzt mannigfaches voraus: Das Milieu trägt immer an sich den Schaden des Künstlichen, das wieder die Maskierung steigert. Die Möglichkeit, hinter die Maske vorzustoßen, gelingt grundsätzlich nur beim Willen zur Kommunikation. Diese wiederum erfordert das Medium einer gemeinsamen Sprache von Arzt und Krankem. Die Kommunikationsmittel selbst können auch auf Seiten des Arztes zur Maske führen, sofern diese Maske gewünscht wird, also etwa Autorität, Nichtautorität, Suggestionswirkung, kurzum, eine große Maskerade steht einer anderen gegenüber. Wann endlich kommt es zum kurzen individuellen Augenzwinkern, das bedeutet: Hier bin ich! Häufig wird es ersetzt durch psychotherapeutische Dogmen, an die beide Parteien glauben müssen, um ihre Sprache zu verstehen. Gewiß, mancher läßt die Maske fallen; sehr oft fällt die Maske nie, und sei es nur eine Sonnenbrille, die man aufsetzt, wie der Vogel Strauß den Kopf in den Sand steckt. Wir müssen den Mut zum Bekenntnis haben, daß wir zwar sozial manches bessern können, daß wir aber oftmals mit

der Maske von uns selbst und des Patienten zu Rande kommen müssen. Sozialpsychiatrie ist eben auch nur ein Teilerfolg.“

Das nachstehend wiedergegebene

Satyrikon

war Dr. Liesers Einführung zum Film:

„Liebe Apos, Apoisten, Apologen und Apoiater!
Nachdem Sie die Mao-Bibel, das Hasch und LSD an der Garderobe abgegeben haben, folgendes: Weil in Amerika, im Kino und in der Psychiatrie alles möglich ist, haben beim Count down solcher Festivals die Damen und Herren der schreibenden Zunft immer besondere Chancen zur Fehlinformation. Um dieses Problem zu unterwandern, habe ich einen Waschzettel vorbereitet, und Sie können morgen in der Abendzeitung lesen ‚Prominentenmaskenfest an psychiatrischer Tankstelle!‘ Der berühmt-berüchtigte psychiatrische Kosmetiker und Designer, der Pille-iater Dr. Heinz Lieser lud mit dem background der establishmentären Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin zu einer Publikumsbeschimpfung zwecks Weiter- und Fortbildung sprich Weitfortbildung ein.

Der zur Diskussion provozierte Vertreter des Ministeriums nahm seine monarchistische Hürde und forderte

in antiautoritärer Manier den Kopf des Faschingsprinzen und dafür pluralistischen Ersatz. Somit entkam er der Umfunktionierung durch das Auditorium.

Theophrastus bombastus von Leibbrandus trieb die Maskerade geiststreichelnderweise durch die Subkulturen der Jahrhunderte bis zum rien va plus. Von den dionysischen Fruchtbarkeitstänzen über die conciergerie von St. Louis in Paris bis zu den heutigen Hascheuren ritualisierte er mit Schopenhauer: Unser Glück liegt hinter den Masken Anderer.

In dieser konzertierten Aktion versuchte Herr Lieser, Werner Leibbrand die Show zu stehlen. Mit den raffiniert trügerischen Mitteln des Filmes schritt er über die Exekution der Psychoanalyse zum Opferaltar der Verhaltensforschung und machte die Szene zum Tribunal. Elektronisch gesteuerter psychodelischer Maskenunderground in sozialpsychiatrischer nylonverstärkter Verpackung.

Er konnte dies ungefährdet tun, ohne zum Buhmann zu werden, da durch einen, zum Beginn des Festes gereichter cocktail lutique mit Hasch und LSD alle high und von der Aggression zur Regression gebahnt waren.

Wenn das keine gelungene Protestaktion war, dann friß ich einen Joint!“

Freie Kassenarztsitze in Bayern

Mittelfranken

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

Dinkelsbühl: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

Wendelstein, Lkr. Schwabach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

Niederbayern

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

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

Eggenfelden: 1 Hals-, Nasen-, Ohrenarzt
1 Augenarzt

Freyung v. W., Lkr. Wolfstein: 1 Augenarzt
Einzige Augenarztstelle im Landkreis Wolfstein mit Belegmöglichkeit im Kreis Krankenhaus Freyung.

Grafenau (Bayer. Wald): 1 Augenarzt

Kehlhelm/Donau: 1 Augenarzt

Landshut: 1 Kinderarzt

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

Durch Verzicht und Wegzug frei gewordene einzige Kassenarztstelle.

Niederviehbach, Lkr. Dingolfing: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Zum 1. Juli 1970 frei gewordene Kassenarztstelle (bisher Gemeinschaftspraxis). Am Ort ist ein zweiter Praktiker niedergelassen.

Passau-Grubweg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

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

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

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

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

Oberbayern

Erding: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

Garching, Lkr. Altötting: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Gilching, Lkr. Starnberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Inchenhofen, Lkr. Alchach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Kirchseeon, Lkr. Ebersberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Kösching, Lkr. Ingolstadt: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Manching, Lkr. Ingolstadt: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Pförring, Lkr. Ingolstadt: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Puchheim, Lkr. Fürstenfeldbruck: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Waldkraiburg, Lkr. Mühldorf: 1 Augenarzt
Wartenberg, Lkr. Erding: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
 Es wäre günstig, wenn der Bewerber chirurgische Fachkenntnisse zur Versorgung des Belegkrankenhauses Wartenberg hätte.

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

Oberfranken

Hegnabrunn, Lkr. Kulmbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
 Eventuell auch im direkt angrenzenden Neuenmarkt.
Hof/Saale: 1 Kinderarzt
Hohenberg a. d. Eger, Lkr. Rehau: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Kulmbach: 3 Allgemein-/Prakt. Ärzte
Münchberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Selb: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Scherneck, Lkr. Coburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Töpen, Lkr. Hof: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Wallenfels, Lkr. Kronach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

Oberpfalz

Erbendorf: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Eschenbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Hahnbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Mitterteich: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Neumarkt: 1 Augenarzt
Roding: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Sulzbach-Rosenberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Vohenstrauß: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Welden (Ortstell Nord): 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Welden: 1 Nervenarzt

Weitere Kassenarztsitze für das Fachgebiet Augenkrankheiten, Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten und für Allgemeinmedizin sind zu besetzen.

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

Schwaben

Augsburg (Ortstell 4): 1 Augenarzt
Augsburg-Herrenbach (Ortstell 7): 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
 Wegzug des bisherigen Praxisinhabers. Wohn- und Praxisräume sind vorhanden.
Augsburg-Oberhausen-Süd (Ortstell 16):
 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Babenhausen, Lkr. Illertissen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Burgheim, Lkr. Neuburg/Do.: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Deiningen, Lkr. Nördlingen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
 Wiederbesetzung des Kassenarztsitzes.
 Haus kann gemietet oder durch Kauf erworben werden.
Inningen, Lkr. Augsburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
 Gemeindeeigenes Arzthaus ist vorhanden.
Jettingen, Lkr. Günzburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Memmingen: 1 Augenarzt
Neuburg/Do.: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Oberostendorf, Lkr. Kaufbeuren: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Rennertshofen, Lkr. Neuburg/Do.: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Thannhausen, Lkr. Krumbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

Unterfranken

Aldhausen, Lkr. Hofheim: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Geiselbach, Lkr. Alzenau: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Miltenberg: 1 Augenarzt
Rottenberg, Lkr. Alzenau: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Schneeberg, Lkr. Miltenberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
 Wohn- und Praxisräume sind vorhanden.

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

Während des Sommersemesters 1971 findet an jedem 2. Montag von 17.00–19.00 Uhr im Hörsaal E des Klinikums rechts der Isar ein

Seminar in praktischer Elektrokardiographie unter der Leitung von Professor Dr. Max H a l b e r statt.

Außer Studenten sind vor allem praktizierende Kollegen, die auch Problem-Stromkurven selbst mitbringen sollen, eingeladen.

Beginn der Vorlesung: 19. April 1971

Organisation der Intensivmedizin und Begriffsbestimmungen

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie und die Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Wiederbelebung, der Berufsverband Deutscher Anästhesisten und der Berufsverband der Deutschen Chirurgen treffen folgende Vereinbarung über die Aufgabenabgrenzung und die Zusammenarbeit auf den Wachstationen und den operativen Intensivbehandlungseinheiten:

Die Fortschritte der Medizin bei der Behandlung Frischoperierter und Schwerstkranker lassen es vielfach als zweckmäßig erscheinen, die stationären Patienten, die einer besonders intensiven Überwachung und Behandlung bedürfen, innerhalb des Krankenhauses in Einheiten zusammenzufassen, die über eine entsprechende technische Ausrüstung und über speziell ausgebildetes Personal verfügen. Die Organisation der Intensivmedizin, die eine enge Zusammenarbeit der Vertreter verschiedener Fachgebiete erfordert, wirkt insbesondere bei interdisziplinären Einheiten eine Reihe von Problemen auf, an deren optimaler Lösung im Geiste echter Kollegialität die Chirurgie als operatives Mutterfach und die Anästhesie als Querschnittsfach in hohem Maße interessiert sind.

In der Praxis hat sich eine einheitliche Terminologie für die Bezeichnung dieser Einheiten noch nicht überall durchgesetzt. Dies hat die Diskussion um sachgerechte Lösungen zwischen den Fachgebieten, aber auch zwischen Ärzten und Krankenhausträgern oft erheblich erschwert. Die nachstehenden Grundsätze über die Aufgabenteilung und die Zusammenarbeit gehen von folgenden Begriffsbestimmungen aus:

Aufwachraum

Überwachungsraum ohne Stationscharakter für Frischoperierte, in dem diese im Bett ihrer Station solange verbleiben, bis sie aus der Narkose erwacht und wieder im Vollbesitz ihrer Schutzreflexe sind und keine unmittelbaren Komplikationen von seiten der Atmung und des Kreislaufes mehr zu erwarten sind.

Wachstation

(Intensivüberwachungseinheit)

Bettenstation zur intensiven Überwachung und zur Behandlung Frischoperierter nach ausgedehnten Eingriffen und zur präoperativen Überwachung und Behandlung Schwerkranker.

Intensivbehandlungseinheit

Betteneinheit für Schwerkranke, deren vitale Funktionen in lebensbedrohlicher Weise gestört sind und durch besondere Maßnahmen aufrechterhalten und wiederhergestellt werden müssen.

Aufgabenteilung und Zusammenarbeit der Fachgebiete

Die beiden Fachgebiete sind sich über folgende Grundsätze einig:

1. Die Aufnahme eines Patienten in den Aufwachraum, die Wachstation oder die Intensivbehand-

lungseinheit eines Krankenhauses läßt die fachlichen Zuständigkeiten der am Krankenhaus tätigen Ärzte, insbesondere aber die des Facharztes, der den Patienten wegen des Grundleidens oder wegen fachbezogener Komplikationen behandelt, unberührt.

2. Aufwachraum, Wachstation und Intensivbehandlungseinheit bedürfen auch bei interdisziplinären Einheiten der Leitung durch einen Arzt, der die Verantwortung für die ordnungsgemäße ärztliche und pflegerische Betreuung der Patienten übernimmt. Dieser leitende Arzt hat den ihm zugeteilten nachgeordneten Ärzten und dem Hilfspersonal die erforderlichen generellen und speziellen Weisungen zu erteilen und ihre Durchführung zu überwachen: er trägt die Verantwortung für die Instandhaltung der technischen Einrichtung.

Für die ärztliche Behandlung ist der leitende Arzt nur im Rahmen seines Fachgebietes zuständig. Er hat für die rechtzeitige Zuziehung der fachlich zuständigen Ärzte zu sorgen und die reibungslose Zusammenarbeit zwischen Operateur und Anästhesist sicherzustellen.

3. Die Aufwachräume unterstehen dem Anästhesisten. Chirurgische Wachstationen sollen unter Leitung des Chirurgen stehen, interdisziplinäre operative Intensivbehandlungseinheiten unter der Leitung des Anästhesisten.

4. Beide Fachgebiete sind sich darüber einig, daß sich die Notwendigkeit für die Errichtung von Wachstationen und Intensivbehandlungseinheiten, aber auch die Abgrenzung ihrer Funktionen nach den Gegebenheiten des einzelnen Krankenhauses bestimmen muß.

Personalia

Jubiläum Dr. Schindibeck

Kollege Dr. Robert SCHINDLBECK, Herrsching, konnte am 2. März seinen 60. Geburtstag und gleichzeitig das 25jährige Bestehen seiner Privatklinik feiern. Er ist als langjähriger 1. Vorsitzender der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns weithin bekannt. Die von ihm organisierten Fortbildungsabende und vor allem die Bayerische Internistentagung erfreuen sich großer Teilnahme. In den ärztlichen Standesorganisationen ist er in mehreren Gremien tätig.

Wir wünschen ihm Erhaltung seiner Gesundheit und Schaffenskraft und hoffen auf noch viele Jahre der Zusammenarbeit.

Ehrenmitgliedschaft für Dr. Erich Braun

Herrn Dr. med. Erich BRAUN, Allgemeinarzt in München, wurde die Ehrenmitgliedschaft der Vereinigung der Praktischen Ärzte Bayerns — Landesverband Bayern im Berufsverband der Praktischen Ärzte Deutschlands — verliehen.



Bei akutem Harnwegsinfekt - dem chronischen Verlauf zuvorkommen

Die Praxis zeigt:

Patienten:	981	
Indikationen:	Zystitis, Zystopyelitis, Pyelitis, Urethritis *	
Dosierung:	Anfangs 3 x 2, später 3 x 1 Tablette Obserin	
Therapiedauer:	Durchschnittlich 1 Woche	
	Vor Behandlung	Nach Behandlung
Bakteriurie	55,7%	9,5%
Schmerzen beim Wasserlassen	87,3%	7,7%
Häufiger Harndrang	77,6%	9,0%
Obserin mußte wegen Unverträglichkeit abgesetzt werden bei		4,3%
Auf die Therapie mit Obserin sprachen an		91,4%

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

**Direkte
Breitspektrum-
Bakterizidie
Lokalanästhesie
Spasmolyse**



Obserin® löst das Problem!

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

Diese Dosen können bei Bedarf verdoppelt werden.

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

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

Weitere Informationen über Obserin geben wir Ihnen gern.

Handeisformen:

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

Zusammensetzung:

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

Bayer

Die Medizinalverfassung von 1808 für das Königreich Baiern*

von Dr. Walther Koerting

(Fortsetzung)

11. Die Sanitäts-Polizei verhütet oder beseitiget nach Möglichkeit alle Dinge, welche der Gesundheit der Gesellschaft oder auch einzelner Individuen schädlich werden können. Es liegt ihr deshalb die Vorsorge ob

gegen Schrecken und Angst verbreitende Ereignisse, z. B. etwas vermehrter Sterblichkeit,

gegen zufällige Beschädigung dräuende Dinge, gegen Mißhandlungen durch Irren, durch schädliche Thiere etc.,

bei dem Giftverkauf,

gegen den Verkauf von Kleidern und Geräthschaften an ansteckenden Krankheiten Verstorbener, z. B. bey Auktionen,

gegen das Kommerz mit verfänglichen Waaren zur Zeit von aussen herrschender Epidemien und Epizootien;

gegen plötzlich eintretende Lebensgefahren, usw.

12. Die Sanitäts-Polizei hat endlich auch dafür Sorge zu tragen, daß die Hausthiere gesund erhalten werden, und dem Ausbruche von Epizootien oder einzelnen Krankheiten derselben, zum Beispiel der Wasserscheue bey den Hunden etc. nach Möglichkeit vorgebeugt werde.

Diese zwölf Titel umfassen das Materielle der Sanitäts-Polizei, bei deren Ausführung es im Formellen auf Verbreitung gemeinnütziger Kenntnisse, Beförderung der Aufklärung in medizinisch-wissenschaftlichen Dingen, Beseitigung des Aberglaubens und der Vorurtheile, ferner auf die erforderlichen Anordnungen, Gesetze und Anstalten ankommt.

B. Die medizinische Polizei,

als die zweite Unterabtheilung des ersten Theils einer Medizinalverfassung unterliegt In ihrem Entwurfe und ihrer Ausführung ganz allein dem hiefür aufgestellten oder ermächtigten wissenschaftlichen Personale, da sie die Hülfeleistung für die durch die Sanitäts-Polizei nicht abwendbaren Übel, Zufälle und Krenkheiten besorget.

Nachfolgende Übersicht bezeichnet die medizinische Polizei in den allgemeinsten Umrissen. Ihr Zweck ist nemlich

die vollkommene Lehre oder Theile der Arzneiwissenschaft, und

die vollkommene Ausübung derselben.

Die Lehre scheidet sich wieder

In die Materie oder das Objekt,

In die Lehrer, und

In die Lehrlinge.

Das Objekt der ganzen Heilkunde sind die Erscheinungen des Lebens, Gesundheit und Krenkheit. Alles, was beiträgt, diese beiden Modifikationen des Lebens deutlich zu erkennen, die Gesundheit zu erhalten, und die Krankheit zu entfernen, muß gelehrt werden. Da die Verschiedenheit dieser beiden Zustände sowohl für sich, als auch im Vereine mit den gesellschaftlichen Verhältnissen der Menschen und den subjektiven Eigenschaften derjenigen Individuen, welche sich mit den mannigfaltigen, zur Ausübung der Heilkunde erforderlichen Zweigen der Wissenschaft befassen, den vorgesetzten Zweck eines vollkommenen Unterrichts und einer vollkommenen Ausübung, nicht durch einen Gesamt-Vortrag für eine einzige Klasse der zu Bildenden zu erreichen gestattet, so zerfällt das Objekt des Unterrichts oder der Lehre wieder In folgende Abtheilungen:

des ärztlichen,

des landärztlichen,

des pharmaceutischen,

des hebärztlichen und

des thierärztlichen.

Eine jede dieser Klassen erfordert Vollständigkeit Im Unterrichte, und die geeigneten Mittel und Institute zur praktischen Ausbildung.

Als Lehrer dieser verschiedenen Disciplinen müssen Männer gewählt werden, über deren Vorzüglichkeit in ihrem Fache, und über deren Fähigkeit der Mittheilung vor Sachkundigen kein Zweifel obwaltet.

So Gewinnbringend dem Menschengeschlechte die Individuen sind, welche das Fach der Heilkunde, welches sie ausüben sollen, vollkommen erlernt haben, so schädlich sind ihm die darin nur halb unterrichteten. Es ist aus dieser Ursache die Sache des Steates, festzusetzen, welche Eigenschaften und Vorkenntnisse zum Eintritt in die Schulen der Arzneiwissenschaft für Ärzte, in die Schulen für Landärzte, in die Schulen für Pharmaceuten, für den Hebammen-Unterricht, und für die thierärztlichen Schulen, erforderlich sind, welche

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

Fächer und in welcher Art sie gelehrt werden, welche Zeit damit zuzubringen ist, und welche Prüfungen bestanden werden müssen, damit man sich überzeuge, daß die Ausübung des Erlernenen nur fähigen Individuen gestattet werde. Eine fernere Sorge des Staates ist die Bestimmung der Anzahl der Zöglinge eines jeden Faches, um in der Besetzung aller nothwendigen Stellen keinen Mangel zu erfahren.

Für die Ausübung der medizinischen Wissenschaften, bei welcher selten eine Revision möglich ist, und die noch seltener einen Ersatz des Verabsäumten, oder eine Abänderung des einmal Geschehenen zuläßt, sind allgemeine und besondere Anordnungen durchaus nothwendig.

Die in dieser Hinsicht erforderlichen allgemeinen Anordnungen beschränken sich auf gewisse Vorschriften und Gesetze, welchen die zur Ausübung ihres Faches nach vollendeter Lehre, erstandenen Prüfungen und erhaltener Approbation, berechnigte Individuen auch noch in der Folge zu gehorchen haben sollen. Es handelt sich hier

- a) von den Verhältnissen, Pflichten und Obliegenheiten des ärztlichen Personals wechselweise unter sich,
- b) von jenen gegen das Publikum, und
- c) von denjenigen, welche es gegen die zur Handhabung der medizinischen Polizei Vorgesetzten zu beobachten hat.

Diese Vorschriften und Gesetze werden dem ärztlichen Personale jeder Klasse in bestimmten und von der Regierung sanktionirten Instruktionen kund gemacht, und zugleich einige Einrichtungen getroffen, durch welche dasselbe und auch das Publikum in manchem Betrachte sicher gestellt wird: z. B. eine allgemeine Medizinalordnung, eine Apotheker-Hebammen-Thierarztordnung, ein Dispensatorium, eine medizinische Taxordnung, eine Verordnung für Arzneifabrikanten im Grossen, für Material- und Spezerei-Handlungen, für Kräuterhändler, Wurzelgräber etc.

Besondere Anordnungen erheischt die Ausübung der medizinischen Wissenschaften als öffentliche Funktion, welche entweder fortwährend oder zeitweise ist.

Ersteres ist sie in den öffentlichen Besuchs-Anstalten für arme Kranke,

- in den öffentlichen Krankenhäusern,
- in der ärztlichen Besorgung der Krankenprüfndnerhäuser,
- in den öffentlichen Irrenanstalten,
- in den öffentlichen Gebärhäusern,
- in den Thierspitälern.

Die letztere oder zeitweise öffentliche Funktion des ärztlichen Personals tritt ein zur Zeit einer herrschenden

- Epidemie, und
- Epizootie.

Was nach den aufgestellten beiden Ansichten der medizinischen Polizei, nehmlich der vollkommenen Lehre und Ausübung aller zur Arzneiwissenschaft gehörigen Zweige, übereinstimmend mit den angegebenen Grundsätzen, gemäß dem Bedarfe des Staates, und möglichst analog mit anderen von ihm getroffenen Einrichtungen geschehen soll, davon handelt die Organisation der medizinischen Schulen an den Universitäten — der Schulen für Landärzte — für Pharmaceuten — für Hebammen — und für Thierärzte, dann die Verordnung über die Errichtung der Medizinal-Komiteen — über die Anstellung der Gerichtsärzte — über die Ernennung der Kreismedizinalräthe — die Organisation der öffentlichen Institute der Wohltätigkeit, usw. überhaupt aber das organische Edikt über das Medizinalwesen, in welchem der Zusammenhang und das Ineinandergreifen der zu einer Medizinalverfassung für das Königreich Baiern erforderlichen Gegenstände enthalten ist, und alle in demselben aufgezählten einzelnen Bearbeitungen.

II.

Der gerichtliche Theil.

Der gerichtliche Theil einer Medizinalverfassung richtet sein Augenmerk auf einen zweifachen Zweck, und giebt

A. zum Entwurfe neuer, oder zur Verbesserung alter Gesetze, insofern dieselben arzneiwissenschaftliche Gegenstände berühren, der gesetzgebenden Behörde des Staates die dazu benöthigten Materialien aus dem ganzen Umfange der Medizin:

und sorgt zugleich dafür,

B. daß in der Ausübung der gegebenen bürgerlichen und peinlichen Gesetze, wo immer die Einsicht, die Untersuchung, das Gutachten und die Beurtheilung eines oder mehrerer medizinischen Kunstverständigen als Vorbereitung zu dem richterlichen Spruche erforderlich ist, der Richter hiedurch nicht aufgehalten und nicht irre geleitet, überhaupt kein Theil auf Kosten des anderen und der Wahrheit beeinträchtigt werde. Es sollen deshalb

1. alle zur gerichtlichen Arzneiwissenschaft gehörige Fächer an den verschiedenen medizinischen Lehranstalten vollständig gegeben, und zugleich den Zöglingen Gelegenheit eröffnet werden, vor dem selbständigen Antritte einer medizinisch gerichtlichen Funktion, unter Anleitung erfahrener Kunstverständiger, sich auch hierin vorläufig zu üben;
2. nur solche Individuen zur Ausübung der gerichtlichen Arzneiwissenschaft zugelassen werden, welche hiezu besonders gebildet, geprüft und approbirt sind, und noch überdieß für ihre Funktion in Pflichten genommen wurden;
3. nebst der Genauigkeit und Vollständigkeit des Verfahrens in Untersuchungen, Obduktionen u. dgl. jedesmal logisch richtige Urtheile und Schlüsse aus dem

BEKLEMMUNG

INDIKATIONEN:

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

ZUSAMMENSETZUNG pro Dragée:

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

KONTRAINDIKATIONEN:

Akute Alkohol-, Schlafmittel-, Analgetika- und Psychopharmaka-Intoxikationen, Porphyrrie, schwere Nieren- und Myokordschäden.

HANDELSFORMEN:

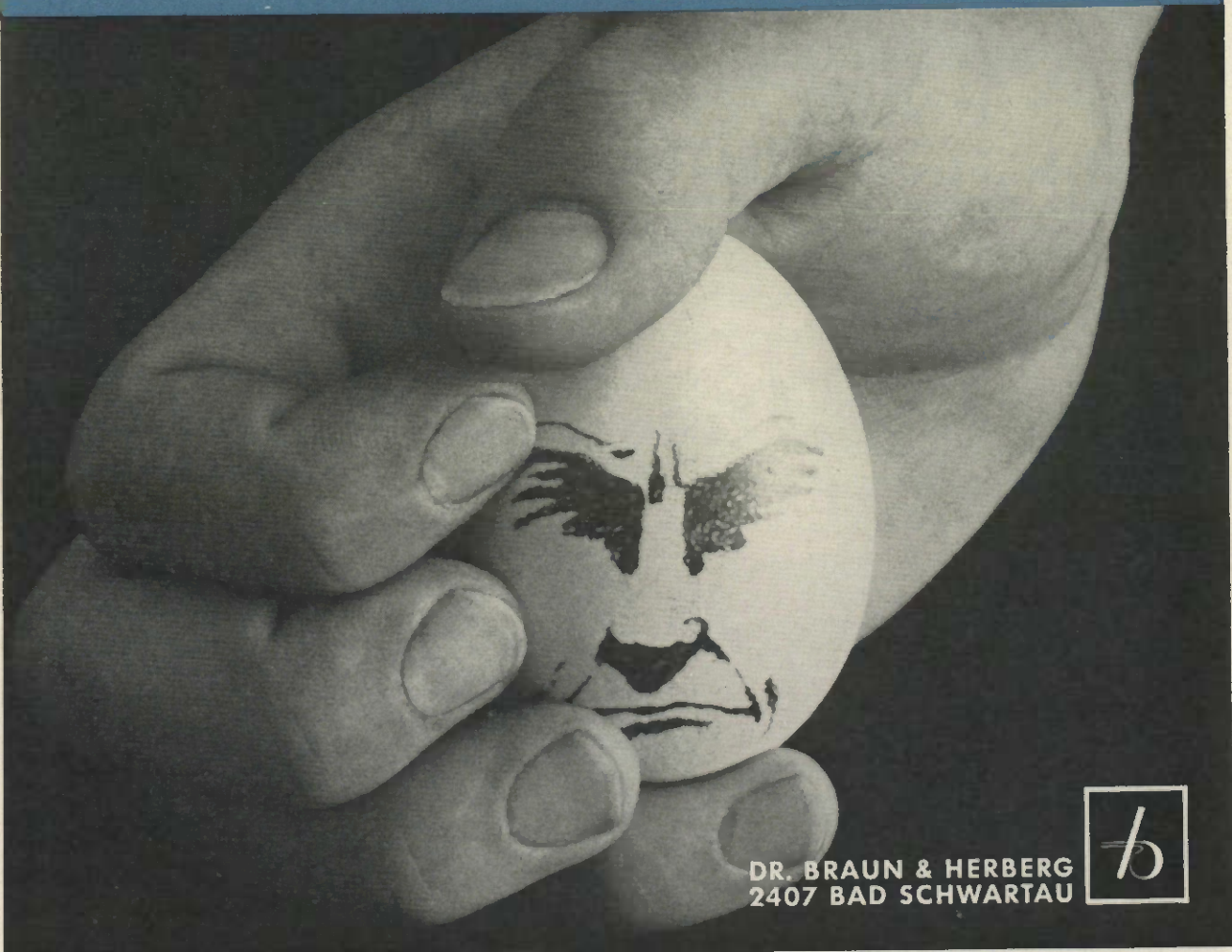
OP zu 50 Dragées.

Verschreibungspflichtig

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

NERVO-OPT®

DIE INSEL DER RUHE



DR. BRAUN & HERBERG
2407 BAD SCHWARTAU



Gefundenen gemacht, und dabei die erforderlichen formellen Normen beobachtet werden;

4. den Gerichtsstellen im Falle der Unvollständigkeit oder Undeutlichkeit eines von den Kunstverständigen abgegebenen Gutachtens, Urtheils, etc. oder bei Widersprüchen derselben, der Rekurs an hiezu besonders aufgestellte wissenschaftliche Männer vorgezeichnet werden, welche die einer Revision unterliegenden Gegenstände und Aktenstücke von allen Seiten zu erwägen, kollegialisch zu verhandeln, und ihr Superarbitrium nach der Stimmenmehrheit mit Beisetzung der Entscheidungs-Gründe abzugeben haben. Was den Unterricht in gerichtlich medizinischen Gegenständen betrifft, so macht dieser Theil einer wohlgeordneten Medizinalverfassung einen nothwendigen Zweig der verschiedenen medizinischen Bildungsanstalten, von welchen oben gehandelt wurde, aus. Für die vorläufige Übung in diesem Fache muß theils an diesen Unterrichtsanstalten gesorgt, theils hiezu auch noch nach vollendetem Unterrichte Gelegenheit verschafft werden. Letzteres wird vorzüglich durch die Einrichtung erreicht, daß den mehr beschäftigten Stadtgerichtsärzten grösserer Städte jüngere Ärzte, nach vollendeten Studien und abgelegten Prüfungen, als Assistenten beigegeben werden, die sich durch diese Art Vorbereitung in medizinisch-gerichtlichen Arbeiten zu einer künftigen Anstellung fähiger machen. Die Regierung des Königreichs Baiern hat für die sichere Ausübung der gerichtlichen Arzneiwissenschaft durch die ausschließliche Übertragung derselben an die aufgestellten und als Staatsdiener verpflichteten Gerichtsärzte, welche sich über den Besitz der dazu gehörigen Eigenschaften durch mehrere Studien- und Prüfungs-Zeugnisse ausgewiesen haben müssen, hinlänglich gesorgt. Diese Gerichtsärzte ziehen zu ihren Arbeiten, wo es nöthig, oder durch die Gesetze vorgezeichnet ist, die Landärzte, Wundärzte, Geburtshelfer und Pharmaceuten, bei.

Das nach den angegebenen Absichten ferner Erforderliche enthalten die Instruktionen für das gesammte ärztliche Personale, dann die Organisation der Medizinal-Komiteen, und einige einzelne Verordnungen, auf welche hier der Kürze wegen verwiesen werden muß

III.

Der statistische Theil.

Bey dem Entwurfe einer Medizinalverfassung scheint die Berücksichtigung des polizeilichen und gerichtlichen Theiles, durch welche die Einwohner eines Staates mit den erforderlichen Mitteln zur Erhaltung ihrer Gesundheit, zur Heilung oder Linderung ihrer Krankheiten, und die Gerichtsstellen zur Handhabung der medizinischen Rechtspflege versorgt werden, keineswegs genügend zu seyn. Derjenige Staat, welcher die, mit grossem Kostenaufwande verbundene Anstellung von Gerichtsärzten, Medizinalrathen usw., die Errichtung der verschiedenartigen Institute, die Konstituierung der benöthigten Stellen etc. nicht zu-

gleich für sich, für die Verbesserung dieses Zweiges der Staatsverwaltung, und selbst für das Fortschreiten der Wissenschaft, benutzen wollte, würde sich mancher wesentlicher und grosser Vortheile begeben.

Eine Aufzählung der vorzüglichsten dieser Vortheile wird den sogenannten statistischen Theil einer Medizinalverfassung in ein helleres Licht setzen.

1. Um die Überzeugung zu erhalten, daß alle auf die Ausübung der Sanitäts- und medizinischen Polizei, dann der gerichtlichen Arzneikunde Bezug habenden, einmal getroffenen Einrichtungen, Anordnungen und Anstalten ihren gehörigen Gang gehen, und daß das angestellte sowohl als das gesammte übrige medizinische Personale ihren Pflichten unausgesetzt obliege, hat sich die Regierung durch bestimmte ordentliche und ausserordentliche Rapporte, so wie durch eine einzuführende Kontrolle, fortwährend zu versichern.
2. Die Anzeige der Lücken, welche entweder in dem medizinischen Personale durch Tod, Alter, Unbrauchbarkeit, Abgang oder dadurch entstehen, daß dasselbe und die von ihm zu besorgenden öffentlichen Institute mit der veränderten Volksmenge und der Zahl der Hülfbedürftigen in keinem Verhältnisse stehen, muß an die mittlern und obersten Regierungsstellen schnell gebracht, und von den erstern die nothwendigen provisorischen, so wie von den letztern die definitiven Verfügungen deßhalb getroffen werden.
3. Die von den Gerichtsärzten nach der vorgeschriebenen Instruktion zu bearbeitenden Geburts-, Sterbe- und Trauungslisten, mit der Anzeige der Krankheiten, Unglücksfälle und vorzüglich tödtenden Übel, welche sowohl in den öffentlichen Anstalten als in der Privat-Praxis vorkommen, liefern das Material zu vielen, auf keinem andern Wege zu erhaltenden wichtigen statistischen Notizen, durch welche man zur Kenntniß der Zahl der Einwohner, der steigenden, abnehmenden oder stillstehenden Bevölkerung, und der Ursachen derselben, gelanget.
4. Das Entstehen, die Ursachen, der Fortgang und die Tödtlichkeit von Epidemien, Endemien, Epizootien, können nebst den dabei als vorzüglich hilfreich erprobten Mitteln, geprüft, letztere benutzt, und nach Maaßgabe ihrer Wichtigkeit in ähnlichen Fällen wieder angewendet werden.
5. Die von den Gerichtsärzten abzufassenden medizinischen Topographien, die zu diesem Behufe unausgesetzt zu machenden Witterungsbeobachtungen, die übrigen in ihrem Bezirke bei vorkommenden Fällen ihnen obliegenden naturhistorischen und physischen Bemerkungen, vermehren die Kenntniß des Landes, und bieten der Regierung häufige Gelegenheit dar, für das Klima einzelner Gegenden, für die Kultur, das Wohl und die Gesundheit des Volkes Verbesserungen anzubringen, die Naturwissenschaft und die physische Geographie zu bereichern.
6. Indem die für die Wissenschaft merkwürdigen Ereignisse, die Vortheile oder Nachtheile einzelner medi-

zinischer Einrichtungen, und dasjenige, was durch die verschiedenen Anstalten von Zeit zu Zeit geleistet wird, so wie die Bemühungen und Verdienste mancher Medizinalpersonen bekannt werden, erweitert sich die Kenntniß vieler Individuen, welche zum nehmlichen Zwecke zu arbeiten haben, facht sich unter ihnen ein edler Wetteifer an, durch welchen sowohl als durch die beständige Aufmerksamkeit der Regierung den verschiedenen Anstalten ein neues Leben und ein gesteigertes Interesse als das sicherste Verwahrungsmittel gegen ihren zeitigen Verfall, oder ihr Zurückschreiten, gegeben wird.

7. Die bestmögliche Organisation der öffentlichen Kranken-Gebär-Irren- und Pfründner-Häuser, so wie der übrigen bereits bestehenden oder neu zu schaffenden Wohlthätigkeits-Institute, giebt den Armenanstalten allenthalben einen ergänzenden Theil, ohne welchen diese immer mangelhaft bleiben würden.

8. Bey der so beträchtlichen Bevölkerung des Königreichs Baiern kann es Niemand entgehen, daß den Ärzten und überhaupt dem medizinischen Personale in der Ausübung der Wissenschaft jährlich mehrere wichtige und lehrreiche Fälle vorkommen müssen, welche der Vergessenheit entrissen, und bekannt gemacht zu werden verdienen.

Eben so wenig darf man mißkennen, daß unter einem so zahlreichen ärztlichen Personal sich vorzügliche Männer finden, welche, um ihre Kräfte in die vollste Thätigkeit zu setzen, und im eigentlichen Sinne des Wortes gemeinnützig zu werden, oft nur einer Veranlassung oder Aufforderung bedürfen, an welchen es der Staat um seiner selbst willen nicht fehlen lassen darf.

Auch kann es weder dem Volke noch der Regierung gleichgültig seyn, ob die zur Ausübung der Heilkunde ermächtigten wissenschaftlichen Individuen und vorzüglich die angestellten Ärzte ihre einmal sich zu eigen gemachten Ideen, Begriffe und Kenntnisse berichtigen, erweitern oder gar vernachlässigen.

Endlich ist es sowohl für das Publikum als auch für die Arzneiwissenschaft von einem nicht zu berechnenden Nutzen, wenn die vorzüglichsten Ärzte in einem ganzen Reiche unter sich sowohl als mit auswärtigen in eine etwas engere wissenschaftliche Verbindung treten.

Aus diesen angegebenen Ursachen ist die Errichtung einer medizinischen Gesellschaft der Ärzte im Königreiche Baiern, deren Zweck zunächst Vervollkommnung der Wissenschaft, Aufklärung dunkler, noch weniger bearbeiteter medizinischer Gegenstände, wechselseitige Mittheilung alles Wissenswerthen und in der Ausübung Brauchbaren, welches sich Einzelne durch Studium oder Erfahrung zu eigen gemacht haben, dann die Würdigung neuer Vorschläge, angetragener Verbesserungen usw. eine wichtige Angelegenheit des Staates, welcher derselben seinen besondern Schutz verleihen, und zur Beantwortung von aufzuwerfenden

Preisfragen jährlich eine gewisse Summe bestimmen dürfte. Ausführlicher wird hierüber in einem der nächsten Hefte dieser Jahrbücher gehandelt.

In dem vorgetragenen ist größtentheils alles, was zur Medizinalverfassung eines Staates von der Grösse und Beschaffenheit des Königreichs Baiern erfordert wird, nebst den übrigen, das Sanitätswesen im weitesten Sinne betreffenden Einrichtungen, der Materie nach, enthalten. Da diese Materie aber bloß wissenschaftlich ist, und keine Wissenschaft, am wenigsten die medizinische, als absolut und vollendet angenommen werden mag, indem ihr beständiges Fortschreiten in der Erfahrung und Spekulation auch wieder auf ihren Gehalt Einfluß haben muß: da die Arzneiwissenschaft überhaupt der Zukunft, durch den unaufhaltsamen Gang menschlicher Bemühungen und Nachforschungen, so viel schuldig werden wird, als sie bereits der Vergangenheit verdanket, so liegt am Tage, daß kein Entwurf eines Systems zu einer Medizinalverfassung jemals als geschlossen angesehen, und behandelt werden darf

Auf welche Weise übrigens das Materielle eines solchen Planes einer Medizinalverfassung auf das Königreich Baiern nach seinen gegenwärtigen Verhältnissen, der Form nach angewendet und übertragen worden ist, giebt das nachfolgende organische Edikt über das Medizinalwesen, welches Se. Majestät der König in einer geheimen Konferenz am 8ten September des Jahres 1808. zu sanktioniren geruhen, mit einigen andern, hierauf Bezug habenden Aktenstücken, an die Hand.

Organisches Edikt über das

Medizinalwesen im Königreich Baiern.

Wir Maximilian Joseph

von Gottes Gnaden König von Baiern.

Den Grundsätzen gemäß, welche uns bei der Unserm Reiche gegebenen Konstitution, und den übrigen bisher allgemein getroffenen Einrichtungen geleitet haben, finden Wir Uns bewogen, einem der wichtigsten Theile der Staatspolizei, dem Medizinalwesen, um so mehr unsere vorzügliche Aufmerksamkeit zu widmen, als durch eine gute Bestellung desselben die ersten Bedingnisse zum individuellen Wohl eines jeden einzelnen Staatsbürgers, im Zusammenhange mit dem allgemeinen, allein erreicht, und dauerhaft erhalten werden können; wovon Wir die Überzeugung durch alle in diesem Fache schon erlassenen Verordnungen, und selbst mit beträchtlichem Aufwande getroffenen Anstalten an den Tag gelegt haben.

Auf den Uns hierüber gemachten umständlichen Vortrag Unsers Ministeriums des Innern haben Wir beschlossen, das in dieser Hinsicht schon bestehende Brauchbare auf alle Theile Unseres Reichs in einen jeden der neu organisirten Kreise zu übertragen, das Mangelnde allenthalben zu ersetzen; das Ganze in

eine zweckmäßige Verbindung und einen der nothwendigen Ordnung günstigen Zusammenhang zu bringen, und zugleich den übrigen Verwaltungszweigen anzupassen — und verordnen, wie folgt:

I. Titel.

Von den mit der Ausübung medizinischer Wissenschaften aus allen Fächern sich befassenden Individuen.

§. 1.

Die Ausübung irgend eines Theiles der medizinischen Wissenschaften wird in Zukunft nur denjenigen erlaubt, welche diesen Theil, den sie auszuüben gedenken, den dafür bestimmten Gesetzen genügend erlernt haben, aus denselben durch die von Uns noch zu ermächtigenden Stellen geprüft, und von diesen, mittelst förmlich ausgestellter Zeugnisse als tauglich anerkannt worden sind.

§. 2.

Zur Bildung der Ärzte haben Wir die theoretischen Studien in mehreren von Uns érlassenen allerhöchsten Verordnungen bereits bestimmt, gemäß welchen nach vorschriftmäßig geendeten niedern und höhern Vorbereitungsklassen alle Lehrgegenstände der speciellen Fächer der medizinischen Wissenschaften in sechs Semestern auf einer innländischen Universität absolvirt und daselbst die akademischen Würden erlangt werden müssen. Zur praktischen Bildung ordnen Wir über dieses noch einen Zeitraum von zwei Jahren an, während welcher der angehende Arzt, unter der Leitung eines ältern, als vorzüglich fähig anerkannten, am besten in einer größeren öffentlichen Krankenanstalt, sich üben muß.

Nur wenn allen diesen Bedingungen genug gethan ist, wird die letzte Prüfung bei einem derjenigen Medizinal-Komiteen, welchen Wir dieses Geschäft für die Zukunft übertragen werden, erlaubt, und durch eine diesfallsige Approbation das Recht zur sogenannten freien Praxis erlangt. Für die Form der Prüfungen an den Universitäten und den genannten Medizinal-Komiteen werden Wir genaue Vorschriften erlassen, durch deren Anwendung sowohl Wir, als das Publikum, zu jeder Zeit überzeugt werden können, daß die Ausübung der Arzneiwissenschaft nur den fähigsten Subjekten erlaubt werde.

Wir machen deshalb die Vorstände der medizinischen Sektionen an Unsern Universitäten besonders verantwortlich, zu den medizinischen Studien nur solche Subjekte zu zulassen, welche ohne besondere Gebrechen des Körpers und der Sinne vorzügliche Anlagen des Geistes besitzen.

§. 3.

In der Überzeugung, daß nur vollkommen gebildete Ärzte bei einer eigenen Vorliebe, Geschicklichkeit und fortgesetzter technischer Übung, den Forderungen, welche man mit Recht an einen Chirurgen macht, zu entsprechen im Stande sind, verordnen Wir, daß die

Wundarzneikunst in Zukunft nur von jenen Individuen ausgeübt werde, welche die Arzneiwissenschaft erlernt haben, und befehlen Unsern Universitäten, keinen akademischen Grad mehr aus der Chirurgie zu ertheilen, wenn derselbe nicht zugleich aus der Medizin erhalten wird; auch werden Wir in der Folge für eine, den Verhältnissen der Volkszahl und den bei weitem seltener vorkommenden wichtige und schwere chirurgische Operationen erfordernden Krankheiten, angemessene Anzahl solcher Subjekte Sorge tragen. Für eine zweckmäßigere Bildung der bisher sogenannten Chirurgen, bei welchen der größte Theil Unserer Unterthanen, besonders auf dem Lande, in allen Krankheitsgattungen Hülfe sucht, haben Wir in der Verordnung vom 29. Jun. d. J. über die Errichtung der Schulen für Landärzte die nähern Bestimmungen getroffen.

§. 4.

Diejenigen Individuen, welche sich in Zukunft der Pharmacie als Apotheker widmen wollen, haben, wenn sie mit den erforderlichen natürlichen Anlagen, Sprach- dann physischen, mathematischen und naturhistorischen Kenntnissen ausgerüstet sind, und vorläufig in einer größeren Offizin in der Lehre und im Dienst gestanden haben, wenigstens zwei Jahre an einem pharmaceutischen Institute, welche Wir an den Medizinal-Sektionen Unserer Universitäten, oder auch ausser diesen zu errichten gedenken, chemische, botanische und pharmaceutische Kollegien zu hören, und sich in diesen Fächern nebst den theoretischen auch praktische Kenntnisse zu sammeln.

Zur Übernahme einer Apotheke als Eigenthum, oder in Pacht, oder endlich als sogenannter Provisor, muß sich der Apotheker durch die legalen Zeugnisse der gemachten Lehr- und Dienstjahre, und die vorgeschriebenen Studien, an den pharmaceutischen Instituten ausweisen, über dieses eine theoretische und praktische Prüfung, nach der Vorschrift, wie dieselbe bei den Medizinal-Komiteen angeordnet wird, bestanden, und darüber ein förmliches Approbationszeugniß erhalten haben.

Das Umständlichere hierüber wird in der nächstens zu erscheinenden Apotheker-Ordnung vorgezeichnet werden.

§ 5.

Als Hebärzte oder Accoucheurs leisten die Ärzte, Landärzte und Chirurgen, welche sich in einem von dem Hebammen-Unterrichte ganz abgesonderten Lehrinstitute gebildet, und über den Besitz der hiezu nöthigen Geschicklichkeit in einer eigenen Prüfung ausgewiesen haben, die erforderlichen Dienste.

Es wird künftig ausser den Hebammen keinem Individuum erlaubt, sich diesem Fache ausschließlich zu widmen.

Die Bedingnisse der Auswahl und Annahme weiblicher Individuen zur Hebammen-Lehre, die Ausmittlung des Unterhaltes hiezu, die Art des Unterrichtes, welcher

nur an größeren Gebärinstituten gegeben werden darf, die Prüfung und Approbation derselben, ihre Instruktion und zu genießenden Emolumente, werden Wir in einer eigenen Hebammen-Ordnung bestimmen.

§. 6.

Ein gleiches werden Wir für die Thierärzte und Kur-schmiede thun; wollen aber das Veterinärwesen, als Heilkunst und als Polizei-Anstalt, den Gerichtsärzten vorbehalten, welche sich im Falle des Bedarfes der vorgenannten Individuen als Gehülfen zur Ausführung ihrer Heilplane, oder Polizei-Maaßregeln zu bedienen haben.

§. 7.

Alle ärztlichen Individuen (§. 2 bis §. 6.) stehen in der Ausübung ihrer Wissenschaft oder Kunst unter den Gesetzen.

Diese Gesetze sind vorzüglich von dreifacher Art, und betreffen:

- a) das Verhältniß dieses Personals unter sich;
- b) gegen die im Wissenschaftlichen Vorgesetzten, und
- c) gegen das Publikum.

Zur Erfüllung dieser Gesetze werden Wir für jede Klasse des ärztlichen Personals bestimmte und möglichst umfassende Instruktionen entwerfen, eine allein gültige Landes-Pharmakopoe ausarbeiten, und gewisse Normen, nach welchen die Taxen für alle Verrichtungen der Ärzte, Landärzte, Chirurgen, Apotheker u. s. w. sich zu richten haben, festsetzen lassen, um dadurch, und noch durch andere Maaßregeln und Gesetze Unsere Unterthanen überhaupt vor Schaden und Betheiligung zu schützen, besonders aber den ärztlichen Staatsbürgern, welche sich offenbar mit dem mühevollsten und gefährlichsten Theil der Dienstleistungen im gesellschaftlichen Verbande befassen, ihre Würde und Subsistenz zu sichern.

(Fortsetzung folgt)

in memoriam

Hofrat Dr. Theodor Struppler

Am 2. Februar 1971 verstarb der älteste praktizierende Arzt Deutschlands, Herr Kollege Hofrat Dr. Theodor Struppler, Geheimer Sanitätsrat und Praktischer Arzt in München, im Alter von 98 Jahren. Herr Kollege Struppler, ein gebürtiger Pfälzer, studierte in Freiburg, Marburg, Heidelberg und München Medizin und erhielt 1896 in München seine Approbation. Herr Dr. Struppler war Träger hoher Auszeichnungen des Königreiches und des Freistaates Bayern sowie der Bundesrepublik Deutschland, so u. a. des Michaelsordens, des Bayerischen Verdienstordens und des Bundesverdienstkreuzes I. Klasse.

Amtliches

Neuwahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer

In Ergänzung der namentlichen Bekanntgabe der gewählten Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer in Heft 12/1970 des „Bayerischen Ärzteblattes“ haben die vier Medizinischen Fakultäten der drei Landesuniversitäten und der Technischen Hochschule München gemäß Art. 11 Abs. 2 KaG folgende Mitglieder als Delegierte zur Bayerischen Landesärztekammer auf die Dauer von vier Jahren entsandt:

Fakultät für Medizin der Technischen Universität München:

Professor Dr. Dr. Borelli Siegfried, 8000 München 23, Biedersteiner Straße 21–29

Medizinische Fakultät der Universität München:

Professor Dr. Zimmer Fritz, 8000 München-Solln, Ludwig-Werder-Weg 17

Medizinische Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg:

Professor Dr. Valentin Helmut, 8520 Erlangen, Schillerstraße 25, Institut für Arbeits- und Sozialmedizin

Medizinische Fakultät der Julius-Maximilians-Universität Würzburg:

Professor Dr. Kern Ernst, Chirurgische Universitätsklinik Würzburg, 8700 Würzburg, Luitpoldkrankenhaus

Abgabe von Pockenschutzimpfstoff

Das Bayerische Staatsministerium des Innern gibt zur Veröffentlichung „Pockenschutzimpfung“ in Heft 1/1971 des „Bayerischen Ärzteblattes“ folgendes bekannt:

Nach § 9 Impfgesetz sind die öffentlichen Impfärzte verpflichtet, auf Verlangen Schutzpockenlymphe, soweit ihr entbehrlicher Vorrat reicht, an andere Ärzte unentgeltlich abzugeben. Dazu ist am 25. April 1967 folgende Ministerialentschließung ergangen:

„Die öffentlichen Impfärzte können nach § 9 Abs. 3 des Impfgesetzes auch weiterhin Pockenschutzimpfstoff an andere Impfärzte unentgeltlich abgeben. Dabei muß aber sichergestellt sein, daß die Abgabe aus dem entbehrlichen Vorrat möglich ist und daß mit dem abgegebenen Impfstoff nur Impfungen vorgenommen werden, die nach § 1 des Impfgesetzes vorgeschrieben sind. Unter „entbehrlichem Vorrat“ ist nur die Impfstoffmenge zu verstehen, die für die öffentlichen Impfungen angefordert und von der Bayerischen Landesimpfanstalt bereitgestellt wurde. Eine Anforderung von zusätzlichem Impfstoff bei der Bayerischen Landesimpfanstalt, um ihn nach § 9 Abs. 3 Impfgesetz unentgeltlich abgeben zu können, würde dem Sinn der Bestimmung widersprechen und ist daher nicht möglich.“

Arznei Müller Bielefeld



Monapax®

Verschreibungsformen:

Monapax® Tropfen 20 und 50 ml

Monapax® Dragees 40 und 100 Stück

Monapax® Hustensaft 165 g

Monapax® Kinderzäpfchen 10 Stück

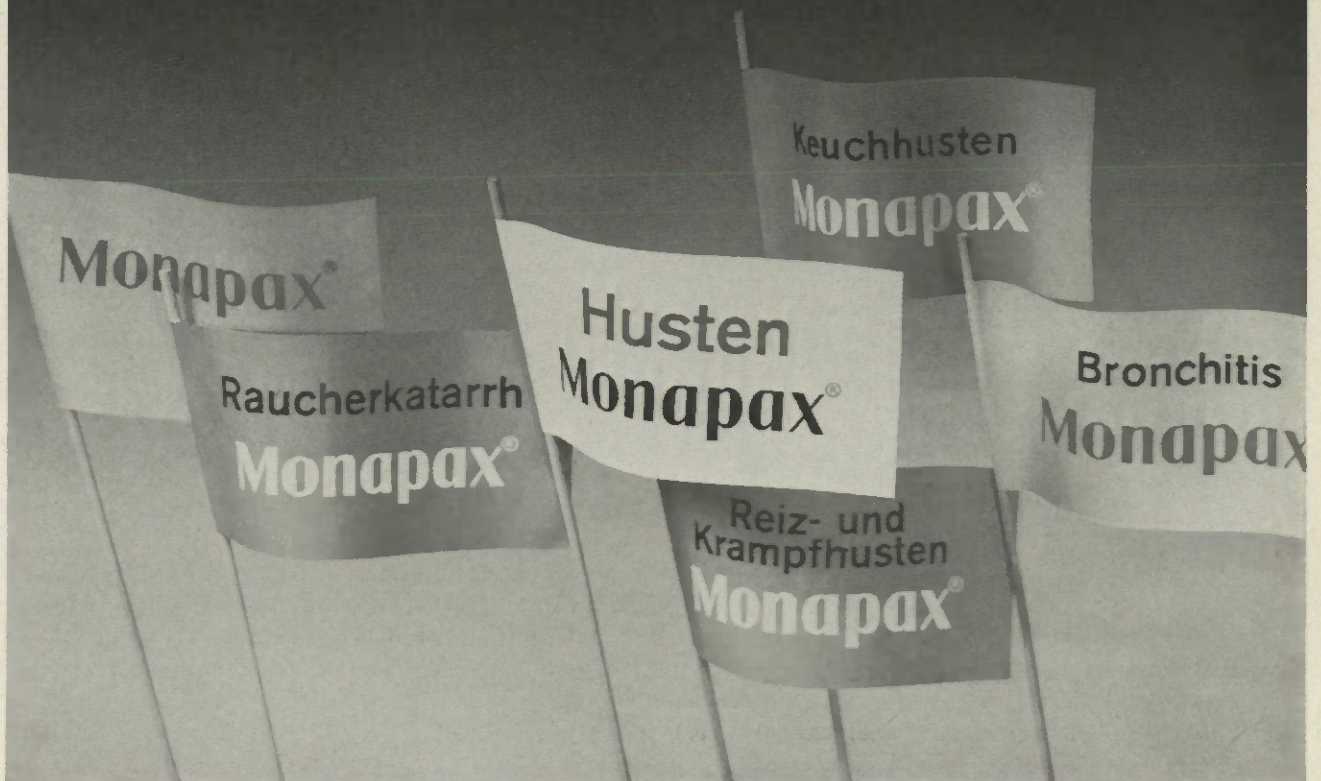
Monapax® Tropfen mit Dihydro-Codein 20 ml

Monapax® Saft mit Dihydro-Codein 100 g

Klinikpackungen

Alle Formen für Diabetiker geeignet

Der Arzt bezwingt den Husten



Regelung der Arbeitsbedingungen der Medizinalassistenten im Bereich der Bayerischen Staatsverwaltung

Nachstehend wird der am 1. Januar 1971 in Kraft getretene Tarifvertrag vom 17. Dezember 1970 zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Medizinalassistenten zum Vollzug bekanntgegeben.

Die Bekanntmachung vom 21. Juli 1969 Nr. P 2033/1 — 3/5 — 38 390 (StAnz. Nr. 30, FMBl. S. 210) und vom 6. Februar 1970 Nr. P 2033/1 — 3/25 — 6 374 (StAnz. Nr. 7, FMBl. S. 37) sind mit Ablauf des Monats Dezember 1970 gegenstandslos geworden.

Tarifvertrag zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Medizinalassistenten

Zwischen

der Bundesrepublik Deutschland,
vertreten durch den Bundesminister des Innern,
der Tarifgemeinschaft deutscher Länder,
vertreten durch den Vorsitz der Vorstandes,

und einerseits

der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und
Verkehr — Hauptvorstand —,
der Deutschen Angestellten-Gewerkschaft
— Bundesvorstand — andererseits

wird für die Medizinalassistenten für die Dauer ihrer Vorbereitungszeit als Medizinalassistenten gemäß §§ 63 ff der Bestallungsordnung für Ärzte folgendes vereinbart:

§ 1

Entgelt

Die Medizinalassistenten erhalten ein monatliches Entgelt in Höhe des Unterhaltszuschusses für die Anwärter der Laufbahngruppen des höheren Dienstes nach der für den Träger der Anstalt jeweils maßgebenden Unterhaltszuschußverordnung.

Kinderzuschlag wird nach den für die Angestellten des Trägers der Anstalt jeweils maßgebenden Bestimmungen gewährt.

Das Entgelt ist am Fünfzehnten eines jeden Monats für den laufenden Monat zu zahlen.

§ 2

Arbeitszeit

Die Arbeitszeit richtet sich nach den bei der Anstalt für die Assistenzärzte maßgebenden Bestimmungen.

§ 3

Fortzahlung des Entgelts bei Erkrankung

Die Medizinalassistenten erhalten das Entgelt

a) bei einer durch Krankheit verursachten Arbeitsunfähigkeit oder während einer von einem Sozialver-

sicherungsträger oder einer Versorgungsbehörde verordneten Kur oder eines Heilverfahrens bis zur Dauer von sechs Wochen,

b) bei einer Arbeitsunfähigkeit infolge eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit im Sinne der RVO bis zu einer Dauer von zwölf Wochen,

jedoch nicht über die Dauer des Ausbildungsverhältnisses hinaus, weiter.

§ 4

Erholungsurlaub

Medizinalassistenten erhalten einen Erholungsurlaub unter Fortzahlung des Entgelts in jedem Medizinalassistentenjahr in sinngemäßer Anwendung der Vorschriften des Bundes-Angestelltentarifvertrages (BAT) über die Gewährung von Erholungsurlaub. An die Stelle des Urlaubsjahres tritt das Medizinalassistentenjahr. Beginnt das Medizinalassistentenjahr frühestens am 1. Januar 1971, beträgt der Erholungsurlaub 17 Arbeitstage, beginnt das Medizinalassistentenjahr frühestens am 1. Januar 1972, beträgt der Erholungsurlaub 18 Arbeitstage.

§ 5

Sonstige Arbeitsbedingungen

Für die Gewährung von Gefahrenzulagen, Fortzahlung des Entgelts in anderen als in §§ 3 und 4 genannten Fällen und Gewährung von Unterkunft und Verpflegung sind die für die Angestellten bei der Anstalt jeweils maßgebenden Bestimmungen anzuwenden.

Wird der Medizinalassistent zum Bereitschaftsdienst herangezogen, gilt die Sonderregelung 2 c Nr. 8 zum BAT mit der Maßgabe, daß dem Medizinalassistenten 50 v. H. der Vergütungsgruppe II a BAT zu gewähren sind.

§ 6

Ausschlußfrist

Ansprüche aus einem Medizinalassistentenverhältnis, das diesem Tarifvertrag unterliegt, sind innerhalb einer Ausschlußfrist von sechs Monaten nach Entstehen des Anspruchs schriftlich geltend zu machen.

§ 7

Inkrafttreten, Laufzeit

Dieser Tarifvertrag tritt am 1. Januar 1971 in Kraft. Er ist mit einer Frist von einem Monat zum Vierteljahres-schluß, § 1 Satz 1 frühestens zum 31. Dezember 1971, kündbar.

Bay. StAnz. 1971/Nr. 2 vom 15. 1. 1971

**Mechanokardiographiekurs
(gleichzeitig Phonokardiographie-
kurs II. Teil)**

am 7./8. Mai 1971

Chefarzt: Professor Dr. D. Michel

Anfragen und Anmeldungen nur Bayerische
Landesärztekammer, 8000 München 23, Königin-
straße 85, Telefon (08 11) 33 20 21/Apparat 34

Entschließung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern
vom 29. Dezember 1970 (Nr. I C 1 - 2308/3 - 35)

**Gebühren für die von der Polizei
veranlaßten ärztlichen Leistungen bei
Blutentnahmen zur Feststellung
von Alkohol im Blut ***

Die Entschließung vom 2. Dezember 1965 (MABI. S. 606)
wird wie folgt geändert:

1. Abschn. I Nr. 1 a wird ergänzt:
„Beratung bei Tage A I 1, 2 4,50 (DM).“
2. In Abschn. II Nr. 5 Abs. 2 wird Satz 1
(„Eine Beratungsgebühr kann nur für ärztliche Lei-
stungen außerhalb der normalen Arbeitszeit gezahlt
werden.“)
gestrichen.
3. Abschn. II Nr. 5 Abs. 2 wird ergänzt:
„Bei der Gebührenfestsetzung für Belegärzte ist
davon auszugehen, daß das Krankenhaus nicht als
Behandlungsraum gilt. Bei Blutentnahmen von
Leichen ist das Leichenhaus in einem Krankenhaus
auch für Krankenhausärzte nicht als ‚Arbeitsstätte‘
anzusehen.“

Diese Entschließung tritt am 1. Januar 1971 in Kraft.

*) Der vollständige Wortlaut ist in Heft 1/1966 des „Bayerischen Ärzte-
blattes“, Seite 58 ff. veröffentlicht worden.

**Verordnung zur Durchführung
des Gesetzes über die Gutachterstelle für
die freiwillige Kastration und andere
Behandlungsmethoden**

vom 18. Januar 1971

Aufgrund Art. 7 des Gesetzes über die Gutachterstelle
für die freiwillige Kastration und andere Behand-
lungsmethoden vom 24. September 1970 (GVBl. S. 416) er-
läßt das Staatsministerium des Innern im Einverneh-
men mit dem Staatsministerium der Justiz folgende
Verordnung:

§ 1

Sitz der Gutachterstelle

Die Gutachterstelle nach Art. 1 des Gesetzes über die
Gutachterstelle für die freiwillige Kastration und an-
dere Behandlungsmethoden vom 24. September 1970
(GVBl. S. 416) hat ihren Sitz in München.

§ 2

Zahl der Bestellung der Mitglieder

- (1) Die Gutachterstelle besteht aus drei ärztlichen Mit-
gliedern.
- (2) Die Regierung von Oberbayern bestellt nach An-
hörung der Bayerischen Landesärztekammer die Mit-
glieder und stellvertretenden Mitglieder der Gutachter-
stelle; sie ernennt ein Mitglied zum Vorsitzenden und
mindestens ein Mitglied zum stellvertretenden Vorsit-
zenden der Gutachterstelle.
- (3) Ein Mitglied ist abzurufen, wenn
 1. die Voraussetzungen für die Bestellung nicht vor-
gelegen haben oder nachträglich weggefallen sind
oder
 2. es sich als ungeeignet erweist, die Aufgaben in der
Gutachterstelle wahrzunehmen.

§ 3

Ermittlungen

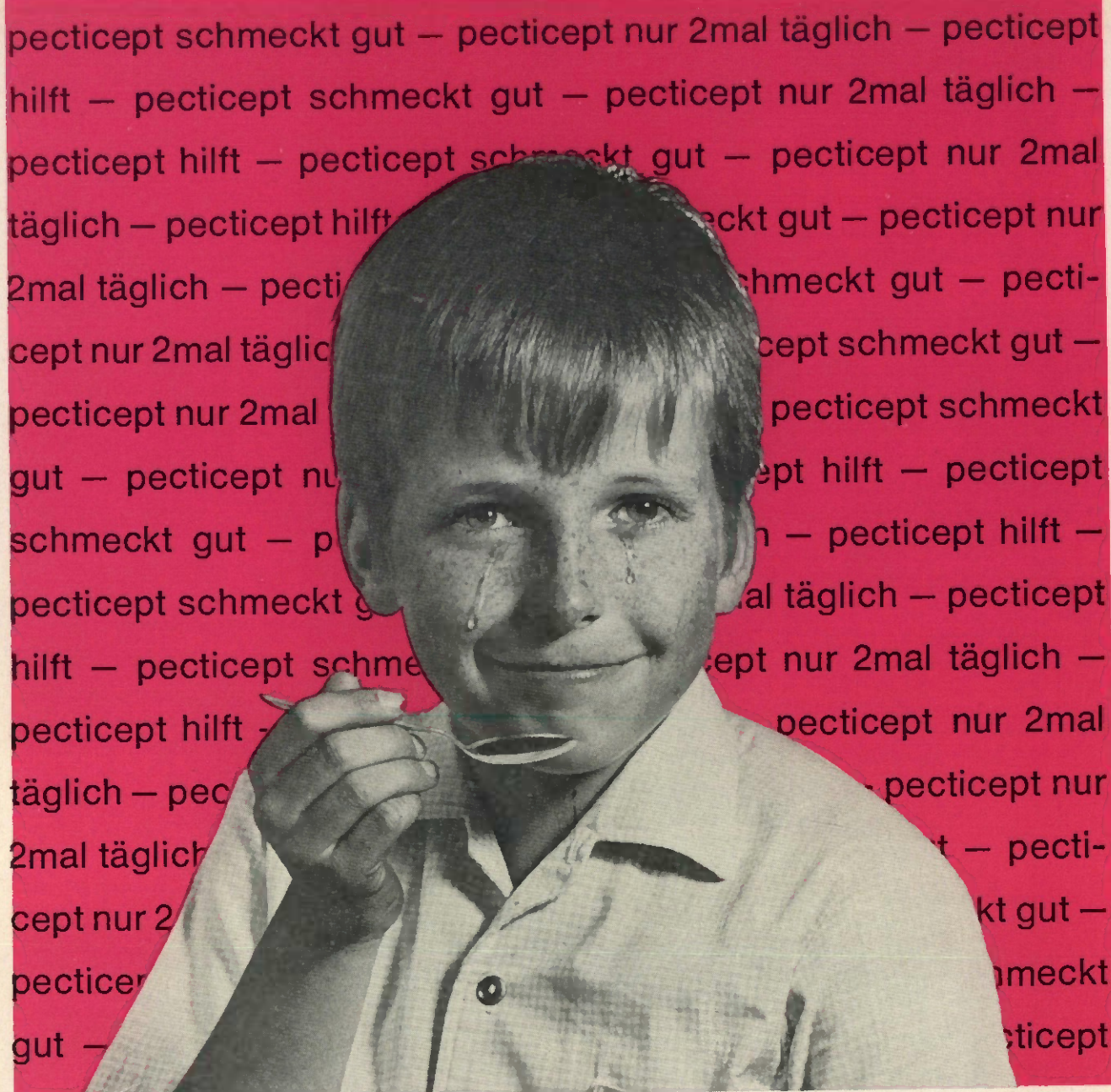
- (1) Der Vorsitzende bestimmt ein Mitglied, das den
Betroffenen untersucht und nach § 3 Abs. 1, 3 oder 4

Adumbran®

Thomae

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

1



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

pecticept

der angenehm schmeckende
Langzeit-Hustensaft für den
banalen Husten.

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

Das richtige Rezept, wenn Kinder
Husten haben:

pecticept

Kinder (6–12 Jahre) je ein Tee-
löffel morgens und abends,
Kleinkinder (2–5 Jahre) je 1/2 Tee-
löffel morgens und abends.

Handelsform Flasche mit 90 ml

sanol

**arznei-
mittel**

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

des Gesetzes über die freiwillige Kastration und andere Behandlungsmethoden (Kastrationsgesetz) vom 15. August 1969 (BGBl. I S. 1143) aufklärt. Ist es für die Entscheidung der Gutachterstelle notwendig, so kann er die Untersuchung durch ein weiteres Mitglied anordnen. Über die Aufklärung des Betroffenen ist eine Niederschrift aufzunehmen.

(2) Der Vorsitzende veranlaßt alle für die Entscheidung der Gutachterstelle notwendigen Ermittlungen. Er kann insbesondere die über den Betroffenen in Gerichts- und Verwaltungsverfahren angefallenen Akten heranziehen und Sachverständige zuziehen.

(3) Ergeben die Ermittlungen, daß eine der Voraussetzungen nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 oder 3 des Kastrationsgesetzes nicht vorliegt, so ist das Verfahren einzustellen.

§ 4 Einwilligung

(1) Im Anschluß an die vorgeschriebene Untersuchung und Aufklärung führt die Gutachterstelle eine Erklärung des Betroffenen und der anderen Personen (§ 3 Abs. 3 Nr. 2, Abs. 3 und § 4 Kastrationsgesetz) über die Einwilligung herbei. Die Einwilligung ist schriftlich oder zur Niederschrift der Gutachterstelle zu erklären.

(2) Absatz 1 gilt auch für die Erklärung des Einverständnisses (§ 3 Abs. 3 Nr. 1 Kastrationsgesetz).

§ 5 Aktenführung

Zu jedem bei der Gutachterstelle eingehenden Antrag werden Akten angelegt. In ihnen werden die getroffenen Maßnahmen und ihre Ergebnisse festgehalten.

§ 6 Entscheidung der Gutachterstelle

(1) Sind die Ermittlungen abgeschlossen und liegen Voraussetzungen nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 und 3 des Kastrationsgesetzes vor, so bestimmt die Regierung den Termin für eine Sitzung und veranlaßt die Ladung der übrigen Mitglieder.

(2) Der Vorsitzende leitet die Sitzung. Die Gutachterstelle ist beschlußfähig, wenn alle Mitglieder anwesend oder vertreten sind. Hat ein stellvertretendes Mitglied den Betroffenen untersucht und nach § 3 Abs. 1, 3 oder 4 Kastrationsgesetz aufgeklärt, so wirkt es bei der Entscheidung an Stelle des Vertretenen mit.

(3) Hält der Vorsitzende die mündliche Beratung für entbehrlich, weil die Voraussetzungen der §§ 2 und 3 des Kastrationsgesetzes offensichtlich nicht vorliegen, so kann, wenn die übrigen Mitglieder damit einverstanden sind, im Weg der schriftlichen Umfrage Beschluß gefaßt werden.

§ 7 Form, Inhalt und Zustellung der Entscheidung

(1) Die Bestätigung oder Ablehnung ergeht schriftlich.

Seminar über Präventiv-Kardiologie (Sportärzte)

vom 21. bis 27. Juni 1971

an der Klinik Höhenried (Starnberger See)

Chefarzt: Professor Dr. med. M. J. Halhuber

Anfragen und Anmeldungen nur Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königstraße 85, Telefon (08 11) 33 20 21/Apparat 34

Sie ist zu begründen, vom Vorsitzenden und den übrigen Mitgliedern der Gutachterstelle zu unterzeichnen, dem Antragsteller zuzustellen und den übrigen Antragsberechtigten mitzuteilen.

(2) Die Bestätigung hat auch zu enthalten

1. den Zeitpunkt, an dem sie unwirksam wird;
2. bei Betroffenen, die auf richterliche Anordnung in einer Anstalt untergebracht sind, den Hinweis, daß sie durch die Kastration oder andere Behandlung keinen Anspruch auf vorzeitige Entlassung haben;
3. soweit erforderlich, den Hinweis, daß eine ärztliche Nachuntersuchung innerhalb einer zu bestimmenden Frist nach der Kastration ratsam ist.

§ 8 Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. November 1970 in Kraft.

Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 3/1971

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 29. Januar 1971 (Nr. P 4 — 5301 M 36/70)

Stellenausschreibung für einen Krankenhausverwalter

Für das neu einzurichtende Herzzentrum des Freistaates Bayern in München wird ab sofort ein Krankenhausverwalter gesucht.

Gewünscht ist ein Bewerber, der langjährige Erfahrung im Krankenhauswesen besitzt und in der Lage ist, die vielfältigen organisatorischen, personellen und wirtschaftlichen Probleme, die der Aufbau und der Betrieb einer großen Spezialklinik mit sich bringt, rasch und umsichtig zu lösen. Die zu besetzende Stelle ist voraussichtlich bis A 13 dotiert. Trennungsgeld und Umzugskosten werden gewährt. Eine Staatsbedienstetenwohnung wird nach Möglichkeit vermittelt.

Schriftliche Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden an das Bayerische Staatsministerium des Innern, Abteilung III, 8000 München 22, Odeonsplatz 3, erbeten.

Standeswidrige Werbung

Das Thema der standeswidrigen Werbung eines Arztes für seine Praxis bzw. sein Krankenhaus beschäftigt die Berufsgerichte immer wieder. Die am 1. Januar 1971 in Kraft getretene Neufassung der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns hat an dem alten Grundsatz festgehalten, daß dem Arzt jegliche Werbung und Anpreisung untersagt ist (§ 19). Für Sanatorien, Kliniken usw. ist nur insofern eine Klarstellung erfolgt, als diese neben dem „Hauptindikationsgebiet“ auch den ärztlichen Inhaber oder den leitenden Arzt mit seinem Namen und seiner Arztbezeichnung angeben dürfen. Weitere Hinweise sind nach wie vor als unzulässige Werbung anzusehen.

Dies bestätigt neuerdings das **Berufsgericht für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München** in einem Urteil vom 20. Januar 1971 (BGÄ 2/70). Hier wurde ein Arzt einer Berufspflichtverletzung für schuldig befunden, weil er durch Inserate in Tageszeitungen auf sich aufmerksam gemacht hatte, wobei er die Zusätze angab „Privatsanatorium für Frischzellenbehandlung — original nach Professor Niehans — durch Frischschlachtung von Bergschafen“; diese Bezeichnungen führte er teils alle zusammen, teils einzeln auf. Dieselben Hinweise auf seine Sanatorien waren auf einem Reklameschild fern vom Ort der Sanatorien enthalten; das Anbringen dieses Schildes durch eine Werbefirma hatte der Arzt einige Zeit geduldet.

Aus den Gründen:

...

III.

Der Beschuldigte hat durch sein Verhalten gegen seine Berufspflichten verstoßen. Nach § 18 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns in der bis zum 31. 12. 1970 geltenden Fassung war dem Arzt jegliche Werbung und Anpreisung untersagt. Ihm war es u. a. verboten, anpreisende Veröffentlichungen zu veranlassen oder zuzulassen, Heilmittel oder Heilverfahren durch Veröffentlichung in Wort und Ton, Schrift und Bild in einer Weise zu behandeln, die geeignet ist, für die eigene Praxis zu werben. Ferner war ihm auch jede mittelbare Leienwerbung verboten, die darin liegt, daß er es veranlaßt, daß Sanatorien unter seinem Namen für ihre Heilmittel, Heilmethoden oder Heilerfolge, auf welche Art auch immer, werben. Wurde sein Name ohne sein Zutun zu Werbezwecken verwendet, so hatte er auf das betreffende Unternehmen einzuwirken, damit die Werbung in der durch die Berufsordnung für unzulässig erklärten Weise unterblieb.

Diese Fassung wurde zwar durch eine am 4. 10. 1970 beschlossene, am 12. 10. 1970 genehmigte und am

1. 1. 1971 in Kraft getretene Neufassung ersetzt („Bayerisches Ärzteblatt“ Sondernummer November 1970). Auch nach der Neufassung (§ 19) ist aber dem Arzt jegliche Werbung und Anpreisung untersagt. Das Verbot der Werbung wurde gegenüber der früheren Fassung lediglich insoweit gemildert, als nunmehr als mittelbare Werbung solche Anzeigen und Ankündigungen nicht anzusehen sind, in denen ein Sanatorium, Institut oder eine Klinik neben dem Hauptindikationsgebiet lediglich zutreffendenfalls den ärztlichen Inhaber oder leitenden Arzt mit seinem Namen und seiner Arztbezeichnung engibt.

Das Verhalten des Beschuldigten verstößt auch gegen die Neufassung der Berufsordnung (§ 2 Abs. 2 StGB). Als Hauptindikationsgebiete sind nur die in der Anlage zur Berufsordnung aufgeführten Fachgebiete (z. B. Innere Medizin, Chirurgie, Frauenheilkunde) anzusehen; ein Fachgebiet „Frischzellenbehandlung“ gibt es nicht. Ebenfalls widersprechen die weiteren Zusätze „nach Professor Niehans“, „original“ und „durch Frischschlachtung von Bergschafen“ der Berufsordnung.

Auch das erwähnte Schild enthielt die unerlaubten Zusätze „für Frischzellenbehandlung“ und „nach Professor Niehans“. Auch ohne diese Zusätze wäre die Anbringung derartiger Schilder durch den Inhaber eines Sanatoriums nicht als zulässige Anzeige oder Ankündigung nach § 19 der Berufsordnung n. F. anzusehen. Zwar enthält die Berufsordnung keine besonderen Vorschriften über Schilder von Privatkliniken oder Sanatorien. Aus der hervorgehobenen Stellung des Arztes in der Gesellschaft, die ihm eine gewisse Zurückhaltung auferlegt, aus § 1 Abs. 3 (früher § 2 Abs. 1) der Berufsordnung und einem Vergleich mit den Vorschriften über die Praxisschilder geht jedoch hervor, daß die vom Beschuldigten vorübergehend gebilligte Werbung mit einem Schild für ein an einem anderen Ort befindliches Sanatorium standeswidrig ist.

IV.

Der Beschuldigte handelte schuldhaft. Allerdings trifft ihn dieser Vorwurf nicht, soweit er die Werbung für seine Sanatorien lediglich mit dem Zusatz „für Frischzellenbehandlung“ versah. Zwar ist sein Hinweis, daß auch für die Heilschlafbehandlung geworben werde, unbeachtlich, denn auch diese Werbung ist unzulässig. Wenn der Beschuldigte ferner auf die Werbung für Kneipp-Sanatorien hinweist, so ist es zwar richtig, daß auch die Kneippbehandlung kein Hauptindikationsgebiet im Sinne der Berufsordnung darstellt. Ob für Kneipp-Sanatorien geworben werden darf, hat das Berufsgericht im vorliegenden Fall nicht zu entschei-

den. Immerhin ist zu bedenken, daß zwischen der Kneipp-Therapie und der Frischzellen-Therapie insoweit ein bedeutender Unterschied besteht, als diese ärztlich noch nicht allgemein anerkannt ist, während die Kneippbehandlung schon vor Jahrzehnten allgemeine Anerkennung gefunden hat.

Hinsichtlich des Zusatzes „für Frischzellenbehandlung“ allein kann dem Beschuldigten jedoch deshalb kein Vorwurf gemacht werden, weil er offensichtlich durch den Vorsitzenden seines zuständigen Ärztlichen Kreisverbandes in seinem Verhalten bestärkt wurde...

Dagegen handelte der Beschuldigte durch seine Werbung bei diesen weiteren Zusätzen schuldhaft. Diese Zusätze gingen über die bloße Angabe der Behandlungsmethode hinaus und waren geeignet, in einer eines Arztes unwürdigen Weise für den Beschuldigten zu werben. Dem Beschuldigten wurde daher von dem Vorsitzenden des Kreisverbandes ... geraten, diese Zusätze wegzulassen. Auch ohne dessen Stellungnahme erkannte der Beschuldigte den werbenden Charakter dieser Zusätze. Aus seiner Einlassung ergibt sich, daß diese Werbung seine Behandlungsmethode über die von anderen Ärzten durchgeführte Behandlungsart herausstellen sollte. Es ist zwar verständlich, daß der Beschuldigte verstimmt war, wenn andere Ärzte für die Frischzellenbehandlung warben, obwohl sie Trocken- oder Eiszellen verwandten, wie der Beschuldigte angibt. Er durfte sich aber dadurch nicht verleiten lassen, auf Professor Niehans zu verweisen, seine Methode als original zu bezeichnen und gar in marktschreierischer Weise auf die Frischschlachtung von Bergschafen hinzuweisen.

Wenn er sich gegen die angeblich von anderen Ärzten mit unrichtigen Angaben betriebene Werbung und somit gegen unlauteren Wettbewerb zur Wehr setzen wollte, konnte er seine Berufsvertretung veranlassen, Maßnahmen gegen diese Ärzte zu ergreifen, oder seinerseits gegen diese Ärzte zivil- oder strafrechtlich vorgehen. Er durfte aber nicht eine unzulässige Werbung durch zusätzliche Angaben werbenden Inhalts gegenüber der Öffentlichkeit überbieten.

Der Beschuldigte handelte auch insoweit schuldhaft, als er das angebrachte Schild nach Kenntnisnahme

3. Diagnostik-Woche

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer
vom 5. bis 9. Mai 1971 in München
— Programm Seite 291 —

nicht umgehend entfernte, sondern es vorübergehend beließ.

V.

Gegen den Beschuldigten ist daher eine Maßnahme nach Art. 38 KaG festzusetzen. Sein Verhalten erscheint aufgrund der Aussagen der beiden Zeugen in einem milderen Licht. Der Beschuldigte hat ferner die am meisten beanstandeten Zusätze wieder weggelassen. Es genügt daher, gegen ihn eine Warnung auszusprechen. Diese Maßnahme soll nicht nur sein bisheriges Verhalten sühnen, sondern ihm vor allem auch für die Zukunft verdeutlichen, daß er sich peinlich genau an die Berufsordnung halten muß und deshalb auch den Zusatz „für Frischzellenbehandlung“ nicht mehr verwenden darf, solange die Berufsordnung die Verwendung dieses Zusatzes nicht ausdrücklich erlaubt. Wie das Berufsgeschichtsbüro bereits ... ausgeführt hat, steht es dem Beschuldigten frei, in Fachzeitschriften auf seine Behandlungsmethode hinzuweisen, so daß die behandelnden Ärzte in der Lage sind, ihren Patienten die in Frage kommenden Sanatorien zu benennen, darunter die Sanatorien des Beschuldigten. Er darf jedoch nicht in der Öffentlichkeit durch diese Zusätze für sich Reklame machen. Er muß sich bewußt sein, daß er bei erneuter unzulässiger Werbung mit einer härteren Ahndung zu rechnen hat.

...

Franz M. Poellinger

Adumbran[®]

Thomae

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

2

Äskulap und Pegasus

Unser Confrère Dr. med. Erwin STETTER, Allgemein- arzt in 8450 Amberg, Prechtlestraße 9, gehört zu den Stillen im Lande — „Denn Weisheit, sie verträgt kein laut Geschrei! Der Weise immer gelassen sei“ — sagt er selbst in seinem Werk „Ein Menschenleben“. Er wurde am 13. 7. 1915 in Kronach/Ofr. geboren, be- suchte die Schulen in Öttingen/Ries und Hof/Saale und wurde nach bestandem Abitur ins Maximi- lianeum aufgenommen, wurde dann aber Offizier, fünfmal verwundet und oberschenkelamputiert. Nach dem Kriege studierte er Medizin in Bonn und Erlangen. Daneben galt sein Hauptinteresse der Philosophie und Psychologie; in diesen Fächern besuchte er laufend Vorlesungen, wenn er darin auch keinen Abschluß machte. So besitzt er auf diesen mit der Medizin eng verwandten Gebieten eine ganze Reihe skizzenhaft hingeworfener Gedanken und erschauter Bilder, die auf eine spätere Ausarbeitung warten, wozu ihm als viel beschäftigten Allgemeinarzt, seit 1954 in Amberg, allerdings vorerst die dazu nötige Muße fehlt. Unser Kollege Stetter ist zudem standespolitisch tätig, seit langen Jahren ist er Delegierter zur Bayerischen Lan- desärztekammer und Mitglied des engeren Vorstan- des, so daß er auch hier viel Zeit im Interesse unserer Ärzteschaft opfert, die ihm sonst für seine schriftstel- leri sche Tätigkeit zur Verfügung stehen würde. Über seine bisherigen Arbeiten meint er bescheiden: „Zu meinem Lebenslauf zugeschnitten auf schriftstelle- rische Tätigkeit ist nicht viel zu sagen, da ich mit Aus- nahme eines kleinen Gedichtes in ‚Äskulap dichtet‘ und einige Gedanken zur Wissenschaft auf den Uni- versitäten (‚Bayerisches Ärzteblatt‘, 1/1969, S. 33, ‚Ver- mittelt die Universität wissenschaftliches Denken?) nichts veröffentlicht habe. Ich habe eine Anzahl von Gedichten geschrieben, die nur meiner Frau und mei- ner Familie oder einem engeren Bekanntenkreis vor- gelesen wurden; außerdem entstanden eine ganze Anzahl von Gedichten zu irgendwelchen besonderen Anlässen, z. B. Ehrung von Kollegen usw.“ Ein län- ger es Stück „Ein Menschenleben“ (Eine Bilderfolge ohne Handlung, die zum Nachdenken und zum klaren Bewußtwerden des eigenen Standpunktes in der Auseinandersetzung mit den dargestellten Gedanken anregen möchte — Ort und Zeit der Handlung: immer hier und jetzt) ist seit 1961 fertig und ist für eine even- tuelle Fernsehaufführung gedacht. Viele Bilder, wie das letzte, der Dialog des sterbenden Arztes mit dem bösen und dem guten Prinzip sind packend und m. E. bühnenwirksam. Im Interesse der allgemeinen Mei- nungsbildung ist es bedauerlich, daß bei der augen- blicklichen Tendenz nur avantgardistische Stücke Aus- sicht haben, bei Fernsehen und Rundfunk angenom- men zu werden.

Im Nachfolgenden bringen wir das besinnliche Oster- gedicht, die in gebundene Form gebrachten Gedanken

beim Besuche des Kurortes Engelmar im Bayerischen Wald und zum Schlusse ein kleines philosophisches Essay: „Was will der einzelne Philosophierende wirk- lich?“, eine Frage, die wir uns wohl alle einmal ge- stellt haben.

Dr. med. Robert P a s c h k e, 8535 Emskirchen

Aus dem schriftstellerischen Schaffen Stetters

Ostern

Er wollte die Welt ändern,
Statt Heiß Liebe säen —
Wohl kennend den Menschen,
Wie immer er war
Und wie immer er sein wird.
Aber er wollte die Welt ändern,
Ein Licht anzünden
Leuchtend
In und für
Die Welt.
Sie haben ihn ans Kreuz geschlagen.
Sie haben ihn ans Kreuz geschlagen
Und verhöhnt —
Und verhöhnen ihn weiter.
In seinem Namen wurde getötet —
Und was alles
Wurde angeblich
Für ihn getan
Und welche schlimmen Taten
Wurden in seinem Namen begangen!
Und doch könnte er
Ein leuchtender Spiegel sein.
Eine bessere Welt reflektierend.
Vergeßt ihn nicht ganz,
Wenn Ihr das tut,
Was Euch wichtig
Und noch weit wichtiger
Und am wichtigsten
Und am allerwichtigsten
Zu sein scheint.
Ein kleiner Gedanke
An seine Lehre
Könnte niemand schaden
Und könnte
Vielleicht
Vielleicht
Vielleicht
Die Welt
Ein bißchen
Ein kleines bißchen
Ein ganz kleines bißchen
Lichter machen.
Ostern bricht
Mit dem Frühling auf
Zu neuer
Heiß gewollter
Und immer wieder
Erwarteter,
Oft enttäuschter,
Aber nie ganz vergessener
Hoffnung
Auf eine neue
Bessere Welt.

Kopfschmerzfrei in Minuten für Stunden

durch

ergo **sanol**® **spezial**

KURZ (Schweizerische Rundschau für Medizin-Praxis, 4433:757, 1955) therapierte 70 Patienten mit ergo-sanol.

Ergebnis: (Die Wirkung tritt im allgemeinen nach 10–20 Minuten ein und hält 4–6 Stunden an.)

Bei ergo-sanol spezial noch schnellere Löslichkeit durch Kapselform, verstärkte Wirkung durch vierfachen Gehalt an Ergotamintartrat.

Wirkungsweise: Unmittelbarer Einfluss auf Kaliberschwankungen der A. temporalis, unterbindet den Brechreiz, distanziert vom Schmerzgeschehen. Schneller Wirkungseintritt durch besondere galenische Kapselform.

Vorteile: Kapseln und Suppositorien. Gute Verträglichkeit.

Zusammensetzung:

	pro Kapsel	pro Suppositorium
Ergotamintartrat	1 mg	1,5 mg
Aneurinnitrat	5 mg	5 mg
Phenyltoloxamindihydrogencitrat	25 mg	50 mg
Coffein	100 mg	100 mg
Dimethylaminophenyldimethylpyrazolon	250 mg	250 mg

Indikationen: Anfallsbehandlung der Migräne, Föhnbeschwerden, Wetterfühligkeit, postkommotionelle und posttraumatische Kopfschmerzen.

Kontraindikationen: Obliterierende Gefässerkrankungen; schwere Koronarsklerose mit Hypertonie; Gravidität und Thyreotoxikose.

Dosierung: Im Anfall 1–2 Kapseln / Suppositorien. Maximal 6 Kapseln / Suppositorien pro die.

Hinweis: Bei Dauerbehandlung sollte eine Tagesdosis von 2 Kapseln / Suppositorien nicht überschritten werden.

Verschreibungsformen:

ergo-sanol spezial, Packung zu 12 Kapseln

ergo-sanol spezial, Packung zu 5 Suppositorien

sanol

arznei-
mittel

SANOL ARZNEIMITTEL DR. SCHWARZ GMBH

Engelmar

Über dem Wolken- und Nebelmeer
Durften wir sein,
Der Sonne näher,
Von ihren wärmenden Strahlen umschmeichelt –
Wie auf einer Insel der Glücklichen,
Ferne den Niederungen der Welt
Mit ihren Kümernissen und Sorgen,
Ihren lastenden Aufgaben
Und ihrer rauhen Härte.
Doch nicht ist solche schöne Zeit von Dauer;
Der Alltag ruft.
Dort gibt es erneute Bewährung im Kleinen,
Die unsre Aufgabe ist.
Dafür bereit zu sein,
Ihr zu genügen,
Durften wir die Sonne schauen,
Über den Wolken und über dem Nebel,
Weite atmend bis zum fernen Alpensaum.
Gut tat es, Bande zu lösen
Und frei zu sein;
Ein Geschenk war es,
Ein heller Kristall
Spiegelnd die Schönheit der Schöpfung für uns.

Was will der einzelne Philosophierende wirklich?

Am Anfang der Philosophie steht der Zweifel, nicht die Frage. Fragen ist eine Vorstufe; auf ihr kann die Antwort im Bereich von feststehenden „anerkannten“ Systemen oder bei Autoritäten gesucht werden. Erst die radikale Frage durch das als Antwort sich anbietende hindurch – dieses bezweifelnd – ist der Anfang der Philosophie. Der Zweifel zerlegt, analysiert, zerstört. Wenn fragend und zweifelnd alles zweifelhaft geworden ist, ist der Punkt erreicht, an dem man den festen Ordnungen mit Trauer und Sehnsucht nachschaut, traurig, daß man allen anscheinend bzw. scheinbar festen Halt verloren hat, den man auch dort kaum mehr wiederfinden kann. Man hat ein tieferes Wissen erlangt in der Analyse und durch Analyse; aber es ist in gewisser Weise leer – ohne Götter und auch im Zweifel Gott gegenüber, von dem man nicht weiß, ob es ihn gibt oder nicht, ob man ihn hat oder nicht. Man möchte ihn fest haben, aber der Zweifel steht dem immer wieder entgegen. Man sieht mit Wehmut auf die fest Glaubenden, die vor allen Anfechtungen stehen oder die alle Anfechtungen überwunden haben; gleichzeitig aber bedauert man sie als Leute, die eine kindliche Stufe nicht überschreiten. So ist man in mancher Hinsicht allein.

Von diesem Punkt aus haben nun Philosophen die verschiedensten Versuche unternommen, doch wieder zu einer Synthese zu kommen, die Sicherheit gibt. Manche solcher Bemühungen wirken wie geistige Akrobatik, deren schwindelnde Höhe das Uranliegen vergessen läßt und deren genialer Wurf bezaubert, verzaubert. Einem Kunstwerk ähnlich wird ein Aspekt des Seins aufgezeigt, funkelnd und berauschend, aber im Verzicht auf die Übereinstimmung mit der Wirklichkeit, in die wir uns gestellt erleben. Andere sind kindlich anmutende Versuche, auf Schleichwegen Sicherheit zu gewinnen. Wieder andere hören nach der Analyse mit dem Philosophieren auf; für sie ist Philosophie nur durchführbar, soweit sie den Boden nicht verläßt,

auf dem mit wissenschaftlichen Methoden etwas aussagbar ist. „Von dem, was man nicht logisch sicher begründen kann, soll man nicht sprechen“, das sei sinnlos. Ihre Philosophie ist also bestenfalls eine Bestandsaufnahme des wissenschaftlich Wißbaren.

Oder gibt es einen anderen Ansatz zur Synthese? Nicht im Geistigen, sondern im Handeln? Hier werden dann Grundlagen des Handelns unbefugt als richtig übernommen, sittliche Grundsätze oder praktische Maximen; der so sich Verhaltende steht wieder auf derselben Stufe, wie der Gläubige einer Religionsgemeinschaft. Auch er hat das Philosophieren aufgegeben. Aber gibt es überhaupt eine andere Möglichkeit? Kann nicht Philosophie wirklich nur analysieren, durchschaubar machen, zersetzen? Kann sie überhaupt einen Weg zeigen, dem, der zweifelnd sucht? Bevor wir dieser Frage weiter nachgehen wollen, ist es notwendig, zuerst einmal zu fragen: was will der einzelne Philosophierende wirklich? Will er nur die Welt erkennen als in Distanz Bleibender und ausschließlich auf Wissen Gerichteter? Oder will er die Welt erkennen, als der in der Welt Seiende und in ihr Handelnde und an ihr Leidende und in sie Geworfene, der für sich Antworten sucht auf die ihn bedrängenden Fragen, vor allem nach dem Sinn des Daseins und seinem Dasein in der Welt? Für mich besteht Philosophie nur als Notwendigkeit, soweit sie sich in diesem Sinne versucht. Philosophie ist meine Philosophie, mein Suchen nach Wahrheit für mich und damit dann auch für alle Menschen, da wir als Menschen die gleichen Fragen haben.

Kongresse

Gemeinsame Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde

vom 10. bis 13. Juni 1971 in Salzburg

Vom 10. bis 13. Juni 1971 findet in Salzburg eine gemeinsame Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (Vorsitzender: Prof. Dr. Husslein, Wien) und der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde (Vorsitzender: Prof. Dr. Breitter, München) statt.

Vorgesehene Themen:

Moderne Aspekte der Morphologie des Kollumkarzinoms
Therapie des Kollumkarzinoms
Unterschiedliche Wirkungsspektren einiger Gestagene
Fötale Rhythmusstörungen in der Schwangerschaft und unter der Geburt

Anfragen und Anmeldung von Vorträgen an die Vorsitzenden oder an den Schriftführer der Bayerischen Gesellschaft, Prof. Dr. R. Kalsner, I. Universitätsfrauenklinik, 8000 München 15, Maistreße 11

3. Diagnostik-Woche in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

vom 5. bis 9. Mai 1971 in München - Messegelände -

Vorsitzender:	Prof. Dr. med. E. Fromm, Hamburg
Veranstalter und Auskunft:	Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e. V., 7000 Stuttgart 70 (Degerloch), Hans-Neuffer-Weg 2, Telefon (07 11) 76 14 54
Ausstellung:	Internationale Fachausstellung „Medizin und Technik – Diagnostica – Thera- peutica“ München – Messegelände
Eröffnung und Festvortrag:	4. Mai 1971 – 20.00 Uhr – Kongreßhalle – Prof. Dr. med. Dr. med. h. c. Rudolf Zenker, Chirurgische Klinik, München Thema: „Medizin und Technik“
Anmeldung:	Münchener Messe- und Ausstellungsgesellschaft mbH 8000 München 12, Theresienhöhe 15, Telefon (08 11) 7 67 14 61
Quartiervermittlung:	Fremdenverkehrsamt der Landeshauptstadt München, Abt. Information und Betreuung 8000 München 2, Bahnhofplatz 2, Telefon (08 11) 55 58 81

Schwerpunkthemen der Halbtage

Mittwoch, 5. Mai 1971

- 9.00–12.30 **Diagnostik und Therapie der Nierenerkrankungen und der ableitenden Harnwege**
Halbtagspräsident: Prof. Dr. med. Klosterhalfen, Urologische Universitätsklinik und Poliklinik, Hemburg
- 14.30–18.00 **Medizin und Technik**
Halbtagspräsident: Dir. Dreyar, Erlangen, Siemens AG, Bereich Elektromedizin, Erlangen
Prof. Dr. Dr. med. E. H. Graul, Marburg/Lahn

Donnerstag, 6. Mai 1971

- 9.00–10.30 **Die Multimorbidität im Alter als diagnostisches Problem mit therapeutischen Konsequenzen**
Halbtagspräsident: Prof. Dr. med. B. Steinmann, Inselspital, Bern
- 11.15–13.00 **Die Frühdiagnose der Mammetumoren**
Halbtagspräsident: Prof. Dr. med. W. Gusek, Pathologisches Institut der Städt. Krankenanstalten,
Karlsruhe
- 14.30–18.00 **Diagnostik der Gelenkserkrankungen mit therapeutischen Konsequenzen**
Halbtagspräsident: Prof. Dr. med. B. Schuler, Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie, Gersfeld

Freitag, 7. Mai 1971

- 9.00–12.30 **Diagnostik und Therapie der Anämie**
Halbtagspräsident: Prof. Dr. med. W. Stich, Institut für Hämatologie, München
- 14.30–18.00 **Diagnostische Probleme bei Lymphknotenerkrankungen**
Halbtagspräsident: Prof. Dr. med. W. Frommhold, Medizinisches Strahleninstitut der Universität
Tübingen

Samstag, 8. Mai 1971

- 9.00–10.30 **Leitsymptom chronischer Durchfall durch Fehiverdauung (Maldigestion) und Fehiresorption (Melebsorption) – Klinik – Diagnostik – Therapie**
Halbtagspräsident: Prof. Dr. med. G. A. Martini, Medizinische Klinik der Universität Marburg/Lahn
- 11.00–12.30 **Diagnostik der männlichen und weiblichen Sterilität mit therapeutischen Konsequenzen**
Halbtagspräsident: Prof. Dr. med. Oehlert, Frauenklinik Stadt Krankenhaus Hanau
- 14.30–18.00 **Klinisch-chemische Labordiagnostik zur Überwachung, Therapie- und Verlaufs kontrolle chronisch Kranker**
Halbtagspräsident: Prof. Dr. med. L. Roke, Klinisch-chemisches Institut Gießen

Liquirit®
Magentabletten

Volle Wirksamkeit auf therap. Breite

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

KP 30/OP. 60 Tabl.

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

Sonntag, 9. Mai 1971

- 9.00–12.30 **Fehlarmöglichkeiten bei der Diagnose von Stoffwechselerkrankungen mit therapeutischen Konsequenzen**
Halbtagspräsident: Prof. Dr. med. H. Mehnert, III. Medizinische Abteilung des Städt. Krankenhauses München-Schwabing
- 14.30–18.00 **Diagnostische Probleme zur Intensivtherapie**
Halbtagspräsident: Prof. Dr. med. K. Hutschenreuter, Institut für Anästhesie der Universität des Saarlandes, Homburg/Seer

Folgende Kurse, Seminare und Demonstrationen werden auf der 3. Diagnostik-Woche durchgeführt:

Theme	Leitung
Allgemeine Innere Medizin	
5.–9. 5. 1. Diagnostische Methoden und deren Aussagekraft e) Einleitung und Blut b) Stoffwechsel c) Niere und Harnwege d) Leber- und Gallenwege e) Rheumatologie	Prof. Dr. med. Gross, Köln-Lindenthal
6. + 7. 5. 2. Endoskopie und Biopsie für die Praxis e) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes unter besonderer Berücksichtigung der Karzinomdiagnostik b) Erkrankungen der Leber c) Erkrankungen des Bronchialsystems	Prof. Dr. med. K. Heinkel, Stuttgart-Bad Cannstatt
9. 5. 3. Hämatologischer Untersuchungskurs Krankheiten des erythrozytären Systems	Prof. Dr. med. Huzly Prof. Dr. med. W. Stich, München
Kardiologie	
8. + 9. 5. 4. Der Herzenfall in der Praxis	Dr. med. Jörgen Schmidt-Volgt, Bad Soden/Taunus
5. 5. 5. EKG-Kurs	Prof. Dr. med. M. J. Helhuber, Bernried/Obb.
6. 5. a) Differentialdiagnose der Rhythmusstörungen	Prof. Dr. med. R. Günther, Innsbruck
7. 5. b) Differentialdiagnose des Herzinfarkts im EKG	Prof. Dr. med. S. Effert, Aachen
7. 5. 6. Rhythmusstörungen des Herzens und ihre Behandlung	
Pulmonologie	
7. + 9. 5. 7. Lungenfunktionsprüfungen in der Praxis	Ob. Med. Rat Dr. med. W. Günthner, Bad Reichenhall
Leberkrankheiten	
5. 5. 8. Differentialdiagnose der Lebererkrankungen	Prof. Dr. med. Hans Ley, München Priv.-Doz. Dr. med. B. Frosch, Augsburg
Gefäßkrankheiten	
8. + 9. 5. 9. Diagnostik und Therapie der Venenerkrankungen in der Praxis e) Diagnostik der Venenerkrankungen in der Praxis b) Therapie der Venenerkrankungen in der Praxis	Dr. med. F. Haid-Fischer Dr. med. H. Haid, Stuttgart
6. + 7. 5. 10. Diagnostik und Therapie arterieller Durchblutungsstörungen der Extremitäten a) Akute Durchblutungsstörungen b) Chronische Durchblutungsstörungen	Prof. Dr. med. Maurer, München
Neurologie	
5. 5. 11. Klin. EMG mit Demonstrationen Elektrodiagnostik der Erkrankung peripherer Nerven, der Skelettmuskulatur und zentral-motorischer Störungen	Prof. Dr. med. A. Struppler, München
7. 5. 12. Ultraschalldiagnostik in der Inneren Medizin und Neurologie	Prof. Dr. med. A. Schreder, München

Arznei Müller Bielefeld



Contramutan®

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

Verschreibungsformen:

Tropfen 20 und 50 ml · Dragees 40 und 100 Stück

Suppositorien 10 Stück · Saft 165 g

Klinikpackungen

Auch für Diabetiker

Gegen Grippe immun



Thema	Leitung
Gynäkologie	
9. 5. 13. Hormonale Kontrazeption	Prof. Dr. med. Haller, Göttingen
6. 5. 14. Hormondiagnostik und Hormontherapie bei Störungen der Ovarialfunktion	Prof. Dr. med. R. Kaiser, München
5. 5. 15. Vitelzytologie in der gynäkologischen Sprechstunde	Prof. Dr. med. P. Stoll, Mannheim
8.+9. 5. 16. Zytodiagnostik des Uteruskarzinoms mit praktischen Übungen	Priv.-Doz. Dr. med. Stegner, Hamburg
5.-7. 5. 17. Mikroskopische Übungen an vitalzytologischen Präparaten mit Einführung in die Entnahmetechnik – Fixierung – Färbung	Prof. Dr. med. Soost, München
5.-9. 5. 18. a) Differentialdiagnostik und Differentialtherapie der Kolpitis b) Der moderne Schwangerschaftstest in Klinik und Praxis	Cilag-Chemie GmbH, Alsbach Dr. med. Naß
Dermatologie	
6./7./8. 5. 19. a) Allergiekurs (Diagnostik und Therapie in der Praxis) b) Praktisch-mykologische Übungen c) Konservativ-dermatologische Kosmetik	Prof. Dr. Dr. med. S. Borelli, München
Pädiatrie	
5. 5. 20. Funktionelle Säuglingsdiagnostik nach Hellbrügge-Pechstein	Prof. Dr. med. Th. Hellbrügge, München
Laboratoriumsdiagnostik	
5.-7. 5. 21. a) Preiswerte Datenverarbeitung im Laboratorium b) Vereinfachung im Laboratorium (Photometrie) c) Vollautomatische Gerinnungsanalysen	Bio-Dynamics GmbH Hamburg Dr. med. Massmann
5.-9. 5. 22. 1. Das neuzeitliche Labor (Neue und bekannte Laboruntersuchungen in Theorie und Praxis) 2. Automation und Mechanisierung im klinisch-chemischen Laboratorium	Boehringer-Mannheim Dipl.-Chem. Dietz
9. 5. 22a Überwenderungs-Elektrophorese zum Nachweis des Australia-Antigens unter Einsatz der UGI-Apparatur	Desaga GmbH, Heidelberg Dr. A. Pfeiffer
5.-9. 5. 23. Permanente Demonstration und Beratung auf dem Ausstellungsstand unter Berücksichtigung individueller Wünsche auf den Gebieten: Klinische Chemie – Funktionsdiagnostik – Mikroskopie – Bakteriologie – Dünnschicht – Chromatographie	E. Merck, Darmstadt Dr. med. Franz Schindler
5.-9. 5. 24. Immunodiffusions-Verfahren auf Zellulose-Azetat-Membranen mit praktischen Demonstrationen	Sartorius-Membranfilter GmbH, Göttingen K. H. Voggel
5.-8. 5. 25. a) Der immunologische Schwangerschaftsnachweis b) Der LH-Test in der Diagnostik der männlichen und weiblichen Sterilität	Organon GmbH, München Dr. med. H.-P. Dietrich, München
6. 5. 26. Quantitative Immunglobulinbestimmungen mit Tri-Partigen unter besonderer Berücksichtigung der Qualitätskontrolle	Behring-Werke AG, Marburg/Lahn Dr. med. Baudner Dr. med. Bonacker
9. 5. 27. Elektrophorese-Kurs Zur Einführung und für Fortgeschrittene	Dr. med. Hans Fuhrmann OHG, Hamburg Dr. med. Jürgen Führ
7. + 8. 5. 28. 1. Konzentration von Körperflüssigkeiten zur elektrophoretischen Fraktionierung	Millipore Filter GmbH Neu-Isenburg

RECORSAN[®] - LIQUID. c. Rutin
 Rein phytologisches Cardiotonicum
 für die kleine Herztherapie
 Crataegus-Kombinationstherapie des Altersherzens
 O.P. Tropfflasche zu 30 ml
 Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

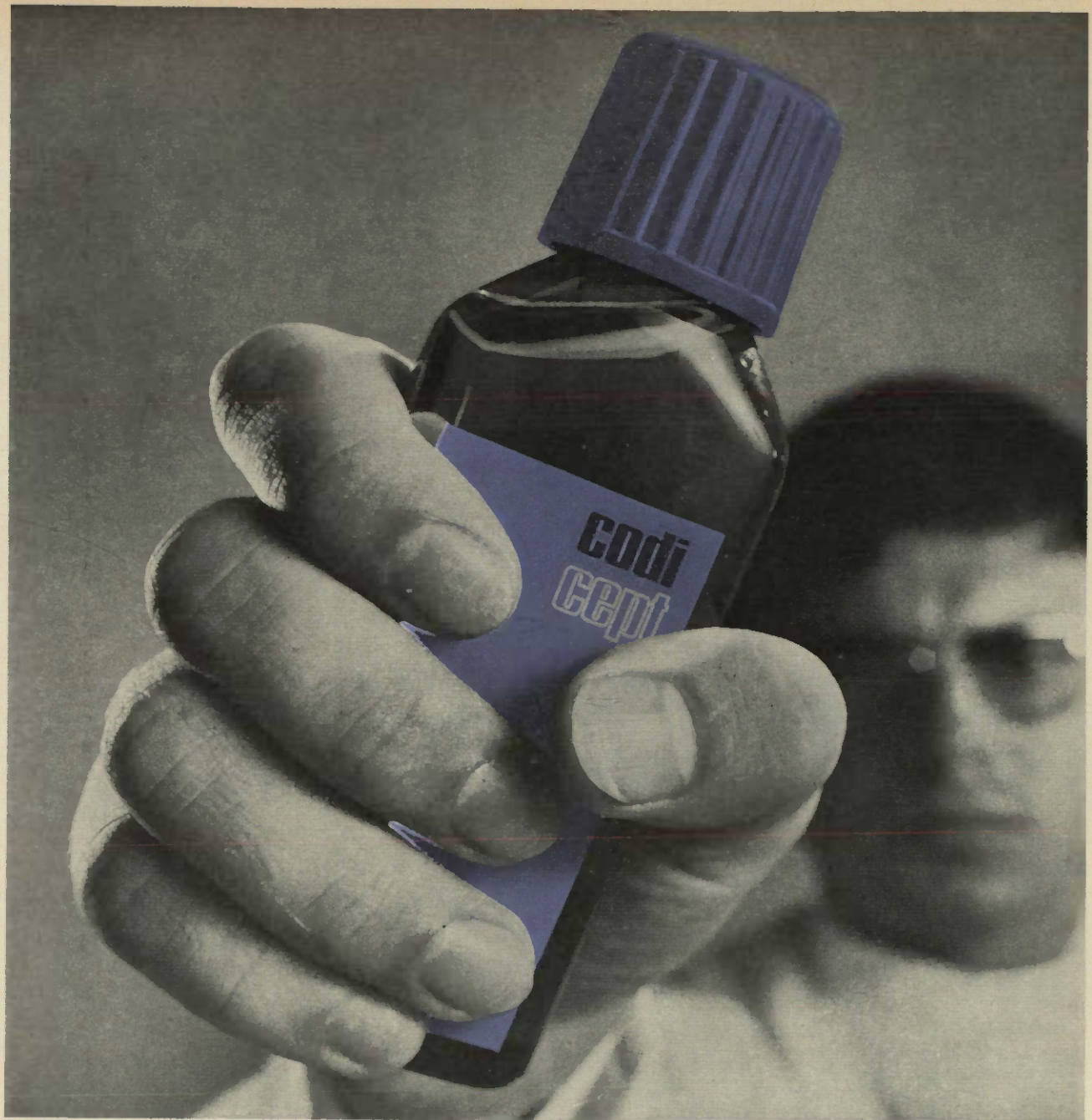
Thema	Leitung
2. Kurzzeitelektrophorese mit neuen Zelluloseazetatstreifen und deren Auswertung mit dem Phorescope-Densitometer	Dipl.-Ing. S. Gallinger
5.+6.5. Wh. 28a Einführung in die Methoden der Immunfluoreszenz in der Mikrobiologie und Immunologie 7.+8.5.	Fa. Carl Zeiss, Oberkochen Biologische Arbeitsgemeinschaft GmbH, Lich Priv.-Doz. Dr. med. G. Poetschke Dr. Trapp
Arbeits- und Sozialmedizin	
9.5. 29. Labormethoden in der sozialmedizinischen Begutachtung	Prof. Dr. med. H. Valentin, Erlangen
Datenverarbeitung und Automation	
5.-9.5. 30. Von der Praxisrationalisierung zur Computeranwendung in der Medizin	Prof. Dr. Dr. med. Graul, Marburg/Lahn Deutsche Gesellschaft für angewandte Datenverarbeitung und Automation in der Medizin e.V., Köln
6.5. 30a Automation und angewandte Datenverarbeitung in Klinik und Praxis	Deutsche Gesellschaft für angewandte Datenverarbeitung und Automation in der Medizin e.V., Köln Prof. Dr. med. H. J. Lange, München
1. Aufbau eines Basis-Informationssystems in einem Klinikum	Dr. med. D. Laue, Köln
2. Die Anwendung der EDV in einer Laboratoriumspraxis	Prof. Dr. med. J. Dudeck, Gießen
3. Verfahren der automatischen EKG-Auswertung	Arbeitsgruppen Ulm und München
4. Der Computer als Diagnostik-Hilfe – dargestellt am Beispiel der Schilddrüsendiagnostik	Prof. Dr. med. Überla, Ulm Prof. Dr. med. Ihm, Marburg
Elektronik	
6.5. 31. Elektronik in der Medizin (Geräte für Diagnostik und Therapie)	Dr. med. H. A. Dittmar, Universitätsklinik Heidelberg
8.+9.5. 32. Einführung in den Gebrauch elektronischer Tischrechner	Dr. med. von Boroviczény, Freiburg i. Br.
Manuelle Medizin	
5.-9.5. 33. Einführungskurs in die manuelle Therapie von Wirbelsäule und Gelenken	Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin Dr. med. H. D. Wolff, Trier
Anästhesie	
5.5. 34. Anästhesie in der täglichen Praxis	Frau Dr. med. Ch. Lehmann, München
7.-9.5. 35. Erste-Hilfe-Kurs	Prof. Dr. med. K. Hutschenreuter, Homburg/Saar
Qualitätskontrolle im klinisch-chemischen Labor	
6.5. 36. Qualitätskontrolle – Demonstration zur Qualitätskontrolle	Gödecke AG, Freiburg Prof. Dr. med. Merten, Düsseldorf Dr. med. von Thun
1. Bedeutung und Durchführung der Qualitätskontrolle im klinisch-chemischen Labor	
2. Einführung in die Statistik der Qualitätskontrolle	Dr. med. Philipp
5.5. 36a 1. Praktische Qualitätskontrolle im med. Laboratorium	Merz & Dade, München Prof. Dr. med. Merten, Düsseldorf

Tonsilgon® bei Lymphatismus

steigert die Infektabwehr deutlich

**BIONORICA KG
NÜRNBERG**

Thema	Leitung
2. Eichgesetz und quantitative Bestimmung im Laboratorium 3. Statistische Qualitätskontrolle und Ringversuche 4. Einführung in die Praxis der Qualitätskontrolle	Dr. med. Fischer, München
Röntgendiagnostik	
8. 5. 37. Fortschritte in der Diagnostik mit jodhaltigen Röntgen-Kontrastmitteln	Schering AG, Berlin Prof. Dr. med. V. Taenzer
Rundtischgespräche mit Diskussionen und Demonstrationen	
8. 5. 38. 1. Die häufigen Stoffwechselkrankheiten: Diabetes, Hyperlipämie, Gicht (Diagnostische Methoden und ihre Bewertung) 2. Nephrologisch-diagnostisches Kolloquium	Deutsche Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin Leverkusen
5. 5. 39. Probleme der Dosierung und Nebenwirkungen der gebräuchlichen Arzneimittel	Prof. Dr. med. H. P. Kuemmerle, Wiesloch bei Heidelberg
6. 5. 39a Labordiagnostik im Rahmen der Vorsorge-Medizin	Deutsche Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin, Leverkusen Deutsche Gesellschaft für Klinische Chemie, Frankfurt/M. Teilnehmer: Dr. med. E. Asshauer, Hamburg Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. H. Büttner, Hannover Prof. Dr. med. M. Eggstein, Tübingen Dr. med. A. Fenner, Hamburg Prof. Dr. med. H. J. Lange, München Dr. med. D. Laue, Köln Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Dr. med. D. Stamm, München
Arbeitstagung	
7. 5. 40. Malebsorption – Maldigestion Magensaftanalyse – intrinsic factor Pankreassekretion – Serum. usw.	Deutsche Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin, Leverkusen
Seminare ärztlicher Berufsverbände	
9. 5. 41. e) Die Diagnostik in der Allgemeinpraxis mit Hilfe von Untersuchungsstandards b) Die Bedeutung der Langzeitbeobachtung und der erlebten Anamnese für die Diagnostik in der Allgemeinpraxis	Berufsverband der praktischen Ärzte Deutschlands, Hamburg Dr. med. Heller, Klagenfurt Dr. med. Sturm, Thedinghausen
7. 5. 42. Schilddrüsen-Diagnostik	Berufsverband Deutscher Internisten e. V., Wiesbaden Prof. Dr. med. L. Weisbecker, Kiel
5. 5. 39. Probleme der Dosierung und Nebenwirkungen der gebräuchlichen Arzneimittel	Leiter: Prof. Dr. med. H. P. Kuemmerle, Wiesloch bei Heidelberg Stellvertreter: Doz. Dr. med. G. Hitzberger, Wien Referenten: Prof. Dr. med. P. Naumann, Düsseldorf Prof. Dr. med. K. Spitzky, Wien Prof. Dr. med. H. Mehnert, München Prof. Dr. med. H. Mathies, Bad Abbach bei Regensburg Priv.-Doz. Dr. med. W. Baedecker, München Doz. Dr. med. G. Hitzberger, Wien Doz. Dr. med. K. Irsigler, Wien
9.00– 9.25 Chemotherapie (Dosierungsfragen)	
9.25– 9.50 Chemotherapie (Klinische Probleme)	
9.50–10.15 Orale Antidiabetika und Insulin	
10.15–10.30 Antirheumatika	
10.30–11.15 Pause – Besuch der Ausstellung	
11.15–11.40 Herz- und Kreislaufmittel	
11.40–12.00 Dosierungsfragen – Nebenwirkungs- probleme bei der Anwendung von Antihypertonika und Diuretika	
12.00–12.20 Antilipidämische Substanzen	
12.20 Diskussion	



codicept[®]

für Ihren ungehorsamen Huster

- Zuverlässige Hustenblockade für 8-10 Stunden

- Protrahierte, gleichmäßige Codein-Abgabe aus programmierten Wirkstoffeinheiten

- Keine Müdigkeit, da ohne Antihistaminzusatz

codicept[®] Kapseln
 1 Kapsel = 42,5 mg reines Codein
 morgens und abends nur 1 Kapsel unzerkaut einnehmen. Packung mit 10 Retardkapseln

codicept[®] Retardsaft
 Retardsaft (1 Eßlöffel = 15 ml) enthält 42,5 mg reines Codein (gebunden an Ionenaustauscher)

morgens und abends nehmen
 Kleinkinder im Alter von 1-3 Jahren je 1/2 Teelöffel
 Kinder im Alter von 3-6 Jahren je 1 Teelöffel
 Kinder im Alter von 6-12 Jahren je 2 Teelöffel
 Erwachsene und Jugendliche ab 12 Jahren je 1 Eßlöffel
 Flasche mit 90 ml Retardsaft

sanol

arznei-
mittel

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

14.30–14.50	Psychopharmake	Prof. Dr. med. H. Flegel, Düsseldorf
14.50–15.05	Antikoagulantien und Fibrinolytika (Innere Medizin und Chirurgie)	Prof. Dr. med. N. Goossens, München
15.05–15.20	Antikoagulantien und Fibrinolytika (Schwangerschaft und Gynäkologie)	Prof. Dr. med. H. Stamm-Scholer, Baden/Schweiz
15.20–15.45	Dermatologika	Prof. Dr. med. A. Luger, Wien
15.45–16.00	Diskussion	
16.00–16.45	Pause – Besuch der Ausstellung	
16.45–17.00	Dosierungs- und Nebenwirkungsprobleme in der Schwangerschaft	Prof. Dr. med. H. P. Kuemmerle, Wiesloch bei Heidelberg
17.00–17.20	Dosierungs- und Nebenwirkungsprobleme im Säuglings- und Kindesalter	Prof. Dr. med. W. Burmeister, Homburg/Saar
17.20–17.40	Dosierungs- und Nebenwirkungsprobleme im Alter	Priv.-Doz. Dr. med. W. Doberauer, Wien
17.40–18.05	Erfassen, Sammeln und Auswerten von Arzneimittel-Nebenwirkungen	Prof. Dr. med. J. Stockhausen, Bundesärztekammer Köln
18.05	Diskussion	

II. Sozialmedizinischer Kurs

(mit Symposion Epidemiologie und epidemiologische Methodik)

vom 19. April bis 14. Mai 1971

Montag, 19. April 1971

9.00 – 9.45 Uhr

10.00 – 10.45 Uhr:

Die naturwissenschaftlichen Grundlagen der Sozialmedizin (2. Teil)

Prof. Dr. H. Schaefer, Direktor des I. Physiologischen Instituts der Universität Heidelberg

11.00 – 11.45 Uhr:

Krankenhausplanung in Bayern

Dr. F. Stegmann, Ministerialrat im Bayerischen Staatsministerium des Innern, München

14.00 Uhr:

Filmvorführung

Der unbekannte Kontinent

Laparoskopie

Früherkennung des weiblichen Genitalkarzinoms

Dienstag, 20. April 1971

9.00 – 9.45 Uhr:

Der Krebs in der Begutachtung

Dr. H. Winkelman, Medizinaldirektor der LVA Oberbayern, München

10.00 – 10.45 Uhr

11.00 – 11.45 Uhr:

Kritische Bemerkungen zur sozialmedizinischen Begutachtung

Prof. Dr. H. Valentin, Direktor des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin und Poliklinik für Berufskrankheiten der Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen

14.00 Uhr Abfahrt:

Städtisches Waisenhaus, München 19, Waisenhausstraße 20

Einführungsreferat: Direktor Bahar

Mittwoch, 21. April 1971

8.00 Uhr Abfahrt:

Vereinigte Aluminiumwerke AG, Töging am Inn

Donnerstag, 22. April 1971

9.00 – 9.45 Uhr:

Der Trinker in unserer Sozialordnung

Dr. H. Kramm, Medizinaldirektor bei der Vertrauensärztlichen Dienststelle der LVA Oberbayern, München

10.00 – 10.45 Uhr

11.00 – 11.45 Uhr:

Die Neurosen in der Begutachtung

Dr. F. Kensy, Medizinaldirektor beim Landesversorgungsamts Bayern, München

14.00 Uhr:

Kolloquium:

Praktische Beispiele zur Begutachtungskunde

Dr. E. Hoffmann, Oberregierungsmedizinalrat im Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin, München

Freitag, 23. April 1971

9.00 – 9.45 Uhr:

Praktische Erfahrungen bei der Einleitung der beruflichen Rehabilitation

S. Schnaitter, Leiter der beruflichen Rehabilitation beim Arbeitsamt München

10.00 – 10.45 Uhr:

Probleme der sozialen Pädiatrie

Dr. J. Pechstein, Medizinaldirektor und Direktor des Kinderzentrums Mainz

11.00 – 11.45 Uhr:

Vorbeugende Maßnahmen an einem modernen Jugendamt

K. Seelmann, ehemaliger Direktor des Stadtjugendamtes München

Montag, 26. April 1971

9.00 – 9.45 Uhr

10.00 – 10.45 Uhr:

Der Arzt und das Sozialhilferecht

Dr. K. Schmitt, Ministerialrat im Bayerischen Staatsministerium des Innern, München

11.00 – 11.45 Uhr:

Kaffee, Tee, Alkohol

Prof. Dr. W. Müller-Limmroth, Direktor des Instituts für Arbeitsphysiologie der Technischen Universität München

14.15 Uhr Abfahrt:

Bayerische Landesschule für Gehörlose, München 55, Fürstenrieder Straße 155

Einführungsreferat: Direktor Hacker

Dienstag, 27. April 1971

9.00 – 9.45 Uhr:

Probleme der Weiter- und Nachbehandlung von Tumorkranken

Dr. W. Reichstein, Geschäftsführender Arzt der Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern, München

10.00 – 10.45 Uhr:

Der ärztliche Sachverständige

Dr. R. Heischler, Medizinaldirektor a. D., München

11.00 – 11.45 Uhr:

Prävention und Rehabilitation aus der Sicht des vertrauensärztlichen Dienstes

Dr. K. Kohlhäusen, Leitender Medizinaldirektor der LVA Hannover

14.00 Uhr:

Sitzung des Sozialgerichtes, 12. Kammer,

München 22, Ludwigstraße 15

H. Herold, Sozialgerichtsrat

Mittwoch, 28. April 1971

8.00 Uhr Abfahrt:

Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Murnau

Einführungsreferat: Dr. J. Probst, Chefarzt der Klinik

14.00 Uhr Weiterfahrt:

Kuranstalt Ohlstadt – Internistische Rehabilitation – der LVA Unterfranken, Ohlstadt

Einführungsreferat: Dr. P. Beckmann, Medizinaldirektor und Chefarzt der Klinik

Donnerstag, 29. April 1971

9.00 – 9.45 Uhr:

Die Begutachtung von Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels

Dr. Dr. H. Kuhlmann, Oberarzt der III. Medizinischen Abteilung des Städt. Krankenhauses München-Schwabing, München

10.00 – 10.45 Uhr:

Die Aufgaben der gesetzlichen Unfallversicherung mit besonderer Berücksichtigung der Heilbehandlung

Dr. jur. R. Asangeter, Direktor des Landesverbandes

Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften München

11.00 – 11.45 Uhr:

Soziologie in der Gerontologie

Prof. Dr. K. G. Specht, Direktor des Seminars für Soziologie der Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg

14.00 Uhr:

Kolloquium:

Praktische Beispiele zur Begutachtungskunde (Kriegsopferversorgung)

Dr. E. Lander, Oberregierungsmedizinalrat im Versorgungsamt München I, München

Freitag, 30. April 1971

9.00 – 9.45 Uhr:

Der Querulant

Prof. Dr. H. Dietrich, Oberarzt der Nervenklinik der Universität München

10.00 – 10.45 Uhr:

Juristische Grundbegriffe aus der Sozialversicherung

A. Frei, Präsident des Sozialgerichtes Regensburg

11.00 – 11.45 Uhr:

Sozialmedizinisch interessante Ergebnisse von

Musterungsuntersuchungen

Dr. R. Bestelmeyer, Oberarzt und Leiter des Instituts für Wehrmedizinostatistik und Berichtsweisen, Remagen

Montag, 3. Mai 1971

9.00 – 9.45 Uhr:

Dermatosen, Allergosen, Atopien und toxisch wirkende Noxen bei der Bevölkerung

Prof. Dr. Dr. S. Borelli, Direktor der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München

10.00 – 10.45 Uhr:

Nichtgewerbliche, umweltbedingte toxische Gefahren

Dr. M. von Clarmann, Ärztlicher Leiter der Toxikologischen Abteilung im Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München

11.00 – 11.45 Uhr:

Probleme der Heimerziehung für tamillienlose Kinder

Dr. A. Mehlinger, Direktor a. D., Pullach bei München

14.00 Uhr:

Filmvorführung

Bedrohte Natur

Kampf dem Krebs – Früherkennung rettet Leben

Es lohnt sich



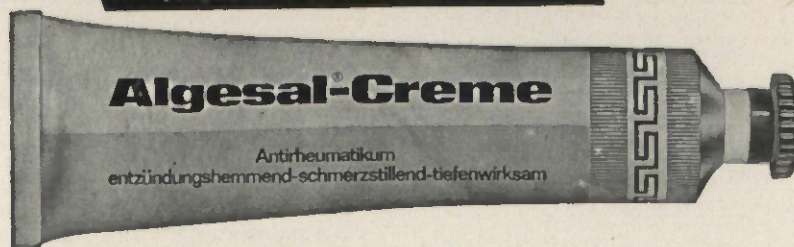
**strath labor
gmbh**

Naturgemäß heilen – mit Strath-Präparaten

- **Strath-Grundpräparate:**
zur Anregung des gesamten Organismus
- **Strath-Organpräparate:**
mit gezielter Wirkung auf das jeweilige Organ
- **Strath-Komplexpräparate:**
für funktionell kooperierende Organsysteme
- **Strath-Hefemixturen:**
Kulturhefen nach dem Strath-Verfahren
- **Strath-Salben:**
zur Unterstützung der inneren Therapie.

Ärztlemuster und ausführliche Unterlagen über die naturgemäße Strath-Therapie und das Strath-Verfahren erhalten Sie auf Anforderung durch die wissenschaftliche Abteilung der

Strath-Labor GmbH
Pharmazeutische Präparate
8405 Donaustauf
Strathstraße 5–7, Postfach 18
Telefon 09403/314 und 209



wenn die Bewegung schmerzt

Dienstag, 4. Mai 1971

8.00 Uhr Abfahrt:
**Querschnittsgelähmtenzentrum der Orthopädischen
 Universitätsklinik Heidelberg**
 Einführungsreferat: Prof. Dr. V. Paeslack, Chef-
 arzt der Klinik
 Übernachtung in Heidelberg

Mittwoch, 5. Mai 1971

8.30 Uhr:
Berufsförderungswerk Heidelberg
 – Rehabilitationszentrum –
 Einführungsreferat: **Neue Wege der Rehabilitation**
 Herr Böll, Direktor des Berufsförderungswerkes
 14.00 Uhr:
**Abteilung für Dysmelie und technische Orthopädie der
 Orthopädischen Klinik und Poliklinik der Universität
 Heidelberg**
 Einführungsreferat: Prof. Dr. E. Marquardt, Lei-
 ter der Abteilung
Lebenshilfe für Dysmelie-Kinder
 Frau Westphal
 16.30 Uhr:
 Rückfahrt nach München

Donnerstag, 6. Mai 1971

9.00 – 9.45 Uhr:
Psychologische Aspekte der Pensionierung
 Prof. Dr. Ursula Lehr, Psychologisches Institut der
 Universität Bonn
 10.00 – 10.45 Uhr:
**Begriffsentwicklung und Klassifizierung der Erkran-
 kungen des rheumatischen Formenkreises**
 Prof. Dr. H. Mathies, Chefarzt des Rheumakran-
 kenhauses I, Bad Abbach
 11.00 – 11.45 Uhr:
Medizinische Probleme des Alterns
 Dr. H. Kaiser, Chefarzt der II. Medizinischen Klinik
 der Städtischen Krankenanstalten Augsburg
 14.00 Uhr:
Kolloquium
Praktische Beispiele zur Begutachtungskunde
 Dr. G. Bühlmeyer, Medizinaldirektor und Leiter
 der Zweigstelle Nürnberg des Bayerischen Landes-
 institutes für Arbeitsmedizin, Nürnberg

Freitag, 7. Mai 1971

9.00 – 9.45 Uhr:
**Sozialmedizinische Aspekte zum Krankheitsbild der
 larvierten Depression**
 Dr. G. Glathaar, Bezirksobermedizinalrat am Be-
 zirkskrankenhaus Erlangen

10.00 – 10.45 Uhr

11.00 – 11.45 Uhr:

**Die medizinische Rehabilitation bei zentralen und
 peripheren Lähmungen**
 Prof. Dr. K. Decker, Nervenklinik der Universität
 München
 Dr. K. Giuliani, Priv.-Doz., Göggingen

Montag, 10. Mai 1971

9.00 – 9.45 Uhr:

Die Jugend im Brennpunkt der Präventivmedizin
 Dr. K. Biener, Priv.-Doz., Institut für Sozial- und
 Präventivmedizin der Universität Zürich

10.00 – 10.45 Uhr:

Anamnese und Morbiditätsstatistik
 Priv.-Doz. Dr. K. Biener, Zürich

11.00 – 11.45 Uhr:

**Die Schenkelhalsfraktur des alten Menschen und Ihre
 Folgen aus klinischer und sozialer Sicht**
 Dr. H. Birkenr, Medizinaldirektor und Vorstand der
 2. Chirurgischen Klinik der Städtischen Krankenanstal-
 ten Nürnberg

14.00 Uhr:

Filmvorführung

Computer-Diagnostik in der ärztlichen Praxis
 Die Maske als psychiatrisches Phänomen
 Alkoholismus
 Die Logopädin – Werdegang und Berufsbild

**Vom 11. Mai mit 14. Mai 1971 findet im Rahmen des
 II. Sozialmedizinischen Kurses ein Symposium „Epidemio-
 logie und epidemiologische Methodik“ statt. Das
 Programm dafür wird gesondert veröffentlicht.**

Kursleitung:

Dr. W. Brenner, Geschäftsführer der Akademie
 Dr. E. Hoffmann, stellvertretender Geschäftsführer
 der Akademie

Kursgebühr wird nicht erhoben.

Vortragsveranstaltungen können auch einzeln besucht
 werden. Eine Urkunde über die Teilnahme am Kurs
 wird jedoch nur bei Teilnahme am Gesamtprogramm
 ausgehändigt.

Für die Besichtigungen können in der Regel nur Teil-
 nehmer am Gesamtprogramm zugelassen werden. Bei
 den Veranstaltungen wird eine Haftung der besichtig-
 ten Einrichtungen oder der Bayerischen Akademie für
 Arbeitsmedizin und soziale Medizin ausdrücklich aus-
 geschlossen.

Zimmerbestellungen durch die Bayerische Akademie
 können nicht vorgenommen werden. Es empfiehlt sich
 daher, frühzeitig Quartierbestellung beim Amt-

neu

Algesal-[®] Creme


wenn die Bewegung schmerzt

Algesal-Creme lindert den Schmerz spürbar durch die entzündungshemmende und analgetische Wirkung von Diaethylamin-salicylat

lindert den Schmerz nachhaltig durch die anästhesierende und muskelrelaxierende Wirkung von Myrtecain

lindert den Schmerz rasch infolge der erhöhten Penetrationsgeschwindigkeit, die durch die Oberflächenaktivität des Exciplens zustande kommt

Algesal-Creme fettet nicht und verursacht keinerlei Reizung der gesunden Haut. Der angenehme Geruch wird auch von anspruchsvollen Patienten geschätzt.



Indikationen: Entzündlicher und degenerativer Rheumatismus, Neuralgien und Muskelschmerzen, Tendinitis, Tendovaginitis und andere rheumatische und entzündliche Erkrankungen der Stütz- und Bindegewebe sowie schmerzhafte Prozesse wie Distorsion, Wirbelsäulensyndrom, traumatische Beschwerden u. ä. Zustände.

Keine Kontraindikationen.

Zusammensetzung:

100 g Algesal-Creme enthalten:
Diaethylemin-salicylat 10 g
Myrtecain 1 g
Exciplens ed 100 g

Tube mit 40 g DM 4,70



KALI-CHEMIE AG
HANNOVER

lichen Bayerischen Reisebüro (ABR), 8000 München 2, Promenadeplatz 12, Telefon (08 11) 59 04 373 oder 59 04 374, Herr Nowak und Herr Stangl, vorzunehmen.

Auskunft: BAYERISCHE AKADEMIE FÜR ARBEITSMEDIZIN UND SOZIALE MEDIZIN im Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3, Telefon (08 11) 21 84 / 2 59 - 2 60

Tagungsort: 8000 München 22, Pfarrstraße 3 (Haus des Arbeitsschutzes)

Der Sozialmedizinische Informationskurs (I) findet vom 8. bis 12. November 1971 statt.

19. Ärztlicher Fortbildungskurs

am 24./25. April 1971 in Bad Kissingen

Der Im Auftrag der Bayerischen Landesärztekammer durchgeführte 19. Ärztliche Fortbildungskurs in Bad Kissingen findet am 24./25. April 1971 unter der wissenschaftlichen Leitung von Professor Dr. H. A. Kühn, Würzburg, statt.

Tagungsort: Bad Kissingen, Kleiner Kursaal

Samstag, 24. April 1971

1. Rheumatoide Arthritis

Vorsitz: Prof. Dr. V. Ott, Direktor der Klinik und des Instituts für Physikalische Medizin und Balneologie der Universität Gießen/Bad Nauheim

8.30 – 8.45 Uhr:

Einieltung

Prof. Dr. V. Ott

8.50 – 9.20 Uhr:

Pathologische Anatomie der chronischen rheumatischen Krankheiten und Kollagenosen

Prof. Dr. Beneké, Leiter der Abteilung Pathologie II der Universität Ulm

9.25 – 9.55 Uhr:

Immunologie und Serologie der rheumatoiden Arthritis

Prof. Dr. W. Müller, Vorsteher der Rheumatologischen Universitätsklinik Basel

10.30 – 11.00 Uhr:

Pharmakologie und Toxikologie der Antirheumatika

Prof. Dr. R. Domenjoz, Direktor des Pharmakologischen Institutes der Universität Bonn

11.05 – 11.35 Uhr:

Klinik und Therapie der rheumatoiden Arthritis

Dr. K. Schmidt, Oberarzt der Klinik und des Instituts für Physikalische Medizin und Balneologie der Universität Gießen/Bad Nauheim

11.40 – 12.10 Uhr:

Ankylosierende Spondylitis (Morbus Strümpell-Marie-Bechterew)

Prof. Dr. V. Ott

12.10 – 13.00 Uhr:

Diskussion

2. Bindegewebskrankheiten (Kollagenosen) und sogenannter Weichteilrheumatismus

Vorsitz: Prof. Dr. K. O. Vorländer, Chefarzt der Inneren Abteilung der Schloßpark-Klinik Berlin

15.00 – 15.45 Uhr:

Pathogenese, Klinik und Therapie der Bindegewebskrankheiten (Kollagenosen)

Prof. Dr. K. O. Vorländer

15.50 – 16.25 Uhr:

Weichteilrheumatismus und Nervensystem

Prof. Dr. Dr. E. Zysno, Klinik und Institut für Physikalische Medizin und Balneologie der Universität Gießen/Bad Nauheim

16.40 – 17.10 Uhr:

Extraartikulärer Rheumatismus (Tendinosen, Periarthrosen, Pannikulitis usw.) ohne Myo- und Neuropathien

Prof. Dr. G. Dahmen, Orthopädische Universitätsklinik Münster

17.15 – 17.45 Uhr:

Psychosomatische Aspekte rheumatischer Erkrankungen

Prof. Dr. F. Labhardt, Psychiatrische Universitätsklinik Basel



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

Dismenol

(Peresulfamidobenzoesäure 0,05 g, Oimethylemino-phenyldimethyl-pyrazolon 0,25 g)

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

Sonntag, 25. April 1971

3. Degenerative Gelenkerkrankungen

Vorsitz: Prof. Dr. A. Rütt, Direktor der Orthopädischen Klinik der Universität Würzburg

9.00 – 9.30 Uhr:

Pathophysiologie und Klinik der degenerativen Gelenkerkrankungen

Prof. Dr. P. O t t e, Oberarzt der Orthopädischen Klinik und Poliklinik Mainz

9.35 – 10.05 Uhr:

Physikalische Therapie der chronisch entzündlichen und degenerativen Gelenkerkrankungen

Priv.-Doz. Dr. M. F r a n k e, Staatliches Rheumakrankenhaus Baden-Baden

10.05 – 10.35 Uhr:

Operative Therapie der chronisch entzündlichen und degenerativen Gelenkerkrankungen

Priv.-Doz. Dr. A. R e i c h e l t, Orthopädische Klinik der Universität Würzburg

11.00 – 12.00 Uhr:

Tischgespräch mit Beantwortung von Fragen aus dem Auditorium zur Therapie

Leiter: Prof. Dr. A. Rütt

Auskunft: Dr. H. Brügel, Chefarzt des Saale-Sanatoriums, 8730 Bad Kissingen, Kurhausstraße 20, Telefon (0971) 3071

Fortbildungswochenende in der I. Frauenklinik und Hebammenschule der Universität München

am 23./24. April 1971 in München

Am 23. und 24. April 1971 findet in der I. Frauenklinik und Hebammenschule der Universität München ein Fortbildungswochenende statt.

T h e m a :

Die Vorstadien des Unterleibskrebses der Frau (Erkennung, Behandlung und Nachsorge)

Auskunft: Dr. med. L o h e, I. Frauenklinik und Hebammenschule der Universität München, 8000 München 15, Maistraße 11

4. Fortbildungstagung „Klinische Immunologie“

am 5. Juni 1971 in Erlangen

Am 5. Juni 1971 findet an der Universität Erlangen-Nürnberg die 4. Fortbildungstagung „Klinische Immunologie“ unter der Leitung von Professor Dr. Scheiffarth statt

T h e m a :

Immunologische Probleme der ärztlichen Praxis (Impfreaktionen, Immuninsuffizienz)

Auskunft: Sekretariat der Abteilung für klinische Immunologie des Universitätskrankenhauses, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12, Telefon (09131) 853363

Der Gruppenversicherungsvertrag Ihrer Ärztekammer mit der Vereinigten und Ihrer „Tochter“, der Salus Krankenhauskosten-Versicherungs-AG bietet Ihnen wesentliche Vorteile für Krankentagegeld-Versicherungen bei Arbeitsunfähigkeit und zusätzliche Barleistungen bei einem Krankenhausaufenthalt.

Die Vereinigte ist Vertragspartner fast aller Ärztekammern im Bundesgebiet und des Marburger Bundes.



Vereinigte Krankenversicherung AG

Generaldirektion

8000 München 23, Leopoldstraße 24

Esberitox[®]

ruft
die Abwehr
zum Kampf

Esberitox[®]


unspezifisches Reiztherapeutikum
Stimulans des RES und des
leukopoetischen Systems

Esberitox[®]

zur Basistherapie bei allen
infektiösen Erkrankungen

Darreichungsformen:

Liquidum:	20 ml, 50 ml:
Tabletten (mit Vitamin C):	50 Stück zu 0,3 g, 125 Stück zu 0,3 g;
Suppositorien:	10 Stück;
Ampullen:	5 Stück zu 2 ml.

 **Schaper & Brümmer**
3324 Salzgitter-Ringelheim

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Januar 1971 *
(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Zahl der gemeldeten Scharlachfälle ging im Januar erheblich zurück. Im Vormonat entfielen 106, im Berichtsmonat 46 Erkrankungen auf 100 000 Einwohner (umgerechnet auf ein Jahr). Die Erkrankungshäufigkeit an übertragbarer Hirnhautentzündung, durch Meningokokken erregt, stieg im Januar etwas an, nämlich von 4 auf 6 Fälle, während übrige Formen der infektiösen Meningitis seltener auftraten; im Dezember waren es 15 und im Januar 10 Fälle, jeweils auf 100 000 Einwohner.

An Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) erkrankten im Januar erneut weniger Personen als im Vormonat. Die Erkrankungsziffer sank von 17 auf 11 Fälle. Dagegen stieg die Häufigkeit von Hepatitis-infectiosa-Erkrankungen (übertragbare Leberentzündung) von 36 im Dezember auf 43 im Januar, jeweils auf 100 000 Einwohner bezogen.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 3. bis 30. Januar 1971 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Obertreibers				Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis		Infectiose		Botulismus				
							Hirnhautentzündung		Gehirnentzündung								Salmone		9brige						
							Meningokokken-Meningitis		übrige Formen								Salmone		9brige						
E ¹⁾ ST ²⁾		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	—	—	187	—	—	—	16	2	31	2	—	—	1	—	—	—	1	—	30	—	2	—	—	—	
Niederbayern	—	—	6	—	—	—	4	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	19	—	3	—	—	—	
Oberpfalz	—	—	26	—	—	—	7	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—	
Oberfranken	—	—	32	—	—	—	5	1	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	—	—	—	—	—	
Mittelfranken	—	—	56	—	—	—	6	—	6	2	1	1	—	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—	—	
Unterfranken	—	—	24	—	—	—	2	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	2	—	
Schwaben	—	—	46	—	—	—	5	1	19	—	—	—	—	—	1	—	—	—	11	—	1	—	—	—	
Bayern	—	—	377	—	—	—	45	5	80	5	1	1	1	—	1	—	1	—	87	—	6	—	2	—	
München	—	—	83	—	—	—	4	—	2	—	—	—	1	—	—	—	1	—	15	—	1	—	—	—	
Nürnberg	—	—	22	—	—	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	
Augsburg	—	—	1	—	—	—	3	1	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Regensburg	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	
Würzburg	—	—	4	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20	
	Hepatitis Infectiosa		Ornithose (übrige Formen)		Amöbenruhr		Bengische Krankheit		Malaria-Ersterkrankung		Toxoplasmosis		Tollwut ³⁾		Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾	
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST		
Oberbayern	75	—	1	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	17	
Niederbayern	23	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Oberpfalz	53	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	
Oberfranken	27	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	12	
Mittelfranken	42	—	—	—	—	—	1	—	1	—	2	—	—	—	2	
Unterfranken	75	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Schwaben	57	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13	
Bayern	352	1	3	—	1	—	2	—	2	—	3	—	1	1	49	
München	29	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	
Nürnberg	5	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	
Augsburg	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Regensburg	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Würzburg	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

¹⁾ Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

²⁾ „E“ = Erkrankungen (einschl. der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle.

³⁾ „ST“ = Sterbefälle. ³⁾ Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers. ³⁾ Inliziert in der Türkei.

Buchbesprechungen

Steurer / K. H. Vosteen / B. Schloßhauer: „Lehrbuch der Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten“. 467 S., 929 teils farbige Abb., geb. DM 64,—. Verlag J. F. Bergmann, München.

Das seit vielen Ärztegenerationen bekannte STEURERSche Stenderwerk, zuletzt 1948 erschienen, wird nunmehr von seinen beiden Schülern Vosteen und Schloßhauer in völlig neubearbeiteter Form vorgelegt. Gerade in den letzten 20 Jahren hat sich die HNO-Heilkunde gründlich gewandelt. Dem wurde in dem vorliegenden Werk vollauf Rechnung getragen. Erwähnt seien die Wandlung mancher Krankheitsbilder durch die Einführung der Antibiotika, die hörverbessernden Operationen bei chronischer Otitis media und Otosklerose, die Anwendung technischer Hilfsmittel (Audiometer, Operationsmikroskop für Ohr und Larynx, Verfeinerung der Anästhesie, elektrische Hörgeräte), die ausführliche Darstellung bösartiger Geschwülste, der Stimm- und Sprachstörungen sowie die Neuaufnahme der Speicheldrüsenerkrankungen. Geblieben ist die bekannte und geschätzte klare Gliederung dieses Lehrbuches, das man Studenten, Allgemeinärzten wie auch dem Fachkollegen gleichermaßen empfehlen kann.

Dr. med. F. Sprenger, Würzburg

Nina Alexander: „Knlgge 70“. 230 S., 35 Kap., EfaIn, DM 16,80. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Die Umgangsformen haben sich, seit der erste „Knlgge“ vor 182 Jahren erschienen ist, gewaltig verändert. Alte Zöpfe aus Urgroßvaters Zeiten

sind verschwunden. Und vor allem sind alle Regeln beweglicher geworden, müssen nicht mehr tierisch ernst betrachtet und beachtet werden.

Nina Alexander hat mit „Knlgge 70“ ein Buch geschrieben, das dieser neuen Situation gerecht wird. Sie erzählt höchst amüsant die Geschichte zweier junger Leute, Susanne und Philipp.

Vom ersten Kennenlernen begleitet der Leser diese beiden „Anstandshelden“ zur Verlobung, zur Hochzeit, in beruflichen und familiären Situationen. Wie sich diese beiden jungen Leute richtig und auch feilsch benehmen, ist so reizend geschildert, daß der Leser seine helle Freude daran hat. Teens und Twens erkennen sich in Susanne und Philipp, die ihre Sprache sprechen, wieder. Und die Eltern lernen im Lesen, manche Probleme der jungen Generation besser zu verstehen.

Vieles in diesem mit leichter Hand geschriebenen und doch kenntnisreichen Buch, dessen Regeln sich so vergnüglich lesen, ist unkonventionell, manches rüttelt an falschverstandener Autorität

J. Quant: „Die zerebralen Durchblutungsstörungen des Erwachsenenalters“. 1067 S., 675 Abb., 45 Tab., Balacuir, DM 139,—. F. K. Schattauer Verlag Stuttgart.

Die zerebralen Durchblutungsstörungen des Erwachsenenalters beanspruchen in einer Zeit gesteigerter Lebenserwartung immer größeres medizinisches Interesse, steht doch die Mortalitätsziffer durch diese Erkrankungen statistisch immer noch an zweiter bis dritter Stelle der Gesamt mortalität. Das jetzt völlig überarbeitete, in 2. Auflage erschienene Werk, herausgegeben von J. Quant,

ist ein Sammelband, der die neuen experimentellen, europathologischen und klinischen Forschungsergebnisse der letzten acht Jahre umfassend berücksichtigt. Auf 1053 Seiten wird hier von Kennern der Materie mit großer Sachkenntnis eine umfassende Beschreibung des Gesamtkomplexes der zerebralen Durchblutungsstörungen gegeben, nachdem im 1. Kapitel die Grundlagen der zerebralen Blutversorgung und die Folgen von Störungen derselben besprochen werden. Die folgenden Kapitel behandeln dann die spezielle Diagnostik bei zerebralen Zirkulationsstörungen, die Krankheitsbilder bei zerebralen Durchblutungsstörungen, ferner die Differentialdiagnose zerebraler Gefäßprozesse und schließlich die für die Praxis ungemein wichtige Prophylaxe und Therapie der zerebralen Kreislaufstörungen. — Die Lektüre dieses Standardwerkes über zerebrale Durchblutungsstörungen führt in allen Fällen zu einer Bereicherung des Wissens auf diesem hochaktuellen medizinischen Gebiet und kann daher den Ärzten aller Fachrichtungen nur wärmstens empfohlen werden.

Dr. med. G. Vorberg, München

Flexible Taschenbücher

In diesen Tagen erschien in der Reihe „Flexible Taschenbücher“ seit Beginn im April 1964 der 100. Titel. Die Tatsache, daß bereits 54 Titel in Neuauflagen oder Nachdrucken vorliegen, ist wohl die beste Rechtfertigung für den begonnenen Weg, auch medizinisch-naturwissenschaftliche Publikationen in Form von preiswerten Taschenbüchern herauszubringen. Das Programm wendet sich nicht nur an Ärzte und Studenten, sondern auch an das medizinische Hilfspersonal sowie an Naturwissenschaftler. Die

Adumbran[®]

Thomae

beruhigt, entspannt, befreit von Angst.

3

inzwischen erreichte Breite des Programms ermöglicht insbesondere den Studenten die Anschaffung einer äußerst preiswerten Lehrbuchsammlung.

Bei allen Büchern handelt es sich um Originalpublikationen, von denen es also keine große und teure Parallelausgabe gibt. Fast alle Bücher wurden elgens für diese Reihe geschrieben; nur einige wurden dank ihrer Eignung aus dem früheren Verlagsprogramm ohne Kürzung in die Taschenbuchreihe übernommen.

Die Verfasser sind kompetente Fachleute, die es verstehen, Spezialgebiete so zu behandeln, daß Praktiker und Studierende das wesentliche ihres Fachgebietes mitgeteilt erhalten.

Hohe Auflagen und schärfste Kalkulation ist die Richtlinie des Verlages. In der Zwischenzeit wurden über 1,5 Mill. Bücher verkauft, ein Beweis, daß dieser Buchtyp in der wissenschaftlichen Literatur seinen festen Platz gefunden hat.

Vor einem Jahr wurde die Kooperation mit dem Deutschen Taschenbuchverlag, München, bekanntgegeben, und zwar für solche Titel, die einen Leserkreis über die unmittelbaren wissenschaftlichen Interessenten hinaus erwarten lassen. Bisher sind 9 Titel erschienen, und der bisherige Erfolg zeigt, daß über die Vertriebswege des dtv tatsächlich neue Leserkreise erschlossen werden. Diese Kooperation ist auch für die Autoren erfreulich, weil sie ein weit über den üblichen Taschenbuchlizenzen liegendes Honorar gewährleistet.

Als ein weiterer Höhepunkt der Reihe ist die deutsche Ausgabe des Buches „Nerv, Muskel und Synapse“ von Sir Bernard Katz, dem Nobelpreisträger für Medizin 1970, erschienen.

Nicht zuletzt sind es die Ladenpreise zwischen DM 6,80 und 15,80, die die „Flexiblen Taschenbücher“ – insbesondere bei den Studenten – so beliebt gemacht haben. Ein kurzes Beispiel: Zwei Bände „Innere Medizin“, ferner eine Anatomie und je ein Leitfaden für Zoologie und Botanik. Fünf wissenschaftliche Werke mit insgesamt rund 2400 Seiten und etwa 1300 Abbildungen. Wieviel darf das in herkömmlicher Art kosten? Ganz sicher doch etwa DM 250.–. Als Flexible Taschenbücher sind diese Bände für rund DM 60.– zu kaufen.

Die Verbreitung der Flexiblen Taschenbücher in der Originalsprache findet ihre natürliche Begrenzung durch das verhältnismäßig kleine deutsche Sprachgebiet. Dennoch ist es erstaunlich, daß rund 1/4 der Produktion exportiert wird. Auch in nicht deutschsprechenden Ländern haben sie sich längst durchgesetzt. Neben Ausgaben in englisch, französisch, italienisch und spanisch finden sich Übersetzungen in niederländisch, portugiesisch, serbokroetisch und polnisch.

Oft sah man auch in einer Fachpraxis noch die vor 20 bis 30 Jahren angeschafften Lehrbücher stehen. Beim preiswerten Taschenbuch jedoch leisten sich viele Ärzte den Keuf der jeweils neuesten Auflage; nicht zuletzt, weil sie raumsparend auf einem Regal in der Ordination Platz finden.

Dr. Schönbach: „**Pankreaserkrankungen**“. 160 S., 76 Abb., 30 Tab., lam. kart. DM 36.–. F. K. Schattauer Verlag, Stuttgart.

Die starke Zunahme der akuten Pankreatitis in Praxis und Klinik hat das Interesse an dieser Erkrankung und ihre Erforschung gefördert. Auf einem Symposium in Gießen am 9. Juni 1967

wurden die neuesten Erkenntnisse vorgetragen und diskutiert. Häufig wird die richtige Diagnose nicht oder zu spät gestellt. Rund 10–15% der Fälle verlaufen atypisch. Von den Laboruntersuchungen kommt der Trias Amylase- und Glukoseerhöhung im Serum und Leukozytose mit relativer Lymphopenie die größte Bedeutung zu. Die Therapie richtet sich nach der Schwere der Erkrankung: Schmerzbeämpfung, Schockbehandlung, Nahrungs- und Flüssigkeitskarenz, Absaugen des Magenseftes, Trasyolinfusionen, Infektprophylaxe, Kortison, Schonkost. Die chirurgische Behandlung ist vor allem bei chronischer und rezidivierender Pankreatitis angezeigt.

Dr. med. K. Pollak, München

Liliana Nikolova-Treova: „**Physiotherapie der chirurgischen Erkrankungen**“. 295 S., 95 Abb., kart. DM 38.–. Verlag Urban & Schwarzenberg, München.

Das vorliegende Werk der in Fachkreisen international bekannten Autorin spiegelt nicht nur deren reiche Erfahrung wider, sondern es läßt auch aus jedem Kapitel eine echte Begeisterung für die Physiotherapie, insbesondere aber für die Elektrophysiotherapie sprechen.

Selbst der mit der Materie Vertraute erhält eine Vielzahl interessanter Hinweise auf oft zu Unrecht zurückgesetzte oder in Vergessenheit geratene Verfahren. Die Annahme jedoch, daß sich das Buch entsprechend dem Titel bevorzugt an den Chirurgen wendet, täuscht.

Der Leser, der sich an Hand dieses Werkes in die Physiotherapie einarbeiten möchte, wird sich beim Studium bald erdrückt fühlen von der Fülle der jeweils gebotenen The-



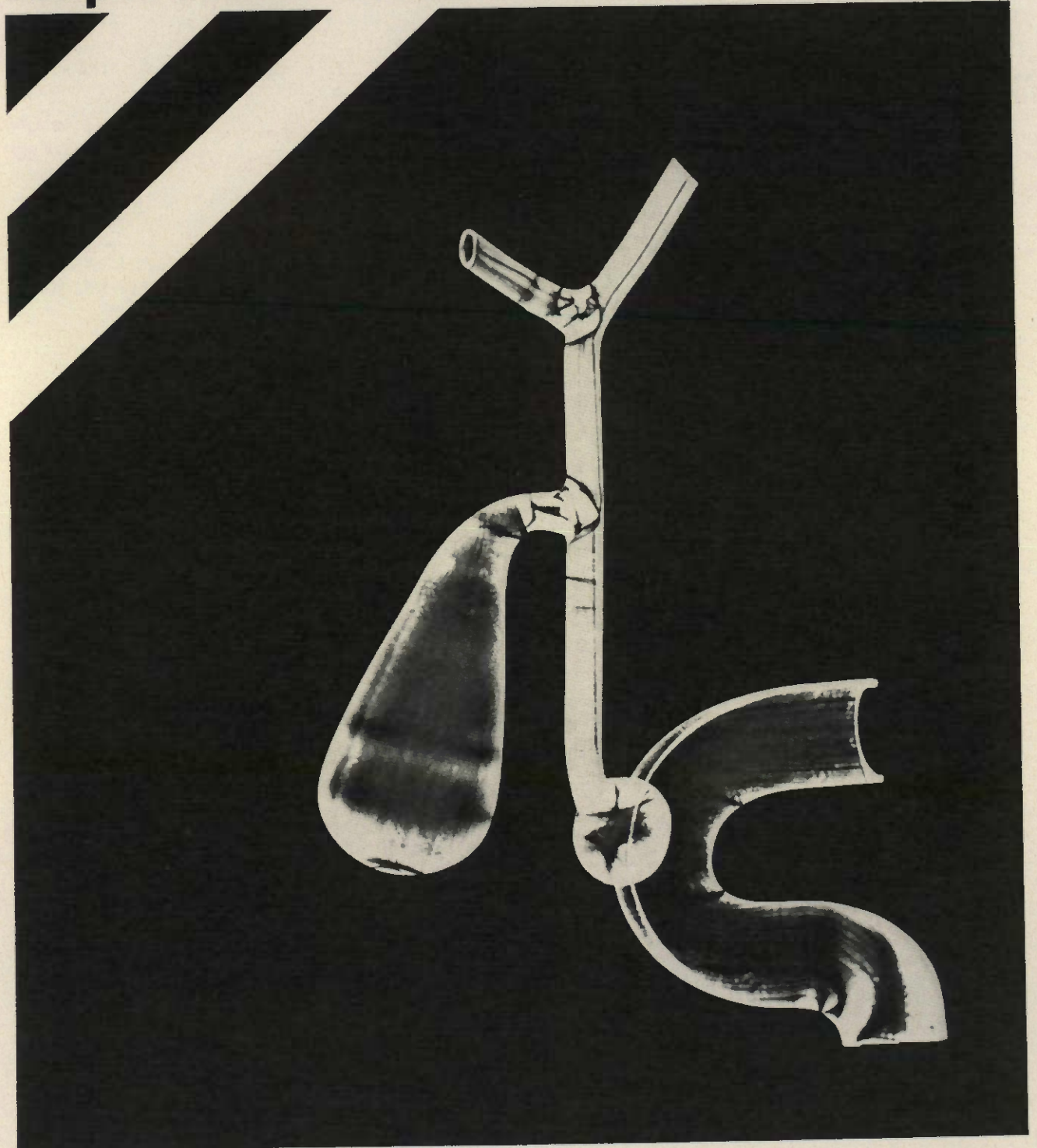
Zu ihrem
Glück-
Geld von uns.

Sie haben einen guten Start, weil sie eine gute Verbindung haben: Ihr Girokonto bei uns sichert ihnen Kredit.



Oddibil[®]

Amphocholereticum



Beständig.....
Beständig fließt-----
Beständig fließt die Galle

Oddibil®

Amphocholereticum

**– und
beständig fließt
die Galle
wie in
guten Tagen**

Oddibil® regelt den Gallefluß. Als Amphocholereticum wirkt Oddibil® jeder krankhaften Veränderung des Galleflusses entgegen: bei Hypercholerese hemmend, bei Hypocholerese anregend. Je mehr der Gallefluß übersteigert ist, desto eindeutiger ist die Bremswirkung – und umgekehrt. Die Galle fließt durch diese amphocholeretische Wirkung beständig und gleichmäßig. Um die geringen Schwankungen des normalen Galleflusses kümmert Oddibil® sich nicht: der physiologische Gallefluß bleibt unangetastet. Diesen normativen Effekt der Cholerese-Einpendelung ergänzt eine kräftige Relaxation am Sphinkter Oddi: das Gallenvolumen kann abströmen. Jede Drucksteigerung im Gallenwegsystem wird durch diese Doppelwirkung vermieden. Oddibil®, Amphocholereticum und Sphinkter-Spasmolyticum, stellt die physiologische Exkretion sowie die normalen Druck- und Flußverhältnisse im Gallenwegsystem wieder her.

Indikationen

schmerzhafte Gallenblasen- und Gallenwegs syndrom («Cholezystopathie» und «Cholangiopathie»)

Cholelithiasis und Choledocholithiasis

spastisch-hypertonische und hyperkinetische Dyskinesien
hypertonische Stauungsgallenblase

Dyscholie, vor allem Hypercholie mit schmerzhaften Stauungsbeschwerden

Verdauungsstörungen durch unregelmäßigen Gallefluß

Kontraindikationen

Keine; in zahlreichen tierexperimentellen und klinischen Prüfungen erwies sich Oddibil® bislang als atoxisch

Zusammensetzung

je Dragée 250 mg wäßriger Auszug aus *Fumaria officinalis*, sprühgetrocknet

Dosierung

Die Dosierung ist verschieden, je nachdem ob es sich um akute oder chronische Zustände handelt:

Akute Zustände:

Dyskinesien der Gallenwege, Gallenkolik durch Gallensteine, biliärer Migräneanfall:
4–6 Dragées auf einmal.

Chronische Zustände:

Dyskinesien der Gallenwege, Oberbauchschmerzen durch Gallensteine, biliäre Migräneanfälligkeit, Leberinsuffizienzsyndrome:
4 Dragées täglich; d.h. je 1 Dragée vor den Hauptmahlzeiten und 1 Dragée vor dem Schlafengehen.
Die Dauer der Verabreichung von Oddibil® wechselt je nach dem klinischen Zustand und erstreckt sich von zwei Wochen bis zu 2–3 Monaten. Die gute Verträglichkeit von Oddibil® gestattet erforderlichenfalls hohe Tagesdosen (6–8 Dragées) oder Kuren von mehrmonatiger Dauer.

A. Diederhosen KG
Bonn-Bad Godesberg

Oddibil®

repienvorschläge, zumal diese kaum eine abgestufte Wertigkeit für den jeweiligen Einzelfall erkennen lassen. Auch wird das Gesamtgebiet der Physiotherapie nur recht unausgewogen zur Darstellung gebracht. Bevorzugt werden elektrotherapeutische Verfahren und ganz besonders die Anwendung des Interferenz-Stromes empfohlen, während die Besprechung der krankengymnastischen Möglichkeiten, die allgemein bei chirurgischen Erkrankungen weitaus im Vordergrund stehen, einen relativ geringen Raum einnimmt.

Es läßt sich leider auch nicht übersehen, daß das Buch keineswegs die hierzulande vorherrschende Auffassung von der Physiotherapie der chirurgischen Erkrankungen widerspiegelt, sondern das Thema bevorzugt aus bulgarischer Sicht beleuchtet. Das stört natürlich denjenigen Leser, der selbst die Auswahl unter den verschiedenen angeführten Verfahren zu treffen vermag, keineswegs, wie er auch sicher großzügig über einige nicht ganz optimale Temperatur- und Zeitangaben oder Definitionen hinweglesen wird.

So kann dieses mit ungeheurem Fleiß zusammengestellte Buch durchaus dem in der Physiotherapie tätigen Arzt, der sich die Auswahl der Behandlungsverfahren bei den verschiedenen chirurgischen Erkrankungen selbst erarbeiten kann, und der sich bewußt ist, daß die Physiotherapie dieses Fachbereiches sich, jedenfalls im mitteleuropäischen Bereich, noch einer ganzen Reihe weiterer Behandlungsverfahren und -variationen zu bedienen weiß, durchaus empfohlen werden. Ebenfalls wird der interessierte Masseur und medizinische Bademeister bzw. Krankengymnast das Werk mit Gewinn studieren können. Es stellt eine Fund-

grube für viele wenig beachtete Anwendungen dar und gibt interessante Einblicke in die Physiotherapie Bulgariens.

Dr. med. W. Rulffs, Nürnberg

F. J. Scala: „**Handbuch der Diätik**“. 300 Rezepte, DM 29.50. Senses-Verlag, Wien.

Das Buch ist nach der Meinung von Professor Halden, Graz, der das Geleitwort geschrieben hat, dazu berufen, für neuzeitliche Entwicklungen auf dem Gebiete der Diätbehandlung jene Wege zu weisen, die bisher in ihrer Bedeutung noch nicht genügend erkannt worden sind. Der Autor selbst betrachtet seine Arbeit als eine neuartige, aber gedrängte Zusammenfassung der biologischen Heilkost, als eine Fibel der Diätetik, wobei für ihn Bircher-Benner und Max Gerson die Hauptrepräsentanten für die neuen Grundlagen der Diätetik dieses Jahrhunderts sind, zu denen noch Johannes Kuhl getreten ist. Ohne Gerson und Kuhl seien die allgemeinen Grundlagen zur Verhütung von Krebs nicht zu erfassen.

Der 1. Teil ist dem „Vollfasten“ und der „Übergangsdiet“ gewidmet, wobei insbesondere Brauchle, Schenk und Zabel sowie Buchinger Pate gestanden haben. Der 2. Teil hat verschiedene kochsalzfreie Kostformen, der 3. die pflanzliche Vollkost zum Gegenstand. Die Kost bei Diabetes sowie bei Rheumatismus und Gicht werden im 4. und 5. Teil besprochen, wobei auch physikalische Behandlungsmaßnahmen, insbesondere Trink- und Badekuren, abgehandelt werden. Milchuren, die Milch- und Semmelkur nach Franz Xaver Mayr, die Trennkost nach Howard Hey, die Waerlend-Kost, des Oshawa-Regime sowie die Ernährung des alternden Menschen werden im 6. – 11. Teil be-

sprochen. Max Gerson liefert im 12. Teil aus eigener Feder einen Beitrag zur „Diättherapie bösartiger Erkrankungen“. Dem gleichen Gegenstand ist die Kuhlsche Milchsäure-Kost („Schutzkost gegen Krebs“) im 13. Teil gewidmet, woran sich eine Zeittafel über die wichtigsten Abschnitte der Krebsforschung anschließt. Der 15. – 21. Teil endlich enthält Rezepte, Abhandlungen über Würzkräuter, Tees und Mineralwässer nebst Heilanzeigen sowie Fachausdrücke mit kurzen Erläuterungen, ein Rezept- und ein Literaturregister.

Wenn dieses „Handbuch“, das sich an Ärzte und an Laien wendet, auch dem Bereich der sogenannten natürlichen und biologischen Heilweisen zugeordnet werden muß und damit gewisse Einseitigkeiten aufweist, so hat es doch viele Gemeinsamkeiten mit Erkenntnissen der „Schulmedizin“. Auf jeden Fall wird auch der streng naturwissenschaftlich ausgerichtete Arzt das Buch mit Gewinn lesen, wenn er unbefangen an die Lektüre herantritt. Er wird viele Anregungen erhalten und es werden sich ihm Aspekte öffnen, die ihn zumindest nachdenklich machen.

Dr. med. R. Fischer, Bad Kissingen

W. Freytag: „**Wohin treibt die Jugend**“. 80 S., DM 6.—, J. F. Lehmann Verlag, München.

W. Freytag hat sich seit 1957 besonders den Problemen der Jugend verschrieben. Die Spannung zwischen der Entwicklungsbeschleunigung der körperlichen und einer Verzögerung der geistig-seelischen Entwicklung, dazu der Komplex einer immer noch „unbewältigten Vergangenheit“, einseitige Beeinflussung durch Presse, Rundfunk, Fernsehen und Schulen und das Fehlen eines von der Ju-

Adumbran[®]

Thomae

bewährt, zuverlässig,
wenn psychische Faktoren organisches Geschehen belasten.

4

gend ersehnten Leitbildes gelten ihm als Ursache der Unruhe in unserer heutigen Jugend. Studium der zahlreichen einschlägigen Publikationen, eingehende Diskussionen mit Studenten, persönliches Kennenlernen der Universitäten in den Oststaaten, Fregebogenaktionen bei 2000 Studenten über Geschichtskennntnisse der Zeit 1919 – 1945, über deren politische Grundeinstellung und ihr Verhältnis zu einer europäischen Integration gaben ihm die solide Grundlage für seine Ausführungen.

Er schreckt nicht devor zurück, heiße Eisen einzufassen und verfällt nicht in den Fehler so mancher unserer Hochschullehrer und sich besonders zu den Intellektuellen rechnenden Zeitgenossen, der Jugend schöne Worte zu machen, sondern zeigt Irrtümer und Gefahren unverblümt auf, scheut sich aber auch nicht, Mißstände an unseren Hochschulen offen aufzuweisen, Vorschläge zu deren Beseitigung zu machen; er sucht die seelische Not der Jugend zu verstehen, Verständnis für die Ursachen der studentischen Unruhen zu erwecken und der Jugend neue und vor allem nutzvol-

lere politische Vorstellungen zu vermitteln.

Die Abhandlung des verdienten Kollegen gehört ebenso in die Hand der Jugend wie der Eltern und Erzieher-schaft (einschließlich der Professoren) die daraus klare Einsichten und wertvolle Anregungen zu vernünftigerem Verhalten gewinnen können. Außer der hier besprochenen Broschüre ist der Autor noch bekennt geworden durch sein Buch „Politik für jedermann“ mit einem Nachwort von Universitätsprofessor Dr. Meyer, ferner für Fachchirurgen durch ein Buch über die Behandlung von Frakturen. Im März dieses Jahres wird im Herder Verlag von Freytag das Werk „Sex – Ehe und Gesellschaft“ (ein Handbuch aus ärztlicher Sicht) erscheinen, ca. 300 S. mit 46 Abb. (Nachwort Professor Dr. Jörgensen). Auch dieses Buch sollte in die Hände möglichst vieler Jugendlicher, Eltern, Erzieher – einschließlich Ärzten – gelangen, um durch seine sehr wertvollen Anregungen zu klaren Einsichten und vernünftigem Verhalten zu führen.

Dr. med. H. Schauwecker, Berching

Kongreßreisen

Das Deutsche Reisebüro (DER) führt in Zusammenarbeit mit der Ärztlichen Pressestelle für Baden-Württemberg sowie den Redaktionen „Bayerisches Ärzteblatt“, „Niedersächsisches Ärzteblatt“ und „Rheinisches Ärzteblatt“ folgende Kongreßreisen durch:

9. – 24. April 1971

USA-Fachstudienreise „Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Arbeitshygiene“
New York-Weyne, N. J.-Rochester-Buffalo-Pittsburgh, Pe.-Washington, D. C.-Richmond-Atlanta, Ga.

Reisepreis pro Person: DM 3119,-

5. – 17. September 1971

Studienreise in die Sowjetunion für Gynäkologen

Moskau-Tiflis-Erewan-Leningrad

Reisepreis pro Person: DM 1816,-

Ausführliche Programme stehen auf Anforderung zur Verfügung.

Auskunft: „Bayerisches Ärzteblatt“, 8000 München 23, Königinstraße 85, Telefon 33 20 21

ESDESAN®
cum Nitro

Dragées und Tropfen

bei pectanginösen Zuständen, Koronarsklerose, vegetativ bedingten Herz- und Kreislaufbeschwerden

Packungen mit 30 und 60 Dragées

Flaschen mit 25 und 50 ml

Klinikpackungen

Schrifttum und Mustar auf Anfrage



AKTIENGESELLSCHAFT FÜR MEDIZINISCHE PRODUKTE

1 BERLIN 65

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.

Mal 1971:

1.—2. 5. in Frankfurt:

9. **Symposium der Arbeitsgemeinschaft zur Erforschung der ärztlichen Allgemeinpraxis** zusammen mit dem 2. **Wissenschaftlichen Kongreß des Deutschen Instituts für Allgemeinmedizin**. Auskunft: Dr. Rhein-dorff, 6000 Frankfurt, Postfach 900240.

1.—3. 5. in Kiel:

Jahrestagung der Deutschen EEG-Gesellschaft. Auskunft: Professor Dr. H. Doose, 2300 Kiel-Hassee, Fröbelstraße 15—17.

3.—9. 5. in Merienbad/Marlanske:

Techechoslowakisch-deutsche Konferenz über Rheuma. Auskunft: Dr. O. Vojtisek, Výzkumný ústav revmatických chorob, Prag 2, Albertov 6.

3.—14. 5. in Berlin:

Arbeitsmedizinischer Fortbildungslehrgang zur Einführung in die Toxikologie und andere Gebiete der Arbeitsmedizin. Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83.

4. 5. in Hamburg:

Sitzung des Ärztlichen Vereins. Auskunft: Ärztekammer Hamburg, 2000 Hamburg 1, An der Alster 48.

5.—7. 5. in Mailand:

Symposium international sur l'Hormone Sometotropa. Auskunft: Drs. A. Pecila et E. Müller, Istituto di Farmecologia dell'Università, 32 Via Vanvitelli, I-20129 Mailand.

5.—7. 5. in Regensburg:

Fortbildungstagung für Schwestern und Pfleger an psychiatrischen Kliniken. Auskunft: Obermedizinischer Direktor Dr. Meier, 8400 Regensburg, Postfach 25.

5.—9. 5. in München:

3. **Diagnostik-Woche mit internationaler pharmazeutischer und medizini-**

sch-technischer Ausetattung. Auskunft: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik, 7000 Stuttgart-Dagerloch, Hans-Neuffer-Weg 2.

7.—8. 5. in Stuttgart:

Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin. Auskunft: Medizinischer Direktor Dr. Zorn, 7000 Stuttgart, Lautenschlegelstraße 21.

7.—9. 5. in Schaffhausen (Schwyz):

15. **Internationaler ärztliche Fortbildungstagung Bodensee**. Auskunft: Dr. med. W. Gujer, CH-8200 Schaffhausen, Vordergasse 4.

8.—9. 5. in Bad Harzburg:

9. **Ärztliche Fortbildungstagung**. Auskunft: Ärztekammer Niedersachsen, 3300 Braunschweig, Postfach 268.

9.—12. 5. in Leipzig:

IX. **Jahrestagung der Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik**. Auskunft: Professor Dr. Rotsch, X-701 Leipzig, Liebigstraße 16.

9.—16. 5. in Bad Wörishofen:

31. **Fortbildungslehrgang der Ärztlichen Gesellschaft für Physiotherapie**. Auskunft: Sekretariat des Kneipp-ärztebundes, 8937 Bad Wörishofen, Fidel-Kreuzer-Straße 17.

9.—18. 5. in Salsomaggiore Terme:

IX. **Fortbildungskongreß des Europaeum Medicum Collegium**. Auskunft: Professor Dr. F. Rausch, 6000 Frankfurt 60, Friedberger Landstraße 422 I.

10.—15. 5. in Mainz:

74. **Deutscher Ärztetag**. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410 220.

14.—16. 5. in Düsseldorf:

6. **Tagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft**. Auskunft: Professor Dr. K. Jahnke, 5600 Wuppertal-Elberfeld, Arrenbarger Straße.

15.—16. 5. in Grafschaft I. W.:

Fortbildungslehrgang der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Auskunft: Ärztekammer Westfalen-Lippe, 4400 Münster, Kaiser-Wilhelm-Ring 4—6.

18.—19. 5. in Bad Godesberg:

Hygiene-Symposium 1971. Auskunft: Arbeits- und Forschungskreis Hygiene

und Sauberkeit, 4000 Düsseldorf 1, Postfach 1100.

18.—20. 5. in Grenoble:

V. **Deutsch-französisches Gynäkologentreffen**. Auskunft: Sekretariat der Universitäts-Frauenklinik, 8700 Würzburg, Josef-Schnaider-Straße 4.

19.—23. 5. in Velden:

8. **Veldener Symposium**, 23. **Kärntner Ärztetreffen** und 3. **Symposium des Österreichischen Instituts für Allgemeinmedizin und rationelle Praxisführung**. Auskunft: Ärztekammer für Kärnten, A-9020 Klagenfurt, Bahnhofstraße 22.

20.—22. 5. in Düsseldorf:

52. **Deutscher Röntgenkongreß**. Auskunft: Professor Dr. med. H. Viatan, 4000 Düsseldorf, Moorenstraße 5.

20.—23. 5. in Innsbruck:

11. **Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Tuberkulose und Lungenerkrankungen** und 15. **Kongreß der Süddeutschen Gesellschaft für Tuberkulose und Lungenerkrankungen**. Auskunft: Professor Dr. F. Mlczoch, A-1090 Wien, Alser Straße 4.

20.—23. 5. in Regensburg:

46. **Fortbildungsveranstaltung des Kollagiums für ärztliche Fortbildung**. (Themen: „Urologie für Praxis, Grundlagen moderner Pharmakotherapie, aktuelle Impfprobleme“). Auskunft: Sekretariat für ärztliche Fortbildung, 8400 Regensburg, Altes Rathaus.

22.—23. 5. in Düsseldorf:

12. **Neurologischer Fortbildungskurs der Deutschen Gesellschaft für Neurologie**. Auskunft: Sekretariat der Neurologischen Universitäts-Klinik, 4000 Düsseldorf, Moorenstraße 5.

22.—23. 5. in Timmendorferstrand:

Wochenendtagung. Auskunft: Ärztekammer Hamburg, 2000 Hamburg 1, An der Alster 48.

22. 5.—5. 6. in Montecatini Terme:

IX. **Internationaler Fortbildungskongreß**. (Thema: „Probleme des Eiweißstoffwechsels in Forschung, Klinik und Praxis“). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410 220.

23.—28. 5. in Bad Hofgastein:

XVII. **Österreichische Sozialmedizinische Tagung**. Auskunft: Österreichische wissenschaftliche Gesellschaft



Laufnasen

**den
Laufpaß
geben
mit
Naldecocol**

sicher

in der Wirkung

einfach

im Gebrauch

bequem

in der Dosierung

Manteltabletten mit Soforteffekt und Langzeitwirkung für 6–8 Stunden und wohlschmeckender Sirup.

Vier vollwirksame Rhinotherapeutika in jeder Tablette, auf jedem Löffel Naldecocol.

Mit jeder Dosis so viel wie nötig, so wenig wie möglich.

Vier Trümpfe gegen die lästigen Schnupfensymptome. Bestverträglich für Erwachsene, Kinder und alle schleimhautempfindlichen Patienten.

Naldecocol enthält

pro Tablette bzw. 10 ml Sirup:

D, L-Norephedrin-hydrochlorid	40 mg
Phenylephrin-hydrochlorid	10 mg
Phenyltoloxamin-citrat	15 mg
Carbinoxamin-maleat	5 mg

Handelsformen von Naldecocol

Packungen mit 12, 24 und 120 Tabletten

Flaschen mit 100 ml Sirup

Nähere Hinweise über Indikationen und Dosierung entnehmen Sie bitte dem Packungsprospekt.

Naldecocol[®]

Lappe ARZNEIMITTEL

für prophylaktische Medizin und Sozialmedizin, A – 1090 Wien, Berggasse 4/5.

24. – 26. 5. in Freiburg i. B.:

Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs-, Versorgungs- und Verkehrsmedizin. Auskunft: Professor Dr. Contzen, 6000 Frankfurt, Holbeinstreße 57.

26. – 28. 5. in Melbourne:

Internationale Konferenz über Kardiologie und Herzchirurgie. Auskunft: Dr. J. Clarebrough, Post Box 29, Parkville, Victoria, Australien 3052.

26. – 29. 5. in Dublin:

Jahrestreffen der Europäischen Gesellschaft für Kinderkardiologie. Auskunft: Dr. O. C. Ward, Hospital for Sick-Children, Cromlin-Dublin, Irland.

27. – 29. 5. in Salzburg:

XXI. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie. Auskunft: Professor Dr. Dr. G. Steinhart, 8520 Erlangen, Glückstraße 11.

28. 5. – 11. 6. in Greda:

XIX. Internationaler Fortbildungskon-

greß. (Thema: „Probleme der Eiweißstoffwechsele in Forehung, Klinik und Praxis“). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410 220.

30. – 31. 5. in Venedig:

5. Venezianische Neuropsychiatrisches Symposium. Auskunft: Professor Dr. J. Kugler, A – 8036 Graz, Auenbrugger Platz 22.

Bellagenhinweis:

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigelegt:

Chemiewerk Homburg, Frankfurt

Boehringer, Ingelheim

Kell-Chemie AG, Hannover

Besel AG, Besel

Biodynamics, Hemburg

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

Leserbriefe stellen keine Meinungsäußerung des Herausgebers oder der Schriftleitung dar. Das Recht auf Kürzung bleibt vorbehalten.

Bezugspreise vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 5,5% = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Postscheckkonto Nr. 52 52, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8000 München 15, Postfach, Sonnenstraße 29, Telefon 55 80 81, Fernschreiber: 05 23 66 2, Telegrammadresse: allas-presa. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharshinger, München.

Druck: Druckerei und Verlag Hans Zauner Jr., 8060 Dachau.

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

Überholen Sie die Zeit. Bis 31.3.

Sie kommen Ihren Wünschen jetzt ein gutes Stück näher. Wenn Sie bis zum 31. 3. Bausparer bei der Landesbausparkasse werden. Dann können Sie bis zu einem halben Jahr früher in eigenen vier Wänden wohnen. Und aufhören mit dem Mietezahlen.

Lassen Sie sich diesen Vorteil nicht entgehen.

Denn soviel ist sicher: Einen Bausparvertrag werden Sie früher oder später doch brauchen. Nur über einen Bausparvertrag kommen Sie an unser begehrtes Baudarlehen. Zu einem besonders niedrigen Zinssatz. Günstiger gibt es Ihnen kaum einer.

Dazu kommt die Hilfe des Staates. Denn er steckt Ihnen jedes Jahr einiges zu: Bausparprämie, Zusatzprämie bei mittlerem Einkommen und für Arbeitnehmer die Sparszulage nach dem 624-Mark-Gesetz. Und Zinsen von uns bekommen Sie obendrein.

Starten Sie jetzt! Schlagen Sie der Zeit ein Schnippchen. Bringen Sie bis zum 31. 3. Ihren Bausparvertrag unter Dach und Fach. Damit Sie früher unter Ihrem eigenen Dach sind.

Wichtiger Termin: 31. März

**Landes
Bausparkasse**

8 München 2 · Karolinenplatz 1 · Tel.: 21721



Wir sind die Bausparkasse der Sparkassen