

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 9

München, September 1965

20. Jahrgang

18. Bayerischer Ärztetag in Bayreuth

Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer am 15./16./17. Oktober 1965

Eröffnung des Ärztetages: Freitag, den 15. Oktober 1965, 19.30 Uhr, im Markgräflichen Opernhaus

Arbeitstagen: Samstag, den 16. Oktober, und Sonntag, den 17. Oktober,
jeweils um 9.30 Uhr im Balkansaal der Stadthalle

Die Verhandlungen werden in geschlossenen Sitzungen stattfinden, zu denen außer den Delegierten nur Ärzte als Zuhörer gegen Ausweis Zutritt haben. Stimmübertragung ist nach dem Kammergesetz nicht zulässig.

Tagesordnung:

1. Tätigkeitsbericht der Kammer
2. Rechnungsabschluß 1964 für Kammer und Kindergeldkasse; Varanschlag 1965 für die Kammer
3. Formelle Aufhebung des Beschlusses über die Errichtung einer Kindergeldkasse bei der Bayerischen Landesärztekammer, der Verwaltungsanordnung zur Kindergeldkasse und des Teiles B der vom 13. Bayerischen Ärztetag 1960 beschlossenen Beitragsordnung zur Bayerischen Landesärztekammer
4. Einführung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“ in die Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. 4. 1958
5. Krankenhausplanung in Bayern; Referent: Ministerialrat Dr. Hein
6. Die Bayerische Ärzteversorgung
7. Wahl des Tagungsortes des 19. Bayerischen Ärztetages

Rahmenprogramm:

Samstag, den 16. Oktober

9.30 Uhr Abfahrt mit Omnibus zur Stadtrundfahrt und zur Besichtigung des Sammerschlusses Eremitage

Treffpunkt im kleinen Saal der Stadthalle (Mittagessen für die Rundfahrtteilnehmer im Jagdschloß Thiergarten)

20 Uhr im großen Haus der Stadthalle Theateraufführung des Gastspieltheaters „Grüner Wagen“ mit einer Komödie „Karoline“. Anschließend (gegen 22 Uhr) geselliger Abend mit Tanz im Foyer und Balkansaal der Stadthalle.

Die Schwangerenvorsorgeuntersuchung

Der Haemolysinnachweis zur Erkennung einer Immunisierung im AB0-Blutgruppensystem und weitere serologische Untersuchungsmethoden zum Antikörpernachweis

Von Jutta-Theresia Böttger

In den letzten Jahren hat man durch die verbesserten diagnostischen Möglichkeiten erkannt, daß die Zahl der Fälle von AB0-Erythroblastosen die des Morbus haemolyticus neonatorum durch Rhesus-Unverträglichkeit noch übertrifft (4, 11, 12, 19, 27). Das bedeutet, daß man bei einer Vorsorgeuntersuchung, die nur auf den Nachweis irregulärer Antikörper des Rhesus-Systems (einschließlich der sog. „seltenen Antikörper“ Kell, Duffy usw.) ausgerichtet ist, die Hälfte aller Erythroblastosefälle nicht erfassen würde.

Die Gefahr einer nicht rechtzeitig einsetzenden Behandlung beim Neugeborenen ist aber bei einer unvollständig voruntersuchten Mutter größer als bei einer gar nicht voruntersuchten Frau. Seit Juli 1964 sind zahlreiche Fälle bekanntgeworden, bei denen die Kinder zu spät verlegt worden waren. Der behandelnde Arzt bzw. die Hebamme hatte die vorzeitig auftretende extreme Gelbsucht für ungefährlich gehalten, da die Mutter serologisch voruntersucht und kein Antikörper-Befund in dem Blutgruppenausweis eingetragen war. In der überwiegenden Zahl der Fälle handelte es sich hierbei um einen Morbus haemolyticus neonatorum im AB0-System. Seltener waren andere Faktoren: Anti Kell, Anti Duffy oder Anti-c die Ursache der Erkrankung des Neugeborenen.

Es war deshalb unbedingt erforderlich, den Antikörper-Suchtest in der Schwangerenvorsorgeuntersuchung auf die Erfassung von Immunantikörpern im AB0-System auszudehnen.

Die Mütter von AB0-Erythroblastose-Kindern gehören zum überwiegenden Teil der Blutgruppe 0 an (4, 11, 27). Seltener findet sich ein Immun-Anti-A bei einer Frau der Blutgruppe B, während sich eine Patientin der Blutgruppe A fast nie gegen B immunisiert. Wir können deshalb unsere spezifische Antikörpersuche auf die Frauen der Blutgruppe 0 beschränken, wenn wir jene Mütter anderer Blutgruppen einbeziehen, die bereits in der Serumkontrolle deutliche Haemolysine gegen A oder B zeigen (4).

Die Methoden zum Nachweis eines Immun-Anti-A oder B im Serum sind technisch verhältnismäßig schwierig. Bei allen Ansätzen muß zweizeitig gearbeitet werden. Im ersten Teil der Versuchsanordnung muß das „natürliche“ Anti-A oder -B aus dem 0-Serum entfernt werden, um im zweiten Teil der Reaktion das jetzt noch allein vorliegende Immun-Anti-A oder -B nachzuweisen (2, 3, 11). Nur diese Immunantikörper gehen aber auf das ungeborene Kind über und können dieses schädigen (11, 14). Deshalb ist es notwendig, bei jeder schwangeren Frau nachzuprüfen, ob sie Trägerin von Immunantikörpern ist.

Die technisch einfachste, wenn auch keineswegs erschöpfende Methode zum Ausschluß eines Immunantikörpers im AB0-System ist der richtig durchgeführte Haemolysinnachweis.

Man weiß heute, daß es keine Immunisierung im Bereich der klassischen Blutgruppen gibt ohne das gleich-

zeitige Auftreten von Haemolysinen (2, 3, 13, 18, 22, 27). D. h. bei einer Immunantikörper-Bildung gegen A trägt der Patient Haemolysine gegen A in seinem Serum, eine Immunisierung gegen B geht entsprechend mit dem Auftreten von Haemolysinen gegen B einher (Tab. 1). Haben wir also das Serum einer Schwangeren als sicher lysinfrei erkannt, so ist damit bei dieser Patientin eine Immunisierung im Bereich der klassischen Blutgruppen ausgeschlossen und für das zu erwartende Kind mit keiner AB0-Unverträglichkeit zu rechnen.

Ein positiver Haemolysinnachweis ist dagegen noch nicht gleichbedeutend mit einer Immunisierung, die stark genug ist, um eine Erkrankung des Neugeborenen zu bewirken (1, 18, 23, 27). Die Wahrscheinlichkeit eines Morbus haemolyticus neonatorum beim Neugeborenen nimmt mit steigendem Haemolysintiter zu. Bei Titerwerten über 1:4 ist eine Erkrankung wahrscheinlich, falls das Kind der entsprechenden Blutgruppe angehört und keine Frühgeburt ist (3, 21). Wir können also mit dem Haemolysinnachweis eine Immunisierung ziemlich sicher ausschließen, jedoch nicht sicher nachweisen. Hierzu sind andere, technisch schwierigere Methoden notwendig, die einen sicheren Nachweis von Immun-Anti-A oder -B im Serum ermöglichen. [Der AB-Gamma-Test (11), die Hitzeresistenzprüfung (9, 15), die Komplementbindungsreaktion (2, 3), die Substanzabsorption = modifizierter WITEBSKY (9, 10, 27).]

I. Besonderheiten des Haemolysintestes zum Immunantikörpernachweis im AB0-System

1. Ein Haemolysinnachweis ist nur mit frischem Serum möglich. Im Serum, das älter als 48 Stunden ist und nicht im Kühlschrank gelagert war, sollten keine Haemolysintiter mehr bestimmt werden. Es ergeben sich zu niedrige Titer oder falsch negative Befunde. Auf Grund des zwischenzeitlich eingetretenen Komplementmangels wird Lysinfreiheit vorgetäuscht. Bei Lagerung der Seren im Kühlschrank oder in kühler Raumtemperatur lassen sich die Haemolysine im Suchtest etwa eine Woche lang nachweisen, jedoch findet ein Titerverlust statt. Waren die Seren höheren Temperaturen ausgesetzt, z. B. auf dem Transport im Sommer, müssen sie zum Haemolysinnachweis mit Komplement (konserviertem Meerschweinchen-Komplement oder frischem menschlichem AB-Serum) versetzt werden. Am besten ist es, die Seren, falls sie nicht sofort untersucht werden können, einzufrieren.

2. Der Grad der Haemolyse (komplett oder partiell) ist absolut von der Aufschwemmungsdichte der verwendeten Testerythrocyten abhängig.

3. Der Haemolysinnachweis muß immer gegen A₁-Testerythrocyten geführt werden. A₂-Testerythrocyten dürfen hierzu nicht allein verwandt werden. Häufig sind in einem Serum die Haemolysine nur gegen A₁ vorhanden, jedoch nicht gegen das in seiner antigenen Wirksamkeit schwächere A₂ (s. Tab. 1).

4. Das Ablesen der Haemolysen bereitet oft Schwierigkeiten. Eine Haemolyse ist „lackfarben“, d. h. man

kann durch sie hindurch eine daruntergehaltene Schrift klar lesen, im Gegensatz zu einer nicht agglutinierten Erythrocytenaufschwemmung, die ebenfalls rot aber trüb ist und kein Hindurchlesen gestattet.

Probe: Glasobjektträger oder Reagenzglaskuppe über bedrucktes Papier halten.

Probe: 2 Tr. Aqua dest. + 1 Tr. Testeryaufschwemmung = komplette Haemolyse.

1 Tr. Aqua dest. + 1 Tr. Testeryaufschwemmung + 1 Tr. physiologischer Kochsalzlösung = partielle Haemolyse.

II. Besonderheiten beim Immunantikörpernachweis des Rhesus- und der anderen Blutgruppensysteme

Als Antikörpersuchtest außerhalb des AB0-Systems, also für das Rhesus- und alle übrigen Blutgruppensysteme, nimmt der indirekte Coombs test eine zentrale Stellung ein. Daneben leistet der sehr viel empfindlichere Enzym-Test wertvolle Dienste. Er stellt die optimale Ergänzung des indirekten Coombstestes (= Antihumanglobulin-Testes) dar, kann diesen jedoch nicht ersetzen (6, 7, 8, 17). Beide Tests haben genau wie der Lysintest ihre Besonderheiten, von deren Beachtung der Erfolg der Methoden abhängt.

1. Von entscheidender Bedeutung bei beiden Methoden ist die Wahl geeigneter Testerythrozyten. Die Erfassung von irregulären Antikörpern im Serum einer Patientin setzt das Vorhandensein des entsprechenden Antigens an den verwendeten Testerythrozyten voraus. D. h., ein Anti-D kann nur durch Rh-positive Testerythrozyten nachgewiesen werden, ein Anti-Kell wird nur mit Kell pos. Testerythrozyten erfaßt. Da in der Schwangerenvorsorgeuntersuchung jeder evtl. vorliegende Antikörper im Serum der Mutter erkannt werden muß, ist es unbedingt erforderlich, Testerythrozyten zu verwenden, die alle bekannten klinisch wirksamen Antigene enthalten.

Cc D E eCw, Kk, Ss, Fya Fyb, Lua Lub, Jka Jkb (Lea Leb, M, N, P).

2. Der richtige Ausfall des indirekten Coombstestes hängt wesentlich vom Waschvorgang ab. Nach der Inkubation muß das Erythrozytensediment 3-5mal in reichlich physiologischer Kochsalzlösung gewaschen werden. Es genügt nicht, das zentrifugierte Sediment abzupipettieren und erneut mit Kochsalz aufzufüllen. Vielmehr muß das Sediment in der neuen Waschflüssigkeit restlos aufgeschüttelt werden, bevor es erneut zentrifugiert wird. Ein schlecht gewaschener Coombstest wird falsch negativ. Da das Serumweiß nicht restlos entfernt ist, liegen die Erythrozytenrezeptoren nicht frei und das hinzugefügte Coombsserum kann nicht angreifen. Dadurch bleibt die Agglutination aus.

3. Das Coombsserum muß vor der Anwendung auf Zimmertemperatur gebracht werden. Zu kaltes Coombsserum gibt falsche Ergebnisse.

4. Sehr hochtitrige Antikörper zeigen manchmal ein Prozonophänomen. Das heißt, sie geben in den ersten Titerstufen falsch-negative Ergebnisse. Erst von einer gewissen Serumverdünnung ab wird der Reaktionsausfall positiv. Im Antikörpersuchtest, in dem mit der Verdünnung 1:1 gearbeitet wird, können solche Seren also falsch negativ anzeigen. Bei anamnestischem Verdacht auf Sensibilisierung und negativem Antikör-

Tag post injekt. A und B i. m.	Haemolyse (partielle Haemolyse)			AB-Gamma-Test			Substanzabsorption			70-Grad-Hitzeinaktivierung			Komplementbindungsreaktion		
	A ₁	A ₂	B	A ₁	A ₂	B	A ₁	A ₂	B	A ₁	A ₂	B	A ₁	A ₂	B
1. Tag	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
2. Tag	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
3. Tag	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
4. Tag	1:1	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
5. Tag	1:2	1:1	1:1	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
6. Tag	1:6	1:1	1:2	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
7. Tag	1:16	1:2	1:4	±	±	±	±	±	±	±	±	±	1:4	1:18	1:2
8. Tag	1:32	1:2	1:4	±	±	±	±	±	±	±	±	±	1:32	1:32	1:2
9. Tag	1:64	1:4	1:8	±	±	±	±	±	±	±	±	±	1:64	1:64	1:4
10. Tag	1:128	1:4	1:16	±	±	±	±	±	±	±	±	±	1:128	1:128	1:8
11. Tag	1:256	1:4	1:32	±	±	±	±	±	±	±	±	±	1:256	1:1	1:16
30. Tag	1:256	1:16	1:128	±	±	±	±	±	±	±	±	±	1:256	1:6	1:126

Tabelle 1: Beginnende Immunsierung im AB0-Blutgruppensystem. Kontrolluntersuchungen im Haemolysintiter und drei spezifischen Nachweismethoden.

persuchtest muß daher zusätzlich mit der Serumverdünnung 1:8 gearbeitet werden. Das Prozonophänomen kann sowohl im indirekten Coombs- als auch im Fermenttest auftreten.

5. Das Fermentieren der Erythrozyten mit Papain, Trypsin, Spectrazyme oder Bromelin dient dazu, die Oberfläche des Testerythrozyten „anzudauen“ und so die Blutgruppenrezeptoren leichter für die Antikörper angreifbar zu machen. Mit fermentierten Testerythrozyten können daher inkomplette Antikörper ohne Anwendung von Wärme und Hochproteinmilieu im einfachen Kochsalzansatz, wie er in der Serumkontrolle vorliegt, nachgewiesen werden. Die Methode ist sehr empfindlich und erfaßt manchmal schwache Antikörper, die im indirekten Coombstest nicht erkannt werden (8, 17). Einige der Erythrozytenantigene werden durch das Fermentieren zerstört, so daß die entsprechenden Antikörper im Fermenttest nicht nachgewiesen werden können, auch dann nicht, wenn die Antikörper mit einem hohen, für das Kind bedrohlichen Titer vorliegen. Aus diesem Grunde ist der Fermenttest als einzige Antikörper-Suchmethode unzuverlässig. Er stellt aber eine wesentliche Ergänzung des indirekten Coombstestes dar und sollte, da er keine Mehrarbeit bedeutet, im Rahmen der Serumkontrolle als zweite Suchreaktion mitgeführt werden.

8. Im Gegensatz zum positiven Haemolysinnachweis, bei dem der gefundene Immunantikörper seiner Natur nach sofort als Anti-A oder Anti-B aufgeklärt ist, muß der im positiven indirekten Coombstest oder positiven Fermenttest gefundene irreguläre Antikörper anschließend differenziert werden. Erst durch die Differenzierung ist es möglich, die Art des Antikörpers bei der Mutter zu klären und das für die spätere Austauschtransfusion beim Neugeborenen benötigte Blut zu bestimmen. Die Differenzierung erfolgt gegen mehrere Typen von Testerythrozyten der Gruppe 0 mit einander entsprechenden Antigenmustern, sog. „Pannels“. Je nach Ausfall der positiven und negativen Reaktionen kann dann in der mitgelieferten Tabelle die Natur des Antikörpers abgelesen werden. Etwa 90—92% der im indirekten Coombs- und Fermenttest gefundenen irregulären Antikörper werden als Anti-D differenziert, die übrigen 8—10% verteilen sich in absteigender Häufigkeit auf folgende Blutfaktoren: c, K, E, Fya, (Le^a), C, (Le^b) usw. (4, 16). Die Antikörperdifferenzierung kann entweder im indirekten Coombstest oder im 3-Stufen-Test erfolgen. Der 3-Stufen-Test hat den Vorteil, daß man die meisten Antikörper bereits in der ersten oder zweiten Stufe differenzieren kann, ohne erst den indirekten Coombstest anschließen zu müssen.

7. Titerkontrollen: Bei jeder Titerkontrolle muß das alte eingefrorene Serum der letzten Titerbestimmung mitgeführt werden. Bei jeder Titerkontrolle ist also eine doppelte Verdünnungsreihe, einmal des neuen und einmal des alten Serums, parallel im gleichen Arbeitsgang mit denselben Testerythrozyten anzusetzen. Der Titer eines Antikörpers ist im hohen Maße von der angewandten Methode, dem jeweiligen Ansatz sowie der Art der verwandten Testerythrozyten abhängig. Durch die Verwendung verschiedenartiger Testerythrozyten (Alter, homozygot oder heterozygot im untersuchten Antigen) können sich Titerdifferenzen von 3 bis 4 Stufen bei derselben Serumprobe ergeben! Es ist daher nicht möglich, Einzeltiter miteinander zu

vergleichen und daraus Schlüsse auf einen Titeranstieg oder Titersturz zu ziehen. Titerkontrollen sollten im indirekten Coombstest möglichst gegen homozygote Testerythrozyten durchgeführt werden. Z. B. beim Anti-D-Titer-Erythrozyten der Formel: CDE/cDE verwenden. — Alter beachten, frische Testerythrozyten geben höhere Titer als solche kurz vor dem Verfallstag.

Bevor im Anhang die wichtigsten serologischen Untersuchungsmethoden beschrieben werden, möchten wir noch auf die zentrale Stellung der Serumkontrolle eingehen.

Die Serumkontrolle, eine im Rahmen der Blutgruppenbestimmung bereits vorgeschriebene Methode, läßt weitgehende Aussagen über eine evtl. vorliegende Immunisierung sowohl im Bereich der klassischen Blutgruppen als auch im Rhesus- und den übrigen Blutgruppensystemen zu. Das Ablesen der Serumkontrolle erfolgt nach 30 Minuten bei Zimmertemperatur. Stärkere Haemolysine sind dann bereits deutlich zu erkennen. Eine komplette Haemolyse in der Serumkontrollplatte gegen A₁ oder B ist immer ein Zeichen für eine hochgradige Immunisierung gegen die entsprechende Blutgruppe. Ist die Haemolyse gegen A₁ + A₂ vorhanden, ist dies wiederum ein Hinweis auf eine besonders starke Immunisierung im Bereich der A-Blutgruppe. Ein weiterer Haemolysinsuchtest erübrigt sich in diesem Falle. Das zu erwartende Kind ist, sollte es der Blutgruppe A angehören, in jedem Fall gefährdet. Titerkontrollen bei der Mutter sind unbedingt vorzunehmen. — Eine Agglutination im fermentierten Ansatz gegen antigenreiche 0-Testerythrozyten ist ein Hinweis darauf, daß Immunantikörper im Rhesus oder einem anderen Blutgruppensystem außerhalb der klassischen Blutgruppen vorhanden sind. — Durch die richtig angesetzte und ausgewertete Serumkontrolle läßt sich also bereits eine weitgehende Aussage machen, in welcher Richtung bei dieser Patientin weitergesucht werden muß bzw. ob überhaupt ein Immunantikörper und damit eine evtl. Erkrankung des Neugeborenen zu erwarten ist.

Befundmitteilung

Der Befund soll die Ergebnisse der serologischen Untersuchung sowie die Anamnese der Patientin berücksichtigen. Er sollte neben der Blutgruppe auf der Blutgruppenkarte, mit dem Datum der serologischen Untersuchung versehen, den Vermerk „keine irregulären Antikörper nachweisbar“ oder „Haemolysine gegen . . . , Titer: . . .“ tragen, oder „Anti-D, Titer: . . .“. Bei einer Titerkontrolle sollte neben dem Blut der Patientin auch die Blutgruppenkarte mitgeschickt werden, damit der neue Titer mit Untersuchungsdatum auf der Rückseite eingetragen werden kann. Man sollte dem überweisenden Kollegenden die Termine für weitere Titerkontrollen sowie evtl. notwendig werdende Maßnahmen, z. B. vorzeitige Klinikeinweisung der Mutter zur Entbindung, Anmeldung des zu erwartenden Kindes zur Austauschtransfusion usw., mitteilen.

Bei allen Fällen von Immunisierungen im AB0-System ist es zweckmäßig, die Blutgruppe des Ehemannes zu ermitteln. Gehört dieser der Blutgruppe 0 an, so erübrigen sich weitere Titerkontrollen.

Bei schwerer Anamnese der Patientin (Totgeburt, post partum an M. h. n. verstorbene oder mit Kernikterus überlebende Kinder) muß versucht werden, durch Aufschlüsselung der Rhesus-Formel des Ehemannes in den Faktoren: CcDEe dessen Rein- bzw. Mischbigkeit in dem Antigen abzuklären, gegen welches die Schwangere sensibilisiert ist. Während bei homozygotem Vater in jedem Fall wieder ein schwerst geschädigtes Kind erwartet werden muß, können bei heterozygotem Vater neben schwerst kranken auch spontan gesunde Kinder geboren werden, die dann die Blutformel der Mutter haben (3, 5). Immer wenn die Frage der vorzeitigen Entbindung diskutiert wird, sollten diese Untersuchungen durchgeführt werden, evtl. unter Einbeziehung der direkten Vorfahren und Nachkommen des Kindsvaters. (Ist ein Elternteil oder ein Kind des Ehemannes rh neg., so beweist dies die Misch-

erbigkeit desselben im Faktor D.) Dieser Mann hätte mit seiner rh neg. Frau sowohl Rh pos. als auch rh neg. Kinder zu erwarten. Ist der Kindsvater dagegen homozygot DD, so wird er mit einer rh neg. = dd Frau nur Dd, also im Phänotyp Rh pos. Kinder bekommen, die bei einer immunisierten Mutter dann alle krank wären.

Die Titerkontrollen müssen bei diesen Patientinnen alle 4 Wochen durchgeführt werden, von der 32. Schwangerschaftswoche an jedoch mindestens alle 14 Tage, evtl. sogar 2—3mal in der Woche, um einen Titersturz nicht zu übersehen. Wird er gefunden, so sollte der einsendende Arzt sofort telefonisch benachrichtigt werden, um die Einweisung der Frau in eine entsprechende Klinik zur evtl. vorzeitigen Entbindung zu veranlassen. Ein Titersturz in den letzten Wochen der Schwangerschaft bedeutet immer höchste Gefahr für das Kind (5).

Die Serumkontrolle mit Fermenttest

(Erfäßt die Immunisierung im AB0- und Rhesus-System.)

Ansatz auf der Tüpfelplatte.

2 Tr. P.S. +	2 Tr. P.S. +	2 Tr. P.S. +	2 Tr. P.S. +
2 Tr. A ₁ Ery (2 ⁰ /sig)	2 Tr. A ₂ Ery (2 ⁰ /sig)	2 Tr. B Ery (2 ⁰ /sig)	1 Tr. 0 antigenreiche Ery +
			1 Tr. Bromelin (Panocym)*

30 Minuten bei Zimmertemperatur

A b l e s e n : auf Haemolyse gegen A₁, A₂ und B, sowie auf Agglutination gegen 0-Erythrozyten.

Der Haemolysinsuchtest

(Erfäßt eine Immunisierung im AB0-System, muß angesetzt werden, falls in der Serumkontrolle noch keine Haemolysine gefunden wurden.)

Ansatz in Röhrchen.

1. bei frischem Serum:

2 Tr. P.S. +	2 Tr. P.S. +
2 Tr. A ₁ Ery (2 ⁰ /sig)	2 Tr. B Ery (2 ⁰ /sig)

30 Minuten ins 37-Grad-Wasserbad

A b l e s e n : auf Haemolysen

2. bei altem Serum:

2 Tr. P.S. +	2 Tr. P.S. +
1 Tr. A ₁ Ery 4 ⁰ /sig +	1 Tr. B Ery 4 ⁰ /sig +
1 Tr. M.S. Kompl. 15 ⁰ /sig	1 Tr. M.S. Kompl. 15 ⁰ /sig

A b l e s e n : auf Haemolysen. 30 Minuten bei 37-Grad-Wasserbad

* Panocym (Molter) = Spectracym, ein Gemisch aus: Papain, Ficin und Bromelain.

Der Haemolysintiter

(Muß angesetzt werden, falls Haemolysine gefunden werden. Und als Kontrolluntersuchung bei Immunisierungen im AB0-System.)

Ansatz in 5 Röhren, Überstand aufbewahren, falls Titerende nicht erreicht wird.

1. bei frischem Serum:

Pat. Serum Verdünnungsreihe in NaCl	1:1	1:2	1:4	1:8	1:16
hiervon:	2 Tr.	2 Tr.	2 Tr.	2 Tr.	2 Tr.
A ₁ bzw. B Ery 2%/ig	+	+	+	+	+
hiervon:	2 Tr.	2 Tr.	2 Tr.	2 Tr.	2 Tr.

30 Minuten in 37-Grad-Wasserbad

Able sen: auf Haemolysen, Titerende ist die letzte, gerade noch anhaemolysierte Stufe. Farbunterschied gegen das nächste Röhren mit gelber oder weißer Serumeigenfarbe beachten.

2. bei altem Serum:

Pat. Serum Verdünnungsreihe in NaCl	1:1	1:2	1:4	1:8	1:16
hiervon:	2 Tr.	2 Tr.	2 Tr.	2 Tr.	2 Tr.
A ₁ bzw. B Ery 4%/ig	+	+	+	+	+
hiervon:	1 Tr.	1 Tr.	1 Tr.	1 Tr.	1 Tr.
kons. M. Kompl. 15%/ig	+	+	+	+	+
hiervon:	1 Tr.	1 Tr.	1 Tr.	1 Tr.	1 Tr.

30 Minuten in 37-Grad-Wasserbad

Able sen: auf Haemolysen. Titerende ist die letzte gerade noch anhaemolysierte Stufe. Farbunterschied gegen das nächste Röhren mit gelber oder weißer Serumeigenfarbe beachten.

Der indirekte Coombstest (= Antihumangiobulintest)

(Er erfaßt alle irregulären Antikörper außerhalb des AB0-Systems.)

Ansatz erfolgt im Röhren.

	pos. Kontrolle	neg. Kontrolle
2 Tr. Pat. Serum	1 Tr. Anti D Serum	2 Tr. Nacl.
+	1 Tr. Nacl.	+
1 Tr. 0 antigenr. Ery	1 Tr. 0 antigenr. Ery	1 Tr. 0 antigenr. Ery

60 Minuten bei 37-Grad-Wasserbad

3—5mal in reichlich physiologischer Nacl. gut waschen.

	+	+	+
2 Tr. Coombsserum	2 Tr. Coombsserum	2 Tr. Coombsserum	

anzentrifugieren: etwa 1 Minute bei 1000 Umdrehungen

Able sen: unter leichtem Aufschütteln auf Agglutination achten. Die positive Kontrolle im Röhren 2 muß agglutiniert sein, die negative Kontrolle im Röhren 3 nicht.

Der 3-Stufentest

2 Tr. Pat. Ser. + 3 Tr. Albumin 30%/ig + 1 Tr. 0 antigenreiche Ery
anzentrifugieren: auf Agglutination ablesen.

30 Minuten in 37-Grad-Wasserbad

anzentrifugieren: auf Agglutination ablesen.

3—5mal gut waschen + 2 Tr. Coombsserum

anzentrifugieren: auf Agglutination ablesen.

Die spezifischen Nachweismethoden für Immun Anti A und Immun Anti B**Substanzsorption = modifizierter WITEBSKY**

0,25 Serum + 0,05 „Neutrab“* — 5 Min. stehen lassen. Anschließend Verdünnung herstellen 1:10 (9 Tr. NaCl + 1 Tr. Neutrabgemisch).

* Neutrab der Firma Dade.

Davon je 2 Tropfen in 2 Röhren.

Dazu 2 Tropfen Testery A₁ oder B 2%/ig.

Positive Kontrolle: 0-Blut mit kompletten Hamolysen oder gekauftes Anti-AB-Testserum.

Negative Kontrolle: 0-Serum mit schwachen Haemolysen.

30 Minuten Wasserbad.

3mal waschen, coombsen = + 2 Tr. Coombsserum, anzenrifugieren: auf Agglutination ablesen.
(Falls vorhanden, 1 Röhrchen mit kindl. Ery mitführen.)

70 Grad Titer = Hitzeresistenzprüfung

0,05 Serum Verd. 1:5
0,2 NaCl
10 Minuten 70 Grad (muß genau eingehalten werden).

Anschließend in jedes Röhrchen

1 Tropf. NaCl
+ 1 Tropf. Serum-Verdünnung
+ 2 Tropf. Testery A₁ oder B 2^o/ig

30 Min. 37 Grad, 3mal waschen
+ 2 Tr. Coombsserum, anzenrifugieren, auf Agglutination ablesen;

(wenn vorhanden, 1 Röhrchen mit kindl. Ery mitführen)
positive Kontrolle: 0-Blut mit kompletten Haemolysen oder käufliches Anti-A-B-Testserum;
negative Kontrolle: 0-Serum mit schwachen Haemolysen.

Komplementbindungsreaktion

Haemolytisches System

24,4 NaCl
+ 0,6 HE (Hammel-Erythrozyten-Sediment) 3mal in phys. NaCl-Lösung gewaschen
+ 25,0 Amboceptor (1:2000)
kleinere Menge Amboceptor so herstellen

0,1 Amb.
+ 9,9 NaCl

10,0 = 1:100
davon 1,25
+ 1,25 NaCl

2,5
+ 22,5 NaCl

25,0 = 1:2000

Mütterliches Serum inaktivieren 30 Min. bei 56 Grad oder 10 Min. bei 60 Grad.

Dann Komplement herstellen: 2,5%

0,25 Komplement
+ 9,75 NaCl

10,0 = 2,5%

Stromabereitung: Citratblut (z. B. alte Kreuzröhrchen von Konserven oder gekaufte Testerys) der Blutgruppen A₁, B, 0 so lange mit Aqua dest. waschen; bis der Überstand weiß, der Bodensatz zart rosa gefärbt ist. — Gebrauchsverdünnung 1^o/ig in physiologischer Kochsalzlösung herstellen. — Wird steril gearbeitet, ist das Stroma in Aqua dest. monatelang haltbar.

KBR-Ansatz

3 Röhrchen in jedes 0,2 Pat. Serum
+ 0,2 Stroma 1^o/o (A₁, B oder 0)
+ 0,2 Komplement (2,5^o/o)
30 Minuten 37 Grad
+ 0,2 haemolytisches System 1^o/ig

Nach 10 Minuten ablesen, d. h. nach völliger Lösung der Negativkontrolle gegen 0-Stroma.

Positive Kontrolle mitführen: z. B. Anti-AB-Testserum; wenn vorhanden, 1 Röhrchen mit kindlichem Ery (statt Stroma nimmt man dann 0,2 Eryaufschwemmung vom Kind; 30 Min., 37 Grad, zentrifugieren.

Überstand wird weiter verwendet + 0,2 haemolytischem System).

Titerbestimmungen bei Immunisierungen im ABO-System

Titer in der Substanzabsorption:

0,25 ccm Serum + 0,05 ccm „Neutr. AB“
5 Minuten bei Zimmertemperatur
0,1 ccm davon + 0,4 ccm NaCl.
Verdünnungsreihe 1:5 — 1:80 herstellen, je Röhrchen 0,1 ccm vorlegen und überpipettieren
dazu je Röhrchen 0,1 ccm A₁ oder B Testery 2^o/ig
30 Minuten in 37-Grad-Wasserbad
3mal gut waschen + 0,1 ccm Coombsserum hinzugeben anzenrifugieren — auf Agglutination ablesen (zart aufschütteln).

Titer in der Hitzeresistenzprüfung

0,05 ccm Serum + 0,2 ccm NaCl.
10 Minuten ins 70-Grad-Wasserbad
0,1 ccm je Röhrchen NaCl. vorlegen und 0,1 der obigen Verdünnung überpipettieren (1:5 — 1:80)
dazu 0,1 Testery A₁ oder B 2^o/ig
30 Minuten in 37-Grad-Wasserbad
3mal gut waschen + 0,1 ccm Coombsserum hinzugeben anzenrifugieren — auf Agglutination ablesen (zart aufschütteln).

Titer in der Komplementbindungsreaktion:

Je Röhrchen 0,1 inaktivierte Patientenserumverdünnung (1:1 — 1:16)
dazu + 0,1 Komplementverdünnung 2^o/ig
+ 0,1 Stroma A₁ oder B 1^o/ig
30 Minuten 37 Grad
+ 0,1 Haemolytisches System 1^o/ig
10 Minuten 37 Grad

Ablesen auf Haemolysen bzw. Komplementhemmung.
Titerende: letzte Teilhemmung.

Die Reagenzien: Hammel-Erythrozyten, Amboceptor, konserviertes Meerschweinchenkomplement liefern die Behring-Werke, Marburg/Lahn.

Literaturverzeichnis:

- Böttger, J. Th.: Die Komplementbindungsreaktion zum Nachweis von ABO-Immunisierungen bei Schwangeren. Inaug.-Diss. med. (1959).
- Böttger, J. Th.: A new method for detection of immune antibodies of the ABO-System in maternal serum. X. Kongreß d. intern. Ges. f. Bluttransf. Stockholm (1964).
- Böttger, J. Th.: Morbus haemolyticus neonatorum. Bayer. Ärztebl. 9, 644—647 (1964).
- Böttger, J. Th.: Die Erfassung des Morbus haemolyticus neonatorum. Münchn. Med. Wschr. 51, 2332—2336 (1964).
- Böttger, J. Th. und Weegmann, F.: Zur vorzeitigen Entbindung bei schwersten Fällen von Morbus haemolyticus neonatorum. Geb. u. Frauenh. 7, 617—626 (1965).
- Butte, H., Schulze, S., Wunderlich, E.: Bromelain. Z. f. ä. F. 14, 782—784 (1962).
- Brühl, P., Steinmetz, N.: Erfahrungen beim Nachweis von Erythrocyten-Antikörpern mit dem Bromelintest. Münchn. Med. Wschr. 33, 1602—1604 (1963).
- Cavities, A., Sonley, M., Hammond, D.: Negative Antiglobulinetests in Hemolytic Disease of the Newborn. Congr. of the Intern. Soc. of Blood Transf., Mexico (1962).
- Crawford, H. M., Cutbuch, M., Falconer, H., Mollison, P. L.: Formation of immune A isoantibodies with special reference to heterogenic stimuli. Lancet 2, 219—223 (1952).
- Creger, W. P., and Steele, M. R.: Human fetomaternal passage of erythrocytes. N. England J. Med. 256, 158—161 (1957).
- Fischer, K.: Morbus haemolyticus neonatorum im ABO-System. Georg Thieme Verlag, Stuttgart (1961).
- Haberman, S., Kraft, C. J., Luecke, P., Peach, R. O.: ABO isoimmunisation: the use of the specific Coombs an elution tests in the detection of hemolytic disease. J. Pediatr. 56, 471—477 (1960).
- Hoppe, H. H., Wiencke, H.: Systematische Blutgruppen und Antikörperuntersuchungen bei Schwangeren. Geb. u. Frauenh. 16, 581—591 (1956).

14. Jungwirth, J.: Beobachtungen über den Plazentarübertritt der menschlichen Isoantikörper des ABO-Blutgruppensystems mit besonderer Berücksichtigung der Hämolysine. *Blut*, 1, 165-184 (1955).
 15. Kluge, A.: pers. Mitteilung.
 16. Levine, Ph.: pers. Mitteilung.
 17. Pirowsky, B.: The use of Bromelin in establishing a standard Cross-Match. *Amer. J. of Clin. Path.* 4, 350-356 (1959).
 18. Reepmaker, J. van Loghem, J. J.: Anti-A and Anti-B immune antibodies in pregnancy. *Vox Sang.* 3, 143-181 (1953).
 19. Rosenfield, R. E.: A-B hemolytic disease of the newborn. *Blood*, 10, 17-20 (1955).
 20. Schellong, G.: Ikterus neonatorum. Georg Thieme Verlag, Stuttg. (1961).
 21. Schellong, G.: Über den Einfluß mütterlicher Antikörper des ABO-Systems auf Reticulocytenzahl und Serumbilirubin bei Frühgeborenen. *Z. Kinderh.* 90, 134-149 (1964).
 22. Schwenzer, A. W.: Die Diagnose einer ABO-bedingten Erythroblastose. *Geb. u. Frauenh.* 18, 421 (1956).
 23. Tovey, A. D.: The incidence, distribution and life history of the anti-A and anti-B haemolysins in the general population. *Vox Sang.* 3, 363-374 (1958).
 24. Tovey, A. D.: Some observations on the haemolysin screening test for the dangerous „Universal-Donor“ blood. *Vox Sang.* 4, 54-60 (1959).
 25. Wiener, A. S., Wexler, J. B.: Die Vererbung der Blutgruppen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart (1960).
 26. Witebsky, E.: Interrelationship between Rh-System and AB-System. *Blood* 2, 66-79 (1948).
 27. Wöllner, D., Püdkthun, H.: Klinische und serologische Untersuchungen zur haemolytischen Neugeborenenkrankung infolge ABO-Unverträglichkeit. *Z. Kinderh.* 81, 609-644 (1958).
- Anschrift des Verfassers: Dr. J. Th. Böttger, 87 Würzburg, Maasweg 6.*

Aus dem Bayerischen Staatsministerium des Innern, Gruppe Humanmedizin (Leiter: Min.-Rat. Dr. med. E. Hein), Gruppe Veterinärwesen (Leiter: Min.-Rat. Dr. med. vet. J. Ringseisen) und der Bayerischen Landesimpfanstalt (Leiter: Professor Dr. med. A. Herrlich)

Tollwut in Bayern

Von H. Beutel, H. Drausnick, E. Vanek

Am 21. Februar 1965 starb in Bayern ein 23jähriger Mann aus Unterfranken an Tollwut. Er war um Weihnachten 1964 von einem Hofhund im Gesicht verletzt worden, hatte offenbar der Verletzung keine Bedeutung beigemessen und sich nicht sogleich der Wutschutzbehandlung unterzogen. Mitte Februar wurde er wegen Schluckbeschwerden und encephalitischer Symptome in ein Krankenhaus aufgenommen. Die Diagnose ist autopsisch durch den Nachweis Negrischer Körperchen gesichert.

Dieser erste Todesfall seit dem Einbruch der Tollwut im Jahre 1951 ist Anlaß über die Epidemiologie der Tollwut zu berichten und an die postinfektionellen therapeutischen Möglichkeiten zu erinnern.

Nach dem Bundes-Seuchengesetz vom 18. 7. 1961 (BGBl. I S. 1012) ist jeder Fall einer Erkrankung, des Verdachts einer Erkrankung und eines Todes an Tollwut beim Menschen dem für den Aufenthaltsort des Betroffenen zuständigen Gesundheitsamt unverzüglich, spätestens innerhalb 24 Stunden nach erlangter Kenntnis, zu melden. Eine Verletzung durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie die Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers gilt als Fall des Verdachts einer Erkrankung an Tollwut.

Tollwut von Haustieren ist gemäß Viehseuchengesetz vom 26. 6. 1909 (RGBl. S. 519) anzuzeigen.

Die Zoonose Tollwut ist in Mitteleuropa in wechselndem Umfang verbreitet. Die Frage, ob im Erdboden lebende Nagetiere, besonders Feldmäuse und Hamster, ein Reservoir der Seuche bilden und in Verbindung damit die Abhängigkeit ihrer Ausbreitung vom Klima, wurde auch in der Bundesrepublik mit noch unentschiedenem Ergebnis untersucht.

Das Virus kann direkt oder indirekt mit dem Speichel des kranken Tieres auf den Menschen übertragen werden. Es ist aber auch in fast allen Organen eines kranken Tieres nachweisbar und läßt sich selbst aus wochenlang vergrabenen Kadavern noch isolieren. Der Erreger kann durch kleinste Läsionen der Haut und Schleimhaut in den Körper eindringen. Seine Virulenz

schwankt, auch wird ihm wechselnde Haftfähigkeit zugeschrieben. Als kürzeste Inkubationszeit für die Erkrankung des Menschen sind sechs Tage, als längste ein bis mehrere (?) Jahre angegeben, im Durchschnitt beträgt sie ein bis drei Monate. Nicht jeder Gebissene bekommt Lyssa, nur etwa 16 bis 20% der Infizierten erkranken. Ausdehnung der Wunde, Zahl der eingedrungenen Keime und Nervenreichtum der betroffenen Körpergegend besitzen u. a. Einfluß auf das Zustandekommen der Infektion. Einmal ausgebrochen, führt die Krankheit bei Mensch und Tier immer zum Tode. Es ist nicht möglich, eine Tollwutinfektion beim Menschen vor Ausbruch der ersten Symptome sicher zu diagnostizieren. Das ist von besonderer Bedeutung, da nur die frühzeitig eingeleitete Wutschutzbehandlung den Patienten zu retten vermag.

Auf die klinische Symptomatologie mit enorm gesteigerter motorischer Erregbarkeit, besonders der Schling- und Atemmuskeln, sei hier nicht näher eingegangen.

Nach einem erheblichen Anstieg der Verseuchung in der Zeit nach dem ersten Weltkrieg war Deutschland seit dem Jahr 1925 von der Seuche frei geblieben. Zu Beginn des zweiten Weltkrieges breitete sie sich im Weichselgebiet aus. Im Gebiet der sowjetischen Besatzungszone, besonders Brandenburg und Mecklenburg, ist die Lyssa schon im Sommer 1947 aufgetreten. Sie überschritt die westdeutsche Grenze von Osten her in Schleswig-Holstein im Mai 1950. Im Frühjahr 1951 drang sie in den Harz vor. Im März des gleichen Jahres wurde die Tollwut durch Füchse aus der Tschechoslowakei in die Landkreise Grafenau, Wegscheid und Wolfstein eingeschleppt. Anfang 1953 traten die ersten Tollwutfälle bei Füchsen in der Oberpfalz auf. Anfang 1954 brachten Füchse aus der sowjetischen Besatzungszone die Seuche nach Ober- und Unterfranken. Seit September 1956 werden Tollwutfälle in den nördlichen Kreisen des Regierungsbezirks Mittelfranken und seit Juni 1962 in den Landkreisen Nördlingen und Dillingen des Regierungsbezirks Schwaben festgestellt. Die seit Februar 1955 in Niederbayern er-

loschene Tollwut trat im April 1964 wieder im nördlich der Donau gelegenen Teil des Landkreises Kelheim auf. In Oberbayern ist die Seuche im Dezember 1964 im Landkreis Ingolstadt (nördlich der Donau) aufgetreten. Die bisher größte Ausbreitung mit den höchsten Zahlen befallener Wildtiere wurde im Jahre 1964 festgestellt. In diesem Jahr ist die Tollwut in Schwaben von Norden her bis Illertissen und Anfang 1965 bis Krumbach, Schwabmünchen und Mindelheim vorgedrungen.

Es handelt sich bei dem gegenwärtigen Seuchenzug fast ausschließlich um Wildtollwut, von der hauptsächlich Füchse befallen sind. Die Erfahrung hat gezeigt, daß die Seuche um so stärker verbreitet wird, je mehr Füchse in einer Gegend leben. Deshalb ist die Verringerung der Fuchsdichte in Tollwutgebieten und in an diese angrenzenden Gebieten das Bekämpfungsmittel der Wahl. Dazu dient der auf § 23 des Bundesjagdgesetzes in der Fassung vom 30. 3. 1961 (BGBl. I S. 304) gestützte vermehrte Abschluß von Füchsen, Dachsen und Mardern in von den Regierungen festgelegten Abschlußgebieten mit Gewährung einer Abschlußprämie für jeden befugt getöteten Fuchs, Dachs, Marder und Marderhund in Höhe von 16.— DM. Seit 1957 wurden in Bayern in den Tollwutabschlußgebieten folgende Abschlußzahlen gemeldet:

Jahr	1957	1958	1959	1960	1961
Abschüsse	13 200	13 536	13 865	10 916	13 751
Jahr	1962	1963	1964		
Abschüsse	16 713	15 912	24 466		

Die Möglichkeit der Einbeziehung der Begasung von Fuchsbauten, der zunächst § 19 des Bundesjagdgesetzes entgegensteht, als zusätzliche Bekämpfungsmaßnahme, wird gegenwärtig überprüft.

Des weiteren hat sich die Anordnung der Hundesperre auch bei Auftreten von Wildtollwut als Bekämpfungsmaßnahme bewährt, da sie dazu beiträgt, die Möglichkeiten der Tollwutübertragung von Wildtieren auf Hunde und dann weiter auf andere Haustiere und den Menschen zu mindern.

Eine prophylaktische Schutzimpfung der Hunde und anderer Haustiere gegen Tollwut kann die Gefahren für den Menschen nicht ausschalten, hätte keine Bedeutung für den Rückgang der Seuche und wird deshalb abgelehnt. Nach Feststellung des Bundesgesundheitsamtes ist die Massenimpfung von Hunden nicht geeignet, den jetzigen Seuchenzug der Tollwut einzudämmen, weil die Seuche überwiegend vom Wild getragen und weiter verbreitet wird. Die Impfung einzelner Hunde schützt den Besitzer und seine Familie nicht vor Kontakt mit dem Tollwutvirus, weil anscheinend auch geimpfte Hunde im Falle einer Infektion vorübergehend Virusausscheider werden.

Die Inkubationszeit der Tollwut bei Tieren schwankt je nach der Tierart und dem Ort der Verletzung stark und bewegt sich zwischen 7 Tagen und 1½ Jahren. Sie liegt jedoch im Durchschnitt bei 4 bis 8 Wochen.

Als Symptome treten beim Hund ungewöhnliches Verhalten mit Unruhe, häufigem Platzwechsel, Aufregung, Reizbarkeit oder auch außergewöhnlicher Ruhe, Gleichgültigkeit und Teilnahmslosigkeit auf. In vielen Fällen werden unverdauliche Stoffe, wie Steine, Holzstücke, Teile des Lagers und eigener Kot, aufgenom-

men. An der infizierten Hautstelle ist oft heftiger Juckreiz vorhanden, der die Tiere die Hautstellen belecken, benagen und kratzen läßt. Bei Katzen sind Aufregungserscheinungen, Beiß- und Kratzsucht sowie Angriffslust gegenüber anderen Tieren und dem Menschen auffallend. Große Haustiere zeigen meist Speichelfluß, starren Blick, Muskelzittern, andauerndes Brüllen, Unfähigkeit der Futter- und Wasseraufnahme. Tobsuchtsanfälle und Angriffslust sind bei diesen Tieren seltener zu beobachten.

Das Charakteristikum tollwutkranker Wildtiere ist der Verlust der Scheu vor dem Menschen. Die Tiere laufen auf belebten Straßen, dringen in Gehöfte ein und lassen sich durch den Menschen widerstandslos berühren. Neben der fehlenden Scheu ist die Beißsucht für den tollwutkranken Fuchs typisch. Besonders gern verbeißt er sich mit Hofhunden, außerdem an Kleidern und sonstigen Gegenständen. Tollwutkranke Rehe zeigen oft andauerndes Wimmern und Klagen.

Werden tollwutverdächtige Tiere festgestellt, ist umgehend der zuständige beamtete Tierarzt zu verständigen.

Die Diagnose Tollwut wird unter Berücksichtigung des klinischen Bildes und pathologisch-anatomischen Befundes, z. B. Abmagerung, unphysiologische Fremdkörper im Magen, mit Hilfe histologischer Untersuchung des Gehirns und des Tierversuches gestellt. Werden Negrische Körperchen nachgewiesen, ist die Diagnose hinlänglich gesichert. Bei negativem histologischem Befund wird Gehirnmateriale weißen Mäusen intracerebral verimpft und die Versuchstiere bis zu vier Wochen lang beobachtet. Die Gehirne verendeter Versuchstiere werden dann ebenfalls histologisch untersucht.

Mit der zunehmenden Ausbreitung der Tollwut unter den Tieren wächst die Gefährdung der Menschen. Die Entwicklung ist zu erkennen aus der Zahl der Personen, die seit 1950 wegen Berührungen und Verletzungen durch tollwütige und tollwutverdächtige Tiere gemeldet wurden. Erkrankungsfälle wurden bis zum Jahre 1965 nicht bekannt. Wie bei allen Seuchemeldungen umfassen die Zahlen aus mehreren Gründen das ganze Geschehen sicher nicht erschöpfend.

Gemeldete Berührungen oder Verletzungen durch tollwütige oder tollwutverdächtige Tiere in Bayern

Jahr	Oberbayern	Niederbayern	Oberpfalz	Oberfranken	Mittelfranken	Unterfranken	Schwaben	Bayern insges.
1950								1
1951								74
1952	—	19	—	—	—	—	—	19
1953	—	1	3	—	—	—	—	4
1954	—	1	1	—	—	6	—	8
1955	—	—	5	—	1	11	—	17
1956	—	—	45	—	—	1	—	46
1957	1	—	11	157	1	9	—	179
1958	—	—	16	58	2	5	4	85
1959	—	—	10	80	—	12	2	104
1960	3	—	4	90	3	14	1	115
1961	4	—	23	174	11	40	1	253
1962	2	—	45	114	60	26	11	258
1963	2	—	41	126	20	117	21	327
1964	2	—	86	143	16	156	77	480

Die Übersicht läßt erkennen, daß nach dem ersten Auftreten in Niederbayern im Jahre 1951 zunächst drei Jahre mit weniger Meldungen folgten, und daß ab 1955 die Berichte in steigender Anzahl aus Unter-, Ober- und Mittelfranken sowie der Oberpfalz kamen. Aus Schwaben dagegen kommen erst seit 1958 Mel-

dungen. Im Jahre 1964 war dort allerdings der verhältnismäßig höchste Anstieg zu verzeichnen.

Nach den Berichten der Gesundheitsämter haben sich seit 1953 etwa 1650 Personen der Wutschutzbehandlung unterzogen, davon allein im Jahre 1964 etwa 300 Personen.

Die Statistik der Nachbarländer zeigt:

1964	SBZ 1)	CSSR	Österreich 2)	Hessen 2)	Baden- Württem- berg	Schweiz
gemeldete Erkrankungs- u. Todesfälle an Tollwut	keine	keine Angaben greifbar	keine	keine	keine	Das Bulletin des eidgenössischen Gesundheitsamtes enthält keine Angaben zur Tollwut
gemeldete Verletzungen durch tollwutkranke oder tollwutverdächtige Tiere	nur Januar mit Oktober 5 760 Z		4 532 Z	93 A einschl. „enger Berührungen“ 346	werden nicht gemeldet	

Z = Zunahme gegenüber dem Vorjahr

A = Abnahme

1) Aus „Das Deutsche Gesundheitswesen“ 1964

2) Vorläufiges Ergebnis. Von den an Bayern grenzen-

den österreichischen Bundesländern meldete Oberösterreich 66 Fälle, aus Salzburg, Tirol und Vorarlberg kamen keine Meldungen.

2) Statistische Berichte des Hessischen Statistischen Landesamtes.

Über 355 der 480 in Bayern im Jahre 1964 gemeldeten Berührungen oder Verletzungen durch tollwütige oder tollwutverdächtige Tiere liegen Formblattberichte der Gesundheitsämter vor. Daraus ist zu entnehmen, daß:

68 Berührungen und 19 Verletzungen Knaben bis zu 15 Jahren,

112 Berührungen und 24 Verletzungen Männer,

34 Berührungen und 12 Verletzungen Mädchen bis zu 15 Jahren,

55 Berührungen und 31 Verletzungen Frauen, betrafen;

es sich 61mal um Biß-Verletzungen

27mal um Kratz-Verletzungen und

267mal um bloße Berührungen handelte;

das tollwutkranke oder tollwutverdächtige Tier

61mal eine Katze,

40mal ein Hund,

32mal ein Fuchs,

23mal ein Reh,

6mal ein Marder,

4mal ein Hase,

2mal ein Rind,

1mal ein Pony,

1mal ein Dachs,

1mal ein Eichhörnchen war;

es oft vorkommt, daß durch ein Tier mehrere Personen verletzt werden oder vielmehr, daß mehrere Personen das gleiche kranke oder verendete Tier berühren;

bei den Verletzungen durch Haustiere die durch Katzen überwiegen. Dagegen war die Berührung von Hunden häufigerer Anlaß zur Meldung. Bei den Wild-

tieren treten die Verletzungen gegenüber den Berührungen von toten Tieren zurück. Kontakt mit Füchsen und Rehen wird am häufigsten angegeben. Der Verdacht auf Tollwuterkrankung des Tieres hat sich allerdings nicht bei allen gemeldeten Fällen bestätigt;

sich 312 der Betroffenen einer Wutschutzbehandlung unterzogen, davon 233 ambulant in einem Krankenhaus,

79 beim Praktischen Arzt,

17 eine Behandlung ablehnten und

26mal darüber keine Angaben vorliegen.

Wie aus den Berichten und Zeitungsmeldungen hervorgeht, ist die Sorglosigkeit, mit der sich Menschen der verschiedensten Altersgruppen und Berufe kranker oder verendeter Tiere annehmen, erschreckend.

So haben in einem Fall 44 Personen ein tollwutverdächtiges Pony gestreichelt. Zum Glück hat sich der Verdacht beim Tier nicht bestätigt. Mehr als 40 Kinder und Familienangehörige setzten sich über Tage der Infektionsgefahr aus, sie hatten einen tollwütigen Fuchs gefangen, in einen selbstgezimmernten Stall gesperrt und mit ihm gespielt. Es mußten daraufhin 76 Personen behandelt werden. Etwa zwei Jahre früher hat ein tollwütiger junger Kater auf seinem Weg durch einen Ort des gleichen Kreises 11 Personen verletzt, ehe er von einem beherzten Jungen gefaßt und in einen Sack gesteckt wurde. Ähnliche Beispiele ließen sich beliebig fortführen.

Die Behandlung nach einer Verletzung durch ein tollwütiges Tier (Wutschutzbehandlung) soll verhindern, daß das durch die Haut eingedrungene Virus das Zentralnervensystem erreicht. Immunbiologische (Imp-

fung und ggf. Serumgabe) wie chemisch-physikalische Methoden (Wundbehandlung) dienen diesem Ziel.

Die Wutschutzbehandlung ist eine postinfektionelle aktive Immunisierung. Sie führt innerhalb von 2 bis 4 Wochen zur Immunität. Bewährt hat sich in einigen europäischen Ländern die Methode nach Hempt mit einem aus infizierten Kaninchenhirnen gewonnenen, durch Zusatz von 1% Phenol inaktivierten Impfstoff, der im Gegensatz zu anderen Tollwutvakzinen kein aktives Virus mehr enthält. Auch die in erster Linie für die neuroallergischen Komplikationen verantwortlichen Nervengewebssubstanzen konnten durch Ätherbehandlung des Ausgangsmaterials weitgehend entfernt werden. Andersartige Impfstoffe sind in Fällen mit sicherer Überempfindlichkeit gegen Kaninchen-eiweiß gerechtfertigt, so bei bereits früher gegen Tollwut Geimpften. Es gibt auch Hempt-Impfstoffe, die aus Hirnen von Schafen gewonnen werden. Ferner steht die amerikanische „Duck-Embryo-Vaccine“, ein gefriergetrockneter, inaktivierter Entenei-Impfstoff zur Verfügung. Die Verträglichkeit dieser Impfstoffe ist im allgemeinen gut. Nebenwirkungen leichterer Art werden bei den Hempt-Impfstoffen auf das darin enthaltene Phenol zurückgeführt. Abgesehen von lokalen Reaktionen kann es in seltenen Fällen direkt im Anschluß an die Injektion zu metallischem Mundgeschmack, Kopfschmerzen, Schweißausbruch und Bewußtlosigkeit kommen. Die gefürchteten neuroallergischen Komplikationen sind seit Einführung des Hempt-Impfstoffes selten geworden, sie treten nach dem Schrifttum in ein bis zwei Fällen auf 10 000 Geimpfte auf.

Immer sollte die empfohlene Impfserie von sechs Injektionen zu 4 ml, Kinder unter 4 Jahren 2 ml, vollständig verabreicht werden. Nach vier Wochen ist eine siebte Injektion zu geben. Wird der Patient innerhalb der ersten drei Monate nochmals durch ein tollwutverdächtiges Tier verletzt, so ist keine neue Behandlung erforderlich. Nach einer drei bis sechs Monate nach der Wutschutzbehandlung erlittenen neuerlichen Verletzung sind zwei Injektionen im Abstand von einer Woche zu geben. Liegt bei nochmaliger Verletzung die Wutschutzbehandlung länger als sechs Monate zurück, so ist ihre Wiederholung in vollem Umfang erforderlich.

Nach schweren Bißverletzungen in nervenreichen Hautgebieten, wie an den Fingerbeeren, Kopf- und Gesichtshaut, ist die Inkubationszeit meist kürzer als vier Wochen. Für diese besonderen Fälle hat die Weltgesundheitsorganisation zusätzlich die passive Immunisierung mit einer einmaligen Dosis von 40 I.E./kg Körpergewicht spezifischen Tollwutserums empfohlen. Der Schutz tritt dabei zwar prompt ein, hält aber nur etwa zwei bis drei Wochen an. Die Anamnese ist vorher auf Sensibilisierung gegen Pferdeeiweiß, wie bei vorausgegangener Diphtherie- oder Tetanusserumbehandlung, zu überprüfen, notfalls sind die entsprechenden Vorproben vorzunehmen. Die aktive Immunisierung (Wutschutzbehandlung) wird durch die Serumgabe nicht überflüssig. Erstere ist direkt im Anschluß daran in vollem Umfang durchzuführen. Der Abstand zwischen beiden darf nicht mehr als einige Tage betragen. Tollwutserumgaben sind nach unseren Erfahrungen in Bayern nur selten notwendig.

Abweichungen von diesem Schema sind unter bestimmten Bedingungen durchaus gerechtfertigt. So wird man z. B. in Tollwutgebieten die Wutschutzbehandlung auch dann mit zwei oder drei Injektionen einleiten, wenn das beteiligte Tier zwar gesund erscheint, aber der Infektionsvorgang unklar ist, oder wenn es sich um ein kleines Kind handelt, von dem keine genauen Angaben über den Vorgang zu erfahren sind. Die Gabe der restlichen Injektionen wird dann vom Ausgang der Tiernachbeobachtung abhängig gemacht.

Immer sollte die Impfung so früh wie möglich durchgeführt werden. Es wäre als Kunstfehler anzusehen, wenn eine indizierte Impfserie von dem Ergebnis der Laboratoriumsuntersuchung abhängig gemacht würde. Stellt sich im Laufe der Behandlung heraus, daß der Tollwutverdacht sicher zu Unrecht besteht, also die Tierbeobachtung negativ verlief, kann die Impfung abgebrochen werden. Es ergibt sich zwingend, daß für die Behandlung Tollwutverdächtiger enge Zusammenarbeit von behandelndem Arzt, Amtsarzt und Amtstierarzt erforderlich ist.

Die präinfektionelle Immunisierung des Menschen wird auch für die in erhöhtem Maße gefährdeten Personen, wie Tierärzte, Tierpfleger, Forstbeamte, vom Bundesgesundheitsamt abgelehnt. Ausschlaggebend dafür ist die kurzdauernde Immunität sowie die bei wiederholter Anwendung gegebene Gefahr der Sensibilisierung. Lebendimpfstoffe sind nach den derzeitigen Erfahrungen nicht hinreichend sicher. Von größter Bedeutung bleiben die allgemeinen Vorsichts- und Schutzmaßnahmen, wie Vermeiden des Verschmierens und Verspritzens gefährdenden Materials und des Anfassens von Kadavern mit ungeschützten Händen.

Zur Wundbehandlung haben sich in den ersten Stunden nach der Verletzung konzentrierte (20%ige) Seifenlaugen- und 3%ige Desinfektionslösungen, die quartäre Ammoniumbasen enthalten, bewährt. Wegen ihrer Toxizität ist jedoch bei großflächigen Wunden Vorsicht geboten. Jodtinktur ist weniger wirksam. In Ermangelung dieser Mittel kann mit jeder anderen trinkbaren Flüssigkeit die Wunde ausgewaschen werden. Die Wunde sollte in den ersten Tagen nicht genäht werden. Stichförmige Wunden erfordern Ätzung oder Exzision weit im Gesunden. Bei Serumanwendung wird ein Teil zur Umspritzung und zur Reinigung der Wunde verwendet. Gleichzeitige Tetanusprophylaxe ist erforderlich.

Jeder Arzt kann die Wutschutzbehandlung vornehmen. Es sei darauf hingewiesen, daß sie freiwillig ist und der Arzt bei Ablehnung durch den Patienten gut daran tut, einen Zeugen zuzuziehen und eine Niederschrift anzufertigen.

Nach einer Bekanntmachung des Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 28. 7. 1964 (MABl. S. 415) zählt die Schutzimpfung gegen Tollwut zu den nach § 51 des Bundes-Seuchengesetzes öffentlich empfohlenen Schutzimpfungen. Darnach hat, wer durch eine öffentlich empfohlene Schutzimpfung einen über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden Gesundheitsschaden erleidet, Anspruch auf Entschädigungsleistungen nach den §§ 52 bis 55 BSG. Die öffentliche Empfehlung enthebt den impfenden Arzt nicht von der im Einzelfall gebotenen Sorgfalt.

Im Juli 1965 hat sich in Bayern ein zweiter Todesfall an Tollwut ereignet. Eine 67jährige Frau war am 28. Mai 1965 von einem tollwütigen Hund, der etwa 6 Wochen zuvor mit einem tollwutverdächtigen Fuchs gerauft hatte, in den Unterschenkel gebissen worden. Die Wutschutzbehandlung wurde am Tage der Verletzung eingeleitet. In der zweiten Juli-Woche klagte die Verletzte über Wadenkrämpfe. Es traten in den fol-

genden Tagen Schlingbeschwerden, Luftmangel und Erregungszustände, besonders beim Anblick von Getränken, auf. Die Frau verstarb am 45. Tage nach dem Biß.

Das Ergebnis des Tierversuches nach Verimpfung von Gehirnschubstanz der Verstorbenen bestätigte die klinische Diagnose.

Die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation für die Indikation der postinfektionellen Behandlung lauten:

Art des Kontaktes	Zustand des Tieres		Empfohlene Maßnahmen (abgesehen von Wundversorgung)	
	zur Zeit des Kontaktes	während 10tägiger Beobachtung		
I. Unverletzte Haut, nur indirekter Kontakt	tollwütig	—	keine	
II. Speichel auf 1. unverletzter Haut 2. Abschürfungen, Kratzwunden, unverletzter oder verletzter Schleimhaut	tollwütig	—	keine	
	a) gesund	nach klinischem oder Laborbefund tollwütig	Beginn der Wutschutzbehandlung sobald beim Tier die ersten Zeichen von Tollwut auftreten oder Tollwut nachgewiesen ist	
	b) tollwutverdächtig	gesund	sofortiger Beginn der Wutschutz- behandlung; diese abbrechen, wenn das Tier am 5. Tag nach dem Kon- takt keine Zeichen von Tollwut er- kennen läßt	
	c) tollwütig, entkommen, getötet oder unbekannt	—	sofortiger Beginn der Wutschutz- behandlung	
III. Bißverletzungen 1. mit geringer In- fektionsgefahr (nicht unter III/2 aufgeführte Blisse)	a) gesund	nach klinischem oder Laborbefund tollwütig	Beginn der Wutschutzbehandlung sobald beim Tier die ersten Zeichen von Tollwut auftreten oder Tollwut nachgewiesen ist	
	b) tollwutverdächtig	gesund	sofortiger Beginn der Wutschutz- behandlung; diese abbrechen, wenn das Tier am 5. Tag nach dem Kon- takt keine Zeichen von Tollwut er- kennen läßt	
	e) tollwütig, entkommen, getötet oder unbekannt	—	sofortiger Beginn der Wutschutz- behandlung	
	d) Wildtier (Fuchs, Wolf, Fledermaus u. a.)	—	sofort Serum, anschließend Wut- schutzbehandlung	
	2. mit starker Infek- tionsgefahr (z. B. mehrere Bisse, Bisse im Gesicht, am Kopf, im Nak- ken oder an Fin- gern)	a) gesund	nach klinischem oder Laborbefund tollwütig	sofort Serum; Beginn der Wutschutz- behandlung sobald beim Tier die ersten Zeichen von Tollwut auftreten oder Tollwut nachgewiesen ist
		b) tollwutverdächtig	gesund	sofort Serum, anschließend Wut- schutzbehandlung; diese abbrechen, wenn das Tier am 5. Tag nach dem Kontakt keine Zeichen von Tollwut erkennen läßt
		c) tollwütig, entkommen, getötet oder unbekannt	—	sofort Serum, anschließend Wut- schutzbehandlung
		d) Wildtier (Fuchs, Wolf, Fledermaus u. a.)	—	sofort Serum, anschließend Wut- schutzbehandlung

Das Muster eines vom Bayer. Staatsministerium des Innern herausgegebenen Merkblattes zur Aufklärung der Bevölkerung liegt der Arbeit bei.

Zusammenfassung:

Nach einem Hinweis auf die Meldevorschriften wird auf die Übertragungsart der Zoonose Tollwut, ihre Gefährlichkeit und ihre Epidemiologie eingegangen. Die Symptome der Tollwut bei Tieren und die Möglichkeiten der Diagnostik werden dargestellt.

Die Erfahrungen aus den in Bayern gemeldeten Berührungen oder Verletzungen durch tollwütige oder tollwutverdächtige Tiere werden mitgeteilt. Eingehend werden Indikation und Verfahren der Behandlung nach Verletzung des Menschen erörtert.

Literatur:

- BOECKER E.: Tollwut in Mitteleuropa. In: Weltseuchenatlas von E. Rodenwaldt u. H. J. Jusatz, Falk Verlag, Hamburg.
- Bundesgesundheitsamt, Merkblatt Nr. 3: Ratschläge an Ärzte zur Verhütung und Bekämpfung der Tollwut, Ausgabe Februar 1964.
- CREUTZBURG H.: Erfahrungen mit Tollwutvaccination. Dtsch. Gesundh. Wes. 18, 26 (1963).
- Deutsches Ärzteblatt: Tollwutimpfung nur mit Mehrfachinjektion. 1964: p. 1949.
- GILDEMEISTER H.: Wutschutzbehandlung. In: Handbuch der Schutzimpfungen von A. Herrlich. Springer Verlag, Berlin 1965.
- HEIN E.: Das gegenwärtige Tollwutvorkommen und seine Bekämpfung in Bayern. Bayer. Ärztebl. 9, 39 (1954).
- KABISCH G.: Ergebnisse und Probleme der Tollwutschutzimpfung. Med. Welt (Stg.) 1964 : 1865.
- KOBLEH H. und NAURATH J.: Aktuelles zur Tollwut. Ärztl. Mitt. 60, 1255 (1933).
- MÖBEST H.: Über die Schutzwirkung des Hempt-Impfstoffes gegen Tollwut bei verkürzter Immunisierung und vorverlegter Nachinjektion. Arch. Hyg. (Berlin) 143, 135 (1959).
- MOHR W.: Tollwut. In: Handbuch der Inneren Medizin. I. Bd., 1. Teil, Springer Verlag, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1952. Die Tollwut. Med. Klin. 39, 1057 (1957).
- NIKOLITSCH M.: Die Tollwut. Die gelben Hefte (Behringwerke) Heft 8, 293 (1964).
- PAMPUS I. und H. WAHLE: Über die neurologischen Komplikationen nach Tollwutschutzimpfung. Fortschr. Neurol. Psychiat. 32, 165 (1964).
- PETZELT K. und F. STEINIGER: Kleinsäugetiere und Tollwut. Desinf. und Gesundh. Wes. 50, 17 (1958).
- SCHOOP G.: Über den derzeitigen Tollwutseuchenzug. Z. Hyg. Infekt. Kr. 138, 415 (1954).
- STANDFUSS R.: Die Tollwut, ihre derzeitige Verbreitung und Bekämpfung. Münch. med. Wschr. 97, 1369 (1955).
- STARKE G. und Chr. WINKLER: Beitrag zum Tollwutproblem in der DDR. Dtsch. Gesundh. Wes. 13, 990 (1958).
- STENCZEL J.: Tollwut im Bayerischen Wald. Öff. Gesundh.-Dienst 16, 94 (1954).
- Expert Committee on Rabies: Fourth Report. Wld. Hlth. Org. techn. Rep. Ser., No. 201, Genf 1960.

Ansch. d. Verf.: Dr. med. vet. H. Beutel, Dr. med. H. Drausnick, Bayerisches Staatsministerium des Innern, 8 München 22, Odeonsplatz 3;

Dr. med. E. Vaneck, Bayerische Landesimpfanstalt, 8 München 9, Am Neudeck 1.

AUS DEM STANDESLEBEN

Übertragung des Hepatitisvirus durch Blut

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie hat in ihrer Generalversammlung am 23. April 1965 in München folgende Resolution gefaßt:

„Die Übertragung des Hepatitisvirus durch Blut stellt eine ernste Gefährdung für Gesundheit und Leben des Empfängers dar. Es sollte deshalb bei allen Blutbanken der Bundesrepublik die Bestimmung der Glutamat-Pyruvat-Transaminase (GPT) im Serum von Blutspendern obligatorisch durchgeführt werden. Die quantitative Bestimmung der Aktivität der Glutamat-Pyruvat-Transaminase (GPT) im Serum stellt die zur Zeit brauchbarste Suchreaktion zur Erfassung von Blutspendern, die Virusträger sind, dar.

Blut von Spendern mit einer GPT-Aktivität von über 17 Internationalen Einheiten (IU) ist zur Transfusion nicht verwendbar.“

Verhandlungen mit dem Verteidigungsministerium nach nicht abgebrochen

Pressemeldungen der letzten Zeit geben Veranlassung darauf hinzuweisen, daß die von der Bundesärztekammer, dem Hartmannbund, dem Marburger Bund und dem NAV mit dem Verteidigungsministerium geführten Verhandlungen noch nicht abgebrochen sind. Die Vertreter der Ärzteschaft haben bei der letzten Besprechung, die am 5. August in Anwesenheit des Staatssekretärs im Verteidigungsministerium stattgefunden hat, keinen Zweifel darüber gelassen, daß bei einer weiteren Verzögerung einer befriedigenden Regelung der Honorierung ärztlicher Leistungen im Rahmen der freien Heilfürsorge mit einer entsprechenden Reaktion der Ärzteschaft gerechnet werden muß. Da die Verhandlungen mit dem Verteidigungsministerium — die nächste ist in Kürze zu erwarten — noch laufen, muß deren Ergebnis abgewartet werden, bevor der Ärzteschaft empfohlen werden kann, die Annahme von Bundeswehr-Behandlungsscheinen abzulehnen. Wird, was noch zu hoffen ist, eine befriedigende Regelung erreicht, so wird diese rückwirkend ab 1. April 1965 in Kraft treten.

Ärzte in Bayern als Bundestagskandidaten

Bei der Christlich-Sozialen Union und der Sozialdemokratischen Partei in Bayern sind — nach einer Mitteilung der Landesleitungen dieser Parteien — Ärzte als Kandidaten nicht aufgestellt worden.

Die Freie Demokratische Partei hat in Bayern folgende Ärzte aufgestellt:

- a) als Wahlkreiskandidaten:
- Dr. med. Lucie-Mary JAHNCKE, Bolsterlang im Wahlkreis 239 Augsburg-Land
 - Dr. med. Wilhelm SZYSZKA, Schweinfurt im Wahlkreis 236 Schweinfurt
 - Dr. med. Klaus DEHLER, MdL, Nürnberg im Wahlkreis 231 Nürnberg
- b) als Landeslistenkandidaten:
- Listenplatz Nr. 10
 - Dr. Lucie-Mary Jahncke
 - Listenplatz Nr. 41
 - Dr. med. Wilhelm Szyszka

Gruppenversicherungsvertrag mit der Vereinigten Krankenversicherung AG

In seiner Sitzung vom 17. 7. 1965 beschloß der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer, mit der Vereinigten Krankenversicherung AG einen Gruppenversicherungsvertrag für Krankentagegeld und Krankenhaustagegeld abzuschließen.

Mit Wirkung vom 1. September 1965 hat die Bayerische Landesärztekammer mit der Vereinigten Krankenversicherung AG und der Salus Krankenhauskosten-Versicherungs-AG einen Gruppenversicherungsvertrag abgeschlossen. Damit haben nun alle Ärzte im Bereich der Bayerischen Landesärztekammer für sich und ihre Familien die Möglichkeit, einen Versicherungsschutz zu besonders günstigen Bedingungen zu erwerben. Die Prämien wurden bis zu 25 Prozent ermäßigt, die Leistungen der zugrunde liegenden Normaltarife erheblich erweitert. Hinzu kommt die Prämienrückgewähr bei schadenfreiem Verlauf während eines Kalenderjahres. Sie betrug in den vergangenen Jahren für die Tagegeldtarife regelmäßig ein Viertel der Jahresprämie. Für die Versicherten nach dem Salustarif 92 besteht Anspruch auf Gewinnbeteiligung in Form eines Sterbegeldes. An dem Gruppenversicherungsvertrag können alle Ärzte im Bereich der Bayerischen Landesärztekammer teilnehmen, und zwar sowohl niedergelassene als auch nicht niedergelassene Ärzte mit ihren Familien.

Der niedergelassene Arzt kann ein Krankentagegeld von 20 DM, 30 DM usw. bis 100 DM versichern, das ab 4. oder ab 8. Tag der völligen Arbeitsunfähigkeit bis zur Dauer von 52 Wochen gezahlt wird. Zusätzlich kann ein weiteres Tagegeld von 10 DM bis 100 DM ab 29. Tag der völligen Arbeitsunfähigkeit bis zur Dauer von 52 Wochen versichert werden. Durch diese Kombination ist es also möglich, Einkommensausfall bei länger als vier Wochen andauernder Arbeitsunfähigkeit bis zu einem Tagessatz von insgesamt 200 DM abzusichern.

Dem angestellten Arzt bietet der Gruppenversicherungsvertrag Sicherheit seines Einkommens, wenn Infolge einer durch Krankheit oder Unfall bedingten Arbeitsunfähigkeit die Gehaltszahlung aufhört. Er kann ein Tagegeld in Höhe von 10 DM, 20 DM, 30 DM usw. bis 100 DM mit einem Leistungsbeginn ab 7., 14. oder 27. Woche versichern.

Niedergelassene sowie nicht niedergelassene Ärzte — auch beamtete — können zusätzlich ein Krankenhaustagegeld von 10 DM bis 100 DM vereinbaren, das ab 1. Tag eines Krankenhausaufenthaltes ohne zeitliche Begrenzung zur Verfügung steht.

Für die Familienangehörigen kann eine Krankenhauskostenversicherung mit einem Tagessatz von 10 DM bis 100 DM in den Gruppenversicherungsvertrag einbezogen werden.

Die Übernahme der bei der Vereinigten bzw. der Salus bestehenden Einzelverträge in den Gruppenversicherungsvertrag mit den weitgehenden Vergünstigungen und erheblich ermäßigten Prämien ist ohne weiteres möglich. Es ist lediglich ein entsprechender Antrag zu stellen. Alle bisher erworbenen Rechte bleiben erhalten.

Im folgenden einige weitere Vergünstigungen des Gruppenversicherungsvertrages:

Alle in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen angegebenen Wartezeiten entfallen.

Die Gesellschaften verzichten auf das Recht, einen Versicherungsantrag abzulehnen.

Vorerkrankungen, die im Antrag angegeben sind und deren Behandlung abgeschlossen ist, werden in den Versicherungsschutz einbezogen.

Berufsunfälle, Berufserkrankungen sowie Kriegsdienstbeschädigungen und deren Folgen sind in den Versicherungsschutz eingeschlossen.

Versicherungsschein- und Aufnahmegebühren werden nicht erhoben.

Bei einem Auslandsaufenthalt bis zu 8 Wochen werden nach dem Krankentagegeldtarif Versicherungsleistungen für die Zeit einer stationären Krankenhausbehandlung gewährt, sofern der Versicherungsfall im Ausland akut eingetreten ist. Die Versicherungen nach dem Krankenhauskosten- bzw. Krankenhaustagegeldtarif gelten ohne besondere Vereinbarung für Europa; außerhalb Europas gelten sie für einen Aufenthalt bis zu 8 Wochen.

Auch bei einem Kuraufenthalt werden Leistungen gewährt, und zwar sowohl für den Arzt als auch für mitversicherte Familienangehörige.

Ärzte, die das für den Einzelvertrag vorgesehene Aufnahmehöchstalter von 60 Jahren überschritten haben, können ebenfalls an dem Gruppenversicherungsvertrag teilnehmen.

Über weitere Einzelheiten wurden inzwischen alle Ärzte im Bereich der Bayerischen Landesärztekammer in einem gesonderten Schreiben unterrichtet. Es wird im Interesse aller Kolleginnen und Kollegen gebeten, die diesem Schreiben beigelegte Antwortkarte — sofern es noch nicht geschehen ist — möglichst unverzüglich zurückzusenden.

Die Vereinigte Krankenversicherung AG unterhält im gesamten Bundesgebiet ein dichtes Netz von Verwaltungsstellen. Den Ärzten im Bereich der Bayerischen Landesärztekammer stehen für weitere Auskünfte und zur Beratung allein in Bayern folgende Bezirksdirektionen zur Verfügung:

- Augsburg 2, Ulrichsplatz 4, Tel. 2 67 43
- Bayreuth 2, Bahnhofstr. 1, Tel. 44 59, 74 08
- München 2, Theresienstr. 3—5, Tel. 29 25 45
- Nürnberg 2, Bayreuther Str. 8, Tel. 5 10 51
- Passau 2, Bahnhofstr. 10, Tel. 33 27
- Regensburg 1, Maximilianstr. 9, Tel. 58 86
- Würzburg 1, Theaterstr. 12, Tel. 5 04 70

**Der sichere Weg zum
therapeutischen Erfolg
bei *Ulcus ventriculi et
duodeni*, akuter und
chronischer Gastritis.**

**In 84 Ländern der Erde
millionenfach bewährt.**

Zusammensetzung:

Bism. subnitr. „ROTER“ 0,35 g, Magnesium. carb.
0,4 g, Natr. bicarb. 0,2 g, Cortex Rhamni Frangulae
0,025 g, Rhiz. Calami 0,025 g

ROTER

TABLETTEN



PHARMAZEUTISCHE FABRIK ROTER · HILVERSUM
DEPOT: DELTA-CHEMIE PAULY & CO. KG. HAMBURG 1

Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

Die 35. Vortragsreihe vom 26. bis 28. März 1965 — Leitung: Professor Dr. A. Schretzenmayr

(Schluß)

Prof. Dr. G. Martius, Oberarzt der 1. Univ.-Frauenklinik und Hebammenschule in München, befaßte sich mit der „**Modernen Geburtsleitung und Entbindung**“. An den Anfang seiner Ausführungen stellte Prof. Martius die Tatsache, daß sich bei einer jährlichen Geburtenfrequenz von ungefähr 1 Million in der Bundesrepublik etwa 1000 mütterliche Todesfälle und etwa 30 000 Todesfälle bei Kindern im perinatalen Leben ereignen. Vergessen werden oft die mit dem Leben zwar zu vereinbarenden, aber bleibenden Schädigungen, die über das Dasein der Einzelpersonen, aber auch auf die Familie und schließlich die Gemeinschaft einen dunklen Schatten werfen. Die Häufigkeit dieser Schädigungen, wenn man allein an die wichtigste, die zerebrale, hypoxisch bedingte Läsion, denkt, ist für die Bundesrepublik mit weiteren 10 000 bis 15 000 Kindern anzusetzen. Bei etwa zwei Dritteln vermeidbaren perinatalen Todesfällen *kommt man damit trotz vorsichtiger Schätzungen auf 30 000 bis 45 000 unnötige, bleibende oder gar tödliche Schädigungen, eine Zahl, die erschrecken muß.*

Nach wie vor von großer Bedeutung ist die *gezielte Schwangerenanamnese und -untersuchung*. Ihre Aufgabe ist es in diesem Zusammenhang, ein Nachlassen der Plazentafunktion, die sogenannte Plazentainsuffizienz, rechtzeitig zu erkennen. Präexistente Nierenleiden, ein Diabetes, die Symptome der genuine Gestosen, die Spätkonzeption bzw. das hohe Gebäralter und die Übertragung geben einen Hinweis. Die notwendige Ergänzung findet dies durch die wiederholten Terminbestimmungen und deren ständigen Vergleich mit den erhobenen Befunden. Trotzdem verleiht das Vorgehen dem Geburtshelfer nur bis zu einem gewissen Grade Sicherheit hinsichtlich der Erkennung einer placentaren Dysfunktion. Ein wichtiges, in seiner Leistungsfähigkeit heute bereits beurteilbares Verfahren zur Diagnose der Plazentainsuffizienz ist die *Amnioskopie*. Mit Ihrer Hilfe kann technisch einfach transzervikal die Beschaffenheit des Fruchtwassers geprüft werden, wobei in erster Linie Grünfärbungen als Folge von Mekoniumbeimengungen zu beachten sind.

Während der Geburt steht die *Herztonkontrolle* in der Diagnostik nach wie vor an erster Stelle, da sie die einzige ständige Überwachungsmöglichkeit der Frucht darstellt. Das auskultierende Verfahren unter Verwendung des Stethoskops wird in der Zukunft mehr und mehr durch die fortlaufende akustische, optische oder kurvenmäßige Registrierung ergänzt werden. Bei schon geringen Frequenzänderungen, wozu u. a. das kontinuierliche Ansteigen oder Absinken der Herztöne zu rechnen ist, aber auch bei jedem anamnestisch oder klinisch sich ergebenden Verdacht auf eine mögliche intrauterine Hypoxie und Azidose wird die Diagnostik auf die *Mikroblutuntersuchungen* ausgedehnt. Bei diesem Verfahren wird nach der SpekulumEinstellung oder durch das Amnioskop Kapillarblut aus dem vorangehenden Teil entnommen und in ihm der pH-Wert und der pO_2 -Wert bestimmt. Für denjenigen, der sich dieser Methode einmal bedient hat,

ist schon heute eine Geburtsleitung ohne diese zusätzliche analytische Möglichkeit kaum mehr denkbar. Von größerer Bedeutung ist dabei der pH-Wert, da er mit ziemlicher Sicherheit in der Lage ist, eine intrauterine Notsituation der Frucht zu verifizieren bzw. auszuschließen. Als Grenzwert gilt ein pH von 7,2, d. h., daß bei Unterschreiten dieser Grenze die Geburt aus fetaler Indikation ohne Verzug zu beenden ist. Die Technik ist ohne weiteres erlernbar, so daß die Methode von jedem Kreißsaal übernommen werden kann.

Von den diagnostischen Verfahren, die zur Lebenserhaltung des Kindes im perinatalen Leben heute als notwendig anzusehen sind, wurde der *Nachweis von fetalem Hämoglobin* erwähnt. Mit einer besonderen Eluierungsmethode gelingt es, fetale und materne Erythrozyten zu differenzieren und so z. B. den Anteil eines kindlichen Blutverlustes bei einer Placentapraevia-Blutung zu ermitteln oder auch eine fetomaterne Transfusion im mütterlichen Kreislauf nachzuweisen. Eine postnatale Asphyxie kann auf diese Weise pathogenetisch als Begleiterscheinung eines posthämorrhagischen Schocks schnell ihre Deutung finden und somit in Form einer kausalen Therapie mit der Transfusionsbehandlung sicherer überwunden werden. Diese heute als notwendig anzusehenden geburtshilflich-diagnostischen Methoden zeigen, daß schon für die nahe Zukunft die ständige Anwesenheit eines Arztes am Kreißbett bei jeder Geburt zu fordern sein wird.

Von den neueren therapeutischen Verfahren erwähnt der Vortragende außer der *psychoprophylaktischen Geburtsvorbereitung* die *Vakuumextraktion*. Mit ihr gelingt die Geburtsbeendigung auf vaginalem Wege im Vergleich zur Zangenextraktion für Mutter und Kind schonender und zugleich technisch einfacher. An den meisten Frauenkliniken hat die *Vakuumextraktion* die *Zangenextraktion fast vollständig verdrängt*. Als Indikation zur Zangenextraktion bleiben lediglich die Gesichtslage mit der Unmöglichkeit des Anlegens der Sauglocke und technische Störungen in der Apparatur. Prof. Martius ging noch auf die *medikamentös-instrumentelle Schnellenbindung* nach Guilhem et al. ein.

Die *wichtigsten Idealforderungen*, die das Ziel haben zu einer weiteren Verminderung der noch immer großen Zahl vermeidbarer perinataler Verluste und auch bleibender Schädigungen zu gelangen, sind zusammengefaßt die folgenden:

1. *Jede Geburt sollte innerhalb einer geburtshilflichen Anstalt stattfinden, um jeder Mutter und jedem Kind die zur Verfügung stehenden diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der modernen Geburtshilfe dienstbar machen zu können. Die Hausgeburtshilfe kann indessen auf die Dauer nur als ein Behelf angesehen werden.*
2. *Jede geburtshilfliche Anstalt muß aus dem gleichen Grunde über alle diagnostischen und therapeutischen Verfahren verfügen, die die Geburtshilfe heute zur Lebenserhaltung von Mutter und Kind als notwendig erachtet.*

3. Bei jeder Geburt hat neben der Hebamme ständig ein Arzt anwesend zu sein.
4. Die kontinuierliche Betreuung und Anleitung der Kreißenden muß durch eine auf das beste ausgebildete Hebamme erfolgen.
5. Jeder Kreißsaal ist in räumlich engster Verbindung mit einem Laboratorium auszustatten, das zu jeder Tages- und Nachtzeit die Möglichkeit zu folgenden Untersuchungen sicherstellt:

Blutuntersuchungen:

- Hämoglobinbestimmung
- Blutgruppenbestimmung
- Race-Coombs-Test
- pH-Bestimmung (Mikromethode)
- Bestimmung des fetalen Hämoglobins (im Blutausstrich)

Urinuntersuchungen:

- Zuckerprobe
- Qualitative Eiweißprobe
- Quantitative Eiweißprobe
- Sediment.

Auf „Zwischenfälle in der Nachgeburtsperiode“ verwies Prof. Dr. W. Pschyrembel (Berlin). Blutungen in der Nachgeburtsperiode sind bekanntlich eine ernste Gefahr für das Leben und die Gesundheit der gebärenden Frau. Die Blutungen in der Plazentari- periode stellen auch heute noch die häufigste mütterliche Todesursache dar. Der Arzt, der die Nachgeburtsperiode leitet, soll eine gute geburtshilfliche Ausbildung besitzen. Die medikamentöse Prophylaxe in der Nachgeburtsperiode besteht in der klassischen Form darin, daß man in dem Augenblick, in dem der vorangehende Kopf durchschneidet oder die Schultern durchtreten bzw. der nachfolgende Kopf der Beckenendlage durchschneidet, $\frac{1}{2}$ bis 1 ml Methergin intravenös spritzt. Man unterscheidet bei der medikamentösen Prophylaxe zwischen einer generellen und einer gezielten Prophylaxe. Generelle (Anm.: von vielen Lehrern der Geburtshilfe als unphysiologisch abgelehnte) Prophylaxe bedeutet, daß man bei jeder Geburt, also routinemäßig, prophylaktisch Wehenmittel gibt, gezielte Prophylaxe, daß man nur dann prophylaktisch Wehenmittel spritzt, wenn eine besondere Indikation dazu vorliegt, wenn z. B. in der Anamnese verstärkte Nachgeburtsblutungen bei

früheren Geburten angegeben werden, wenn es sich um Vielgebärende oder um schnell aufeinanderfolgende Geburten handelt, ferner auf Grund des Geburtsverlaufes und des Befundes: Nach allen geburtshilflichen Operationen einschließlich der Vakuumextraktion, nach langdauernden Narkosen, bei überdehntem Uterus (Zwillinge, Hydramnion, großes Kind), bei übermüdetem Uterus (nach langdauernden Geburten, Mißbrauch von Wehenmitteln) u. a., grundsätzlich immer, wenn mit einer verstärkten Blutung in der Nachgeburtsperiode zu rechnen ist. Die medikamentöse Prophylaxe kann man sowohl mit Sekalealkaloiden (z. B. mit Methergin) als auch mit Oxytozinpräparaten (Syntocinon, Orasthin u. a.), und zwar sowohl intravenös als auch intramuskulär durchführen. Von den Zwischenfällen in der Nachgeburtsperiode wurden sodann die verzögerte Lösung der Plazenta ohne verstärkte und mit verstärkter Lösungsblutung besprochen, anschließend die Blutungen nach Ausstoßung der Plazenta und die Gerinnungsstörungen. (Nachzulesen in den „Monatskursen für die ärztliche Fortbildung“.)

Primarius Dr. W. Dobretsberger, Vorstand der Röntgenabteilung des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder in Linz/Donau, behandelte die **Röntgenologie der Mamma**. Dadurch, daß die Häufigkeit des Mammakarzinoms bereits an die erste Stelle der Krebserkrankungen der Frau gerückt ist, kommt dem Thema besondere Bedeutung zu. Der Vortrag befaßte sich mit der Aufnahmetechnik.

Bereits im Säuglingsalter kann gelegentlich die röntgenographische Klärung einer Veränderung im Bereiche der Drüsenanlage indiziert sein, wenn nämlich aus irgendeinem Grunde (Verdacht auf Malignität, Abszeß usw.) eine chirurgische Maßnahme in Erwägung gezogen wird. Die Strahlenbelastung ist bei der Weichstrahlaufnahme so klein, daß diesbezüglich keinerlei Bedenken bestehen. Im Kindesalter kann z. B. bei Gynäkomastie, besonders wenn diese einseitig auftritt, die Röntgenaufnahme angezeigt sein, bei der diese, zum Unterschied von einem malignen Prozeß, eine mehr oder minder „normale“ Drüsenstruktur aufweist. Bei Mädchen sollte eine Röntgenaufnahme vor jeder geplanten chirurgischen Maßnahme obligatorisch sein, da sie in vielen Fällen die Natur der Affektion (eventuell durch Kontrollaufnahmen) aufzeigen und entstehende oder sogar verstümmelnde Eingriffe verhindern kann. Dasselbe gilt im Adoleszentenalter, in welchem



Eupaco®

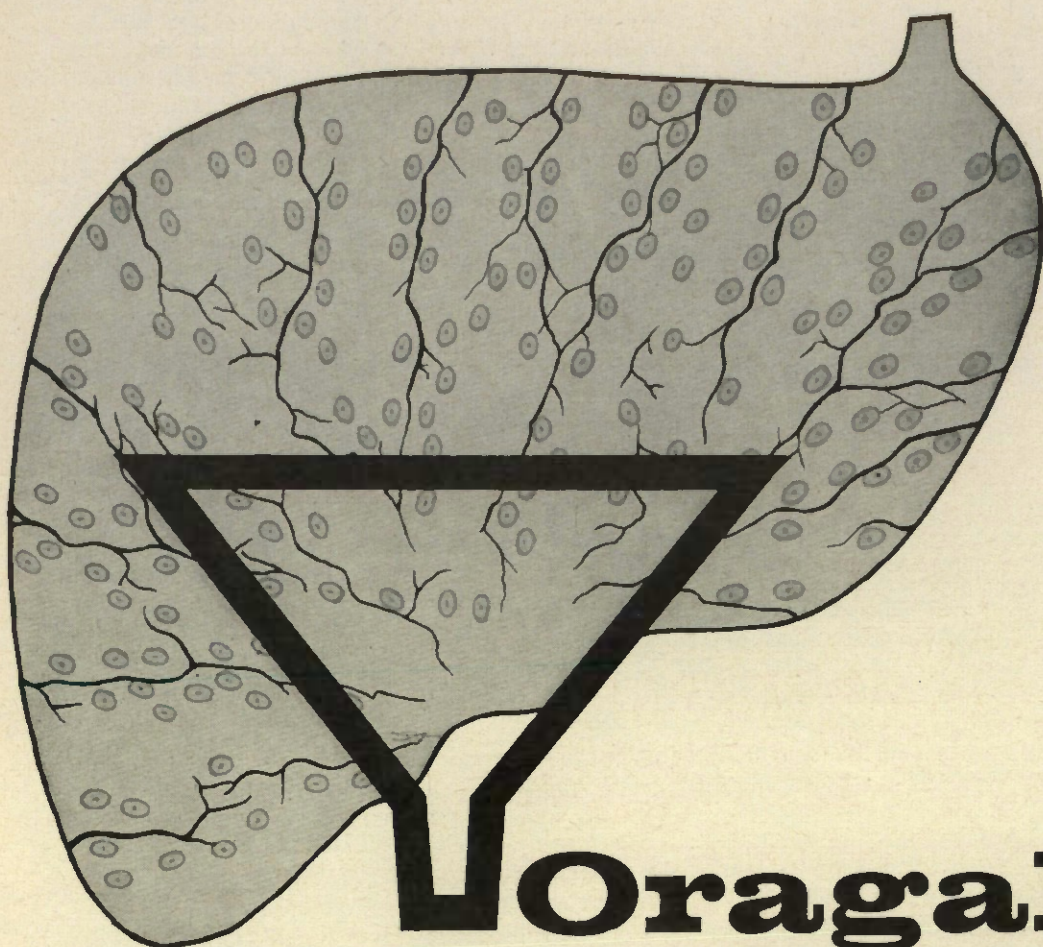
10 Tabletten	DM 2.50	
5 Zäpfchen	DM 1.90	
5 Zäpfchen für Kinder	DM 1.75	
10 Ampullen zu 1 ml	DM 5.30	

Preise o. U. n. A. T.

Cascan GmbH · Wiesbaden

**krampflösend + beruhigend bei allen spastisch
schmerzhaften Zuständen der glatten Muskulatur**





NEU

Oragallin®

macht verdauungssicher



Oragallin S® mit spasmolytischem Effekt

Indikationen

Cholecystitis, Cholangitis
Cholecystopathie
Cholangiopathie
Postcholecystektomie-Syndrom
Gastrointestinale Beschwerden
Roemheld-Syndrom
Meteorismus

Oragallin® Drageés
3-Chlor-pyridazin-6-mercaptoessigsäure-
diäthylamid · Penkreatin · Cellulase

Oragallin S® Drageés
3-Chlor-pyridazin-6-mercaptoessigsäure-
diäthylemid · l-Scopolamin-N-methylbromid



BYK-GULDEN-LOMBERG · GMBH · KONSTANZ



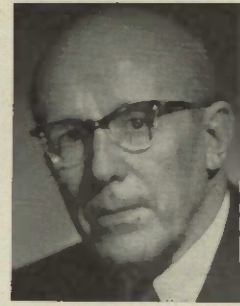
Prof. Dr. G. Martius,
Münden



Prof. Dr. Dr.
W. Paschyrembel, Berlin



Prim. Dr. W. Dobretsberger,
Linz



Prof. Dr. H. Kuna
Wien

die sogenannten „Wachstumsschmerzen“ immer wieder zu chirurgischen Interventionen führen, die sich durch entsprechende Röntgenaufnahmen vermeiden ließen.

Eine der größten Schwierigkeiten der Deutung von geringfügigen initialen Gewebsveränderungen liegt darin, daß das normale Röntgenbild keineswegs röntgenographisch bekannt ist. Dies hängt nicht nur mit der schwierigen Darstellung des Normalbildes zusammen, sondern vor allem mit der mannigfachen Erscheinungsform desselben. Ganz abgesehen von den altersbedingten Verschiedenheiten, zeigt die Mamma nicht nur in den jeweiligen physiologischen Funktionsstadien ein ganz verschiedenes Aussehen, sondern unterliegt außerdem sehr stark psychischen Einflüssen, die sich auf dem Wege der zentralen Hormonsteuerung auf die Röntgenanatomie des Organes auswirken. Alle diese Komponenten müssen bei jedem einzelnen Röntgenbild berücksichtigt werden.

Das Röntgenbild kann nach verstümmelnden Operationen eine „spontane“ Rückbildung einer vorher bereits länger kontrollierten Mastopathie aufzeigen. Auch die sogenannte Mastopathie selbst wurde durch die Röntgenuntersuchung besonders untersucht, wobei sich der Verdacht ergab, daß sich unter diesem Sammelnamen genetisch sehr verschiedenartige Prozesse verbergen. Unter anderem muß nach der systematischen Auswertung von mehr als 3000 Aufnahmen angenommen werden, daß sich unter der Diagnose „Mastopathie“ verschiedene Formen und Stadien der Brustdrüsentuberkulose verbergen, deren Existenz den meisten Ärzten überhaupt unbekannt ist und die praktisch bei den differentialdiagnostischen Erwägungen nicht in Betracht gezogen werden.

Mit der Früherfassung des Mammakarzinoms hängt die Röntgendiagnostik der Brust unmittelbar zusammen. Die Röntgendiagnostik der Brust ist berufen, einen wesentlichen Beitrag zur Frühdiagnostik des Mammakarzinoms zu leisten.

Über „Früherkennung und Therapie der Mammakerkrankungen“ sprach der Vorstand der II. Chirurgischen Univ.-Klinik in Wien, Prof. Dr. H. Kuna. Bei der Behandlung der eitrigen Entzündungen hat sich die Einführung der Sulfonamide und Antibiotika günstig ausgewirkt. Bei frühzeitiger Anwendung lassen sich heute chirurgische Eingriffe sehr häufig vermeiden. Es darf aber bei Zeichen von Abszedierung der chirurgische Eingriff nicht hinausgezögert werden. Tuberkulöse Entzündungen der Brustdrüse, die meist auf hämatogenem Wege entstehen, werden jetzt selten beobachtet. Bei der Therapie stehen Streptomycin und Tuberkulostatika an erster Stelle, doch wird man den chirurgischen Eingriff

in Form partieller Resektionen oder der Mastektomie stets im Auge behalten müssen.

Als Ursache des fast ausschließlich bei Frauen im geschlechtsreifen Alter sehr häufig vorkommenden Krankheitsbildes, der Mastopathie (Mastitis chronica cystica), wird heute eine hormonelle Dysfunktion angenommen. Relativ selten besteht eine seröse bis blutige Sekretion aus der Mamilla. Neben kleinsten Zystchen entwickeln sich häufig auch größere Zysten. Bei ausgeprägten Fällen kann das Bild der „Schrotkugelbrust“ zustande kommen. Die Diagnose ergibt sich aus der Anamnese und dem Palpationsbefund. Nicht selten bestehen Menstruationsstörungen oder chronische Entzündungen der Adnexe. Differentialdiagnostisch ist auch an die schmerzhafteste unspezifische chronische Entzündung, bzw. Dystrophie der oberen Rippenknorpel zu denken. Sind umschriebene Knoten tastbar, dann wird die Anzeige zur Probeexzision gestellt, da nur die histologische Untersuchung entscheiden kann. Bei negativem Palpationsbefund mit lediglich einer Druckschmerzhaftigkeit umschriebener Drüsenpartien kann vorerst unter weiterer Beobachtung von einer Probeexzision Abstand genommen werden. Umstritten ist die Frage, ob wirklich, wie von einer Reihe von Autoren behauptet wird, jede Mastopathie als Präkanzerose anzusprechen ist. Bei tastbaren Tumoren ist die Exstirpation mit anschließender histologischer Untersuchung das Verfahren der Wahl. Hat der Pathologe in einem entfernten Zystadenom beginnende maligne Entartung festgestellt, dann kann man sich (Anm.: behauptet der Vortr.), falls die Zyste einwandfrei im Gesunden ausschäubar war und der maligne Prozeß die Zystenwand nicht überschritten hatte, unter weiterer Beobachtung mit diesem lokalen Eingriff begnügen. Im Zweifelsfalle ist aber die einfache Mastektomie vorzunehmen. Eine wichtige Aufgabe des Arztes ist es, die Frauen von der Harmlosigkeit ihres Leidens zu überzeugen und ihnen die Krebsfurcht zu nehmen.

Die „blutende Mamma“, eine seröse, bräunliche oder blutige Sekretion aus der Mamilla kann ein Begleitsymptom einer Mastopathie nach Einbruch einer Zyste in den Milchgang sein. Nach Exstirpation der Zyste versiegt die Sekretion, dasselbe gilt nach der Entfernung von die Sekretion auslösenden Milchgangspapillomen, die bei maligner Entartung die Mastektomie erfordern. Stets ist daran zu denken, daß die Blutung das erste Symptom eines Karzinoms sein kann. Die sogenannte vikariierende als Menstruation aufzufassende Blutung wird nur ganz ausnahmsweise beobachtet. Auch ohne Zeichen von Mastopathie werden gutartige Zysten, Fibrome, Fibroadenome, Lipome, Chondrome, Myxome

u. a. beobachtet. Die Diagnose der gutartigen Geschwulst ergibt sich aus der glatten Oberfläche und scharfen Abgrenzung gegen das Mammagewebe. Die Therapie besteht in der Exstirpation. Eine Sonderstellung nimmt das sich intrakanalikulär entwickelnde Fibroadenom ein, das als *Sarkoma phylloides* bezeichnet wird und in kurzer Zeit trotz Gutartigkeit beträchtliche Größe erreicht, nach außen durchbrechen und auch maligne entarten kann. Schon wegen der Größe muß meistens die Mastektomie durchgeführt werden.

Das Mammakarzinom ist die häufigste maligne Geschwulst der Frau. Das Hauptproblem besteht in der Früherkennung und möglichst frühzeitigen operativen Therapie, da davon die Prognose ganz weitgehend abhängig ist. Wird diese Forderung erfüllt, dann kann mit einer Wahrscheinlichkeit von 70–90% eine Dauerheilung erreicht werden. Leider kommt mehr als die Hälfte der Kranken erst im fortgeschrittenen Stadium zur Operation. Schuld an dieser Verschleppung sind meist die Frauen selbst, die trotz Krebsfurcht aus Angst vor dem Eingriff oder, weil keine Schmerzen bestanden, den Arzt nicht aufsuchen. Nicht so selten sind auch Ärzte schuld an der langen Verschleppungszeit. So leicht die Diagnose bei ausgeprägtem Krankheitsbild ist, so schwierig ist die Früherkennung, denn ein richtiges „Frühsymptom“ gibt es nicht. Bei jeder auch kleinen tastbaren Verhärtung, die gegen das angrenzende Mammagewebe nicht scharf und glatt abgegrenzt ist, ist an die Möglichkeit zu denken, daß ein Karzinom vorliegen könnte. Man darf nicht ruhen, bis dieses nachgewiesen oder sicher ausgeschlossen ist. Ist die Haut über der fraglichen Resistenz auch nur leicht eingezogen, der „Plateau-Test“ positiv, dann kann mit großer Wahrscheinlichkeit angenommen werden, daß es sich um ein Karzinom handelt. Ein sehr unsicheres Symptom sind Schmerzen, die in der Regel für eine Mastopathie und gegen Karzinom sprechen. Neben der klinischen Untersuchung wurden auch andere diagnostische Methoden zur Früherkennung herangezogen. 1. Die *zytologische Untersuchung*: Dem Verfahren sind schon deshalb enge Grenzen gesetzt, da eine Sekretion aus der Mamilla nur bei einem kleinen Teil der Fälle vorliegt und nur ein positiver Befund zu verwerten ist. 2. Die *Transillumination* läßt zwar Verdichtungen im Drüsengewebe erkennen, kann aber über die Art derselben nichts aussagen. 3. Die *Röntgenuntersuchung*: a) Die Kontrastfüllung der Milchgänge kann nur bei zentralem Sitz und bei malignen entarteten Milchgangpapillomen ein Ergebnis bringen. b) Der Mammographie, der Röntgen-Leeraufnahme, scheint nach den Berichten einer Reihe von Autoren gerade bei der Frühdiagnose als zusätzlicher Maßnahme große Bedeutung zuzukommen. Trotz derartiger positiver Berichte hat die Mammographie bisher zu Unrecht wenig Verbreitung gefunden. Da die genannten diagnostischen Hilfsverfahren das Vorhandensein eines Karzinoms weder mit Sicherheit nachweisen, noch auszuschließen vermögen, kann allein durch die feingewebliche Untersuchung die Diagnose klargestellt werden. Es ist daher bei jedem auf Karzinom verdächtigen Fall die Anzeige zum vorerst diagnostischen chirurgischen Eingriff gegeben. Der diagnostische Eingriff soll aber nicht als „Probeexzision“, sondern nur als „Probeexstirpation“ des Tumors weit im Gesunden ausgeführt werden, um nicht eine Metastasierung zu fördern. Die Radikaloperation läßt nach wie vor die größte Zahl von Dauerheilungen erwarten.

Von zahlreichen Autoren wird der Wert der Röntgen-Vor- und -Nachbestrahlung betont und mit Zahlen belegt.

Von der Annahme ausgehend, daß es sich beim Brustkrebs um ein hormonabhängiges Karzinom handelt, wird so ziemlich allgemein nach der Radikaloperation die Ausschaltung der Ovarialfunktion bei noch menstruierenden Frauen empfohlen. Über die Zweckmäßigkeit einer zusätzlichen Hormontherapie gehen die Meinungen weit auseinander. Beim metastasierenden Mammakarzinom ist bei Bestehen von starken Schmerzen anstelle von Adrenalektomie und Hypophysektomie die Hypophysenausschaltung mit radioaktivem Gold oder Yttrium nach K. H. Bauer und E. Klar die Methode der Wahl. Die Erfolge sind häufig geradezu verblüffend. Bei Versagen oder Erschöpfung der Hormontherapie kommt die Anwendung von Zytostatika in Frage.

Da angenommen wird, daß es sich beim Brustkrebs um ein hormonabhängiges Karzinom handelt, muß von einer Schwangerschaft eine ungünstige Beeinflussung auf den Verlauf erwartet werden. Die Ansicht einiger Autoren geht heute dahin, daß in den ersten Jahren nach der Radikaloperation eine Schwangerschaft unterbleiben sollte, daß aber nach 3 bis 4 Jahren keine erhöhte Rezidivgefahr zu erwarten ist.

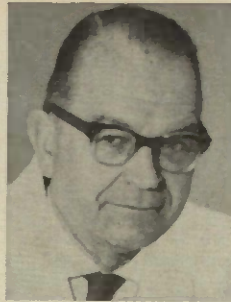
Prof. Dr. J. Zander, Direktor der Univ.-Frauenklinik Heidelberg, behandelte „Die medikamentöse Geburtenregelung“.

Die „Ernährung des Säuglings“ wurde von Prof. Dr. W. Droese von der Münchner Univ.-Kinderklinik besprochen. Für den reifgeborenen Säugling ist die Milch einer gesunden, zweckmäßig ernährten Mutter in den ersten 6 Lebensmonaten die optimale Nahrung. Steht Frauenmilch nicht zur Verfügung, so ist Kuhmilch die Grundlage der sogenannten künstlichen Ernährung des Säuglings. Die Forderungen des Kinderarztes an die Milch für Säuglinge werden am besten von der *Markenmilch* erfüllt. Markenmilch ist eine Milch der Güteklasse 1 mit einem eingestellten Fettgehalt von 3,5% aus Rindviehbeständen, die frei von Tuberkulose, Brucellose, Mastitisserregern und anderen menschenpathogenen Keimen ist. Weniger geeignet für die Säuglingsernährung ist die *Vorzugsmilch*, eine Rohmilch mit einem Fettgehalt zwischen 2,8 bis über 5%. Der Säugling ist gegen solche Schwankungen im Fettgehalt der Kuhmilch empfindlich. Keinesfalls darf die Vorzugsmilch roh an den Säugling gefüttert werden, sondern muß abgekocht werden. Erst durch das Kochen wird die Milch keimfrei und für den Säugling leichter verdaulich. Die sogenannte *pasteurisierte Trinkmilch* ist, trotz unbestreitbarer Qualitätsverbesserungen in den letzten Jahren, für die Säuglingsernährung immer nur ein Notbehelf. Verglichen mit der Markenmilch ist sie weniger hochwertig und gealtert. Der auf 3% eingestellte Fettgehalt ist für eine gedeihliche Aufzucht der Säuglinge nur gerade ausreichend. Keinesfalls darf *Sterilmilch* verwendet werden. Durch den Sterilisierungsprozeß kommt es zu einer Zerstörung hitzeempfindlicher Wirkstoffe und Vitamine und zu einer Schädigung der Milchproteine.

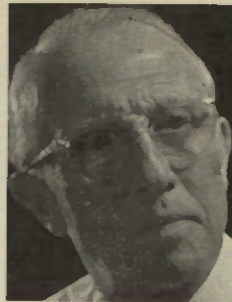
In den letzten Jahren werden die Milchkümmisungen für den Säugling statt mit Frischmilch in zunehmendem Maße aus einem *Trockenmilchpräparat* oder auch



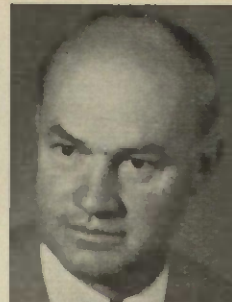
Prof. Dr. J. Zander,
Heidelberg



Prof. Dr. W. Droese,
München



Prof. Dr. A. Oborniedermayr,
München



Prof. Dr. O. Vitell,
Karlsruhe



Prim. Dr. A. Rett,
Wien

aus Kondensmilch hergestellt. Der Vorteil einer Verwendung von Dauermilch besteht darin, daß die Nahrung vor jeder Mahlzeit einfach und sauber hergestellt werden kann. Dadurch wird die Gefahr eingeschränkt, daß sich bei längerem Stehen und bei ungenügender Kühlhaltung in den mit Zucker und Mehl versetzten Kuhmilch-Wasser-Mischungen die Keime vermehren. Die Bakterienvermehrung in den Milchmischungen ist bei vielen Säuglingen, namentlich im Sommer, die Ursache von Durchfallerkrankungen. Trockenmilchpräparate sollten niemals mit Brunnenwasser angesetzt werden, da die Gefahr besteht, daß die im Milchpulver enthaltenen Caeolyten und anaeroben Sporenbildner aus den Nitraten des Wassers Nitrite bilden. Diese Nitrite sind die Ursache von *Methämoglobinämien*.

Zur Gruppe der Fett-Kohlenhydrat-angereicherten Milchmischungen gehören die sog. adaptierten Milchpräparate. Diese Präparate sind Nahrungen für den Neugeborenen und jungen Säugling. Sie bewähren sich in diesen Altersstufen nach den Beobachtungen aller Untersucher gut. Nach der 6. Lebenswoche wird mit diesen Präparaten mit altersgemäßen Trinkmengen erfahrungsgemäß keine ausreichende Sättigung mehr erzielt. Die Humana Milch-Werke sind deshalb dazu übergegangen, zusätzlich zur Stufe 1 eine Dauernahrung Stufe 2 zu schaffen und diese der reifen Frauenmilch anzugleichen. Die bisher vorliegenden Erfahrungen sind günstig.

Die Vorstellungen, die in den zwanziger Jahren zur Einführung der Sauermilchernährung führten, haben kritischen Nachprüfungen nicht standgehalten. Heute wird die Sauermilchernährung nur noch mit industriell hergestellten Fertigpräparaten durchgeführt. Verglichen mit der Frauenmilch sind die Sauermilchpräparate sehr protein-, mineral- und kohlenhydratreich, aber fettarm. Durch den Zusatz von Milchsäure oder Zitronensäure wird die Verdaulichkeit nicht verbessert, sondern eher verschlechtert. Der Säuregehalt reicht auch nicht aus, um das Bakterienwachstum in den Milchmischungen sicher zu verhindern.

Die optimale Milchmischung für den gesunden künstlich ernährten Säugling ist im 1. Lebenshalbjahr eine mit Fett und Kohlenhydraten angereicherte, nicht-gesäuerte Kuhmilch-Wasser-Mischung.

Zur zweckmäßigen Ernährung des Flaschenkindes gehört eine frühzeitige und ausreichende Zufütterung von Vitamin- und Wirkstoffträgern mit der Nahrung. Diese Beikost sollte aus Gründen der Sicherheit in gleicher Weise auch dem Brustkind gegeben werden. (Im ungekürzten Vortrag sind die dort angeführten wichtigen Einzelheiten nachzulesen.)

Der früher sehr beliebte Spinat ist in letzter Zeit in Mißkredit gekommen, da nach Gefrierspinat und wiederaufgewärmtem Spinat wiederholt Methämoglobinämie bei jungen Säuglingen beobachtet wurde. Anstelle der selbstzubereiteten Gemüse können auch speziell für die Bedürfnisse des Säuglings hergestellte Konserven und Fertigpräparate verwendet werden. Wichtigster Vorteil dieser Präparate dürfte das Freisein von Schädlingsbekämpfungsmitteln sein. Vor Verwendung sollte man sich über den Inhalt vergewissern, da viele dieser Konserven keine Kartoffeln und kein Fett enthalten. Die große Propaganda der Hersteller hat dazu geführt, mit der Zufütterung von Gemüse-Fleisch- bzw. Fleisch-Zerealien-Konserven immer früher zu beginnen. Der Säugling erhält dadurch zuwenig Mineralien, vor allem Kalzium.

Prof. Dr. Droese befaßte sich sodann mit der Ernährung des Säuglings in den einzelnen Monaten des ersten Jahres.

Der Leiter der Neugeborenenabteilung der Frauenklinik Bern, Priv.-Dozent Dr. G. von Muralt, widmete seinen Vortrag der „**Konservativen Therapie des Erbrechen im Neugeborenenalter**“. Das Erbrechen, ein häufiges Symptom bei Neugeborenen, kann harmlos sein; nicht selten aber ist es ein wichtiges Alarmzeichen einer gefährlichen Erkrankung, das nicht übersehen werden darf. Ein Teil dieser Ursachen muß chirurgisch behoben werden, nicht wenige aber können mit Erfolg konservativ behandelt werden. Endlich gibt es Grenzfälle, die konservativ und chirurgisch angegangen werden müssen.

Die äußeren Ursachen des Erbrechen sind meistens leicht zu diagnostizieren. Die erbrochenen Blutfetzen können sehr klein sein und leicht übersehen werden. Es empfiehlt sich, mit dem Erbrochenen immer eine Benzidinprobe durchzuführen. Ist diese positiv, muß noch unterschieden werden, ob das Blut vom Neugeborenen oder von seiner Mutter stammt (z. B. bei Rhagaden der Mamilla oder nach Verschlucken von Blut bei der Geburt). Zu diesem Zweck bedient man sich einer färberischen Technik, die auf der Alkaliresistenz des fötalen Hämoglobins beruht. Wird im Erbrochenen kindliches Blut festgestellt, liegt dem Erbrechen meistens eine ernste Mißbildung des Magen-Darm-Traktes (wie eine Hlatushernie) zugrunde oder ein Morbus haemorrhagicus neonatorum. Die Therapie des Erbrechen nach Aufnahme unphysiologischer Substanzen ist einfach: wiederholtes Absaugen, Magenspülungen mit physiologischer Lösung oder Kamillente, Korrektur der Ernährungstechnik. Hört das Erbrechen nach 1- bis 2maliger Magenspülung nicht auf,

muß an eine ernstere Ursache des Erbrechens gedacht werden.

Quantitative oder qualitative Ernährungsfehler führen häufig zu Erbrechen, sind aber leicht zu beheben. An eine Übertragung von Medikamenten durch die Muttermilch sollte man immer bei Erbrechen des Neugeborenen denken. Absetzen des Medikaments bei der Mutter bringt das Erbrechen des Kindes rasch zum Stillstand.

Ernstere Ursachen des Erbrechens sind die Infektionen verschiedenster Genese. Die Diagnose der Enterokolitiden und der Sepsis wird bakteriologisch gestellt und die Behandlung richtet sich nach der Resistenzprüfung. Im Neugeborenenalter sind die Erreger vorwiegend Kolibazillen und Staphylokokken. Neben den üblichen Maßnahmen (Diät, Infusionen) ist eine antibiotische Therapie unerlässlich. Eine besondere Stellung nimmt die Coxsackie-Myokarditis ein, weil sie häufig als Pneumonie oder Fruchtwasserrespiration verkannt wird.

Die zerebralen Störungen sind eine häufige Ursache des Erbrechens des Neugeborenen und eine kausale Therapie ist oft schwierig. Massive *Hirnblutungen* sind außerhalb unserer therapeutischen Möglichkeiten. Bei kleineren Blutungen sind Konaklon (1–3 mg) und Ephynal (zur Gefäßabdichtung) unerlässlich. Prednison (10–20 mg/Tag) hat einen sehr günstigen Einfluß auf das begleitende Hirnödem. Eine Lumbalpunktion kann bei einer Hirnblutung gefährlich sein, dagegen ist sie zur Diagnose der Meningitis unerlässlich. Als Erreger kommen im Neugeborenenalter meistens Kolibazillen und andere Darmkeime sowie Staphylokokken in Frage. Die Resistenzprüfung ist dabei wegweisend. Die Prognose ist im Neugeborenenalter trotz aller neuen Mittel infauster als im späteren Leben. Die Behandlung der *Hirntumoren* und des angeborenen Hydrozephalus ist chirurgisch. Nur im floriden Stadium der *kongenitalen Toxoplasmose*, hat ein gezielter Behandlungsversuch Aussicht auf Erfolg. Dieser wird heute mit einer kombinierten Tetrazyklin-Daraprim-Supronalkur durchgeführt.

Metabolische Störungen führen weniger selten als man annimmt zum Erbrechen beim Neugeborenen. Zwei Syndrome seien hier hervorgehoben: das Salzverlustsyndrom beim adrenogenitalen Syndrom und die Galaktosämie. Das Erkennen dieser Syndrome ist für den Säugling von ausschlaggebender Bedeutung, da sie

sich durch eine richtige, sofort eingesetzte Therapie beheben lassen. Während das Neugeborene mit einem unbehandelten Salzverlustsyndrom unter dem Bild einer Toxikose an einer Elektrolytkrise sterben kann, sind bei der Galaktosämie dagegen die Spätfolgen besonders zu befürchten: Wachstumshemmung, Katarakt und Nierenschädigung. Eine Symptomfreiheit kann erreicht werden und bereits eingetretene Leber- und Linsenschäden können sich zurückbilden, wenn konsequente und so früh wie möglich eine galaktosefreie Ernährung durchgeführt wird.

Es ist überaus wichtig die anatomischen Veränderungen, die zum Erbrechen beim Neugeborenen führen können, zu kennen. Die Diagnose muß so rasch wie möglich gestellt werden, damit die Kinder rechtzeitig dem Kinderchirurgen zur Operation zugeführt werden können. Bei jedem Neugeborenen das Erbricht, Schaum vor dem Mund aufweist oder bei dem eine Fruchtwasserrespiration vermutet wird, muß eine dünne Gummisonde durch die Nase eingeführt werden. Stößt die Sonde in der Tiefe von 10–12 cm (vom Naseneingang an gerechnet) auf ein Hindernis, so ist die Diagnose auf Ösophagusatresie praktisch schon gestellt. Ohne weitere Untersuchungen muß das Kind sofort dem Kinderchirurgen überwiesen werden. Endlich können Krankheiten anderer Organe zu Erbrechen führen. Es ist wichtig zu wissen, daß eine *Hodentorsion*, *Nierentumoren* und *Steinkoliken* bei Neugeborenen auftreten können. Ihre Behandlung ist vorwiegend chirurgisch.

„Die Chirurgie und Orthopädie des Neugeborenen“

behandelte der Direktor der Chirurg. Abteilung der Univ.-Kinderklinik München, Prof. Dr. A. Oberniedermayr. Die Erfahrung lehrt, daß das Neugeborene häufig chirurgisch krank ist und daß sich bei ihm hinter den Erscheinungen einer Passagestörung im Bereich des Magen-Darm-Kanals sehr oft Normabweichungen verbergen, die in chirurgische Behandlung gehören. Die weiteren Ausführungen befaßten sich mit dem Nabelschnurbruch, der Rachischisis, dem Enddarmverschluß und höher gelegenen Atresien. Eine große Gruppe chirurgischer Krankheiten des Neugeborenen macht sich erst im Laufe der beiden ersten Lebenstage bemerkbar. Da es sich dabei ausschließlich um Zustände handelt, die sich als Folge einer Atresie oder Stenose des Magen-Darm-Kanals einstellen, sind sich ihre Symptome sehr ähnlich; diese stellen sich nur zu verschiedenen Zeiten und in verschiedenem Ausmaß

TAESCHNER



Bei

Husten

hilft Kindern und Erwachsenen

Pertussin®

oral · perkutan · rektal

Neu: Pertussin® Halspastillen

Ⓜ

ein. Die frühzeitige richtige Beurteilung der Lage ist für das Kind lebensentscheidend.

Die Lebensbedrohung durch eine *Aspiration* ist bei Erbrechen immer eine sehr große. Die Folgen eines über Tage hinaus bestehenden Ileus wird kein Arzt unterschätzen, aber die tödliche Gefahr der *Aspiration* wird allzu leicht verkannt. Sie kann innerhalb weniger Augenblicke die schwerste *Asphyxie* mit tödlichem Ausgang oder zumindest eine anhaltende Infiltration der Lunge mit ihrer schweren Beeinträchtigung der Abwehrkraft nach sich ziehen. Weicht das Neugeborene in seinem Verhalten bei oder nach der Nahrungsaufnahme in irgendeiner Weise von der Norm ab, dann gilt es als allererstes überhaupt an die Möglichkeit einer Mißbildung und dann an die Gefahr der *Aspiration* zu denken.

Man wird also in jedem Fall Mund und Rachen des Kindes durch ständiges Absaugen freihalten, bis die Lage soweit geklärt erscheint, daß ärztliche Entscheidungen getroffen werden können. Dem Anlegen einer Dauertropfinfusion darf nur in sehr beschränktem Maße nachgegeben werden. Das Flüssigkeitsbedürfnis des eben zur Welt gekommenen Kindes ist ein sehr geringes; auch das normale Kind wird ja nicht schon am ersten Tage angelegt und trinkt am 2. Lebenstag fast immer nur eine kleine Menge Muttermilch. Es reicht somit völlig aus, wenn in den ersten Lebenstagen der tatsächliche Verlust an Körperflüssigkeit mit 5%iger Glukoselösung ersetzt wird. Der Schaden einer zu früh und zu reichlich erfolgten parenteralen Flüssigkeitszufuhr ist bei vielen Fällen nur schwer gutzumachen und belastet die Operationsaussichten sehr erheblich. Je höher die Stelle der Atresie liegt, um so früher treten die Symptome der Rückstauung ein und um so größer sind die Chancen des Kindes, rechtzeitig vor einer ernsteren toxischen Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes in chirurgische Behandlung zu kommen. Die Maßnahme zur Herstellung der Darmpassage bei Atresien besteht in der Anastomosierung der beiden Segmente. Die enormen Kaliberunterschiede zwischen dem hochgradig dilatierten oralen Abschnitt und dem völlig zusammengeschnurrten aboralen Teil, der noch nie einen Inhalt hatte, erschweren die Operationen sehr.

Die Zwerchfellhernie ist eines der folgenschwersten Leiden des Neugeborenen, das zwar seit der Geburt besteht, aber meist erst nach Tagen infolge der Summation der Krankheitsvorgänge zu einem akut bedroh-

lichen Zustand wird. Die unbehandelten Kinder sterben in einem hohen Prozentsatz in den ersten Lebenstagen. Der Vorfall von Baueingeweiden in die Brusthöhle ist die Ursache beängstigender Atem- und Kreislaufstörungen, alarmierend werden aber erst die Anzeichen ernster Passagestörungen des Magen-Darm-Kanales. Der zyanotische schnappend atmende junge Säugling behält keine Nahrung, nach einem mehr oder weniger dürftigen Mekoniumabgang fehlt jede Stuhlentleerung. Es ist ein für die Zwerchfellhernie typischer Befund, daß man keine Auftreibung des Leibes und auch keine Spannung der Bauchdecken findet. Der Leib ist im Gegenteil auffallend klein, ja eingefallen. Eine einfache Röntgenleeraufnahme klärt die Situation, die betroffene Thoraxseite — meist ist es die linke — zeigt die lufthaltigen Darmschlingen, das Mediastinum ist nach rechts verlagert. Nur die sofortige operative Reposition der prolabierten Organe und der Verschuß der Zwerchfellücke kann das Leben des Kindes erhalten.

Bei den orthopädischen Problemen wurde der Klumpfuß besonders besprochen, da er mit einem Fall auf 2000 Geburten zu den häufigsten angeborenen Mißbildungen gehört. Die Lageabweichungen im Fußskelett lassen sich beim Klumpfuß um so leichter beeinflussen, je früher die Behandlung einsetzt. Die Differentialdiagnose gegenüber der physiologischen Supinationshaltung der Füßchen des Neugeborenen ist leicht, dort liegt ja keine Kontraktur vor und beim *Pes adductus* fehlt der Spitzfuß. Das sogenannte *Sichelfüßchen*, *Pes adductus congenitus*, ist ebenfalls eine sehr häufige Mißbildung, der Vorfuß ist nach innen abgeknickt, der äußere Fußrand konvex geformt, während die Spitzfußstellung fehlt und die Ferse normale Stellung und Form aufweist. Auch hier muß so früh wie möglich redressiert werden und lange genug das Ergebnis überwacht und gesichert werden, da die Rezidivneigung eine sehr große ist. Der *Hackenfuß* bedarf nur in den seltensten Fällen orthopädische Hilfe. Diese die Eltern recht erschreckende Stellung des Füßchens gleicht sich in wenigen Wochen spontan aus.

Die sogenannte *Hüftverrenkung*, soweit sie beim Neugeborenen überhaupt schon feststellbar ist, und das ist eigentlich nur bei den ganz schweren sogenannten teratogenen Luxationen der Fall, fand Besprechung. Die Großzahl der Dysplasien und Subluxationen, deren Behandlung bei frühzeitigem Einsetzen heute kaum mehr problematisch ist, sind im Röntgenbild der ersten bei-

Pernionin®



KREWEL-WERKE · Eitorf b. Köln

Pernionin® -Teil-Bad

Periphere und lokale Durchblutungsstörungen,

Perniones, Arthropathien,

Rheumatische u. neuralgische Beschwerden.

Pernionin® -Voll-Bad

Rheuma, Neuralgien, Durchblutungsstörungen,

Erfrierungsschäden; vegetative Dystonien,

Erschöpfungszustände allgemeiner und nervöser Art.

den Lebenswochen noch nicht eindeutig erkennbar; es ist ohne Risiko berechtigt, die Beantwortung der Frage nach dem Vorliegen einer Luxation oder Subluxation um einige Wochen zu verschieben.

Die Behandlung der chirurgischen Leiden der Neugeborenen setzt mehr als im späteren Säuglings- und Kindesalter die frühzeitige richtige Beurteilung der Symptome voraus. Hier liegt die verantwortungsvolle Hauptaufgabe des Geburtshelfers, Pädiaters und des praktischen Arztes.

Die besonders inhaltsreichen Ausführungen sind für ein Referat nicht geeignet. Es muß daher auf die Wiedergabe des Vortrages in den „Monatskursen für die ärztliche Fortbildung“ hingewiesen werden.

Prof. Dr. H. Asperger, der Vorstand der Univ.-Kinderklinik Wien, widmete seine Ausführungen dem Thema „Das schwererziehbare Kind“. Er leitete seinen Vortrag mit den Worten ein: „Es ist ein ganz unerfüllbares Unterfangen, in diesem Rahmen etwas für den praktischen Arzt Brauchbares über das ‚schwererziehbare Kind‘ aussagen zu wollen. Alle nur denkbaren Störungen des Kindesalters, vor allem jene, die das Zentralnervensystem tangieren, führen zu Verhaltensstörungen und damit zu Schwierigkeiten in der Erziehung des Kindes; das kann gewiß auch bei ‚rein körperlichen‘ Krankheiten der Fall sein.“ Verhaltensstörungen können in organischen Hirnstörungen begründet sein. Die meisten dieser Krankheitsbilder, insbesondere die virusbedingten Enzephalitiden, sind heute um ein Vielfaches häufiger geworden. Legion ist heute die Zahl der Kinder mit vegetativen Störungen. Die Reihe geht von Organstörungen (ziemlich an allen vegetativ innervierten Organen, Erbrechen und Bettlässigen, Tics und Schlafstörungen usw.) zu Symptomen, welche die Stimmungslage (etwa Angstsymptomatik), das Verhalten, die Arbeitsweise schwer beeinträchtigen und alle diese Kinder in hohem Maße zu schwererziehbaren machen.

Sie sind von ständiger Unruhe getrieben; die motorische Luxurierung ist nur ein Zeichen für die innere Unstetigkeit, das Getriebensein, das Unangepaßte der Reaktionen, den Leerlauf, etwa beim Tic, dem Fingerlutschen und Nasenbohren. Die Verhaltensstörung ergibt sich aber auch aus den allzu leicht erregbaren, im Ausmaß weit überschleßenden, freilich auch wieder leicht in sich zusammenfallenden Affekten (diese Kinder wirken im Zorn nicht nur erschreckend durch die extremen vegetativen Erscheinungen, sondern sind auch gefährliche Raufer, weil sie den richtigen „Bubenkomment“ nicht einhalten können). Auch der Umgang mit der Autorität ist schwer gestört, durch rasch aufflammende Widersetzlichkeit und große Konfliktbereitschaft. Fast am schwersten wirkt sich aber die Störung der Arbeitsweise durch die typische Konzentrationsstörung aus: es fehlt die Auswahlfunktion durch die Persönlichkeit, das Hemmen-, das Abschalten-können, statt dessen zeigen sich Leerlauf, Bewegungsluxus, endloses Brodeln, verstärkte Ablenkbarkeit, eine „passive Aufmerksamkeit“. So bleiben die Kinder im Lernen zurück, bleiben weit unter dem Niveau, das sie rein begabungsmäßig erreichen könnten, und das ist tragisch, ist doch die Schule der Hauptinhalt des „Schulalters“.

Zahlreiche Einzelbeobachtungen erweisen, daß Erbfaktoren wesentlich beteiligt sind; die Störungen sind

in der Regel von der Geburt an, tatsächlich vom ersten Schrei des Lebens an erkennbar, ja die „vegetative Neurose“ des Pylorospasmus muß schon vor der Geburt bestehen, sonst wäre die Symptomatik nicht erklärbar. Ebenso sicher ist aber, daß auch Milieufaktoren aufs stärkste beteiligt sind, in Gang setzend und in Gang haltend, eine geradlinige Prägung beeinflussend: durch die Reizbarkeit der Erzieher, deren ansteckende Unruhe, durch angsterzeugenden Terror. Besonders auch Verwahrlosung spielt heute, nachdem in unseren Ländern die „Elendsverwahrlosung“ besiegt ist, in der Form der „Luxusverwahrlosung“ eine sehr große Rolle: durch Unbehaustsein-lassen, Mangel an Zeit, an Geduld, an Liebe. So werden psychosomatische Gesetzmäßigkeiten ausgelöst, für die das „sympathische“ Nervensystem das wichtigste Instrument ist.

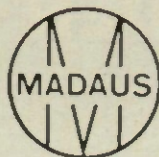
Es scheint nahe zu liegen, bei den immer auch an den vegetativ innervierten Organen sich abspielenden Erscheinungen zu vegetativ wirksamen Pharmaka zu greifen, deren es in großer, übergroßer Zahl gibt: Ataraktika (schon das Wort hat etwas Hybrides: als könnte man die „ataraxia“, die heitere Ruhe des Gemüts, durch Chemie erzwingen!), Neuroleptika und Thymoleptika bei Unruhe und Übererregbarkeit, andererseits Stimulanzien und Psychoenergizer bei Leerlauf und gestörter Arbeitsunfähigkeit.

Dabei begeben sich aber Eltern und Arzt oft in einen verhängnisvollen Kurzschluß: die Eltern wollen es abkaufen, daß sie sich zu wenig um das Kind kümmern, sich menschlich zu wenig einsetzen; sie bezahlen den Arzt, er oder noch besser das Medikament, über das man durch eine übermächtige Reklame so viel gehört hat, sollen es richten. Und auch der Arzt spielt in diesem Spiel mit: er hat nicht die Zeit, nicht den Willen, nicht die Fähigkeit, die nötigen diagnostischen Wege zu beschreiten (Beherrschung von Intelligenztests, um etwa eine bei beschränkter Begabung bestehende Überforderung zu erkennen). Gewiß kann eines der genannten Mittel günstige Wirkungen erzielen. Aber diese werden bald wieder aufhören, wenn die Dynamik der äußeren Faktoren, die nicht gelöst wurde, zu mächtig bleibt: kann man doch selbst durch eine suggestive, „thymotrope“ Therapie Kopfschmerzen durch einen Hirntumor verhängnisvollerweise beseitigen, aber eben nur für kurze Zeit! Darüber hinaus muß der verantwortungsbewußte Arzt wissen: es gibt bei allen diesen Pharmaka paradoxe Wirkungen: daß sie etwa exzitierend wirken statt zu beruhigen, daß sie ungünstige Allgemeinwirkungen haben (der Vortragende wehrt sich dagegen, so wie die pharmazeutische Industrie will, von „Nebenwirkungen“ zu sprechen) auf motorischem Gebiet (Ataxie, Gleichgewichtsstörungen) oder aber daß die Besserung der Unruhe, der überschießenden Reaktionen durch zu starke allgemeine Dämpfung und eine Konzentrationsstörung (nur jetzt aus anderer Ursache) erkauft wird. Trotzdem wird auch der kritische Arzt zu einer medikamentösen Behandlung dieser Symptome greifen, vor allem wenn die körperlichen Erscheinungen sehr quälend im Vordergrund stehen, sehr genau dosiert, das Kind genau im Auge behaltend (wegen Überempfindlichkeits- und paradoxer Reaktionen). Es muß aber klar sein, daß das nicht das Wichtigste, sondern daß es mehr ein Anlaß ist, mit Kind und Eltern ins Gespräch zu kommen, daß das Medikament mehr ein „Vehikel des Vertrauens“

Bewußte Ausnutzung
der bisher vernachlässigten
Wirkungsqualitäten
der besser wasserlöslichen
Digitaloide:
Beschleunigte Ausscheidung,
keine toxische Kumulation,
keine Nebenwirkung
auf das Nervensystem,
gezielte steuerbare Wirkung
auf den Herzmuskel

Prototyp: Convacard[®]

Die Praxis bestätigt besondere Erfolge
bei bradycarden Dekompensationen
und bei allen Arten
von Herzmuskelschädigungen
mit latenter und manifester
Dekompensation, die aufgrund ihrer
fortgeschrittenen myocardialen
Degeneration zu polytopen
Reizbildungen neigen,
bei Dekompensationszuständen nach
frischen oder abgelaufenen Infarkten,
zur ambulanten Behandlung
der latenten Herzmuskelsuffizienz,
bei abgelaufenem Myocardinfarkt,
bei Cor pulmonale, Mitral- und
Aortenvitien,
bei latent dekompensierten Hypertonien,
beim Altersherz



OP mit 30 Dragées DM 2.50 o.U.lt.A.T.
OP mit 100 Dragées DM 7.60 o.U.lt.A.T.

ist. Der Arzt muß das Kind in seiner Situation genau kennenlernen und von dieser Kenntnis aus eingreifen: durch Beratung der Mutter, die ja meist die Schlüsselfigur ist (freilich auch wissend um die Begrenztheit jeder intellektuellen Beratung), durch Einweisung in den richtigen Schultyp (etwa Herausnahme aus der Höheren Schule, wenn das auch die Elternteiligkeit treffen mag), durch Herbeiführen einer richtigen Lernsituation, durch Erholungsverschickung, durch Einweisung in einen heilpädagogischen Hort, eine heilpädagogische Abteilung im Spital oder durch Heimelweisung; vor allem aber durch persönliche Bindung, Erwecken von Vertrauen, das auch aus einer schweren Druck- und Konfliktsituation herausführen und heilende Kräfte in der Person des Kindes erwecken kann. Prof. Asperger befaßte sich sodann mit charakterlichen Besonderheiten und Abartigkeiten. Es folgte die Besprechung der eigentlichen Psychopathieformen und der beginnenden Psychosen. Zusammenfassend verwies der Vortragende darauf, daß es einen schmalen Bereich für medizinische, medikamentöse Behandlung gibt, das Wichtigste aber ist: Erkennen und Hilfe durch Erkenntnis, durch Wissen um die körperlich-seelischen Beziehungen, die Geschichte des Kindes, die Verflechtungen mit der Umwelt. In diese Situation muß sich der Arzt hineinstellen, klärend, zur Selbsterkenntnis führend, Wege weisend, pädagogische Möglichkeiten schaffend.

„Neue Möglichkeiten der Infektionsprophylaxe und Therapie im Kindesalter“ besprach Prof. Dr. O. Vivel, Chefarzt der Kinderklinik Karlsruhe. Das Krankengut einer Kinderklinik besteht auch heute noch zu über 40% aus infektiösen Krankheiten bakterieller oder viraler Natur, wobei der überwiegende Anteil Viruskrankheiten des Respirationstraktes sind. In der Arztpraxis ist der „grippale Infekt“ in seinen vielfältigen klinischen Manifestationen wie Rhinitis, Konjunktivitis, Otitis, Angina catarrhalis, Laryngitis, Croup, Trachetis, Bronchiolitis und Pneumonie noch wesentlich häufiger. Bei den klassischen Infektionskrankheiten des Kindesalters hat sich allerdings in den letzten Jahren ein erheblicher Wandel vollzogen. Bestimmte, früher häufige Infektionen wie Diphtherie und Poliomyelitis sind fast verschwunden, der Scharlach hat seine Schrecken durch die Penizillintherapie weitgehend verloren. Auch die interstitielle plasmazelluläre Pneumonie des jungen Säuglings, eine Krankheit mit sehr hoher Mortalität, die noch vor wenigen Jahren die Säuglingssterblichkeit zwischen der 6. Lebenswoche und dem 3. Lebensmonat stark belastet hat, ist überall dort im Rückgang begriffen, wo energische prophylaktische Maßnahmen durchgeführt wurden. An deren Stelle machen uns andere, hochfieberhafte, oft tödlich verlaufende Krankheiten mit enzephalitischen Symptomen besondere Sorge, deren Ätiologie zwar noch nicht eindeutig geklärt wurde, deren infektiöse

Natur aber außer Zweifel steht. Es handelt sich um das Krankheitsbild der sogenannten Enzephaloenteritis oder hyperpyretischen Toxikose des älteren Säuglings und jungen Kleinkindes, das wegen seiner hohen Letalität an die Spitze der lebensbedrohenden Infektionen des Kindesalters getreten ist. Ausführlich befaßte sich der Vortragende mit der Unzahl von Virusinfektionen der Luftwege und ihrer schwierigen prophylaktischen Bekämpfung. Wegen der hohen Erkrankungszahlen im Kindesalter gilt der Hepatitis besondere Aufmerksamkeit.

Im Jahre 1960 wurden noch fast 2000 Erkrankungen an Diphtherie im Bundesgebiet gemeldet, während diese Zahl 1964 auf 634 zurückging. Ähnlich rückläufige Tendenz zeigen die Dyspesle-Coli-Infektionen seit Frühjahr 1962. Eher angestiegen sind mit der vermehrten Tierhaltung Toxoplasmose-Erkrankungen, von denen vor allem die erworbenen Formen im Kindesalter mehr und mehr in den Vordergrund treten und unser sowieso ansteigendes Patientengut an Hirnschäden noch vermehren. Frühzeitige Diagnose mit den verfügbaren Serotesten und energische Behandlung mit Kombination Daraprim — Sulfonamide vermag einiges zu erreichen. Ein imponierender Erfolg ist bei der Impfung gegen Kinderlähmung zu verzeichnen. Diese bis vor Jahren noch so gefürchtete Seuche, die vor allem in hochzivilisierten Ländern zu immer höheren Erkrankungszahlen führte, wurde dank der Impfung praktisch ausgerottet.

In den letzten Jahren wurden in den USA, in Rußland und Japan Impfstoffe gegen Masern entwickelt, die seit etwa einem Jahr versuchsweise auch in Deutschland im Einsatz sind. Die Masern, die um die Jahrhundertwende als „Würgeengel“ bekannt waren, führen zwar nur noch selten zum Tode, sind aber trotzdem auch heute noch eine sehr ernst zu nehmende Krankheit. Besonders gefürchtet sind die zentralnervösen Komplikationen, die je nach Epidemiejahr einmal auf 400 bis 10 000 Erkrankungen beobachtet werden. Die Prognose dieser Masernenzephalitis, die häufig auch vorgeschädigte Kinder betrifft, ist nicht gut, etwa 20% sterben, weitere 20—40% behalten Restschäden zurück. Heute wird sogar die normal verlaufende Maserninfektion für Intelligenzdefekte bei etwa jedem 4000. Kind in den USA verantwortlich gemacht, seit man weiß, daß sich auch bei unkompliziertem Verlauf in etwa 50% EEG-Veränderungen finden. Welche Bedeutung die Masern für die Wegbereitung leukämischer Krankheiten besitzen, ist noch ungewiß. Sicher ist, daß sie in 30—70% zu Chromosomenbrüchen in peripheren Blutzellen des betroffenen Kindes führten. Auch Beziehungen zur multiplen Sklerose wurden angenommen, da bei solchen Patienten im Liquor Masernantikörper nachgewiesen wurden. All dies sind Gründe,

LANG'S PFLASTERBINDEN

porös — luftdurchlässig
elastisch und hochelastisch (extra)

Nichtklebend an Haut und Haaren
• Schmerzfreie Abnahme
Hautschonend
Bademöglichkeit mit ang. Verband
Mehrmals nachzuwickeln

LANG & Co. KG · MÜNCHEN 45

der Masernimpfung unsere besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

Die Ausführungen von Primarius Dr. A. Rett, Vorstand der Kinderabteilung der Stadt Wlen-Lainz, galten dem **hirngeschädigten Kind**. Die so vielseitige und vielschichtige Problematik kindlicher Hirnschädigungen stellt Eltern, Ärzte, Erzieher und auch die Gesellschaft vor außerordentliche Aufgaben und zwingt zu Stellungnahme in sozialer, menschlicher, pädagogischer und ärztlicher Sicht. Vor zwei Jahrzehnten noch Strandgut der Medizin, ist diese große Gruppe von Krankheitsbildern heute in den Mittelpunkt des Interesses gerückt, 1. weil man bereits durchaus in der Lage ist, die Ursachen derartiger Störungen festzustellen; 2. weil beim heutigen Stand der Medizin und Pädagogik die Betreuung solcher Kinder auch Fortschritte erlaubt, die früher undenkbar gewesen wären; 3. weil unsere heutige Gesellschaft bereit ist, die finanziellen Mittel zur Betreuung solcher Kinder bereitzustellen.

Die intensive Forschung nach den Ursachen kindlicher Hirnschäden hat grundlegend neue Erkenntnisse gebracht, die uns heute doch eine Reihe von Faktoren als auslösende bzw. dispositionelle Momente in der Entstehung derartiger Krankheiten erkennen lassen, Faktoren, aus deren klarer Kenntnis sich einmal prophylaktische Maßnahmen ableiten lassen, so daß das wichtigste Ziel, nämlich die Verhinderung des Entstehens solcher Krankheiten erreicht werden könnte. Genetische, hormonelle, vaskuläre, enzymatische und fermentative Möglichkeiten, Störungen des Vitaminhaushaltes, chemische Noxen, Störungen der Sauerstoffversorgung und wahrscheinlich noch eine Reihe anderer Substanzen spielen hier eine Rolle, deren qualitatives und quantitatives Maß wir allerdings noch nicht abzuschätzen vermögen.

In der Ätiologie des Mongolismus wissen wir zwar, daß das Chromosomenmuster Abweichungen von der Norm aufweist, wir wissen nun, daß das Entstehen dieser Krankheit also bereits bei der Konzeption nicht mehr zu verhindern ist, wir wissen aber noch nicht, welche Faktoren diese Chromosomenaberration hervorrufen. Die generative Insuffizienz der sogenannten „müden — überalterten Mütter“ ist immer noch einer der wenigen, statistisch nicht zu widerlegenden Faktoren.

In der Ätiologie der zerebralen spastischen Paresen kennen wir den Anteil der Sauerstoffversorgungsstörungen heute verhältnismäßig genau. Es sind viel seltener, als man annehmen möchte, die mechanischen Verletzungen durch die Zange, die eine Hirnläsion setzen, sondern die vaskulären Störungen der Schweregeburt, die Anlaß zum Ansetzen der Zange sind, die als pathogenetische Möglichkeit berücksichtigt werden müssen.

Die Bedeutung der Schwangerschaft für das Schicksal des Kindes ist heute kaum mehr zu bestreiten. Nachuntersuchungen bei Kindern, deren Mütter in der Gravidität Infektionskrankheiten, Medikamentenabusus, Röntgenbestrahlungen usw. erlebt haben, zeigen eindrucksvoll die Zusammenhänge auf. Das Problem der mißlungenen Versuche der Schwangerschaftsunterbrechung, der Gebärmutterblutung überhaupt mit der hormonellen Therapie des Abortus imminens wird immer klarer und sollte vor allem die Gynäkologen zum Nachdenken und Nachuntersuchen anregen. Der Anteil der Frühgeborenen am Krankengut der hirngeschädigten Kinder reicht fast an 40% heran. Unsere hervorragenden technischen und biochemischen Aufzuchtmethoden, immer schwächere Früchte am Leben zu erhalten, haben oft Folgen, wie das spätere Schicksal bei entsprechender Nachkontrolle sich erweist. Frühgeburt ist eben nicht Frühgeburt, und eine geschädigte, entsprechend vorbelastete Frucht ist natürlich mit einer größeren Hypothek belastet als eine gesunde Frucht, die nur zu früh zur Welt kommt. Hier zeichnen sich bereits gewisse Erkenntnisse ab, die uns ein Problem von enormer medizinischer und ethisch-sozialer Tragweite aufdrängen, Probleme, vor denen wir nicht die Augen verschließen dürfen, nur weil wir damit vielleicht nicht unmittelbar konfrontiert sind.

Entscheidender therapeutischer Fortschritt auf dem Gebiet kindlicher Hirnschäden ist die Tatsache, daß man sich überhaupt mit den Kindern befaßt, daß man Energie in ihre Betreuung investiert, während früher, mit dem Stempel der Hoffnungslosigkeit belastet, durch die Passivität nicht einmal die vorhandenen Fähigkeiten entwickelt wurden. Daß man heute Lehrer ausbildet, Kindergärten und Schulen baut, ist eine Entwicklung, die sich schon deshalb nicht mehr aufhalten läßt, weil man an vielen Kindern die Fortschritte der Behandlung erleben und erkennen kann. Die Heilpädagogik ist die Basis dieser Betreuung. Beim gelähmten Kind ist die Physiotherapie Grundlage aller Behandlung. Mit medikamentösen Mitteln ist Vorsicht geboten, weil unter falschen Voraussetzungen damit auch schwere Fehler gesetzt werden können. Das bei fast allen hirngeschädigten Kindern vorhandene optische affektive Gedächtnis sowie eine stark ausgeprägte Musikalität sind weiter Leitsymptome, die von den Eltern oft mit Intelligenz verwechselt werden, im Grunde jedoch eher primitive Funktionen sind. Die oft geradezu verblüffende Schlaueit dieser Kinder führt uns aus der Kenntnis und Beobachtung an mehreren tausend Kindern zu dem zusammenfassenden Urteil, „daß es verblüffend ist, was ein hirngeschädigtes Kind kann, wenn es will, aber ebenso verblüffend sein kann, was es nicht kann, wenn es nicht will“. Kindliche Hirnschädigungen sind stets komplexe Störungen mit Auswirkungen in vielen Funktionsbereichen des kindlichen

RECORSAN[®]

- LIQUID.

Crataegustherapie des Altersherzens

30 ml DM 2,250. U.

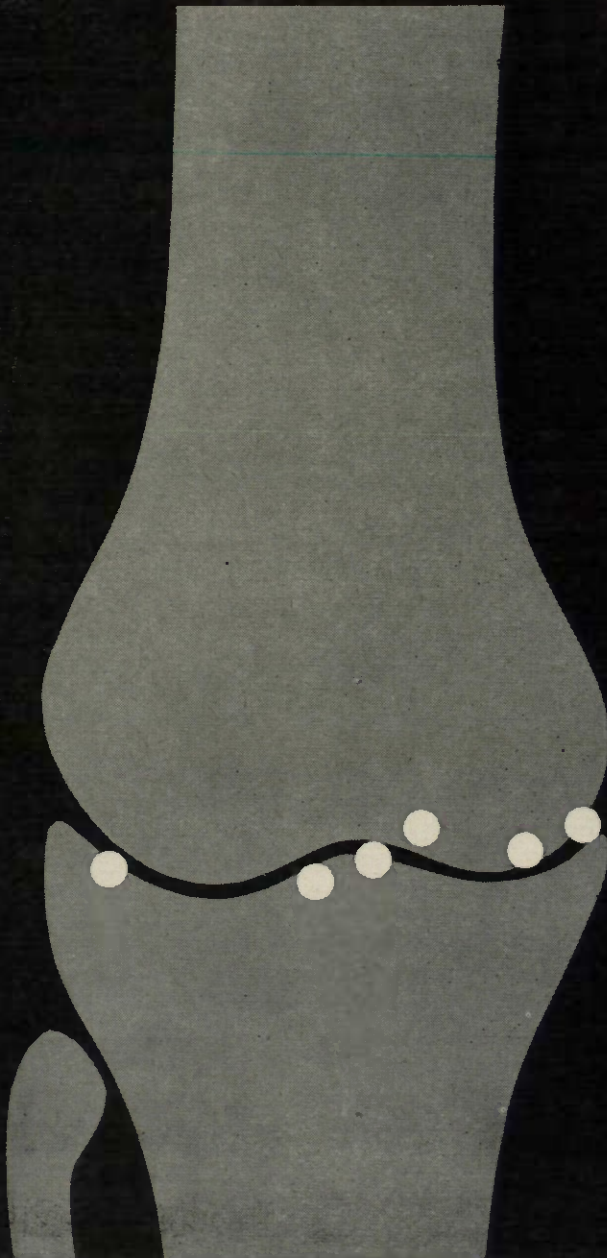
- Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

cassella
riedel

Bei Entzündung der Gelenke

Enelbin[®]

antiphlogistische
Umschlagpaste



Organismus und der Persönlichkeit. Ebenso komplex aber wie die Schädigung muß notwendigerweise auch die Behandlung erfolgen, wobei das Zusammenwirken erzieherischer, pädagogischer und ärztlicher Maßnahmen die „*Conditio sine qua non*“ sein muß. Die *Restitutio ad integrum* ist in diesem Gebiet der menschlichen Heilkunde seltene Ausnahme. Man muß versuchen, die vorhandenen Fähigkeiten zu entwickeln, störende Einflüsse zu beseitigen, um so zu versuchen, dem Kind einen Lebensweg zu öffnen, der seinen Möglichkeiten entspricht, den Eltern aber die geradezu existentielle Sorge nimmt, die in der immer wieder gestellten Frage liegt: „Was geschieht mit dem Kind, wenn wir nicht mehr sind!“

In einem Podiumsgespräch wurde die „**Schwangerenberatung und das Stillproblem als Aufgabe der ärztlichen Praxis**“ besprochen.

Die Vorträge fanden bei der zahlreichen Zuhörerschaft ein reges Interesse. Es muß den Teilnehmern wie denjenigen, denen es verwehrt war, den lehrreichen Ausführungen beizuwohnen, nahegelegt werden, deren Wortlaut in der „*Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*“ nachzulesen.

K-g.

Stiftung „HUFELAND-PREIS“ für Arbeiten über Vorbeugende Gesundheitspflege

Für die beste Arbeit über Vorbeugende Gesundheitspflege ist bis auf weiteres jährlich ein Preis von 10 000 DM ausgesetzt worden.

Die Vergebung des Preises erfolgt in Form einer Ausschreibung. Zwecks Durchführung dieser Ausschreibung ist ein Kuratorium gebildet worden, das sich aus folgenden Herren zusammensetzt:

1. Landesmedizinalrat Dr. med. PETRI, Vorsitz, Köln
2. Präsident Dr. med. SCHIMRIGK, Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft Westdeutscher Ärztekammern) in Köln
3. Dr. med. Dr. med. dent. FORSTMANN, Bundesverband der Deutschen Zahnärzte e. V. in Köln
4. Prof. Dr. med. FRITSCHKE, Deutsches Gesundheitsmuseum, Zentralinstitut für Gesundheitserziehung e. V. in Köln
5. Dr. med. KÜHN, Bundesausschuß für gesundheitliche Volksbelehrung in Bad Godesberg
6. Generaldirektor GARDE, Concordia Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft — Deutsche Ärzteversicherung — in Köln

Die Bewertung der Arbeiten erfolgt durch ein Preisrichterkollegium, dessen Mitglieder von dem Kuratorium bestellt werden. Die Verleihung des Preises nimmt das Kuratorium auf Vorschlag des Preisrichterkollegiums vor.

Die Durchführung der Ausschreibung des „Hufeland-Preises“ erfolgt unter Aufsicht eines Notars.

Die Entscheidungen des Kuratoriums und des Preisrichterkollegiums sind unanfechtbar.

Für alle im Zusammenhang mit dieser Ausschreibung entstehenden Streitfragen wird der ordentliche Rechtsweg ausgeschlossen.

Das Kuratorium fordert hiermit öffentlich zur Teilnahme an der

Ausschreibung des „Hufeland-Preises“ 1966
auf.

Der Preis wird durch die Concordia Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft — Deutsche Ärzteversicherung — Köln zur Verfügung gestellt.

Zur Teilnahme sind berechtigt: Deutsche Ärzte und Zahnärzte. Die Arbeiten müssen folgende Voraussetzungen erfüllen:

A

Die Arbeit muß beinhalten ein Thema auf dem Gebiet der

- a) Gesundheitsvorsorge oder
- b) der Vorbeugung gegen Schäden oder Erkrankungen, die für die Volksgesundheit von Bedeutung sind, oder
- c) der vorbeugenden Maßnahmen gegen das Auftreten bestimmter Krankheitsbilder oder Schäden, die die Lebenserwartung der Allgemeinheit beeinträchtigen oder Berufsunfähigkeit zur Folge haben können.

B

Art der Darstellung: Durch Schrift oder Film in allgemeinverständlicher Form.

C

Voraussetzung ist ferner, daß die Arbeit auf eigenen ärztlichen Erkenntnissen beruht, die von dem Preisrichterkollegium als wesentlich und wissenschaftlich vertretbar angesehen werden. Die Zusammenfassung und Wiedergabe bereits bekannter medizinischer Tatsachen erfüllt diese Voraussetzung nicht.

Die Arbeiten dürfen noch nicht veröffentlicht worden sein und bis zur Verleihung des Preises nicht veröffentlicht werden.

Auf Antrag kann das Kuratorium die Veröffentlichung einer Arbeit vor der Verleihung des Preises gestatten, wenn ein wichtiger Grund vorliegt. Die Arbeit darf jedoch nicht vor Schluß des Einsendetermins zur Veröffentlichung eingereicht sein.

Jede Arbeit kann nur einmal eingereicht werden.

Das Kuratorium kann Personen, die allgemein oder beruflich straffällig geworden sind oder gegen die ein Strafverfahren schwebt, von der Teilnahme ausschließen.

Arbeiten, die nach dem 31. 5. 1966 eingehen, können nicht berücksichtigt werden.

Der Preis von 10 000 DM wird dem Einsender der besten Arbeit zugesprochen, die die Voraussetzungen unter A—C erfüllt.

Entspricht keine der eingereichten Arbeiten den genannten Voraussetzungen, so kann von einer Verleihung des Preises abgesehen werden. Mit der Einreichung der Arbeit unterwirft sich der Teilnehmer den Bedingungen dieses Preisausschreibens und gibt für den Fall, daß seine Arbeit preisgekrönt wird, seine Zustimmung zur Erstveröffentlichung in einer von dem Kuratorium bestimmten Zeitschrift oder Fachzeitschrift.

Die Arbeiten sind bis zum 31. Mai 1966 an folgende Anschrift zu senden:

„Hufeland-Preis“, Notariat, Köln, Norbertstr. 21

Die Arbeit selbst ist mit einem vom Verfasser gewählten Kennwort zu versehen und darf den Namen des Verfassers nicht enthalten. Auf einem besonderen Bogen sind anzugeben:

Vor- und Zuname, genaue Anschrift, Staatsangehörigkeit, Tag der Approbation, Alter, genaue berufliche Stellung und Tätigkeit sowie das Kennwort der Arbeit.

FAKULTÄT

München

Zum Rektor der Universität für das Amtsjahr 1965/66 wurde Prof. Dr. med. vet. L. KOTTER, ordentlicher Professor für Nahrungsmittelkunde, gewählt.

Die ao. Professur für Spezielle Chirurgie wurde in eine o. Professur gehoben; Prof. Dr. Fritz HOLLE wurde zum o. Prof. für Spezielle Chirurgie ernannt.

O. Prof. Dr. Werner LEIBBRAND wurde zum Ehrenmitglied der Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria in Rom ernannt.

Der Oberarzt der Klinik, Prof. Dr. Carl Georg SCHIRREN, wurde mit der kommiss. Vertretung des o. Lehrstuhls für Haut- und Geschlechtskrankheiten und der kommiss. Leitung der Dermatologischen Univ.-Klinik und -Poliklinik beauftragt.

Prof. Dr. W. SEITZ, ordentlicher Professor, Direktor der Medizinischen Poliklinik der Universität, vollendete am 24. Juli 1965 sein 60. Lebensjahr.

Beim Pathologischen Institut wurde eine selbständige Abteilung für Neuropathologie errichtet; der bisherige apl. Prof. Dr. Otto STOCHDORPH wurde zum ao. Prof. der Neuropathologie mit der Verpflichtung ernannt, das genannte Fach in Forschung und Lehre zu vertreten.

Der Priv.-Doz. für Innere Medizin Dr. med. Walter TRUMMERT wurde zum Vizepräsidenten der „Union Internationale de la Presse Médicale“ gewählt.

Apl. Professor und bisheriger Oberarzt bei der I. Frauenklinik und Hebammenschule, Dr. Gerhard DÖRING übernahm mit Wirkung vom 1. August 1965, die geburtshilflich-gynäkologische Abteilung am Städtischen Krankenhaus München-Harlaching.

Dem Priv.-Doz. der Chirurgie Dr. Dr. Sebastian KARNBAUM wurde die Bezeichnung apl. Prof. verliehen.

Der apl. Professor für Innere Medizin und bisheriger Oberarzt bei der Medizinischen Poliklinik, Dr. Konrad STUHLFAUTH, wurde auf eigenen Wunsch an das neue Kreis Krankenhaus Starnberg versetzt, wo er Chefarzt der Inneren Abteilung und Direktor des Krankenhauses wird.

Priv.-Doz. Dr. H. BÜCHNER wurde nach Umhabilitation die Lehrbefugnis für Medizinische Radiologie erteilt.

Dr. Helmut STICKL, Obermedizinalrat, wurde nach Umhabilitation von Heidelberg nach München die Lehrbefugnis für Kinderheilkunde erteilt; damit ist das Recht auf Führung der Bezeichnung Priv.-Doz. verbunden.

Würzburg

Der apl. Professor der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie, Dr. Georg DHOM, hat einen ehrenvollen Ruf auf den o. Lehrstuhl für Pathologie an der Universität des Saariandes erhalten.

Der apl. Professor für Pharmakologie und Toxikologie Dr. Dietrich HENSCHLER ist vom Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus zum o. Professor der Pharmakologie und Toxikologie in der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg und zum Vorstand des Instituts für Pharmakologie und Toxikologie ernannt worden.

AUS DER GESCHICHTE DER MEDIZIN

Notwendige Richtigstellung einer Dissertation über E. Klebs

Von Dr. Waither Koerting

(Schiuß)

Wie Professor Dr. Hlava fühlten sich auch andere tschechische Professoren ihren deutschen Lehrern weiterhin verbunden.

Über die Tätigkeit von Klebs in Prag urteilt Prof. Dr. Hanns Chiari (Prag, später Straßburg) in seiner Übersicht über die „Pathologische Anatomie“ in Prag in dem Werk „Die Deutsche Kari-Ferdinands-Universität in Prag...“ (Prag, 1899):

„Klebs faßte die Aufgabe der pathologischen Anatomie weiter, als seine Vorgänger, indem er auch der ätiologischen Forschung den breitesten Umfang einräumte. Er inaugurierte die bakteriologische Richtung in der pathologischen Anatomie und stellte es sich zur Aufgabe, die ätiologische Bedeutung der Mikroorganismen für die Infektionskrankheiten zu erweisen. Es brachte das mit Nothwendigkeit eine vollständige Umgestaltung des pathologisch-anatomischen Institutes mit sich. Das Institut mußte erweitert werden, es mußten Räume für die bakteriologischen und experimentellen Arbeiten geschaffen werden, es mußte das Inventar des Institutes namhaft vergrößert werden, es mußte die Dotation erhöht, und es mußten die Hilfskräfte vermehrt werden¹⁹⁾... Die literarische Tätigkeit von Klebs in Prag war eine ungemein fruchtbare. Seine Publicationen in dieser Zeit bewegten sich hauptsächlich auf dem Gebiete der pathologischen Ätiologie, betrafen aber auch andere Richtungen der pathologischen Anatomie...“ Klebs gab in Prag, wie erwähnt, ebenso wie seinerzeit in Bern „Beiträge zur pathologischen Anatomie“ heraus.

Ein einwandfreies Zeugnis, daß die Gründung des ersten tschechischen Ärztevereins und der „Zeitschrift der tschechischen Ärzte“ (Casopis ceskych lekaru) — lange vor der Schaffung gleichartiger Einrichtungen auf deutscher Seite — ein Politikum war, geben die Ausführungen der Dozentin Dr. Ludmila Sinkulova in ihrem Aufsatz „100 Jahre Zeitschrift der tschechischen Ärzte („100 let Casopisu lekaru ceskych“), erschienen 1962:

„Die Gründung des ‚Vereines der tschechischen Ärzte‘ wie der ‚Zeitschrift der tschechischen Ärzte‘ sollte gerade dazu dienen, daß sich eine bestimmte Grundlage tschechischer wissenschaftlicher Arbeit

¹⁹⁾ Dank dem Entgegenkommen der Unterrichtsverwaltung gelang Klebs die Durchführung seiner Pläne in relativ kurzer Zeit. Noch im Jahre 1873 wurden 7000 fl. ö. W. für die Ergänzung der Einrichtung der Lehrkanzel bewilligt und die Jahresdotation auf die damalige Summe von 2000 fl. erhöht. In demselben Jahre wurden auch die Stellen eines dritten Assistenten und zweier Demonstratoren (Studenten aus höheren Jahrgängen) systemisiert, und ein provisorischer Dritter bestellt. 1875 erfolgte dann die Bewilligung des Ausbaues des pathologisch-anatomischen Institutsgebäudes. 1876 wurde dieser Ausbau in der Weise durchgeführt, daß das ganze erste Stockwerk vervollständigt wurde, wodurch nebst anderen Räumen ein großer Saal für das pathologisch-anatomische Museum im westlichen Theile des ersten Stockwerkes und eine Naturalwohnung für den Institutsvorstand im östlichen Theil des I. Stockwerkes neu gewonnen wurde. Der bisherige Museumsaal wurde zu bakteriologischen Untersuchungen eingerichtet, im Garten des Institutes wurden Thierstallungen erbaut und auch sonst im Institute in jeglicher Hinsicht für die experimentelle Thätigkeit vorgesorgt. Auf diese Art erhielt das pathologisch-anatomische Institut die Ausgestaltung, in der es bis auf einige Modificationen noch bis 1945 bestand.

bilde. Weder der Verein noch die Zeitschrift konnten einen wirklichen wissenschaftlichen Arbeitsplatz ersetzen. Ihre Funktion war im ersten Jahrzehnt eine vorwiegend politische: eine tschechische Medizin zu propagieren, von der Nützlichkeit und Möglichkeit ihrer selbständigen Existenz zu überzeugen, die Ärzte für weitere Aufgaben an dieser nationalen Front zu organisieren. Die nationale Frage ist die hauptsächlichste Idee der beiden neuen Organe in dieser Periode der tschechischen Medizin.“ (Übersetzung aus dem Tschechischen.)

Die Bemerkung von Gustav Braun im Kapitel „Die ersten pathologisch-anatomischen Lehrstühle“ (in seinem Buche „Rudolf Virchow und der Lehrstuhl für pathologische Anatomie der Universität Zürich“), daß neben Wien, wo 1844 ein Ordinariat errichtet wurde, Prag einen Lehrstuhl für pathologische Anatomie „an der deutschen und böhmischen“ (lies: tschechischen) Universität erhielt, würde den Schluß zulassen, daß in Prag an beiden Universitäten erst nach der Errichtung der Tschechischen Universität je ein Lehrstuhl errichtet wurde. Tatsache ist jedoch, daß schon 1849 an der Prager (damals noch ungeteilten) Universität ein solches Ordinariat geschaffen wurde. Es wurde mit dem Wiener Joseph Engel, einem Schüler von Rokitansky, besetzt. Dieser kam von Zürich, wohin er 1844 berufen worden war. Er folgte schon 1854 einem Ruf an die medizinisch-chirurgische Josefs-Akademie in Wien.

Als Assistenten waren bei Klebs in Prag u. a. tätig: Hanns Eppinger sen. (1846—1916), der spätere pathologische Anatom in Graz, Ottokar Frankenberger (1852 bis 1922), später Professor der Laryngologie und Rhinologie an der Tschechischen Universität in Prag, der bereits erwähnte Jaroslav Hlava, Rudolf Jaksch Ritter von Wartenhorst (1855—1947), der seit 1889 als o. Professor der Internen Medizin an der Deutschen Universität in Prag wirkte, der Dozent für Zahnheilkunde Heinrich Schmid, der Internist tit. Prof. Emil Schütz, zuletzt Wien, Isidor Soyka (1850—1889) nach mehrjähriger Assistenten-Tätigkeit bei Pettenkofer in München der erste Vorstand (1884) des Hygienischen Institutes der Deutschen Universität in Prag, Ed. Pietrzikowski (1855—1910), später ao. Professor der Chirurgie (chirurgische Unfallheilkunde und Orthopädie) an der Deutschen Universität in Prag, Robert Ritter von Töply (1856—1947), nachmals österreichischer Generaloberstabsarzt. Schüler von Klebs waren in Prag auch Antonio Ceci (1852—1920), 1883 Professor der chirurgischen Pathologie in Genua, 1895 Professor der klinischen Chirurgie in Pisa, und Vilmos Goldzieher (1849—1916), Professor der Augenheilkunde in Budapest (Chiari). Das weitere Wirken dieser Schüler von Klebs läßt deutlich den nachhaltigen großen Einfluß ihres Lehrers erkennen.

Drei Professoren, die sich in Bern angefreundet hatten (E. Lesky), der Anatom Aeby¹¹⁾, der Gynäkologe Breisky¹²⁾ und der pathologische Anatom Klebs,

¹¹⁾ Christoph Theodor Aeby, geb. 1835 zu Guttenbrunnen in Pfalzburg, gest. 1885 in Billin-Böhmen, ein angesehenes Anatom, wurde 1863 Professor der Anatomie in Basel, im gleichen Jahre o. Professor in Bern. 1884 folgte er einem Ruf als Nachfolger Toidts an die Deutsche Universität in Prag.

¹²⁾ August Breisky, geb. 1832 in Klattau-Böhmen, gest. 1889 in Wien, kam 1868 als Professor der Geburtshilfe an die Chirurgische Lehranstalt in Salzburg. Er folgte 1867 einem Ruf an die Universität Bern, wo er die neue Gebärklinik schuf. 1874 wurde er an die Universität Prag berufen, wo er gleichfalls an dem Bau und der Einrichtung der neuen Gebärklinik tätig mitwirkte. 1886 ging er an die Universität Wien.

kamen nacheinander in Prag wieder zusammen. Als erster war Klebs 1873 nach Prag gekommen, ihm folgte 1874 Breisky und schließlich 1884 Aeby.

Rudolf Virchow fand in der Vorrede zu seinem „Handbuch der Pathologie und Therapie“ (1854—1862) deutliche Worte:

„Emanzipieren wir die Deutsche Medizin von diesem Alb der Schulen und Schülchen, die doch nur solange bestehen können, als die gesunde Empirie noch nicht tatsächliches Material in genügender Menge gesammelt hat, um das für Alle gültige Gesetz konstruieren zu können... Die Wahrheit muß aller Orten gleich sein; sie kann in Wien und Prag keine andere sein als in Berlin und Würzburg. Die deutsche Medizin ist durch die Zersplitterung der Schulen zum Spott und zur Beute der Fremden geworden. Manche unter unseren westlichen Nachbarn scheuen sich nicht, unsere Arbeiten als die ihrigen zu Markte zu tragen und dabei einige hochmütige Reden von deutscher Träumerei, Stubengelehrsamkeit und Transcendenz in den Kauf zu geben. Viele unserer Stammesverwandten jenseits des Kanals sind seit Jahren gewohnt, aus unserer Literatur den Schmuck ihrer Abhandlungen zu entlehnen, und wenig fehlt, daß wir im eigenen Lande unser Eigenthumsrecht gegen den Anspruch der Fremden vertheidigen.“ (Sperrdruck nicht im Original.)

Demgegenüber sagt Erwin Ackerknecht in der „Epicrisis“ seines englisch geschriebenen Buches über Rudolf Virchow¹³⁾:

„Most great medical men became great, not only through their own inventions, but also by transmitting vitally important information and orientations from some more developed country... Although the situation is somewhat more complex in Germany around 1850, there seems little doubt that some of Virchow's greatness rests on his ability to absorb and develop French and British ideas.“¹⁴⁾

(Sperrdruck nicht im Original.)

Es wird daher nicht wundernehmen, daß auch Röthlin (S. 22, 23), seinem Lehrer folgend, davon spricht, daß „die Entwicklung der Medizin in Deutschland leider nur langsam vorwärts ging“, da es sich, um mit

¹³⁾ „Rudolf Virchow Doctor Statesman Anthropologist by Erwin H. Ackerknecht.“ Madison The University of Wisconsin Press, 1953.

¹⁴⁾ In der deutschen Übersetzung von Dr. med. J. Wieris (Stuttgart, 1957): „Rudolf Virchow Arzt Politiker Anthropologe von Dr. Erwin H. Ackerknecht, o. Professor an der Universität Zürich, Direktor des medizinisch-geschichtlichen Instituts“, heisst es (S. 199):

„Die meisten großen Mediziner wurden nicht nur durch ihre eigenen Erfindungen groß, sondern auch durch die Übermittlung lebenswichtiger Kunde und Strömungen aus mehrentwickelten Ländern... erscheint es doch wenig zweifelhaft, daß ein Teil von Virchow's Größe auf seiner Gabe beruhte, französische und englische Gedanken zu absorbieren und zu entwickeln.“

Das Original und die autorisierte deutsche Übersetzung werden angeführt, weil die Übersetzung nicht immer genau ist. So spricht Ackerknecht in seinem englisch geschriebenen Buch (S. 112)

„It was not Virchow who attacked the bacteriologists, but their erratic leader Klebs...“

Die deutsche Übersetzerin sagt in der (von Ackerknecht autorisierten) deutschen Ausgabe (S. 95):

„Es war nicht Virchow, der die Bakteriologen angriff, sondern ihr sonderbarer Führer Klebs...“

Ackerknecht zu sprechen, um ein weniger entwickeltes Land handelte¹⁵⁾.

Man scheint an Philipp von Walther (1782—1849) vergessen zu haben, von dem Rudolf Virchow in seiner Gedächtnisrede auf Johann Lucas Schönlein sagt, daß „sein Einfluß auf die kommende Generation und damit auf die Gestaltung der Medizin in Deutschland entscheidend war“. „Durch seine beiden berühmteren Schüler, in Landshut Schönlein und ein Decennium später in Bonn, Johannes Müller, ist er der Urheber der Regeneration unserer Wissenschaft geworden.“ Virchow fuhr fort: „Er ist es, der von der Medizin verlangte, daß sie Naturwissenschaft werde; er hat die Forderung aufgestellt, daß sie alle Hilfsmittel der objektiven Beobachtung heranziehe. ‚Die Medizin kann‘, sagte er, ‚wahre Fortschritte nur dadurch machen, daß die ganze Physik, Chemie und alle Naturwissenschaften auf sie angewendet, und daß sie auf die gegenwärtig erstiegene Höhe derselben gestellt und mit ihren glänzenden Fortschritten in Übereinstimmung gebracht werde¹⁶⁾.“

Die Ausführungen Virchows beweisen, daß Schönlein die Naturwissenschaften, Mineralogie, Botanik, Zoologie, Physik und Chemie „auf das Eifrigste“ studiert hat, später wandte er sich, zur Medizin übergetreten, „mit Vorliebe der vergleichenden Anatomie zu, ohne die eigentlich medicinischen Disciplinen zu vernachlässigen“. „In der allgemeinen Pathologie blieben die Einwirkungen Röschlaubs . . . dauernd von Einfluß; in der speziellen Pathologie erhielt sich das Vorbild Walthers und entwickelte sich zu vollendeterer Gestalt.“ 1813 verließ Schönlein Landshut und ging nach Würzburg. Was Würzburg damals bedeutete, kann man am besten den Worten Virchows entnehmen:

„Die Würzburger Hochschule genoß schon seit ihrer Wiederherstellung durch Bischof Julius (1582) den ganz besonderen Vorzug unter den deutschen Universitäten, daß ein großes und mit fürstlicher Munitenz ausgestattetes Krankenhaus, das in der Geschichte der deutschen Medizin so berühmt gewordene Juliußspital, ihr zur Verfügung stand, und daß schon früh alle medicinischen Anstalten, einschließlich des anatomischen Theaters, mit dem Krankenhaus in eine nähere Verbindung gebracht wurden. So war hier eine Concentration der Studien gewonnen, wie sie an keinem anderen Orte bestand, und zugleich ein so reiches Beobachtungsmaterial dargeboten, wie es mit Ausnahme von Wien und Prag

¹⁵⁾ Ackerknecht behauptete (S. 151 der englischen und S. 129 der deutschen Ausgabe), dass Virchow und viele seiner deutschen Zeitgenossen „symptomatisch für die Lehrlingsstellung der deutschen Wissenschaft“, „immer noch den Drang fühlten, neue wichtige Entdeckung der Pariser Akademie der Wissenschaften zu melden“, anstatt dies als einen Beweis wissenschaftlicher Objektivität zu werten.

¹⁶⁾ Andreas Roeschlaub, geb. 1768 in Lichtenfels. Promov. 1795 in Bamberg, 1796 e. o., 1798 o. Prof. der Pathologie und Medizin. Klinik. Hospitalarzt am Allgem. Krankenhaus Bamberg, 1802 o. Prof. Landshut, 1824 in Ruhestand, 1826 nach Übersiedlung der Universität von Landshut nach München wieder Prof. der Medizin, gest. 1835. — Philipp Franz von Walther, geb. 1782 zu Burweiler (Rheinpfalz), promov. 1803 an der Univ. Landshut, 1803 o. Prof. der Chirurgie, Oberwundarzt in Bamberg, 1804 o. Prof. d. vergleich. Physiologie, Chirurgie und Ophthalmologie Univ. Landshut, 1818 o. Prof. Bonn, 1830 Berufung an die Univ. München, 1838 Rücktritt, gest. 1849. — Johann Lucas Schönlein, geb. 1793 Bamberg, prom. 1818 Würzburg, 1817 habil. Würzburg f. patholog. Anatomie, 1819 prov. Leiter der med. Klinik d. Juliußspitals, 1820 e. o. und 1824 o. Prof. der speziellen Pathologie und Therapie, 1830 Enthebung aus politischen Gründen: 1833 Univ. Zürich, 1839 Univ. Berlin, Prof. d. Medizin. Klinik, gest. 1864. — Johannes Müller, „einer der größten Biologen aller Zeiten“ (Waldeyer), geb. 1801 Koblenz, prom. 1822 Bonn, 1824 dort habil. Bonn, 1826 a. o., 1830 o. Prof.; 1833 o. Prof. der Anatomie und Physiologie Univ. Berlin, gest. 1858.

nirgends auf deutschem Boden ein Universitätslehrer zu seiner Verfügung hatte. Die Berliner Charité diente damals ja nur für den Unterricht der Militär-Akademie.“

Hier konnte Schönlein, „einer der berühmtesten Kliniker der Neuzeit“ (Pagel), sich zu der Größe entwickeln, die seine Bedeutung für die Medizin bewirkte. „Keiner seiner Gegner“, sagt Virchow, „hat Schönlein das Verdienst bestritten, daß er zuerst die Methode der deutschen Klinik festgestellt habe. Er ist es gewesen, der das reiche Material eines großen Krankenhauses den Studierenden so zugänglich machte, daß jeder Einzelne durch eigene Beobachtung den Verlauf der Krankheiten verfolgen, jeder wirkliche Erfahrungen sammeln konnte. Für ihn war die Klinik nicht bloß eine Art der Vorlesung, mit Demonstration verbunden, sondern praktische Leitung des angehenden Arztes“. In einem Nachruf auf Schönlein, auf eine falsche Todesnachricht im Jahre 1835 schrieb (Prosper Johann) Philipp: „Hat er nicht Würzburg zum Wallfahrtsort für deutsche Ärzte gemacht, wie es Rom für die Künstler ist! Hat er nicht Fremde aller Nationen und unter ihnen die Söhne der erlauchtesten Männer an seinen Vortrag gefesselt? . . .“

Es sei auch daran erinnert, daß 15 Jahre nach Schönleins Abschied von seinem Berliner Lehramt, 10 Jahre nach Schönleins Tode, der große Chirurg Theodor Billroth von seinem ehemaligen Lehrer in dem Buche „Über das Lehren und Lernen der medizinischen Wissenschaften an den Universitäten der deutschen Nation“ (Wien 1875) schrieb: „Man lernte von Skoda und Oppolzer Vortreffliches für die Praxis, doch von Schoenlein zugleich Ewiges für's ganze Leben. Man bewunderte Skoda in seiner einsamen Größe; man mußte Oppolzer bald lieb gewinnen; doch wer sich Schoenlein geistig nahe fühlte, schwärmte, wurde begeistert für ihn und durch ihn für die Medizin.“

Wenn auch Röthlin seinerseits anerkennt, daß der Ruhm, die moderne Medizin in Deutschland eingeführt zu haben, in erster Linie Schönlein gebührt, schienen die vorstehenden Ausführungen am Platze, da Röthlein (Seite 23) schreibt:

„Erst durch Zusammenarbeit von Anatomen und Klinikern wurde es möglich, die Erforschungen der Krankheitsprozesse wesentlich vorwärtszutreiben. Die beiden Slaven, Skoda und K. Rokitansky, Anhänger der deutschen Schule, konnten dies bis zu einem gewissen Grad verwirklichen¹⁷⁾.“

Es erübrigt sich wohl die weittragende Bedeutung von Skoda und Rokitansky, Mitbegründern des weltweiten Ruhmes der zweiten Wiener medizinischen Schule, besonders zu betonen. Es würde auch den Rahmen dieser Veröffentlichung übersteigen, wenn man ihre großen wissenschaftlichen Leistungen würdigen wollte, die um so höher zu werten sind, als sie gegen viele Widerstände errungen wurden. Doch eines sei, da wenig bekannt, hervorgehoben. Gegenüber einer Phalanx von Gegnern, darunter auch Virchow, hat Skoda in seinem Vortrage vor der „Österreichischen Akademie der Wissenschaften“ (1849) sich für Semmelweis eingesetzt. Als Semmelweis in der Wiener Gesell-

¹⁷⁾ Carl Rokitansky (1804—1878), prom. 1828 in Wien, 1834 Prosektor des Wiener Allgem. Krankenhauses und ao. Professor, 1844 o. Prof. . Er entwickelte eine große weitverbreitete Schule. — Joseph Skoda (1805—1881), prom. 1831 in Wien, 1833 Sek.-Arzt am Allgemeinen Krankenhaus in Wien, 1840 Ordinierender Arzt einer Abteilung für Brustkranke, 1841 Titel eines Primararztes, 1846 Professor.

schaft der Ärzte sich zum erstenmal selbst über seine Entdeckung äußerte, hat Rokitansky, die höchste medizinische Autorität Österreichs der damaligen Zeit, Präsident der Gesellschaft, die Diskussion damit beendet, daß er sich öffentlich zur Entdeckung von Semmelweis bekannte.

Die nationalen Verhältnisse im böhmisch-mährischen Raum

Röthlin hat die Nationalität von Rokitansky und Skoda angesprochen. Es erscheint daher begründet, sich zu dieser Feststellung zu äußern.

Die besonderen Verhältnisse im böhmisch-mährischen Raum brachten es mit sich, daß bis in die jüngste Zeit in ein und derselben Familie, ja sogar unter Geschwistern, sich ein Teil zur deutschen, ein anderer zur tschechischen Nation bekannte. In der Zeit um 1848 übernahmen utraquistische oder sogar tschechische Studentenverbände die Eigentümlichkeiten deutscher burschenschaftlicher Vereinigungen. (Karl Fischer u.a.) Ein Mann, der in der Ersten Tschechoslowakischen Republik als tschechischer Minister eine große Rolle spielte, verkehrte in seiner Studentenzeit in einer deutschen Universitätsstadt bei einer Burschenschaft.

Gewiß, man kann von einem Schweizer die Kenntnisse dieser Dinge nicht verlangen. Wenn er sich aber auf eine ihm unbekanntere Terra Incognita begibt, muß man verlangen, daß er sich vorher mit diesen so wichtigen Grundlagen vertraut gemacht hat.

Joseph Skoda war der Sohn eines Schlossers, in Pilsen geboren. (Ein Verwandter des berühmten Professors, Emil Skoda, erwarb 1869 die Maschinenfabrik des Grafen Ernst Waldstein in Pilsen, errichtete eine große Gießerei, später eine Maschinenfabrik, die nachmals als Waffenfabrik Weltruhm gewann.)

Von Skoda liest man im „Slovník naučný“, Band 9, 1888, dessen Redakteur der bekannte tschechische Politiker Dr. František Ladislav Rieger (siehe Seite 593) war, daß er sich von seinem Spezialfach vollkommen in Anspruch genommen, gegenüber dem nationalen Aufschwung in Böhmen nur passiv verhielt. Hier wird auch angemerkt, daß Skoda 1846 Professor der medizinischen Klinik wurde. Er setzte sich 1848 auf das schärfste dafür ein, daß die (bisherigen) lateinischen Vorlesungen aufhörten und verständliche deutsche Vorlesungen eingeführt werden. (Anm.: Auch Schönlein erreichte in Würzburg, daß die lateinischen Vorträge durch solche in deutscher Sprache ersetzt wurden.) — In „Masarykův slovník naučný“ (Masaryks Konversationslexikon), Band 7, 1933, wird Skoda als „Wiener Arzt, tschechischer Abstammung“ bezeichnet.

Was die Abstammung von Karl (später Freiherr von) Rokitansky betrifft, liegt dank der in den Schriften der „Österreichischen Akademie der Wissenschaften“ (1960) erschienenen gründlichen Arbeit von Erna Lesky „Carl von Rokitansky, Selbstbiographie und Antrittsrede“ eine eindeutige Klarlegung vor. In seiner Selbstbiographie schreibt Rokitansky, daß er am 19. Februar 1804 in Königsgrätz geboren wurde. Sein Vater, der damals Kanzlist beim Kreisamt, später Kreiskommissär in Leitmeritz (Böhmen) war, stammte aus der Stadt Jitschin (Böhmen). „Woher mein Großvater nach Jitschin gekommen“, schreibt Rokitansky, „konnte ich, ungeachtet ich mich darum wiederholt bekümmerte, nicht erfahren... Ich konnte vermuten, daß meine

Vorfahren möglicherweise polnischer Nationalität waren, aber erst in den fünfziger Jahren wurde es mir wahrscheinlich...“ Die Mutter von Karl Rokitansky „war die Tochter des ersten Königsgrätzer Kreiskommissärs, Wenzel Lodgman Ritter von Auen, ... Er war der Nachkomme eines... ausgewanderten, auf dem kaiserlichen Dominium als Forstmeister bediensteten, und vom Kaiser (Rudolf II.) im Jahre 1593 geadelten katholischen Irländers Lodgman. Die Frau meines Großvaters war eine geborene Katharina Brixius.“ Da ein Kind Vater und Mutter hat, ist also die Behauptung, daß Karl Rokitansky Slawe war, nur bedingt wahr.

Seine Dissertation „De varioloide vaccinica“ (1828) widmete Rokitansky seinem Onkel Alois Lodgman von Auen, „Hofsekretär bey der Hofkanzley“ in Wien.

Rokitansky, den Max Neuburger (WMW, 1934) die „Sonne“ der zweiten Wiener medizinischen Schule genannt hatte, war 1863 in Anerkennung seiner großen organisatorischen Fähigkeiten als Fachberater in das österreichische Unterrichtsministerium berufen worden. Die Berufung von Klebs nach Prag war ihm zu danken.

In „Ottův slovník naučný“ (Ottos Konversationslexikon), Band 21, 1904, wird Rokitansky als berühmter deutscher pathologischer Anatom tschechischer Abstammung charakterisiert. Auch in „Masarykův slovník naučný“, Band 6, 1932, wird er als deutscher Arzt (nem. lékař), gebürtiger Tscheche, angeführt. Dort findet sich auch die Bemerkung: „Rokitansky war sich seiner tschechischen Abstammung bewußt, fühlte sich als Tscheche, aber praktisch hat er von dieser Tatsache keinen Gebrauch gemacht“. (prakticky tohoto faktu neuplatnoval.)

Es ließe sich zur Röthlinschen Schrift noch manches sagen. Es sei mit einer Objektivität beweisenden Beurteilung des Wirkens von Klebs in Zürich, der dort immerhin 1886 zum Dekan der medizinischen Fakultät gewählt worden war, abgeschlossen. (In „Die Universität Zürich 1833—1933 und ihre Vorläufer. Zürich 1938“):

„Den stärksten Wechsel wies in den zweiten fünfzig Jahren der Lehrstuhl pathologischer Anatomie auf, den zwischen 1882 und 1891 Edwin Klebs innehatte. ... er war ein glänzender Schüler Virchows und besaß bereits allgemein anerkanntes Ansehen, als er aus Verbitterung über seine Prager Stellung und Nichtberufung nach Wien in Zürich Nachfolger seines einstigen Berner Assistenten Ziegler wurde. ... Er war ein vielseitiger, sowohl als Morphologe wie als Experimentator und Mikroskopiker wohl qualifizierter Forscher, welcher temperamentvoller Schrittmacher der bakteriologischen Periode in der Medizin wurde. Den allgemeinen Krankheitserscheinungen gegenüber fühlte er sich ausdrücklich als Jünger Schönleins. ... Durch eine gewisse Einseitigkeit der Einstellung — die ebenso leicht wissenschaftlich fruchtbar wie menschlich steril sein konnte — schuf dieser draufgängerische, heftig selbstbewußte Mann in der Wissenschaft wie im täglichen Leben manch komplizierte Situation. Schon der Anlaß seiner Übersiedelung nach Zürich läßt die unnuancierte Art seines Charakters erkennen; denn von Prag aus klagte er, die tschechische Umgebung nicht ertragen zu können. Auch an der Limat kam es bald zu ersten Mißhelligkeiten. Nach der Typhusepidemie von 1884 beschwor er wegen neuer Trinkwasserbeschaffung aus dem Zürichsee äußerst unklug einen öffentlichen Konflikt herauf mit einer vom Stadtrate

bestellten Kommission... Später schufen Verbreitung größerer literarischer Arbeiten, sowie mannigfache, auch praktisch orientierte Tuberkulinuntersuchungen, wie Klebs sie durchführte, allmählich eine Situation, die bei der das Maß zürcherischer Verhältnisse nur widerwillig ertragenden Art des temperamentvollen Mannes gar leicht in seiner Umgebung als Entfremdung vom Lehramt empfunden oder doch so hingestellt werden konnte. Derartige Lage führte schließlich zu Zerwürfnissen mit Assistenten, mit der Fakultät, mit Studenten. Nähere Beurteilung dieses Gelehrten, der seine Zürcher Stellung 1891 nicht freiwillig verließ, steht einer späteren Zeit zu."

Der „geniale Klebs“ (Breitner) wurde in Zürich ohne Pension entlassen. Röthlin vermerkt (S. 33): „Es hat etwas Versöhnliches zu hören, daß die Berner medizinische Fakultät und die ärztlichen Gesellschaften bei seiner Bestattungsfeier im Krematorium anwesend waren und sogar (Anm. im Original nicht gesperrt) die Zürcher medizinische Fakultät einen Kranz auf seinen Sarg legen ließ.“

Daß die vorliegende Literatur, es sei nur auf die im „Biographischen Jahrbuch und Deutscher Nekrolog“ (Band 18, 1917) angeführte verwiesen, nur lückenhaft ausgewertet wurde, sei vermerkt.

Dank gebührt dem Rektorat der Universität Würzburg, für die Einsicht in die Klebs betreffenden Akten, hier besonders Herrn Syndikus Regierungsdirektor Heimberger, Herrn Bibliotheksdirektor Dr. Striedl von der Bayer. Staatsbibliothek und Frau Univ.-Professor Dr. Dr. Erna Lesky, Vorstand des Univ.-Institutes für Geschichte der Medizin in Wien, für die Überlassung des Bildes von Klebs.

Um Mißdeutungen von vornherein auszuschließen, sei betont, daß der Verfasser dieser Veröffentlichung bereits am 23. Juni 1963 dem Direktor des Univ.-Institutes für Geschichte der Medizin in Zürich davon Mitteilung machte, daß er zu der Röthlinschen Arbeit wegen der in ihr enthaltenen Irrtümer Stellung nehmen werde. (Der Empfang dieses Schreibens wurde bestätigt.) Es besteht daher kein Zusammenhang zwischen der vorliegenden kritischen Betrachtung mit den anfangs Januar 1964 begonnenen Aktionen des Zürcher Ordinarius für Medizingeschichte gegen die „Deutsche Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik“.

Quellennachweis:

- Erwin H. Ackerknecht: Rudolf Virchow, Doctor, Statesman, Anthropologist. Madison. 1953.
- Erwin H. Ackerknecht: Rudolf Virchow. Arzt, Politiker, Anthropologe. Übersetzt von Dr. J. Wleris. Stuttgart. 1957.
- Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte... (Hirsch)
- Gustav Braun: Rudolf Virchow und der Lehrstuhl für pathologische Anatomie der Universität Zürich. (Zürcher medizinisch-geschichtliche Abhandlungen, VIII, Zürich 1926.)
- Burghard Breitner: Geschichte der Medizin in Österreich. (Österr. Akademie der Wissenschaften, Bd. 226.) Wien 1951.
- Hanns Chiari: Pathologische Anatomie in „Die Deutsche Karl-Ferdinands-Universität in Prag...“ Prag 1899.
- Paul Diepgen: Geschichte der Medizin. Band II/2. 1955.

Encyclopedia Americana, Vol. 16. 1947.

Paul Ernst: Edwin Klebs, Münchner med. Wochenschrift, 1914, und „Verhandlungen der Deutschen pathologischen Gesellschaft“, Jena 1914.

Karl Fischer: Prager Studenten und Legionäre im Jahre 1848 („Mittellungen des Vereins für Geschichte der Deutschen in Böhmen“).

Karl Fischer: Prager Studenten im Jahre 1848 („Deutsche Hochschule“, 1914).

Historisch biographisches Lexikon der Schweiz. Band 4. 1927.

Jaroslav Hlava: Edwin Klebs. † (Deutsche med. Woch. 1913/51).

Arnold C. Klebs: Die wissenschaftlichen Arbeiten von Edwin Klebs 1857—1913, (Verhandlungen der „Deutschen pathologischen Gesellschaft“, 1914.)

Walther Koerting: Zum hundertjährigen Todestag von Johann Lucas Schönlein. (Bayer. Ärzteblatt, 1964, 1.)

Walther Koerting: Philipp von Walther. (Bayer. Ärzteblatt, 1963, 2.)

Erna Lesky: Carl von Rokitansky. Selbstbiographie und Antrittsrede. (Österr. Akademie d. Wissenschaften. Bd. 234.) Wien 1960.

Erna Lesky: Die Wiener medizinische Schule im 19. Jahrhundert. Graz—Köln. 1965.

Masarykuv slovník naučný. Band VI. 1932, und Band VII. 1933.

Hermann Münch: Böhmisches Tragödie. Braunschweig. 1949.

Naučna Encyklopedia, Bd. III. Prag 1941.

Bernhard Naunyn: Erinnerungen, Gedanken und Meinungen. München 1925.

Ottav slovník naučný. XIV. 1898, XXI. 1903, II. 1934, III. 1934.

Puschmann, Neuburger, Pagel: Handbuch der Geschichte der Medizin. 1905.

Leopold Schönbauer: Das Medizinische Wien. 1. Aufl. 1944, 2. Aufl. 1947. Wien.

Ludmila Sinkulova: „100 let casopisu ceskych.“ (100 Jahre Zeitschrift der tschechischen Ärzte.) Casopis lekaru ceskych. Prag. 1962.

Slovník naučný (Dr. Frant. Lad. Rieger) Bd. IX. 1888.

Georg Sticker: Entwicklungsgeschichte der medizinischen Fakultät an der Alma Mater Juliana. (In „Festschrift zum 350jährigen Bestehen der Universität.“) Berlin. 1932.

Die Deutsche Karl-Ferdinands-Universität in Prag. Prag. 1899.

Die Universität Zürich 1833—1933 und ihre Vorläufer. Zürich. 1938.

Rudolf Virchow: Johannes Müller. Eine Gedächtnisrede... Berlin. 1853.

Rudolf Virchow: Gedächtnisrede auf Joh. Lucas Schönlein. Berlin. 1865.

Ph. Fr. v. Walther: Ideen zu einer Aetiologie der Krankheit. In „Journal der Chirurgie und Augen-Heilkunde“, Bd. 21. Berlin. 1834.

Anschrift des Verfassers: 8 München 27, Pienzenauerstraße 1a.

16. Wissenschaftliche Ärztetagung Nürnberg

vom 10. bis 12. Dezember 1965

Themen:

Therapie der unspezifischen Lungenerkrankungen
Therapie der Gelenkserkrankungen
Abusus-Gewöhnung-Sucht.

Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23,
Königinstraße 85.

Zur lokalen Kortikoid-Therapie

in der Dermatologie, Röntgenologie, Oto/Rhinologie, Gynäkologie

Corti - FLEXIOLE®

Echte ölige Lösung von unverestertem, d. h. körpereigenem, sofort reaktionsfähigem Hydrocortison (DBP) in Verbindung mit dem Breitband-Antibiotikum Chloramphenicol und Vitamin A, das eine verstärkte Cortison-Penetration bewirkt.

- **Anti allergisch-ontiphlogistische Komponente:**
0,4 % g/g Hydrocortison
- **Antibiotische Komponente:**
0,2 % g/g Chloramphenicol
- **Rezidiv-verhütende Komponente:**
5 000 IE Vitamin A (Palmitat) pro g

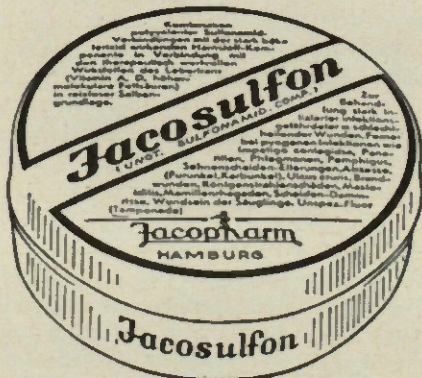
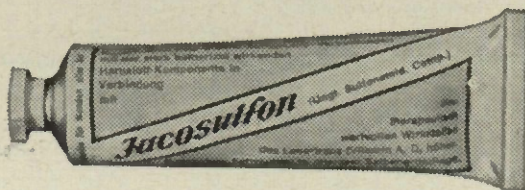
Ärzt muster und Literatur auf Anforderung



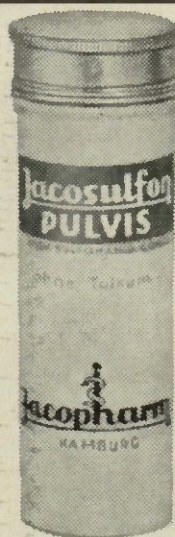
dr. mann · berlin 20

Die Sulfonamid-Hornstoff Kombinationstherapie mit

Jacosulfon



Jacosulfon
unguentum



Jacosulfon
pulvis

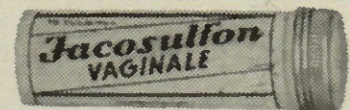
Jacopharm
Hamburg-Schenefeld

Indikationen

Alle eitrigen Wunden und Verletzungen	Mundousschlag
Alle Pyodermien	Ulcus cruris
Impetigo contagiosa	Strophulus infantum
Ekzeme	Phlegmonen
Furunkel	Exantheme
Karbunkel	Abzesse
Infektionsprophylaxe bei Verletzungen	Balanitis erosiva
Brandwunden	Herpes
Fissuren und Rhogaden	Folliculitiden
Röntgenstrahlenschäden	Akne vulgaris,
Pemphigus	Akne necrotica
Intertrigo	Seborrhoisches Ekzem
Wundsein der Säuglinge	Neurodermitis
Schweißdrüsenabszesse	Sykosis non parasitaria
Mastoiditis	Congelationen
Mamillenhogaden	Scheiden-Dammrisse
Operationswunden	Partioerosionen
	Unspez. Fluor (Vaginaltamponade)

Pilzkrankungen der Haut

(Unguentum u. Pulvis im Wechsel)



Jacosulfon

Unspez. Fluor *vaginale* diff. Kalpitis
Partioerosionen Vaginitis

sowie alle anderen entzündlichen und infektiösen Erkrankungen der Vaginalschleimhaut

AUS ANDEREN LÄNDERN

Die öffentliche Gesundheitsverwaltung in der Sowjetunion

Von Ernst Astar-Sternberg

Die Gesundheitspolitik der UdSSR basiert auf der Ansicht, daß Fluktuationen im Auftreten von Krankheiten, von denen man bisher aufgrund der Erfahrungen der Medizingeschichte annehmen konnte, daß sie ohne nachweisbare Veränderungen des kausativen Agens epidemische Ausmaße annehmen oder auch völlig verschwinden können, durch Veränderungen der kulturellen, sozialen und wirtschaftlichen Umgebungsfaktoren erklärbar sind. Aus dieser Theorie folgt, daß man nicht erwarten kann, durch Impfungen und die Anwendung von Seren Krankheiten auszurotten oder auch nur unter Kontrolle zu bringen, für deren Verbreitung man eine defekte Gesellschaftsordnung verantwortlich macht. Die Gesundheit wird als ein wirtschaftliches Aktivum betrachtet, das sich nicht von anderen Aspekten des Lebens isolieren läßt. Daher müssen bei den Bemühungen um die Krankheitsverhütung die Arbeits- und Wohnungsverhältnisse ebenso in Betracht gezogen werden wie die erzieherischen Möglichkeiten, und die Gesundheitsdienste müssen mit den entsprechenden Sozialdiensten, deren Aufgabe es ist, Ordnung in diese der Medizin verwandten Randbezirke zu tragen, eng koordiniert werden. Die Gesundheits-erziehung der Öffentlichkeit spielt bei der Gesundheitsplanung und der Krankheitsverhütung eine entscheidende Rolle, und die aktive Teilnahme der Bevölkerung ist eine unumgängliche Voraussetzung für den Erfolg aller Kontrollmaßnahmen.

Die Gesundheitsdienste in der Sowjetunion sind zentralisiert. Sie werden sorgfältig aufgrund der Erforschung der epidemiologischen und demographischen Situation sowie der Erziehungsmöglichkeiten und der sozialen und biologischen Faktoren geplant. Die Gesetzgebung hat für gewisse Krankheiten die Anzeigepflicht angeordnet, ebenso wie die Pflichtimpfung der gesamten Bevölkerung gegen Pocken und die Zwangsuntersuchung aller Personen, die mit der Herstellung und Verteilung von Lebensmitteln beschäftigt sind, im Hinblick auf Tuberkulose und gewisse Infektionen des Verdauungstraktes. Sie hat den Ärzten und allen übrigen im Gesundheitsdienst beschäftigten Personen die Verpflichtung auferlegt, alle ihnen zur Verfügung stehenden Mittel anzuwenden, um die Menschen auch von der Notwendigkeit anderer Impfungen zu überzeugen, die vom Staat nicht zwangsläufig vorgeschrieben sind. Der Gesundheitsdienst in der Sowjetunion steht grundsätzlich allen Menschen kostenfrei zur Verfügung.

An der Spitze der sowjetischen Gesundheitsdienste steht der Gesundheitsminister der Union, der zugleich Arzt sein muß. Sein Stellvertreter ist als Oberster Sanitätsinspektor zugleich die höchste Autorität auf dem Gebiet der Kontrolle übertragbarer Krankheiten. Darüber hinaus gibt es in jeder Sowjetrepublik und auch in jeder kleineren Verwaltungseinheit (Krai, Oblast oder Rayon) einen Sanitäts-Hauptinspektor, dessen technische Entscheidungen nur von einer übergeordneten Behörde widerrufen werden können. Die gesamte technische Gesundheitspolitik wird zentral bestimmt, aber lokal durchgeführt.

Wenn es sich um die Kontrolle ansteckender Krankheiten handelt, so ist das Sanitätsinspektorat verantwortlich, dem zur Durchführung seiner Maßnahmen allgemeine und spezialisierte Spitäler, Polikliniken, die sogenannten Sanitäts- und Epidemiologie-Zentren, Laboratorien, Feldscher- und Feldscher-Hebammeneinheiten zur Verfügung stehen. Wann immer ein Arzt das Vorhandensein einer ansteckenden Krankheit diagnostiziert oder argwöhnt, unterrichtet er unverzüglich das zuständige Sanitäts- und Epidemiologie-Zentrum, das die Einlieferung des Patienten in ein Krankenhaus veranlaßt. Gleichzeitig werden die Arbeiter des Desinfektionsdienstes und die epidemiologischen Spezialisten mobilisiert, die sich sofort zum Ort des Krankheitsfalles begeben und anti-epidemische Maßnahmen durchführen. Wenn der Patient aus dem Krankenhaus entlassen wird, wird er — je nach Art der Krankheit — noch eine bestimmte Zeit lang beobachtet, und zwar in den Städten von einem Spezialisten der zuständigen Poliklinik, der sich ausschließlich mit der Kontrolle ansteckender Krankheiten befaßt, und auf dem Lande von einem Arzt, der den Weisungen des Spezialisten der Abteilung für ansteckende Krankheiten des zuständigen Rayonkrankenhauses untersteht. Die Kontrollmaßnahmen, die von den epidemiologischen Diensten durchgeführt werden, basieren auf der Theorie, daß ein bestimmtes Infektionsreservoir, eine für die Ansteckung empfängliche Bevölkerung und günstige Umgebungsverhältnisse für das pathogene Agens bestehen. Alle Kontakte des Patienten werden daher in der Absicht überprüft, Bazillenträger und alle anderen der Gefahr der Ansteckung ausgesetzte Personen zu identifizieren. Bazillenträger werden unverzüglich behandelt und ansteckungsgefährdete Personen immunisiert. Man ist darüber hinaus ständig bemüht, die Zahl der ansteckungsgefährdeten Menschen durch Massenimmunisierungen zu verringern.

Ein enger Zusammenhang besteht in der Sowjetunion zwischen Forschung und Therapie. So gibt es etwa in dem Tuberkuloseforschungszentralinstitut in Moskau nicht nur Forschungslaboratorien, sondern auch Krankenbetten, und eines seiner Aufgabengebiete ist die Ausbildung von Tuberkulose-Spezialisten. Die Forschungsinstitute führen auch in ihren eigenen klinischen Abteilungen oder in den anderen Institutionen klinische und epidemiologische Versuche durch.

Das Gesundheitsamt in Moskau untersteht dem Gesundheitsminister der Russischen Sozialistischen Sowjet-Republik. An seiner Spitze steht ein Chefarzt, dessen Stellvertreter der Sanitäts-Hauptinspektor der Stadt Moskau ist, dem die Sanitäts- und Epidemiologie-Dienste unterstehen. In ihren Aufgabenbereich fallen die Maßnahmen für die Kontrolle ansteckender Krankheiten. Der Bezirk Moskau ist in siebzehn Verwaltungsrayons aufgeteilt; jeder von ihnen besitzt ein eigenes Sanitäts- und Epidemiologie-Zentrum. In der Hauptstadt gibt es eine städtische Desinfektionsstation, einen zentralen Bettendienst, dem die Belegung sämt-

licher Krankenhausbetten untersteht und Spezialkrankenhäuser für ansteckende Krankheiten. Ferner gibt es dort in den allgemeinen Krankenhäusern Sonderabteilungen für ansteckende Krankheiten, Polikliniken für Erwachsene und Kinder, Forschungs- und Ausbildungsinstitutionen sowie verschiedene freiwillige Organisationen, wie etwa das Rote Kreuz und den Roten Halbmond. Dem Sanitäts-Hauptinspektor stehen mehrere beratende Körperschaften zur Seite, wie etwa der Sanitäts- und Epidemiologie-Rat, der Rat der Feldschere und ein aus Wissenschaftlern und qualifizierten Personen zusammengesetzter Technischer Rat.

Das zentrale Sanitäts- und Epidemiologie-Zentrum in Moskau erhält seine Direktiven vom Gesundheitsministerium. Es beschränkt sich aber nicht auf generelle Anweisungen an die ihm unterstellten Krankenhäuser und Institutionen; es kümmert sich vielmehr auch um die Ausbildung von medizinischem und paramedizinischem Personal und beschäftigt sich mit bestimmten Forschungsaufgaben. Die Abteilung für allgemeine und städtische Hygiene überwacht die Gesundheitsaspekte der Bautätigkeit, sie bekämpft die Verpestung des Wassers und der Luft, sie trifft Maßnahmen gegen die Infektionsgefahren in den Spitälern und ist höchst aktiv auf dem Gebiete des Strahlenschutzes und der Lärmbekämpfung. Die Abteilung für Industriehygiene und die Vermeidung von Berufskrankheiten überwacht alle Fabrikneubauten und die Arbeitsbedingungen in den Industriebetrieben. Sie beschränkt sich nicht auf den Erlaß von Gesundheitsnormen für Industriebetriebe, sondern kontrolliert auch deren Beachtung. Sie untersucht das Vorkommen bestimmter Berufskrankheiten und organisiert entsprechende Präventivmaßnahmen. Sie erforscht die physiologischen Reaktionen der Arbeiter mit dem Ziel, die physiologischen Grenzen bestimmen und das Vorkommen von Berufskrankheiten reduzieren zu können. In einem Speziallaboratorium werden Untersuchungen der Luft-, Ventilations- und Beleuchtungsverhältnisse in den Industriebetrieben durchgeführt, und man beschäftigt sich ausgiebig mit der Physiologie der Arbeit und der Feststellung toxiologischer und anderer schädlicher Wirkungen der bei der Arbeit verwendeten oder produzierten Substanzen auf den Industriearbeiter.

Die Abteilung für Ernährungshygiene inspiziert alle mit der Herstellung oder Verteilung von Lebensmitteln beschäftigten Betriebe in Moskau und untersucht alle neuen Nahrungsmittel. Die Errichtung und der Ausbau aller Betriebe, in denen Nahrungsmittel produziert werden, unterliegt der Bewilligung durch diese Behörde, die gleichzeitig für die Gesundheitsbedingungen des in solchen Unternehmen beschäftigten Personals verantwortlich ist. Sie unterhält ein Laboratorium für die chemische Untersuchung von Lebensmitteln und bedient sich erforderlichenfalls des Zentrallaboratoriums der Regierung für bakteriologische Studien.

Die Abteilung für Schul- und Kinderhygiene hat sich die Verbesserung des Gesundheitszustandes und der physischen Entwicklung der Kinder, sowie die Senkung der Kindersterblichkeit zum Ziel gesetzt. Zu diesem Zwecke kümmert sie sich ebenso um umgebungshygienische Probleme wie um die Durchführung besonderer sanitärer Maßnahmen in allen von Kindern besuchten Instituten. Sie überwacht die gesundheitlichen Aspekte des Schulunterrichtes und die Sporteinrichtungen, läßt Spielsachen, Möbel und Bekleidungsgegenstände bereits während des Herstellungsprozesses in den Fabriken inspizieren, bevor sie ihre Verwendung für Kinder gutheißt, und überprüft die Pläne aller Bauten, in denen Kinder leben und wirken sollen.

Die Abteilung für Epidemiologie und Mikrobiologie erforscht das Vorkommen und die Epidemiologie ansteckender Krankheiten; sie plant darüber hinaus wirksame Maßnahmen der Prophylaxe. Die Abteilung für Parasitologie plant und organisiert den Kampf gegen die Malaria, die Helminthiasis und alle durch Protozoen verursachten Erkrankungen des Verdauungstraktes. Eine Regierungsabteilung, die sich mit dem Betrieb der Allgemeinen Laboratorien befaßt, stellt diese Einrichtungen allen übrigen Ressorts im Bedarfsfalle zur Verfügung. Man beschränkt sich nicht nur auf den Betrieb von Laboratorien für Bakteriologie, Physikochemie, Akustik und Strahlung; man stellt vielmehr die Erfahrungen und Erkenntnisse der Spezialisten auch den siebzehn Rayon-Laboratorien, den Laboratorien für ansteckende Krankheiten in städtischen Spitälern und den mehr als sechzig bakteriologischen Laboratorien in Kliniken, Polikliniken und anderen medizinischen Institutionen zur Verfügung. Die Abteilung für Organisation und Methodik beschäftigt sich in der Hauptsache mit der Organisation und Leitung der Sanitäts- und Epidemiologie-Zentren. Sie veröffentlicht Informationsbulletins, organisiert die Ausbildung des für die Durchführung der sanitären und epidemiologischen Maßnahmen erforderlichen Personals, legt die Forschungsmethoden fest und dient als Beratungszentrum für die gesundheitliche Erziehung der Massen.

Im wissenschaftlichen Virus-Forschungsinstitut, einer der wichtigsten medizinischen Einrichtungen der Stadt Moskau, werden Forschungen über die Wirksamkeit neuer Arzneimittel und die Verbesserung bereits bestehender Medikamente im Dienst der Prophylaxe gegen Virus-Infektionen betrieben. Dort werden für das ganze Land die Impfstoffe gegen Pocken, Enzephalitis, Grippe und andere Virus-Erkrankungen hergestellt. Im Poliomyelitis- und Virus-Enzephalitis-Institut, das im Jahre 1955 errichtet wurde, ist die gesamte Forschungsarbeit auf dem Gebiete der Kinderlähmung zentralisiert; dort werden auch alle Impfstoffe gegen Poliomyelitis hergestellt, deren Großteil in der Sowjetunion selbst Verwendung findet, von denen allerdings auch kleine Quanten exportiert werden; dort werden auch

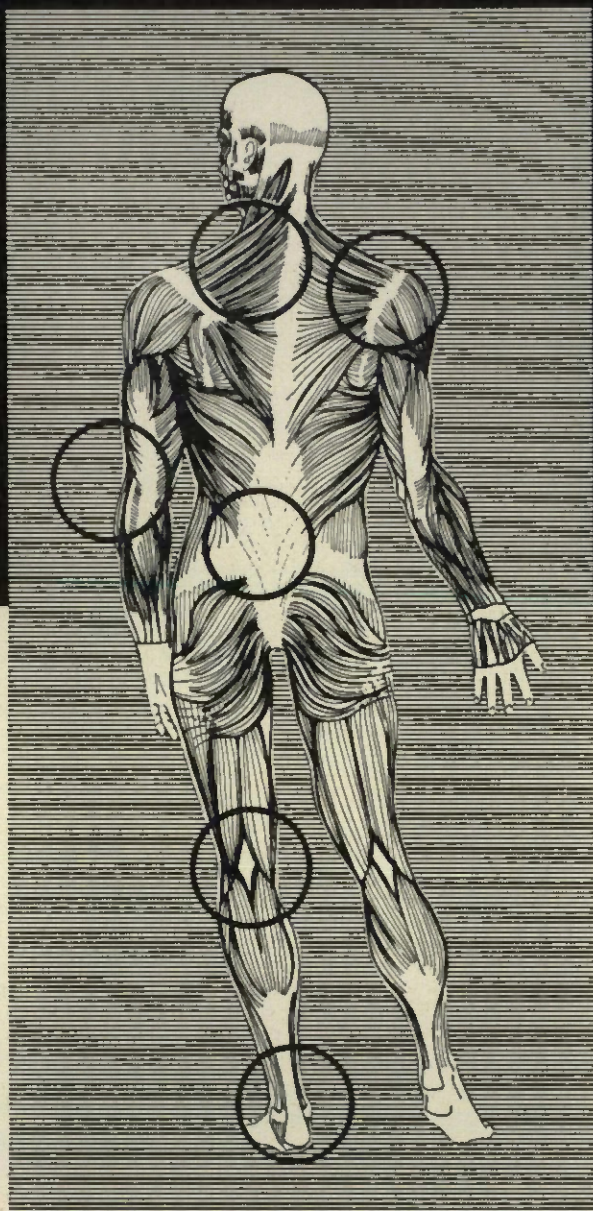
Strophoperm

zur perlingualen Herztherapie

Salistoperm

zur percutanen Heilanaesthesia

Das Kapillarproblem Rheumatismus



durch
Stoffwechsel-
verbesserung

durch
beschleunigte
Blutströmung

neu gelöst mit

Dipyron[®]

Dragees und Ampullen



JOHANN A. WÜLFING · DÜSSELDORF

Impfstoffe gegen Enzephalitis hergestellt. Das Institut für Parasitologie-Forschung und Tropische Medizin, das sich zunächst hauptsächlich mit der Malaria beschäftigte, dient heute im wesentlichen dem Studium der Helminthologie und der medizinisch bedeutsamen Arthropoden. Das zentrale Forschungsinstitut für Tuberkulose, das dem Gesundheitsministerium der Sowjetunion untersteht, unterhält Kliniken, Laboratorien und eine Arzneimittelverteilungsstelle, es bestimmt die Methoden, die in sämtlichen Institutionen des Landes bei der Tuberkulosebekämpfung angewendet werden und organisiert Ausbildungskurse. Das Zentralinstitut für Gesundheitserziehung beschäftigt sich mit Forschungsaufgaben auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung, stellt die erforderlichen Materialien und Einrichtungen zur Verfügung und bildet berufsmäßige und nicht-berufsmäßige Hilfskräfte aus. Ihm stehen mehrere beratende Körperschaften zur Seite wie etwa der Wissenschaftliche Rat für Gesundheitserziehung, der Kunstrat, dem die Herstellung der Werbe- und Aufklärungsplakate untersteht, ein Rat für die Herausgabe von Publikationen, und andere Körperschaften, die sich mit der Herstellung von Filmen und dergleichen beschäftigen.

In Moskau gibt es — wie auch in anderen Großstädten — eine Zentralstation für Desinfektion, der auch bakteriologische, physiko-chemische und entomologische Laboratorien angegliedert sind. Organisationen des Roten Kreuzes und des Roten Halbmondes sind über die ganze Sowjetunion verstreut. Sie arbeiten eng mit den Gesundheitsdiensten zusammen, vor allem auf dem Gebiete der Organisation von Blutspenden und Massenimpfungen. Sie beschäftigten bezahlte Pflegerinnen und bedienen sich der Hilfe pensionierter Ärzte zum Betriebe ihrer Erste-Hilfe-Stationen. Die von ihnen benötigten Finanzmittel werden durch Mitgliedsbeiträge aufgebracht. So sind etwa in der Ukraine sämtliche Ärzte und darüber hinaus 25 Prozent der Gesamtbevölkerung Mitglieder des Roten Kreuzes.

Über die Bedeutung der Gesundheitsdienste in den kleineren Verwaltungseinheiten mögen einige Zahlen aus dem Poltawa-Oblast mit einer Gesamtbevölkerung von 1 632 000 Menschen Aufschluß geben. Dieser Oblast ist einer der größten der ukrainischen Republik und besteht aus 34 Verwaltungsrayons. Die Bevölkerung beschäftigt sich zum größten Teil mit Landarbeit. In diesem Oblast gibt es 247 Krankenhäuser, 842 Feldscher- und Feldscher-Hebammenstationen, 140 Gesundheitseinheiten in Industrieunternehmen, 145 Apotheken, 940 Arzneimittelverteilungsstellen und 10 500 Krankenhausbetten. Das größte Spital, das Oblast-Krankenhaus mit 2550 Betten, befindet sich in der Stadt Poltawa selbst. Außerdem gibt es noch ein Spital für ansteckende Krankheiten mit 35 Betten in der diagnostischen Abteilung, 55 Betten in der Abteilung für Erkrankungen des Magen- und Darmtraktes, 20 Betten in der Abteilung für infektiöse Hepatitis, 15 Betten für Patienten mit ansteckenden Erkrankungen der Atmungsorgane und 25 Betten für Scharlachpatienten. In dem Kinderspital von Poltawa gibt es 120 Krankbetten, eine Poliklinik, die durchschnittlich täglich von 800 Patienten in Anspruch genommen wird und eine Milchküche, in der täglich dreitausend Portionen ausgegeben werden. Das Personal dieses Spitals überwacht in den 14 pädiatrischen Bezirken, die vom Stab des Krankenhauses betreut werden, 10 250 Kinder bis zum

Alter von 15 Jahren, zehn Kindergärten und zehn Schulen. Die Stadt besitzt auch eine eigene Institution für Gesundheitserziehung, die unter der Leitung eines Arztes steht und die unter anderem schwangeren Frauen und jungen Müttern systematische Instruktionen auf allen Gebieten der Säuglingspflege gibt. Das Sanitäts- und Epidemiologie-Zentrum des Oblast enthält Abteilungen für Umgebungshygiene, Epidemiologie, Malaria und medizinische Parasitologie, Laboratorien für Bakteriologie, Virologie, Strahlung, Baumaterial- und Lebensmittelanalysen, eine Desinfektionsstation und eine Anti-Tollwut-Abteilung.

In jedem der 34 Rayons des Poltawa-Oblast gibt es ein Rayon-Spital mit durchschnittlich etwa 200 Betten. Kleinere Spitäler gibt es in jedem Gesundheitssektor; dann folgen Feldscher- und Feldscher-Hebammenstationen und die sogenannten Gesundheitsdienst-Einheiten, die in den Kollektiv-Farmen stationiert sind.

Ein typisches Beispiel ist das Gesundheitssektor-Krankenhaus in Pekrovo-Bagachansk, einem der acht Gesundheitssektoren des Rayons von Khorol. Es hat 75 Betten, und in dem Bezirk, den es betreut, gibt es außerdem noch vier Feldscher- und weitere vier Feldscher-Hebammen-Stationen. Das Spital hat eine Poliklinik und einen Beratungsraum für Frauen und Kinder. Die Feldscher-Hebammen-Einheiten sind in einfachen Gebäuden untergebracht, in denen es Raum für Konsultationen, Geburtshilfe, Untersuchungen, Physiotherapie, Gesundheitserziehung und eine Apotheke gibt. Dort werden nur Patienten mit leichten Erkrankungen behandelt; es werden Impfungen durchgeführt, und unter der Aufsicht eines Arztes des Gesundheitssektors wird Mütterberatung und Gesundheitserziehung betrieben.

Seit dem Jahre 1917 konnten in der Sowjetunion viele ansteckende Krankheiten ausgerottet werden. Die generelle Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, die kulturellen und wirtschaftlichen Entwicklungen und die therapeutischen, prophylaktischen und anti-epidemischen Maßnahmen haben dazu geführt, daß die Infektionskrankheiten, einstmalig die hartnäckigsten Feinde der Volksgesundheit, ihre frühere bedrohliche Bedeutung verloren haben. Gleichzeitig hat die Zahl des medizinischen und paramedizinischen Personals in der Sowjetunion gewaltig zugenommen. Im Jahre 1961 kam in der UdSSR ein Arzt auf rund fünfhundert Menschen. Auf je 25 000 bis 35 000 Erwachsene und je 50 000 bis 70 000 Kinder kommt ein Tuberkulose-Spezialist, und alle Personen im Alter von über zwölf Jahren werden regelmäßig in zweijährlichen Intervallen bei Massen-Radiographie-Kampagnen auf Spuren der Krankheit untersucht. Wenn ein Krankheitsfall festgestellt wurde, wird die gesamte Familie betreut. Kontaktpersonen im Kindesalter erhalten alljährlich drei Monate lang INH. Schon die Neugeborenen werden mit BCG geimpft, und Kinder tuberkuloser Eltern werden von ihren Eltern getrennt und geimpft. Diese Kontrollmethoden unterstehen einer zentralen Organisation, und die Tuberkulose-Einheiten jedes Bezirkes arbeiten eng mit Krankenhäusern, Schulen, Polikliniken und dergleichen zusammen und überwachen sämtliche Maßnahmen.

Das Forschungsinstitut für Parasitologie und Tropische Medizin spielt eine wesentliche Rolle beim Studium der Epidemiologie der Helminthiasen und bei der Planung der Behandlungs- und Prophylaxe-Maß-

nahmen. In den Polikliniken gibt es besondere Räume für die Behandlung der an Helminthiasen Erkrankten. Da es keine Immunisierung gegen die Wurm-Erkrankungen gibt, so wird besonderer Wert auf die Durchführung eines aktiven Gesundheitserziehungsprogrammes gelegt, vor allem bei Landarbeitern und Bergleuten, die besonders gefährdet sind.

Während der letzten vier Jahre ist das Poliomyelitis-Vorkommen in der UdSSR von 7,7 Fällen auf weniger als einen Fall auf je hunderttausend Menschen zurückgegangen. Es kommt hinzu, daß alle in jüngster Vergangenheit aufgetretenen Erkrankungen einen günstigen Verlauf nahmen und keinerlei ernste Schäden zur Folge hatten. Dieser Rückgang der Erkrankungen an Kinderlähmung ist auf die während der letzten Jahre durchgeführte Schluckimpfung aller Einwohner der Sowjetunion im Alter bis zu zwanzig Jahren zurückzuführen. Die Zahl der Impfungen betrug allein in den Jahren 1960—1962 achtzig Millionen, wobei hinzuzufügen ist, daß in einigen Republiken der Union auch höhere Altersgruppen geimpft wurden.

Noch im letzten Dezennium vor dem Ersten Weltkrieg betrug die Häufigkeit des Pocken-Vorkommens in Rußland 4,4 bis 10,4 Fälle auf je 100 000 Menschen. Jährlich gab es mehr als hunderttausend Pockenerkrankungen, und von 1901 bis 1910 wurden 414 000 Pocken-Todesfälle registriert. Die Pockenimpfung wurde erst nach der Revolution des Jahres 1917 allgemeine Pflicht, und heute ist die Krankheit praktisch überwunden. Der in der Sowjetunion verwandte Impfstoff wird von dem wissenschaftlichen Forschungsinstitut für die Herstellung von Virus-Präparaten produziert.

Obwohl auch Typhus und Paratyphus rückläufig sind, stellen diese Krankheiten doch in der Sowjetunion noch ernste Gesundheitsprobleme dar. Die Hauptschwierigkeit bei der Bekämpfung dieser Erkrankungen liegt in der Problematik der schnellen Erfassung und Isolierung aller Bazillenträger. Das Hauptgewicht der Kontrollmaßnahmen liegt auf dem Gebiet der allgemeinen Hygiene. TAB-Impfungen werden im großen Umfang durchgeführt, vor allem in jährlichen Intervallen bei allen Personen, die mit Lebensmitteln und Kindern zu tun haben.

Malaria wurde im Jahre 1921 anzeigepflichtig. Noch im Jahre 1934/1935 wurden neun Millionen Fälle registriert. Heute gibt es praktisch keine indigenen Fälle mehr. Bei der Ausrottung der Malaria folgte man auch in der Sowjetunion den von der Welt-Gesundheitsorganisation in weiten Bezirken der Erde durchgeführten und beinahe bis zur Perfektion entwickelten Methoden.

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. Ernst Astar-Sternberg, Salzburg 2, Postfach 50.

35. Fortbildungskurs für Ärzte
in Regensburg vom 14. — 17. 10. 1965

**36. Fortbildungskongreß
für praktische Medizin**
in Augsburg vom 24. — 26. 9. 1965

AMTLICHES

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern:

Lehrgang für den öffentlichen Gesundheitsdienst

Das Bayerische Staatsministerium des Innern wird in der Zeit vom 2. November 1965 bis 25. Februar 1966 in München einen Lehrgang für den öffentlichen Gesundheitsdienst abhalten. Zu diesem Lehrgang können 30 Teilnehmer zugelassen werden. Die Teilnahme am Lehrgang ist Voraussetzung der Zulassung zur Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst (Bekanntmachung des Bayerischen Landespersonalamtes vom 21. 12. 1951 über Lehrgang, Prüfung und laufende Beurteilung für die Anstellung als Arzt im öffentlichen Gesundheitsdienst — BayBSVI I S. 225 — i. d. Fassung der Bek. vom 18. 2. 1960 — MABL S. 294 —). Ärzte, die an dem Lehrgang teilnehmen wollen, werden gebeten, ihr Gesuch bis spätestens 8. Oktober 1965 beim Bayerischen Staatsministerium des Innern, München, Odeonsplatz 3, einzureichen.

Die Voraussetzungen für die Teilnahme am Lehrgang sind:

1. Die medizinische Doktorwürde, die an einer Universität des Bundesgebietes oder vor dem 8. Mai 1945 an einer Universität des ehemaligen Reichsgebietes erworben worden sein muß,
 2. eine Tätigkeit von mindestens 3 Jahren nach der Bestallung als Arzt,
 3. eine Tätigkeit von mindestens 3 Monaten als Arzt an einer Anstalt für Geistesranke und als Arzt oder Medizinalassistent an einem Gesundheitsamt.
- Dem Gesuch sind folgende Unterlagen beizufügen:

1. Die Bestallung als Arzt in Urschrift (für Vertriebene und Sowjetzonenflüchtlinge gelten die §§ 92 und 93 des Bundesvertriebenengesetzes vom 14. August 1957, BGBl. I. S. 1215),
2. das Doktordiplom der medizinischen Fakultät einer deutschen Universität in Urschrift oder amtlich beglaubigter Abschrift (für Vertriebene und Sowjetzonenflüchtlinge gelten die §§ 92 und 93 des Bundesvertriebenengesetzes),
3. ein Nachweis über die bisherige ärztliche Tätigkeit,
4. der Ausweis über den Besitz der deutschen Staatsangehörigkeit,
5. für Bewerber, die vor dem 6. März 1928 geboren sind, der Spruchkammerbescheid in amtlich beglaubigter Abschrift oder eine Bescheinigung nach Art. 2 des Dritten Gesetzes zum Abschluß der politischen Befreiung vom 3. 2. 1960 (GVBl. S. 11).

Die Lehrgangsgebühr beträgt 200 DM; sie ist nach Zulassung zum Lehrgang an die Staatsoberkasse München I, Postscheckkonto München Nr. 9430, einzuzahlen. Unterkunft kann nicht gestellt werden.

Die Teilnahme am Lehrgang und das Bestehen der Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst begründen keinen Rechtsanspruch auf Anstellung im Staatsdienst.

Für die Meldung zur Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst gilt Abschnitt B der Bekanntmachung des Bayerischen Landespersonalamtes vom 21. 12. 1951, betreffend Lehrgang, Prüfung und laufende Beurteilung für die Anstellung als Arzt im öffentlichen Gesundheitsdienst (BayBSVI I S. 225) i. d. Fassung vom 18. 2. 1960 (MABL S. 294).

Änderung der Satzung der Bayerischen Ärzteversorgung

Vom 1. Juli 1965

Auf Grund des Art. 9 Abs. II des Gesetzes über das öffentliche Versicherungswesen vom 7. Dezember 1933 (BayBS I S. 242) in der Fassung der Änderungen vom 29. Mai 1957 (GVBl. S. 105), vom 30. Mai 1961 (GVBl. S. 148) und vom 21. Dezember 1964 (GVBl. S. 254) wird die Satzung der Bayerischen Ärzteversorgung vom 15. Dezember 1956 (BayBS I S. 288) in der Fassung der Bekanntmachungen vom 16. Februar 1957 (GVBl. S. 47), vom 11. April 1958 (GVBl. S. 53), vom 5. September 1958 (GVBl. S. 272), vom 7. Mai 1960 (GVBl. S. 81), vom 30. Dezember 1960 (GVBl. 1961 S. 32), vom 5. Juli 1962 (GVBl. S. 140) und vom 15. Februar 1963 (GVBl. S. 33) mit Zustimmung des Landesausschusses und mit Genehmigung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern (Entschließen vom 22. März 1965 Nr. I A 4 — 538 — 40/20 und vom 18. Juni 1965 Nr. I A 4 — 538 — 40/27) sowie mit fachaufsichtlicher Genehmigung des Bayerischen Staatsministeriums für Wirtschaft und Verkehr (Entschließen vom 29. März 1965 Nr. 7910 g — II/8 a — 15 443 und vom 3. Juni 1965 Nr. 7910 g — II/8 a — 27 031) wie folgt geändert:

Art. 1

1) § 1 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift erhält folgende Fassung:
„Rechtsform, Sitz, Zweck und Tätigkeitsbereich der Anstalt“.
- b) Es wird folgender Absatz III angefügt:
„III. Die Rechtsverhältnisse der im Regierungsbezirk Pfalz des Landes Rheinland-Pfalz beruflich tätigen Mitglieder und dort wohnhaften Versorgungsempfänger sowie die Rechtsbeziehungen der Anstalt zum Land Rheinland-Pfalz richten sich nach dem Staatsvertrag zwischen dem Freistaat Bayern und dem Lande Rheinland-Pfalz vom 4. September 1964 (GVBl. 1965, S. 58).“

2) § 5 erhält folgende Fassung:

„§ 5

Landesausschuß

I. Der Landesausschuß wird vom Bayerischen Staatsministerium des Innern aus den Mitgliedern der Anstalt auf Grund von Vorschlägen der zuständigen Kammern berufen.

II. Der Landesausschuß besteht aus dreißig Mitgliedern. Er setzt sich zusammen aus siebzehn Ärzten, darunter fünf angestellten Ärzten und einer Ärztin, neun Zahnärzten, darunter zwei angestellten Zahnärzten, und vier Tierärzten.

Vier der Mitglieder sind aus dem Regierungsbezirk Pfalz zu berufen, davon ein niedergelassener und ein angestellter Arzt, ein Zahnarzt und ein Tierarzt.

III. Für jedes Ausschußmitglied wird ein erster und ein zweiter Stellvertreter berufen.

IV. Die Amtsdauer der Mitglieder und ihrer Stellvertreter beträgt vier Jahre; sie läuft vom Beginn eines Geschäftsjahres bis zum Ende des vierten Geschäftsjahres. Soweit bis zu diesem Zeitpunkt die neuen Mitglieder oder Stellvertreter noch nicht berufen sind, versehen die bisherigen Mitglieder und Stellvertreter ihre Geschäfte weiter, jedoch nicht über die Dauer von sechs Monaten hinaus; in diesem Fall werden die neuen Mitglieder und ihre Stellvertreter für die restliche Amtsdauer berufen. Für ausscheidende Mitglieder und ihre Stellvertreter tritt für den Rest der Amtsdauer der Stellvertreter ein.“

3) § 6 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz I wird folgende Ziffer 5 angefügt:
„5. die Festsetzung des Kostenausgleiches für die Mitglieder des Landesausschusses (§ 7 Abs. IV).“
- b) In Absatz II wird Ziffer 3 gestrichen.

4) § 7 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz I wird das Wort „sechs“ durch das Wort „sieben“ ersetzt.
- b) In Absatz III wird das Wort „achtzehn“ jeweils durch das Wort „zwanzig“ ersetzt.
- c) Absatz IV erhält folgende Fassung:
„IV. Mitglieder des Landesausschusses und der Unterausschüsse sowie ihre Stellvertreter erhalten einen Kostenausgleich. Er besteht aus Ersatz der Reisekosten, Tagegeld, Übernachtungsgeld und einer Pauschale für Verdienstentgang.“
- d) In Absatz V wird das Wort „sechs“ durch das Wort „sieben“ ersetzt.

5) § 10 erhält folgende Fassung:

„§ 10

Mitgliedschaft kraft Gesetzes

Mitglieder kraft Gesetzes sind alle bestellten, nicht dauernd berufsunfähigen Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte sowie Medizinalassistenten und Veterinärpraktikanten, die Deutsche im Sinne des Artikels 116 des Grundgesetzes und im Tätigkeitsbereich der Anstalt beruflich tätig sind (vgl. auch Abschnitt VI und VII).“

6) § 11 wird wie folgt geändert:

- a) Der 1. Halbsatz erhält folgende Fassung:
„Ausgenommen von der Mitgliedschaft kraft Gesetzes sind bestellte Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte sowie Medizinalassistenten und Veterinärpraktikanten.“
- b) Ziffer 2 erhält folgende Fassung:
„2. die als Beamte im Sinne des Bundesbeamtenengesetzes oder eines Landesbeamtenengesetzes Anwartschaft auf lebenslängliche Versorgung und Hinterbliebenenversorgung haben;“

7) § 13 erhält folgende Fassung:

„§ 13

Freiwillige Mitgliedschaft

I. Als freiwillige Mitglieder der Anstalt können zugelassen werden:

1. beim Vorliegen der allgemeinen Voraussetzungen (§ 10) bestellte Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte sowie Medizinalassistenten und Veterinärpraktikanten, die nach § 11 Ziff. 2 oder 3 von der Mitgliedschaft kraft Gesetzes ausgenommen und nicht älter als 40½ Jahre sind;
2. Mitglieder, deren Mitgliedschaft kraft Gesetzes nach § 15 Abs. I Ziff. 1, 2, 3 oder 4 endet.

II. Mitglieder kraft Gesetzes werden freiwillige Mitglieder der Anstalt, sobald sie Beamte im Sinne des Bundes- oder eines Landesbeamtenengesetzes werden und nicht ihren Austritt aus der Bayer. Ärzteversorgung erklären.

III. Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte sowie Medizinalassistenten und Veterinärpraktikanten, die bei Aufnahme ihrer Berufstätigkeit im Anstaltsbereich älter als 40½ Jahre sind, aber das 55. Lebensjahr noch nicht überschritten haben, können auf Antrag als freiwillige Mitglieder zugelassen werden. Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach der Aufnahme der Berufstätigkeit zu stellen. Außerdem ist ein Gesundheitsnachweis zu erbringen. Im Falle der Zulassung ist ein von der Anstaltsverwaltung festzusetzender versicherungstechnischer Ausgleichsbetrag oder ein entsprechender Alterszuschlag zu den laufenden Beiträgen zu leisten.

IV. Über die Zulassung zur freiwilligen Mitgliedschaft entscheidet im Einvernehmen mit der Anstaltsverwaltung ein vom Landesausschuß aus seiner Mitte und für seine Amtsdauer zu wählender Ausschuß, der sich aus zwei niedergelassenen und zwei angestellten Mitgliedern zusammensetzt. Bei

Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt. Im übrigen gilt § 7 Abs. II Satz 1, Abs. IV und V sinngemäß."

- 8) § 15 wird wie folgt geändert:
- In Absatz I Ziffer 1 wird die Klammer „(Approbation)“ gestrichen.
 - In Absatz I Ziffer 4 werden die Worte gestrichen:
„oder des Hauptwohnsitzes“.
- 9) § 16 Absatz I erhält folgende Fassung:
„I. Alle im Anstaltsbereich tätigen Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte sowie Medizinalassistenten und Veterinärpraktikanten haben sich bei der Bayerischen Versicherungskammer zur Überprüfung ihrer Mitgliedschaftspflicht anzumelden, ihr jederzeit die zur Erfüllung des Anstaltszweckes notwendigen Angaben zu machen und die verlangten Nachweise zu liefern.“
- 10) § 17 wird wie folgt geändert:
- Absatz II a Satz 1 erhält folgende Fassung:
„II. a) Bei angestellten nachgeordneten Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten sowie Medizinalassistenten und Veterinärpraktikanten, deren Dienstbezüge die Jahresarbeitsverdienstgrenze nach dem Angestelltenversicherungs-Neuregelungsgesetz übersteigen, beträgt der Beitrag 7 v. H. des reinen Jahresberufseinkommens.“
 - In Absatz III wird jeweils nach dem Wort „Medizinalassistenten“ angefügt:
„und Veterinärpraktikanten“.
 - Absatz VI erhält folgende Fassung:
„VI. Freiwillige Mehrzahlungen sind zulässig, jedoch dürfen sie den Betrag von 3000 DM für ein Kalenderjahr nicht übersteigen. Freiwillige Mehrzahlungen können auch für das vorangegangene Jahr entrichtet werden.“
- 11) § 19 Absatz I erhält folgende Fassung:
„I. Endet die Mitgliedschaft, so hat das bisherige Mitglied Anspruch auf Rückgewähr, die auf Antrag ausgezahlt wird.“
- 12) § 22 erhält folgende Fassung:

„§ 22

Umfang der Versorgung

Die Anstalt gewährt dem Mitglied Ruhegeld (§§ 23, 23 a und 24) und im Falle seines Todes den Hinterbliebenen Sterbegeld (§ 25), Witwen- oder Wittwergeld und Waisengeld (§ 27) sowie die in § 30 aufgeführten Leistungen.“

- 13) Es wird folgender § 23 a eingefügt:

„§ 23 a

Anspruch auf Ruhegeld
bei vorzeitiger Berufsunfähigkeit

I. Tritt nach dem 1. Januar 1958 im Laufe der ersten 15 Jahre der Mitgliedschaft und vor Vollendung des 55. Lebensjahres vorübergehende oder

dauernde Berufsunfähigkeit ein, so wird Ruhegeld wegen vorzeitiger Berufsunfähigkeit gewährt, wenn die Voraussetzungen des Absatzes II erfüllt sind.

II. Ruhegeld wegen vorzeitiger Berufsunfähigkeit erhalten

- niedergelassene Mitglieder, wenn sie in der gesamten Zeit ihrer Mitgliedschaft Beiträge in einer § 17 Abs. I oder Abs. II a) oder Abs. II b) Satz 1 entsprechenden Höhe geleistet und sich bei einer Tätigkeit in einem Angestelltenverhältnis nach dem 1. März 1957 nach § 7 Abs. 2 AVG zugunsten der Bayerischen Ärzteversorgung haben befreien lassen,
- angestellte Mitglieder, Medizinalassistenten und Veterinärpraktikanten, deren Dienstbezüge die Jahresarbeitsverdienstgrenze nach dem AVG nicht übersteigen, wenn sie sich während ihrer Mitgliedschaft bei der Bayerischen Ärzteversorgung nach dem 1. März 1957 gemäß § 7 Abs. 2 AVG von der Angestelltenversicherungspflicht haben befreien lassen,
- angestellte Mitglieder, Medizinalassistenten und Veterinärpraktikanten, deren Dienstbezüge die Jahresarbeitsverdienstgrenze nach dem AVG übersteigen, wenn sie sich von einer nach dem 1. März 1957 begründeten Angestelltenversicherungspflicht nach § 7 Abs. 2 AVG haben befreien lassen,
- beamtete Mitglieder, wenn sie während ihrer freiwilligen Mitgliedschaft nach dem 1. Januar 1963 aus ihrem gesamten Berufseinkommen (Diensteinkommen mit allen Zuschlägen und Nebeneinnahmen) ohne Unterbrechung Beiträge in einer § 17 Abs. II a entsprechenden Höhe gezahlt haben. Der letzte Halbsatz von Absatz II c findet Anwendung.

III. Die als Anspruchsvoraussetzung in Absatz II a — d geforderte Befreiung gemäß § 7 Abs. 2 AVG gilt als gegeben, wenn die Befreiung binnen 3 Monaten seit dem Empfang der förmlichen Mitteilung über die Begründung der Mitgliedschaft kraft Gesetzes beantragt wurde.

IV. Bei der Berechnung der Frist von 15 Jahren (Absatz I) bleibt die Dauer einer Mitgliedschaft vor dem 1. März 1957 außer Betracht. Die Dauer von Mitgliedschaften, die in der Vergangenheit geendet haben, wird auf die Frist von 15 Jahren (Absatz I) angerechnet.

V. § 23 Abs. I, Abs. II Satz 1, Abs. III und IV gelten entsprechend. Ein Arbeitsversuch von nicht länger als sechs Wochen im Anschluß an die vorübergehende Berufsunfähigkeit setzt nicht erneut die Wartezeit nach § 23 Abs. I Ziff. 1 in Lauf.“

Für
Ihre
Magen-Patienten

ULCOLIND®

1/2 Packung 30 Tabletten

1/1 Packung 60 Tabletten



Lindopharm KG Hilden Rhld

schirmt übersteigerte vegetative Reize ab

Haloperidol

löst Spasmen im Verdauungs-
trakt und hemmt übermäßige
Sekretion

Disoprominhydrochlorid

stellt an der
Magenschleimhaut
physiologische

Verhältnisse wieder her

Bismut, aluminicum, Succue Liquiritiae

bedeutet gleich-
zeitige Leberschutztherapie

Cholin orotat

14) § 24 wird wie folgt geändert:

„§ 24

Berechnung des Ruhegeldes

I. Das Ruhegeld besteht aus einem Grundbetrag, einem Zuschlag und Kindergeld. Und zwar beträgt

1. der Grundbetrag jährlich 1200 DM,
2. der Zuschlag jährlich zwanzig vom Hundert der bis zum Eintritt des Versorgungsfalles fälligen Beiträge, soweit sie die jährlichen Mindestbeiträge (§ 17 Abs. I b) überstiegen haben. Ausgleichsbeträge oder Alterszuschläge im Sinne des § 13 Abs. III Satz 4 sowie Mehrzahlungen nach §§ 17 Abs. VII und 48 sind nicht zuschlagsfähig,
3. das Kindergeld für jedes ledige minderjährige eheliche oder vor Eintritt der dauernden Berufsunfähigkeit für ehelich erklärte oder an Kindes Statt angenommene Kind, bei weiblichen Mitgliedern auch für jedes leibliche uneheliche Kind 600 DM jährlich.

II. 1. Das Ruhegeld bei vorzeitiger Berufsunfähigkeit beträgt

- a) für niedergelassene, angestellte und beamtete Mitglieder 50 vom Hundert ihres bisherigen durchschnittlichen Jahresberufseinkommens, mindestens 3000 DM, höchstens 6000 DM jährlich;

der Berechnung des durchschnittlichen Jahresberufseinkommens wird für die Berufstätigkeit in einem Angestellten- oder Beamtenverhältnis das nachgewiesene Berufseinkommen, für die Berufstätigkeit in eigener Praxis das Berufseinkommen zugrunde gelegt, das den gemäß § 17 Abs. I geleisteten oder geschuldeten Beiträgen entspricht;

- b) für Medizinalassistenten und Veterinärpraktikanten 50 vom Hundert ihres bisherigen nachgewiesenen durchschnittlichen Jahresberufseinkommens, mindestens 1800 DM, höchstens 6000 DM jährlich;

- c) neben den Leistungen nach Buchstabe a) oder b) wird Kindergeld entsprechend Absatz I Ziffer 3 gewährt.

2. Bei der Berechnung des durchschnittlichen Jahresberufseinkommens bleibt das Berufseinkommen vor dem 1. März 1957 außer Betracht.

Für Mitglieder, die nach der ärztlichen Bestallungsordnung vom 17. Juli 1939 (RGBl. I S. 1273) in der Fassung vom 28. Dezember 1942 (RGBl. I S. 745) bestallt wurden, bleibt die Zeit ihrer Tätigkeit als Pflichtassistent, für Mitglieder, die nach der Bestallungsordnung vom 15. September 1953 (BGBl. I S. 1334) bestallt wurden, die Zeit ihrer Tätigkeit als Medizinalassistent bei der Berechnung des durchschnittlichen Jahresberufseinkommens außer Ansatz.

Für niedergelassene Mitglieder, die unmittelbar vor der Niederlassung als angestellte Mitglieder den Anspruch auf Ruhegeld wegen vorzeitiger Berufsunfähigkeit gemäß § 23 a erworben hatten, bleibt bei der Berechnung des Ruhegeldes nach Absatz II Ziffer 1 a das durchschnittlich verdiente Jahresberufseinkommen während der ersten fünf

Jahre der Niederlassung außer Betracht, wenn sich dadurch ein höherer Durchschnitt ergibt.

Ist die Berechnung nach Absatz I günstiger, so verbleibt es dabei.

III. Bei vorübergehender Berufsunfähigkeit wird Ruhegeld auf Zeit und längstens für die Dauer von vier Jahren gewährt.

IV. Die in RM geleisteten Beiträge werden der Berechnung des Ruhegeldes mit ihrem Nennbetrag zugrunde gelegt.“

- 15) § 30 Absatz V erhält folgende Fassung:

„V. Sofern sich in einzelnen Fällen aus den Vorschriften der §§ 23 a, 24 Abs. II, 27 und 30 besondere Härten ergeben, kann die Anstalt mit Zustimmung des Landesausschusses oder eines von ihm aus seinen Mitgliedern eingesetzten Ausschusses (Absatz III) freiwillige, stets widerrufliche Leistungen gewähren.“

- 16) § 38 erhält folgende Fassung:

„§ 38

Für die Angehörigen dieser Gruppe gelten statt der §§ 17 Abs. I Buchst. a Satz 1 und 2 und Buchst. b sowie Abs. III, 23 Abs. II, 23 a, 24 Abs. I, II und IV, 26 Abs. I und 28 Abs. I Satz 1, Abs. II und Absatz IV die nachfolgenden Bestimmungen. Im übrigen gelten die Vorschriften der Abschnitte I bis V der Satzung.“

Art. 2

1. Die in Art. 1 aufgeführten Satzungsänderungen treten mit Ausnahme der im nachstehenden Absatz 2 genannten Bestimmungen am 1. Mai 1965 in Kraft.

2. Die in Art. 1 Nr. 2) (§ 5) und Nr. 4) Buchst. a, b, d (§ 7 Abs. I, III, V) aufgeführten Änderungen treten mit Wirkung vom 1. Januar 1966 in Kraft.

München, den 1. Juli 1965

Bayerische Versicherungskammer
Dr. Regensburger, Vizepräsident

Vorstehende Satzungsänderung ist bereits im Dezember 1964 vom Landesausschuß der Bayerischen Ärzteversorgung beschlossen worden. Ihre Veröffentlichung konnte erst erfolgen, nachdem die Aufsichtsbehörde am 1. Juli 1965 ihre Zustimmung erteilt hat.

Inzwischen erfolgte eine weitere Satzungsänderung (Änderung der Beitragsordnung wegen einer durch das Körperschaftssteuergesetz erzwungenen Begrenzung der Höchstbeiträge), die den bayerischen Ärzten in diesen Tagen in einem Brief mitgeteilt wird. Sobald die Aufsichtsbehörde ihre Zustimmung zu dieser Satzungsänderung erklärt hat, erfolgt die Veröffentlichung im „Bayerischen Ärzteblatt“.

Cefasabal®

TROPFEN · TABL. · AMP.



CEFAK · KEMPTEN

Pyelitis Cystitis
Prostatitis
Prostatahypertrophie

Unfallversicherungsrechtliche Zuständigkeit für Hausangestellte

Nach der bisherigen Rechtslage waren Hausangestellte von Ärzten, die neben dem Privathaushalt auch in der Praxis tätig waren, ausschließlich bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege gegen Arbeitsunfälle versichert. Diese Regelung wurde im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten des Unfallversicherungsneuregelungsgesetzes insoweit geändert, als für die Unfallversicherung der in Privathaushalten beschäftigten Personen ausschließlich die gemeindlichen Unfallversicherungsträger zuständig sind, und zwar auch dann, wenn die im Privathaushalt tätigen Personen gleichzeitig auch in der Praxis des Arztes tätig waren.

Da sich diese Regelung insbesondere wegen der zusätzlichen Beitragszahlung an die gemeindliche Unfallversicherung neben der Zahlung an die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege als nachteilig erwiesen hat, war die Bundesärztekammer bemüht, in Verhandlungen mit der genannten Berufsgenossenschaft zu einer eindeutigen Abgrenzung der unfallversicherungsrechtlichen Zuständigkeit für Hausangestellte zu kommen. Dabei ist es gelungen, im Gegensatz zu der Meinung des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege für die Zustimmung und Anerkennung der Auffassung der Bundesärztekammer zu gewinnen, daß nur diese für die gesetzliche Unfallversicherung des Hauspersonals eines Arzthaushaltes zuständig sein soll, wenn dieses regelmäßig auch in der ärztlichen Praxis beschäftigt wird.

Die Träger der gemeindlichen Unfallversicherung haben sich dieser Auffassung nicht einheitlich angeschlossen. So hat der Bayerische Gemeindeunfallversicherungsverband dieser Auffassung und der dazu vorgetragenen Begründung widersprochen und vertritt nach wie vor den Standpunkt, daß das vorgenannte Personal für die Tätigkeit im Haushalt zusätzlich bei dem Verband zu versichern ist.

Inzwischen hat auch eine Reihe von Ärzten die Veranlagung des Bayerischen Gemeindeunfallversicherungsverbandes zur Zahlung eines Beitrages für dieses Personal erhalten. Da die Entscheidung über die Frage der unfallversicherungsrechtlichen Zuständigkeit nur auf dem Prozeßwege von dem einzelnen Arzt herbeigeführt werden kann, hat die Bayerische Landesärztekammer in ihrer Mitteilung zu dieser Angelegenheit in Heft 2 des „Bayerischen Ärzteblattes“ 1965, S. 160, dem zur Beitragszahlung an den Bayerischen Gemeindeunfallversicherungsverband aufgeforderten Arzt empfohlen, dagegen Widerspruch zu erheben und diesen entsprechend zu begründen. Hinweise für den Inhalt der Begründung wurden in dieser Mitteilung aufgeführt.

Um den Kolleginnen und Kollegen den schriftlichen Widerspruch gegen eine solche Beitragsveranlagung zu erleichtern, hat die Bayerische Landesärztekammer ein Muster entworfen, das auf Abruf zur Verfügung gestellt wird.

GESETZES- UND RECHTSFRAGEN

Verhalten gegenüber der ärztlichen Landesvertretung

Beschluß des Berufsgerichts für die Heilberufe beim Oberlandesgericht Nürnberg vom 19. 5. 1965 (Aktenzeichen: BG — Ä 1/65) — rechtskräftig

Ein bayerischer Ärztlicher Kreisverband hatte in drei Schreiben den Facharzt Dr. X. aufgefordert, sein Praxisschild an einem Ort zu entfernen, an dem er seit über drei Jahren keine Praxis mehr ausübte. Dr. X. antwortete auf die Schreiben nicht und ließ auch die Aufforderung unbeachtet.

Das Berufsgericht, bei dem der Ärztliche Kreisverband Antrag auf Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens gegen Dr. X. wegen dieses Verhaltens gestellt hatte, erkannte gegen Dr. X. im sog. abgekürzten Verfahren (Art. 51 Abs. 3 Kammergesetz) auf einen Verweis und verhängte außerdem eine Geldbuße von 200 DM; auch die Kosten des Verfahrens wurden Dr. X. auferlegt. Der Umstand, daß an sich zunächst nur ein Verstoß des Dr. X. gegen formale Bestimmungen der Berufsordnung (Regelung über das Praxisschild) vorlag, führte zu einer Ahndung des Verhaltens des Dr. X. im abgekürzten Verfahren. Bemerkenswert ist dabei, daß das Gericht die in diesem Verfahren zulässige Höchststrafe gegen Dr. X. ausgesprochen hat, weil er über formale Verstöße hinaus auch in seinem Verhalten gegenüber seiner Standesorganisation standeswidrig handelte.

Aus den Gründen:

Der Beschuldigte hat mit diesem Verhalten gegen seine Berufspflichten verstoßen. Das Praxisschild soll der Bevölkerung lediglich die Praxisstelle des Arztes anzeigen (§ 24 Abs. 1 BO). Bei der Verlegung der Praxis darf an dem Haus, aus dem er fortgezogen ist, nur noch bis zur Dauer eines halben Jahres das Schild mit einem entsprechenden Vermerk belassen werden (§ 24 Abs. 3 BO). Danach ist ihm ein Praxisschild in Y. nicht mehr gestattet, da sich dort nicht mehr der Sitz seiner ordnungsgemäßen Niederlassung befindet (§ 23 Abs. 1 BO).

Da es sich bei diesem Verhalten des Beschuldigten um einen Verstoß gegen formale Bestimmungen handelt, die unangebrachte standeswidrige Werbung verhindern sollen, ist ein leichter Fall gegeben, der eine Ahndung im abgekürzten Verfahren nach Art. 51 Abs. 3 KaG ermöglicht. Ein Verweis schien insoweit der Sachlage zu entsprechen. Es darf jedoch nicht übersehen werden, daß der Beschuldigte hartnäckig und uneinsichtig sich über die für die Ausübung seines Berufs als Arzt geltenden Standesvorschriften hinwegsetzt und sich jeglicher Belehrung durch seine Standesorganisation unzugänglich zeigt (§ 2 Abs. 2 BO). Die Verhängung einer zusätzlichen Geldbuße von 200 DM war daher angebracht (Art. 51 Abs. 3, Art. 38 Abs. 2 KaG).

RA F. M. Poellinger, München



Zu Ruhe
und
Ausgeglichenheit
führt

Vitanerton[®]

Beruhigung am Tage
Erholsamer Schlaf in der Nacht
Frisches Erwachen am Morgen

Kerne: 50 St., Anst.-P. 500 u. 1000 St.
flüssig: 100 ml, Anst.-P. 500 ml



DOLORGIET
Bad Godesberg

MITTEILUNGEN

Freie Kassenarztsitze in Bayern

Oberbayern:

Prutting, Kreis Rosenheim — 1 Praktischer Arzt
 Pobenhausen, Kreis Schrobenhausen — 1 Prakt. Arzt
 Mammendorf, Kreis Fürstenfeldbruck — 1 Prakt. Arzt

Niederbayern:

Hohenwarth, Kreis Kötzing — 1 Praktischer Arzt
 Hutthurm, Kreis Passau — 1 Praktischer Arzt
 Mengkofen, Kreis Dingolfing — 1 Praktischer Arzt
 Grafenau — 1 Praktischer Arzt
 Landau/Isar — 1 Praktischer Arzt

Oberpfalz:

Roding — 1 Praktischer Arzt
 Roßbach, Kreis Roding — 1 Praktischer Arzt
 Schnaittenbach, Kreis Amberg — 1 Praktischer Arzt
 Schönach, Kreis Regensburg — 1 Praktischer Arzt
 Undorf, Kreis Regensburg — 1 Praktischer Arzt
 Vohenstrauß — 1 Praktischer Arzt
 Waldershof, Kreis Tirschenreuth — 1 Praktischer Arzt
 Windischeschenbach, Kreis Neustadt — 1 Prakt. Arzt

Oberfranken:

Berg, Kreis Hof — 1 Praktischer Arzt
 Leupoldsgrün, Kreis Hof — 1 Praktischer Arzt
 Sparneck, Kreis Münchberg — 1 Praktischer Arzt
 Wildenheid, Kreis Coburg — 1 Praktischer Arzt
 Marktredwitz — 2 Praktische Ärzte
 Marktredwitz — 1 Augenfacharzt

Mittelfranken:

Aurach, Kreis Ansbach — 1 Praktischer Arzt
 Dürrwangen, Kreis Dinkelsbühl — 1 Praktischer Arzt
 Gerolfingen, Kreis Dinkelsbühl — 1 Praktischer Arzt
 Haundorf, Kreis Gunzenhausen — 1 Praktischer Arzt
 Markt Einersheim, Kreis Scheinfeld — 1 Prakt. Arzt
 Offenhausen, Kreis Hersbruck — 1 Praktischer Arzt
 Trautskirchen, Kreis Neustadt/Aisch — 1 Prakt. Arzt
 Wettelsheim, Kreis Gunzenhausen — 1 Praktischer Arzt
 Weidenbach/Triesdorf, Kreis Feuchtwangen — 1 Praktischer Arzt

Unterfranken:

Bühler, Kreis Karlstadt — 1 Praktischer Arzt
 Eichenbühl, Kreis Miltenberg — 1 Praktischer Arzt
 Frammersbach, Kreis Lohr — 1 Praktischer Arzt
 Großheubach, Kreis Miltenberg — 1 Praktischer Arzt
 Mainbernheim, Kreis Kitzingen — 1 Praktischer Arzt
 Poppenlauer, Kreis Bad Kissingen — 1 Praktischer Arzt
 Wiidflecken, Kreis Brückenau — 1 Praktischer Arzt
 Straßbessenbach, Kreis Aschaffenburg — 1 Prakt. Arzt

Schwaben:

Thalgingen, Kreis Neu-Ulm — 1 Praktischer Arzt
 Bobingen, Kreis Schwabmünchen — 1 Praktischer Arzt

BUCHBESPRECHUNGEN

Prof. Dr. med. Gerhard DENECKE: „Ärzte — gezaust und gezeichnet“; 267 Seiten, 42 Abbildungen, Leinen mit farbigem Schutzumschlag; 14,60 DM; Karl Marklein Verlag, Düsseldorf.

Das Buch befaßt sich in humorvoller Art mit dem Wesen und Wirken des Arztes. Der Autor zeigt seinen Weg vom Beginn der Studienzeit über die „trockenen Jahre“, er begleitet ihn zum Staatsexamen und erlebt mit ihm die Assistenzzeit. „Der Schritt ins ärztliche Leben“ ist ebenso lebendig geschildert wie die Ausbildung in den Spezialfächern. Auch dem „Arzt im Alter“ ist ein Kapitel gewidmet.

BRÜCK/HEESEN/SCHARFBILLIG: „Was gibt es Neues in der Medizin?“ Spiegelbild der medizinischen Presse; Zeitschriftenreferate aus den Jahren 1963/64, 15. Jahrgang, Schlütersche Buchdruckerei und Verlagsanstalt, 3 Hannover 1, 1026 Seiten, Ganzleinen, DM 38.60.

Das ziemlich umfangreiche Buch, das durch seine alljährliche Erscheinungsweise stets aktuell ist, bietet bei auffallend niedrigem Preis jedem Arzt eine Fülle von aktuellen Informationen aus der Medizin. Es überschreitet die Möglichkeit einer kurzen Buchbesprechung, über den Inhalt dieses Jahrbuches eingehend zu referieren. Das Jahrbuch ist bemüht, durch die Wiedergabe von Referaten aus mehr als 100 medizinischen Fachzeitschriften des In- und Auslandes sowohl den vielbeschäftigten in der Praxis stehenden Arzt als auch den Wissenschaftler über das Neueste zu informieren. Das Jahrbuch eignet sich als ein sehr brauchbares und ausführliches Nachschlagewerk, das jedem Arzt, der sich auf dem laufenden halten will, eine rasche Orientierung ermöglicht. Bei den heutigen Verhältnissen ist vor allem der vielbeschäftigte Arzt selbst bei unermüdlichem Fleiß nicht in der Lage, das gesamte Wissensgut der praktischen Medizin zu überblicken und die Fortschritte auf allen Fachgebieten zu verfolgen.

Ein ausführliches Stichwortverzeichnis, welches das Buch abschließt, ermöglicht eine rasche Orientierung.
 Dr. Stollreuther, München

„Das ABC der Angina pectoris“, BYK — GULDEN Lomberg GmbH, Konstanz — Medizinisch-Wissenschaftliche Abteilung; 307 Seiten, 127 Abbildungen, 28 Tabellen und 5 Reaktionsschemata.

Unter Mitwirkung namhafter Autoren wird das Gesamtbild der Angina pectoris in 16 Kapiteln behandelt. Nach einem geschichtlichen Überblick folgt eine Übersicht über Herzkrankheiten auf arteriosklerotischer Basis bei Tieren. Der Definition und Charakteristika der Angina pectoris gehen Darstellungen der Anatomie des Koronarsystems und Physiologie der Koronardurchblutung voraus. Besonders eingehend werden die Angina-pectoris-induzierenden Faktoren besprochen. Es schließen sich Kapitel über die Klinik der Angina pectoris und des Herzinfarktes sowie über die Prognose dieser Leiden an. In Beiträgen über die Diagnose der Angina pectoris und des Herzinfarktes werden die modernen Untersuchungsverfahren beschrieben. Den Bedürfnissen des Praktischen Arztes kommen Kapitel über die Differentialdiagnose der Angina pectoris und des Herzinfarktes entgegen. Das Buch schließt mit der Prophylaxe und Therapie von Angina pectoris und Herzinfarkt. Ausführliche Literaturhinweise am Schluß jedes Kapitels und ein neuseitiges Stichwortverzeichnis erleichtern die Orientierung dieses gut ausgestatteten Werkes.

TROPFEN, ELIXIER

die
hormonfreie
Frauenarznei

feminon®

JULIUS REDEL CESRA-ARZNEIMITTELFABRIK HAUENEERSTEIN b/BADEN-BADEN

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Juli 1965*)

(Zusammengestellt auf Grund der Wochenmeldungen)

Die Häufigkeit von Scharlacherkrankungen nahm im Juli weiter ab; auf 100 000 der Bevölkerung (auf ein Jahr umgerechnet) trafen im Juni 64, im Juli 54 Fälle. Etwas häufiger als im Vormonat wurden Fälle von übertragbarer Hirnhautentzündung (mit Ausnahme der Meningokokken-Meningitis) gemeldet. Im Berichtsmonat wurde eine Erkrankung an übertragbarer Kinderlähmung bekannt.

Die Zahl der Erkrankungen an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte übertragbare Darmentzündung) erhöhte sich im Juli gegenüber dem Vormonat infolge einiger örtlicher Häufungen geringeren Ausmaßes. Ruhrerkrankungen traten seltener auf als im Juni. Auch die Erkrankungshäufigkeit an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) nahm von 35 Fällen im Juni auf 33 im Juli je 100 000 der Bevölkerung ab.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 4. bis 31. Juli 1965 (Vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11	
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare						Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa					
					Kinderlähmung		Hirnhautentzündung										Gehirnentzündung		Salmonellose		Übrige Formen	
					der. paroi. Fälle		Meningokokken-Meningitis		Übrige Formen													
E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	—	—	144	—	—	—	—	3	—	9	—	—	3	—	1	—	7	—	51	—	1	—
Niederbayern	3	—	37	—	—	—	—	1	—	5	2	—	2	—	3	—	6	—	8	—	—	—
Oberpfalz	2	—	9	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	—	—	—	1	—	35	1	—	—
Oberfranken	—	—	48	—	—	—	—	2	—	9	—	1	—	—	1	—	2	—	6	—	—	—
Mittelfranken	1	—	103	—	1	1	—	4	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—
Unterfranken	—	—	33	—	—	—	—	3	—	19	—	1	1	—	4	—	—	—	6	—	1	—
Schwaben	—	—	40	—	—	—	—	4	—	4	—	—	3	—	5	—	1	—	27	—	1	—
Bayern	6	—	414	—	1	1	—	17	—	49	4	2	10	—	14	—	17	—	137	1	3	—
München	—	—	58	—	—	—	—	—	—	4	—	—	3	—	—	—	2	—	24	—	—	—
Nürnberg	—	—	41	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Augsburg	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—
Regensburg	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25	
	Botulismus		Hepatitis infectiosa		Mikrosporidien		Milzbrand		Ornithose (Übrige Formen)		Amöbenruhr		Tollwut		Verdachtsfälle von Tollwut ²⁾		Brucellose				Feldfieber		Q-Fieber		Toxoplasmosis		Wundstarrkrampf	
																	Bang'sche Krankheit		Übrige Formen									
E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	2	—	73	—	3	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—
Niederbayern	—	—	17	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	3	—	3	1
Oberpfalz	—	—	19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	18	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberfranken	—	—	25	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	25	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mittelfranken	—	—	30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	1	—	—
Unterfranken	2	—	77	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Schwaben	—	—	14	1	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bayern	4	—	255	2	3	—	2	—	2	—	1	—	1	1	60	—	5	—	1	—	1	—	1	—	6	1	5	1
München	—	—	46	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Außerdem 1 Erkrankungsfall an Kindbettfieber (nach meldepflichtiger Geburt) im Regierungsbezirk Unterfranken.

*) Bericht des Bayerischen Landesamtes

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

2) ST = Sterbefälle.

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

KONGRESSE UND FORTBILDUNG**Das Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung**

veranstaltet vom 14. bis 17. Oktober 1965 im Auftrage der Bayerischen Landesärztekammer den 35. Fortbildungskurs für Ärzte in Regensburg — Kursleitung: Professor Dr. Dietrich Jahn, Nürnberg

Donnerstag, den 14. Oktober 1965

20 Uhr

Festvortrag:

Prof. Dr. Hermann Heimpel, Direktor des Max-Planck-Institutes für Geschichte, Göttingen
„Liebeserklärung an die deutsche Universität“

Freitag, den 15. Oktober 1965

1. Hauptthema:

Überforderung und Versagen als Krankheitsursache

Vortragssaal: Stadttheater

9.00—9.30 Uhr:

Begrüßung

9.30—10.10 Uhr:

Prof. Dr. H. Bürger-Prinz, Direktor der Psychiatrischen und Nervenklinik und Poliklinik der Universität Hamburg

„Die Problematik der Überforderungs- und Versagenszustände“

10.10—10.50 Uhr:

Prof. Dr. H. Frhr. v. Kreß, Direktor der I. Medizinischen Universitätsklinik Berlin

„Dispositionsänderungen bei Überforderung in ihrer Bedeutung für Prophylaxe und Therapie“

11.20—11.50 Uhr:

Prof. Dr. L. Delius, Direktor des Gollwitzer-Meier-Instituts an der Universit. Münster in Bad Oeynhausen

„Überlastungsschäden an Herz und Kreislauf in Theorie und Praxis“

11.50—12.20 Uhr:

Prof. Dr. W. Thomsen, Facharzt für Orthopädie, Bad Homburg v. d. H.

„Zivilisationsschäden am Skelettsystem in Diagnose und Therapie“

14.30—15.00 Uhr:

Wissenschaftlicher Film

(Farbtonfilm — Sandoz AG.)

„Die Neuroleptica“

15.00—15.30 Uhr:

Prof. Dr. H. W. Vasterling, Chefarzt der Frauenklinik Minden

„Ärztliche Probleme bei den Überlastungsschäden der Frau“

15.30—16.00 Uhr:

Prof. Dr. F. Bahner, Medizinische Universitäts-Poliklinik Heidelberg

„Überlastung des Stoffwechsels als Krankheitsursache“

16.00—16.30 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. S. Münchow, Leiter der Abteilung für Sozialhygiene und Gesundheitsfürsorge, Hygienisches Institut Hamburg

„Aufgaben und Wege der Gesunderhaltung in unserer Gesellschaftsordnung“

Anschließend Diskussion und Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages

17.15—18.30 Uhr:

Round-Table

„Therapeutische Probleme und Arzneimittelmißbrauch bei Überforderung und Versagen“

(Unter Beteiligung der Referenten des Tages)

Samstag, den 16. Oktober 1965

2. Hauptthema:

Myokarditis

Vortragssaal: Stadttheater

9.00—9.30 Uhr:

Prof. Dr. E. Uehlinger, Direktor des Pathologischen Instituts der Universität Kantonspital, Zürich

„Klassifizierung verschiedener Formen der Myokarditis“

9.30—10.10 Uhr:

Prof. Dr. E. Stein, Medizinische Universitätsklinik Tübingen

„Möglichkeiten und Grenzen der Herzuntersuchung in der Praxis und differentialdiagnostische Erwägungen über die Myokarditis“

10.40—11.20 Uhr:

Prof. Dr. M. Holzmann, Universität Zürich

„Die Bewertung von elektrokardiographischen Befunden bei der Myokarditis unter Berücksichtigung der Symptomatik“

11.20—12.00 Uhr:

Prof. Dr. R. Hegglin, Direktor der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Zürich

„Klinik, Prognose und Therapie der Myokarditis“

14.00 Uhr:

Seminargespräch mit Demonstrationen

Ort: Deutsch-Amerikanisches Institut, Haidplatz 8

„Fortschritte der Labordiagnostik in der Praxis“

Leitung: Priv.-Doz. Dr. M. Kienholz, Chefarzt am Zentrallabor der städtischen Krankenanstalten Offenbach (Anmeldung erforderlich)

15.00—15.30 Uhr:

Wissenschaftlicher Film

(Farbtonfilm — C. H. Boehringer Sohn, Ingelheim/Rh.)

„Muskelarchitektur und Funktion der Herzkammern“
Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. A. Puff, Freiburg

mehrgleisige

ferment-
therapie

eupeptum

Oberbanchstörungen
Meteorismus
Dyskinesien

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

IFAH GMBH HAMBURG 22



15.30—16.00 Uhr:

Prof. Dr. K. Spang, Direktor der Medizinischen Klinik des Katharinenhospitals, Stuttgart

„Seltene Myokarditisformen in Diagnostik und Behandlung“

16.00—16.30 Uhr:

Prof. Dr. A. J. Beuren, Kardiologische Abteilung der Universitäts-Kinderklinik Göttingen

„Die Myokarditis im Kindesalter“

17.00—17.30 Uhr:

Prof. Dr. B. Steinmann, Chefarzt am Inselspital, Bern

„Führung, Rehabilitation und Beurteilung des Herzkranken mit besonderer Berücksichtigung der Myokarditis“

Anschließend Diskussion und Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages

Sonntag, den 17. Oktober 1965

3. Hauptthema:

Pyurie und Pyelonephritis

Vortragssaal: Stadttheater

9.00—9.30 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. F. Gloor, Prosektor am Pathologischen Institut der Universität Basel

„Fortschritte in der klinischen Morphologie der Pyelonephritis“

9.30—10.10 Uhr:

Prof. Dr. O. Spühler, Chefarzt der Medizinischen Abteilung des Stadtspitals Waid, Zürich

„Klinik und Differentialdiagnose der Pyelonephritis“

10.10—10.40 Uhr:

Prof. Dr. H. Nieth, Medizinische Universitätsklinik Tübingen

„Diagnostische Möglichkeiten der Praxis und die moderne klinisch-diagnostische Methodik bei der Pyelonephritis“

11.10—11.40 Uhr:

Prof. Dr. H. U. Gloor, Universität Zürich

„Der Harnwegsinfekt in der Sicht des Urologen“

11.40—12.20 Uhr:

Doz. Dr. J. Gayer, Medizinische Universitätsklinik Tübingen

„Fortschritte und Grundsätze in der Therapie der Pyelonephritis“

14.00—14.30 Uhr:

Wissenschaftlicher Film

(Farbtonfilm — C. F. Boehringer & Söhne, Mannheim)

„Moderne Nierendiagnostik“

Aus der II. Med. Klinik der Krankenanstalten Mannheim, Chefarzt: Dr. V. Becker, unter Mitarbeit:

Doz. Dr. H. J. Sielaff und Dr. M. Kuhn, Universität Heidelberg

14.30—15.00 Uhr:

Prof. Dr. H. Schwaim, Direktor der Universitäts-Frauenklinik und Hebammenschule, Würzburg

„Harnwegsinfektion und praktisch wichtige Nierenbefunde in der Schwangerschaft“

15.00—15.30 Uhr:

Prof. Dr. H. Hungerland, Direktor der Universitäts-Kinderklinik und Poliklinik, Bonn

„Der Harnwegsinfekt des Kindes in Differentialdiagnose, Beurteilung und Behandlung“

16.00—16.30 Uhr:

Doz. Dr. U. Gessler, Chefarzt der 4. Med. Klinik der Städt. Krankenanstalten, Nürnberg

„Betreuung und Führung bei Kranken mit kompensierter und dekompensierter urämischer Stoffwechsellaage“

16.30—17.00 Uhr:

Prof. Dr. E. Buchborn und Dr. H. Edel, I. Medizinische Universitätsklinik München

„Stand und Erfahrung mit modernen Dialyseverfahren und die Probleme der Dauerdialyse“

Anschließend Diskussion und Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages

Auskunft: Sekretariat des Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung, Regensburg, Altes Rathaus.

36. Augsburger Fortbildungskongreß für proktische Medizin

vom 24. bis 26. September 1965

Das Hauptthema der Tagung, die unter der Leitung von Professor Dr. A. Schretzenmayr stattfindet, lautet: „Äußere Zeichen innerer Erkrankungen“

Vorträge:

„Beziehungen zwischen Haut und inneren Organen“

„Morbus Boeck, Haut-, Schleimhaut- und Drüsen-Tbc“

„Berufskrankheiten der Haut“

„Überempfindlichkeitserscheinungen gegen Arzneimittel und moderne Industriestoffe aus der Sicht des klinischen Immunologen“

„Haut- und Schleimhautdiagnostik beim Bronchialasthma“

„Haar- und Nagelveränderungen als Symptom einer Lokal- oder Allgemeinerkrankung“

„Krankheitsbeziehungen zwischen Hautorgan und Nervensystem“

„Differentialdiagnose und Differentialtherapie der arteriellen Durchblutungsstörungen der Gliedmaßen“

„Der rote, blasse und blaue Hochdruck“

„Gelbsucht in der Praxis: Differentialdiagnose und Therapie in den Frühphasen“

„Die akuten Exantheme laute“

„Visuelle Diagnostik bei akutbedrohlichen Zuständen und deren Therapie“

„Therapeutische Beeinflussung innerer Organe von der Haut aus“

„Moderne Therapie der Bluterkrankungen, demonstriert anhand typischer Haut- und Schleimhautveränderungen“

„Die Speculumdiagnostik des Praktikers“

„Visuelle Diagnostik beim Kind“

Das ausführliche Programm ist in Heft 8/1965, S. 606, veröffentlicht. Anmeldung: Ärztlicher Kreisverband Augsburg, 89 Augsburg, Schaezlerstraße 19.

Ärztliche Fortbildung im Chiemgau

vom 2. bis 3. Oktober 1965 in Bad Reichenhali

Themen:

Hirsch, Traunstein:

„Symptom Bewußtseinsverlust“

Erdmann, Mainz:

„Vergiftungen bei Kindern und Kleinkindern“

Loogen, Düsseldorf:

„Das Wichtigste über kongenitale Vitien“

Motz, Wien:

„Soforthilfe am Unfallort“

Flora, Innsbruck:

„Versorgung von alpinen Unfällen“

Schmidt-Voigt, Eppstein/Taunus:

„Der Herzanfall“

Schmengler, Bad Reichenhali:

„Über das Wesen der Atemwegssyndrome“

Schmidt, Bad Reichenhali:

„Aktuelle Gesichtspunkte zur Ätiologie, Pathogenese und zum Verlauf“

Bottke, Bad Reichenhali:

„Therapie mit besonderer Berücksichtigung der Maßnahmen am Kurort“

Günthner, Bad Reichenhali:

„Über die klinische Testung von Kurserfolgen“

Rundgespräche:

1. Verlauf einer funktionsanalytischen Untersuchung (Klinisches Sanatorium Trausnitz)
2. Ablauf einer Allergentestung (Klinisches Sanatorium Trausnitz)
3. Durchführung von atemgymnastischen Übungen, Bindegewebsmassagen und Elektrolungen-Behandlungen (Klinisches Sanatorium Trausnitz)

Auskunft: Sekretariat „Ärztliche Fortbildung im Chiemgau“, 8210 Prien/Chiemsee, Kurhotel „Kronprinz“.

XVIII. Internationale Tuberkulose-Konferenz

vom 5. bis 9. Oktober 1965 in München unter der Leitung der Internationalen Union gegen die Tuberkulose und des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose und der Schirmherrschaft des Präsidenten der Bundesrepublik Deutschland Dr. h. c. Heinrich Lübke.

Präsident der Konferenz: Professor Dr. Erich Schröder, Generalsekretär: Dr. Fritz Kreuser

Mittwoch, 6. Oktober

9.00—10.30 Uhr:

„Die Tuberkulosebekämpfung in den entwickelten Ländern“

Dr. O. Galtung Hansen (Norwegen)

Dr. K. Styblo (Tschechoslowakei)

Dr. J. E. Perkins (USA)

11.00—13.00 Uhr:

„Die chronische Lungentuberkulose: aktuelle Probleme“

Vorsitzender: Prof. A. Blasi (Italien)

Hauptreferent: Prof. N. A. Schmelev (UdSSR)

„Was weiß die Bevölkerung der entwickelten Länder von der Tuberkulose?“

Vorsitzender: Mr. A. Dent (USA)

Freie Vorträge

15.00—17.30 Uhr:

„Neue Untersuchungsmethoden zur Resistenzbestimmung von Tuberkulosebakterien auf Antibiotika I. und II. Ordnung“

Vorsitzender: Dr. G. Canetti (Frankreich)

Hauptreferent: Dr. K. Bartmann (Deutschland)

„Die Rolle der Sanatorien bei der Tuberkulosebekämpfung“

Vorsitzender: Prof. P. G. Schmidt (Deutschland)

Hauptreferent: Prof. A. Meyer (Frankreich)

Donnerstag, 7. Oktober

9.00—10.30 Uhr:

„Die Tuberkulosebekämpfung in den Entwicklungsländern“

Dr. K. N. Rao (Indien)

Dr. E. Pereda (Chile)

11.00—13.00 Uhr:

„Methoden der Chemotherapie in den Entwicklungsländern“

Vorsitzender: Prof. J. Silveira (Brasilien)

Hauptreferent: Dr. W. Fox (Großbritannien)

„Welche Möglichkeiten bestehen in den Entwicklungsländern zur Gründung und Unterstützung von lokalen Vereinigungen?“

Vorsitzender: Mr. Vajid Mahmood (Pakistan)

Hauptreferent: Dr. Ninart Chinachoti (Thailand)

15.00—17.30 Uhr:

Diskussion über die Therapie besonderer Fälle von Lungentuberkulose mit Demonstrationen

Vorsitzender: Prof. J. Crofton (Großbritannien)

„Der Anwendungsbereich der Endoskopien bei Lungentuberkulose“

Vorsitzender: Prof. E. Carlens (Schweden)

Hauptreferent: Dr. W. Maassen (Deutschland)

Freitag, 8. Oktober

9.00—10.30 Uhr:

„Aufwendungen für die Bekämpfung der Tuberkulose in den einzelnen Ländern“

Dr. Hans Th. Waaler (Norwegen)

Dr. M. Tromp (Schweiz)

Dr. E. T. Blomquist (USA)

11.00—13.00 Uhr:

„Neue Behandlungsmethoden der Knochen- und Gelenktuberkulose“

Vorsitzender: Dr. Kastert (Deutschland)

Hauptreferent: Prof. J. Debeyre (Frankreich)

„Wie setzen die freiwilligen Organisationen ihre finanziellen Mittel ein?“

Vorsitzender: Mr. T. E. Saul (Kanada)

15.00—17.30 Uhr:

„Die Behandlung tuberkulös infizierter und an Tuberkulose erkrankter Kinder“

Vorsitzender: Prof. Dr. Weber (Deutschland)

Hauptreferent Dr. E. M. Lincoln (USA)

Samstag, 9. Oktober

9.00—11.30 Uhr:

„Neue bakteriologische, epidemiologische und klinische Erkenntnisse über sogenannte ‚atypische‘ Mykobakterien“

Vorsitzender: Dr. J. S. Chapman (USA)

Hauptreferent: Dr. N. Kovacs (Australien).

Auskunft: Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, 89 Augsburg, Schießgrabenstr. 24/II.

13. Fortbildungskurs in praktischer Medizin am Tegernsee

Der Kurs findet am 2.—3. Oktober 1965 in Bad Wiessee am Tegernsee statt.

Folgende Referenten werden sprechen:

Dr. M. v. Clarmann, München:

„Lebensrettende Maßnahmen bei akuten Vergiftungen“

Prof. Dr. Holle, München:

„Aktuelle Fragen der chir. Behandlung des Gastro-Duodenalulcus“

Prof. Dr. Kaiser, München:

„Hormontherapie bei gynäkologischen Erkrankungen“

Dr. Kirchmair, Innsbruck:

„Die Steroidtherapie bei internistischen Notfallsituationen“

Prof. Dr. Kühnau, Hamburg:

„Welternährungsprobleme“

Dr. jur. Schmelcher, Karlsruhe:

„Ärztliche Bereitschaftspflicht und Notfallsbehandlung in strafrechtlicher, kassenrechtlicher und berufsrechtlicher Sicht“

Priv.-Doz. Dr. Cotta, Berlin:

„Diagnose und Therapie degenerativer Veränderungen der Wirbelsäule und Gelenke“

Doz. Dr. Bachmann, Erlangen:

„Pathophysiologie und Therapie der Koronarinsuffizienz“

Priv.-Doz. Dr. Stickl, München:

„Schutz vor Infektionskrankheiten bei Auslandsreisen“

Dr. Laprell, Tegernsee:

„Erste Hilfe, mit Übungen am Phantom“

Auskunft: Dr. Neresheimer, Bad Wiessee, Adrian-Stoop-Straße.

16. Wissenschaftliche Ärztetagung Nürnberg

findet vom 10. bis 12. Dezember 1965 statt.

Themen:

Therapie der unspezifischen Lungenerkrankungen

Therapie der Gelenkserkrankungen

Abusus-Gewöhnung-Sucht

Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23,

Königinstraße 85



KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln

MEDIMENT

Mildes Hautreizliniment



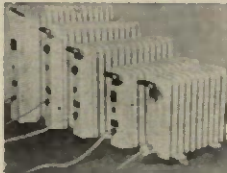
Fabrik
pharm.
Präparate
Karl
Engelhard
Frankfurt
am Main
gegr. 1872



PROSPAN-Tropfen: O.P. Tropfflaschen mit 20 g, 50 g, 100 ccm · PROSPAN-Zäpfchen: O.P. Faltschachtel mit 6 Stück (für Kinder u. Erwachsene)

Elektro-Radiatoren! Wärme auf Rädern!

Moderner Wärme-
spender für die
Übergangszeit
und als vollwertige
Raumheizung.
Bequem, sicher und
sparsam!



In jedem Raum
mallige Wärme.
2 Jahre Garantie
bürgen für hohe
Qualität. Lieferung
steckerfertig!

Type	Rippen- zahl	Länge cm	Breite cm	Höhe cm	Heiz- fl. m ²	Watt Stufe 3	Volt	Amp.	Heiz- leist. m ²	DM
ER 1000	11	60	20	47	1,98	1000	220	6	30	220,—
ER 1500	13	67	20	56	2,90	1500	220	10	45	250,—
ER 2000	13	68	20	66	3,51	2000	220	10	60	320,—

Typen 1500 und 2000 mit Thermostat und Schalter lieferbar. Mehrpreis 130,— DM. Abstellplatte verchromt, zum Aufstecken (nur für Typ 2000), 40,— DM. Lieferung durch Nachnahme frachtfrei bis zu Ihrer Bahnstation. Rückgaberecht!

GENAU-Versand · 872 Schweinfurt 2 · Postfach 48

ORIENT-TEPPICHE

seit 1925

Nichts ist so sehr Sache des Vertrauens als der Kauf eines Orientteppichs. Nur der autorisierte Fachmann kann Ihnen durch jahrzehntelange Erfahrung mit niedrigsten Preisen und besten Qualitäten den vollen Gegenwert Ihres Geldes gewährleisten. Schenken auch Sie dem alten erfahrenen Fachgeschäft, welches seit Jahrzehnten traditionsbewußt seine Kunden bedient, Ihr Vertrauen.

Direkt-Importe aus dem ganzen Orient
Riesen-Auswahl in allen Größen
Spezialität: Orientteppiche in Übergrößen

MAX STEINHAUSEN

8 MUNCHEN 2, Brienner Straße 10, Telefon 22 61 61 — 29 70 23
(Genau gegenüber Café Luitpold)

KREWEL-WERKE · Eitorf b. Köln



Ergo-Kranit®-Tabl.

Cerebral-Antispasmodicum auf Secale-Basis

Migräne-Kranit®-Tabl.

Cerebral-Antispasmodicum

Klinische Fortbildung in Bayern 1965

Kurseinteilung:

1. INNERE KRANKHEITEN

8. bis 13. November 1965

Würzburg, Med. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. Wollheim.

18. bis 23. Oktober 1965

München, Städt. Krankenhaus r. d. Isar

Chefarzt: Prof. Dr. H. Ley.

25. bis 30. Oktober 1965

München, I. Med. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. Schwiégk.

25. bis 30. Oktober 1965

München, Städt. Krankenhaus r. d. Isar

Chefarzt: Prof. Dr. Blömer.

2. KINDERKRANKHEITEN

25. bis 30. Oktober 1965

München, Städt. Kinderkrankenhaus

München-Schwabing

Chefarzt: Prof. Dr. Hilber.

3. CHIRURGIE

18. bis 22. Oktober 1965

München, Chirurg. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. Zenker.

25. bis 29. Oktober 1965

München, Städt. Krankenhaus r. d. Isar

Direktor: Prof. Dr. Maurer.

25. bis 30. Oktober 1965

Erlangen, Chirurg. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. Hegemann.

25. bis 30. Oktober 1965

Würzburg, Chirurg. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. Wachsmuth.

4. FRAUENKRANKHEITEN UND GEBURTSHILFE

25. bis 29. Oktober 1965

München, I. Univ.-Frauenklinik

Direktor: Prof. Dr. Bickenbach.

25. bis 30. Oktober 1965

Würzburg, Univ.-Frauenklinik

Direktor: Prof. Dr. Schwalzm.

Unterkunft und Verpflegung in der Klinik möglich.

5. PHONOKARDIOGRAPHIE

8. und 9. Oktober 1965

München, Stiftsklinik Augustinum

Chefarzt: Prof. Dr. Michel.

Alle Kolleginnen und Kollegen, welche an einem der vorstehend angekündigten Kurse teilnehmen wollen, werden gebeten, sich wegen Auskunft nur an die Bayerische Landesärztekammer zu wenden und auch nur dort anzumelden. Außer der Teilnahme an den vorstehend aufgeführten Kursen besteht auch die Möglichkeit, als Gastarzt an den genannten Kliniken und darüber hinaus an allen Fachabteilungen der Städt. Krankenanstalten in Augsburg, München und Nürnberg tätig zu sein. Sofern kein persönlicher Kontakt dorthin besteht, vermittelt die Bayerische Landesärztekammer auf Wunsch gerne eine solche Gastarztstelle.

Wasserspartiehgang des Deutschen Sportärztebundes

Vom 4.—16. Oktober 1965 findet in Gollenshausen am Chiemsee ein Wassersportlehrgang des Deutschen Sportärztebundes, ausgerichtet vom Bayerischen Sportärztebund, statt. Leitung: Kapitän Schunk.

Anmeldungen: Jachtschule Gollenshausen oder Büro des Bayerischen Sportärztebundes, 8 München 2, Briener Straße 50.

Tagung des Bundes der Deutschen Medizinalbeamten

Die Herbst-Fortbildungstagung des Bundes der Deutschen Medizinalbeamten findet am 14./15. Oktober 1965 in Würzburg statt.

Auskunft: Med.-Dir. Dr. Kläß, 851 Fürth, Blumenstraße 22/o.

Sechste Fortbildungstagung der Vereinigung deutscher Strahlenschutzärzte

vom 28. bis 30. Oktober 1965 in München

Themen:

„Strahlendosis und biologische Wirkung ionisierender Strahlen“

„Somatische Spätschäden nach Ganzkörperbestrahlung“

„Strahlenschutzmaßnahmen nach Unfällen an kerntechnischen Anlagen“

Auskunft: Professor Dr. H. Braun, Medizinische Univ.-Klinik, 87 Würzburg,

Medizinalrat Dr. Weigand, München 2, Lindwurmstraße 30.

Symposium über analytische Gruppenpsychotherapie

am 29./30. Oktober 1965 in München

Als Fortsetzung der EBENHAUSENER SYMPOSIEN der PSYCHOSOMATISCHEN MEDIZIN findet in Verbindung mit der Medizinischen Poliklinik der Universität München und dem Institut für Psychologische Forschung und Psychotherapie e.V. München am 29. und 30. Oktober 1965 ein SYMPOSIUM über ANALYTISCHE GRUPPENPSYCHOTHERAPIE statt.

Auskunft über die Teilnahmebedingungen für Ärzte, Psychotherapeuten und Psychologen erteilt: Dr. med. H. G. Preuß, 8026 Ebenhausen/Isartal, Privatklinik für Psychosomatische Krankheiten.

Nächster Kurs für Röntgenhelferinnen

Der nächste Kurs findet vom 11. bis 21. Oktober 1965 in Erlangen statt. Anmeldungen: Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85.

Erster Kurs für Laborhelferinnen

Der erste von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Kurs für Laborhelferinnen findet vom 15. bis 27. November 1965 in den Städtischen Krankenanstalten Nürnberg statt. Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Voraussetzung zur Teilnahme ist eine mindestens dreijährige Tätigkeit als Laborhelferin. Die Kursgebühr beträgt 100 DM, die Prüfungsgebühr 20 DM. Die Anmeldung zu diesem Kurs soll bis spätestens 15. Oktober 1965 bei der Bayerischen Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85, erfolgen.

Nuclinal

mit großem Indikationsbereich

Vitamin-Heilcreme

LYSSIA-WERKE · WIESBADEN

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.

September 1965:

- 20.—25. 9. in Karlsbad: XXII. Internationaler ärztlicher Fortbildungskurs. Auskunft: Sekret. Albertov 7, Prag 2.
- 24.—26. 9. in Augsburg: 36. Vortragsreihe des „Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin“. Auskunft: Prof. Dr. A. Sebretzenmayr, 8900 Augsburg, Schaezlerstraße 19.
25. 9. in Iserlohn: Gesundheitserziehung und Gesundheitspflege als präventive Aufgabe der Ärzteschaft. Auskunft: Ärztekammer Westfalen-Lippe, 4600 Dortmund, Hohenzollernstraße 35.
- 25.—26. 9. in Bad Bergzabern: Wochenendkurs für praktische Elektrokardiographie. Auskunft: Doz. Dr. Dr. F. Kienle, 6748 Bad Bergzabern (südl. Rheinpfalz), Herz-Spezialklinik.
- 25.—29. 9. in Lübeck: 46. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik. Auskunft: Dr. A. Hermann, 8 München 26, Deutsches Museum, Conrad-Matschoß-Institut.
- 26.—29. 9. in Aachen: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Elektronenmikroskopie. Auskunft: Dr. H. Kehler, p. Adr. Farbwerke Hoechst AG, 8230 Frankfurt-Höchst.
26. 9. in Westerland/Sylt: 61. Deutscher Bädertag. Auskunft: Deutscher Bäderverband, 53 Bonn, Schumannstraße 111.
- 27.—29. 9. in Leipzig: Kolloquium über Vektorkardiographie. Auskunft: Prof. Dr. E. Perlick, Leipzig C 1, Johannisallee 32.
27. 9.—1. 10. in Berlin (Ost): Fortbildungslehrgang über aktuelle Probleme der Kinderheilkunde. Auskunft: Deutsche Akademie für ärztliche Fortbildung, X-1134 Berlin-Lichtenberg 4, Nöldnerstraße 40—42.
29. 9. in Neuherberg b. München: Strahlenschutzkurs — 1. 10. (Ergänzungskurs). Auskunft: Dr. R. Wittenzeilner, Institut für Strahlenschutzkunde, 8042 Neuherberg b. München, Ingolstädter Landstraße 1.
29. 9. in Freiburg: 27. Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. Auskunft: Universitäts-Hautklinik, 7800 Freiburg, Hauptstraße 7.
30. 9.—2. 10. in Leipzig: Jahreskongreß der Sektion Innere Medizin in der Deutschen Gesellschaft für Klinische Medizin. Auskunft: Dr. H. Wegner, Med. Univ.-Klinik, 701 Leipzig, Johannisallee 32.
30. 9. in Berlin: Internistentagung. Auskunft: Prof. Dr. Perlick, Leipzig C 1, Johannisallee 32.

Oktober 1965:

- 1.—3. 10. in Bad Nauheim: Gemeinsamer Kongreß der „Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie“ und der „Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie und Tiefenpsychologie“. Auskunft: Dr. W. Schwidder, 345 Tiefenbrunn b. Göttingen.
- 2.—3. 10. in Bad Wiessee: 13. Ärztlicher Fortbildungskurs in praktischer Medizin. Auskunft: Dr. Neresheimer, 8182 Bad Wiessee, Adrian-Stoop-Straße.
- 1.—11. 10. in Paris: „La Semaine Médicale de Paris“. Auskunft: L'Expansion Scientifique Française, 15 Rue Saint-Benoit, Paris VI.
- 4.—6. 10. in Lindau: 7. Seminar der Gesundheitskommission der Deutschen Gesellschaft für die Vereinten Nationen und WHO-Arbeit. Auskunft: Prof. Dr. Jussatz, 69 Heidelberg, Kaiserstraße 14.
- 4.—6. 10. in Bensberg: Fortbildungskurs über Fragen des Transfusionswesens. Auskunft: Prof. Dr. P. Dahr, 5060 Bensberg, Overather Straße 62.
- 4.—16. 10. in Gollenshausen/Chiemsee: Wassersportlehrgang des Deutschen Sportärztebundes. Auskunft: Bayerischer Sportärztebund, 8 München 2, Briener Straße 50.
- 4.—22. 10. in Berlin: Strahlenschutzkurs für Ärzte. Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83.
- 5.—6. 10. in Mannheim: Arbeitstagung 1965 der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., 6 Frankfurt/Main, Feldbergstraße 28.

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigelegt:

Klinge, München 23
Dr. Rudolf Reiss, Berlin
Chem. Fabrik von Heyden AG., München
Deutsche Bausparkasse GmbH., Darmstadt
Schweizerische Unfallversicherungs-Gesellschaft Winterthur—München

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 65/III, Tel. 36 11 21. Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein.

Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Postcheckkonto Nr. 52 52, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG., früher Verlag u. Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8 München 15, Postfach, Sonnenstr. 29, Tel. 55 80 81, Fernschreiber: 05 23662, Telegrammadresse: atlaspress. Für den Anzeigentell verantwortlich: Ernst W. Scharfing, München. Druck Richard Pfium Verlag, München. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrophtographie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.



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

Anzeige

sche Reden und Aufsätze veröffentlicht. Einige Anzeigen seien hier genannt:

Gesundheitspolitik im modernen Sozialstaat

mit Beiträgen von Dr. H. J. Sewering, Dr. Dr. W. von Gugel, Dr. R. Soenning, W. Knies, O. Jandl und W. Steghöfer

Gesundheitspolitisches Programm der CSU Gesundes Leben in unserer Zeit

mit den Beiträgen des Gesundheitspolitischen Kongresses von H. Junker, Prof. Dr. H. Eyer, Prof. Dr. L. Freund, Dr. H. J. Sewering, Dr. W. Aurnhammer und F. J. Strauß.

Ein Gesamtverzeichnis sowie die o. a. Schriften senden wir Ihnen gerne kostenlos zu.

Referat Gesundheitspolitik der CSU in Bayern
8 München 2, Lazarettstraße 33

Die Christlich-Soziale Union

in Bayern ist sich seit jeher der Bedeutung der Gesundheit des Menschen bewußt. Sie hat sich in den vergangenen Jahren ständig bemüht, durch ihre Politik die Grundlagen für ein gesundes Leben zu schaffen. Sie wird nach den bisherigen Leistungen auch in der Zukunft in der Lage sein, die notwendigen Aufgaben zu erkennen und unter Abwägung der materiellen und personellen Möglichkeiten zu lösen.

Die Christlich-Soziale Union

will aus den gesundheitlichen Anliegen jedoch keine Augenblicksaktionen machen. Sie zieht es auch weiterhin vor, sich qualifizierten fachlichen Rates zu bedienen, um dem einzelnen Menschen durch ausgewogene Entscheidungen zu einem gesunden Leben in unserer Zeit zu verhelfen.

Die Schriftenreihe der Christlich-Sozialen Union ist eine Möglichkeit der Aussprache. In dieser Reihe der Publikationen wurden auch wichtige gesundheitspoliti-



Ihr Telefon ist nie allein

Vermietung kurz- und langfristig von Anrufbeantworter und Gesprächsaufzeichner

TELE-MIET-SYSTEM GmbH 8 München 2 · Pacellistraße 7 · Telefon 29 32 54

6 Frankfurt, U. Senf, Reuterweg 76/II, Telefon 59 97 55

Stellenangebote

Die Landesversicherungsanstalt Unterfranken

Abt. Krankenversicherung, sucht für ihre Vertrauensärztliche Dienststelle Aschaffenburg

einen hauptamtlichen Vertrauensarzt

Bevorzugt wird Facharzt für innere Krankheiten, möglichst mit Erfahrung auf dem Gebiet der Sozialmedizin, oder Arzt mit mindestens dreijähriger ärztlicher Tätigkeit. Alter bis zu 42 Jahren.

Geboten wird Anstellung im Beamtenverhältnis nach den Vorschriften des BayBG, Fünf-Tage-Woche, Umzugskosten und Trennungentschädigung, km-Entschädigung für anerkannt privateigene Kraftwagen, Nebeneinkünfte durch Gutachtertätigkeit für Rentenversicherung.

Bewerbungen mit Lichtbild und den üblichen Unterlagen bitten wir an die Geschäftsführung der LVA Unterfranken, Würzburg, Friedenstraße 14, zu richten.

In dem neuerrichteten St.-Elisabeth-Krankenhaus in Bad Kissingen soll die Stelle des

leitenden Arztes (Chefarztes)

der Inneren Abteilung besetzt werden. Die Innere Abteilung wird bei einer Gesamtzahl von 280 Betten über etwa 80 Betten verfügen.

Mit der Inbetriebnahme des neuen Krankenhauses ist im Frühjahr 1966 zu rechnen.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind bis zum 31. Oktober 1965 an das Mutterhaus der Elisabethinerinnen in Bad Kissingen zu richten.

Optaraktyl bei Angst und Unruhe

20 Drag. DM 1.90 a. U.

Auf der chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Vilsbiburg ist am 1. 11. 1965 die neuerrichtete Stelle des

Oberarztes

mit Facharztanerkennung für Chirurgie zu besetzen.

Zu diesem Zeitpunkt wird ein moderner Neubau errichtet, so daß das Haus dann über 200 Betten mit drei Fachabteilungen verfügt. Die chirurgische Abteilung umfaßt 80 Betten. Das Haus ist schon jetzt zum Verletzungsartenverfahren und D-Arztverfahren zugelassen.

Vilsbiburg ist Kreisstadt und 22 km von Landshut, 85 km von München und 104 km von Salzburg entfernt.

Geboten wird Vergütung nach BAT Ib sowie Nebeneinnahmen aus Bereitschaftszulage, Chefarztzulage und Gutachten, Zuschuß zur Altersversorgung u. geregelte Freizeit.

Für ledige Bewerber stehen modern eingerichtete Zimmer im Ärzetrakt zu Verfügung, für Verheiratete ist der Landkreis bei der Wohnraumbeschaffung behilflich.

Bewerbungen an Chefarzt Dr. Gassner, 8313 Vilsbiburg, erbeten.

Auskünfte über Anzeigen, die unter

Chiffre

erscheinen, können nicht gegeben werden. Bei Chiffreanzeigen ist die Geheimhaltung des Auftraggebers verpflichtender Bestandteil des Auftrages.

Anzeigenverwaltung

Beim Kreis Krankenhaus Prien am Chiemsee (140 Betten), Allgemein-Krankenhaus mit überwiegend chirurgischen Fällen, ist die Stelle eines

Oberarztes

zum 1. 12. 1965 zu besetzen.

Gesucht wird ein qualifizierter Chirurg, der auch in der Lage ist, den Chefarzt zu vertreten.

Vergütung nach BAT; Nebeneinnahmen durch Gutachtertätigkeit werden geboten. Für ledige Bewerber steht Wohnraum im Krankenhaus zur Verfügung; bei der Beschaffung einer Wohnung für verheiratete Bewerber ist der Landkreis behilflich.

Bewerbungen werden an das Landratsamt, 82 Rosenheim, bis zum 1. 10. 1965 erbeten.

Das DRK-Kindersolbad, Bad Dürrenheim/Schwarzwald mit Kurklinik u. neuerbautem Krankenhaus sucht zum 1. 4. 1966

Kinderarzt(-ärztin) oder Assistenzarzt(-ärztin)

mit pädiatr. Vorbildung

mit Interesse an Klima-Balneotherapie. 1 Jahr wird zur Facharztausbildung angerechnet.

Besoldung nach BAT II/III. Bereitschaftsdienstzulage. Altersversorgung. Schöne 3-Zimmer-Wohnung. Gutgeregelte Arbeitszeit.

Bewerbungen erbeten an Chefarzt Dr. Kleinschmidt.

Das Versorgungs Krankenhaus mit Kurabteilung Bad Tölz sucht für die Innere Abteilung (140 Betten, alle Klassen und Selbstzahler) einen jüngeren

Arzt oder Ärztin

mit Erfahrung auf internem Fachgebiet zum alsbaldigen Eintritt.

Zulassung des Hauses zur Facharzt-Ausbildung besteht für Innere Medizin für 3 Jahre und für Röntgenologie für 1 Jahr. Vergütung nach BAT, Nebeneinnahmen durch Gutachtertätigkeit.

Bewerbungen erbeten an den Chefarzt des Hauses.

Für modern ausgestattete und neuerbaute Universitäts-Kinderklinik in Bayern wird

Assistenzarzt(-ärztin)

gesucht.

Bewerbungen mit Lebenslauf, Lichtbild und Zeugnissen sind mit Angabe des nächstmöglichen Eintrittstermines zu richten unter 331/206 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8 München 15, Sonnenstraße 29.

Auch bei

Mykosen=Jacosulfon

ungt.
pulv.

im Wechsel
auftragen